

CANCER COLO RECTAL :

cancers du colon et du rectum - chirurgie

Avec plus de 42000 nouveaux cas par an, le cancer colo-rectal est un des plus fréquents en France (le 3^e plus fréquent tout sexe confondus).

Son pronostic a été grandement amélioré ces dernières décennies par, d'une part, l'augmentation du diagnostic précoce avec le dépistage par Hemocult (détection du sang dans les selles) et d'autre part, l'augmentation du nombre et de l'efficacité des chimiothérapies ou immunothérapies disponibles aux stades métastatiques.

La chirurgie a une part importante dans le traitement du cancer colorectal. Au stade localisé, elle seule peut permettre la guérison complète, aux stades plus avancés, elle peut encore parfois permettre la guérison (associée aux chimiothérapies) ou au moins améliorer le confort de vie en traitant les complications.

Parcours de soin

1- Diagnostic

Le plus souvent le diagnostic est fait par le gastro entérologue, au cours d'une coloscopie (examen de l'intérieur du colon et du rectum, sous anesthésie général). Cet examen permet d'enlever des polypes, qui peuvent être des lésions pré cancéreuses, ou de faire des biopsies (prélèvements) au niveau d'une tumeur. Le résultat des biopsies peut poser le diagnostic de cancer.

La coloscopie peut être faite en raison de symptômes (douleur abdominale, sang dans les selles, troubles du transit, perte de poids, anémie –manque de globules rouges), après un test Hemocult positif (dépistage) ou dans le suivi de polypes personnels ou familiaux.

Après le diagnostic de cancer, il faut déterminer l'extension de celui-ci : ce bilan repose avant tout sur une prise de sang (dosage des **marqueurs tumoraux**) et surtout un **scanner** du thorax et de l'abdomen (recherche d'extension à distance, c'est-à-dire de métastases).

Plus rarement, le diagnostic est fait – ou suspecté- en urgence : le patient présente brutalement une complication du cancer (perforation, occlusion) : le scanner réalisé en urgence fait suspecté un cancer, le patient est opéré rapidement, c'est après l'opération qu'on aura le diagnostic définitif de cancer et que l'on pourra faire le bilan d'extension exhaustif.

2- Traitement initial

En cas de diagnostic au stade de métastases, sauf complication nécessitant une chirurgie d'urgence (perforation, occlusion), le patient sera d'abord traité par chimiothérapie, avec des scanners d'évaluation périodiques, pour décider éventuellement d'un traitement chirurgical au meilleur moment.

En cas de cancer localisé au moment du diagnostic, le traitement est avant tout chirurgical, vous aurez donc un premier rendez vous avec un chirurgien.

a) Cancer du colon

Le chirurgien vous expliquera l'intervention chirurgicale, qui dépend de la localisation exacte de la tumeur et de vos antécédents.

L'opération consiste en l'ablation de la partie du colon contenant la tumeur (colectomie droite ou colectomie gauche), avec des marges de sécurité suffisantes, et en emportant les ganglions autour de la tumeur.

Elle peut se faire soit par chirurgie classique, soit par cœlioscopie, toujours sous anesthésie générale.

Le circuit digestif est rétabli le plus souvent dans le même temps, sauf dans le cadre d'une intervention en urgence ou chez quelqu'un de très fragile, dans ce cas on mettra éventuellement en place une stomie (anus artificiel ou « poche », temporaire le plus souvent).

La plupart du temps, il n'y a aucune complication, mais si elles surviennent, en chirurgie colo-rectale, les complications sont le plus souvent infectieuses, puisque le tube digestif, contenant de nombreuses bactéries, doit être ouvert. L'infection peut être une infection de la cicatrice, qui nécessite de simples soins locaux par une infirmière (à domicile). Elle peut être une infection dans le ventre, diagnostiquée au scanner, traitée par de antibiotiques, rallongeant un peu la durée d'hospitalisation. Elle peut être une infection plus sévère, nécessitant, en plus des antibiotiques, un drainage par un radiologue pour évacuer une poche de pus, rajoutant classiquement une semaine d'hospitalisation. Enfin la complication infectieuse la plus grave est le fait que la couture digestive ne tienne pas : cette complication très rare est très grave, il s'agit d'une péritonite, qui nécessite des soins de réanimation, qui peut être mortelle, qui nécessite aussi une ré-intervention chirurgicale en urgence et la confection d'une stomie (« poche » ou anus artificiel) temporaire.

Pour diminuer le risque de ce genre de complication, des antibiotiques sont faits pendant l'intervention, et un complément alimentaire d'immuno nutrition est prescrit à la dose de 3 briquettes par jour pendant 7 jours avant l'intervention (ORAL IMPACT®).

Le 2eme risque chirurgical est l'apparition de caillots dans les mollets (phlébite) ou le poumon (embolie pulmonaire). Pour diminuer ce risque, un traitement par bas de contention et piqûre d'anticoagulant vous sera prescrit pour une durée d'un mois en post opératoire (donc à poursuivre au domicile).

Le risque anesthésique, lui, sera évalué lors de la **consultation d'anesthésie**, qui doit avoir lieu au moins 48h avant la chirurgie. Vous devrez bien préciser à l'anesthésiste vos antécédents et les traitements que vous prenez. Il pourra demander des examens supplémentaires (échographie cardiaque par exemple), et vous précisera quels traitements vous devez interrompre le cas échéant.

En dehors des complications (c'est-à-dire le plus souvent), l'intervention dure 2 à 6 heures. Vous restez ensuite en salle de réveil quelques heures, puis remontez dans le service de chirurgie. Vous aurez une perfusion pour vous hydrater et calmer la douleur des premiers jours ; parfois une sonde urinaire pendant 24h ; rarement un drainage pour contrôler le risque d'hématome. Vous pourrez vous lever et vous réalimentez progressivement le soir même ou le lendemain matin. Nous surveillons avec vous la douleur, la reprise du transit (gaz et selles) et l'éventuelle fièvre. Vous aurez aussi des prises de sang régulières (pour dépister précocement les complications). L'hospitalisation dure en moyenne une semaine, la convalescence complète, un mois.

Si vous souhaitez une maison de repos, il faut en faire la demande au service social très rapidement.

Les soins après l'hospitalisation se bornent à la piqûre quotidienne d'anticoagulant, et les prises de sang bihebdomadaires pour surveiller les anticoagulants (à contrôler par votre médecin traitant).

Vous aurez un **rendez vous de contrôle** avec votre chirurgien quelques semaines après la sortie d'hospitalisation. Si vous avez des soucis ou des questions, votre chirurgien est disponible par téléphone en passant par le **secrétariat** (t : 01 30 75 40 22). Par ailleurs, les infirmières de consultation peuvent vous voir en consultation de pansement sans rendez vous du lundi au vendredi (t : 01 30 75 70 25). En dehors de ces horaires, les urgences de l'hôpital sont ouvertes 24h/24.

b) Cancer du rectum

Le rectum est particulier par sa localisation dans le petit bassin, à l'étroit, et sa proximité du sphincter de l'anus.

Pour ces 2 raisons, le bilan d'extension comprend aussi des examens supplémentaires : l'**IRM** et/ou l'**écho endoscopie**, et le traitement chirurgical est précédé le plus souvent d'un traitement loco régional, la radio chimiothérapie.

La **radio chimiothérapie** se fait au centre CROM d'Osny, avec le **Dr Bleichner**. Vous aurez un premier rendez vous avec lui, en consultation, puis un rendez vous de centrage, puis les séances proprement dites. Ces séances de radiothérapie durent environ 15 minutes, 5 jours par semaines pendant 5 semaines. Elles sont associées à une chimiothérapie « douce », en comprimés.

Après les rayons, la chirurgie est programmée 7 à 10 semaines plus tard. Dans l'intervalle, vous aurez un scanner et une IRM de contrôle, et vous reverrez le chirurgien qui vous examinera et vous expliquera l'intervention.

(i) Tumeur très proche de l'anus

Rarement, la tumeur est trop proche de l'anus pour que celui-ci soit conservé : on parle alors d'**amputation abdomino périnéale**, avec stomie définitive (anus artificielle ou « poche »).

Vous aurez un rendez vous pré opératoire avec l'infirmière stomathérapeute (Me Tabarin), qui vous expliquera le fonctionnement de la poche et sélectionnera le meilleur emplacement pour sa localisation sur votre ventre.

L'opération consiste en l'ablation du rectum et de l'anus, avec des marges de sécurité suffisantes, et en emportant les ganglions autour de la tumeur.

Elle peut se faire soit par chirurgie classique, soit par cœlioscopie, toujours sous anesthésie générale.

Les suites de la chirurgie sont les même qu'après chirurgie du colon, sauf le risque de péritonite puisqu'il n'y a pas de couture digestive. La sonde urinaire devra être gardée plus longtemps, en général 5 jours.

La cicatrice du périnée doit être surveillée de près, elle nécessite parfois des soins infirmiers. Il peut être utile d'apporter une bouée pour diminuer la douleur en position assise.

L'hospitalisation dure plutôt une dizaine de jours.

Les infirmières du service et l'infirmière stomathérapeute vous apprendront à gérer la poche.

Vous aurez un rendez vous de contrôle avec votre chirurgien quelques semaines après la sortie d'hospitalisation. Si vous avez des soucis ou des questions, votre chirurgien est disponible par téléphone en passant par le secrétariat (**t : 01 30 75 40 22**). Par ailleurs, les infirmières de consultation peuvent vous voir en consultation de pansement sans rendez vous du lundi au vendredi (**t : 01 30 75 70 25**). En dehors de ces horaires, les urgences de l'hôpital sont ouvertes 24h/24.

(ii) Tumeur à distance de l'anus

Dans ce cas le plus fréquent, le sphincter anal peut être conservé.

L'opération consiste en l'ablation du rectum partiellement ou en entier (**proctectomie**), avec des marges de sécurité suffisantes, et en emportant les ganglions autour de la tumeur. Elle peut se faire soit par chirurgie classique, soit par cœlioscopie, toujours sous anesthésie générale.

Le circuit digestif est rétabli le plus souvent dans le même temps, mais la couture au niveau du bas rectum ou de l'anus est fragile, et elle est toujours protégée par une stomie de décharge, un anus artificiel temporaire. En post opératoire, le transit se fait donc dans la poche, jusqu'à ce que la couture digestive soit cicatrisée, c'est-à-dire pour une durée minimale de 6 semaines. Après l'hospitalisation, à domicile ou en maison de repos, vous devrez donc au moins un minimum, gérer cette poche temporaire. Les infirmières, en

hospitalisation ou à domicile, peuvent vous y aider, et l'infirmière stomathérapeute peut vous voir régulièrement en consultation, dès la période pré opératoire.

Par ailleurs, pour que cette stomie soit efficace, le colon doit être propre au moment de l'intervention : vous devrez donc boire une purge 48h avant l'intervention, complétée par des lavements en hospitalisation en pré opératoire immédiat.

Les suites de la chirurgie sont les même qu'après chirurgie du colon, sauf le risque de péritonite qui est très nettement diminué en raison de la stomie de décharge. La sonde urinaire devra être gardée plus longtemps, en général 5 jours.

L'hospitalisation dure plutôt une dizaine de jours.

Il peut y avoir des séquelles spécifiques après chirurgie du cancer du rectum, au niveau urinaire et sexuel. Si vous noter des difficultés pour uriner ou dans les fonctions sexuelles, n'hésitez pas à en parler rapidement à votre chirurgien, des traitements spécifiques existent et les choses peuvent rentrer dans l'ordre si elles sont traitées rapidement.

Vous aurez un rendez vous de contrôle avec votre chirurgien quelques semaines après la sortie d'hospitalisation. Si vous avez des soucis ou des questions, votre chirurgien est disponible par téléphone en passant par le secrétariat (**t : 01 30 75 40 22**). Par ailleurs, les infirmières de consultation peuvent vous voir en consultation de pansement sans rendez vous du lundi au vendredi (**t : 01 30 75 70 25**). En dehors de ces horaires, les urgences de l'hôpital sont ouvertes 24h/24.

Vous aurez un examen de contrôle (soit scanner soit lavement-radio) pour évaluer la cicatrisation de la couture digestive. Si tout est bien cicatrisé (minimum 6 semaines, maximum 6 mois, à voir aussi en fonction de l'éventuelle chimiothérapie post opératoire), la deuxième intervention sera programmée. Il s'agit d'une intervention beaucoup plus simple, sous anesthésie générale, nécessitant moins d'une semaine d'hospitalisation. Il peut y avoir des soins de paroi à faire par une infirmière après l'hospitalisation (méchage quotidien en moyenne pendant 4 à 5 semaines). Les anti coagulants sont prescrits pour 10 jours.

C'est après cette 2^e intervention que vous retrouverez un transit par l'anus. Le résultat fonctionnel initial (nombre de selles, consistance, accidents d'incontinence) peut être au départ très difficile, puisque vous n'avez plus de rectum et que l'anus et le colon restants n'ont pas « travaillé » pendant plusieurs mois. Ce résultat doit s'améliorer au fil des jours, des semaines, des mois. Il peut encore s'améliorer pendant 1 an. Vous en parlerez avec votre chirurgien, qui peut vous prescrire des aides par médicaments, lavements ou rééducation du sphincter. La fonction des selles et des gaz ne sera plus jamais comme avant la maladie et la chirurgie, mais elle peut être tout à fait acceptable et vivable.

3- Traitement post opératoire

La pièce chirurgicale est analysée en entier. En fonction de cette analyse, votre dossier est présenté en réunion de concertation pluri disciplinaire de cancérologie digestive et il peut vous être proposé un traitement complémentaire.

Il s'agit à ce moment là d'une chimiothérapie préventive des rechutes, plus « douce » qu'une chimiothérapie traitement. Vous verrez un cancérologue en consultation. Puis il faudra mettre en place un petit boîtier sous la peau pour l'aiguille de perfusion (en chirurgie ambulatoire, sur une journée). Ensuite la chimiothérapie proprement dite doit débuter 6 semaines après la chirurgie. Il s'agit de séances de 48 h de perfusion (en hospitalisation ou à domicile), tous les 15 jours pendant 6 mois.

Que vous ayez cette chimiothérapie ou pas, vous devrez de tout façon être surveillé régulièrement. La **surveillance du cancer** consiste en une prise de sang (dosage des marqueurs), une imagerie (scanner ou échographie) et une consultation (avec le chirurgien ou le cancérologue) tous les 3 ou 4 mois les 2 premières années, puis tous les 6 mois pendant 3 ans puis tous les ans pendant 5 ans (surveillance pendant 10 ans). Cette surveillance est importante, puisque s'il survient une récurrence (locale ou métastase), celle-ci peut être traitée voire guérie si elle est prise à temps.

Par ailleurs, le cancer colo-rectal survenant le plus souvent sur des polypes, il faudra faire aussi des coloscopies régulières de contrôle : la première en général vers 1 an ½ à 2 ans après la chirurgie, les suivantes au maximum tous les 5 ans, plus rapprochées si des polypes sont retrouvés à chaque fois.