

SEPTEMBRE 2020

CANCERINFO

GUIDES PATIENTS

LES TRAITEMENTS DES CANCERS DU RECTUM

L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.



Ce guide a été publié avec le soutien financier de la Ligue contre le cancer.

Ce document doit être cité comme suit : © Les traitements des cancers du rectum, collection Guides patients Cancer info, INCa, septembre 2020.

Du fait de la détention, par des tiers, de droits de propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle, traduction, adaptation des contenus provenant de ce document (à l'exception des cas prévus par l'article L122-5 du code de la propriété intellectuelle) doit faire l'objet d'une demande préalable et écrite auprès de la direction de la communication de l'INCa.

Ce document est téléchargeable sur e-cancer.fr

Vous avez appris que vous avez un cancer du rectum. Cette annonce provoque d'importants bouleversements. Elle s'accompagne aussi sans doute de nombreuses questions sur la maladie, sur le traitement et le suivi qui vous sont proposés.

Ce guide est là pour vous apporter des éléments de réponse, vous donner des repères et faciliter vos échanges avec les médecins et les membres de l'équipe soignante.

Il décrit les situations les plus couramment rencontrées. Il n'a pas valeur d'avis médical et ne remplace pas l'échange personnalisé que vous avez avec votre équipe soignante. Les informations proposées peuvent ne pas correspondre précisément à votre situation qui est unique et connue de vous seul et des médecins qui vous suivent. N'hésitez pas à poser des questions à vos médecins et aux membres de votre équipe soignante. Ce sont vos interlocuteurs privilégiés.

Ce guide peut également être utile à vos proches et les aider à mieux comprendre la période que vous traversez.

QUE CONTIENT CE GUIDE ?

Il présente le traitement et le suivi des formes les plus fréquentes de cancers du rectum. Il n'aborde ni les cancers liés à une prédisposition génétique (syndrome de Lynch* et polypose adénomateuse familiale* ou PAF), ni les cancers liés à une maladie inflammatoire chronique de l'intestin comme la maladie de Crohn* ou la rectocolite hémorragique*.

Concrètement, vous trouverez des explications sur les traitements, leurs buts, leur déroulement et leurs effets indésirables, le suivi après les traitements, le rôle des différents professionnels que vous rencontrez ainsi que des informations pratiques et des ressources utiles pour vous et vos proches. Il présente en annexe, une description des examens réalisés lors du diagnostic. Enfin, un glossaire définit certains mots que vous entendrez peut-être au cours de vos traitements ; ils sont surlignés dans le texte.

Toutes les informations médicales sont issues des recommandations de bonnes pratiques* en vigueur au moment de la rédaction du guide et ont été validées par des spécialistes du cancer du rectum.

COMMENT UTILISER CE GUIDE ?

Ce guide vous accompagne à différents moments de votre parcours de soins, en fonction de vos besoins d'information ou des nouvelles questions qui surviennent. Vous pouvez lire les chapitres de manière indépendante ou en sélectionnant tout au long de votre parcours de soins, les informations qui vous concernent et vous intéressent.

Vous pouvez retrouver toutes ces informations sur le site de l'Institut national du cancer (e-cancer.fr/patients-et-proches). Le site propose également d'autres informations susceptibles de vous intéresser, notamment le Registre des essais cliniques.

REMARQUE

Afin de ne pas alourdir le texte de ce guide, nous avons employé le masculin comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

QU'EST-CE QU'UN CANCER ?

Les organismes, végétaux ou animaux, sont constitués de minuscules éléments : **les cellules**. Le corps humain est composé de plusieurs milliards de cellules de différents types (cellules de la peau, des os, du sang...). Au cœur des cellules, les **gènes*** contiennent l'information nécessaire à leur fonctionnement et en déterminent un certain nombre de caractéristiques. Chaque cellule naît, se multiplie en donnant naissance à de nouvelles cellules, puis meurt. Les gènes et l'ensemble des informations qu'ils contiennent sont transmis aux cellules descendantes.

Il arrive que certains gènes présentent des anomalies. Le programme de fonctionnement de la cellule peut alors être dérégulé et celle-ci peut se comporter de façon anormale. Soit ces anomalies sont réparées, soit elles induisent la mort spontanée de la cellule. Mais parfois, il arrive que ces cellules survivent.

Un cancer, c'est cela : une maladie provoquée par une cellule initialement normale dont le programme se dérègle et la transforme. Elle se multiplie et produit des cellules anormales qui prolifèrent de façon anarchique et excessive. Ces cellules dérégulées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne, autrement dit cancéreuse.

Le développement d'un cancer n'est pas limité à l'accumulation d'anomalies dans la cellule. La recherche a révélé que la transformation cellulaire entraîne des modifications des éléments qui entourent la cellule, son microenvironnement. Ces perturbations du microenvironnement cellulaire favorisent à leur tour la transformation de cellules normales en cellules cancéreuses.

Les cellules cancéreuses ont tendance à atteindre les **tissus*** voisins et peuvent se détacher de la tumeur. Elles ont la capacité de migrer par les vaisseaux sanguins et les **vaisseaux lymphatiques***, et former d'autres tumeurs à distance, les métastases.

3

LA CHIRURGIE

- 38 Dans quels cas la chirurgie est-elle indiquée ?
- 39 Comment se préparer à l'intervention ?
- 42 Comment accéder à la tumeur ?
- 43 Comment se déroule l'intervention selon la zone où est située la tumeur ?
- 49 La chirurgie en cas d'occlusion intestinale
- 50 Quelle intervention en cas de métastases ?
- 50 Que se passe-t-il après l'intervention ?
- 53 Quels sont les effets indésirables et complications possibles ?

1

UN CANCER DU RECTUM, QU'EST-CE QUE C'EST ?

- 11 Le rectum
- 13 Le développement d'un cancer du rectum
- 15 Les facteurs de risque
- 16 Le diagnostic

4

LA RADIOTHÉRAPIE

- 61 Dans quels cas une radiothérapie est-elle indiquée ?
- 61 Qu'est-ce que la radiothérapie externe ?
- 63 Comment se déroule la radiothérapie externe en pratique ?
- 65 Quels sont les effets indésirables possibles ?

2

LES TRAITEMENTS DES CANCERS DU RECTUM

- 21 Le choix de vos traitements
- 26 Les traitements possibles en fonction du stade du cancer
- 31 Participer à un essai clinique
- 32 Les soins de support

5

LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

- 73 Dans quels cas un traitement médicamenteux est-il indiqué ?
- 74 Quels sont les traitements médicamenteux utilisés ?
- 78 Comment se déroule le traitement en pratique ?
- 81 Quels sont les effets indésirables possibles ?

6

LE SUIVI APRÈS TRAITEMENT

- 100 Les objectifs du suivi après traitement
- 100 Les examens

9

QUESTIONS DE VIE QUOTIDIENNE

- 120 Bénéficier d'un soutien psychologique
- 121 Bénéficier d'une aide pour l'arrêt d'une addiction
- 123 Les aides à domicile
- 124 La vie intime et la sexualité
- 125 Les proches

7

LES PROFESSIONNELS ET LEUR RÔLE

103

10

RESSOURCES UTILES

- 128 La plateforme Cancer info
- 130 Les associations et autres ressources
- 131 Les lieux d'information et d'orientation

8

DÉMARCHES SOCIALES ET ADMINISTRATIVES

- 114 Les démarches à effectuer
- 115 L'ALD et la prise en charge de vos soins
- 116 La vie professionnelle pendant les traitements
- 117 Se faire accompagner par un assistant de service social

GLOSSAIRE
133**ANNEXE 1. LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE**
142**ANNEXE 2. LES EXAMENS DU BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE**
149**ANNEXE 3. LA STOMIE**
151**MÉTHODE ET RÉFÉRENCES**
158**AUTRES GUIDES DISPONIBLES**
161

1

UN CANCER DU RECTUM, QU'EST- CE QUE C'EST ?

ANATOMIE

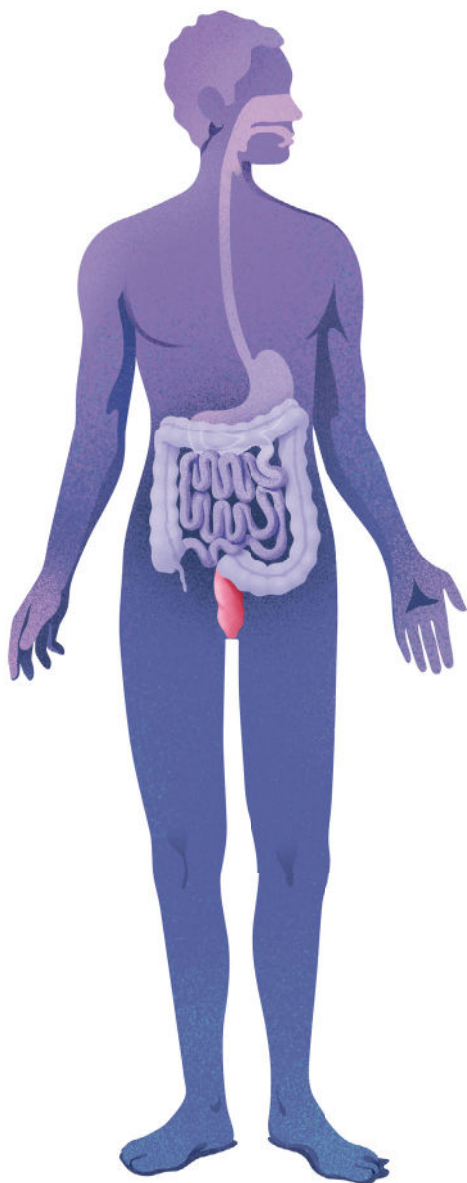
DIAGNOSTIC

FACTEURS DE RISQUE

BILAN

11. LE RECTUM
13. LE DÉVELOPPEMENT D'UN CANCER DU RECTUM
15. LES FACTEURS DE RISQUE
16. LE DIAGNOSTIC

LE RECTUM DANS LE TUBE DIGESTIF



Un cancer du rectum est une maladie des cellules qui tapissent l'intérieur du rectum. Il se développe à partir d'une cellule initialement normale qui se transforme et se multiplie de façon anarchique, jusqu'à former une masse appelée tumeur maligne (ou cancer).

LE RECTUM

Le rectum constitue la dernière partie du tube digestif. Il fait suite au côlon et s'étend jusqu'à l'anus. Il est situé dans le bassin, en avant du sacrum et du coccyx, les deux os situés à l'extrémité de la colonne vertébrale. Il est situé en arrière de la vessie et de la prostate chez les hommes, et du vagin et de l'utérus chez la femme.

De forme cylindrique, le rectum mesure entre 15 et 18 centimètres de long et présente un diamètre variable : étroit au niveau de sa jonction avec le côlon, il s'élargit au niveau de l'ampoule rectale (zone de stockage des selles). Il se resserre au niveau du canal anal qui va s'aboucher à l'anus. La surface externe du rectum est bosselée et recouverte par le mésorectum, tissu* grasseux qui contient des vaisseaux sanguins et des ganglions lymphatiques*.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À L'ÉQUIPE MÉDICALE

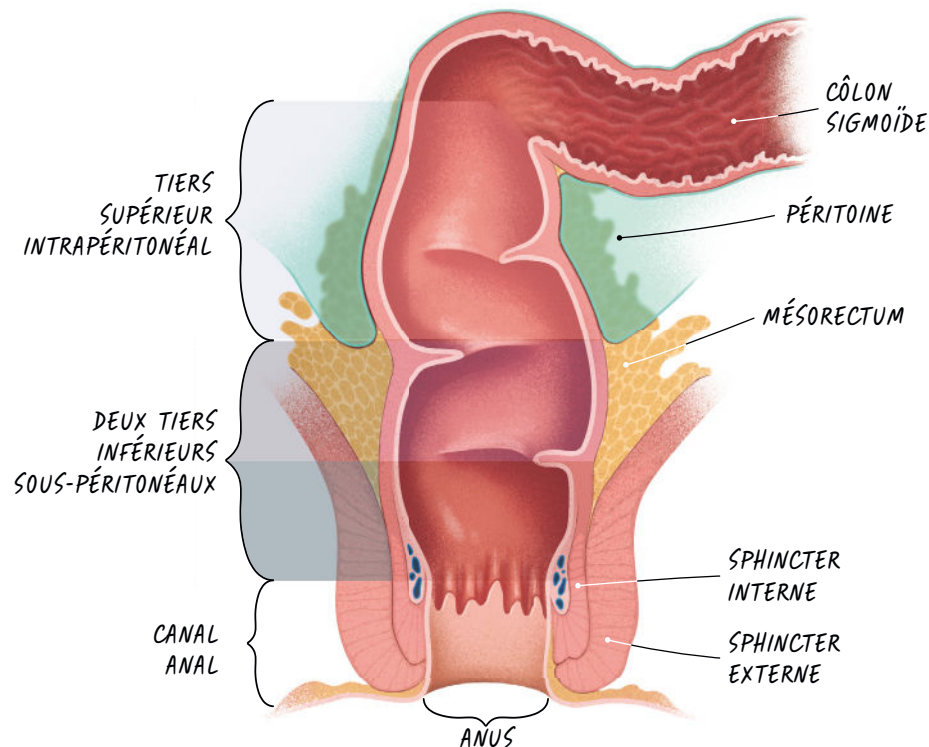
- ☐ Où le cancer est-il situé exactement ?
- ☐ Connaît-on son étendue ?
- ☐ Quel est l'impact possible sur ma vie quotidienne ?
- ☐ Quelle est sa gravité ?

Le rectum se divise en deux parties :

- le haut du rectum, recouvert par le péritoine (la membrane qui recouvre les organes abdominaux). On parle de tiers supérieur intrapéritonéal (il mesure environ 7 centimètres) ;
- les deux tiers inférieurs (le moyen et le bas rectum), situés sous le péritoine. On parle des deux tiers inférieurs sous-péritonéaux (ils mesurent environ 8 centimètres).

Un cancer peut se développer dans n'importe quelle partie du rectum.

LE RECTUM ET LE CANAL ANAL



La paroi du rectum, comme celle du côlon, est constituée de quatre couches différentes (successivement de l'intérieur vers l'extérieur) :

- la muqueuse* (couche la plus interne) ;
- la sous-muqueuse ;
- la musculieuse (deux couches de fibres musculaires) ;
- la séreuse (couche externe) qui constitue une partie du péritoine et se trouve en contact avec le mésorectum. Le tiers supérieur du rectum est entouré d'une couche séreuse ; les deux tiers inférieurs sont enveloppés du mésorectum et sont dépourvus de séreuse.

Après la digestion, les résidus alimentaires transitent de l'intestin grêle* au côlon sous forme liquide. Le côlon absorbe l'eau de ces résidus. Au fur et à mesure que les selles progressent dans le côlon, elles deviennent de plus en plus solides. Les selles passent ensuite dans le rectum qui sert de réservoir avant d'être évacuées par l'anus.

Lorsque le rectum est plein, le besoin d'aller à la selle est ressenti et le sphincter anal interne (muscle de l'anus) se relâche. C'est un phénomène dit réflexe. Ensuite, sous le contrôle de la volonté, le sphincter anal externe se relâche permettant l'ouverture de l'anus et l'évacuation des selles (voir illustration page 17).

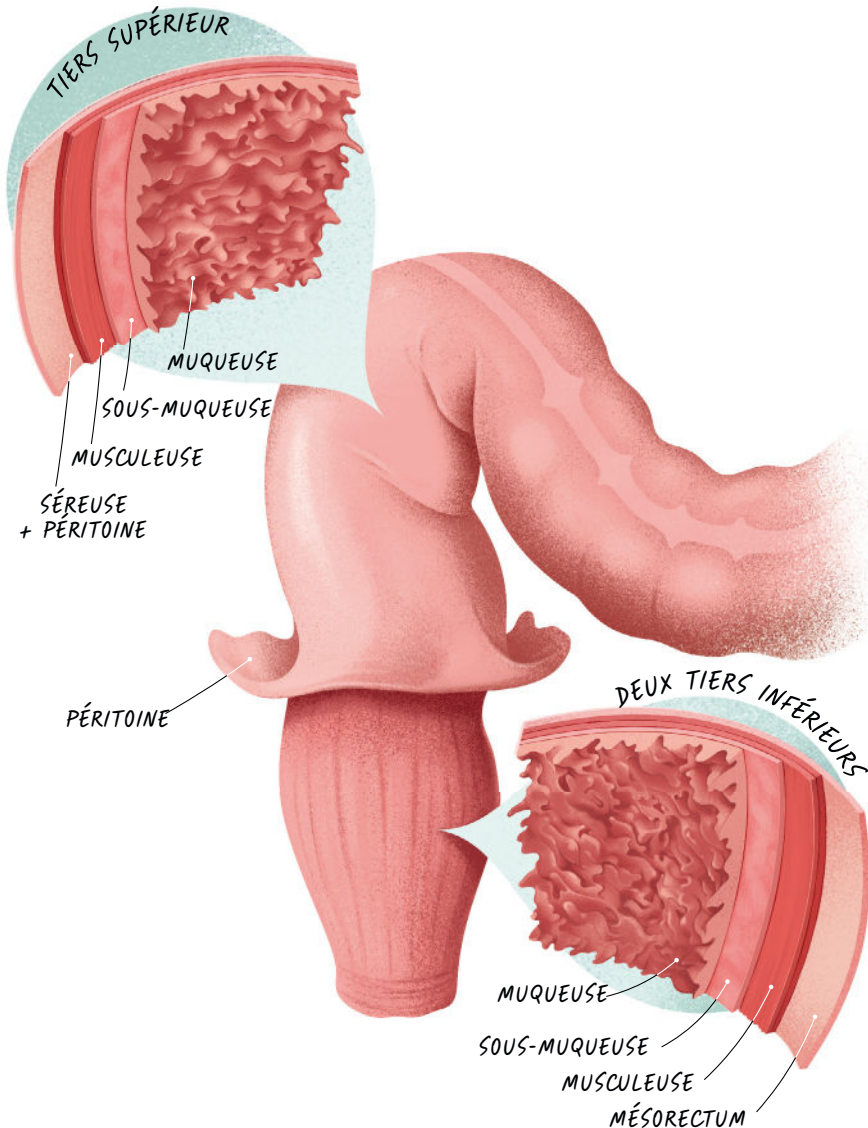
LE DÉVELOPPEMENT D'UN CANCER DU RECTUM

Lorsqu'un cancer apparaît, les cellules cancéreuses sont d'abord peu nombreuses et limitées à la première couche de la paroi du rectum, la muqueuse. On parle de cancer *in situ*. Avec le temps et si aucun traitement n'est effectué, la tumeur s'étend plus profondément à l'intérieur de la paroi, à travers les autres couches. On parle alors de cancer invasif. Des cellules cancéreuses peuvent également se détacher de la tumeur et emprunter les vaisseaux lymphatiques* ou sanguins pour envahir d'autres parties du corps :

BON À SAVOIR

On estime à environ **44 000** le nombre de nouveaux cas de cancers colorectaux (côlon ou rectum) en 2017 en France, dont **55 %** d'hommes.

LES DIFFÉRENTES COUCHES DE LA PAROI DU RECTUM



- les ganglions lymphatiques proches du rectum ;
- le foie, les poumons ou le péritoine. Les nouvelles tumeurs qui se forment alors s'appellent des métastases.

Au moment du diagnostic, les médecins étudient précisément l'étendue du cancer afin de vous proposer le ou les traitements les mieux adaptés.

LES FACTEURS DE RISQUE

L'âge (90 % des personnes atteintes ont plus de 50 ans) et certaines habitudes de vie augmentent le risque de développer un cancer du rectum. On peut citer une alimentation trop riche, notamment en graisses animales, une consommation importante de viande rouge, l'inactivité physique, le surpoids, ainsi que la consommation d'alcool et de tabac.

Le risque de développer un cancer du rectum est augmenté chez les personnes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (comme la **maladie de Crohn*** et la **rectocolite hémorragique***) ou de certaines maladies géné-

BON À SAVOIR

Le cancer colorectal (côlon ou rectum) est le **3^E CANCER** le plus fréquent chez l'homme après ceux de la prostate et du poumon et le **2^E CANCER** le plus fréquent chez la femme après celui du sein.



LA PRÉDISPOSITION GÉNÉTIQUE AUX CANCERS COLORECTAUX

Dans certains cas, une altération génétique (aussi appelée variation génétique), héritée d'un parent et présente dès la naissance dans toutes les cellules de l'organisme, peut jouer un rôle dans la survenue d'un cancer. On parle alors de **prédisposition génétique au cancer**, liée à la présence de ce qu'on appelle « une **altération génétique constitutionnelle** ».

Si les médecins qui vous suivent suspectent une prédisposition

génétique au cancer colorectal, ils vous adresseront à un oncogénéticien qui procédera à une analyse constitutionnelle de vos **gènes***. Si les examens révèlent une anomalie génétique héréditaire, un test de dépistage pourra être proposé à vos frères, sœurs, parents ou enfants majeurs (c'est-à-dire vos apparentés au 1er degré) afin de déterminer s'ils en sont également porteurs. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter les pages dédiées à l'oncogénétique sur e-cancer.fr

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez **e-cancer.fr**, rubrique Patients et proches, pour en savoir plus sur les facteurs de risque des cancers du rectum.

tiques (polypose adénomateuse familiale)* et syndrome de Lynch* (ou HNPCC). Un antécédent familial de cancer du côlon ou du rectum est également un facteur de risque.

LE DIAGNOSTIC

Un cancer du rectum peut être suspecté devant plusieurs signes dont :

- la survenue de douleurs abdominales ;
- la présence de sang dans les selles ;
- une alternance entre diarrhée et constipation ;
- une envie constante d'aller à la selle ;
- des douleurs au niveau de l'anus ;
- la détection d'une masse à la palpation de l'abdomen ou au toucher rectal (palpation de l'intérieur du rectum avec l'index) ;
- une dégradation inexpliquée de l'état général se manifestant notamment par une perte de poids et d'appétit, une diminution de la prise alimentaire et de la fatigue.

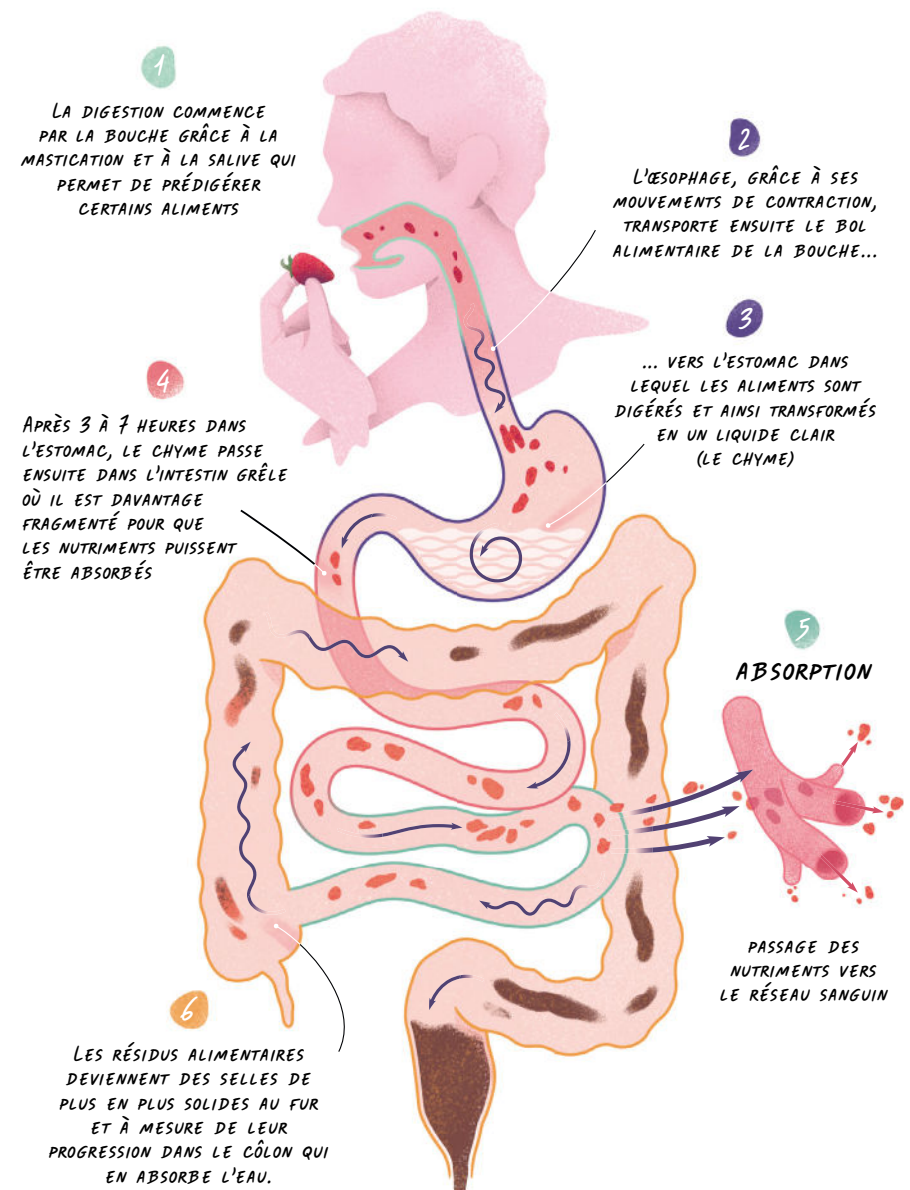
Le cancer du rectum peut également être suspecté si le test de recherche de sang dans les selles effectué dans le cadre du dépistage organisé des cancers colorectaux se révèle positif.

Quel que soit le contexte de découverte, certains examens doivent être effectués pour confirmer le diagnostic de cancer du rectum et en évaluer le stade, c'est-à-dire son degré d'extension. L'ensemble de ces examens constitue le bilan diagnostique. Il comporte :

- le bilan initial qui a pour objectif de confirmer la présence d'un cancer, de le localiser et de définir de quel type de cancer il s'agit ;
- le bilan d'extension qui a pour objectif de compléter le diagnostic. Il consiste à évaluer l'étendue du cancer, c'est-à-dire à déterminer jusqu'où il s'est propagé. C'est ce qui permet de définir le stade du cancer.

Retrouvez tous les examens du bilan diagnostique page 142.

LES ÉTAPES DE LA DIGESTION





LES POINTS À RETENIR

1. Un cancer peut se développer dans n'importe quelle partie du rectum ; on distingue le tiers supérieur des deux tiers inférieurs du rectum pour établir le traitement.
2. La paroi du rectum est constituée de quatre couches ; lorsque la tumeur n'a pas franchi la première couche, elle est dite *in situ*. Lorsqu'elle commence à atteindre les autres couches, la tumeur devient invasive.
3. Pour confirmer le diagnostic du cancer du rectum et évaluer son degré d'extension, une série d'exams doit être pratiquée. C'est ce qu'on appelle le bilan diagnostique.

2

LES TRAITEMENTS
DES CANCERS
DU RECTUM

RCP

PPS

SOINS DE SUPPORT

STADES

21. LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS

26. LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DU STADE DU CANCER

31. PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

32. LES SOINS DE SUPPORT

Plusieurs types de traitements sont utilisés pour traiter les cancers du rectum. Le choix de ceux qui vous sont proposés est effectué par plusieurs médecins lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

La chirurgie, la radiothérapie et les traitements médicamenteux (chimiothérapies conventionnelles et/ou thérapies ciblées) sont les principaux traitements des cancers du rectum. Ils peuvent être utilisés seuls ou associés les uns aux autres. Selon les cas, ils ont pour objectifs de :

- supprimer la tumeur ou les métastases ou en réduire la taille ;
- ralentir le développement de la tumeur ou des métastases ;
- réduire le risque de récurrence ;
- prévenir et traiter les symptômes et les complications engendrés par la maladie et les traitements pour assurer la meilleure qualité de vie possible.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À L'ÉQUIPE MÉDICALE

- ☐ Quels sont les traitements préconisés dans ma situation ? Pourquoi ?
- ☐ Quels sont les objectifs de chacun de ces traitements ?
- ☐ Quels en sont les effets indésirables ? Comment les prévenir et les soulager ?
- ☐ Où et quand se déroulent les traitements ? Avec quels médecins/équipes médicales ?
- ☐ Quelle est leur durée ?
- ☐ Comment suis-je suivi pendant les traitements ?
- ☐ Quel est l'impact possible sur ma vie quotidienne ?

La chirurgie, la radiothérapie et les traitements médicamenteux sont réalisés au sein d'établissements qui sont autorisés à les pratiquer. Ces établissements respectent des critères qui garantissent la qualité et la sécurité de ces traitements. La liste des établissements autorisés par région est disponible sur **e-cancer.fr**

Dans ce guide sont indiqués uniquement les traitements administrés en première intention, c'est-à-dire après le diagnostic.

LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS

Votre traitement est adapté à **vos cas personnels** (votre âge, vos antécédents médicaux et chirurgicaux, les contre-indications éventuelles à certains traitements) et dépend des caractéristiques du cancer dont vous êtes atteint :

- l'endroit où il est situé (au niveau du tiers supérieur du rectum ou dans la partie plus basse du rectum) ;
- son type histologique, c'est-à-dire le type de cellules impliquées ;
- son grade, c'est-à-dire son degré d'agressivité ;
- son stade, qui correspond à son degré d'extension (taille de la tumeur, atteinte ou non des ganglions lymphatiques* par des cellules cancéreuses, présence ou non de métastases dans d'autres parties du corps) ;
- la présence ou non d'une deuxième tumeur dans le côlon (polype ou cancer).

Ces caractéristiques sont déterminées grâce au bilan diagnostique (voir page 142) qui comprend notamment des examens d'imagerie (par exemple scanner*).

Un bilan préthérapeutique (voir en annexe page 149) est systématiquement effectué pour orienter le choix de vos traitements. Il comprend notamment une évaluation de votre état général et nutritionnel ainsi qu'un bilan biologique (examen de sang).

Lorsqu'un traitement médicamenteux est nécessaire, des examens supplémentaires sont effectués pour orienter le choix des médicaments à utiliser, à la recherche de la présence :

- d'une **altération moléculaire*** dans votre tumeur. Il s'agit d'une anomalie survenue au niveau d'un **gène*** : par exemple, la **mutation*** des gènes RAS qui concerne près de la moitié des personnes atteintes d'un cancer colorectal. **Dans les cas d'un cancer métastatique, cette information est déterminante dans le choix des traitements médicamenteux ;**
- d'une défaillance du système MMR* (*MisMatch Repair*) responsable d'une augmentation des erreurs lors de la réplication de l'**ADN*** avant la division cellulaire. Cette défaillance est révélée par ce qu'on appelle une instabilité microsatellitaire (MSI pour *MicroSatellite Instability*). Lorsque la tumeur présente une instabilité microsatellitaire, on dit qu'elle est MSI-H (H pour *high* en anglais). **La présence d'une instabilité microsatellitaire constitue un facteur pronostique favorable en cas de tumeur non métastatique.**

La présence de cette instabilité microsatellitaire pourrait également orienter le choix des traitements médicamenteux : au moment de la publication de ce guide, des essais cliniques

LES CONSÉQUENCES DE LA DÉNUTRITION



Un bon état nutritionnel est indispensable pour le bon déroulement des traitements.

spécifiques d'immunothérapie sont en cours pour les tumeurs métastatiques MSI-H.

Le choix de vos traitements fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire

Votre situation est discutée au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) qui rassemble au moins trois médecins de spécialités différentes : gastroentérologue, chirurgien, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, radiologue, pathologiste... (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 103).

En tenant compte des spécificités de votre situation et en s'appuyant sur des outils d'aide à la décision appelés **recom-**



QUAND PARLE-T-ON DE DÉNUTRITION ?

La dénutrition est un état de déficit en énergie (calories) et protéines consécutif à un déséquilibre entre apports nutritionnels et énergie dépensée par le corps.

Une personne est généralement considérée comme dénutrie en cas de perte de plus de 5 % de son poids habituel en un mois ou de plus de 10 % en 6 mois (si une personne de 60 kg perd 3 kg en un mois ou 6 kg en 6 mois, par exemple).

Au cours du cancer, l'alerte doit être donnée dès que la perte de poids atteint au moins 5 % du poids habituel, quelle que soit sa vitesse d'apparition. Si vous êtes en surpoids, vous êtes aussi à risque de dénutrition, donc vous devez aussi surveiller votre poids.

En cas de dénutrition, des solutions peuvent vous être proposées (voir page 56).

mandations de bonnes pratiques*, les médecins établissent une proposition de traitements. Ils peuvent aussi vous proposer de participer à un essai clinique (voir page 31).

La proposition de traitements est discutée avec vous

Lors d'une consultation spécifique, la **consultation d'annonce**, le médecin vous explique les caractéristiques de votre maladie. Il vous présente la proposition de traitement retenue les bénéfices attendus et les effets indésirables possibles. C'est l'occasion pour vous d'en discuter avec lui et de donner votre avis sur la proposition qui vous est faite.

Cette consultation est importante. Il est utile d'être accompagné par l'un de vos proches ou la personne de confiance que vous avez choisie (voir l'encadré ci-contre). Avant la consultation, notez toutes les questions qui vous viennent en tête et prenez le temps de les poser à votre médecin. Cet échange vous permettra de mieux comprendre et d'intégrer les informations données par le médecin, en particulier celles sur le traitement envisagé avec ses conséquences sur l'organisation de votre vie quotidienne et de prendre avec lui les décisions adaptées à votre situation.

Les modalités de la proposition de traitement sont décrites dans un document appelé **programme personnalisé de soins (PPS)**. Il comporte notamment les dates de vos différents traitements, leur durée, ainsi que les coordonnées des membres de l'équipe soignante. Quand vous avez donné votre accord sur la proposition de traitement, le document vous est remis et un exemplaire est transmis à votre médecin traitant, qui est un de vos interlocuteurs privilégiés. N'hésitez pas à le présenter aux infirmiers libéraux et au pharmacien qui vont vous suivre dans votre parcours de soin.

Si votre PPS ne vous a pas été délivré, demandez-le à votre équipe soignante.

Le programme personnalisé de soins peut évoluer en fonction de votre état de santé et de vos réactions aux traitements.

Le PPS contient également un volet social qui doit permettre de repérer précocement d'éventuelles difficultés et de mettre en œuvre un accompagnement adéquat.

Après cette consultation avec le médecin, une consultation avec un autre membre de l'équipe soignante, le plus souvent un infirmier, vous est proposée ainsi qu'à vos proches. C'est un temps d'accompagnement et d'écoute. Vous pouvez revenir sur les informations qui vous ont été données par le médecin, vous les faire expliquer à nouveau ou poser d'autres questions. L'infirmier évalue avec vous vos besoins en soins et soutiens complémentaires (sur le plan social, psychologique ou nutritionnel, par exemple) et vous oriente si nécessaire vers les professionnels adaptés.



LA PERSONNE DE CONFIANCE ET LES DIRECTIVES ANTICIPÉES : FAIRE CONNAÎTRE VOS CHOIX

La personne de confiance est une personne que vous désignez, par écrit, qui peut vous accompagner lors des entretiens médicaux, vous aider dans vos décisions et être consultée par l'équipe soignante si vous vous trouvez dans l'incapacité de recevoir des informations sur votre état de santé et d'exprimer votre volonté. Elle appartient ou non à votre famille. À tout moment, vous pouvez modifier votre choix.

Par ailleurs, il vous est possible de rédiger seul, ou avec l'aide de votre médecin des directives anticipées. Il s'agit de formuler, à l'avance et par écrit, vos choix en matière de traitements pour le cas où vous seriez

dans l'incapacité de les exprimer. Les directives anticipées permettent de faire prendre en considération vos souhaits en ce qui concerne les conditions de limitation ou l'arrêt d'un traitement. Elles sont modifiables et révocables à tout moment.

Un arrêté du 3 août 2016 (qui peut être consulté sur le site legifrance.gouv.fr) présente deux modèles de directives anticipées, suivant la situation. Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous conseille dans leur rédaction. Vous pouvez aussi vous rendre sur le site de la Haute Autorité de santé (HAS) qui donne des informations et des conseils pour les rédiger : has-sante.fr

Les médecins, les pharmaciens et les membres de l'équipe soignante sont là pour vous accompagner. Ce sont vos interlocuteurs privilégiés; n'hésitez pas à leur poser toutes vos questions. Ces échanges contribuent à renforcer le dialogue et la relation de confiance avec l'ensemble de ces professionnels tout au long de votre parcours de soins.

LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DU STADE DU CANCER

Le choix et l'ordre des traitements des cancers du rectum sont définis en fonction des caractéristiques du cancer dont vous êtes atteint et en particulier de son stade, c'est-à-dire de son étendue au moment du diagnostic.

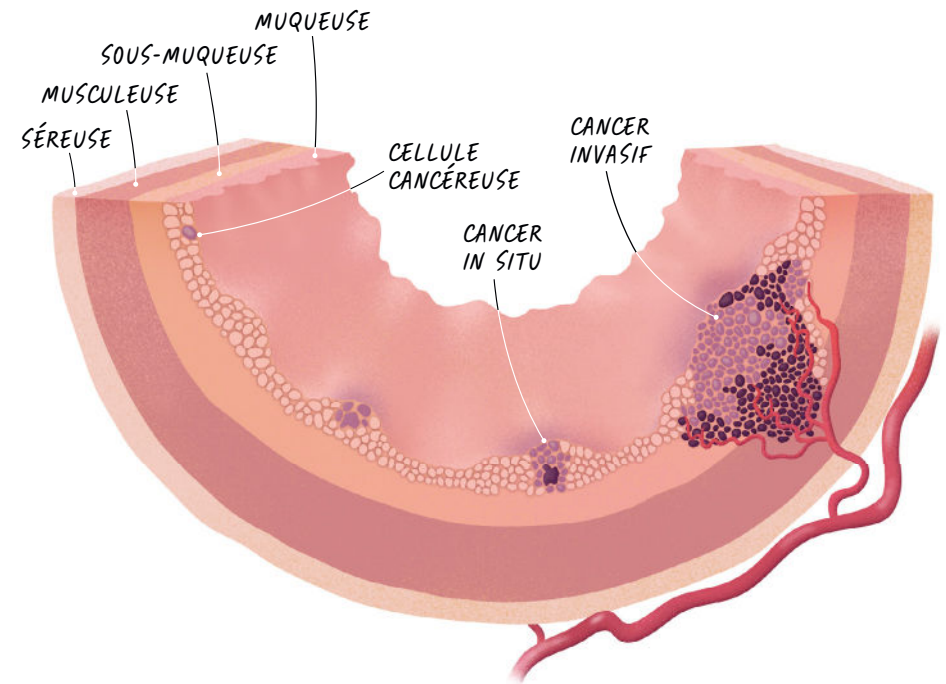
Pour déterminer le stade du cancer, les médecins s'appuient sur un système international de stadification, le système TNM (pour « Tumor, Nodes, Metastasis », ce qui signifie, « tumeur, ganglions, métastases »).

Dans ce système, les médecins prennent en compte la profondeur de la tumeur dans les différentes couches du rectum ainsi que son extension éventuelle aux organes voisins (T), l'atteinte ou non par des cellules cancéreuses de ganglions lymphatiques à proximité (N) et la présence ou non de métastases dans des parties du corps plus éloignées (M).

Il existe cinq stades différents, numérotés de 0 à IV :

- les stades 0, I et II correspondent aux cancers limités au rectum ou à sa périphérie proche (organes à proximité);
- le stade III correspond aux cancers qui ont atteint un ou plusieurs ganglions proches du rectum;
- le stade IV correspond aux cancers qui présentent des métastases à distance.

LES STADES DU CANCER SELON LE DEGRÉ D'INFILTRATION DE LA TUMEUR



BON À SAVOIR

Un traitement est dit néoadjuvant lorsqu'il est réalisé avant le traitement principal et adjuvant, lorsqu'il est effectué après.

Tumeur située dans le tiers supérieur du rectum

Le tableau qui suit présente les principales possibilités de traitement d'un cancer du tiers supérieur du rectum en fonction de son étendue au moment du diagnostic. Toutes les situations ne sont pas décrites. Les possibilités de traitement qui y sont citées sont détaillées dans les chapitres 3 et 5.

PRINCIPALES POSSIBILITÉS DE TRAITEMENTS EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	
✓ ÉTENDUE DE LA MALADIE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	✓ POSSIBILITÉS DE TRAITEMENT
La tumeur est <i>in situ</i> ; elle est très superficielle et n'envahit pas la sous-muqueuse (stade 0).	La tumeur est enlevée pendant la coloscopie* . On parle de résection endoscopique.
Le cancer est limité au rectum ou a atteint les organes et structures adjacents. Aucun ganglion n'est atteint et il n'y a pas de métastases (stades I et II).	Pour les stades I, le traitement consiste en une résection endoscopique pour les tumeurs superficielles ou en une résection chirurgicale pour les tumeurs plus infiltrantes. Pour les stades II, la chirurgie est le traitement de référence. Dans certains cas, une chimiothérapie peut être envisagée en complément de la chirurgie, notamment si des facteurs de risque de récurrence sont identifiés.
Le cancer est limité au rectum ou a atteint les organes et structures adjacents. Des cellules cancéreuses ont atteint un ou plusieurs ganglions lymphatiques. Il n'y a pas de métastases à distance (stades III).	La chirurgie est le traitement de référence. Elle est suivie dans un délai de 8 semaines d'une chimiothérapie dite adjuvante, c'est-à-dire réalisée après la chirurgie. La durée de la chimiothérapie est variable (de 3 à 6 mois) et discutée en RCP selon les caractéristiques de la tumeur.

PRINCIPALES POSSIBILITÉS DE TRAITEMENTS EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	
✓ ÉTENDUE DE LA MALADIE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	✓ POSSIBILITÉS DE TRAITEMENT
Le cancer a envahi d'autres organes sous la forme d'une ou plusieurs métastases à distance (stades IV).	Le choix des traitements est fonction notamment de vos éventuels symptômes, de votre état général, du nombre de métastases, de leur localisation ainsi que de la possibilité ou non de les retirer. En l'absence de contre-indications, le traitement peut comporter une chimiothérapie associée, dans certaines situations, à un traitement par thérapie ciblée. Des examens d'imagerie sont régulièrement réalisés pour évaluer l'efficacité de la chimiothérapie et la possibilité d'une chirurgie de la tumeur du rectum et des métastases. Dans tous les cas, des soins visant à soulager vos symptômes et améliorer votre qualité de vie sont mis en œuvre.

Tumeur située dans les deux tiers inférieurs du rectum

Le tableau qui suit présente les principales possibilités de traitement d'un cancer des deux tiers inférieurs du rectum (moyen et bas rectum) en fonction de son étendue au moment du diagnostic. Toutes les situations ne sont pas décrites dans ce tableau. Les modalités qui y sont citées sont détaillées dans les chapitres 3 à 5.

PRINCIPALES POSSIBILITÉS DE TRAITEMENTS EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	
✓ ÉTENDUE DE LA MALADIE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	✓ POSSIBILITÉS DE TRAITEMENT
La tumeur est <i>in situ</i> ; elle est très superficielle et n'envahit pas la sous-muqueuse (stade 0).	La tumeur est enlevée pendant la coloscopie. On parle de résection endoscopique.
Le cancer est limité à la couche musculieuse du rectum (stade I).	La chirurgie est le traitement de référence. Toutefois, une résection endoscopique peut être proposée pour certaines tumeurs superficielles. Pour les tumeurs plus infiltrantes, une résection chirurgicale du rectum est réalisée. Dans de rares situations, d'autres traitements sont proposés (notamment radiothérapie externe, chimiothérapie).
Le cancer a atteint le mésorectum ou les organes et structures situés autour du rectum. Aucun ganglion n'est touché et il n'y a pas de métastase (stade II). Quelle que soit l'extension de la tumeur dans la paroi du rectum et au-delà, des ganglions sont atteints et il n'y a pas de métastase (stade III).	Le traitement de référence est une radiochimiothérapie suivie d'une chirurgie. L'indication d'une chimiothérapie adjuvante, c'est-à-dire réalisée après ces traitements, est discutée en RCP.

PRINCIPALES POSSIBILITÉS DE TRAITEMENTS EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER AU MOMENT DU DIAGNOSTIC

✓ ÉTENDUE DE LA MALADIE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	✓ POSSIBILITÉS DE TRAITEMENT
Le cancer est à un stade métastatique. Il a envahi d'autres organes sous la forme d'une ou plusieurs métastases (stade IV).	Le traitement de la tumeur située au niveau du rectum et/ou des métastases est discuté en RCP. Des soins visant à soulager vos symptômes et améliorer votre qualité de vie sont mis en œuvre.

PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

L'équipe médicale peut vous proposer de participer à un essai clinique. Les essais cliniques sont des études scientifiques menées avec la participation des personnes malades. Cela ne peut être fait qu'après votre information et votre accord écrit.

Le cancer du rectum fait l'objet de nombreuses études qui visent notamment à :

- identifier des altérations moléculaires au niveau des gènes des cellules cancéreuses et proposer aux patients les thérapies ciblées les plus adaptées;
- évaluer de nouvelles stratégies de traitements (chirurgie, séquences de traitement, etc.);
- tester de nouveaux traitements anticancéreux (notamment d'immunothérapie ou de thérapie ciblée);
- évaluer différentes façons d'utiliser les traitements existants en mettant en place de nouvelles combinaisons de molécules. Le but est notamment d'améliorer l'efficacité des traitements et de réduire leurs effets indésirables;
- comparer l'efficacité des médicaments utilisés pour soulager les symptômes (médicaments contre la douleur par exemple);
- comparer différentes stratégies pour traiter la dénutrition.

L'IMMUNOTHÉRAPIE est un traitement médicamenteux qui vise à stimuler le système immunitaire (système de défense du corps) contre les cellules cancéreuses.

POUR ALLER PLUS LOIN

Pour connaître les essais cliniques en cours sur les cancers du rectum, consultez le Registre des essais cliniques sur e-cancer.fr



Chaque essai clinique a un objectif précis. Pour y participer, les patients doivent satisfaire un certain nombre de critères, appelés critères d'inclusion, spécifiques à chaque essai et fixés dans le protocole de l'essai. C'est le médecin qui vérifie la possibilité que vous puissiez participer ou non.

Les essais cliniques sont indispensables pour faire progresser la recherche et à terme, la manière dont les patients sont soignés. C'est grâce à ces études que des avancées sont réalisées en matière de traitements contre les cancers. Dans certains cas, un essai clinique peut vous permettre d'accéder à un nouveau traitement en le testant.

Si le traitement administré dans le cadre de l'essai clinique ne vous convient pas, le médecin peut décider d'y mettre fin et vous proposer un autre traitement. À tout moment, vous pouvez également décider de quitter un essai clinique sans que cela ne modifie ni la qualité de vos soins ni votre rapport avec votre médecin.

LES SOINS DE SUPPORT

Vos soins ne se limitent pas aux traitements spécifiques du cancer. Dans une approche globale, des soins et soutiens complémentaires peuvent être nécessaires pour gérer les conséquences de la maladie et de ses traitements : douleurs, fatigue, troubles de la sexualité et de la fertilité, troubles nutritionnels

(notamment perte d'appétit, nausées, vomissements) ou dénutrition, symptômes digestifs, difficultés psychologiques ou sociales, troubles de la mémoire, etc.

Ces soins, appelés soins de support, peuvent être proposés tout au long de votre parcours de soins et visent à maintenir votre qualité de vie. Ils comprennent notamment :

- l'évaluation et la gestion des effets indésirables des différents traitements ;
- l'évaluation et le traitement de la douleur, qu'elle soit due au cancer ou aux traitements du cancer ;
- le traitement de symptômes liés à la maladie et à son évolution éventuelle ;
- l'accès à une consultation diététique en cas de troubles de l'alimentation ou de dénutrition ;
- la possibilité pour vous et vos proches de consulter un psychologue ;
- l'apprentissage du soin de votre stomie, c'est-à-dire de la poche dans laquelle sont recueillies les selles, lorsque celle-ci est nécessaire (voir page 151) ;
- l'aide à l'arrêt du tabac ;
- l'aide au maintien ou à la reprise d'une activité physique adaptée, pendant et après la maladie ;
- la possibilité de rencontrer un assistant de service social pour vous aider dans vos démarches administratives.

Ces soins doivent être anticipés et discutés dès la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Ils doivent être listés dans votre programme personnalisé de soins (PPS). Vous pouvez également les demander à tout moment. N'hésitez pas à demander la liste des soins de support proposés dans l'établissement de santé dans lequel vous êtes soigné ainsi que les modalités pour y accéder. Ils sont assurés par l'ensemble de l'équipe soignante, votre médecin généraliste ou, parfois, par des professionnels spécialisés : spécialiste de la douleur, assistant de service social, diététicien, infirmier stomathérapeute (formé pour accompagner les patients stomisés), sexologue, équipe spécialisée dans la préservation de la fertilité, psychologue, psychiatre, socio-esthéticienne, etc. Ils



TABAC ET ALCOOL

L'arrêt du tabac et de l'alcool est primordial notamment pour limiter le risque de complications pendant et après les traitements. Poursuivre la consommation de ces substances a également un impact sur le risque

de second cancer et la survie. Il existe de nombreux recours pour vous aider, parlez-en avec l'équipe qui vous suit (voir « Bénéficier d'une aide pour l'arrêt d'une addiction » page 121).

peuvent se dérouler en établissement de santé (hôpital, clinique) ou en ville.

Les soins de support font partie intégrante de votre parcours de soins. Ils ne sont ni secondaires ni optionnels. Ils visent à vous assurer la meilleure qualité de vie possible. N'hésitez pas à parler à votre médecin et aux autres membres de l'équipe soignante de la façon dont vous vivez la maladie et les traitements. Cela leur permet de vous apporter les soins et soutiens nécessaires, et de vous orienter au mieux vers les professionnels concernés.



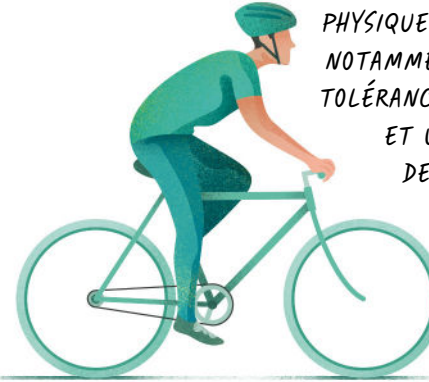
QUE PENSER DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ?

Homéopathie, plantes, vitamines, acupuncture, massages, ostéopathie, relaxation... De nombreux patients ont recours à des médecines complémentaires, appelées aussi médecines douces, parallèles, alternatives ou non conventionnelles. Elles peuvent leur apporter un soutien supplémentaire pour mieux supporter la maladie, les traitements et leurs effets indésirables tels que la fatigue, l'anxiété ou la douleur. Ces médecines complémentaires peuvent avoir des effets indésirables ou interagir avec les traitements prescrits par le médecin qui vous suit pour votre cancer. Ces interactions peuvent notamment diminuer l'efficacité du traitement anticancéreux prescrit par votre médecin. Il est donc très important d'en parler avec lui sans crainte d'être jugé.

Par ailleurs, si les médecines complémentaires peuvent soulager, elles ne remplacent en aucun cas les traitements habituels du cancer. Soyez vigilant si l'on vous propose des méthodes présentées comme plus efficaces que les traitements classiques. Il arrive en effet que des personnes ou des organisations cherchent à profiter de la vulnérabilité des personnes malades et/ou de leur famille en leur proposant des méthodes qui peuvent s'avérer dangereuses, coûteuses et inefficaces. En cas de doute sur des propositions qui vous sont faites, n'hésitez pas à interroger l'équipe médicale spécialisée qui vous suit, votre médecin traitant ou encore votre pharmacien.

Pour plus de précisions, vous pouvez consulter les informations sur la thématique des traitements miracles sur le site e-cancer.fr/patients-et-proches

QUELLE ACTIVITÉ PHYSIQUE PRATIQUER ?



PRATIQUER UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE RÉGULIÈRE PERMET NOTAMMENT UNE MEILLEURE TOLÉRANCE AUX TRAITEMENTS ET UNE RÉDUCTION DE LA FATIGUE.



ACTIVITÉ CARDIO-RESPIRATOIRE (MARCHE, NATATION OU VÉLO)

- 30 MINUTES PAR JOUR
- 5 JOURS PAR SEMAINE

RENFORCEMENT MUSCULAIRE MODÉRÉ
(MONTER DES ESCALIERS)

- 2 FOIS PAR SEMAINE



ASSOUPPLISSEMENTS

- 2 À 3 FOIS PAR SEMAINE



EXERCICES D'ÉQUILIBRE
(POUR LES PLUS DE 65 ANS)

- 2 FOIS PAR SEMAINE

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez les guides *Douleur et cancer*, *Fatigue et cancer*, *Démarches sociales et cancer*, *Vivre pendant et après un cancer* et le site e-cancer.fr/patients-et-proches

Parmi les soins de support, **l'aide à la reprise ou au maintien d'une activité physique adaptée (APA)** permet de lutter contre la sédentarité pendant vos traitements. Lorsque les recommandations décrites dans l'illustration page 35 ne sont pas réalisables, il peut être préférable d'être accompagné. Dans ce cas, un professionnel formé et expérimenté aux spécificités des cancers établit avec vous un programme personnalisé. Votre médecin traitant peut vous prescrire une activité physique adaptée dès lors que vous êtes atteint d'une affection longue durée (ALD, voir page 115). Cette prescription n'ouvre toutefois pas le droit à un remboursement de votre activité par l'Assurance maladie. Certaines associations proposent une APA gratuite pour les patients atteints d'un cancer ; retrouvez leurs adresses sur le site e-cancer.fr



LES POINTS À RETENIR

1. Votre traitement est adapté à votre cas personnel et aux caractéristiques de votre cancer.
2. Votre traitement est discuté et choisi par des médecins de différentes spécialités lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).
3. Les soins de support font partie intégrante de votre traitement, il ne faut pas les négliger.
4. Les dates de vos différents traitements, leur durée et les coordonnées des membres de l'équipe soignante sont indiquées dans votre Programme personnalisé de soins (PPS).

3

LA CHIRURGIE

RÉSECTION

ANESTHÉSIE

ANASTOMOSE

STOMIE

38. DANS QUELS CAS LA CHIRURGIE EST-ELLE INDICQUÉE ?
39. COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?
42. COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR ?
43. COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?
49. LA CHIRURGIE EN CAS D'OCCLUSION INTESTINALE
50. QUELLE INTERVENTION EN CAS DE MÉTASTASES ?
50. QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?
53. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ET COMPLICATIONS POSSIBLES ?

La chirurgie est le traitement principal du cancer du rectum. Elle consiste à retirer la tumeur avec une marge de **tissu*** sain autour. Le type de chirurgie réalisé dépend de l'endroit où est située la tumeur, de son degré d'infiltration et de sa distance par rapport au sphincter anal.

Dans certains cas, un curage ganglionnaire est également effectué: le chirurgien retire les **ganglions lymphatiques*** voisins de la tumeur dans le mésorectum (tissu graisseux qui recouvre le rectum). Les ganglions sont ensuite analysés à l'aide d'un microscope pour déterminer s'ils contiennent ou non des cellules cancéreuses. C'est un facteur pronostique, c'est-à-dire que cela donne une indication sur l'évolution possible de la maladie.

DANS QUELS CAS LA CHIRURGIE EST-ELLE INDICQUÉE ?

Pour les cancers **du tiers supérieur** du rectum, la résection chirurgicale (si la tumeur n'est pas superficielle) est le traitement de référence pour les stades I. Pour les stades II, en présence de facteurs de risque de récurrence, elle peut être complétée par une chimiothérapie dite adjuvante.

Pour les stades III, la chirurgie est systématiquement suivie, dans un délai de 8 semaines, d'une chimiothérapie adjuvante.

Pour les stades IV, l'intérêt d'une chirurgie destinée à retirer les métastases et la tumeur primitive est évalué en fonction de l'étendue de la maladie, de l'efficacité de la chimiothérapie le cas échéant et de votre état général.

Pour les cancers des **deux tiers inférieurs du rectum**, la réalisation d'une chirurgie dépend du stade du cancer. Pour les

cancers de stade I, un traitement local par l'anus (par endoscopie) est proposé lorsque la tumeur est superficielle. Pour les tumeurs plus infiltrantes, une résection chirurgicale du rectum est réalisée. Dans de rares situations, ce traitement peut être complété par une radiothérapie ou une chimiothérapie.

Pour les stades II et III, la chirurgie est réalisée après un traitement par radiothérapie qui est souvent combiné dans le même temps à une chimiothérapie (le tout est appelé radiochimiothérapie).

Pour les stades IV, l'opportunité de réaliser une chirurgie de la tumeur située sur le rectum et/ou des métastases est discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

Deux consultations sont programmées quelques jours avant l'intervention, une avec le chirurgien, l'autre avec l'anesthésiste. Un bilan préopératoire doit également être réalisé; il repose sur les examens du bilan préthérapeutique (voir annexe page 149).

La consultation avec le chirurgien

Le chirurgien vous explique les objectifs de l'opération, la technique qu'il va utiliser, les suites opératoires et les complications possibles. Si une stomie (« anus artificiel » et poche) est nécessaire, il vous explique son fonctionnement et sa gestion (voir annexe page 151). Cette consultation est l'occasion de poser toutes vos questions au sujet de l'intervention.

Lors de cette consultation, le chirurgien vous informe qu'un échantillon de la tumeur peut faire l'objet d'une analyse dans le cadre de la recherche et être conservé après l'opération dans une tumorotheque, une bibliothèque de tumeurs, en vue de recherches ultérieures. Vous avez le droit de vous y opposer.

UNE TUMEUR PRIMITIVE est la tumeur principale à partir de laquelle peuvent s'échapper des cellules cancéreuses pouvant former des métastases dans d'autres parties du corps.

La consultation avec l'anesthésiste

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. La consultation avec l'anesthésiste permet d'évaluer les risques liés à l'anesthésie, en prenant en compte vos antécédents médicaux et chirurgicaux.

UN ANTI-COAGULANT

est un médicament qui diminue la coagulation (transformation d'une substance liquide en une masse solide) du sang, évitant ainsi la formation de caillots dans les vaisseaux sanguins.

Il est important de signaler tout problème de santé, notamment les allergies (rhume des foins, eczéma, allergie au latex, à certains médicaments, etc.), les problèmes respiratoires (asthme, bronchite chronique), les problèmes cardiaques (hypertension artérielle par exemple), la prise de médicaments, les problèmes de coagulation liés à une maladie ou à une prise régulière de médicaments (aspirine, anticoagulants), ainsi que votre consommation d'alcool et de tabac. L'anesthésiste aborde avec vous la question de la gestion de la douleur après l'opération.

Cette consultation est l'occasion de poser toutes les questions que vous avez au sujet de l'anesthésie.

Évaluation de votre état nutritionnel

Votre « état nutritionnel », c'est-à-dire le bon équilibre entre ce que vous mangez et ce que vous dépensez, est souvent altéré par la maladie et aggravé par la chirurgie. Cela risque d'entraîner une dénutrition qui se manifeste par une perte de poids (voir encadré page 22). Si l'équipe médicale constate une dénutrition avant ou après l'intervention, vous pourrez bénéficier d'un support nutritionnel complémen-

taire de votre alimentation visant à rétablir votre état nutritionnel. Il peut s'agir de la prescription d'une alimentation enrichie en calories ou protéines, de compléments nutritionnels oraux (CNO) ou d'une nutrition entérale (via une sonde gastrique).

Quel que soit votre état nutritionnel (dénutri ou non), un support nutritionnel complémentaire visant à stimuler votre système immunitaire, appelé immunonutrition, est recommandé au minimum une semaine avant l'intervention et jusqu'à 7 jours après, en cas de dénutrition. Il permet à l'organisme de se préparer à la chirurgie grâce à un apport en certains **nutriments*** indispensables au système immunitaire. Il est le plus souvent envisagé par voie orale.

Des antibiotiques pour réduire le risque d'infection

L'intestin est l'organe qui contient le plus de bactéries. Leur présence y est normale. Mais si elles se déplacent dans la cavité abdominale, à la suite d'une coupure ou d'une perforation de l'intestin par exemple, elles peuvent engendrer une infection grave du péritoine (la membrane qui recouvre les organes abdominaux), appelée péritonite. Afin de réduire ce risque pendant et après l'intervention, des antibiotiques sont généralement administrés en même temps que les produits anesthésiques.

Préparation du côlon et du rectum

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



TABAC

L'arrêt du tabac quelques semaines avant une intervention est important pour réduire les risques de complications pendant et après l'opération (risques de complications pulmonaires, d'infection de la zone opérée et de problèmes de

cicatrisation). Des moyens existent pour accompagner l'arrêt du tabac et soulager les symptômes de sevrage. Parlez-en avec l'équipe qui vous suit et consultez le sous-chapitre « Bénéficier d'une aide pour l'arrêt d'une addiction », page 121.

COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR ?

Une voie d'abord désigne le chemin utilisé pour accéder à l'organe ou à la zone à opérer. Trois voies d'abord peuvent être utilisées pour opérer un cancer du rectum : la coelioscopie, la laparotomie et l'abord transanal.

- **La coelioscopie** (ou laparoscopie) est une technique chirurgicale d'opération à ventre fermé. Le chirurgien effectue plusieurs petites incisions qui lui permettent de passer un système optique ainsi que des instruments chirurgicaux à l'intérieur de l'abdomen. Le système optique est relié à un écran extérieur et le chirurgien opère en regardant l'écran. La coelioscopie apporte des bénéfices à court terme comme diminuer la douleur et les complications après l'intervention, réduire la durée d'hospitalisation ou encore préserver la paroi abdominale avec un bénéfice esthétique (pas de grande cicatrice). À long terme, elle entraîne un risque moins important d'événement de la paroi abdominale. Elle est aussi efficace que la laparotomie pour enlever la portion du rectum malade.
- **La laparotomie** consiste à ouvrir le ventre pour accéder aux organes (opération à ventre ouvert). Le chirurgien effectue une incision verticale sur l'abdomen, en partant du dessus du nombril qu'il contourne, jusqu'au bas du ventre. Cette technique permet au chirurgien d'observer et de palper minutieusement toute la cavité abdominale avant de retirer la portion du rectum atteinte par la tumeur ainsi que les ganglions les plus proches.
- **L'abord transanal** consiste à accéder à la tumeur directement par l'anus, sans incision. Cette voie est utilisée dans le cas du traitement chirurgical local (ou exérèse locale). Il a pour objectif de retirer la tumeur et une marge de tissu d'au moins un centimètre autour, tout en conservant le rectum et le sphincter anal et ainsi éviter les séquelles fonctionnelles d'une ablation (incontinence, selles fréquentes...). Cette intervention se déroule sous anesthésie générale. L'inconvénient de cette voie d'abord est l'impossibilité d'enlever le mésorectum et donc les ganglions situés autour du rectum.

Elle n'est proposée que dans le cas des tumeurs du rectum superficielles et de petite taille. Après l'intervention, l'examen anatomopathologique du tissu retiré permet de contrôler si les marges du tissu sont saines, c'est-à-dire qu'elles ne contiennent aucune cellule cancéreuse. Il permet aussi de vérifier si le stade de la tumeur est conforme à ce qui a été préalablement évalué. Dans le cas contraire, le chirurgien peut proposer de refaire une intervention par laparotomie ou coelioscopie « classique » pour compléter la première intervention et retirer alors le rectum.

Le choix de l'une ou l'autre de ces voies dépend notamment des caractéristiques du cancer (taille et localisation de la tumeur) ainsi que de votre morphologie et de la spécialisation de l'équipe chirurgicale.

COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION SELON LA ZONE OÙ EST SITUÉE LA TUMEUR ?

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

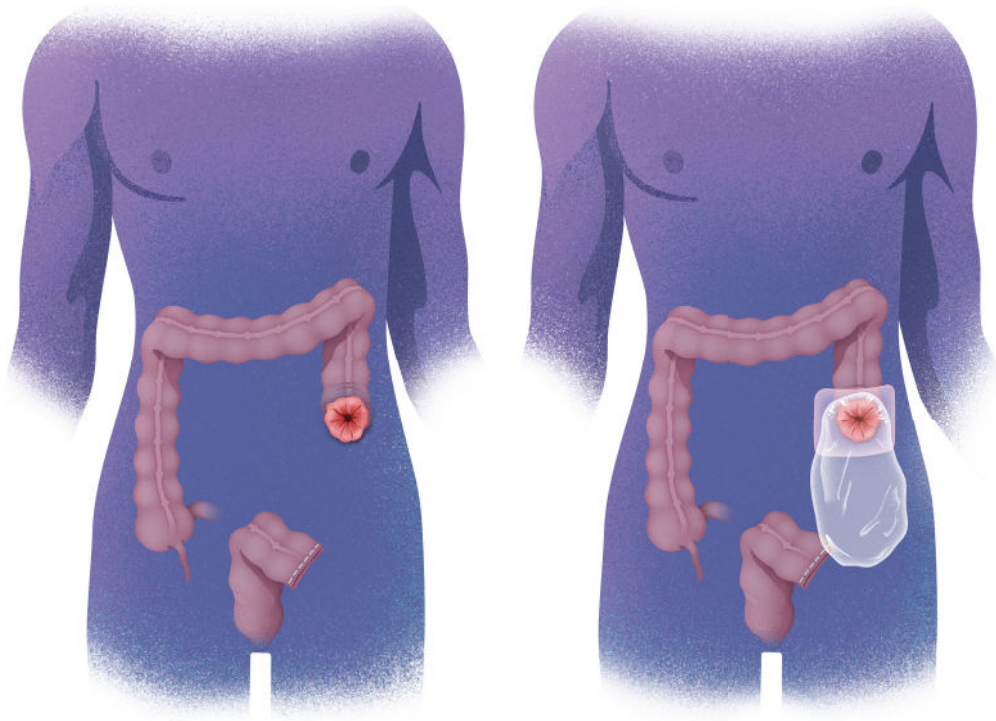
L'intervention consiste à retirer :

- la partie atteinte du rectum - on parle d'exérèse rectale ou encore de **proctectomie** ;
- le mésorectum, tissu graisseux qui entoure le rectum et qui contient des vaisseaux sanguins et des ganglions lymphatiques. Cela permet de réduire le risque de récurrence locale.

Après avoir enlevé la portion atteinte par la tumeur, le chirurgien pratique habituellement une suture entre le côlon et la portion de rectum restant ou l'anus, appelée **anastomose**.

Il peut être nécessaire de dériver le flux fécal (des selles) pour permettre à la zone opérée de cicatriser plus facilement. Une **stomie** - appelée parfois « anus artificiel » - est alors effectuée. Il s'agit d'une petite ouverture faite dans le côlon (colostomie) ou l'intestin grêle* (iléostomie) et sur la paroi de l'abdomen, par laquelle seront évacuées les selles, ensuite recueillies dans une poche.

RÉALISATION D'UNE STOMIE



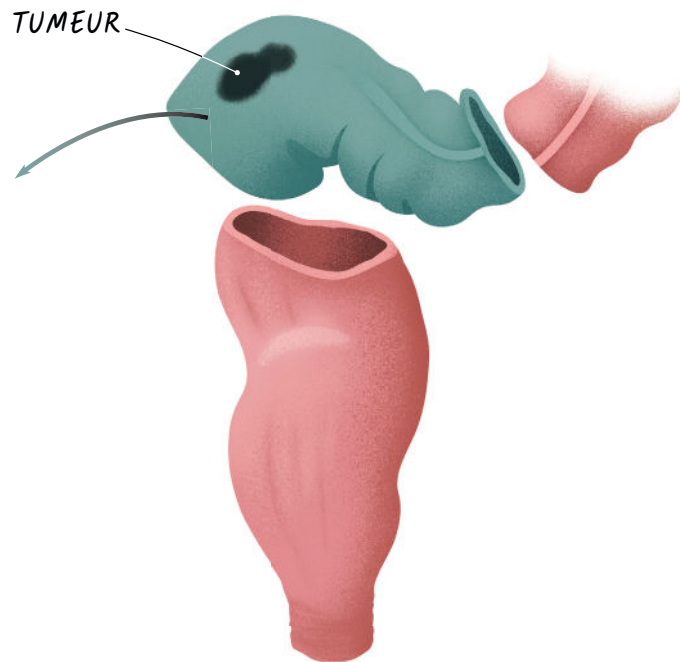
Cette stomie est dite de « protection » lorsqu'elle est temporaire. Elle est habituellement refermée lors d'une deuxième intervention chirurgicale (en moyenne 2 à 3 mois après l'intervention initiale), après vérification de la bonne cicatrisation de l'anastomose par une **radiographie*** de contrôle. Le circuit intestinal reformé, les selles pourront à nouveau être évacuées par la voie naturelle. C'est ce qu'on appelle le rétablissement de la continuité digestive ou intestinale.

Une stomie définitive peut être nécessaire dans les suites d'une chirurgie d'un cancer du bas rectum ayant nécessité **une amputation abdomino-périnéale** (ablation du rectum, du sphincter anal, de l'anus et des muscles autour de l'anus). Dans ce cas, il n'est plus possible ni de contrôler les selles et les gaz ni de les expulser par l'anus. Les selles et les gaz sont donc définitivement recueillis au niveau de la peau de l'abdomen, à travers la stomie (plus de précisions sur la stomie en annexe page 151).

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À L'ÉQUIPE MÉDICALE

- ☐ Comment l'opération se déroule-t-elle ?
- ☐ Quels en sont les risques ?
- ☐ Comment puis-je me préparer au mieux ?
- ☐ Que va-t-il se passer après l'intervention ?
- ☐ Quelles vont être les conséquences de l'opération sur ma vie de tous les jours ? Comment seront-elles prises en compte ?

CHIRURGIE D'UNE TUMEUR DU HAUT RECTUM



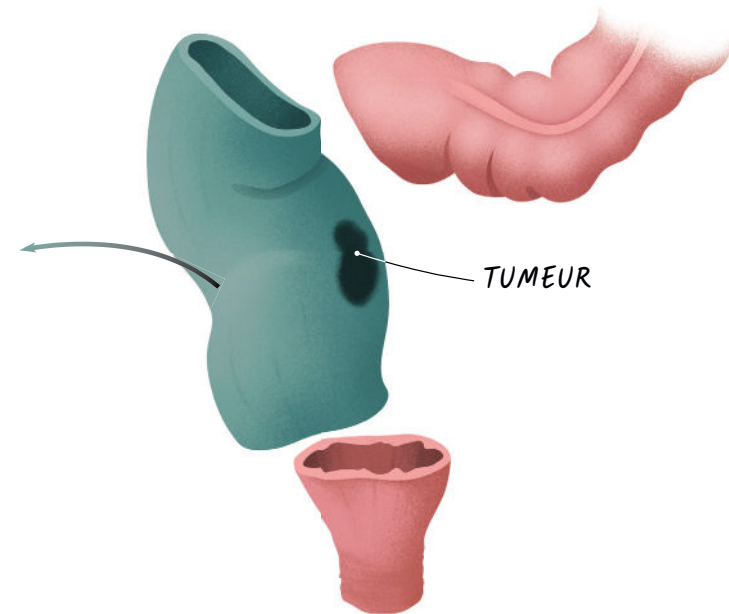
Dans le cas des tumeurs du haut rectum

Le chirurgien retire le côlon sigmoïde (dernière partie du côlon) et le tiers supérieur du rectum en respectant une marge de tissu sain sous la tumeur (5 centimètres environ). La continuité digestive est rétablie par la réalisation d'une anastomose – une suture – entre le côlon et le rectum restant. Le plus souvent, il n'est pas nécessaire de réaliser une stomie de protection.

Dans le cas des tumeurs du moyen et bas rectum

Le chirurgien retire tout le rectum et tout le mésorectum. La continuité digestive est alors rétablie par une anastomose (une suture) entre le côlon et l'anus. Le chirurgien réalise, le plus souvent, un « réservoir colique ». Il s'agit d'une poche créée avec le côlon pour remplacer le rectum. Elle permet

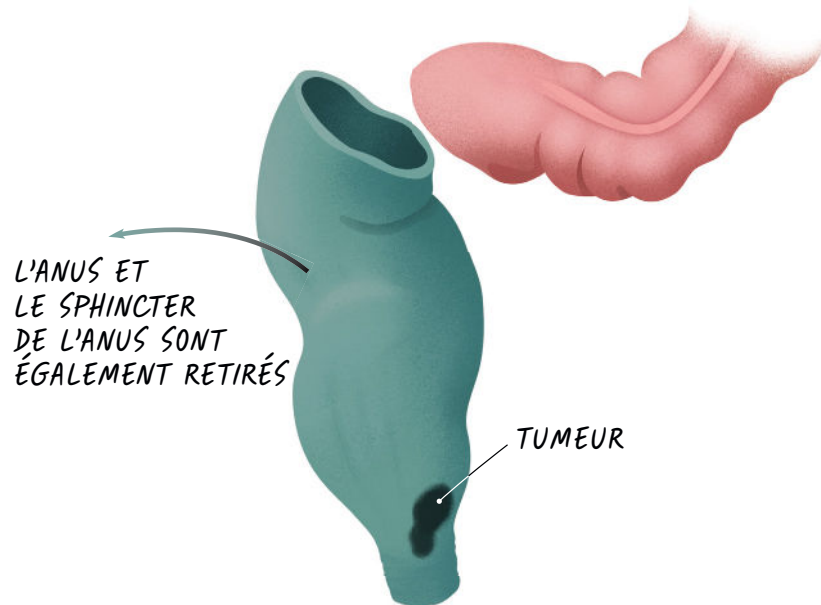
CHIRURGIE D'UNE TUMEUR DU MOYEN RECTUM



de créer une zone où les selles sont stockées avant d'être évacuées et ainsi d'améliorer le résultat fonctionnel après l'opération (réduction du nombre de selles quotidiennes notamment). Dans ce cas, une stomie temporaire de protection est réalisée systématiquement afin de favoriser la cicatrisation de la couture entre le côlon et l'anus.

Pour les tumeurs du très bas rectum (moins de 1 cm du sphincter anal), le chirurgien retire le rectum, l'anus et le sphincter de l'anus. Il opère par un abord classique abdominal et local, au niveau du périnée (l'ensemble de muscles situé entre l'anus et la vulve ou le pénis). Dans ce cas, il n'est pas possible de réaliser une anastomose entre le côlon restant et le périnée. Une stomie définitive est réalisée.

CHIRURGIE D'UNE TUMEUR DU TRÈS BAS RECTUM



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

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

La tumeur peut s'être propagée aux organes voisins comme la vessie ou l'urètre (le conduit par lequel l'urine part de la vessie pour être évacuée), la prostate, les ovaires, le vagin ou l'utérus. Dans ce cas, le chirurgien enlève la tumeur du rectum, mais aussi les organes voisins touchés et les ganglions lymphatiques régionaux.

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

LA CHIRURGIE EN CAS D'OCCCLUSION INTESTINALE

Parfois, le cancer du rectum est découvert à cause d'une occlusion: en grossissant, la tumeur bloque le passage des selles et des gaz. Cela provoque des douleurs abdominales, des vomissements, un arrêt total ou partiel du transit et un gonflement de l'abdomen. Le côlon augmente de volume et finit parfois par se perforer. Une occlusion nécessite donc, le plus souvent, une intervention en urgence.

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

Si l'occlusion est liée à une tumeur du haut rectum, il s'agit:

- soit de réaliser une stomie temporaire afin de dériver les selles et de décompresser rapidement le côlon en évacuant les gaz et les selles. Une deuxième intervention est programmée une semaine plus tard « à froid » pour retirer la tumeur, refermer la stomie et rétablir la continuité digestive;
- soit de retirer d'emblée la tumeur en enlevant la portion du rectum atteinte. Pendant l'intervention, le chirurgien réalise un lavage du reste du côlon et rétablit le circuit digestif si le

côlon n'est pas trop abîmé. Si le côlon a été trop abîmé, il réalise une stomie temporaire.

QUELLE INTERVENTION EN CAS DE MÉTASTASES ?

Certaines métastases peuvent être retirées par chirurgie. On dit alors qu'elles sont résécables. Le déroulement de l'intervention dépend de la localisation et du nombre de métastases.

En cas de métastases résécables (au niveau des poumons, du foie...), l'intervention chirurgicale peut être pratiquée en deux temps, avec une chimiothérapie entre les deux opérations pour contrôler la maladie.

Si les métastases ne sont pas opérables en raison de leur nombre ou de leur inaccessibilité, des traitements médicamenteux sont proposés (chimiothérapie et thérapie ciblée, voir page 73).

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

À votre réveil

Une fois l'intervention terminée, vous êtes amené en salle de réveil où l'équipe médicale et paramédicale continue d'assurer votre surveillance.

À votre réveil, vous pouvez ressentir des nausées ou encore une somnolence, provoquées par l'anesthésie.

Un ou plusieurs drains peuvent être mis en place dans la zone opérée pendant l'intervention. Ces tuyaux très fins permettent d'évacuer les liquides (sang, lymphe) qui peuvent s'accumuler au cours de la cicatrisation. Ces drains ne sont pas douloureux et sont retirés sur décision du chirurgien, dans les jours suivant l'opération.

Une sonde urinaire a pu être mise en place. Elle sert à recueillir les urines et à mesurer leur volume pour mieux contrôler le fonctionnement des reins. Elle est retirée quelques jours après l'intervention.

Pour éviter une phlébite pouvant être provoquée par un alitement prolongé après une opération chirurgicale ou par la chirurgie elle-même, les médecins vous prescrivent un médicament anticoagulant et vous demandent de vous lever dès que possible après l'intervention. De plus, le port de bas anti-thrombose (appelés bas de contention ou encore bas à varices) pendant la journée est préconisé après l'opération et pendant toute la durée prescrite par votre médecin.

La gestion de votre douleur

Comme après toute intervention chirurgicale, les douleurs sont systématiquement traitées, généralement par de la morphine ou l'un de ses dérivés. Il est important que vous décriviez ce que vous ressentez afin que votre équipe médicale puisse vous proposer le traitement le plus adapté.

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

La durée d'hospitalisation

En moyenne de 1 à 2 semaines, la durée d'hospitalisation varie cependant en fonction de l'intervention pratiquée, de votre état de santé général et de la façon dont vous avez supporté la chirurgie.

Si besoin, un séjour en service de soins de suite et réadaptation (maison de convalescence) peut vous aider à récupérer.

Si une stomie a été mise en place, un infirmier stomathérapeute vous apprendra comment vivre avec et en prendre soin (voir annexe page 151).

UNE PHLÉBITE est une inflammation d'une veine pouvant provoquer son obturation par la formation d'un caillot de sang.

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez le guide *Douleur et Cancer*



LA LYMPHE est un liquide légèrement coloré produit par le corps qui transporte les globules blancs et évacue les déchets des cellules. La lymphe circule dans des vaisseaux dits lymphatiques.

La reprise du transit intestinal

Le soir de l'intervention, en général, vous reprendrez une alimentation légère avant de réintégrer progressivement des aliments solides. La reprise du transit intestinal intervient généralement dans les 2 ou 3 jours qui suivent l'opération. Il est marqué par une émission de gaz importante.

Il peut arriver que le transit ne reprenne pas de façon spontanée sous 4 jours; c'est ce qu'on appelle un iléus paralytique. En plus de l'absence de gaz et de selles, cela se manifeste par un ballonnement, un hoquet, des nausées voire des vomissements. Pour vous alimenter, cela peut nécessiter durant quelques jours, la pose d'une sonde nasogastrique, introduite par le nez pour atteindre l'estomac.

Les analyses de la tumeur

Tout ce qui a été retiré lors de l'intervention chirurgicale est transmis au service d'anatomopathologie pour être analysé. Cet examen est réalisé par un médecin spécialiste appelé anatomopathologiste.

L'examen consiste à observer, à l'œil nu puis au microscope, les tissus prélevés afin de déterminer jusqu'où les cellules cancéreuses se sont propagées: paroi du rectum, péritoine, ganglions lymphatiques, organes voisins. Grâce à cet examen, le type de cellules concerné, le stade du cancer, c'est-à-dire son degré d'extension, ainsi que son degré d'agressivité sont définis. Une analyse des altérations moléculaires* de la tumeur peut être réalisée (voir page 22). Avec cette information, les médecins peuvent décider si un traitement complémentaire (chimiothérapie ou radiothérapie) est nécessaire après la chirurgie.

L'ANATOMO-PATHOLOGIE

est une spécialité médicale qui consiste à observer et à étudier les organes, les tissus ou les cellules, pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie.

QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ET COMPLICATIONS POSSIBLES ?

Juste après l'intervention, vous pouvez ressentir de la fatigue, due notamment à l'anesthésie ou à l'anxiété générée par l'opération. La fatigue dépend de la façon dont vous avez supporté l'intervention et des autres effets indésirables. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit prise en compte le mieux possible. Parfois, un séjour en maison de soins de suite et de réadaptation pour un temps de convalescence peut être prescrit par le médecin. C'est l'établissement de soins qui en fait la demande.

Des douleurs localisées peuvent persister pendant quelques semaines après l'opération. Vous aurez un traitement antidouleur (antalgique) à prendre jusqu'à ce qu'elles aient totalement disparu.

Des problèmes de cicatrisation peuvent survenir. Il arrive qu'un hématome ou une infection apparaissent au niveau de la cicatrice. Ces effets indésirables guérissent souvent à l'aide de soins locaux. Cependant, s'ils ne disparaissent pas, une nouvelle opération est parfois nécessaire pour les traiter.

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

La principale et la plus grave complication est la **fistule anastomotique**: la suture entre le côlon et l'anus cicatrise mal, générant un écoulement de liquide digestif dans l'abdomen, par cette couture. Ce risque est d'environ 15 %, mais les conséquences des fistules sont réduites par la réalisation d'une stomie temporaire qui permet de dériver les selles. Cette complication survient environ une semaine après la chirurgie et se traduit par de la fièvre, une douleur abdominale et, parfois, des sécrétions sales au niveau du drain abdominal. Le plus souvent,

BON À SAVOIR

La survenue éventuelle d'effets indésirables est surveillée pendant votre hospitalisation et lors des consultations qui suivent. Décrivez aux professionnels de santé qui vous accompagnent tous les signes et symptômes que vous rencontrez.

UN HÉMATOME

est une accumulation de sang localisée sous la peau ou dans une cavité, dans un organe ou un tissu à la suite d'une rupture de vaisseaux sanguins.

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

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

Il existe également un risque de **thrombose veineuse** (ou phlébite, c'est-à-dire qu'une veine se bouche par un caillot de sang, ce qui bloque la circulation du sang), **voire d'embolie pulmonaire** (le caillot de sang obstrue l'artère pulmonaire ou une de ses branches). Si cette complication survient, elle nécessite un traitement par des anticoagulants pendant quelques mois associé au port, dans la journée, de bas anti-thrombose (appelés bas de contention ou encore bas à varices).

L'ablation partielle ou totale du rectum entraîne souvent des **troubles digestifs et une altération de la fonction ano-rectale**, pouvant aller jusqu'à l'**incontinence anale**. Après fermeture de la stomie, l'augmentation du nombre des selles, le fractionnement (évacuation en plusieurs fois dans un temps limité), les impériosités (incapacité à se retenir), les troubles de la continence aux gaz ou de souillures minimales sont fréquents. Le fractionnement est le trouble le plus spécifique. Après chaque exonération, une sensation de rectum plein et de besoin réapparaît rapidement, et cela se répète sur une période de temps prolongé pouvant aller jusqu'à une, voire plusieurs heures, obligeant le patient à rester à proximité des toilettes.

Ces troubles sont plus ou moins marqués selon les patients et surtout, selon que le rectum a été retiré en partie ou en totalité. Ils s'améliorent pendant la première ou la seconde année qui suit l'opération. Lors des consultations de suivi avec le chirurgien ou le gastroentérologue, un traitement adapté au cas par cas est proposé au patient. Par exemple, des lavements ou des exonérations aidées par suppositoire ainsi qu'une adaptation de votre alimentation peuvent réduire ces troubles et permettre de retrouver une meilleure qualité de

vie. En cas d'incontinence anale, il existe des méthodes permettant de rééduquer le sphincter anal même lorsque les nerfs entourant le rectum ont été sectionnés.

Des **complications peuvent apparaître à la suite de la réalisation d'une stomie** : l'orifice de stomie peut se rétrécir (sténose) ou une partie de l'intestin peut se déplacer en dehors de son emplacement normal (prolapsus).

Autre complication, l'**éventration de la stomie** est assez fréquente et se manifeste par l'apparition d'une tuméfaction (grosseur) autour de la poche, souvent en dedans de l'orifice. Elle n'est généralement pas douloureuse, mais cela crée un risque d'étranglement de l'intestin dans l'orifice qui peut conduire à une occlusion intestinale.

Cette hernie peut, en outre, gêner l'appareillage de la stomie et favoriser les fuites entre le support et la peau.

Selon les cas, une intervention chirurgicale de correction peut être pratiquée, notamment lorsque l'appareillage de la stomie ne peut plus se faire correctement ou lorsque la fonction d'évacuation de la stomie n'est plus satisfaisante.

Des **troubles de la fonction sexuelle** peuvent survenir. Chez l'homme, le réseau de nerfs qui entoure le rectum a un rôle dans l'érection et l'éjaculation. La chirurgie et la radiothérapie, réalisée avant l'intervention, peuvent abîmer ces nerfs et entraîner des troubles de ces deux fonctions. Pour cette raison, un prélèvement de sperme en vue de sa conservation sera conseillé aux hommes jeunes avant de commencer le traitement. Ils seront orientés vers un Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS).

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

BON À SAVOIR

Aucun régime alimentaire particulier n'est recommandé.

chez certaines personnes, la stomie modifie l'image de soi, ce qui peut entraîner des difficultés dans la relation de couple. Le patient ne doit pas hésiter à parler de ces troubles au médecin qui effectue son suivi. Ce dernier peut lui proposer des solutions ou l'orienter vers un spécialiste des problèmes sexuels.

UNE DIARRHÉE

se définit par l'émission d'au moins trois selles liquides par jour.

Une diarrhée peut persister et devenir chronique. Si elle est confirmée, et dans de rares cas, il pourrait vous être préconisé un régime alimentaire adapté, fondé notamment sur une diminution de la consommation de fibres. Des médicaments antidiarrhéiques peuvent également vous être prescrits.

La chirurgie du rectum, selon sa nature, peut entraîner un état de **dénutrition** qui se traduit par une perte de poids (voir page 22). Cela est le plus souvent lié à une perte d'appétit et à l'inflammation secondaire à l'intervention. Pour retrouver un

état nutritionnel satisfaisant, un accompagnement adapté vous est proposé. Il peut d'abord s'agir de conseils pratiques pour améliorer et enrichir vos prises alimentaires au quotidien, l'objectif étant d'augmenter le nombre de calories sans nécessairement augmenter le volume des portions ingérées. Si votre alimentation ne couvre pas tous vos besoins nutritionnels, vous pouvez ensuite bénéficier d'un support nutritionnel complémentaire. Il peut s'agir de la prescription d'une alimentation enrichie en calories ou protéines, de compléments nutritionnels oraux (CNO) ou d'une nutrition entérale (via une sonde gastrique). Votre médecin vous prescrira ce qui vous convient le mieux ou vous adressera à un diététicien ou un médecin nutritionniste spécialisé en nutrition clinique.

L'opération peut avoir des conséquences à plus long terme sur votre qualité de vie : **fatigue, anxiété voire difficultés psychologiques, etc.**

La stomie peut notamment affecter l'estime de soi. Parlez-en à votre équipe médicale. Elle vous renseignera sur des professionnels de la santé (stomathérapeutes) et des groupes de parole qui aident les personnes ayant une stomie à faire face aux changements corporels.

Une **sténose** est un rétrécissement du diamètre du tube digestif. Lorsque ce resserrement se produit au niveau de l'anastomose (la suture faite après qu'une partie du rectum ait été retirée), on parle de sténose anastomotique. Elle peut gêner voire empêcher la circulation des selles et des gaz avec un risque d'occlusion intestinale.

En cas de vomissements, constipation ou encore de gaz et/ou de ballonnements persistants (météorisme intestinal), parlez-en à votre équipe médicale. Si une sténose est décelée, plusieurs traitements sont possibles. Ils dépendent de la localisation de l'anastomose et de l'avancée de la sténose. La dilatation manuelle ou la dilatation endoscopique sont ainsi possibles, mais une nouvelle intervention chirurgicale peut parfois être nécessaire.



LES DIFFÉRENTES TECHNIQUES DE TRAITEMENTS NUTRITIONNELS :

- **Orale** : il s'agit de compléments nutritionnels oraux qui sont des mélanges nutritifs complets (contenant les nutriments dont le corps a besoin pour fonctionner : calories, protéines, vitamines, sels minéraux, oligoéléments, etc.) administrables sous forme de boissons, crèmes, biscuits, soupes... qui complètent votre alimentation habituelle. Ils sont délivrés sur prescription médicale, à raison de 1 à 2 par jour sauf exception.
 - **Parentérale** : la solution nutritive est apportée par voie intraveineuse ; elle est utilisée en dernier recours, lorsque l'alimentation par voie orale et la nutrition entérale sont impossibles, insuffisantes ou contre-indiquées.
- (sonde abouchée directement à l'estomac par l'intermédiaire d'un orifice réalisé au niveau de l'abdomen) ou plus rarement d'une jéjunostomie (idem, mais avec sonde abouchée directement dans l'intestin grêle). L'équipe médicale ou diététique peut vous la proposer lorsque vos apports nutritionnels restent insuffisants malgré une alimentation orale enrichie, ou lorsque celle-ci est impossible.



LES POINTS À RETENIR

1. La chirurgie est le traitement principal des cancers du rectum.
2. La nature de la chirurgie pratiquée dépend du stade de votre cancer et de sa localisation dans le rectum.
3. La stomie peut être temporaire ou définitive.
4. Des douleurs, de la fatigue, des troubles digestifs ou encore des problèmes de cicatrisation peuvent faire suite à l'intervention chirurgicale ; des solutions existent afin de les prévenir et les traiter. Parlez-en à votre équipe médicale.
5. L'arrêt du tabac et de l'alcool permet de réduire les risques de complications pendant et après l'opération.

4

LA
RADIOTHÉRAPIE

RAYONS

SÉANCES

REPÉRAGE

DOSIMÉTRIE

61. DANS QUELS CAS UNE RADIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

61. QU'EST-CE QUE LA RADIOTHÉRAPIE EXTERNE ?

63. COMMENT SE DÉROULE LA RADIOTHÉRAPIE EXTERNE EN PRATIQUE ?

65. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

La radiothérapie est un traitement localisé des cancers du rectum. Elle utilise des rayonnements ionisants pour détruire les cellules cancéreuses en les empêchant de se multiplier. Ces rayonnements (appelés aussi rayons ou radiations) sont produits, dans presque tous les cas, par un accélérateur de particules (radiothérapie externe).

La radiothérapie a pour but de détruire les cellules cancéreuses, tout en préservant le mieux possible les tissus* sains et les organes avoisinants (intestin grêle*, vessie, canal anal...).

Avant de démarrer la radiothérapie, votre médecin oncologue radiothérapeute vous explique le principe, les objectifs et la technique qu'il va utiliser. Il vous informe également sur les effets indésirables possibles et les solutions qui existent pour les anticiper ou les limiter. N'hésitez pas à lui soumettre toutes les questions que vous vous posez au sujet de ce traitement.



LES RAYONNEMENTS IONISANTS, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Les rayonnements ionisants sont des faisceaux de particules qui transportent une énergie telle qu'elle leur permet de traverser la matière et de la modifier. Cette modification de la matière s'appelle l'ionisation, d'où le qualificatif de rayonnements ionisants.

Dans le domaine médical, les rayonnements ionisants font l'objet de nombreuses applications. Ils sont en particulier à la base des

techniques de radiothérapie. Ils sont alors produits par un accélérateur, un appareil qui accélère les particules (des électrons dans la grande majorité des cas) à une très grande vitesse ce qui leur confère une forte énergie. C'est le principe de la radiothérapie externe. On peut aussi utiliser des matériaux radioactifs dont la propriété est d'émettre spontanément et en continu des rayonnements ionisants ; c'est le cas de la curiethérapie.

DANS QUELS CAS UNE RADIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

La radiothérapie est utilisée pour traiter les tumeurs du **bas et du moyen rectum**. Elle peut être administrée notamment dans les situations suivantes :

- pour les stades II et III, une radiothérapie néoadjuvante, c'est-à-dire préopératoire, est réalisée. La radiothérapie est le plus souvent associée à une chimiothérapie (radiochimiothérapie) qui rend les cellules cancéreuses plus sensibles aux rayons. L'objectif est de réduire la taille de la tumeur avant la chirurgie. En effet, cela permet, pour une tumeur volumineuse, de la rendre plus facile à enlever et aussi parfois d'éviter une stomie. La radiothérapie diminue également le risque de récurrence tumorale ;
- dans certains cas, notamment chez les patients âgés et/ou fragiles, seule la radiothérapie (sans chimiothérapie) est prescrite sur une durée très courte (5 jours), avant la chirurgie ;
- pour les stades I, dans de rares cas, une radiothérapie externe peut compléter la chirurgie. L'objectif est de détruire les cellules cancéreuses qui pourraient rester après la chirurgie, notamment au niveau des ganglions lymphatiques* avoisinants, et de réduire le risque de récurrence locale. Une radiothérapie réalisée après la chirurgie est qualifiée d'adjuvante ;
- une radiothérapie peut enfin être utilisée pour maîtriser les symptômes comme les saignements, la douleur d'un cancer du rectum au stade avancé ou les symptômes causés par des métastases.

IMPORTANT

Seules les principales indications de la radiothérapie sont mentionnées ici.

QU'EST-CE QUE LA RADIOTHÉRAPIE EXTERNE ?

Il existe différentes techniques de radiothérapie externe. Pour les cancers du rectum, la radiothérapie conformationnelle en trois dimensions (3D) est le plus souvent utilisée. Cette technique consiste à faire correspondre le plus précisément possible (autrement dit à conformer) le volume de la zone à traiter et le volume sur lequel vont être dirigés les

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À L'ÉQUIPE MÉDICALE

- ❑ Quels sont les objectifs de la radiothérapie ?
- ❑ Comment se déroule le traitement ?
- ❑ Combien de temps dure-t-il ?
- ❑ Quels sont les effets indésirables possibles ?
- ❑ Quels conseils dois-je suivre pour les limiter ?
- ❑ Comment et par qui est effectué le suivi ?

rayons. Elle utilise des images en 3D de la zone à traiter et des organes avoisinants, obtenues par **scanner***, parfois associées à d'autres examens d'imagerie médicale (IRM, TEP*). Des logiciels simulent virtuellement, toujours en 3D, la forme des faisceaux d'irradiation et la distribution des doses à utiliser pour s'adapter au mieux au volume de la zone à traiter. Cette technique permet de délivrer des doses efficaces de rayons en limitant l'exposition des tissus sains. Des techniques dites en modulation d'intensité (RCMI) ou de tomothérapie, utilisant les mêmes principes, peuvent également être utilisées.

Le plus souvent, le traitement par radiothérapie externe est réalisé « en ambulatoire », c'est-à-dire que vous vous rendez dans votre centre de soins pour la séance de radiothérapie, puis vous rentrez chez vous sans être hospitalisé. Néanmoins, une hospitalisation complète est possible si vous êtes traité simultanément par chimiothérapie intraveineuse (radiochimiothérapie concomitante), si votre traitement est réalisé loin de votre domicile ou si votre état général le nécessite.

COMMENT SE DÉROULE LA RADIOTHÉRAPIE EXTERNE EN PRATIQUE ?

Le déroulement d'une radiothérapie repose sur un travail d'équipe entre des manipulateurs, un physicien médical, un dosimétriste, coordonnés par l'oncologue radiothérapeute (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 103).

Avant le traitement proprement dit sont réalisées une étape de repérage de la zone à traiter puis une étape de calcul de la distribution de la dose (dosimétrie) pouvant nécessiter quelques jours avant le début effectif du traitement.

Le repérage (ou simulation)

L'oncologue radiothérapeute repère la cible sur laquelle les rayons vont être dirigés et les organes à risque à protéger (intestin grêle, vessie, vagin, périnée...). Pour cela, un scanner est réalisé afin d'obtenir une simulation en 3D de la zone à traiter et des organes voisins.

Pendant ce repérage, la position que vous reprendrez à chaque séance est soigneusement définie. Un marquage punctiforme (sous forme de points) sur la peau (pouvant persister chez certains patients) et différents accessoires spécialement adaptés pour assurer votre immobilité sont réalisés.

La dosimétrie

Après le repérage, intervient l'étape de dosimétrie. L'oncologue radiothérapeute détermine les types de rayons à utiliser, la dimension du ou des faisceaux et leur orientation pour irradier la tumeur ou la zone où elle était située (le « lit tumoral »), en épargnant les organes voisins. Avec l'oncologue radiothérapeute, le physicien médical et le dosimétriste optimisent la répartition de la dose d'irradiation afin de respecter au mieux la prescription médicale. Cette étude informatisée, réalisée avant de débiter tout traitement (dosimétrie prévisionnelle), permet de détermi-

ner la répartition de la dose de rayons à appliquer à la zone à traiter. Cette étape ne nécessite pas votre présence.

BON À SAVOIR

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

Lorsque la radiothérapie se fait seule ou qu'elle est associée à une chimiothérapie orale, elle est délivrée en environ 5 semaines, 5 jours par semaine. Néanmoins, la dose totale délivrée est adaptée à votre cas ; le nombre de séances et le nombre de jours de traitement peuvent ainsi être différents d'un patient à l'autre.

Le plan de traitement définitif validé par votre médecin oncologue radiothérapeute établit la dose totale et ses modalités de délivrance ainsi que le nombre de séances et leur calendrier. Ils vous sont communiqués avant le début des séances.

Le traitement

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

Vous êtes installé par le manipulateur sur la table de traitement, dans la position qui a été déterminée lors du scanner de la phase de repérage avec les accessoires associés. Les rayons sont dirigés de façon précise vers la région à traiter et vous devez rester immobile.

Avant la séance, des images peuvent être réalisées à la demande du médecin pour vérifier votre positionnement. La mesure de la dose réellement délivrée lors de la première séance peut nécessiter la mise en place sur la peau de petits capteurs (c'est ce qu'on appelle la dosimétrie in vivo). Pendant la séance, vous êtes seul dans la salle qui reste éclairée et vous restez en lien continu avec les manipulateurs par le biais d'un interphone et une caméra vidéo. En cas de besoin, le traitement peut être immédiatement interrompu et les manipulateurs peuvent vous rejoindre.

Le temps de présence dans la salle de traitement est généralement de 15 minutes environ. Le temps d'irradiation lui-



ARRÊTER DE FUMER FAIT PARTIE DU TRAITEMENT DE VOTRE CANCER

Il est fortement recommandé d'arrêter de fumer afin de réduire le risque de complications pendant et après les traitements anticancéreux et d'améliorer la qualité de vos soins. Les études montrent l'importance de l'arrêt

du tabac en termes de pronostic, de récurrence, de second cancer et de qualité de vie pour le patient atteint de cancer du rectum (voir le sous-chapitre « Bénéficier d'une aide pour l'arrêt d'une addiction » page 121).

même est de courte durée, de l'ordre de quelques minutes. L'appareil tourne autour de vous sans jamais vous toucher. L'irradiation est invisible et indolore. Vous ne ressentez aucune sensation particulière.

Le suivi

Durant toute la durée du traitement, des consultations avec l'oncologue radiothérapeute sont programmées régulièrement (en général une fois par semaine). L'objectif est de s'assurer que le traitement se déroule dans les meilleures conditions. Si vous constatez une réaction anormale (diarrhée, douleur, etc.), vous pouvez demander à voir un médecin en consultation avant ou après votre séance.

Des visites de contrôle sont également planifiées à l'issue de la radiothérapie sur un ou plusieurs mois.

QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

En irradiant une tumeur ou la zone où elle était située (le lit tumoral), on ne peut pas éviter totalement d'irradier et donc d'altérer des cellules saines des tissus situés à proximité. C'est ce qui explique l'apparition des effets indésirables.

Ils varient selon la zone traitée, la dose de rayons délivrée, la technique utilisée, l'effet cumulé des autres traitements, votre

BON À SAVOIR

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

propre sensibilité et votre état de santé général. Le traitement est soigneusement planifié et administré de façon à les réduire le plus possible. L'équipe médicale vous informe sur ceux qui peuvent se produire dans votre cas et sur les moyens d'y faire face. Un suivi régulier permet de les détecter et de réajuster le traitement si nécessaire. On distingue :

- les effets indésirables dits immédiats, aigus ou précoces qui se produisent pendant le traitement et les quelques semaines qui suivent. Ils sont souvent temporaires ;
- les effets indésirables dits tardifs, appelés aussi complications, qui peuvent apparaître plusieurs mois après la fin du traitement, voire plus tard. Ils peuvent être durables (on parle alors de séquelles).

Les effets indésirables immédiats

Une **rougeur de la peau** semblable à un coup de soleil, appelée érythème cutané, associée à une sensation de brûlure peut apparaître à partir de la quatrième ou de la cinquième semaine de traitement. La rougeur, surtout située dans le pli interfessier, disparaît lentement et peut laisser place à une pigmentation brunâtre pendant quelques semaines avant le retour à un aspect normal.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES ROUGEURS DE LA PEAU

✓ À FAIRE	✗ À ÉVITER
• Utilisez un savon surgras. • Séchez-vous la peau sans frotter (pli interfessier). • Portez des sous-vêtements larges en coton et évitez le frottement au niveau de la zone irradiée. • Appliquez une crème hydratante entre les séances (mais jamais juste avant la séance de radiothérapie), en concertation avec l'équipe médicale.	• Ne prenez pas de douches et de bains trop chauds. • Ne savonnez pas directement la zone irradiée. • Ne frictionnez pas la zone irradiée avec de l'eau de toilette, de l'alcool, du déodorant, du talc, de la crème, etc. • Évitez d'exposer la zone irradiée au soleil, surtout la première année qui suit la fin du traitement.

La découverte du cancer, l'appréhension des examens et des traitements, les déplacements fréquents, l'attente lors des rendez-vous et la radiothérapie elle-même peuvent provoquer une **fatigue physique ou morale**. La fatigue dépend de votre tolérance à ce traitement et des autres effets indésirables. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit contrôlée le mieux possible. Des conseils adaptés à votre situation personnelle vous seront donnés. Il est prouvé qu'une activité physique adaptée, régulière et modérée permet de lutter contre la fatigue après les traitements.

Des **troubles intestinaux** peuvent se manifester. Il peut s'agir de diarrhée (définie par l'émission d'au moins trois selles liquides par jour), de crampes, d'une évacuation des selles plus fréquente, d'une envie pressante et continue d'aller à la selle ou encore de douleurs intestinales comme des maux de ventre avec une envie impérieuse d'aller à la selle.

Si une diarrhée survient et persiste plus d'une journée ou si elle est accompagnée de fièvre ou de vomissements, contactez rapidement votre médecin.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LA DIARRHÉE

✓ À FAIRE	✗ À ÉVITER
• Buvez beaucoup pour éviter le risque de déshydratation, surtout si la diarrhée est importante, au moins deux litres de liquide (eau, thé, tisane, eau de riz, bouillon de légumes, jus de carottes ou boissons gazeuses à température ambiante). • Privilégiez une alimentation pauvre en fibres à base de riz, pâtes, pommes vapeur, bananes bien mûres, gelée de coing, biscottes et carottes.	• Évitez l'alcool, le café, les fruits crus sauf les bananes, la salade, les crudités, les céréales, le pain complet et le lait.

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

Des **troubles spécifiques de la région** traitée peuvent également apparaître tels que :

- une irritation de la vessie (cystite). Une cystite entraîne une douleur et une envie fréquente d'uriner ;
- une inflammation du rectum (rectite) qui peut se manifester par des selles fractionnées, glaireuses et parfois des traces de sang ;
- une inflammation de l'anus (anite) ;
- une inflammation du vagin et des démangeaisons ;
- une sténose du rectum, dans le cas de très grosses tumeurs, qui est un rétrécissement du canal anal. Pour éviter que la sténose ne dégénère en occlusion intestinale, une dilatation manuelle ou endoscopique voire une intervention chirurgicale est parfois nécessaire.

Les effets indésirables tardifs

Les progrès des techniques de radiothérapie ont rendu rares les effets indésirables tardifs. Cependant, certains symptômes peuvent apparaître plusieurs mois ou plusieurs années après la fin du traitement. Il est important de les signaler à votre médecin afin que des soins adaptés puissent vous être proposés.

La radiothérapie est susceptible d'augmenter durablement le risque de troubles intestinaux (nombre de selles, fragmentation, impériosité...) après la chirurgie du rectum.

En effet, la radiothérapie peut générer une perte de souplesse des tissus (sclérose) et une perte des muscles situés au niveau du rectum et de l'anus entraînant une baisse du tonus du sphincter anal. Cela peut créer des **troubles fonctionnels anorectaux** se manifestant par une augmentation de la fréquence des selles et une difficulté à retarder la défécation ou une incontinence en particulier lors d'épisodes de diarrhée.

Une inflammation de l'intestin grêle* appelée **grêle radique** peut se produire et engendrer une diarrhée voire une malabsorption ou une occlusion intestinale : les selles et les gaz sont bloqués. Cette complication rare, mais grave nécessite le plus souvent une hospitalisation afin de procéder à une aspiration des sécrétions digestives à l'aide d'un tuyau introduit par le nez et de mettre en place une alimentation par perfusion. Exceptionnellement, une intervention chirurgicale est pratiquée pour enlever la zone intestinale lésée.

La radiothérapie peut fragiliser les **muqueuses*** de la zone pelvienne et entraîner une **sécheresse vaginale** chez la femme et des **problèmes d'érection** chez l'homme.

La radiothérapie peut également être responsable d'une ménopause prématurée.

BON À SAVOIR

Si vous avez un projet de grossesse, il existe une manière de protéger les ovaires via une intervention chirurgicale visant à les déplacer hors du champ d'irradiation.



LES POINTS À RETENIR

1. La radiothérapie est un traitement localisé qui a pour objectif de détruire les cellules cancéreuses par des rayonnements ionisants.
2. Seules les tumeurs du moyen et bas rectum sont traitées par radiothérapie.
3. Pour les stades II et III, une radiothérapie néoadjuvante, c'est-à-dire préopératoire, est réalisée. La radiothérapie est le plus souvent associée à une chimiothérapie (radiochimiothérapie) qui rend les cellules cancéreuses plus sensibles aux rayons.
4. Le nombre de séances de radiothérapie est adapté à votre cas.

5

LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

CHIMIOTHÉRAPIE

THÉRAPIES CIBLÉES

EFFETS INDÉSIRABLES

73. DANS QUELS CAS UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX EST-IL INDIQUÉ ?

74. QUELS SONT LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX UTILISÉS ?

78. COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?

81. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

Plusieurs types de traitements médicamenteux sont utilisés pour traiter les cancers du rectum : des molécules de chimiothérapie conventionnelle et de thérapie ciblée. Il s'agit de traitements généraux, dits aussi traitements systémiques, qui agissent dans l'ensemble du corps.

IMPORTANT

Informez les professionnels de santé qui vous suivent du traitement que vous recevez pour le cancer du rectum afin qu'ils évaluent le risque d'interaction avec d'autres traitements que vous pourriez prendre pour une autre maladie.

La chimiothérapie conventionnelle et les thérapies ciblées permettent d'atteindre les cellules cancéreuses, quelle que soit leur localisation, même si elles sont isolées et n'ont pas été détectées lors du diagnostic. Ces traitements n'ont pas le même mode d'action :

- les médicaments de chimiothérapie conventionnelle agissent sur les mécanismes de la division cellulaire ;
- les thérapies ciblées bloquent la croissance ou la propagation des cellules cancéreuses, en interférant avec des mécanismes qui sont à l'origine de leur développement et de leur dissémination.

Dans les pages qui suivent, le terme « traitement médicamenteux » est employé pour désigner ces différents médicaments qu'ils soient associés entre eux ou non.

Avant de démarrer le protocole de traitement, votre médecin vous explique le principe, les objectifs ainsi que les effets

indésirables possibles dans votre situation. Il vous indique aussi les solutions qui permettent de les anticiper ou de les limiter. Il effectue également un bilan préthérapeutique. N'hésitez pas à noter et à lui soumettre toutes les questions que vous vous posez au sujet de ce traitement.

DANS QUELS CAS UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX EST-IL INDIQUÉ ?

Pour les tumeurs du haut rectum, des traitements médicamenteux peuvent être prescrits dans les situations suivantes :

- pour les cancers de stade II, une chimiothérapie peut être discutée après la chirurgie pour réduire le risque de récidive. On parle de chimiothérapie adjuvante ;
- pour les cancers de stade III, une chimiothérapie adjuvante est proposée dans un délai de 8 semaines après la chirurgie et durant 3 à 6 mois ;
- pour les cancers de stade IV (métastatique), une chimiothérapie pouvant être associée à un traitement par thérapie ciblée est discutée au cas par cas. En cas de réponse à

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À L'ÉQUIPE MÉDICALE

- ☐ Quel type de traitement médicamenteux me sera administré ? De quelle façon ?
- ☐ Quels sont les objectifs du traitement ?
- ☐ Quels sont les effets indésirables ? Que puis-je faire pour les limiter ? Comment sont-ils traités ?
- ☐ Le traitement se passe-t-il à l'hôpital ou à domicile ? Combien de temps dure-t-il ?
- ☐ Comment et par qui est effectué le suivi pendant les traitements ?
- ☐ Y a-t-il des conseils alimentaires particuliers à respecter ?



ARRÊTER DE FUMER FAIT PARTIE DU TRAITEMENT DE VOTRE CANCER

Il est fortement recommandé d'arrêter de fumer afin de réduire le risque de complications pendant et après les traitements anticancéreux et d'améliorer la qualité de vos soins. Les études montrent l'importance

de l'arrêt du tabac en termes de pronostic, de récidive, de second cancer et de qualité de vie pour le patient atteint de cancer du rectum (voir « Bénéficier d'une aide pour l'arrêt d'une addiction », page 121).

IMPORTANT

Seules les principales indications des traitements médicamenteux sont mentionnées ici.

ce traitement (réduction de la taille de la tumeur située sur le rectum et/ou des métastases), le recours à une chirurgie est ensuite discuté.

Pour les tumeurs du moyen et du bas rectum :

- pour les cancers de stade II et III, une chimiothérapie associée à une radiothérapie (radiochimiothérapie) est le traitement de référence. Elle est effectuée avant l'intervention chirurgicale. Selon les situations, une chimiothérapie adjuvante, c'est-à-dire réalisée après l'intervention chirurgicale, peut également être préconisée;
- pour les cancers de stade IV (métastatique), le choix du traitement est discuté au cas par cas en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

QUELS SONT LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX UTILISÉS ?**Les médicaments de chimiothérapie conventionnelle**

Les plus fréquemment utilisés sont :

- le 5-fluoro-uracile, appelé aussi 5-FU (voie injectable) et la capécitabine (comprimés à avaler) qui sont des fluoropyrimidines;
- l'oxaliplatine qui fait partie des sels de platine (voie injectable);
- l'irinotecan qui est un inhibiteur de la topoisomérase I (voie injectable).

Un médicament peut être employé seul ou, le plus souvent, associé à d'autres médicaments. Une association de plusieurs médicaments de chimiothérapie correspond à ce que l'on appelle un schéma ou un protocole de chimiothérapie.

Pour une radiochimiothérapie, la chimiothérapie associée est le plus souvent prise par voie orale (la capécitabine).

**À SAVOIR AVANT TOUT TRAITEMENT À BASE DE 5-FU ET DE CAPÉCITABINE**

Il existe des toxicités rares, précoces et potentiellement graves, survenant généralement au cours des 2 premiers cycles de chimiothérapie à base de fluoropyrimidines (5-FU et capécitabine), qui peuvent être dues à un déficit d'une enzyme*, la dihydropyrimidine déshydrogénase (DPD). Cette enzyme est responsable de la dégradation du 5-FU et de la capécitabine et permet ainsi d'éliminer ces médicaments de l'organisme. Chez les personnes qui présentent un déficit en enzyme DPD, il peut

y avoir une accumulation de ces médicaments dans le corps à un niveau toxique. Une recherche de ce déficit est obligatoirement réalisée avant le lancement d'un traitement à base de fluoropyrimidines. Il s'effectue par un dosage du taux d'uracile dans le sang, à partir d'une simple prise de sang. Vous devez conserver précieusement le résultat de la recherche d'un déficit en DPD et en informer les professionnels de santé impliqués dans le traitement de votre cancer lors de la première consultation.

Les médicaments de thérapie ciblée

Dans les cas de cancer du rectum en situation métastatique, une thérapie ciblée peut être associée dans certains cas à un traitement par chimiothérapie conventionnelle.

Trois médicaments de thérapie ciblée sont utilisés en première ligne de traitement : le bevacizumab (anti-angiogénique), le cetuximab (anti-EGFR) et le panitumumab (anti-EGFR). Ils font partie de la famille des anticorps monoclonaux (voir encadré page 76).

Le choix de l'un ou l'autre de ces médicaments, administrés en association avec la chimiothérapie conventionnelle, est essentiellement déterminé par les résultats de la recherche de mutation* du gène* RAS.

En effet, les anti-EGFR (cetuximab et panitumumab) n'ont pas d'action sur les tumeurs présentant une mutation du gène RAS (environ 50 % des patients).

De forme injectable, ils sont administrés par perfusion.



POUR ALLER PLUS LOIN
Consultez la base de données publique des médicaments-**base-données-publique.medicaments.gouv.fr** du ministère chargé de la santé.

Les médicaments employés, les doses administrées ainsi que le rythme des cures (ou la durée du traitement pour une thérapie ciblée) varient d'une personne à l'autre, en fonction des caractéristiques du cancer et de la tolérance au traitement, sur la base de doses et de rythmes prédéfinis. C'est pourquoi le plan de traitement est déterminé au cas par cas.



QU'EST-CE QU'UN ANTICORPS MONOCLONAL ?

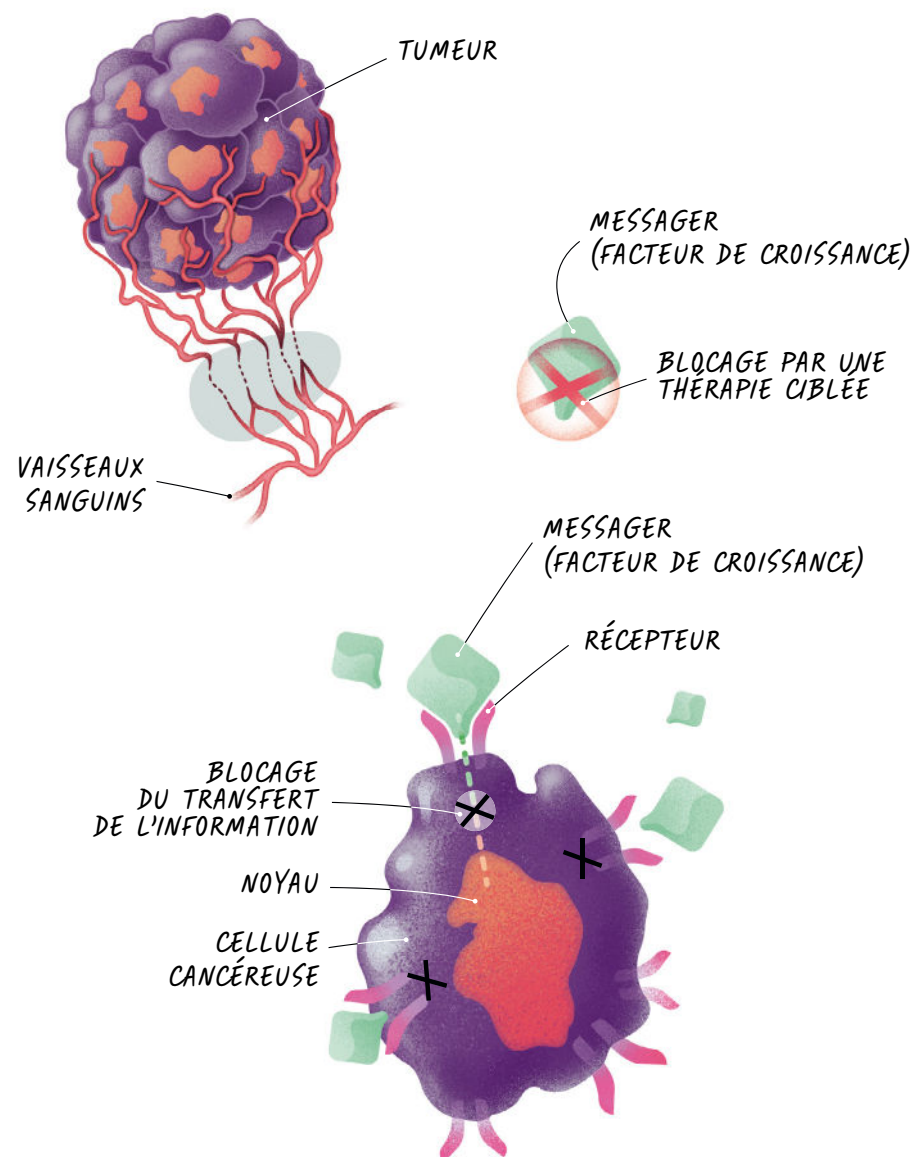
Les anticorps monoclonaux sont des protéines fabriquées par les **lymphocytes*** B. Leur rôle est de repérer et de neutraliser certaines substances étrangères comme les virus, les bactéries ainsi que les cellules anormales ou cancéreuses. Pour les neutraliser, l'anticorps se fixe sur une cible très précise, l'antigène présent sur la surface de la substance étrangère ou de la cellule anormale ou cancéreuse, et permet son élimination par le système immunitaire. Les anticorps monoclonaux sont des anticorps produits en laboratoire, à partir d'un clone de cellules (plusieurs cellules identiques, d'où le terme monoclonal).

Grâce à la recherche médicale, des anticorps monoclonaux « anti-cancer » sont aujourd'hui produits industriellement. Ces anticorps ont la capacité de repérer et de bloquer certains mécanismes spécifiques des cellules cancéreuses ou de leur environnement et de détecter la cellule cancéreuse elle-même pour qu'elle soit détruite. Les noms de

ces médicaments se terminent en -mab. Il existe plusieurs types d'anticorps monoclonaux indiqués dans les cancers du rectum :

- ceux agissant contre l'angiogenèse, c'est-à-dire contre la formation de nouveaux vaisseaux sanguins par la tumeur maligne qui est ainsi privée des éléments dont elle a besoin pour se développer et qui se trouvent dans le sang (l'oxygène et les **nutriments***). C'est le cas du **bevacizumab** ;
- ceux dont l'action consiste à bloquer la transmission de certaines informations au sein des cellules en se fixant sur les récepteurs EGF présents en grand nombre à la surface de certaines cellules tumorales. Ils les empêchent ainsi de se diviser et de proliférer de façon anarchique. Parmi ceux-là, certains médicaments comme le **cetuximab** et le **panitumumab** bloquent le récepteur du facteur de croissance épidermique des cellules (EGFR pour epidermal growth factor receptor). Ils sont appelés anti-EGFR.

COMMENT AGISSENT LES THÉRAPIES CIBLÉES ?



COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?

Le traitement peut être administré sous forme orale ou par voie injectable, selon les cas.

Le déroulement du traitement est planifié par l'équipe médicale en fonction de votre situation et résumé dans votre programme personnalisé de soins (PPS). Le médecin qui vous suit vous remet un calendrier qui détermine le lieu et les jours de traitement, ainsi que les noms des médicaments utilisés.

La durée totale du traitement est variable. Il se déroule soit de façon continue, tous les jours pendant une période donnée pour les traitements oraux, soit par cures intermittentes séparées par des périodes de repos, pour les traitements injectables. En cas de cures intermittentes, il est généralement administré tous les 15 jours pendant 48 heures (avec l'aide d'une pompe ou diffuseur) sur une période qui peut varier d'un cas à l'autre.

Avant chaque cure (lorsqu'elle est intermittente), un examen clinique (voir annexe page 142) et des examens de sang sont réalisés pour vérifier que votre état de santé permet de poursuivre le traitement. En cas d'anomalies, comme une baisse importante du taux de globules blancs* (les cellules qui participent au système de défense de l'organisme) par exemple, le traitement peut être reporté ou modifié.

Lorsque les médicaments sont injectés dans une veine, par perfusion, le traitement se déroule généralement à l'hôpital en ambulatoire. Vous ne restez que le temps de la perfusion « courte » et rentrez chez vous le jour même : on parle aussi d'hospitalisation de jour.

Pour les perfusions « longues » (48 heures), une pompe portable (diffuseur) vous sera proposée pour une administration du traitement au domicile. Un infirmier de ville viendra chez

vous pour débrancher la pompe sans que vous ayez besoin de retourner à l'hôpital.

Une hospitalisation complète est possible si votre traitement est réalisé loin de votre domicile ou si votre état général le nécessite.

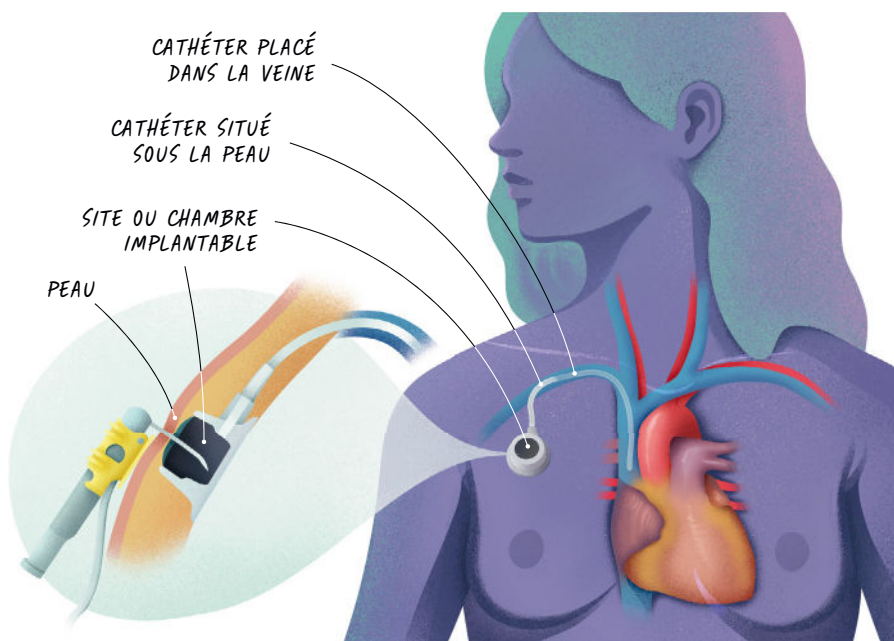
LE DIFFUSEUR PORTABLE POUR UNE PERFUSION SUR 48 HEURES



IMPORTANT

Pour les médicaments par voie orale, il est fondamental de respecter rigoureusement les doses et les modalités de prise indiquées par le médecin pour obtenir la meilleure efficacité du traitement tout en évitant un surdosage.

LA CHAMBRE IMPLANTABLE



La pose d'une chambre implantable

Administrer les traitements médicamenteux dans des petites veines comme celles du bras peut être difficile. Elles sont fragiles et les injections répétées peuvent devenir douloureuses et endommager vos veines.

Avant de commencer le traitement intraveineux, la pose d'une chambre implantable percutanée (CIP) est recommandée, voire indispensable, avec certains produits.

Ce dispositif est composé d'un petit boîtier, la chambre implantable, et d'un tuyau souple et fin, un cathéter. Il est entièrement placé sous la peau, au cours d'une courte intervention chirurgicale sous anesthésie locale. Le boîtier est placé au niveau du thorax et relié au cathéter, lui-même placé dans une veine.

Après l'intervention, une radiographie* du thorax est réalisée pour vérifier que le dispositif est placé correctement.

À chaque perfusion, les médicaments sont injectés directement dans la chambre implantable, à travers la peau. Un anesthésique local (en crème ou patch) peut être appliqué au moins 60 minutes avant la perfusion. Ce système limite les douleurs liées aux piqûres répétées car celles-ci sont beaucoup moins profondes.

La chambre implantable reste en place pendant toute la durée du traitement et permet d'avoir une activité physique normale, de se baigner, de voyager, etc.

Le plus souvent, le cathéter et la chambre implantable sont bien supportés. Une gêne peut néanmoins être ressentie en voiture à cause de la ceinture de sécurité. Cependant, son port reste obligatoire.

Lorsque le dispositif n'est plus utile, il est enlevé lors d'une courte intervention chirurgicale sous anesthésie locale.

QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

Les effets indésirables des traitements médicamenteux varient selon les médicaments utilisés, les dosages et les personnes. Contrairement aux idées reçues, les médicaments pris par voie orale entraînent aussi des effets indésirables.

Certains effets indésirables peuvent être limités ou évités grâce à des traitements préventifs ou des conseils pratiques. Néanmoins, s'ils deviennent trop importants ou si vous ne supportez pas l'un des médicaments utilisés, le traitement peut être modifié ou interrompu pour permettre à l'organisme de récupérer. Il est important de signaler tout symptôme inhabituel au cours d'un traitement afin que le médecin puisse prendre les mesures adéquates.

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez le guide
Comprendre la chimiothérapie



Les effets indésirables les plus fréquents des médicaments utilisés pour traiter le cancer du rectum sont présentés ci-après. En fonction du protocole de traitement qui vous a été proposé, votre médecin vous indique de façon précise ceux qui peuvent vous concerner et vous informe sur les moyens d'y faire face. Cette liste peut être impressionnante ; gardez à l'esprit que la survenue de l'ensemble de ces effets n'est pas systématique.

L'automédication n'est pas recommandée avec les traitements médicamenteux contre le cancer, notamment en raison d'interactions médicamenteuses potentielles. Certaines molécules pouvant être obtenues avec ou sans prescription médicale, ainsi que certains compléments alimentaires et certains produits phytopharmaceutiques (produits à base de plantes, comme le millepertuis), peuvent limiter l'effet de

médicaments anticancéreux. D'autres médicaments peuvent au contraire entraîner un risque accru d'effets indésirables. L'avis d'un médecin ou d'un pharmacien est nécessaire avant toute initiation d'un nouveau traitement.

Les effets indésirables communs à la chimiothérapie conventionnelle et aux thérapies ciblées :

- des nausées et des vomissements ;
- une diarrhée et une constipation ;
- une baisse des globules blancs, des **globules rouges*** et des **plaquettes*** ;
- des lésions de la bouche ;
- une chute des cheveux ;
- des sensations d'engourdissement ou de fourmillement dans les mains et les pieds ;
- des troubles cutanés et le syndrome « main-pied » ;
- une perte d'appétit et une modification du goût ;
- de la fatigue ;
- des troubles respiratoires ;
- des troubles cardiaques ;
- des troubles hépatiques (du foie) ;
- des réactions allergiques.

Nausées et vomissements

Pour la chimiothérapie conventionnelle, les nausées (sensations d'écœurement) commencent souvent le soir ou le lendemain de la perfusion. Elles durent rarement plus de 72 heures après le traitement. Elles ne sont pas systématiquement accompagnées de vomissements. Des phénomènes de nausées précédant la chimiothérapie (anticipatoires) peuvent survenir : elles commencent parfois dès l'entrée dans l'hôpital, avant le début de la perfusion. Ces nausées sont liées à l'anxiété provoquée par le traitement et peuvent être réduites par des médicaments ou par des techniques de relaxation.

Pour toutes les thérapies ciblées, les nausées et les vomissements sont des effets indésirables fréquents ou très fréquents. Lorsque des vomissements surviennent, il est conseillé de se rincer la bouche avec de l'eau froide et d'attendre 1 à 2 heures



EFFETS INDÉSIRABLES ET EFFICACITÉ DU TRAITEMENT

La présence ou l'absence d'effets indésirables n'est pas liée à l'efficacité de la chimiothérapie. Ne ressentir aucun effet indésirable ne signifie pas que le traitement est inefficace et, inversement, en ressentir de nombreux ne signifie pas qu'il est particulièrement actif. Les professionnels de santé (médecins, pharmaciens...) ont l'obligation de déclarer les effets indésirables susceptibles d'être dus à un médicament, auprès d'un centre régional de pharmacovigilance (CRPV). Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier.

Depuis peu, il vous est également possible, en tant que patient, de

signaler vous-même ces effets indésirables, directement via le système national de déclaration de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et du réseau des Centres régionaux de pharmacovigilance. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans la notice d'information.

Une déclaration n'a pas pour objectif une gestion individuelle de vos effets indésirables. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament. La procédure ainsi que les formulaires de déclaration sont disponibles sur : **signalement-santé.gouv.fr**

avant de manger. Les vomissements ne persistent, en général, pas plus de 48 heures après l'administration des médicaments.

Des médicaments, dits antiémétiques, peuvent être prescrits pour réduire les risques de nausées et de vomissements, y compris anticipatoires. Si ces effets indésirables apparaissent malgré le traitement préventif, signalez-le à votre médecin, car nausées et vomissements contribuent à l'apparition d'une dénutrition (voir encadré page 22) qui pourrait justifier un traitement nutritionnel spécifique (voir encadré page 56).

Il arrive que pendant la chimiothérapie, des personnes ressentent un mauvais goût dans la bouche ou soient particulièrement sensibles aux odeurs. Cela entraîne parfois l'apparition de nausées. Diverses alternatives sont alors proposées :

- sucer des bonbons mentholés diminue le goût désagréable ;
- pratiquer des exercices de relaxation avant et pendant la perfusion de chimiothérapie. Vous pouvez solliciter des conseils à ce sujet auprès des soignants ;

- regarder la télévision, écouter la radio ou de la musique, jouer à des jeux de société, lire, discuter, etc. pendant la perfusion. Ces activités contribuent parfois à diminuer la sensation de nausées ;
- privilégier les aliments qui vous attirent le plus, ainsi que les modes de cuisson et les plats qui dégagent le moins d'odeurs.



Si vous avez faim, mangez, quelle que soit l'heure.

Diarrhée et constipation

Une diarrhée est possible avec les médicaments de chimiothérapie conventionnelle et de thérapies ciblées. Un traitement dit antidiarrhéique pourra vous être prescrit afin de la limiter. Pensez également à bien vous hydrater en buvant entre 1,5 et 2 litres par jour.

CONSEIL PRATIQUE POUR LIMITER LA DIARRHÉE

✓ À FAIRE

- Privilégiez une alimentation pauvre en fibres (exemple : riz, pâtes, pommes de terre vapeur, carottes, bananes mûres, fruits cuits, fromage à pâte cuite, biscottes...).

En cas de diarrhée persistante ou associée à de la fièvre ou des vomissements, contactez rapidement votre médecin. Plus rarement, une constipation peut être provoquée par des médicaments de chimiothérapie conventionnelle et de thérapies ciblées, en particulier le bevacizumab. La constipation est aussi parfois induite par les médicaments antiémétiques (contre les vomissements), par certains médicaments antidouleur et le ralentissement de l'activité physique.

ATTENTION

Pensez à signaler toute modification de poids à votre équipe soignante.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

✓ À FAIRE

- Privilégiez les aliments froids ou tièdes qui sont moins odorants que les aliments chauds.
- **Fractionnez l'alimentation** = Mangez en petites quantités, mais souvent (4 à 6 petits repas par jour, ou les 2 repas principaux de la journée coupés chacun en 2).
- Buvez plutôt avant ou après les repas. Les boissons gazeuses fraîches, à base de cola notamment, aident parfois à diminuer les nausées.
- Mangez lentement en mastiquant bien afin de faciliter la digestion.
- Mangez légèrement avant et après le traitement.

✗ À ÉVITER

- Ne consommez pas d'aliments qui ne vous font pas envie.
- Évitez de boire de l'alcool.
- Évitez de fumer.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LA CONSTIPATION

✓ À FAIRE

- Buvez au moins 2 litres d'eau par jour.
- Privilégiez une alimentation riche en fibres, à base de fruits et légumes, céréales, pain complet, à chaque repas, dont le petit déjeuner.
- Si possible, faites de l'exercice de façon adaptée et régulière en favorisant la marche.
- Pratiquez des massages doux du ventre.

Baisse des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes

Les médicaments utilisés dans le cancer du rectum ont souvent des effets indésirables sur le sang et la **moelle osseuse***. Ils peuvent entraîner :

- une baisse du nombre de globules blancs (leucopénie), en particulier des polynucléaires neutrophiles (neutropénie) ou des **lymphocytes*** (lymphopénie). Cette baisse entraîne un risque accru d'infection car les moyens de défense du corps sont réduits. **En cas de fièvre ou si vous ne vous sentez pas bien (frissons, diarrhées ou vomissements importants), contactez immédiatement votre médecin ;**
- une diminution du nombre de globules rouges et de la quantité d'hémoglobine qui provoque, lorsqu'elle est importante, une anémie. L'anémie se manifeste principalement par une pâleur, un essoufflement et une fatigue qui ne s'atténue pas avec le repos ;
- une baisse du nombre de plaquettes (thrombopénie), qui participent au phénomène de coagulation du sang (c'est-à-dire à la création de caillots sanguins). Une diminution des plaquettes augmente le risque de saignements et d'ecchymoses (infiltration de sang sous la peau à la suite d'un saignement).

UN FACTEUR DE CROISSANCE est une substance qui régule la croissance et la multiplication des cellules, comme certaines hormones. Les facteurs de croissance agissent par l'intermédiaire de récepteurs disposés à la surface des cellules.



SURVEILLEZ VOTRE TEMPÉRATURE

La « neutropénie fébrile » est une des complications susceptibles de survenir chez les patients traités par chimiothérapie.

Le caractère fébrile de la neutropénie est défini par une température supérieure ou égale à 38,5°C.

Les polynucléaires neutrophiles (PNN) sont des cellules impliquées dans les premiers temps de la réponse immunitaire. Ils interviennent dans la destruction des agents pathogènes. La diminution de leur taux, appelée neutropénie, expose donc aux infections.

En cas de température supérieure ou égale à 38,5°C ou si vous ne vous sentez pas bien (frissons, diarrhées ou vomissements importants), contactez immédiatement votre médecin.

Avant chaque cure, des prises de sang permettent de vérifier le nombre de globules blancs, globules rouges et plaquettes. En dessous d'un certain seuil, les doses de chimiothérapie sont adaptées ou le traitement peut être remis à plus tard.

Il est parfois nécessaire de prescrire des facteurs de croissance lorsque la baisse du nombre de globules blancs ou de globules rouges est trop importante. Dans de rares cas, une transfusion de globules rouges ou de plaquettes est réalisée.

Lésions de la bouche

Certains médicaments de chimiothérapie conventionnelle (5-FU ou capécitabine) et de thérapie ciblée (bevacizumab) peuvent entraîner des lésions à l'intérieur de la bouche et le long du tube digestif (aphtes, rougeurs, douleurs). On parle de mucite (inflammation d'une **muqueuse***) ou encore de stomatite (mucite de la bouche).

Dès que vous constatez des aphtes ou des douleurs, prévenez votre médecin afin de recevoir un traitement antidouleur adapté.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES LÉSIONS DE LA BOUCHE	
✓ À FAIRE	✗ À ÉVITER
• Après les repas, réalisez des bains de bouche sans alcool et à base de bicarbonate de soude alimentaire, prescrits par le médecin. • Brossez-vous régulièrement les dents avec une brosse à dents souple et utilisez du bicarbonate de soude. • Sucez des glaçons, de la glace pilée, des glaces à l'eau et des sorbets, des bonbons à la menthe (sauf en cas de traitement à l'oxaliplatine). • Buvez beaucoup (eau minérale, thé, tisane, boisson à base de cola). • Privilégiez les aliments sans acidité, mous, voire mixés. • Graisez-vous les lèvres en appliquant un lubrifiant (vaseline, beurre de cacao).	• Ne consommez pas d'aliments trop épicés ou acides (jus de citron, vinaigrette, moutarde), secs, croquants ou durs. • Évitez de consommer des aliments chauds et des aliments qui favorisent l'apparition d'aphtes, comme les noix, le gruyère et l'ananas. • N'utilisez pas des bains de bouche à base d'alcool ; ils dessèchent la muqueuse de la bouche et risquent de provoquer des sensations de brûlure. • Évitez de fumer et de boire de l'alcool, surtout dans les semaines qui suivent le traitement.

Chute des cheveux

Les protocoles utilisés pour les formes localisées n'entraînent que rarement la chute des cheveux. Les chimiothérapies conventionnelles, notamment l'oxaliplatine, l'irinotecan, le 5-FU, la capécitabine, et les thérapies ciblées, peuvent néanmoins générer une chute des cheveux (appelée alopecie) parfois difficile à vivre car elle est un signe concret et visible de la maladie. Elle est parfois précédée de douleurs ou de sensibilité du cuir chevelu. Elle commence environ 2 à 3 semaines après la première perfusion, mais elle est en général temporaire. La plupart du temps, les cheveux commencent à repousser environ 6 à 8 semaines après la fin

du traitement. En attendant, une prothèse capillaire ou des accessoires capillaires peuvent vous être prescrits ; renseignez-vous auprès de votre assurance santé complémentaire sur leur niveau de prise en charge.

Les cils, les sourcils et les poils pubiens peuvent également tomber provisoirement. Des conseils de maquillage peuvent vous être apportés par une socio-esthéticienne.

Sensations d'engourdissement ou de fourmillement (neuropathie périphérique)

Certains médicaments de chimiothérapie conventionnelle ont un effet toxique sur les nerfs, notamment les médicaments dérivés du platine. Ils peuvent entraîner des troubles de la sensibilité, appelés paresthésies, qui se manifestent par des sensations d'engourdissement, de fourmillements ou de picotements qui peuvent être douloureuses et handicapantes. Ils peuvent également se manifester par des troubles de la coordination ou une perte de force dans les muscles. Ces symptômes sont nommés troubles neuropathiques périphériques. Il est très important de les signaler immédiatement à votre médecin sans attendre le rendez-vous suivant et même si vous les supportez bien. Ils peuvent rendre nécessaire une diminution des doses ou un arrêt du traitement.

Troubles cutanés et syndrome « main-pied »

Certains médicaments de chimiothérapie conventionnelle (notamment 5-FU, capécitabine) et de thérapie ciblée (cetuximab, bevacizumab, panitumumab) peuvent entraîner des troubles au niveau de la peau : rougeurs, plaques, dessèchement, tiraillement, ainsi que des éruptions cutanées aussi appelées *rash* cutané.

Parmi ces troubles, le syndrome main-pied se manifeste au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds. Il se caractérise par des rougeurs, un gonflement, une sécheresse ou des cloques.



Vous trouverez des informations sur la chute des cheveux ainsi que sur la prise en charge des prothèses capillaires et des accessoires sur le site e-cancer.fr

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES TROUBLES CUTANÉS

✓ À FAIRE	✗ À ÉVITER
• Appliquez régulièrement et généreusement un agent hydratant sur la peau (après la toilette avec un savon surgras). • Réalisez une manucure et une pédicure avant de commencer le traitement, si les mains et les pieds sont déjà un peu abîmés (présence de corne). • Portez des vêtements amples et des chaussures souples.	• Ne vous exposez pas les mains et les pieds à la chaleur (soleil, bains chauds, sauna). • Ne pratiquez pas d'activités qui entraînent un frottement de la peau ou une pression sur les mains (activités ménagères, conduite, jardinage, etc.). • N'appliquez pas des pansements adhésifs ou des bandages serrés. • Évitez de marcher de manière prolongée et de courir en cas de syndrome main-pied.

Si, malgré l'application de ces conseils, votre peau devient rouge, sensible ou douloureuse, signalez-le à votre médecin sans attendre que les symptômes empirent. Des médicaments antidouleur, prescrits par votre médecin, ou des soins locaux peuvent les soulager.

Perte d'appétit

Les traitements de chimiothérapie et de thérapie ciblée entraînent une diminution de la prise alimentaire, le plus souvent du fait d'une perte d'appétit. Si elle se prolonge plus d'une semaine, elle risque d'entraîner une perte de poids que l'on appelle « dénutrition » (voir encadré page 22). La dénutrition a de nombreuses conséquences, comme une fonte des muscles, une diminution de la force musculaire ou une fatigue importante. Elle peut également empêcher le bon déroulement de votre traitement et réduire son efficacité, c'est pourquoi il faut la prévenir et limiter son aggravation le plus précocement possible. Un diététicien ou un médecin nutritionniste peuvent vous conseiller sur la façon de

mieux vous alimenter pendant votre traitement. En cas de nécessité, un traitement nutritionnel (voir encadré page 56) pourra vous être prescrit.

CONSEILS PRATIQUES POUR PRÉVENIR LA DÉNUTRITION

✓ À FAIRE
• Mangez les plats que vous aimez à l'heure que vous voulez. • Fractionnez votre alimentation ; mangez en petites quantités, mais souvent (4 à 6 petits repas par jour, ou les 2 repas principaux de la journée coupés chacun en 2). • N'hésitez pas à consommer plusieurs fois par jour des aliments simples contenant des protéines (jambon, produits laitiers...). • Si possible, mangez accompagné et non seul. • Travaillez la présentation des plats. • Installez-vous à table, de préférence dans un cadre agréable. • Associez ces conseils à une activité physique quotidienne, adaptée à vos capacités (exemple : marche).

Certains médicaments peuvent également générer une modification de la perception du goût (une dysgueusie) pouvant aussi favoriser une dénutrition. Celle-ci disparaît progressivement dès la fin des traitements.

Fatigue

En dehors de la fatigue causée par la maladie elle-même, par l'appréhension des examens ou encore par les déplacements quotidiens, la fatigue peut être liée aux traitements médicamenteux. Elle dépend de votre tolérance à ce traitement, du nombre de cures et des effets indésirables. En effet, une anémie, une perte d'appétit, des nausées et des vomissements, une fièvre ou encore des douleurs peuvent contribuer à cette fatigue. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit traitée le mieux possible.

Il est prouvé qu'une activité physique débutée dès le début de votre prise en soin, adaptée, régulière et modérée permet de



Consultez le guide *Fatigue et cancer*



lutter contre la fatigue après les traitements. Parlez-en avec votre équipe soignante.

Troubles respiratoires

Des difficultés à respirer et une toux peuvent se manifester. Ces symptômes peuvent alerter sur la présence d'une infection ou d'une réaction pulmonaire aux médicaments de chimiothérapie conventionnelle (notamment à l'oxaliplatine) et aux thérapies ciblées. N'hésitez pas à les signaler à votre équipe soignante.

Troubles cardiaques

Les médicaments de chimiothérapie et de thérapie ciblée peuvent avoir un impact négatif sur le cœur. Cet impact peut être favorisé par l'association de différents facteurs de risque comme une pathologie cardiaque déjà présente et/ou un âge élevé. Vous devez contacter immédiatement votre médecin notamment en cas de douleur thoracique, d'essoufflement ou encore d'accélération des battements du cœur.

Troubles hépatiques

Le 5-FU, la capécitabine et l'irinotecan (chimiothérapie conventionnelle) ainsi que le cetuximab (thérapie ciblée) peuvent avoir une incidence sur le fonctionnement du foie, surtout lorsque celui-ci fonctionne déjà mal. Une surveillance de certaines enzymes hépatiques (ASAT, ALAT, PAL, Gamma-GT) et de la bilirubine* est nécessaire. Prévenez votre médecin en cas de symptômes évocateurs d'une atteinte hépatique (nausées, vomissements, fièvre, jaunisse (ictère) et douleurs abdominales).



CONTRE-INDICATIONS

Les vaccins dits vivants, tels que ceux contre la fièvre jaune ou la rougeole par exemple, sont contre-indiqués au moins 6 mois après la fin des traitements

médicamenteux du cancer. En cas de voyage dans des pays dits « à risques », questionnez votre oncologue médical et/ou votre médecin traitant.

Réactions allergiques

Comme tout médicament, les médicaments de chimiothérapie conventionnelle et de thérapie ciblée peuvent être source d'allergie. Alerte votre médecin en cas de gonflement du visage, des lèvres et de la langue, d'oppression au niveau de la poitrine, de difficultés à respirer, de frissons, de réactions cutanées graves (démangeaisons, rougeurs, boutons) ou de tout autre trouble inhabituel.

Traitement du cancer du rectum et sexualité

La libido peut être modifiée pendant le traitement et quelque temps après. Les effets indésirables des médicaments comme la fatigue physique et psychologique, la modification de l'image de soi, les nausées et les vomissements peuvent en effet diminuer temporairement le désir ou la capacité physique. De même, le stress et l'inquiétude entraînent souvent une baisse de désir. Cette diminution de la libido est normale et généralement temporaire. Les médicaments peuvent par ailleurs générer une sécheresse des muqueuses, dont celle du vagin pouvant rendre la pénétration sexuelle difficile et douloureuse. Il existe des gels intimes hydratants des muqueuses et des lubrifiants efficaces. Chez les hommes, les effets indésirables des médicaments peuvent se manifester par des dysfonctions érectiles.

En cas de difficultés, n'hésitez pas à en parler à votre équipe médicale qui vous orientera vers une solution adaptée à votre situation. Par exemple, un accompagnement psychologique, associant ou non votre partenaire, peut être mis en place pour vous aider.

Traitement du cancer du rectum et fertilité

Il est très important de parler de la fertilité avant de commencer un traitement si vous envisagez d'avoir des enfants. Certains médicaments de chimiothérapie ou de thérapie ciblée sont en effet susceptibles de provoquer une baisse de la fertilité voire une infertilité. Celle-ci n'est pas forcément définitive. Cela dépend notamment de votre âge et du type de traitement employé.

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez le site Internet des CECOS (cecos.org) qui propose une liste de questions fréquentes et une information détaillée et pratique sur la préservation de la fertilité.

Une consultation au Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS) le plus proche de chez vous peut vous être proposée. Cette structure spécialisée assure le recueil et la conservation des gamètes (spermatozoïdes et ovules) et des **tissus*** germinaux (c'est-à-dire du tissu testiculaire ou ovarien).

En outre, certains traitements provoquent des malformations fœtales. Une grossesse est donc formellement contre-indiquée pendant les traitements. Une contraception adaptée doit être mise en place, pour les femmes susceptibles de procréer comme pour les hommes. Elle doit être poursuivie pendant toute sa durée et jusqu'à plusieurs semaines après la fin des traitements.

Les troubles spécifiques aux thérapies ciblées :

- thrombose ;
- risque d'hémorragie ;
- affections oculaires ;
- risque d'ostéonécrose de la mâchoire ;
- mauvaise cicatrisation ;
- hypertension artérielle ;
- douleurs abdominales aiguës ;
- troubles rénaux (du rein) ;
- fragilisation et affections des ongles.

Thrombose (phlébite et embolie pulmonaire)

La formation d'un caillot sanguin dans les veines, appelée thrombose veineuse ou phlébite peut être la conséquence d'un traitement par bevacizumab. C'est également un effet indésirable du panitumumab et du cetuximab, mais il est moins fréquent. C'est aussi un symptôme du cancer lui-même. Le caillot sanguin se situe le plus souvent au niveau d'une jambe. Dans les cas les plus graves, il se détache et circule jusqu'à un poumon. C'est ce qui s'appelle une embolie pulmonaire (abrégié en EP). Cette affection susceptible d'être grave peut se manifester par un essoufflement et parfois une douleur dans la poitrine.

Le fait de cesser de fumer réduit le risque de formation de caillots sanguins. Le fait de changer de position fréquemment, de faire des exercices pour les jambes et les chevilles et de se déplacer réduit également ce risque.

Le médecin peut aussi vous prescrire un traitement préventif à base de faibles doses d'anticoagulants, qui réduit la probabilité de formation de caillots sanguins chez les personnes à risque. Des bas de contention peuvent également vous être prescrits, selon les cas.

Il est important de signaler en urgence à votre médecin la présence d'une rougeur, d'un gonflement, d'une douleur au niveau du mollet ou de la poitrine, ou un essoufflement anormal.

Risque d'hémorragie

Parmi les effets indésirables les plus graves du bevacizumab, figure le risque d'hémorragie (saignement important). Des saignements de nez importants ou des hémoptysies (crachats sanguinolents provenant des poumons) sont fréquents avec ce médicament. Il est important de consulter rapidement un médecin si cet effet indésirable survient.

Affections oculaires

Les yeux peuvent être affectés par certaines thérapies ciblées. Les yeux qui pleurent sont très fréquents avec le bevacizumab. Une inflammation de la cornée, appelée kératite, peut également survenir ou s'aggraver au cours du traitement par cetuximab et panitumumab. Elle se manifeste par des larmoiements, une sensibilité à la lumière, une vision trouble ou des douleurs.

Le traitement par cetuximab et panitumumab peut également provoquer des conjonctivites, c'est-à-dire une inflammation de la muqueuse qui tapisse l'intérieur et l'avant des yeux. Elle se traduit par des écoulements purulents, des sensations de brûlure et des rougeurs.

Risque d'ostéonécrose de la mâchoire

Le bevacizumab peut être responsable de lésions au niveau des os de la mâchoire. Il est important de prévenir votre médecin si vous présentez une affection de la bouche ou des dents.

Mauvaise cicatrisation

Le bevacizumab gêne parfois la bonne cicatrisation des plaies après une intervention chirurgicale. C'est la raison pour laquelle ce traitement ne doit pas être commencé pendant au moins 1 mois après une intervention chirurgicale lourde ou tant que la plaie n'est pas totalement cicatrisée. En cas de complication de la cicatrisation d'une plaie pendant le traitement, celui-ci doit être interrompu jusqu'à la cicatrisation totale. Le traitement doit être interrompu lorsqu'une intervention chirurgicale est planifiée.

Hypertension artérielle

L'un des effets indésirables les plus fréquents du bevacizumab est l'hypertension artérielle, c'est-à-dire une tension trop élevée.

Douleurs abdominales aiguës

Le bevacizumab est susceptible de provoquer des douleurs abdominales importantes. Elles ne doivent pas être prises à la légère ; elles sont parfois le signe d'une perforation gastro-intestinale (un trou se forme dans la paroi de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle* ou du côlon) qui constitue une urgence médicale.

Troubles rénaux

Le bevacizumab peut avoir une incidence sur la fonction rénale. Avant et au cours du traitement, il est nécessaire de surveiller le bon fonctionnement des reins à travers des analyses de sang (taux de créatinine*) et d'urine (protéinurie, clairance...). Le traitement doit être définitivement arrêté si la présence de protéines dans les urines est associée à des œdèmes corporels, c'est-à-dire à des gonflements des tissus (causés par une accumulation anormale de liquide).

Afin de diminuer la toxicité de ce médicament au niveau des reins, une hyperhydratation avant et pendant la chimiothérapie est parfois proposée. L'hyperhydratation consiste à perfuser au patient une solution physiologique en quantité abondante et à lui faire boire beaucoup d'eau. Ceci permet de diluer le médicament, ce qui diminue sa toxicité, mais pas son efficacité. Cette technique nécessite le plus souvent une hospitalisation de 1 ou 2 jours pour chaque cure.

Fragilisation et affections des ongles

Avec le cetuximab, une inflammation de la peau autour de l'ongle (paronychie ou périonyxis) peut survenir. Elle peut être douloureuse et récurrente.

Se ronger les ongles ou s'arracher la peau qui les entoure sont des facteurs aggravants de cette affection.

Pour limiter le risque d'apparition de cette inflammation, il est conseillé de garder les mains hors de l'eau et au sec, d'éviter tous traumatismes sur les ongles (notamment lors des manucures ou pédicures personnelles) et d'effectuer une coupe courte et droite des ongles, mais jamais à ras.



LES POINTS À RETENIR

1. Les traitements médicamenteux ne sont pas systématiques et le protocole diffère selon la localisation et le stade du cancer.
2. Plusieurs types de traitements médicamenteux sont utilisés pour traiter les cancers du rectum : des molécules de chimiothérapie conventionnelle et de thérapie ciblée. Il s'agit de traitements généraux, dits aussi traitements systémiques, qui agissent dans l'ensemble du corps.
3. Lorsque le traitement est administré par voie intraveineuse, une chambre implantable par laquelle est injecté le médicament est installée lors d'une petite intervention chirurgicale.
4. Lors d'un traitement médicamenteux, il est important de surveiller votre poids et votre température.

6

LE SUIVI APRÈS TRAITEMENT

SURVEILLANCE

EXAMEN

PRÉVENTION

RÉCIDIVE

100. LES OBJECTIFS DU SUIVI APRÈS TRAITEMENT

100. LES EXAMENS

Après les traitements initiaux, un suivi régulier est mis en place, et cela à vie. L'équipe spécialisée ayant effectué le traitement joue un rôle essentiel dans le suivi, en lien avec votre médecin traitant.

LES OBJECTIFS DU SUIVI APRÈS TRAITEMENT

Le suivi mis en place a pour objectifs de :

- détecter de manière précoce tout signe de réapparition éventuelle de cellules cancéreuses au même endroit ou dans une autre région du corps (récidive encore appelée rechute);
- identifier tout effet indésirable tardif des traitements;
- organiser les soins de support nécessaires pour rétablir et/ou préserver au mieux votre qualité de vie;
- surveiller la possible apparition d'une tumeur différente de celle qui a été traitée. Les zones pouvant être plus particulièrement concernées sont le côlon ainsi que l'endomètre (la muqueuse* interne de l'utérus) et les seins chez les femmes et les poumons et la vessie chez les hommes. Ce risque est notamment lié à la consommation de tabac et au surpoids. Il est donc indispensable de se faire accompagner, si besoin médicalement, pour le sevrage de cette addiction (voir « Bénéficier d'une aide pour l'arrêt d'une addiction », page 121);
- vérifier la stomie, le cas échéant.

LES EXAMENS

Le suivi comprend des consultations au cours desquelles votre médecin vous interroge sur d'éventuels symptômes que vous pouvez ressentir, vous examine et vous prescrit certains examens.



QU'EST-CE QUE L'ACE ?

Certaines tumeurs libèrent des substances dans le sang, appelées marqueurs tumoraux. Le principal marqueur tumoral du cancer du rectum s'appelle l'antigène* carcino-embryonnaire (ACE). L'augmentation de son taux de concentration dans le sang peut être le signe d'une récurrence

ou l'apparition d'un autre cancer. Attention: il est impossible d'interpréter par vous-même les résultats d'analyse. Une concentration normale d'ACE n'exclut pas un diagnostic de cancer et une concentration anormale peut être provoquée par une autre cause comme le tabagisme.

Pendant les 5 premières années suivant le traitement, le médecin effectue un examen clinique tous les 3 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans. Généralement avec la même périodicité (qui peut varier selon les cas), une échographie* ou un scanner* (ou examens réalisés en alternance) de la région abdomino-pelvienne est réalisé. Un scanner thoracique est effectué une fois par an. Dans certains cas, un dosage de l'ACE peut être réalisé tous les 3 mois.

Le rythme de réalisation des coloscopies* est défini au cas par cas, en fonction notamment de vos antécédents.

Dans des situations particulières, d'autres examens peuvent être réalisés (IRM, TEP*, etc.).

Après ces 5 premières années de suivi sans récurrence ni apparition d'une nouvelle tumeur primitive, la fréquence des examens de suivi est décidée au cas par cas par l'équipe qui vous accompagne.

Le médecin vous indique également les symptômes qui doivent vous conduire à consulter en dehors des rendez-vous programmés tels que: fatigue, présence de sang dans les selles, modifications du transit, douleurs abdominales ou pelviennes, perte de poids et/ou d'appétit inexpliquée, gonflement du ventre. Si vous ressentez des symptômes nouveaux ou inexpliqués, consultez votre médecin traitant qui évaluera la nécessité de vous orienter vers votre équipe hospitalière.

**EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER
À L'ÉQUIPE MÉDICALE**

- ❑ Comment le suivi se déroule-t-il en pratique ?
- ❑ Quels sont les professionnels chargés de mon suivi ?
- ❑ Quels seront les examens nécessaires ?
- ❑ À quel intervalle les consultations et les examens auront-ils lieu ?
- ❑ Qui contacter en cas d'apparition de symptômes entre deux consultations ?

7

**LES
PROFESSIONNELS
ET LEUR RÔLE**

Au cours de la maladie, vous rencontrez ou pouvez solliciter de nombreux professionnels, que ce soit dans l'établissement dans lequel vous êtes suivi ou en ville. Ces professionnels de santé participent à votre parcours de soins, depuis le diagnostic de la maladie jusqu'au suivi après les traitements.

Votre accompagnement est global et s'effectue de manière coordonnée entre votre médecin traitant, les professionnels de santé de proximité et l'équipe médicale hospitalière. Voici, en quelques mots et par ordre alphabétique, en quoi consistent les activités des professionnels qui vous entourent.

- L'**aide-soignant** participe à vos soins et à votre bien-être en collaboration avec les infirmiers.
- L'**anatomopathologiste** ou **pathologiste** est un médecin qui examine au microscope les cellules et les **tissus*** prélevés au cours d'une biopsie ou d'une chirurgie. Son rôle est déterminant pour le diagnostic et l'orientation du choix des traitements lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).
- L'**anesthésiste-réanimateur** est un médecin chargé de vous endormir ou de vous insensibiliser lors d'une opération chirurgicale. Avant l'opération, il vous examine au cours d'une consultation préanesthésique afin de déterminer la technique d'anesthésie la plus appropriée. Pendant l'intervention, il effectue et surveille l'anesthésie. Il assure ensuite votre suivi en salle de réveil et traite la douleur éventuelle. L'anesthésiste-réanimateur peut également effectuer la pose de la chambre implantable.

- L'**assistant de service social** est un professionnel du domaine social qui vous accompagne, vous aide dans vos démarches et vous aide à résoudre vos difficultés économiques, sociales et juridiques. Vous pouvez contacter un assistant de service social au sein de l'établissement de santé où vous êtes suivi ou en ville.
- Le **biologiste** est un médecin ou un pharmacien, responsable des examens de biologie médicale ou des analyses médicales (analyses de sang par exemple) dans un laboratoire en ville ou à l'hôpital. Le biologiste contribue à la prévention, au diagnostic, au traitement et au suivi du patient.
- Le **cadre de santé** est un infirmier responsable de la coordination de l'équipe paramédicale (infirmiers, aides-soignantes) du service d'un établissement de santé. Le cadre de santé est parfois appelé cadre infirmier ou cadre de soins.
- Le **chirurgien digestif** est un médecin qui pratique des opérations chirurgicales pour traiter l'ensemble des affections ou des pathologies qui touchent le tube digestif (intestin grêle, côlon, rectum, anus). Il peut notamment diagnostiquer un cancer, enlever une tumeur, des tissus ou des organes atteints, assurer le fonctionnement correct d'un organe, remédier à certaines complications. Il peut également effectuer la pose de la chambre implantable.
- Le **diététicien** dépiste la dénutrition en partenariat avec l'équipe soignante (dont les médecins spécialisés en nutrition clinique), guide les choix alimentaires en fonction des effets indésirables liés aux traitements et, sur prescription médicale, adapte la gestion des problèmes nutritionnels provoqués par le cancer et ses traitements.
- Le **dosimétriste** participe, avec l'oncologue radiothérapeute et le physicien médical, au calcul de la dose de rayons nécessaire à la radiothérapie et à la planification du traitement.

- Le **gériatre** est un médecin spécialiste des patients âgés. Les affections concernées sont aussi bien physiques, que mentales, fonctionnelles et sociales. Le gériatre propose une approche globale qui va de la prévention jusqu'à la fin de vie, en passant par les soins aigus, les soins chroniques et la réhabilitation. Il évalue la fragilité des patients, identifie les pistes d'amélioration avant traitement et corrige les polymédications (les prescriptions trop nombreuses de médicaments). Il contribue au choix des traitements et au suivi de leur tolérance. Le gériatre intervient dans les établissements hospitaliers, dans les établissements médicosociaux, dans les réseaux de santé ou dans le secteur ambulatoire.
- L'**hépatogastroentérologue** est un médecin spécialiste de l'appareil digestif. Il traite les maladies de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du rectum, de l'anus, du foie, du pancréas ou encore de la vésicule biliaire.
- L'**infirmier diplômé d'État** est chargé de réaliser des soins et d'administrer les traitements prescrits par le médecin. Il assure le confort et l'hygiène de la personne soignée et a un rôle d'information, de prévention, d'éducation à la santé et de surveillance auprès des patients. Il exerce son activité au sein d'un établissement de soins ou en libéral. Dans certains centres, un infirmier coordinateur assure la coordination du parcours de soins des malades pendant la phase active du traitement.
- L'**interne** en médecine est un médecin en fin de formation de spécialité universitaire. Il examine les patients puis peut prescrire des examens et des traitements sous la supervision d'un médecin titulaire.
- Le **kinésithérapeute** ou **masseur-kinésithérapeute** aide à rééduquer différentes parties du corps grâce à des mouvements adaptés et à des massages. Sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute réalise des actes, manuellement ou à l'aide d'appareils, et vous apprend des gestes ou des techniques qui permettent de remédier à vos déficits.
- Le **manipulateur d'électroradiologie médicale** est un technicien responsable du maniement des appareils d'imagerie et de radiothérapie (scanner, IRM, etc.). Il est chargé de veiller au bon déroulement des examens d'imagerie et des séances de radiothérapie. Il s'occupe de vous en salle d'examen et de traitement, vous aide à vous installer, vous explique le déroulement de la séance et vérifie votre bon positionnement. Il s'assure également que vous ne présentez pas de réactions anormales.
- Le **médecin du travail** veille à la prévention de la santé et à la sécurité au travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène, les risques de contagion et la santé physique et mentale des travailleurs: stress, fatigue, maladie professionnelle... Il statue sur l'aptitude à reprendre le travail et peut proposer un aménagement de poste et du temps de travail. Le médecin du travail est salarié de l'entreprise ou appartient à un service interentreprises de santé au travail.
- Le **médecin généraliste** suit vos différents problèmes de santé dans une approche globale, médicale et médicosociale. Il coordonne les acteurs de proximité (infirmière, kinésithérapeute, etc.). Concernant les cancers, il a un rôle très important pour la prévention, le dépistage et le diagnostic, pendant les traitements et lors de la surveillance après les traitements. Il assure donc votre suivi en lien avec l'établissement de santé par des contacts téléphoniques, des comptes rendus et des courriers médicaux. Il est en général choisi comme médecin traitant. Si besoin, il accompagne également votre entourage.
- Le **médecin nucléaire** est un médecin spécialiste de médecine nucléaire qui utilise des éléments radioactifs pour réaliser un diagnostic ou un traitement. En cancérologie, les examens prescrits et réalisés par le médecin nucléaire sont, par exemple, une **TEP*** ou une **scintigraphie osseuse***.

- Le **médecin traitant** est le médecin que vous avez choisi et déclaré auprès de votre caisse d'Assurance maladie. Il coordonne vos soins, vous guide vers d'autres professionnels de santé, gère votre dossier médical et assure une prévention personnalisée. Le médecin traitant est souvent un médecin généraliste, mais ce peut être un autre spécialiste. Il peut être conventionné ou non, exercer dans un cabinet, à l'hôpital ou dans toute autre structure de soins.
- Le **médecin nutritionniste** est un spécialiste des troubles et des maladies de la nutrition. Certains sont spécialisés en nutrition clinique et pourront intervenir en cas de dénutrition. Notamment si vous n'êtes plus capable de vous alimenter à hauteur de vos besoins, le médecin nutritionniste pourra vous proposer un support nutritionnel appelé aussi « nutrition artificielle ».
- L'**oncologue** ou **cancérologue** est un médecin spécialiste du cancer et de ses traitements. Ce peut être un spécialiste de la chimiothérapie (oncologue médical), un spécialiste de la radiothérapie (oncologue radiothérapeute), un spécialiste d'organe (pneumologue, hépatogastroentérologue, neurologue, etc.) ou un chirurgien spécialisés en cancérologie.
- Le **pédicure - podologue** est le spécialiste du pied : il en évalue l'état clinique, met en œuvre les traitements des affections de la peau et des ongles et y pratique des soins d'hygiène. Il peut réaliser différentes orthèses en cas de nécessité. Avec ces soins, il peut prévenir les complications liées à certains traitements médicamenteux tels que le syndrome mains-pieds ou la fragilisation des ongles.
- Le **pharmacien** exerce en ville (**pharmacien officinal**) ou dans un établissement de santé (**pharmacien hospitalier**). Il travaille en collaboration étroite avec les autres professionnels de santé. Il est notamment chargé d'analyser la prescription des médicaments et d'autres produits de santé, de les préparer et de les délivrer. Selon les besoins

du patient, le pharmacien donne toute information utile à leur bon usage et leur mode d'action, leur mode d'administration, les précautions d'emploi, les éventuels effets indésirables, les conseils hygiénodététiques associés, etc. Le pharmacien peut également vous accompagner dans le suivi de votre traitement (pharmacie clinique), participer aux séances d'éducation thérapeutique et faciliter les liens ville hôpital en réalisant la « conciliation thérapeutique » à l'entrée et à la sortie de l'hôpital. La conciliation médicamenteuse permet, lors d'une nouvelle prescription, de prendre en compte tous les médicaments pris et à prendre par le patient.

Il est en mesure de créer, avec votre accord, votre Dossier pharmaceutique (DP), qui recense les médicaments qui vous ont été délivrés au cours des quatre derniers mois. Cela facilite l'identification d'interactions entre les médicaments et permet une meilleure continuité des traitements, notamment lors des hospitalisations.

À l'hôpital, le pharmacien est également responsable de la préparation des médicaments anticancéreux injectables qui seront administrés. Il peut aussi, lorsque vous n'êtes pas hospitalisé, vous dispenser certains médicaments dits « de rétrocession » qui ne sont pas disponibles en officine de ville.

- Le **physicien médical** ou **radiophysicien** est une personne compétente en physique médicale, spécialiste des appareils de radiothérapie, de radiologie et de médecine nucléaire (voir plus haut, médecin nucléaire). Pour une radiothérapie, il choisit en concertation avec l'oncologue radiothérapeute les modalités précises du traitement : le type de rayons, leur dosage, leur répartition pour chaque séance et s'assure du bon fonctionnement des différents appareils.
- Le **proctologue** est un médecin spécialisé dans le diagnostic et le traitement des pathologies de l'anus et du rectum.
- Le **psychiatre** est un médecin spécialiste des maladies mentales et des troubles psychologiques (dépression ou anxiété

en réaction à la maladie, difficultés relationnelles ou de comportement, troubles cognitifs...). Comme tout médecin, il peut prescrire des médicaments.

- Le **psychologue** est un professionnel spécialiste de l'écoute et formé à aider des personnes en situation de souffrance psychique. Il peut assurer un soutien et un suivi psychologique par des entretiens individuels ou en groupe.
- Le **radiologue** est un médecin qui interprète des images de parties du corps ou d'organes effectuées lors des examens de radiologie, tels qu'une **radiographie***, un **scanner***, une IRM ou une **échographie***. Grâce aux techniques d'imagerie médicale, il peut être amené à réaliser des actes médicaux peu invasifs à visée diagnostique (comme la biopsie) ou thérapeutique. On parle alors de radiologie interventionnelle. Il est assisté par un **manipulateur de radiologie**.
- Le **radiothérapeute** ou **oncologue radiothérapeute** est un médecin spécialiste des traitements des cancers par des rayonnements ionisants (rayons) qui détruisent localement des cellules cancéreuses (radiothérapie). En collaboration avec une équipe spécialisée qui comprend notamment un physicien médical et un dosimétriste, le radiothérapeute calcule et prescrit la dose de rayons nécessaire au traitement de la tumeur (radiothérapie externe). Il identifie les zones à traiter et celles à protéger. Il planifie les séances de radiothérapie. Celles-ci sont effectuées par un manipulateur d'électroradiologie médicale. Des consultations régulières permettent au radiothérapeute de vérifier le bon déroulement du traitement et de prescrire des médicaments pour traiter d'éventuels effets indésirables.
- Le **sexologue** est un professionnel formé à la sexologie. Il répond à vos questions et vous aide, vous ou votre partenaire, à gérer les difficultés sexuelles, y compris celles liées à la maladie et ses traitements. Ce peut être un médecin (un gynécologue, un urologue, un psychiatre), un psychologue,

etc. N'hésitez pas à en parler avec votre médecin traitant qui pourra vous orienter vers un professionnel formé.

- La **socio-esthéticienne** aide à la qualité de vie des personnes malades par des conseils en image corporelle et des soins esthétiques : coiffure, maquillage, manucure, etc.
- Le **spécialiste de la douleur** (ou **algologue**) est un professionnel formé spécifiquement sur les traitements de la douleur. La maladie ou ses traitements provoquent souvent des douleurs modérées ou intenses. Le spécialiste de la douleur les traite par diverses méthodes. Ces spécialistes travaillent habituellement en équipe pluridisciplinaire au sein de structures spécialisées.
- Le **stomathérapeute** est un infirmier spécialisé dans l'accompagnement des personnes dotées d'une stomie. Il est chargé de les aider à rechercher l'appareillage qui leur convient le mieux et leur apprendre à le manipuler. Il accompagne les patients pour qu'ils puissent reprendre une vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale normale.

8

DÉMARCHES SOCIALES ET ADMINISTRATIVES

ALD

REMBOURSEMENTS

TRAVAIL

- 114. LES DÉMARCHES À EFFECTUER
- 115. L'ALD ET LA PRISE EN CHARGE DE VOS SOINS
- 116. LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS
- 117. SE FAIRE ACCOMPAGNER PAR UN ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL

Avec la maladie, des changements peuvent survenir dans votre vie personnelle, familiale et professionnelle. Vous devez effectuer différentes démarches administratives et sociales afin de concilier au mieux votre parcours de soins et votre vie quotidienne.

LES DÉMARCHES À EFFECTUER

Selon votre cas personnel, les démarches à effectuer à l'annonce du diagnostic sont :

- rencontrer votre médecin traitant afin qu'il remplisse la demande de prise en charge à 100 % dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD) (voir ci-après) ;
- contacter la Caisse d'allocations familiales (CAF) pour étudier vos droits à diverses aides ;
- prendre rendez-vous avec votre banquier pour faire un bilan financier ;
- monter un dossier « sinistre assurance emprunteur » dans le cadre d'une prise en charge de la mensualité du prêt si cette option d'assurance a été prise au moment du prêt ;
- se renseigner auprès de votre mutuelle pour connaître les éventuels dispositifs d'aide de celle-ci ;
- rencontrer votre employeur pour connaître les aides mises en place dans l'entreprise, y compris au niveau du Comité social et économique, tout en préservant le secret médical ;
- pour les professions non salariées, se renseigner auprès de la Sécurité sociale pour les indépendants ;
- pour les étudiants, des aménagements de cours sont possibles. Faire la demande auprès de l'établissement.

Si vous en ressentez le besoin, vous pouvez réaliser ces démarches en étant accompagné d'un proche. Il peut aussi les effectuer pour vous en lui donnant procuration. Vous pou-

vez également avoir recours à un assistant de service social pour vous accompagner dans vos différentes démarches (voir page 117).

N'oubliez pas tous les documents nécessaires à la constitution des dossiers : certificat médical, arrêt de travail, indemnités de Sécurité sociale, attestation d'ALD, carte Vitale et carte de mutuelle, etc. Vous pouvez également en effectuer des photocopies.

L'ALD ET LA PRISE EN CHARGE DE VOS SOINS

Qu'est-ce que l'ALD ?

Selon la définition de l'Assurance maladie, une affection de longue durée (ALD) est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de 6 mois) ainsi que des traitements coûteux, ouvrant droit à une prise en charge à 100 %. Le cancer fait partie des affections de longue durée.

Le taux de prise en charge à 100 % concerne les soins et les traitements remboursables par l'Assurance maladie en rapport avec votre maladie et uniquement celle-ci. Cependant, certains frais ne sont pas couverts. Il s'agit notamment du forfait hospitalier (coût de l'hébergement, de la restauration et de l'entretien des chambres pendant une hospitalisation) et des soins dont le coût dépasse le tarif de la Sécurité sociale. La part non remboursée par l'Assurance maladie est à votre charge ou peut être remboursée par votre assurance santé complémentaire si vous en avez une.

C'est votre médecin traitant qui établit le formulaire pour demander votre mise en ALD. Il adresse ce document, appelé protocole de soins, au médecin-conseil de l'Assurance maladie. Après accord de ce dernier, le protocole de soins vous est remis et expliqué par votre médecin traitant. Il vous informe sur la proposition de soins, sur leur durée et sur vos remboursements. Dans le cadre de soins urgents,

comme le cancer, le médecin de l'équipe spécialisée peut faire la première demande d'ALD, qui est alors valable pour 6 mois puis est renouvelée par votre médecin traitant.

Les frais de transport

Concernant les frais de transport, votre caisse d'assurance maladie peut rembourser les transports prescrits par votre médecin, lorsqu'ils sont en rapport avec des soins ou traitements liés à votre affection de longue durée (ALD). Mais cette prise en charge à 100 % est réservée aux seuls assurés dont l'incapacité ou la déficience (définies par un référentiel de prescription) les empêchent de se déplacer par leurs propres moyens, en dehors des situations pouvant ouvrir droit à la prise en charge du transport (hospitalisation, transport en série, convocation médicale...). Dans tous les cas, une prescription médicale de transport doit être établie au préalable (sauf situation d'urgence). Pour certains transports, une demande d'entente préalable doit être adressée à la caisse d'assurance maladie.

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez la fiche de l'Assurance maladie en ligne sur ameli.fr/assures, rubrique « Soins et remboursements », puis « Combien serez-vous remboursé » et enfin « Frais de transport ».

LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

Si vous êtes encore en activité professionnelle, votre capacité à travailler est souvent perturbée par la maladie, soit parce que vous êtes trop fatigué, soit en raison des effets indésirables causés par le cancer ou les traitements.

Pendant les traitements, un arrêt de travail de quelques semaines ou quelques mois est fréquent. Vous pouvez alors bénéficier d'indemnités journalières qui compensent en partie la perte de vos revenus professionnels. Les conditions pour obtenir ces indemnités sont variables selon les statuts professionnels (salarié, fonctionnaire, travailleur indépendant, demandeur d'emploi, profession libérale, etc.).

Pensez à prévenir votre ou vos employeurs dans un délai maximum de 48 heures par l'envoi de votre certificat d'arrêt

de travail ou du bulletin d'hospitalisation. En raison du secret médical, vous n'avez pas à préciser les raisons de votre arrêt de travail.

En cas d'arrêt maladie de plus de 3 mois et quelque temps avant la reprise du travail, une visite de préreprise est prévue par le Code du travail. Cette visite peut être demandée par vous-même, votre médecin traitant ou le médecin-conseil de votre caisse d'assurance maladie. La visite s'effectue auprès de la médecine du travail (appelée aussi service de santé au travail). Son but est de faciliter votre réintégration sociale et professionnelle. À la suite de la visite médicale de préreprise du travail, il est possible de prévoir un aménagement de votre poste comme la modification de l'outillage ou des rythmes de travail (temps partiel thérapeutique par exemple).

La visite de préreprise ne remplace pas la visite de reprise du travail qui, elle, est demandée par votre employeur ou, éventuellement, par vous-même et qui doit être faite dans les 8 jours suivant votre reprise.

SE FAIRE ACCOMPAGNER PAR UN ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL

L'assistant de service social est là pour vous accompagner, vous et vos proches, tout au long et après la maladie, et contribuer à améliorer vos conditions de vie sur les plans social, sanitaire, familial, économique et professionnel.

Il répond à vos interrogations et aux problèmes liés au cancer dans différents domaines :

- les problèmes administratifs ;
- votre situation professionnelle ;
- les aspects financiers ;
- la reconnaissance du cancer comme maladie professionnelle le cas échéant ;
- l'organisation familiale ;

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez le guide *Démarches sociales et cancer*



- le maintien ou la préparation du retour au domicile par la recherche et la mise en place d'aides humaines ou techniques;
- la protection des personnes (tutelle, curatelle...);
- l'accès aux soins;
- l'orientation en services de soins de suite et de réadaptation après une hospitalisation.

Vous pouvez contacter un assistant de service social auprès :

- de l'établissement de santé dans lequel vous êtes soigné;
- du régime d'assurance maladie dont vous dépendez;
- de votre caisse d'allocations familiales;
- de votre caisse de retraite;
- de votre Centre communal d'action sociale (CCAS - qui dépend de votre mairie);
- de votre conseil départemental;
- de votre Centre régional des œuvres universitaires et scolaires (CROUS) si vous êtes étudiant;
- des services sociaux d'entreprise s'ils existent;
- du comité départemental de la Ligue contre le cancer.

9

QUESTIONS DE VIE QUOTIDIENNE

SOUTIEN

ADDICTION

SEXUALITÉ

PROCHES

- 120. BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE
- 121. BÉNÉFICIER D'UNE AIDE POUR L'ARRÊT D'UNE ADDICTION
- 123. LES AIDES À DOMICILE
- 124. LA VIE INTIME ET LA SEXUALITÉ
- 125. LES PROCHES

La maladie et ses traitements peuvent avoir des répercussions sur votre vie personnelle, voire même nécessiter des changements dans vos habitudes quotidiennes. N'hésitez pas à vous faire accompagner.

BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

La maladie peut être source de souffrance psychologique. L'angoisse du lendemain, la perte de repères, l'altération de l'image du corps, la difficulté à communiquer avec ses proches sont autant de facteurs qui peuvent être déstabilisants et rendre vulnérable.

Chacun vit la maladie et les traitements de manière différente, selon son histoire, sa personnalité et ses relations familiales, sociales, professionnelles. Dans tous les cas, il est important d'exprimer ses doutes et ses craintes, notamment à l'équipe soignante. Vous pourrez ainsi être écouté et bénéficier, si nécessaire, d'un soutien psychologique.

Selon vos besoins et vos souhaits, vous pouvez être orienté vers un professionnel, vers des groupes de parole ou vers des associations de patients. Une consultation avec le psychologue de l'établissement dans lequel vous êtes suivi est également possible, y compris pour vos proches.

Consulter un professionnel

La consultation d'un psychiatre de secteur 1 est remboursée intégralement par l'Assurance maladie. En revanche, la consultation d'un psychologue n'est prise en charge que lorsqu'elle a lieu à l'hôpital ou dans un centre médico-psychologique (CMP).

Des consultations gratuites avec un psychologue peuvent être proposées par des associations de patients ou des réseaux de santé.

Participer à un groupe de parole

Des groupes de parole peuvent être organisés à l'initiative de l'établissement hospitalier ou d'associations. Animés par des professionnels, ils permettent d'échanger, de rencontrer des personnes confrontées aux mêmes problèmes ou aux mêmes inquiétudes. Ces groupes peuvent vous aider à vous exprimer, notamment sur des sujets que vous n'évoquez pas forcément avec votre entourage.

Rencontrer une association de patients

Il existe de nombreuses associations de patients ou de proches de personnes malades. Leurs modes d'intervention sont variés, mais leur rôle est important. Elles peuvent vous apporter, ainsi qu'à vos proches, des informations et un soutien sur le plan humain ou social. Elles constituent aussi un moyen de rencontre et d'échange.

Bénéficier d'une écoute téléphonique

La Ligue contre le cancer vous propose un service d'écoute anonyme et confidentiel, accessible en contactant la ligne Cancer info au **0805 123 124** (service et appel gratuits) du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures. Des psychologues vous offrent une écoute immédiate, personnalisée et adaptée.

BÉNÉFICIER D'UNE AIDE POUR L'ARRÊT D'UNE ADDICTION

Arrêter la consommation d'alcool et de tabac ou de toute autre substance nocive pour la santé fait partie du traitement de votre cancer. Cela permet de réduire les risques de complications pendant et après les traitements. Cela diminue également le risque de développer un second cancer et augmente les chances de survie.

BON À SAVOIR

Un médecin de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec l'Assurance maladie. Un médecin de secteur 2 pratique des honoraires libres : vous serez remboursé sur la base du tarif fixé par convention avec l'Assurance maladie.

BON À SAVOIR

Pour connaître les coordonnées des associations près de chez vous, rendez-vous sur **e-cancer.fr/patients-et-proches**

Si vous souffrez d'une dépendance à l'alcool et/ou au tabac, il est possible de vous faire aider. Plusieurs solutions existent. Votre médecin traitant évalue votre consommation et la meilleure conduite à adopter. Il vous permet ainsi de faire un premier point sur la nécessité d'être accompagné vers un sevrage. Il peut vous orienter au besoin vers une structure spécialisée si une dépendance est présente.

Les structures spécialisées en addictologie regroupent des spécialistes de l'accompagnement pour l'arrêt d'une addiction (médecins, psychologues, travailleurs sociaux). Vous pouvez consulter ces professionnels dans des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou dans des consultations hospitalières d'addictologie. Selon votre état de santé, une hospitalisation dans un service spécialisé, l'unité hospitalière d'addictologie, peut être organisée.

Les groupes de parole permettent de rencontrer des personnes qui ont réussi à se libérer de leur dépendance. Ils peuvent être une aide et un soutien important tout au long de votre démarche. Vous pouvez vous renseigner auprès de votre médecin ou des associations spécialisées pour connaître les groupes près de chez vous et trouver celui qui correspond le mieux à vos besoins.

Une aide à distance est également disponible.

- **La ligne téléphonique Alcool info service (N° 0980980930)**, appel anonyme et non surtaxé, de 8 heures à 2 heures, 7 jours sur 7) vous apporte du soutien et vous oriente vers les différents groupes, associations et professionnels qui peuvent vous accompagner.
- **Le site internet Alcool info service** et sa rubrique « Comment me faire aider ? » vous orientent vers les personnes ou les structures qui peuvent vous accompagner : **alcool-info-service.fr**

- **La ligne téléphonique Tabac info service (N° 3989)**, appel non surtaxé, du lundi au samedi, de 8 heures à 20 heures) vous permet de poser des questions à un tabacologue, de bénéficier d'un soutien personnalisé et d'être orienté vers les différents groupes, associations et professionnels qui peuvent vous accompagner.
- **Le site internet Tabac info service (tabac-info-service.fr)** met à votre disposition une aide qui vous permettra d'être accompagné pendant votre démarche d'arrêt. Elle vise à bien vous préparer, à éviter les rechutes et à entretenir votre motivation.
- **L'application mobile Tabac Info Service** vous accompagne dans votre arrêt du tabac. Sur cette application, vous pouvez bénéficier de conseils personnalisés de tabacologues et suivre les bénéfices de votre arrêt au quotidien.

En cas de dépendance au tabac, vous pouvez également recourir à des traitements nicotiniques de substitution. Ces médicaments ont pour objectif de soulager les symptômes du sevrage à la nicotine, substance addictive contenue dans le tabac. Ils sont disponibles sous différentes formes, notamment patchs, gommes à mâcher, pastilles ou encore inhalateurs. Depuis 2018, plusieurs substituts nicotiniques sont remboursés par l'Assurance maladie, comme n'importe quel médicament, à hauteur de 65 %, à condition d'être prescrits par un professionnel de santé (médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, sage-femme, médecin du travail et chirurgien-dentiste). Cette prise en charge est de 100 % dans le cadre d'une ALD pour un cancer.

LES AIDES À DOMICILE

Lorsque l'on suit un traitement ou que l'on rentre chez soi après une hospitalisation, il est parfois difficile de s'occuper des tâches quotidiennes. Une aide à domicile s'avère alors



Les traitements médicamenteux de sevrage tabagique sont plus efficaces quand ils sont associés à un accompagnement par un professionnel de santé.

utile. Derrière ce terme, outre l'aide à domicile, on trouve différents professionnels tels que l'auxiliaire de vie sociale ou le technicien de l'intervention sociale et familiale.

Ces professionnels ont diverses compétences et peuvent vous aider pour :

- les gestes du quotidien comme le lever, la toilette ou l'alimentation ;
- les activités domestiques comme l'entretien du logement et du linge, les courses ou la préparation des repas ;
- les démarches administratives ;
- l'organisation de la vie familiale comme aller chercher les enfants à l'école.

Il est parfois possible de bénéficier d'un soutien financier qui prend en charge une partie des frais engendrés par l'aide à domicile. Plusieurs dispositifs existent. Ils sont conditionnés par votre âge, votre situation ou vos ressources.

Pour en savoir plus sur vos droits, sur les aides et sur les démarches, vous pouvez notamment faire appel à l'assistant de service social de l'établissement dans lequel vous êtes suivi, au centre communal d'actions sociales de votre mairie (CCAS) ou encore prendre contact avec votre caisse d'assurance maladie.

LA VIE INTIME ET LA SEXUALITÉ

Le cancer et ses traitements peuvent affecter divers aspects de votre vie, dont votre vie intime et votre sexualité.

Après le diagnostic, le stress, l'inquiétude et la fatigue entraînent souvent une baisse de désir. La sexualité ne se limite pas aux rapports sexuels ; elle englobe l'affection, la tendresse, la parole... Avec le temps, le désir revient souvent petit à petit.

Des difficultés physiques et psychologiques peuvent apparaître à la suite des traitements du cancer du rectum. Elles sont variables d'un patient à l'autre et dépendent des traitements reçus. Par exemple, lorsque l'intervention chirurgi-

cale a nécessité la création d'une stomie, cette dernière peut modifier la perception de l'image de soi et favoriser un isolement relationnel et intime.

Un peu de temps est nécessaire pour intégrer les conséquences physiques et psychologiques de la maladie et de ses traitements et pour s'y adapter. La confiance et la communication avec votre partenaire facilitent le réapprentissage de la sexualité.

Demandez conseil à votre médecin ou à l'équipe médicale pour trouver des solutions adaptées à votre situation et à vos besoins. Des traitements médicaux peuvent diminuer les effets indésirables des traitements. Des entretiens avec un psychologue ou un psychiatre peuvent aider à vivre mieux certaines situations difficiles. Vous pouvez également consulter un sexologue.

LES PROCHES

Accompagner une personne atteinte d'un cancer peut être ressenti comme une épreuve difficile. L'investissement personnel auprès d'une personne malade est éprouvant, tant sur le plan physique que psychologique.

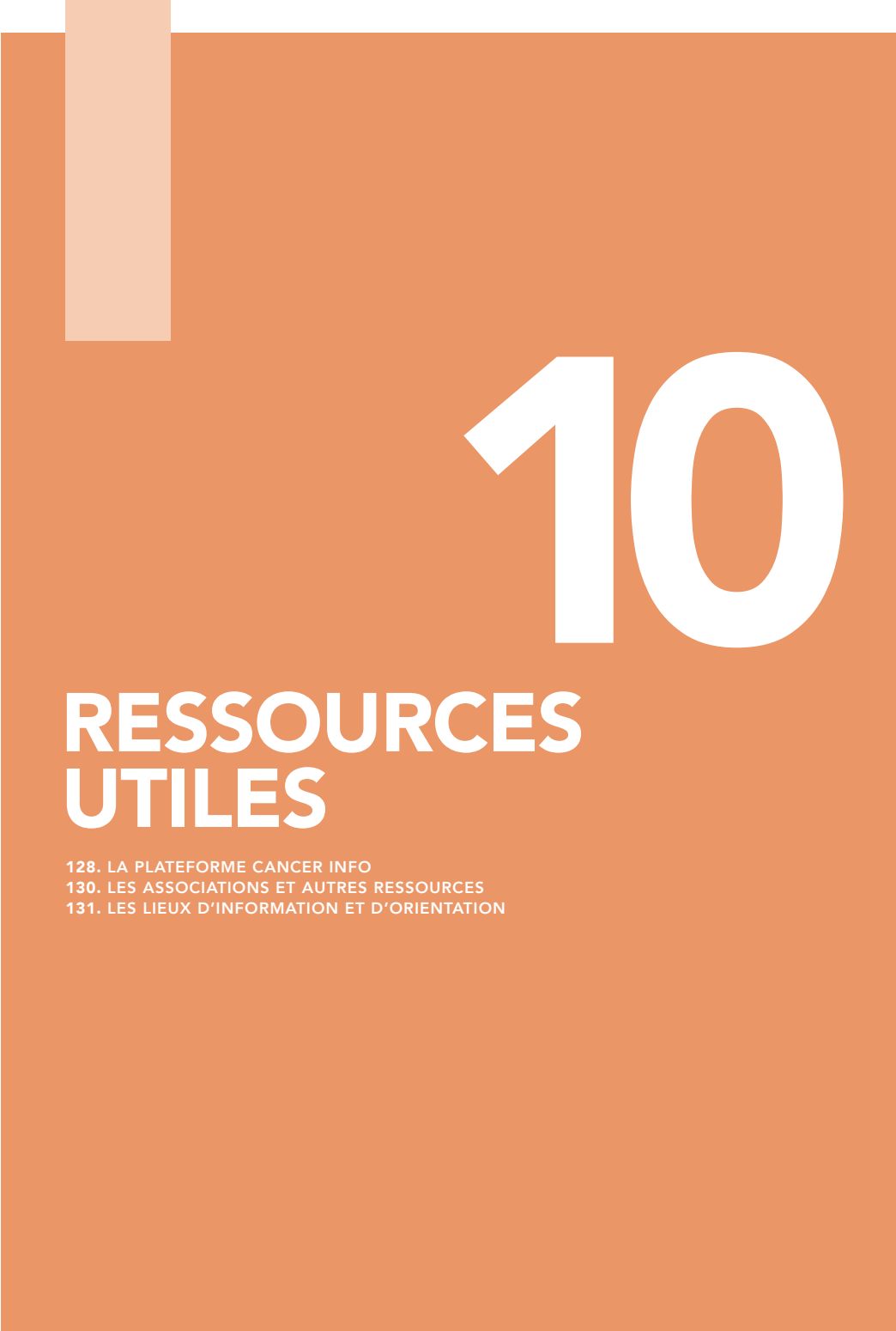
Proposez à vos proches de lire ce guide qui peut les aider à mieux comprendre la période que vous traversez.

Des psychologues, au besoin des psychiatres sont généralement présents dans les établissements de santé et peuvent accueillir en consultation autant les personnes malades que leurs proches. Par ailleurs, des associations d'anciens patients et de bénévoles proposent un soutien particulier aux proches, notamment à travers des groupes de parole. N'hésitez pas à vous renseigner auprès de l'établissement où vous êtes suivi ou de la Ligue contre le cancer.

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez le guide *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer*





10

RESSOURCES UTILES

128. LA PLATEFORME CANCER INFO

130. LES ASSOCIATIONS ET AUTRES RESSOURCES

131. LES LIEUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

Voici une liste de contacts et de ressources qui peuvent vous être utiles tout au long de votre parcours de soins et après la maladie.

LA PLATEFORME CANCER INFO

- **Cancer info, le service téléphonique :**

0805 123 124 (service et appel gratuits)

Une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond à vos questions d'ordre pratique, médical ou social, du lundi au vendredi, de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures. Vous pouvez aussi accéder à un service d'écoute animé par des psychologues et à une permanence juridique animée par des avocats (du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures).

- **Cancer info, la rubrique internet :**

e-cancer.fr/patients-et-proches

La rubrique Cancer info du site de l'Institut national du cancer donne accès à des informations détaillées sur les cancers du rectum, les facteurs de risque, le diagnostic, les traitements, le suivi après les traitements, la vie pendant et après la maladie, les associations près de chez vous, etc.

Cancer info, les guides

- **J'ai un cancer : comprendre et être aidé (2020)**

Ce guide offre aux patients des informations générales sur la maladie, le déroulement du parcours de soins, les traitements existants et la gestion de certaines conséquences de la maladie. Il délivre également des informations sur les démarches à suivre (administratives, professionnelles...) et des conseils pour mieux vivre les traitements.

- **Les traitements des cancers du côlon (2020)**

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

- **Démarches sociales et cancer (2018)**

Support d'information sur les droits sociaux, ce guide a pour but d'aider les personnes malades et leurs proches à s'orienter dans leurs démarches auprès des différents services sociaux et administratifs.

- **Participer à un essai clinique en cancérologie (2015)**

Ce guide répond aux questions que les patients peuvent se poser lorsqu'un essai clinique leur est proposé : quel est l'objectif ? Existe-t-il des risques ? Comment prendre la décision ? Etc.

- **Qu'est-ce qu'une thérapie ciblée ? (2015)**

Ce document de deux pages permet de comprendre ce qu'est la médecine de précision, une thérapie ciblée par rapport à la chimiothérapie classique, pourquoi et comment sont réalisées des analyses moléculaires de la tumeur ?

- **Comprendre la chimiothérapie (2011)**

Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par chimiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à faciliter la gestion de ses effets indésirables et à mieux le vivre au quotidien.

- **Douleur et cancer (2007)**

Ce guide a pour objectif de répondre aux questions des patients sur les douleurs liées au cancer et de faciliter leur traitement.

- **Vivre pendant et après un cancer (2007)**

Ce guide a pour but d'accompagner le patient dans les changements que peuvent entraîner la maladie et ses traitements, sur le plan psychologique, émotionnel, relationnel ou familial.

POUR ALLER PLUS LOIN

Téléchargez ou commandez gratuitement les guides sur le site **e-cancer.fr/patients-et-proches** ou renvoyez le **bon de commande** joint à ce guide.

- **Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer (2006)**

Ce guide a pour objectif de permettre aux proches de mieux cerner le rôle qu'ils peuvent jouer auprès de la personne malade.

- **Cancer info, les fiches patients**

Ces fiches proposent des informations pratiques sur les examens, les consultations, les soins spécialisés, les équipements, etc. Vous pouvez les commander sur **e-cancer.fr**

LES ASSOCIATIONS ET AUTRES RESSOURCES

- **La Ligue contre le cancer**

La Ligue contre le cancer apporte aux malades et à leurs proches un soutien moral, psychologique, matériel et financier. Elle édite également des brochures d'information sur des thèmes variés comme la sexualité et le cancer ou l'alimentation pendant les traitements. Elle est présente partout en France à travers ses 103 comités départementaux. Pour connaître et accéder à ses services: appelez le **0800940939** (service et appel gratuits) ou connectez-vous sur **ligue-cancer.net**

- **Alcool info service**

Information, aide, soutien, orientation vers des professionnels et des structures spécialisés en alcoologie. Appel anonyme et confidentiel de 8 heures à 2 heures, 7 jours sur 7.

Tél. : 0980980930 (appel non surtaxé)
alcool-info-service.fr

- **Tabac info service**

Information et aide à l'arrêt du tabac, du lundi au samedi, de 8 heures à 20 heures.

Tél. : 3989 (appel non surtaxé)
tabac-info-service.fr

LES LIEUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

Il existe des lieux d'information pour les malades et leurs proches animés par des professionnels qui accompagnent les personnes tout au long de la maladie ou les accueillent ponctuellement, selon leur choix.

Leur rôle est d'informer, écouter et orienter. Ils ne font ni diagnostic ni pronostic et leurs services sont gratuits.

Vous pouvez vous renseigner au sein de votre établissement de santé sur l'existence d'**ERI** (Espaces de rencontres et d'information), d'**AIRES Cancer** (dans la région Nord-Pas-de-Calais) ou d'autres structures semblables.

Les **Accueils Cancer de la Ville de Paris** proposent également un soutien psychologique, social, personnel et familial.

POUR ALLER PLUS LOIN

Pour connaître les coordonnées de ces lieux d'information, connectez-vous sur **e-cancer.fr/patients-et-proches**, rubrique ressources utiles, ou appelez Cancer info au **0805 123 124** (service et appel gratuits).

GLOSSAIRE

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

A

ADN

abréviation d'acide désoxyribonucléique. Longue double chaîne de molécules en spirale qui compose les chromosomes*. Des segments d'ADN forment les gènes*. L'ADN se trouve à l'identique dans le noyau de chaque cellule du corps.

ALBUMINE

protéine fabriquée par le foie, mais également apportée par certains aliments, notamment le lait et l'œuf. L'albumine est la principale protéine de transport dans le sang. Elle transporte des substances de petite taille qui, seules, seraient éliminées par les reins, dont des hormones (en particulier les hormones liposolubles), la bilirubine*, le calcium ou encore des acides gras. Elle sert également à assurer le passage de l'eau du sang vers les cellules. Dans le sang, le taux d'albumine est abaissé en cas notamment de dénutrition, d'affection hépatique ou de syndrome néphrotique, une maladie rénale

qui est responsable d'une fuite des protéines dans les urines.

ALTÉRATION MOLÉCULAIRE

anomalie survenant au niveau de l'ADN* constituant les gènes de la cellule. La transformation d'une cellule normale en cellule cancéreuse peut résulter de la survenue de plusieurs anomalies moléculaires dans l'ADN. Il existe différents types d'altérations moléculaires, parmi lesquelles figurent les mutations et les translocations.

ANTIGÈNE

l'antigène est une substance repérée par le système de défense de l'organisme (système immunitaire) qui produit alors un anticorps pour la détruire. L'anticorps se lie spécifiquement à l'antigène, à la manière d'une clé adaptée à une serrure.

B

BILIRUBINE

pigment issu de la dégradation des globules rouges* et qui donne sa couleur vert-jaune à la bile.

C

CHROMOSOME

élément du noyau de la cellule composé d'ADN* dont des fragments forment les gènes*. Les chromosomes renferment l'information génétique qui définit chaque individu et dont une partie est transmise à sa descendance. Chaque cellule humaine compte 23 paires de chromosomes.

COLOSCOPIE

technique d'exploration de l'intérieur du rectum et du côlon avec un tube souple, un endoscope, introduit par l'anus. Une coloscopie permet également d'effectuer des prélèvements si nécessaire ou de petites interventions chirurgicales (ablation d'un polype). C'est un examen pratiqué le plus souvent sous anesthésie générale.

CRÉATININE

molécule produite par les muscles et éliminée par les reins. La mesure de la créatinine dans le sang est utilisée pour évaluer le fonctionnement rénal (on dit aussi la fonction rénale).

E

ÉCHOGRAPHIE

examen indolore qui permet de regarder l'intérieur du corps à travers la peau, grâce à une sonde qui produit des ultrasons.

ENDOSCOPE

instrument composé d'un tube équipé d'une caméra. L'endoscope, introduit dans une cavité ou un conduit du corps (œsophage, estomac, intestin...), permet de l'examiner et, éventuellement, d'y faire des prélèvements ou un traitement. Il existe plusieurs types d'endoscopes, rigides ou souples, adaptés aux différents organes.

ENZYME

protéine présente dans les cellules et qui a pour fonction de faciliter les réactions chimiques qui s'y produisent. Par exemple, lors de la digestion, ce sont des enzymes qui accélèrent la décomposition et la transformation des aliments.

G

GANGLIONS LYMPHATIQUES

petit renflement le long des vaisseaux lymphatiques. Souvent disposés en chaîne ou en amas, les ganglions sont soit superficiels (dans le cou, l'aisselle, l'aîne), soit profonds (dans l'abdomen, le thorax). Ils assurent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les infections ou les cellules cancéreuses. Les ganglions peuvent être atteints par des cellules cancéreuses. Lorsqu'ils augmentent de volume, on parle d'adénopathie. Mais cela n'est pas systématiquement synonyme de cancer.

GÈNE

segment d'un chromosome*, constitué d'ADN*. L'homme possède environ 20000 gènes qui contiennent l'information nécessaire au fonctionnement des cellules et déterminent un certain nombre de ses caractéristiques.

GLOBULE BLANC

cellule qui combat les infections. Les globules blancs sont présents dans le sang et dans

la lymphe. On parle aussi de leucocyte. Différents types de globules blancs existent.

GLOBULE ROUGE

cellule du sang contenant de l'hémoglobine, ce qui lui donne sa couleur rouge. Les globules rouges servent à transporter l'oxygène. On parle aussi d'hématie.

GROS INTESTIN

partie du tube digestif faisant suite à l'intestin grêle. Il comprend le côlon ascendant, le côlon transverse, le côlon descendant et le côlon sigmoïde.

H

HÉMOGRAMME

examen biologique réalisé sur un prélèvement sanguin et qui permet de mesurer la qualité et la quantité des différentes cellules sanguines; on parle également de numération formule sanguine (NFS).

I

INTESTIN GRÊLE

partie du tube digestif située entre l'estomac et le gros intestin*, dont la fonction est de poursuivre la digestion des aliments et surtout d'absorber les nutriments. Il comprend successivement le duodénum, le jéjunum et l'iléon.

L

LYMPHATIQUE

se dit du réseau de vaisseaux et de ganglions qui transporte la lymphe, le liquide qui transporte les globules blancs et évacue les déchets des cellules, et forme le système lymphatique.

LYMPHOCYTE

type de globule blanc. Les lymphocytes sont impliqués dans les réactions de défense de l'organisme et sont chargés de lutter contre les infections.

M

MALADIE DE CROHN

maladie inflammatoire chronique du système digestif, qui évolue par poussées avec des phases de rémission. Elle se caractérise principalement par des crises de douleurs abdominales et de diarrhée parfois avec des saignements, qui peuvent durer plusieurs semaines ou plusieurs mois. Fatigue, perte de poids et même dénutrition peuvent survenir si aucun traitement n'est entrepris.

MOELLE OSSEUSE

substance qui se trouve à l'intérieur des os. Une partie de la moelle osseuse, dite moelle rouge ou tissu hématopoïétique, produit les différentes cellules du sang (globules rouges, globules blancs et plaquettes). La moelle osseuse rouge se trouve essentiellement à l'intérieur des os plats et courts.

MUQUEUSE

membrane qui tapisse les cavités de l'organisme, notamment le tube digestif (de la bouche au rectum), les bronches et

les organes génitaux. Les muqueuses fabriquent du mucus, ce qui leur permet de rester humides.

MUTATION

modification de l'information génétique d'une cellule. La mutation se caractérise par un changement dans un ou plusieurs gènes entraînant ou non une modification du fonctionnement de la cellule et de sa durée de vie. La mutation est un type d'altération moléculaire*.

N

NUTRIMENT

substance apportée par l'alimentation, qui assure le développement et l'entretien de l'organisme. Les protéines, les glucides, les lipides, les vitamines, les sels minéraux et les oligo-éléments sont des nutriments. Les aliments ingérés, décomposés dans la cavité buccale puis dans l'estomac, passent ensuite dans l'intestin sous forme de petites molécules pour être absorbés dans le sang et utilisés par l'organisme.

P

PLAQUETTE

composant du sang qui contribue à la coagulation du sang et à la cicatrisation.

POLYPOSE ADÉNOMATEUSE FAMILIALE

maladie génétique qui se manifeste par la formation de plusieurs centaines de polypes dans le côlon, dès l'adolescence.

POLYPE

petite excroissance qui se développe à l'intérieur de différents organes (côlon, rectum, vessie, utérus, etc.). C'est une tumeur non cancéreuse qui peut se transformer en tumeur maligne.

R

RADIOGRAPHIE

examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps à l'aide de rayons X. Une radio est un examen d'imagerie.

RECOMMANDATION

DE BONNES PRATIQUES

document destiné à aider les professionnels de santé à proposer au patient les stratégies de diagnostic, de traitement et de suivi les mieux adaptées selon le type de cancer et son stade. L'élaboration des recommandations s'appuie sur l'analyse des recommandations, référentiels de bonnes pratiques et essais cliniques internationaux et sur l'avis d'experts. Elles ne sont pas figées et évoluent au fur et à mesure des nouvelles connaissances. On parle parfois de RCP (Recommandations pour la partie clinique) ou de référentiel de bonnes pratiques.

RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE

atteinte inflammatoire de la muqueuse* au niveau du rectum et parfois du côlon. Elle se manifeste par des périodes de crise et des périodes de rémission pendant lesquelles il n'y a pas de symptôme. Les principaux symptômes sont des saignements par l'anus, des douleurs abdominales et des diarrhées.

S

SCANNER

examen qui permet d'obtenir des images du corps en coupes à l'aide de rayons X. Les images sont reconstituées par ordinateur, ce qui permet une analyse précise de différentes régions du corps. On parle aussi de tomодensitométrie ou TDM. Le terme scanner désigne aussi l'appareil utilisé pour réaliser cet examen.

SCINTIGRAPHIE OSSEUSE

examen d'imagerie médicale qui permet de détecter, au niveau des os, d'éventuelles métastases par l'injection d'un produit faiblement radioactif. Ce produit se fixe sur les tissus osseux.

SYNDROME DE LYNCH

affection génétique, appelée aussi syndrome HNPCC (Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer ou Cancer colorectal héréditaire sans polypose). L'anomalie touche les gènes* qui contrôlent la réparation des erreurs survenant lors de la réplication de l'ADN, au moment de la division cellulaire. Il touche principalement le côlon-rectum et

l'endomètre. Pour les personnes atteintes du syndrome de Lynch, le risque de développer un cancer colorectal au cours de leur vie est très largement supérieur à celui de la population générale, justifiant ainsi un dépistage spécifique par des coloscopies régulières.

SYSTÈME MMR

le système MisMatch Repair (MMR) désigne le système de réparation des erreurs de copie de l'ADN. Il est essentiel pour maintenir l'intégrité de l'information génétique contenue dans le génome au cours des multiples divisions cellulaires. Ce système est parfois altéré. C'est le cas avec le syndrome de Lynch* qui prédispose au cancer colorectal, au cancer de l'ovaire et de l'endomètre. L'intégrité du système MMR est prédictive d'une bonne réponse au traitement de type immunothérapie.

T

TEP

abréviation de tomographie par émission de positons. Examen de médecine nucléaire qui permet d'obtenir des images

précises du corps en coupes fines grâce à l'injection d'un produit faiblement radioactif. Ce traceur se fixe notamment sur les cellules cancéreuses et permet ainsi de les repérer. Les images obtenues sur ordinateur sont reconstituées en trois dimensions (3D). Cet examen est aussi appelé TEP Scan ou PETscan.

TISSU

ensemble de cellules qui assurent une même fonction, comme le tissu musculaire ou le tissu osseux par exemple.

TISSU CONJONCTIF

tissu qui assure les fonctions de soutien, de nutrition et de protection d'un organe.

V

VAISSEAUX LYMPHATIQUES

canaux par lesquels circule la lymphe, le liquide qui transporte les globules blancs* et évacue les déchets des cellules. Les vaisseaux lymphatiques relient les ganglions lymphatiques* entre eux pour former le système lymphatique, impliqué dans la défense de l'organisme.

ANNEXES

142. ANNEXE 1. LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE

149. ANNEXE 2. LES EXAMENS DU BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE

151. ANNEXE 3. LA STOMIE

ANNEXE 1. LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE

Le tableau ci-dessous présente les examens les plus souvent réalisés et leurs objectifs. L'ordre dans lequel ils sont effectués peut varier d'une personne à l'autre. Ils ne sont pas tous systématiques et, si besoin, d'autres peuvent vous être proposés. Cette étape peut vous sembler longue, mais un bilan précis est indispensable pour vous proposer un traitement adapté.

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE	
✓ EXAMEN ET DESCRIPTION	✗ OBJECTIFS
EXAMEN CLINIQUE : SYSTÉMATIQUE	
• Examen (auscultation, palpation de l'abdomen, etc.) par un médecin généraliste ou un gastroentérologue, réalisé dans le cadre d'une consultation médicale qui comprend également un entretien avec le patient. • L'examen clinique comprend un toucher rectal.	• Faire un bilan de votre état général. S'informer sur vos antécédents médicaux personnels et familiaux et vos traitements en cours. • Recenser vos facteurs de risque (dont le tabac, l'alcool, le surpoids).
TOUCHER RECTAL : SYSTÉMATIQUE	
• Examen qui consiste à palper l'intérieur du rectum avec l'index.	• Fréquent en cas de symptômes digestifs (présence de sang dans les selles, diarrhées, constipation, etc.) pouvant être causés par un cancer du rectum, cet examen permet de déceler une grosseur qui pourrait être un signe de cancer localisé dans le rectum.

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE	
✓ EXAMENS	✗ OBJECTIFS
COLOSCOPIE : SYSTÉMATIQUE	
• Examen de l'intérieur du côlon à l'aide d'un endoscope*. Il est réalisé par un gastroentérologue généralement sous anesthésie générale.	• Explorer la totalité du côlon pour y déceler d'éventuelles anomalies et les localiser. La coloscopie permet également d'effectuer des prélèvements (biopsie). La coloscopie avec biopsie est l'examen de référence pour le diagnostic des cancers colorectaux.
COLOSCOPIE VIRTUELLE PAR SCANNER OU COLOSCANNER : NON SYSTÉMATIQUE	
• Un coloscanner peut être proposé lorsqu'il est impossible de pratiquer une coloscopie ou lorsqu'elle est incomplète. • Il s'agit d'un examen d'imagerie qui permet de visualiser la totalité du côlon, sans entrer à l'intérieur. • Les images produites par le scanner sont transmises à un ordinateur. Un logiciel permet de reconstituer alors une image en 3 dimensions du côlon, dans lequel on peut naviguer virtuellement ce qui permet aux médecins de repérer les zones d'anomalies. • Le coloscanner nécessite, comme la coloscopie, une préparation. Réalisée la veille de l'examen, cette préparation repose sur des laxatifs et un régime liquide avec un marquage des selles par un produit de contraste. Le coloscanner implique une insufflation de dioxyde de carbone (CO₂).	• Le coloscanner permet de détecter d'éventuelles anomalies (épaississements...) dans le côlon et le rectum et de visualiser d'autres organes de l'abdomen, notamment le foie, pour y rechercher des signes éventuels de métastases. À la différence de la coloscopie, le coloscanner ne permet pas de réaliser de biopsie et donc de faire le diagnostic de cancer. Une coloscopie sera nécessaire pour réaliser la biopsie.

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE	
✓ EXAMENS	✗ OBJECTIFS
BIOPSIE : SYSTÉMATIQUE	
• Prélèvement d'un échantillon de tissu* qui semble anormal. Le déroulement de la biopsie dépend de la zone ou de l'organe dans lequel le prélèvement est fait. Les biopsies du rectum sont réalisées au cours de la coloscopie.	• Récupérer des échantillons de tissus qui semblent anormaux pour les analyser et déterminer s'ils sont de nature cancéreuse ou non (voir examen anatomopathologique). • Ces échantillons peuvent également être conservés après l'opération dans une bibliothèque de tumeurs (tumorothèque), en vue de recherches ultérieures.
EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE : SYSTÉMATIQUE	
• Examen de tissus ou de cellules prélevés lors d'une biopsie ou retirés lors d'une chirurgie. Cet examen est réalisé à l'œil nu puis au microscope par un médecin spécialiste appelé anatomopathologiste ou anatomocytopathologiste ou pathologiste. • Selon les situations, une analyse d'éventuelles altérations moléculaires (mutation* du gène* RAS) est effectuée dans un échantillon de tumeur. • Dans le cadre d'un cancer colorectal, la recherche d'une instabilité microsatellitaire (MSI pour MicroSatellite Instability) peut également être effectuée.	• Examen indispensable pour diagnostiquer de façon certaine un cancer. Il permet d'étudier les caractéristiques des cellules de la tumeur (histologie, altérations moléculaires* si besoin). • Lorsqu'il est réalisé après la chirurgie, il permet de définir le stade du cancer. • La recherche de mutation du gène RAS permet d'orienter la prescription de certaines thérapies ciblées. Elle peut identifier une cible de ce type de médicament. • Le test moléculaire MSI permet de dépister les prédispositions génétiques au cancer colorectal. • Ce test pourrait aussi permettre à terme d'orienter le traitement anticancéreux (des essais cliniques sont en cours au moment de la rédaction de ce guide).

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE	
✓ EXAMENS ET DESCRIPTIONS	✗ OBJECTIFS
EXAMENS POUR ÉVALUER L'EXTENSION DE LA TUMEUR	
ÉCHOGRAPHIE ENDO-RECTALE : SYSTÉMATIQUE	
• Examen qui consiste à réaliser des images de la paroi du rectum grâce à des ultrasons. • Le radiologue ou le gastroentérologue utilise une sonde échographique introduite dans le rectum via l'anus.	• Évaluer l'extension de la tumeur dans la paroi du rectum et l'atteinte des ganglions proches du rectum, de préciser la localisation de la tumeur, sa taille et enfin sa distance par rapport à l'anus ; cet élément est important pour déterminer le type de chirurgie à réaliser.
IRM PELVIENNE : NON SYSTÉMATIQUE ET PRESCRIT SELON LA LOCALISATION DE LA TUMEUR	
• Examen d'imagerie qui utilise un puissant aimant et des ondes radio pour obtenir des images « en coupe » de la zone pelvienne (vessie, urètre, utérus, vagin, ovaires, trompes utérines, vésicules séminales, prostate, rectum).	• Idem échographie endo-rectale.

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE	
✓ EXAMENS ET DESCRIPTIONS	✗ OBJECTIFS
EXAMENS POUR ÉVALUER L'EXTENSION DE LA TUMEUR BILAN BIOLOGIQUE : SYSTÉMATIQUE	
• Avant de débiter les traitements, on mesure dans le sang : ■ la quantité et la qualité des différentes cellules sanguines (on parle de numération formule sanguine (NFS) ou encore d'hémogramme*); ■ le taux de créatinine* qui permet de vérifier le bon fonctionnement des reins; ■ La clairance de la créatinine pour apprécier la vitesse de filtration des reins; ■ Le taux de certaines enzymes* et protéines fabriquées par le foie (transaminases, albumine*, etc.) pour évaluer l'état de la fonction hépatique. • La prise de sang permet aussi de mesurer le taux de concentration d'un marqueur tumoral appelé ACE, l'antigène* carcino-embryonnaire. Il s'agit d'une protéine sécrétée par certaines tumeurs, dont les tumeurs du rectum.	• Fournir des renseignements sur l'état de santé général, vérifier qu'il n'y a pas de contre-indications à certains examens ou traitements. • Le dosage du marqueur ACE donne une indication sur la présence d'une tumeur et l'évolution de la maladie. En revanche, cette mesure n'est pas absolue car un cancer colorectal peut se développer ou évoluer sans que le taux d'ACE n'augmente.

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE	
✓ EXAMENS ET DESCRIPTIONS	✗ OBJECTIFS
EXAMENS POUR ÉVALUER L'EXTENSION DE LA TUMEUR SCANNER THORACOABDOMINOPELVIE : SYSTÉMATIQUE	
• Examen indolore qui permet, à l'aide de rayons X, de réaliser des images en trois dimensions du thorax, de l'abdomen et de la région pelvienne (vessie, urètre, utérus, vagin, ovaires, trompes utérines, vésicules séminales, prostate, rectum). On parle aussi de tomodensitométrie, abrégée en TDM. • Avant l'examen, un produit de contraste (souvent de l'iode) est injecté pour visualiser les vaisseaux sanguins et distinguer les éventuelles anomalies dans les organes.	• Repérer la présence ou non d'une anomalie dans les autres organes (foie, poumons...), si c'est le cas, déterminer sa taille et sa localisation. Cet examen détecte des anomalies même de très petite taille (inférieure ou égale à 3 millimètres). Le scanner ne donne aucune indication sur le type de cellules dont il s'agit.
IRM HÉPATIQUE + SCANNER THORACIQUE : NON SYSTÉMATIQUE, PRESCRIT EN ALTERNATIVE AU SCANNER THORACO-ABDOMINOPELVIE LORSQUE L'INJECTION DE PRODUIT DE CONTRASTE N'EST PAS POSSIBLE (NOTAMMENT POUR DES RAISONS D'ALLERGIE À L'IODE OU D'HYPERTHYROÏDIE)	
• Une IRM hépatique avec injection d'un autre produit de contraste (le gadolinium) et un scanner thoracique sans injection sont effectués. • L'IRM hépatique est un examen d'imagerie qui utilise un puissant aimant et des ondes radio pour obtenir des images en « coupes » du foie.	• Les objectifs sont les mêmes que ceux du scanner thoracoabdominopelvien (voir ci-dessus). • L'IRM va permettre de déterminer si des métastases se sont développées dans le foie.

LES EXAMENS DU BILAN DIAGNOSTIQUE	
✓ EXAMENS ET DESCRIPTIONS	✗ OBJECTIFS
EXAMENS POUR ÉVALUER L'EXTENSION DE LA TUMEUR	
TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DE POSITONS (TEP* OU TEP-TDM OU TEP SCAN* OU PETSCAN): NON SYSTÉMATIQUE	
Examen indolore qui permet de réaliser des images en coupes du corps entier, après injection dans le sang d'un traceur, un produit faiblement radioactif. Ce traceur a la particularité de se fixer sur les cellules cancéreuses. La TEP fournit des images de la répartition du traceur et donc des cellules cancéreuses dans tout le corps, visualisables par ordinateur.	Repérer les foyers de cellules cancéreuses partout dans le corps.
SCINTIGRAPHIE OSSEUSE: NON SYSTÉMATIQUE	
Examen indolore qui permet d'obtenir des images des os du corps. Cette technique d'imagerie médicale utilise des produits faiblement radioactifs non toxiques, des traceurs qui sont injectés puis repérés sur écran.	Repérer des métastases osseuses. Cet examen est rarement effectué.

ANNEXE 2. LES EXAMENS DU BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE

LES EXAMENS DU BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE	
✓ EXAMENS ET DESCRIPTIONS	✗ OBJECTIFS
ÉVALUATION CARDIOVASCULAIRE: NON SYSTÉMATIQUE.	
Examen clinique par un cardiologue associé ou non à une échographie* cardiaque.	Déterminer les risques cardiaques d'une anesthésie et d'une intervention chirurgicale prolongée.
ÉVALUATION CLINIQUE ET NUTRITIONNELLE INITIALE: SYSTÉMATIQUE	
- Mesure du poids et de la taille pour le calcul de l'IMC (Indice de Masse Corporelle qui se calcule en divisant le poids d'une personne par sa taille au carré (poids en kg/taille en m x taille en m)). - Recherche d'une perte de poids par rapport au poids habituel. - Dosage dans le sang des taux d'albumine*, de préalbumine et de CRP. Le taux de la protéine C réactive (CRP) dans le sang augmente en présence d'une inflammation.	Un bon équilibre nutritionnel est indispensable avant le début du traitement car il conditionne le pronostic. Cette évaluation permet d'identifier un état de dénutrition et d'y remédier par des mesures adaptées.

LES EXAMENS DU BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE	
✓ EXAMENS ET DESCRIPTIONS	✗ OBJECTIFS
ÉVALUATION GÉRIATRIQUE : SYSTÉMATIQUE POUR LES PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 75 ANS	
• Tests G8, VES 13, FOG, etc. • Il s'agit de tests visant à dépister la fragilité du patient reposant sur plusieurs composantes dont : ■ l'autonomie motrice ; ■ l'auto-évaluation de son état de santé ; ■ le nombre de médicaments pris au long cours, leurs indications et les risques d'interactions ; ■ l'évaluation nutritionnelle ; ■ l'état des fonctions cognitives ; ■ l'état psychologique.	• Cette évaluation en cancérologie permet d'adapter les traitements anticancéreux et de prendre en compte les spécificités des personnes âgées.

ANNEXE 3. LA STOMIE

La stomie est une petite ouverture, temporaire ou permanente, créée lors d'une opération chirurgicale pour évacuer les selles lorsqu'elles ne peuvent plus l'être par les voies naturelles.

Le côlon ou l'intestin grêle est abouché à la peau de l'abdomen (on parle de colostomie ou iléostomie) et les selles sont recueillies dans une poche spéciale, collée autour de la stomie. Le terme d'« anus artificiel » est parfois utilisé.

Une stomie peut être nécessaire dans le cadre de la chirurgie d'un cancer du rectum. Après avoir enlevé la portion du rectum atteinte par la tumeur, le chirurgien procède habituellement au raccordement des deux portions non atteintes pour rétablir la continuité intestinale.

S'il est nécessaire de mettre le côlon au repos pour favoriser sa cicatrisation, une stomie temporaire est alors pratiquée. On parle aussi de stomie de protection. Elle dure en moyenne entre trois et six mois. Une fois le côlon cicatrisé, une nouvelle intervention est programmée pour refermer la stomie et rétablir la continuité intestinale.

Une stomie définitive peut être nécessaire après une chirurgie d'un cancer du rectum, en particulier du bas rectum qui peut nécessiter le retrait du sphincter anal. Dans ce cas, il n'est plus possible d'expulser les selles par l'anus. Les selles et les gaz sont donc définitivement recueillis au niveau de l'abdomen, à travers la stomie.

Lors d'une colostomie gauche définitive, il est possible de réaliser une irrigation colique en accord avec le chirurgien. Cela consiste à vider entièrement le côlon toutes les 48 heures. Cela permet d'éviter le port d'une poche de recueil en portant à la place une mini-poche ou un pansement.

LA STOMIE



À quoi ressemble la stomie ?

La stomie est une petite ouverture de forme ronde ou ovale. La stomie est légèrement enflée juste après la chirurgie, mais finit par rétrécir 6 à 8 semaines plus tard.

La stomie n'est pas une plaie, sa muqueuse* est insensible. En revanche, la peau qui entoure la stomie (appelée peau péristomiale) est fragile ; elle peut saigner facilement en raison de la présence de nombreux petits vaisseaux sanguins près de la surface.

L'accompagnement du stomathérapeute

Vous êtes formé aux soins de votre stomie avant votre sortie de l'hôpital par un stomathérapeute. Il s'agit d'un infirmier spécialisé dans l'accompagnement des personnes dotées d'une stomie.

Le stomathérapeute vous apprend comment faire votre toilette et changer la poche afin d'être indépendant le plus tôt possible. Il vous aide aussi à choisir l'appareillage le mieux adapté à votre situation, en termes d'étanchéité, de confort, de discrétion, de facilité d'utilisation, etc.

Le stomathérapeute peut être également consulté en cas de problème (lésion cutanée, appareillage à modifier...) ou pour faire le point sur votre vie sociale, familiale, sexuelle...

Bien choisir son appareillage

L'appareillage se compose d'une poche de recueil et d'un système qui permet de fixer la poche sur l'abdomen.

La poche et le système qui permet de coller la poche à la stomie doivent tenir compte du type de stomie : ils doivent être parfaitement adaptés à sa taille et à sa forme pour éviter les fuites qui sont non seulement désagréables, mais peuvent aussi irriter la peau.

Les appareillages sont disponibles dans les pharmacies et pris en charge par l'Assurance maladie.

Il existe deux types d'appareillage :

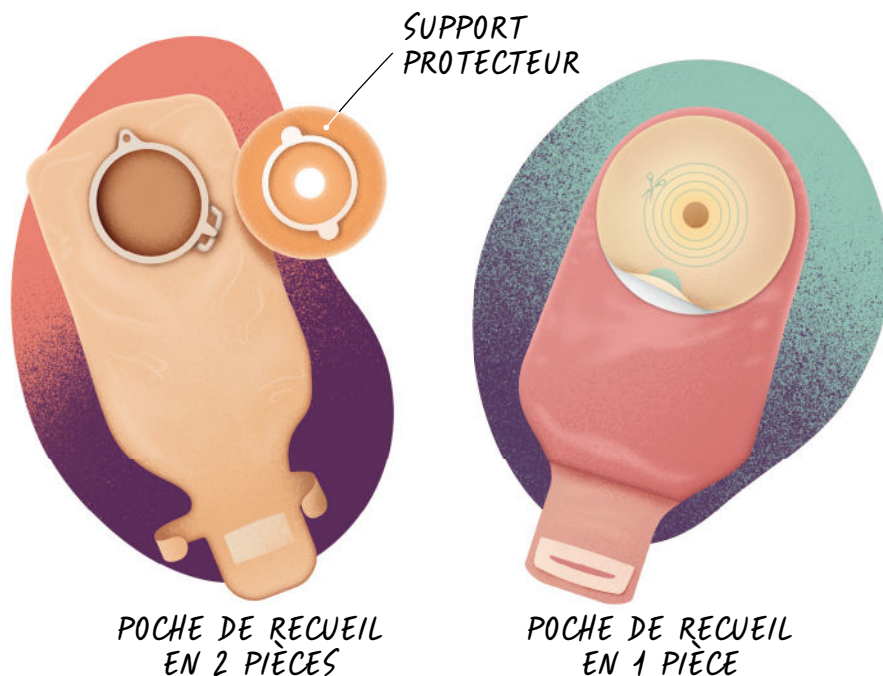
- les appareillages en une seule pièce : la poche de recueil et le système de protection ne font qu'un. L'ensemble est décollé à chaque changement de poche (une à deux fois par jour) et jeté après une utilisation ;
- les appareillages en deux pièces : ils sont constitués d'une poche d'une part, et d'un support protecteur d'autre part, sur lequel la poche se colle ou s'emboîte. La poche se change une à deux fois par jour. Le support peut rester en place deux à quatre jours en fonction de la nature des selles.

Quel que soit le type d'appareillage choisi (en une ou deux pièces), plusieurs diamètres prédécoupés prêts à l'emploi existent pour s'adapter à la taille de la stomie. Il est parfois nécessaire d'utiliser des systèmes à découper soi-même, pour ajuster au mieux le support protecteur à la forme de la stomie.

Les différents types de poches

Il existe des poches transparentes ou opaques. Certaines sont fermées et d'autres sont « vidables ». Ces dernières sont munies d'une fermeture par bande autoagrippante (velcro) située dans le bas de la poche et peuvent être vidées et nettoyées au lieu d'être changées à chaque fois.

LES DIFFÉRENTS TYPES D'APPAREILLAGE



Tous les types de poches sont recouverts d'un voile qui absorbe la transpiration, prévenant ainsi tout risque de macération et d'irritation cutanée, et atténuant les bruits.

Vivre avec une stomie

• S'habiller

Les mouvements quotidiens comme se baisser pour lacer ses chaussures nécessitent une bonne tenue et une souplesse de la poche. Les vêtements ne doivent pas trop serrer la taille pour que la stomie ne soit pas comprimée.

• Être à l'aise

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.

• Travailler

Le médecin du travail décide de l'opportunité de reprendre ou non une activité professionnelle. Le poste peut parfois être adapté à votre situation 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.

• Manger

Il n'y a pas de régime alimentaire particulier. Certains aliments produisent toutefois davantage de gaz que d'autres : choux, champignons, oignons, œufs, artichauts et haricots secs. 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, l'utilisation d'une poche vidable est conseillée pour plus de confort.

• **Faire du sport**

La pratique d'un sport reste possible, à condition de respecter certaines précautions. Seuls les sports violents ou de contact qui risquent de traumatiser la stomie sont vraiment déconseillés (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. On peut utiliser un tampon obturateur ou un pansement spécifiquement prévu à cet effet qui permet de se baigner en toute sécurité. Il est conseillé de mettre le tampon dix minutes avant la baignade afin de s'assurer de sa bonne tenue.

• **Avoir une vie sexuelle**

Vivre avec une stomie peut affecter la façon dont la personne perçoit son corps et sa relation de couple avec le risque qu'elle redoute la reprise d'une activité sexuelle. Ces réactions sont normales et doivent être anticipées. La confiance que se témoignent les conjoints peut aider à faire face.

Le désir sexuel revient habituellement lorsque la personne commence à se sentir mieux et à se remettre de son expérience du cancer. Il est possible qu'un peu plus de planification et qu'un peu moins de spontanéité soient nécessaires, mais dans la plupart des cas, il est possible de reprendre une vie sexuelle active. Pour réduire le risque de gêne, il y a des astuces : mini-poche, poche vidée, poche masquée par le port d'un vêtement, position lors des rapports sexuels évitant la vue de la stomie, etc.

• **Voyager**

Il n'y a aucune contre-indication aux voyages. Pour qu'ils se passent au mieux, il est conseillé de :

- mettre des poches, des sacs-poubelles 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 antidiarrhéiques prescrits par le médecin ;
- 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 votre consommation 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.

MÉTHODE ET RÉFÉRENCES

Ce guide fait partie de Cancer info, la plateforme d'information de référence à destination des malades et des proches. Cette plateforme est développée par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Ligue contre le cancer. Elle vise à rendre accessible une information validée pour permettre au patient d'être acteur de son parcours de soins. Les contenus de Cancer info sont élaborés à partir des recommandations destinées aux professionnels de santé et selon une méthodologie rigoureuse basée sur un groupe de travail pluridisciplinaire associant professionnels et usagers. Ils sont régulièrement mis à jour en fonction des avancées médicales et réglementaires.

Sources de référence

- « **Cancers colorectaux, du diagnostic au suivi** », collection Outils pour la pratique des médecins généralistes, INCa, septembre 2018.
- « **Les cancers en France** », collection Les Données, INCa, édition 2017.
- « **Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer – Des connaissances scientifiques aux repères pratiques** », INCa, mars 2017.
- « **Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer/Systématiser son accompagnement** », INCa, mars 2016.

Participants

Le groupe de travail a été constitué avec la contribution de :

- L'**Association française des infirmier(e)s en cancérologie** (Afic)
- La **Fédération française de cancérologie digestive** (FFCD)
- La **Ligue contre le cancer**
- La **société française de chirurgie digestive** (SFCD)
- La **Société française d'endoscopie digestive** (SFED)
- La **Société française de radiothérapie oncologique** (SFRO)

- La **Société française des sciences pharmaceutiques officinales** (SFSPPO)
- La **Société francophone de nutrition clinique et métabolisme** (SFNCM)
- La **Société nationale française de colo-proctologie** (SNFCP)
- La **Société nationale française de gastro-entérologie** (SNFGE)

Ont participé au groupe de travail

- **Dr Alix Bellessort**, médecin généraliste, Levallois-Perret
- **Dr Erwan Bories**, hépatogastroentérologue, Institut Paoli-Calmettes, Marseille
- **Dr Clément Charra**, médecin généraliste, Ladoix-Serrigny
- **Dr Christelle de la Fouchardière**, oncologue médical, Centre Léon Bérard, Lyon
- **Dr Vincent Hautefeuille**, hépatogastroentérologue, oncologue digestif, CHU d'Amiens Stéphane Korsia-Meffre, proche de patient, Auxerre
- **Pr Jérémie Lefevre**, chirurgien digestif, Hôpital Saint-Antoine, Paris
- **Pr Didier Peiffert**, oncologue-radiothérapeute, chef du service universitaire de radiothérapie, Institut de cancérologie de Lorraine, Vandœuvre-lès-Nancy
- **Nicole Rama**, cadre de santé, Clinique de l'Union, Saint-Jean
- **Dr Eleonor Rivin del Campo**, oncologue-radiothérapeute, Hôpital Tenon, Paris
- **Stephen Roth**, accompagnateur de santé, Espace de rencontres et d'information du CHU de Nantes
- **Jérôme Sicard**, pharmacien, Châlons-en-Champagne
- **Pr Ronan Thibault**, hépatogastroentérologue, nutritionniste, responsable de l'Unité de nutrition du CHU de Rennes
- **Sandra Tivan**, patiente, Pontarlier
- **Dr Aurélien Venara**, chirurgien digestif, CHU d'Angers
- **Dr Aziz Zaanani**, hépatogastroentérologue, oncologue digestif, HEGP, Paris

Institut national du cancer

Rédaction et coordination

- **Émilie Binois**, chargée de projets, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du Médicament
- **Marianne Duperray**, directrice, direction des Recommandations et du Médicament

Conformité aux recommandations

- **Dr Marie de Montbel**, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du Médicament
- **Sophie Negellen**, pharmacien, conseillère médicament, direction des Recommandations et du Médicament

UNE COLLECTION À VOTRE DISPOSITION POUR VOUS INFORMER

Les guides

- J'ai un cancer, **comprendre et être aidé** (2020)
- Les traitements des cancers du **côlon** (mis à jour en 2020)
- Les traitements des cancers du **rectum** (mis à jour en 2020)
- Les traitements des cancers de l'**ovaire** (mis à jour en 2020)
- Les traitements des cancers de la **thyroïde** (mis à jour en 2020)
- Les traitements du cancer du **pancréas** (mis à jour en 2020)
- Comprendre les **lymphomes non hodgkiniens** (avec France Lymphome Espoir) (2019)
- Les traitements des cancers des **voies aérodigestives supérieures** (2018)
- **Démarches sociales** et cancer (mis à jour en 2018)
- Les traitements des cancers du **poumon** (2017)
- Les traitements du **mélanome de la peau** (2016)
- Les traitements du cancer de la **prostate** (2016)
- La participation de mon **enfant** à une **recherche clinique** sur le cancer (en partenariat avec la SFCE et l'Espace éthique - Région Île-de-France) (2016)
- Participer à un **essai clinique en cancérologie** (2015)
- Comprendre le **myélome multiple** (2015)
- La prise en charge de la **leucémie lymphoïde chronique** (2015)
- Les traitements des cancers de l'**œsophage** (2015)
- Comprendre le **lymphome hodgkinien** (en partenariat avec France Lymphome Espoir) (2015)
- Qu'est-ce qu'une **thérapie ciblée ?** (2015)
- Les traitements des cancers du **testicule** (2014)
- Les traitements des cancers de la **vessie** (2014)
- Les traitements des cancers de l'**estomac** (2014)
- **Mon enfant a un cancer** : comprendre et être aidé (en partenariat avec la Société française de lutte contre les cancers et leucémies de l'enfant et de l'adolescent (SFCE) (2014)
- Les traitements des cancers du **sein** (2013)
- Les traitements du cancer du **rein** (2013)
- Les traitements du cancer de l'**endomètre** (2013)

- Comprendre la **chimiothérapie** (2011)
- La **polypose adénomateuse** familiale (2011)
- Les traitements du cancer invasif du **col de l'utérus** (2011)
- Les traitements du cancer du **foie** (2011)
- Les tumeurs du **cerveau** (2010)
- Traitements du cancer et **chute des cheveux** (2009)
- Comprendre la **radiothérapie** (2009)
- **Douleur** et cancer (2007)
- Comprendre la **nutrition entérale** (2007)
- La **radiothérapie** (2007)
- **Vivre pendant et après** un cancer (2007)
- **Vivre auprès d'une personne** atteinte d'un cancer (2006)
- **Fatigue** et cancer (2006)

Les fiches

- **L'IRM** (l'imagerie par résonance magnétique)
- **Le scanner**
- **La scintigraphie osseuse**
- **La TEP-TDM** (au 18F-FDG)
- **La stomie digestive**
- **Les soins palliatifs**
- **La consultation d'oncogénétique**

UN GUIDE COMPLET POUR VOUS ACCOMPAGNER DURANT VOTRE PARCOURS DE SOINS ET APRÈS LA MALADIE

Une collection
GRATUITE
à votre
disposition

Qu'est-ce qu'un cancer ?

Quelles sont
les étapes de votre
parcours de soins ?

Comment
sont choisis vos
traitements ?



Qui sont les
professionnels qui
vous accompagnent
au quotidien ?

Que mettre en place
pour faciliter votre
vie quotidienne ?

Quel suivi après
votre cancer ?

« Grâce aux explications fournies par ce guide sur mon parcours de soins, mes traitements et sur certains mots médicaux, j'ai pu communiquer plus facilement avec mon équipe soignante. »

Michel H., 71 ans.

« La lecture de ce guide, qui a été remis à ma mère lorsqu'elle a appris sa maladie, m'a permis de comprendre ce qu'elle vivait et de l'accompagner au mieux. »

Sandra M., 41 ans.

À TÉLÉCHARGER OU À COMMANDER GRATUITEMENT



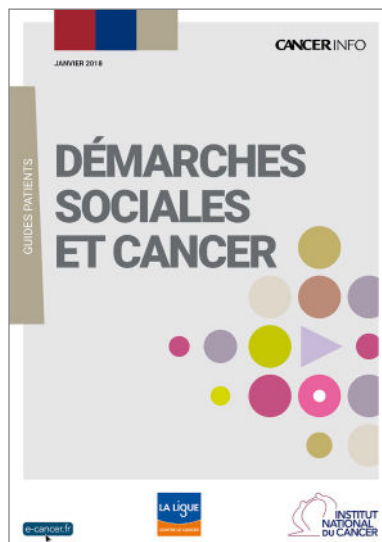
e-cancer.fr, rubrique « Catalogue des publications ». Accédez à notre catalogue en ligne en quelques clics en scannant le QR code.



Bon de commande présent dans ce guide, à compléter et à renvoyer à l'adresse indiquée.



UN GUIDE POUR TOUT SAVOIR DES DÉMARCHES, AIDES ET SOLUTIONS, QUELLE QUE SOIT VOTRE SITUATION



Qui sont vos principaux interlocuteurs administratifs ?

Quels sont
vos droits pendant
l'hospitalisation ?

Quelle prise
en charge financière
de vos soins?

Quels sont vos revenus pendant un arrêt de travail ?

Une collection
GRATUITE
à votre
disposition

Quels congés pour le proche qui vous accompagne ?

Comment s'organise la reprise du travail ?

Puis-je contracter un prêt bancaire après la maladie ?

Dans quels cas le cancer est-il reconnu comme maladie professionnelle ?

« Ce guide m'a permis d'y voir plus clair dans les démarches administratives. »

Fabienne K., 65 ans.

« En lisant ce guide, j'ai appris que j'avais droit à un congé pour accompagner ma femme malade. »

Laurent V., 54 ans.

À TÉLÉCHARGER OU À COMMANDER GRATUITEMENT

 **e-cancer.fr**, rubrique « Catalogue des publications ».
Accédez à notre catalogue en ligne en quelques clics
en scannant le QR code.

 Bon de commande présent dans ce guide,
à compléter et à renvoyer à l'adresse indiquée.



NOTES

[illegible]

The Cancer Info logo is displayed in a blue speech bubble. The text inside the bubble reads: "CANCERINFO" in large blue letters, "TOUTE L'INFO DE RÉFÉRENCE SUR LES CANCERS" in smaller blue letters, "0805 123 124" in large white letters, "Service & appel gratuits" in smaller white letters, and "www.e-cancer.fr" in white letters.



Imprimé sur papier
100 % recyclé

DEPÔT LÉGAL SEPTEMBRE 2020

Les traitements des cancers du rectum

Ce guide a pour objectif de vous informer et de répondre largement aux questions que vous vous posez sur les traitements des cancers du rectum.

D'autres guides et fiches d'information existent et sont à votre disposition au sein de la collection Guides Patients. Conçus par l'Institut national du cancer et validés par des spécialistes, ces documents garantissent des informations médicales de référence.

La survenue de la maladie provoque d'importants bouleversements. Votre situation face au cancer étant unique, ces informations ne remplacent pas un avis médical. Ces guides et fiches d'information peuvent constituer des supports pour vos échanges avec vos spécialistes, mais aussi pour vous permettre d'ouvrir le dialogue avec vos proches.

Pour vous informer sur la prévention,
les dépistages et les traitements des cancers,
consultez **e-cancer.fr**

