

Quatrième édition

Vous et le cancer colorectal

Un guide pour les personnes vivant avec le cancer colorectal



L'information dont vous avez besoin est au bout de vos doigts.
Visitez Cancer colorectal Canada au www.cancercolorectalcanada.com
ou téléphonez au 1 877 50COLON (26566).

Le soutien financier pour le développement et la publication de *Vous et le cancer colorectal* a été fourni par Amgen Canada Inc. Cancer colorectal Canada souhaite souligner et remercier le Dr Yoo-Joung Ko pour sa contribution à la révision de cette brochure.

© Association canadienne du cancer colorectal 2018. Tous droits réservés. Le contenu ne peut être reproduit sous quelque forme que ce soit sans l'autorisation écrite préalable de Cancer colorectal Canada.

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des collaborateurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou les recommandations de l'éditeur ou du commanditaire. La distribution a été faite selon les souhaits du commanditaire.

Imprimé au Canada.

Une lettre du président

Peu d'entre nous, survivants du cancer, pouvons oublier ce que nous avons ressenti lorsqu'on nous a annoncé le diagnostic de cancer. Je me souviens de l'effet que cela m'a fait, comme si c'était hier.

J'ai été écrasé par la nouvelle. J'ai ressenti une poussée d'émotions et j'ai soudainement commencé à paniquer. J'ai commencé à transpirer. Je me suis senti bombardé d'informations, lancées plus rapidement que je ne pouvais les comprendre. J'ai ressenti de la colère et je me suis apitoyé sur mon sort. Je me demandais pourquoi cela m'arrivait à moi et si j'allais avoir l'occasion de voir grandir ma jeune famille.

J'ai essayé de digérer le fait que ma vie était soudainement menacée par une maladie qui m'a sournoisement envahi, sans symptôme. J'ai pensé que les médecins s'étaient sûrement trompés. Je me sentais absolument normal. Ils avaient certainement fait une erreur.

Je ne connaissais pratiquement rien sur le cancer, mais j'avais des idées préconçues – j'associais le mot cancer avec mort. Malgré tout, lorsque le médecin m'a dit que le cancer s'était propagé de mon côlon à mon foie et que j'avais trente chances sur cent de survivre cinq ans, je ne pouvais pas l'accepter. Je savais que je devais me battre.

Je voulais faire tout ce qui était possible pour améliorer ma situation, mais je n'avais aucune expérience en la matière et je comprenais très peu de choses des informations qui m'avaient été fournies. J'étais déterminé à faire toutes les recherches possibles afin d'être en mesure de prendre des décisions éclairées au sujet de mon traitement. Cette détermination s'est avérée un premier pas très important dans mon expérience avec le cancer.

Peu importe l'émotion que vous pouvez ressentir après un diagnostic de cancer, il est fort probable qu'éventuellement, vous ferez face à la réalité de la situation et que vous déciderez de la façon dont vous allez livrer bataille.

Vous et le cancer colorectal contient des informations de base claires sur le cancer colorectal, sur son diagnostic et son traitement. J'espère que cette brochure vous aidera à prendre de meilleures décisions éclairées pour gérer votre maladie, ou si vous êtes un aidant naturel, un membre de la famille ou un proche de quelqu'un atteint de cancer colorectal, que celle-ci vous aidera à intervenir auprès de cette personne afin de l'assister en ce sens.

Vous et le cancer colorectal, ainsi que de l'information additionnelle au sujet du cancer colorectal, sont offerts sur notre site Internet au www.cancercolorectalcanada.com. Si vous trouvez cette brochure et le site Web utiles, veuillez partager votre enthousiasme avec un ami. Si vous avez des commentaires, suggestions ou de l'information additionnelle ainsi que des ressources que vous pensez être utiles pour d'autres patients atteints de cancer colorectal, veuillez nous écrire à info@colorectalcancercanada.com afin que nous puissions les partager avec d'autres.



Barry D. Stein
Président, Cancer colorectal Canada

P-S. Alors que cette quatrième édition de *Vous et le cancer colorectal* est finalisée, je suis envahi d'une gamme d'émotions en pensant à ces moments difficiles en 1995 lorsque j'ai été diagnostiqué de cette maladie et que bien peu d'options de traitement étaient offertes aux patients à cette époque. On est aujourd'hui en 2018, mes enfants ont grandi et je suis maintenant grand-père; j'en suis à une étape de ma vie que je n'aurais jamais imaginée en 1995. Je suis ébahi par la variété de nouveaux traitements offerts aux patients et qui ont changé la vision du traitement en offrant davantage d'espoir de guérison que jamais auparavant.

Contenu

1. Participer à votre traitement.....	1
2. Qu'est-ce que le cancer colorectal?	3
2.1 Le système gastro-intestinal	
2.2 La façon dont le cancer se développe	
2.3 La façon dont le cancer colorectal se développe	
2.4 Facteurs de risque	
3. Stades du cancer colorectal.....	9
4. Traitement	12
4.1 Chirurgie	
4.2 Radiothérapie	
4.3 Approche d'attente et d'observation pour le cancer rectal	
4.4 Chimiothérapie	
4.5 Thérapie ciblée	
4.5.1 <i>Thérapies biologiques ciblées</i>	
4.5.1.1 <i>Marqueurs et biomarqueurs de la tumeur</i>	
4.5.1.2 <i>Localisation de la tumeur</i>	
4.5.1.3 <i>Effets secondaires des thérapies biologiques ciblées</i>	
4.5.2 <i>Autres thérapies ciblées</i>	
4.6 Épreuves diagnostiques accompagnant la thérapie ciblée	
4.7 Autres stratégies	
4.8 Nouvelles avancées dans le traitement du cancer colorectal métastatique	
4.8.1 <i>Immunothérapie</i>	
4.8.2 <i>Autres traitements émergents</i>	
4.8.3 <i>Biosimilaires</i>	
4.8.4 <i>Essais cliniques au Canada</i>	
4.8.5 <i>Consentement éclairé</i>	
4.9 Trouver du sens au périple du patient	
4.10 Suivi	
4.11 Soins palliatifs	
5. Vivre avec le cancer.....	38
5.1 Mettre les statistiques en perspective	
5.2 Faire face au traitement	
5.3 Relations interpersonnelles	
5.4 Âge	
5.5 Image de soi	
5.6 Fatigue	
5.7 Thérapies complémentaires/alternatives (TCA)	
6. Après le traitement.....	42
6.1 Vivre en rémission	
6.2 Si le cancer récidive	
6.3 Faire face à la stérilité	
6.4 Cinq façons de maintenir une bonne santé	
7. Renseignements sur le dépistage à l'intention des familles et des aidants	47
7.1 Comprendre les risques	
7.2 Symptômes	
7.3 Examens pour dépister le cancer colorectal	
7.4 Pratiques de dépistage en soins primaires dans les différentes provinces canadiennes	
8. Trouver de l'information	55
9. Que signifie ce mot?.....	58
10. Noms de médicaments courants.....	64

Éléments importants de

Vous et le cancer colorectal

Vous pouvez participer à vos soins et prendre des décisions informées si vous comprenez davantage votre diagnostic et vos options de traitement. Cette publication a été conçue afin de satisfaire vos besoins en matière d'information. Nous avons également ajouté les éléments suivants afin de rendre ce guide encore plus pratique :

- **Glossaire** : trouvez des définitions pour les mots en caractères gras surlignés en bleu dans la section *Que signifie ce mot?*, à la page 62;
- **Tableau des noms de médicaments courants** : vérifiez le nom générique et le nom commercial de médicaments fréquemment utilisés à la page 68;
- **Suggestion de références** : trouvez des informations additionnelles sur des ressources utiles telles que des livres, des sites Internet, des vidéos ainsi que des groupes de soutien dans la section Trouver de l'information, à partir de la page 59.

Nous espérons que *Vous et le cancer colorectal* vous servira de ressource et de guide utile durant votre expérience du cancer.

1. Participer à votre traitement

Recevoir un diagnostic de cancer peut être anéantissant. Vous pouvez alterner entre ressentir des émotions intenses telles que la panique, la frustration, la colère, la culpabilité et dans certains cas, le désespoir. Vous pouvez gérer vos émotions en recueillant de l'information, des ressources et du soutien appropriés. Cependant, souvenez-vous que vous êtes la même personne que vous étiez le jour avant votre diagnostic.

Lorsque vous entendez la première fois le diagnostic de cancer colorectal, votre réaction naturelle est de vouloir un traitement immédiatement. Néanmoins, le cancer colorectal évolue habituellement lentement et, dans plusieurs cas, un traitement instantané n'est pas nécessaire. Il est plus important de prendre le temps de vous calmer, de vous renseigner au sujet de vos options, de penser à la situation et d'acquiescer une certaine perspective avant de décider de la façon de gérer votre traitement.

Ce guide a été préparé afin de vous aider à comprendre le cancer colorectal, les examens diagnostiques et les traitements offerts ainsi que pour vous aider à maintenir un style de vie sain lorsque vos traitements seront terminés.

Ce guide s'adresse également aux familles et aux amis d'individus atteints de cancer colorectal. Acquiescer des connaissances au sujet du périple qui s'annonce vous aidera à mieux prendre soin de votre proche. Plusieurs patients trouvent utile d'écrire les questions qu'ils désirent poser ou de se faire accompagner par un membre de la famille lors de la consultation avec leur médecin pendant laquelle les choix de traitement et le **pronostic** seront discutés.

L'attitude est importante. Les patients qui croient qu'ils peuvent combattre leur cancer font mieux face à la maladie que ceux qui n'y croient pas. La première étape d'une participation active à votre traitement est de croire qu'il réussira. Afin de participer complètement à votre propre prise en charge, posez des questions, déterminez vos options et travaillez en collaboration avec vos professionnels de la santé afin de faire des choix.

Votre besoin d'information et le degré selon lequel vous désirez participer ou maîtriser les décisions au sujet de votre traitement vous reviennent totalement. À titre de partenaire de votre prise en charge, vous vous sentirez mieux si vous participez activement à la gestion de votre maladie. De plus, cela aidera les gens qui vous entourent à faire face à la situation. Souvenez-vous, le cancer qui vous touche atteint également les gens de votre entourage.



Comment est-ce possible?

Je me suis réveillé un matin et j'ai appris que j'avais le cancer. J'ai pensé que ma vie était finie d'un coup, mais plus tard, j'ai réalisé que j'étais la même personne aujourd'hui que celle de la journée précédant mon diagnostic.

2. Qu'est-ce que le cancer colorectal?

Apprendre la façon dont le cancer colorectal se développe peut vous aider à mieux comprendre vos options.

2.1 Le système gastro-intestinal

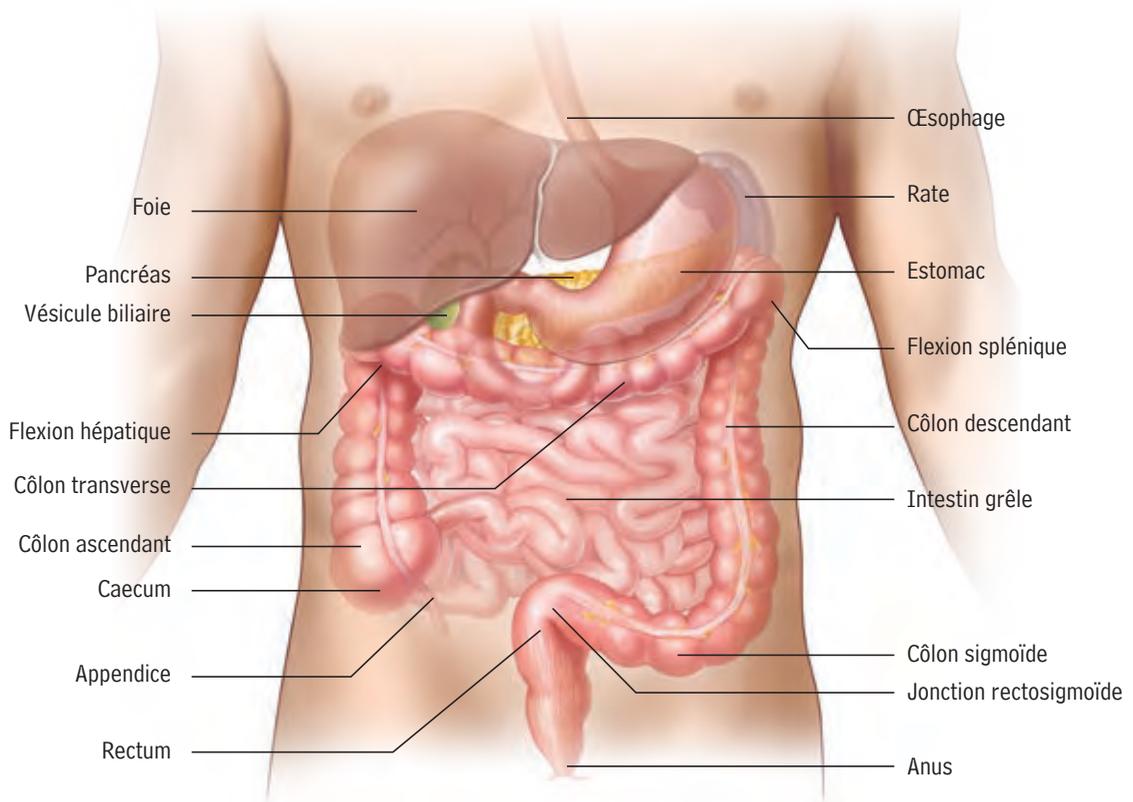
Le terme colorectal fait référence à la fois au **côlon** et au **rectum**. Le côlon et le rectum forment une partie de la voie digestive, également appelée voie gastro-intestinale (gas-tro-in-tes-tin-nal) ou voie GI.

La voie gastro-intestinale est essentiellement un long tube qui passe à travers le ventre, commençant par la bouche et se terminant par l'anus. Lorsque la nourriture est avalée, elle avance le long du tube et au long du parcours elle est dissociée en particules. Les éléments nutritifs sont absorbés dans le sang afin d'être utilisés par le corps et les parties qui ne sont pas utilisées sont éliminées sous forme de déchets.

L'estomac initie le processus de digestion en sécrétant des sucs gastriques et en les mélangeant aux aliments afin de les séparer en particules. Le mélange d'aliments et de sucs gastriques se vide dans l'intestin grêle, un organe ressemblant à un long boyau enroulé en spirale. Dans celui-ci, les aliments sont brassés et digérés. Presque tous les éléments nutritifs contenus dans les aliments sont absorbés dans la circulation sanguine tout au long de l'intestin grêle.

Les substances non digérées qui ne peuvent être absorbées, telles que les fibres végétales, passent de l'intestin grêle au gros intestin situé dans la partie inférieure droite de l'abdomen. Le gros intestin est divisé en sept parties : le caecum, le côlon ascendant, le côlon transverse, le côlon descendant et le côlon sigmoïde, le rectum et l'anus (voir l'illustration à la page 4). Le côlon élimine l'eau et certains éléments nutritifs et minéraux du restant du contenu des aliments. Toute matière résiduelle d'aliments qui a passé par le côlon est considérée comme un déchet solide, appelé matière fécale. Les matières fécales avancent éventuellement vers la fin du côlon et atteignent le rectum. Elles quittent le corps par l'anus.

Le système gastro-intestinal



©2011 Terese Winslow LLC, le gouvernement des É.-U. a certains droits.

2.2 La façon dont le cancer se développe

Même après que vous ayez cessé de grandir, plusieurs cellules de votre corps continuent de se diviser et de se multiplier afin de maintenir votre corps en bonne santé. Les cellules se multiplient afin de prendre la place de celles qui sont endommagées par une blessure ou une maladie, ou de celles qui sont programmées à mourir naturellement lorsqu'elles ne sont plus utiles (un processus appelé **apoptose**).

Habituellement, les cellules croissent et se multiplient de façon ordonnée et contrôlée. L'information génétique est transmise d'une génération à l'autre par l'**ADN** ou acide désoxyribonucléique, la composante héréditaire chez les humains et toutes les autres cellules. En plus d'être un modèle codé, l'ADN dirige et coordonne les activités de toutes les cellules du corps.

Quelquefois, lorsque les cellules se divisent et se multiplient, des erreurs se produisent dans la construction de l'ADN. Ces erreurs sont appelées **mutations** et elles peuvent être responsables du comportement anormal de certaines cellules. Une mutation peut être responsable de la continuité sans raison d'une cellule ou de sa capacité à ne pas tenir compte de ses instructions d'autodestruction. Éventuellement, une quantité suffisante de ces cellules peuvent se multiplier afin de former une masse solide appelée **tumeur**.

UNE TUMEUR PEUT ÊTRE BÉNIGNE OU MALIGNE

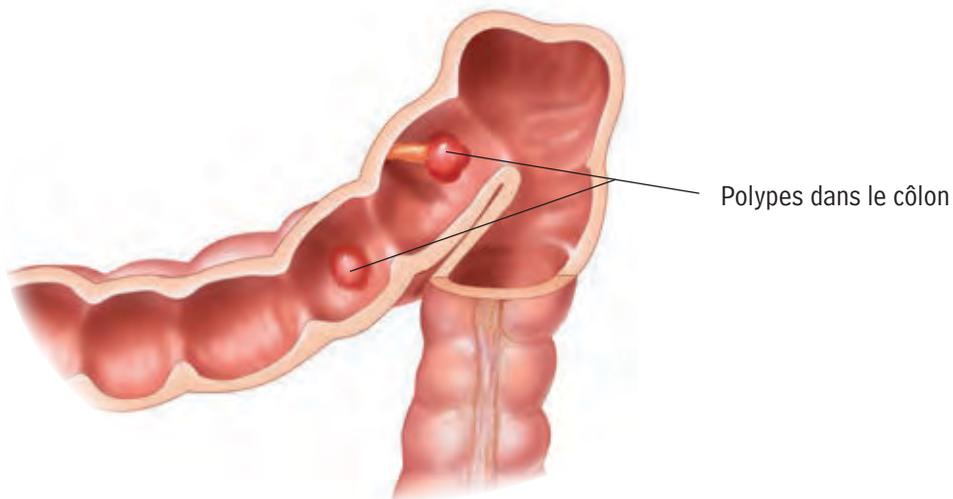
Bénigne : les cellules d'une tumeur **bénigne** ne sont pas cancéreuses. Elles demeurent dans un endroit du corps et n'envahissent pas d'autres tissus ou ne se propagent pas à d'autres parties du corps.

Maligne : les tumeurs **malignes** contiennent des cellules qui ont subi une modification génétique importante. Ces cellules se divisent de façon indisciplinée et présentent habituellement une forme et une structure irrégulières. Elles peuvent se détacher de la tumeur et envahir d'autres tissus ainsi que se propager à d'autres parties du corps. Rendues à ce nouvel endroit, elles continuent de se multiplier afin de former une métastase.

2.3 La façon dont se développe le cancer colorectal

Le cancer colorectal comprend deux types de cancers : le cancer du côlon (gros intestin) et le cancer du rectum (la partie du intestin) ou cancer rectal. Ces deux types de cancers ont plusieurs éléments communs et nous les avons donc regroupés sous l'appellation cancer colorectal.

Le cancer colorectal se propage relativement lentement, plus lentement que certains autres types de cancers. Il peut demeurer dans le côlon ou le rectum durant des mois ou des années, et s'il n'est pas traité, il peut se propager au-delà du gros intestin en s'attaquant d'abord aux **ganglions lymphatiques** et ensuite, à d'autres organes plus éloignés. Les médecins ont quelquefois l'opportunité d'éliminer complètement le cancer par la chirurgie si celui-ci est identifié aux stades précoces.



©2005 Terese Winslow, le gouvernement des É.-U. a certains droits.

La majorité des cancers colorectaux évoluent à partir d'un amas de cellules semblable à la forme d'un petit champignon ou parfois d'un amas plus plat situé sur la surface intérieure (la paroi la plus près des aliments) du côlon ou du rectum. Ces excroissances, appelées **polypes**, sont habituellement bénignes, mais en continuant de croître, elles peuvent devenir cancéreuses.

Avec le temps, le polype bénin peut grossir et pénétrer à travers une partie ou toutes les couches de tissu qui composent le côlon et le rectum et devenir cancéreux. Éventuellement, des cellules de la tumeur maligne peuvent atteindre la circulation sanguine et le système lymphatique et à d'autres parties du corps telles que les ganglions lymphatiques, le foie, l'abdomen ou les poumons. Une fois établies dans un nouvel organe, les cellules cancéreuses peuvent y développer une autre tumeur. Lorsque le cancer se propage à un organe lointain, on dit qu'il est métastatique. La propagation d'un cancer à un autre organe est appelée métastase (mé-tas-taz). L'évaluation de la propagation du cancer est effectuée en attribuant un stade à la maladie. (Voir Stades du cancer colorectal à la page 9).

2.4 Facteurs de risque

VOS FACTEURS DE RISQUE SONT PLUS ÉLEVÉS SI VOUS AVEZ

- des antécédents familiaux de cancer colorectal;
- des syndromes héréditaires ou si vous avez des polypes bénins;
- des antécédents personnels de cancer colorectal;
- une maladie inflammatoire de l'intestin, telle que la colite **ulcéreuse**.

Antécédents familiaux : on croit qu'environ un quart de tous les cas de cancer du côlon sont reliés à l'hérédité. Vous êtes plus susceptible de développer un cancer colorectal si quelqu'un de votre famille, particulièrement de votre famille immédiate (parent, frère, sœur ou enfant), a été diagnostiqué de cette maladie. Le risque augmente davantage si vous avez deux membres ou plus de votre famille proche qui ont été diagnostiqués du cancer colorectal ou si un membre de votre famille a été diagnostiqué de ce cancer avant l'âge de 50 ans.

Syndromes héréditaires : certains individus peuvent avoir hérité d'une prédisposition à développer un cancer colorectal ou des polypes. De 5 à 10 pour cent des patients atteints de cancer colorectal ont hérité d'erreurs génétiques qui les rendent beaucoup plus à risque de développer un cancer colorectal.

Un de ces états pathologiques est appelé **cancer colorectal héréditaire sans polyposé** (CCHSP), qui est aussi connu sous le nom de syndrome de Lynch. Le CCHSP est responsable seulement d'un petit nombre de cancers colorectaux (2 % à 5 % des cas). Bien que les personnes atteintes de CCHSP présentent peu de polypes, ces polypes sont susceptibles de devenir cancéreux et de se développer à un rythme plus rapide.

La **polyposé adénomateuse familiale** (PAF), est également responsable d'un petit nombre de cancers colorectaux (1 % des cas). Les individus atteints de PAF peuvent développer des milliers de polypes (également appelés adénomes) sur la paroi intérieure du côlon. Lorsque les individus touchés atteignent le début de la quarantaine, il est probable que les polypes soient devenus cancéreux, il est donc préférable de maîtriser la PAF par une chirurgie préventive visant à éliminer le côlon.

Une autre maladie appelée syndrome de Peutz-Jeghers est caractérisée par le développement de polypes bénins dans la voie gastro-intestinale. Ces polypes peuvent mener à un risque plus élevé de développer des polypes cancéreux avec le temps.

Antécédents médicaux : si vous avez déjà eu un cancer colorectal ou des polypes, vous êtes plus susceptible de développer de nouveaux cancers dans d'autres parties du côlon ou du rectum.

Maladie inflammatoire de l'intestin : si vous souffrez d'une maladie inflammatoire de l'intestin (n'incluant pas le syndrome du côlon irritable) depuis longtemps, vous avez un risque plus élevé de développer un cancer colorectal.

Âge : plus vous êtes âgé, plus vous êtes susceptible de développer un cancer colorectal. La majorité des individus diagnostiqués d'un cancer colorectal sont âgés de 50 ans et plus. Cependant, ce type de cancer devient de plus en plus fréquent chez les moins de 50 ans; une population qui est moins susceptible de passer des examens de dépistage et chez qui les symptômes passent souvent inaperçus. Chez les adultes de 30 à 49 ans, environ 8 % des nouveaux cas de cancer sont attribuables au cancer colorectal. Le cancer colorectal chez les jeunes est rare et est plus souvent attribuable à des facteurs de risque génétiques ou à des maladies sous-jacentes comme la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse et la maladie de l'intestin irritable (pour obtenir davantage d'information, veuillez visiter le <http://nevertooyoung.org/risk-factors>).



Savoir à quoi m'attendre a été

un élément-clé et m'a aidé à être moins stressée face au traitement.

Je savais quoi surveiller et la façon de me préparer aux effets secondaires.

3. Stades du cancer colorectal

Si un cancer est identifié, la prochaine étape est de déterminer l'étendue de la maladie et jusqu'à quel point elle a évolué. Ce processus est ce qu'on appelle la stadification. La stadification implique un examen physique, des analyses sanguines, une radiographie du thorax ainsi qu'une échographie ou une tomodensitométrie (scan CT) et quelquefois, une tomographie à émission de positrons (PET scan).

La stadification est fondée sur un nombre de facteurs, incluant la taille de la tumeur, sa localisation et la profondeur à laquelle la tumeur a pénétré dans la paroi de l'intestin. Le **stade** dépend également de la propagation ou non du cancer aux ganglions lymphatiques ou aux organes plus lointains, tels que les poumons, le foie ou le **péritoine** (membrane qui tapisse la cavité abdominale). Le **système de stadification TNM** est utilisé pour stadifier le cancer colorectal.

SYSTÈME TNM

- **T** décrit la tumeur et utilise différents nombres pour expliquer sa taille.
- **N** est pour *nodules* ou ganglions lymphatiques et indique si le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques.
- **M** signifie *métastase* et indique si le cancer s'est propagé à un organe lointain.

En général, le stade de votre maladie ne sera pas connu avant la chirurgie; il sera confirmé par un pathologiste lorsque celui-ci aura examiné un échantillon des tissus retirés durant l'intervention chirurgicale. Le système TNM est utilisé afin de décrire l'étendue du cancer et si celui-ci s'est propagé. Une fois que les trois éléments T, N et M ont été déterminés, l'information est regroupée.

Les cinq stades sont décrits ci-dessous :

Stade 0 : La tumeur est de petite taille et non menaçante. Elle n'a pas évolué plus loin que sur la paroi intérieure (muqueuse) du côlon ou du rectum. Cette excroissance peut souvent être éliminée pendant la colonoscopie, ce qui signifie qu'aucune intervention chirurgicale n'est nécessaire.

Stade I : La tumeur a envahi les couches de tissu du côlon ou du rectum, mais elle n'a pas traversé à l'extérieur de la paroi du côlon et elle n'a pas atteint les tissus avoisinants. L'ablation chirurgicale de la partie touchée du côlon ou du rectum est recommandée à ce stade.

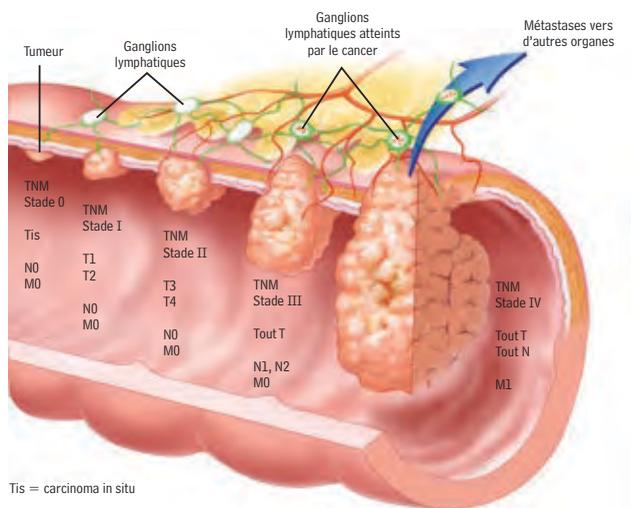
Stade II : La tumeur a traversé la paroi du côlon ou du rectum et a envahi les tissus ou les organes avoisinants, sans toucher les ganglions lymphatiques. Les options de traitement possibles comprennent la chirurgie et dans les cas à risque plus élevé, la **chimiothérapie** à la suite de la chirurgie.

Stade III : La tumeur s'est propagée à un ou plusieurs ganglions lymphatiques, mais elle n'a pas atteint les organes plus éloignés. Les options de traitement possibles comprennent la chirurgie et dans les cas à risque plus élevé, la **chimiothérapie** à la suite de la chirurgie.

Stade IV : La tumeur s'est propagée à des endroits éloignés, le plus souvent dans le foie, les poumons et le **péritoine**. Les options de traitement possibles comprennent la chirurgie, la **radiothérapie**, la **chimiothérapie** et la **thérapie biologique** (également appelée thérapie ciblée). À ce stade, il est possible que le cancer ne soit pas guérissable, mais il peut être maîtrisé.

Plus le stade est élevé, plus la maladie est avancée. Le stade de votre cancer est un élément important afin de déterminer quelles seront vos options de traitement.

En considérant toutes les informations recueillies durant la biopsie ainsi que les résultats de votre examen physique et des tests diagnostiques, vous pouvez travailler en collaboration avec votre équipe de soins de santé afin de choisir la meilleure option de traitement pour vous.



©2005 Terese Winslow, le gouvernement des É.-U. a certains droits.

QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

1. Quel est le stade de mon cancer?
2. Quelles sont mes options de traitement?

Pour obtenir d'autres suggestions de questions à poser, veuillez visiter le www.cancercolorectalcanada.com.



Les traitements ont tellement évolué dans les dernières années. Lorsque j'ai été diagnostiqué, il n'y avait qu'une seule option thérapeutique en plus de la chirurgie. Maintenant, il y a une liste sans cesse croissante d'options offertes.

4. Traitement

Depuis des années, la chirurgie et la chimiothérapie dans le cas du cancer colorectal ainsi que la radiothérapie pour traiter le cancer rectal, ont été à la base du traitement. Des approches thérapeutiques plus récentes comprennent la thérapie biologique pour traiter le cancer colorectal de stade avancé.

Le stade de votre cancer, le foyer de la première tumeur (côlon ou rectum) et votre état de santé général, détermineront quel est le meilleur traitement pour vous ou si une association de deux ou plusieurs traitements est appropriée pour vous.

VOUS AUREZ BESOIN DE SAVOIR :

- les choix de traitement qui vous seront offerts au moment du diagnostic;
- la façon dont le cancer et le traitement spécifique que vous recevrez peuvent avoir un impact sur vos activités quotidiennes et sur celles de votre famille;
- les effets secondaires possibles du traitement et la façon dont vous pouvez les éliminer ou en réduire leur impact sur vous;
- les probabilités de récurrence du cancer et la façon d'en minimiser le risque;
- les probabilités que le traitement vous aide.

Votre médecin vous informera des options de traitement qui vous sont offertes et des répercussions possibles sur votre qualité de vie.

4.1 Chirurgie

Pour les stades 0 à III du cancer du côlon ou du rectum, l'ablation chirurgicale (**résection**) de la tumeur est habituellement l'option thérapeutique de premier choix.

Stades 0 à I

Lorsque des polypes sont décelés au stade 0 et dans certains cancers du côlon ou du rectum au stade I, l'élimination des polypes par le coloscope permet d'éviter la chirurgie abdominale. Cette procédure est appelée **polypectomie**.

Stades II et III

Cancer du côlon

Lorsque le cancer a envahi la paroi du côlon ou les tissus avoisinants, l'intervention chirurgicale implique habituellement l'ablation des tissus cancéreux et d'un peu de tissus avoisinants et de ganglions lymphatiques. Cette intervention chirurgicale est appelée **colectomie** partielle et elle peut se solder par l'ablation d'une partie du côlon et d'un raccord des deux bouts sains, un processus appelé anastomose, afin de permettre le fonctionnement normal de l'intestin.

Cancer du rectum

En raison de la proximité des organes et de l'espace restreint dans la région du bassin, le cancer rectal a un taux plus élevé de **récidive localisée** (récidive au foyer d'origine du cancer). Pour cette raison, le chirurgien doit s'assurer que la tumeur et les tissus avoisinants sont complètement éliminés. Une technique chirurgicale plus récente connue sous le nom d'**excision mésorectale totale** (EMT), est devenue la principale intervention chirurgicale utilisée pour éradiquer les cancers du rectum de stades II ou III. Cette intervention chirurgicale implique l'ablation d'une couche de tissus adipeux (mésentère) autour du rectum. La chirurgie pour traiter le cancer rectal de stades II, III et IV, et IV peut être suivie par une radiothérapie et/ou une chimiothérapie. Certains patients peuvent recevoir une radiothérapie avec ou sans chimiothérapie avant l'intervention chirurgicale.

Colostomie

Il n'est pas toujours possible de raccorder le côlon ou le rectum après avoir éliminé la tumeur. Dans cette situation, une **colostomie** ou **iléostomie** est nécessaire. Une colostomie implique de raccorder le côlon à une ouverture (**stomie**), pratiquée à la surface de l'abdomen, afin de permettre l'évacuation des selles. Dans le cas d'une iléostomie, le bas de l'intestin grêle (iléon) est rattaché à la stomie. Dans les deux cas, les selles et les gaz sortent de l'intestin par l'ouverture et s'accumulent dans un sac ou une poche attachée à la peau. Dans la plupart des cas, la stomie est temporaire et est utilisée durant une courte période de temps, soit jusqu'à ce que le côlon soit suffisamment guéri pour qu'une seconde intervention chirurgicale permette de fermer la stomie. Dans d'autres cas, elle sera permanente. Les individus ayant subi une colostomie ou une iléostomie permanente peuvent profiter d'une vie normale. Cependant, il est certain que de vivre avec une stomie, même si elle n'est que temporaire, demande une période d'adaptation. Le personnel infirmier spécialisé dans la prise en charge des individus ayant une stomie discutera de tous les aspects de la vie quotidienne avec une stomie et vous fournira toutes les informations dont vous avez besoin. Plusieurs organisations offrent des services de soutien aux patients ayant subi une colostomie ou une iléostomie. Veuillez consulter la section « Trouver de l'information » à la fin de cette brochure pour obtenir de l'information additionnelle.

Stade IV

Si votre cancer s'est propagé à un autre organe ou une autre partie de votre corps, par exemple votre foie, vos poumons ou votre péritoine, la chirurgie pourrait encore être une option. Dans cette situation, plusieurs stratégies peuvent être utilisées pour traiter

votre cancer. Afin de vous aider à maîtriser votre cancer, on vous offrira probablement un traitement par chimiothérapie, possiblement jumelé à une thérapie biologique dont on vous parlera dans les prochaines pages de cette brochure. Ces traitements peuvent être utilisés avant la chirurgie (thérapie **néoadjuvante**) ou après celle-ci (thérapie **adjuvante**) d'aider à améliorer les effets positifs de la chirurgie. Le pronostic est maintenant bien meilleur pour le cancer de stade IV. Par exemple, on a constaté que les métastases au foie sont gérées avec succès par la résection chirurgicale. Le foie est le principal endroit où l'on retrouve des métastases chez les patients atteints de cancer colorectal et bien que plusieurs patients aient un cancer qui s'étend au-delà du foie, certains patients ont une maladie qui est isolée dans le foie. Pour ces patients, des approches thérapeutiques localisées, telles que la résection chirurgicale peuvent être envisagées en plus de la chimiothérapie. Votre médecin discutera avec vous des meilleures options qui s'offrent à vous, selon votre cas précis.

Effets secondaires de la chirurgie

Un effet secondaire est un effet autre que le principal effet attendu d'un médicament ou d'un traitement. Les effets secondaires peuvent vous rendre inconfortable, mais ils sont habituellement de courte durée. À la suite de la chirurgie, déterminez quels sont les aliments qui irritent votre système digestif et ceux qui ne l'irritent pas, afin d'ajuster votre diète en conséquence. Des médicaments pour soulager la diarrhée et la constipation peuvent également vous aider et ils doivent être pris selon les instructions de votre médecin.

EFFETS SECONDAIRES DE LA CHIRURGIE

- Vous pouvez temporairement ressentir de la douleur et de la sensibilité après une chirurgie du côlon ou du rectum; cependant, on vous offrira d'excellentes options pour maîtriser la douleur.
- Vous pouvez également présenter, durant une courte période, de la constipation ou de la diarrhée; il existe également des médicaments pour maîtriser ce type d'effet secondaire.
- Si vous avez subi une colostomie ou une iléostomie, vous pouvez développer une irritation sur la peau autour de l'ouverture (stomie). Une infirmière spécialisée dans la stomie peut vous enseigner la façon de gérer à domicile votre état.

4.2 Radiothérapie

La thérapie par radiation (**radiothérapie**) utilise des rayons-x à forte énergie afin d'aider à éradiquer les cellules cancéreuses. Les rayons entrent dans le corps et perturbent les activités de toutes les cellules qui se trouvent sur leur chemin. Bien que les cellules saines et les cellules cancéreuses soient toutes affectées, les cellules cancéreuses sont détruites de façon sélective puisqu'elles se divisent plus rapidement que les cellules saines. La radiothérapie administrée selon de faibles doses durant plusieurs semaines se solde par une réduction constante des cellules cancéreuses.

La radiothérapie est principalement utilisée pour traiter le cancer rectal de stades II, III et IV avant et quelquefois après la chirurgie et pour soulager ou prévenir les symptômes tels que la douleur osseuse, qui est associée à la maladie de stade IV. La radiothérapie seule ou en association avec la chimiothérapie est fréquemment utilisée afin de réduire la taille des tumeurs avant la chirurgie. Cela facilite l'ablation complète de la tumeur. La radiothérapie associée à la chimiothérapie aide à réduire le risque de récurrence du cancer rectal.

La radiothérapie, si elle est administrée après l'intervention chirurgicale pour éliminer le cancer rectal, implique des traitements séquentiels répartis sur une période de cinq semaines, commençant environ trois mois après la chirurgie et se poursuivant durant la chimiothérapie. Chaque traitement de radiothérapie ne prend que quelques minutes et il est habituellement administré dans un centre régional de cancérologie ou un centre hospitalier.

La radiothérapie n'est habituellement pas utilisée dans le cas du cancer du côlon en raison du risque de dommage causé par les radiations aux organes avoisinants.

Effets secondaires de la radiothérapie

Tandis que la chimiothérapie touche l'ensemble du corps, la radiothérapie affecte seulement la région spécifique du corps où elle est administrée. En conséquence, il y a moins d'effets secondaires causés par la radiothérapie que par la chimiothérapie. De nouvelles approches technologiques ont grandement amélioré la radiothérapie en la rendant beaucoup plus précise et ciblée, permettant d'irradier uniquement les tissus malades et une petite marge autour.

Certains effets secondaires peuvent se manifester durant ou après la radiothérapie. Discutez avec votre médecin avant le début du traitement afin de vous renseigner sur les mesures qui peuvent être prises afin d'atténuer tout inconfort.

LES EFFETS SECONDAIRES DE LA RADIOTHÉRAPIE PEUVENT INCLURE :

- **Nausées, vomissements, diarrhée**
Peuvent être soulagés avec des médicaments. Des changements apportés à votre diète peuvent prévenir ou amoindrir ces symptômes.
- **Fatigue**
Ajustez votre style de vie et prenez régulièrement des pauses.
- **Irritations légères de la peau à l'endroit ciblé par les radiations**
Utilisez des lotions pour la peau afin de soulager la région problématique.
- **Dysfonction sexuelle**
Peut affecter à la fois les hommes et les femmes. Discutez avec votre médecin des mesures que vous pouvez prendre afin de continuer de profiter d'un style de vie actif et satisfaisant.
- **Changements concernant la défécation et sensation de brûlure**
La radiothérapie peut nuire à la défécation et causer une sensation de brûlure; dans la majorité des cas, la situation reviendra à la normale avec le temps.

Radiologie d'intervention

Plusieurs maladies qui autrefois nécessitaient une chirurgie peuvent être traitées de façon moins invasive par des radiologistes d'intervention. La radiologie d'intervention est un traitement non chirurgical qui peut être utilisé pour combattre les tumeurs colorectales qui se sont propagées au foie et aux poumons. Les spécialistes utilisent des rayons-x, la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique et d'autres techniques d'imagerie afin d'aller placer un cathéter, habituellement dans une artère, afin de traiter la maladie à sa source.

Une de ces méthodes est appelée **chimioembolisation**, qui implique le ralentissement de l'apport en sang à une tumeur à l'aide de petites billes qui sont liées aux médicaments de chimiothérapie.

Un autre type d'embolisation est appelé embolisation de la veine porte. Cette intervention est utilisée chez les patients atteints de cancer colorectal qui n'étaient pas candidats à la chirurgie en raison de la trop petite taille du foie qui resterait après l'intervention chirurgicale. L'embolisation portale aide le foie à recommencer à croître avant la chirurgie. Le radiologiste identifie le vaisseau sanguin (veine porte) sur le côté du foie qui est le plus atteint par la maladie. La veine porte est embolisée et en réponse à cette action, l'autre côté du foie se met à grossir. Après plusieurs semaines, le foie devrait être de taille suffisante pour être en mesure d'effectuer une chirurgie normale.

L'ablation par radiofréquence (ARF) : Un radiologiste d'intervention utilise la tomodensitométrie assistée par ordinateur afin de guider une petite aiguille à travers la peau jusqu'à la tumeur. L'énergie par radiofréquence (électrique) est transmise au bout de l'aiguille, produisant une chaleur dans le tissu. Lorsque la température est supérieure à 50 °C durant plus de 5 minutes, les cellules cancéreuses sont fortement endommagées.

4.3 Approche d'attente et d'observation pour le cancer rectal

L'approche d'attente et d'observation est utilisée chez certains patients atteints de cancer rectal à la suite d'une chimioradiothérapie ayant donné de bons résultats. Cette approche implique une attente sous surveillance attentive en examinant régulièrement les patients qui ont obtenu une réponse complète à l'aide d'une chimioradiothérapie. Cette approche suscite de plus en plus d'intérêt comme solution de remplacement à l'intervention chirurgicale radicale puisque les patients pourraient être épargnés des complications associées à l'intervention chirurgicale. La recherche sur les bienfaits de cette approche suscite de l'intérêt, et de plus en plus de données montrent que cette approche pourrait être aussi efficace que l'intervention chirurgicale radicale; cependant, des recherches plus poussées sont en cours pour confirmer ces constatations.

4.4 Chimiothérapie

Dans plusieurs cas, tout le cancer peut être éliminé par la chirurgie. Cependant, ce ne sont pas tous les individus opérés pour un cancer colorectal qui seront complètement guéris. Selon le stade de votre cancer au moment du diagnostic, il est possible que l'on vous offre un autre traitement après votre intervention chirurgicale.

Même si le chirurgien a éliminé tout le cancer visible, il est possible que quelques cellules se soient établies dans les tissus ou les ganglions lymphatiques avoisinants sans qu'il soit possible de les voir. Dans cette situation, on peut vous offrir un traitement par chimiothérapie après votre chirurgie afin de tenter d'éliminer les cellules cancéreuses qui pourraient avoir voyagé à d'autres parties du corps. Éliminer les cellules qui se sont dispersées peut prévenir la récurrence du cancer. La chimiothérapie administrée après la chirurgie est appelée chimiothérapie adjuvante (adjuvant signifie « en plus, au cas où »).

Les individus atteints d'un cancer du côlon de stades III et IV et certains individus à risque élevé atteints du stade II, reçoivent une chimiothérapie adjuvante. Si vous avez un cancer rectal de stades II ou III, il est possible qu'on vous administre une chimiothérapie adjuvante jumelée à une radiothérapie.

Lorsque le cancer se propage à des organes éloignés, la chimiothérapie peut maîtriser les tumeurs résultantes qui ne peuvent être retirées par chirurgie ou éliminées par la radiothérapie. La chimiothérapie peut réduire la taille du cancer afin de maîtriser les symptômes, d'améliorer la qualité de vie et de prolonger la durée de vie. On fait référence à ce type de chimiothérapie à titre de **chimiothérapie palliative**.

La chimiothérapie seule ou en association avec des agents **biologiques ou une thérapie ciblée** (décrits à la prochaine section) peut également réduire la taille des tumeurs qui, au départ, étaient trop volumineuses pour être retirées par chirurgie. Une fois que la tumeur a rétréci en raison de la thérapie, vous pouvez être candidat à la chirurgie et ensuite, poursuivre le traitement avec une autre thérapie adjuvante. Dans certains cas, ce processus peut mener à une guérison.

Mode de fonctionnement de la chimiothérapie

La chimiothérapie utilise des médicaments pour détruire les cellules cancéreuses. Une fois dans la circulation sanguine, les médicaments voyagent dans le corps, atteignant les cellules cancéreuses peu importe où elles se trouvent, les empêchant de croître. Cela peut réduire la taille de la tumeur.

La chimiothérapie contre le cancer colorectal peut se composer d'un seul médicament ou d'une association de plusieurs médicaments. La chimiothérapie est administrée sous forme de comprimés, par injection intraveineuse (i.v.) en injectant le médicament dans une veine durant quelques minutes, par une perfusion qui peut prendre 30 minutes ou plus ou par une pompe à perfusion portable qui permet d'administrer le médicament durant plusieurs jours. La chimiothérapie est administrée selon des cycles. Des périodes durant lesquelles le médicament est administré sont suivies de périodes de repos. Les périodes de repos donnent à votre corps la chance de produire de nouvelles cellules saines et vous permettent de regagner vos forces. Un cycle peut s'échelonner sur une journée, une semaine, deux semaines ou un mois. Une thérapie peut être composée de plusieurs cycles de traitement.

Selon le traitement prescrit, vous pouvez recevoir vos traitements de chimiothérapie au cabinet de votre médecin, dans une clinique spécialisée, à la clinique externe d'un hôpital ou en étant hospitalisé ou à domicile. La chimiothérapie commence le plus souvent de cinq à six semaines après la chirurgie et peut se poursuivre pour une période allant jusqu'à six mois et plus.

Le type et la durée de la chimiothérapie que vous recevrez dépendra du stade de votre cancer, de votre état général de santé et de la disponibilité de médicaments précis dans votre centre de cancérologie ou votre centre hospitalier.

Effets secondaires de la chimiothérapie

Certains des **schémas** de chimiothérapie les plus efficaces, qui utilisent des doses élevées d'agents de chimiothérapie, peuvent causer des effets secondaires indésirables. Puisque la chimiothérapie ne fait pas la distinction entre les cellules cancéreuses et les cellules saines, elle a un effet sur l'ensemble du corps. Le dommage causé aux cellules saines, qu'on appelle toxicité, est responsable des effets secondaires habituels de la chimiothérapie. Les tissus sains sont capables de récupérer lorsque la chimiothérapie cesse et la majorité des dommages causés sont habituellement de courte durée.

Les médicaments affectent les individus de différentes façons. Les patients ne ressentent pas tous les mêmes effets secondaires en utilisant un même médicament. Vous pouvez ressentir seulement certains des effets secondaires possibles associés à un médicament précis de chimiothérapie. Des médicaments efficaces sont offerts afin de soulager la majorité des effets secondaires ou du moins, réduire considérablement leur intensité. Les effets secondaires aigus ou graves se manifestent habituellement durant les premiers cycles de traitement et s'estompent après la thérapie. Des techniques pour réduire l'anxiété, telles que la méditation ou la relaxation, peuvent vous aider à gérer votre expérience du cancer.

LES EFFETS SECONDAIRES GRAVES DE LA CHIMIOTHÉRAPIE QUI PEUVENT NÉCESSITER UNE ATTENTION MÉDICALE

Effet secondaire	Effet secondaire
<ul style="list-style-type: none">• neutropénie fébrile• anémie• vomissements ou diarrhée graves causant une déshydratation• saignement inexplicé	<ul style="list-style-type: none">• fièvre et frissons• fatigue causée par une faible numération de globules rouges

Il est important de savoir de quelle manière contacter un membre de votre équipe de soins de santé, le jour ou la nuit, et de savoir à quel moment il est approprié de

se rendre à l'urgence de l'hôpital si l'un de ces effets secondaires potentiellement graves survient. **Si vous avez un doute sur votre état de santé, rendez-vous immédiatement aux services des urgences de votre centre hospitalier.**

Diarrhée

Les dommages causés aux cellules qui tapissent la voie gastro-intestinale peuvent causer la diarrhée ou des selles fréquentes liquides. Bien que la diarrhée soit un effet secondaire fréquent de certains agents de chimiothérapie, elle n'est pas souvent grave ou de longue durée. Elle peut habituellement être maîtrisée par des agents anti-diarrhée offerts en vente libre. Veuillez consulter votre infirmière ou votre oncologue pour obtenir des conseils sur la posologie. Si vous avez la diarrhée, buvez beaucoup de liquides afin d'éviter la déshydratation.

Si votre diarrhée persiste durant plusieurs jours, informez votre médecin de la situation puisque vous pouvez perdre une quantité importante de liquide corporel (déshydratation) et nécessiter une hospitalisation.

Si vous ressentez la diarrhée pendant votre perfusion de chimiothérapie, informez immédiatement votre infirmière. Votre oncologue peut vous prescrire un autre médicament que vous prendrez en même temps que la perfusion.

Maux d'estomac et vomissements

Les maux d'estomac ou les vomissements peuvent se manifester le jour même de la chimiothérapie et possiblement durant quelques jours après.

Votre médecin peut vous suggérer d'essayer des médicaments antiémétiques, comme l'ondasétron (Zofran^{MD}), le granisétron (Kytril^{MD}) ou la dexaméthasone (Decadron^{MD}). Si vous ressentez des maux d'estomac durant plus de deux jours après votre traitement, votre médecin peut vous suggérer de prendre du prochlorpérazine (Stemetil^{MD}), du dompéridone (Motilium^{MD}), du dimenhydrinate (Gravol^{MD}) ou du métoclopramide (Maxeran^{MD} ou Reglan^{MD}).

Si vous ressentez des nausées et vomissez, souvenez-vous de boire beaucoup de liquides afin d'éviter la déshydratation et informez immédiatement votre oncologue et votre infirmière de la situation.

Ressentir de la fatigue

La sensation de fatigue est un effet secondaire fréquent de la chimiothérapie.

PLUSIEURS FACTEURS CONTRIBUENT À LA SENSATION DE FATIGUE :

- le stress de vivre avec un diagnostic de cancer;
- une intervention chirurgicale récente et l'anesthésie;
- une faible numération de globules rouges;
- les effets associés aux médicaments de chimiothérapie.

Afin de gérer votre fatigue, essayez de dormir suffisamment, de bien vous alimenter et de minimiser le stress à la maison et au travail. Des techniques de relaxation peuvent s'avérer utiles. La fatigue causée par la chimiothérapie peut être traitée. Veuillez consulter la section portant sur l'anémie à la page 22 afin d'obtenir des détails sur la façon de gérer cette situation.

Ulcères dans la bouche (mucite)

Le dommage causé aux cellules en croissance rapide tapissant l'intérieur de la bouche peut causer des ulcères dans la bouche (mucite). La mucite est fréquente et peut survenir plusieurs jours après le début de la chimiothérapie. Les ulcères et la sensibilité dans la bouche se manifestent souvent lorsque le nombre de globules blancs dans votre sang est faible.

Avant d'entreprendre la chimiothérapie, il est recommandé de subir un examen et un nettoyage dentaire. Lorsque votre cycle de chimiothérapie commence, commencez à rincer votre bouche avec un rince-bouche doux qui ne contient pas d'alcool. Les rince-bouches peuvent contenir certains agents antidouleur (analgésiques) de même que des agents antifongiques qui aideront à maîtriser les infections telles que la candidose ou muguet. Consultez votre médecin afin de savoir lequel correspond le mieux à vos besoins. Gardez votre bouche propre en utilisant une brosse à dents souple et évitez de manger des aliments qui peuvent irriter l'intérieur de votre bouche ou de votre gorge. Évitez de subir un nettoyage dentaire et des interventions dentaires pendant la chimiothérapie.

Syndrome mains-pieds

Vous pouvez également constater que votre peau devient sèche, qu'elle s'épaissit ou qu'elle commence à fendre autour de la paume des mains ou sur la plante des pieds. Certains patients développent des ampoules ou des démangeaisons. Cet état est appelé le syndrome mains-pieds. Votre équipe de soins de santé peut vous recommander des traitements, tels que des lotions ou des analgésiques.

Perte de cheveux

Cet effet secondaire est observé avec l'utilisation de seulement certains des agents de chimiothérapie utilisés dans le traitement du cancer colorectal.

Dans certains cas, le dommage aux cellules en croissance rapide dans les follicules pileux peut causer la perte de cheveux (alopécie). Les cheveux qui tombent repoussent toujours après la fin de la chimiothérapie. Si vous remarquez une perte de cheveux, vous pouvez choisir de couper vos cheveux courts ou même de les raser. Cette initiative peut vous aider à vous sentir davantage en maîtrise de votre apparence, de la maladie et de votre traitement.

Sensation d'engourdissement ou de picotement des mains et des pieds (neuropathie)

La sensation d'engourdissement ou de picotement dans les doigts et les orteils est un effet secondaire fréquent observé avec l'utilisation de certains médicaments qui irritent les terminaisons nerveuses. Vous pouvez avoir de la difficulté à boutonner votre chemise ou à ramasser de petits objets, par exemple. On appelle cet état la neuropathie périphérique et cette sensation peut se manifester quelques jours ou quelques semaines après la fin de votre traitement.

Bien que ces effets secondaires soient frustrants et quelquefois douloureux, ils disparaissent habituellement après la fin du traitement. Signalez toujours à votre médecin les effets secondaires que vous ressentez; il peut décider, selon la situation, de réduire les doses de médicaments ou vous suggérer de prendre une pause de la thérapie.

Neutropénie

Les neutrophiles sont des cellules sanguines blanches qui vous aident à combattre l'infection. Une réduction du nombre de neutrophiles dans votre sang est appelée neutropénie. Un état de neutropénie prolongé peut nécessiter le report d'administration ou la réduction de votre prochaine dose de chimiothérapie.

Pratiquement tous les patients qui reçoivent une chimiothérapie manifestent un certain degré de neutropénie, un état qui les rend plus vulnérables aux infections que la normale. Si vous ressentez une fièvre de plus de 38 °C ou d'autres symptômes d'infection, contactez immédiatement un membre de votre équipe de soins de santé (jour ou nuit). Dans la majorité des cas, les patients sont alors hospitalisés et traités par antibiotiques intraveineux. La probabilité de développer une neutropénie grave qui pourrait nécessiter une hospitalisation dépend en partie du type de schéma de chimiothérapie qui est administré.

La neutropénie causée par la chimiothérapie contre le cancer peut se solder par une infection grave ou même menaçante pour la vie.

Si votre température dépasse 38 °C ou si vous ressentez d'autres symptômes d'infection, contactez immédiatement votre médecin ou votre centre de cancérologie. Une infection qui n'est pas traitée durant la période où votre numération de globules blancs est faible, peut être menaçante pour votre vie.

Puisque la neutropénie est une complication potentiellement grave de la chimiothérapie, les numérations de globules blancs sont surveillées attentivement durant la chimiothérapie. Le jour prévu pour la première administration de votre nouveau cycle de chimiothérapie, votre numération de globules blancs sera mesurée afin de s'assurer que vous êtes en mesure de recevoir le traitement. Si votre numération de globules blancs n'est pas revenue à un niveau qui permet l'administration sécuritaire de votre chimiothérapie, l'administration de ce cycle de chimiothérapie sera reportée jusqu'à ce que votre numération de globules blancs soit revenue à la normale. Si dans les cycles précédents de chimiothérapie, vous avez développé une neutropénie grave ou prolongée, votre dose de chimiothérapie peut être réduite dans les cycles subséquents.

Traitement de la neutropénie

La neutropénie peut être traitée et sa fréquence réduite en administrant des facteurs de croissance qui favorisent la croissance de nouveaux globules blancs.

Deux des facteurs de croissance utilisés pour réduire la fréquence de la neutropénie sont le filgrastim (NEUPOGEN^{MD} ou Grastofil^{MD}) et le pegfilgrastim (Neulasta^{MD}), aussi connus à titre de **facteurs de croissance granulocytaire (FSC-G)**. L'utilisation de FSC-G peut réduire le risque de fièvre associé à la neutropénie (neutropénie fébrile) durant les cycles de chimiothérapie, évitant ainsi les réductions de doses et/ou les retards d'administration.

La neutropénie grave nécessitant un traitement précis est plus fréquente lors de l'utilisation de schémas de chimiothérapie plus vigoureux et chez les patients plus âgés. Vous pouvez présenter d'autres problèmes médicaux en plus du cancer (appelés conditions comorbides) qui peuvent affecter votre capacité à recevoir une dose complète de chimiothérapie. Vous pouvez désirer discuter avec votre médecin des moyens offerts vous permettant de vous assurer d'être en mesure de recevoir une dose complète et efficace de chimiothérapie.

Anémie

Se sentir plus fatigué que d'habitude peut être le résultat de l'**anémie**, un effet secondaire fréquent associé à plusieurs schémas de chimiothérapie. L'anémie survient lorsqu'il y a une diminution importante du nombre de vos globules rouges. L'**hémoglobine** contenue dans vos globules rouges transporte l'oxygène partout dans votre corps et un moins grand nombre de ces cellules riches en oxygène peut contribuer à votre manque d'énergie. Bien qu'habituellement l'anémie ne menace pas votre pronostic vital, plusieurs patients soulignent que la fatigue qui en résulte a un impact négatif sur leurs activités quotidiennes.

Votre médecin vérifiera votre numération sanguine à plusieurs reprises durant le traitement. Une anémie légère ou modérée est fréquente avec l'administration de certaines chimiothérapies et un traitement précis n'est habituellement pas nécessaire. La gravité de l'anémie peut augmenter avec l'utilisation de certains types de schémas de chimiothérapie; cet état peut devenir plus grave si la chimiothérapie se poursuit durant plusieurs mois.

Traitement de l'anémie

L'anémie est fréquemment observée chez les patients atteints de cancer recevant une chimiothérapie. Le traitement optimal de l'anémie peut nécessiter l'emploi de facteurs de croissance des globules rouges (agents stimulant l'érythropoïèse) et des suppléments de fer au besoin ou une transfusion sanguine. Vous pouvez avoir besoin d'une transfusion de globules rouges si vous ressentez une anémie symptomatique évoluant rapidement.

AGENTS DE CHIMIOTHÉRAPIE LES PLUS UTILISÉS

5-fluorouracile et acide folinique (leucovorine)	Le médicament de chimiothérapie le plus utilisé pour lutter contre le cancer colorectal est le 5-fluorouracile ou 5-FU. Vous pouvez recevoir du 5-FU en même temps qu'un dérivé de vitamine appelé l'acide folinique ou AF (on le connaît également sous le nom de leucovorine). L'ajout de l'acide folinique rend le 5-FU plus actif contre les cellules cancéreuses. Le 5-FU et l'AF sont administrés par voie intraveineuse, par injection directe ou perfusion dans une veine ou par le biais d'une chambre implantable (un cathéter implanté sous la peau par chirurgie).
Capécitabine (Xeloda^{MD})	La capécitabine est du 5-FU sous forme de comprimés qui a montré une efficacité comparable à celle d'injections quotidiennes de 5-FU. Elle présente un profil d'effet secondaire légèrement différent que celui du 5-FU et elle peut se prendre à domicile.
Irinotécan (Camptosar^{MD}) (CPT-11)	On peut vous administrer de l'irinotécan à titre de traitement initial (chimiothérapie de première intention) pour un cancer colorectal de stade avancé ou on peut vous administrer l'irinotécan comme traitement subséquent, si d'autres types de chimiothérapie n'ont pas réussi à maîtriser votre cancer colorectal. Selon le traitement que vous avez reçu préalablement, on peut vous administrer l'irinotécan par perfusion, soit à titre d'agent unique ou jumelé au 5-FU et à l'acide folinique. Lors de l'administration de l'irinotécan en association avec le 5-FU et l'acide folinique, on parle du schéma de chimiothérapie FOLFIRI.
Oxaliplatine (Eloxitan^{MD})	L'oxaliplatine est administrée d'une façon similaire à l'irinotécan. L'oxaliplatine est un médicament de chimiothérapie à base de platine qui est habituellement administré en association avec le fluorouracile et la leucovorine; ce schéma de chimiothérapie pour traiter le cancer colorectal est appelé le schéma FOLFOX.
Raltitrexed (Tomudex^{MD})	Le raltitrexed est un agent de chimiothérapie approuvé pour le traitement du cancer colorectal de stade avancé. Votre médecin peut décider de vous traiter avec du raltitrexed au lieu du 5-FU parce qu'il est plus pratique à administrer ou parce qu'il produit des effets secondaires différents. Cet agent est rarement utilisé au Canada.

Chimiothérapies d'association

FOLFOX	Le schéma FOLFOX est une association d'agents de chimiothérapie qui peut vous être administré à titre de traitement de première intention pour combattre le cancer colorectal. Le schéma FOLFOX est l'association de 5-FU, d'acide folinique et d'oxaliplatine.
FOLFIRI	Le schéma FOLFIRI est une association d'agents de chimiothérapie composée de 5-FU, d'acide folinique et d'irinotécan. Ce schéma est une autre option de traitement pour le cancer colorectal.
FOLFOXIRI	FOLFOXIRI est une association intensive de chimiothérapie composée des agents 5-FU, acide folinique, oxaliplatine et irinotécan. Le schéma FOLFOXIRI peut être utilisé à titre de traitement de première intention chez les patients qui sont atteints d'un cancer colorectal de stade plus avancé.
XELOX ou CAPOX	Le schéma XELOX est l'association des agents de chimiothérapie capécitabine et oxaliplatine. On y fait également couramment référence comme CAPOX.
XELIRI	Le schéma XELIRI est l'association des agents de chimiothérapie capécitabine et irinotécan.

4.5 Thérapie ciblée

Les thérapies ciblées fonctionnent différemment de la chimiothérapie puisqu'elles interfèrent avec des caractéristiques précises des cellules cancéreuses. Ces thérapies peuvent détruire principalement les cellules cancéreuses et sont moins nuisibles pour les cellules saines.

Chacune des thérapies ciblées « cible » un aspect précis, un processus ou une molécule spécifique aux cellules cancéreuses. Les thérapies ciblées peuvent être associées à la chimiothérapie afin de rehausser l'effet sur la tumeur et allonger le temps sans évolution de la maladie. Dans des études cliniques, on a montré que les patients vivaient plus longtemps en étant traités à la fois par des thérapies ciblées et par la chimiothérapie, comparativement à un traitement par chimiothérapie uniquement. Dans certains cas, les thérapies ciblées peuvent rehausser l'effet de la chimiothérapie et accélérer la réduction de la taille des tumeurs, permettant de considérer la chirurgie comme une option.

La majorité des thérapies ciblées sont soit des **agents biologiques ou des médicaments à petites molécules**. Les agents biologiques sont des médicaments qui sont faits à partir d'organismes vivants ou de substances dérivées d'organismes vivants. Les agents biologiques ciblent des molécules (p.ex., des récepteurs) sur la surface du cancer. Les médicaments à petites molécules sont généralement des agents chimiques synthétiques qui sont assez petits pour entrer à l'intérieur de la cellule et cibler les molécules à l'intérieur des cellules cancéreuses.

4.5.1 Thérapies biologiques ciblées

La majorité des thérapies à base d'agents biologiques utilisées pour traiter le cancer colorectal sont des **anticorps monoclonaux**. Les anticorps monoclonaux sont des anticorps qui ont été produits par génie génétique pour reconnaître des protéines spécifiques ou des récepteurs à la surface d'une cellule et interférer avec les signaux qu'émet la cellule cancéreuse pour continuer à vivre.

Empêcher la signalisation stimulant la croissance de la tumeur

Les cellules cancéreuses ont des récepteurs qui se lient à des substances produites par le corps, appelées EGF (facteur de croissance épidermique). Lorsque le EGF se lie à un récepteur sur la cellule cancéreuse, la cellule cancéreuse est stimulée à se multiplier et à se diviser, causant une croissance désordonnée ou non régulée de la tumeur.

Les médicaments qui empêchent les facteurs de croissance de se lier aux récepteurs sur les cellules sont connus à titre d'inhibiteurs du **EGFR (récepteur du facteur de croissance épidermique)**. Deux de ces médicaments, le panitumumab (Vectibix^{MD}) et le cétuximab (Erbitux^{MD}), ont montré leur efficacité à bloquer l'action du EGFR dans des **essais cliniques** portant sur le cancer colorectal de stade avancé. La majorité de ces nouveaux traitements biologiques sont administrés par une injection dans une veine et ils peuvent être administrés comme monothérapie ou en association avec la chimiothérapie.

Empêcher l'alimentation des tumeurs

Les tumeurs ont besoin d'une alimentation en sang afin d'obtenir l'oxygène et les éléments nutritifs nécessaires à leurs nouvelles cellules en pleine croissance. Les cellules cancéreuses produisent des agents chimiques qui font jaillir de minuscules vaisseaux sanguins additionnels dans la région autour de la tumeur – un processus appelé angiogénèse. Ces vaisseaux sanguins sont attirés par la tumeur et s'y relient, apportant une alimentation et permettant à la tumeur de se développer.

Les agents **antiangiogéniques**, bloquent ce processus de stimulation de la formation et de l'attraction des vaisseaux sanguins et causent le rétrécissement des vaisseaux sanguins alimentant la tumeur, privant ainsi la tumeur d'oxygène et d'éléments nutritifs.

Un des signaux cellulaires nécessaires à la formation de nouveaux vaisseaux sanguins est produit par une protéine appelée **facteur de croissance endothélial vasculaire (VEGF)**. L'agent antiangiogénique bévacicumab (Avastin^{MD}) bloque le signal du VEGF, empêchant le récepteur de s'y relier et ainsi, empêche l'augmentation de l'apport sanguin à la tumeur.

4.5.1.1 Marqueurs et biomarqueurs de tumeur

Les marqueurs de tumeur peuvent aider les médecins à diagnostiquer, traiter et surveiller votre cancer durant l'évolution de la maladie. Un marqueur de tumeur est une substance qui se retrouve dans le corps lorsque le cancer est présent. Il y a plusieurs types de marqueurs de tumeur, incluant les mutations des gènes **KRAS** ou **NRAS** (on fait parfois référence à ces deux gènes ensemble comme des gènes de la famille **RAS**), le gène BRAF et certaines hormones et des protéines telles que **CEA** et **CA 19-9**. Certains marqueurs de tumeur indiquent si un certain type de cancer est présent. D'autres marqueurs de tumeur peuvent aider à prédire la façon dont le cancer évoluera avec le temps. Il y a également des marqueurs de tumeur qui peuvent aider à prédire la façon dont le cancer devrait réagir à certains traitements.

Plusieurs études nous montrent maintenant que la présence de mutations sur le gène **KRAS** ou **NRAS** dans les cellules cancéreuses permet de prédire l'absence de réponse à la thérapie par inhibiteurs d'EGFR dans le cancer colorectal. Un test de laboratoire, afin de déterminer si une tumeur a une mutation du gène **KRAS** ou du gène **NRAS**, doit nécessairement être effectué avant de considérer la thérapie par inhibiteurs d'EGFR. Seuls les patients ayant des cellules cancéreuses contenant des gènes **KRAS** ou **NRAS** normaux (sans mutation ou de type sauvage) peuvent être candidats aux thérapies telles que Vectibix^{MD} ou Erbitux^{MD}.

4.5.1.2 Localisation de la tumeur

La localisation de la tumeur dans le corps peut influencer la durée de vie d'une personne atteinte de cancer colorectal ainsi que le type de traitement utilisé. Les patients qui présentent des tumeurs qui ont commencé leur croissance du côté gauche du côlon pourraient mieux répondre au traitement par inhibiteurs de l'EGFR, tandis que ceux dont

les tumeurs ont commencé leur croissance du côté droit du côlon pourraient répondre à des traitements comme l'Avastin®. Il semble que la biologie et la génétique des tumeurs situées du côté droit et du côté gauche du côlon soient différentes, ce qui expliquerait cette différence. Les recherches se poursuivent pour mieux comprendre les raisons derrière ces différences.

4.5.1.3 Effets secondaires associés aux thérapies biologiques ciblées

Comme la chimiothérapie et la radiothérapie, les thérapies biologiques peuvent également produire des effets indésirables. Informez votre médecin de tout symptôme que vous ressentez durant le traitement. La majorité des effets secondaires s'atténuent ou disparaissent complètement après le traitement.

EFFETS SECONDAIRES FRÉQUENTS DES THÉRAPIES BIOLOGIQUES

Les patients traités par agents antiangiogéniques (comme Avastin) peuvent ressentir les effets suivants :	Les patients traités par des inhibiteurs d'EGFR (comme Vectibix ou Erbitux) peuvent ressentir les effets suivants :
<ul style="list-style-type: none"> • tension artérielle élevée • diarrhée • diminution de la numération des globules blancs • ulcérations dans la bouche • mal de tête • ralentissement du processus de guérison des plaies • perte d'appétit 	<ul style="list-style-type: none"> • éruption cutanée • fatigue • nausées • vomissements • diarrhée • peau sèche • constipation

L'effet secondaire le plus fréquent des inhibiteurs d'EGFR est l'éruption cutanée. Il s'agit d'un effet direct du médicament sur les cellules saines de la peau et il peut être géré efficacement par un traitement approprié.

MESURES GÉNÉRALES QUE VOUS POUVEZ PRENDRE AFIN DE SOULAGER VOS DÉMANGEAISONS SUR LA PEAU

- Utiliser un écran solaire.
- Éviter l'exposition directe au soleil.
- Garder votre peau propre et humidifiée.
- Éviter l'utilisation de produits abrasifs sur la peau.

Vous avez des questions? Parlez-en à votre médecin.

Selon la gravité et le type d'éruption cutanée qui se développe, votre médecin peut réduire votre dose ou retarder l'administration de votre prochain traitement par inhibiteurs d'EGFR. Une fois que l'éruption cutanée s'est dissipée, la thérapie habituelle peut recommencer.

THÉRAPIES BIOLOGIQUES CIBLÉES FRÉQUEMMENT UTILISÉES

Bévacizumab (Avastin^{MD})	Avastin ^{MD} est un anticorps monoclonal administré en association avec une chimiothérapie. Alors que la chimiothérapie s'attaque directement à la tumeur, l'Avastin ^{MD} empêche la croissance de l'alimentation sanguine de la tumeur.
Panitumumab (Vectibix^{MD})	Vectibix ^{MD} est un anticorps monoclonal totalement humain qui est utilisé en association avec la chimiothérapie comme traitement initial ou comme thérapie à agent unique (seul sans chimiothérapie) après l'échec de traitements précédents. Il agit en bloquant les signaux vers les cellules cancéreuses nécessaires à la croissance de la tumeur, ce qui peut empêcher la croissance et la division des cellules cancéreuses.
Cétuximab (Erbix^{MD})	Erbix ^{MD} est un anticorps monoclonal à composition humain/souris (chimérique) utilisé seul ou en association avec une chimiothérapie. Il agit en bloquant les signaux vers les cellules cancéreuses nécessaires à la croissance de la tumeur, ce qui peut empêcher la croissance et la division des cellules cancéreuses.

THÉRAPIES BIOLOGIQUES CIBLÉES MOINS COURANTES

Aflibercept (Zaltrap[®])	L'aflibercept est un agent biologique qui bloque la signalisation du VEGF et qui arrête la croissance de nouveaux vaisseaux sanguins. Il a été approuvé pour utilisation en association avec le schéma de chimiothérapie FOLFIRI (irinotécan, 5-fluorouracile et leucovorine). Il est fréquemment utilisé comme traitement de deuxième intention lorsque les patients voient leur maladie évoluer à la suite d'un traitement à l'aide d'un schéma contenant de l'oxaliplatine.
--	--

4.5.2 Autres thérapies ciblées

Inhibiteurs de tyrosine kinase

Les **inhibiteurs de tyrosine kinase (TK)** sont un type de thérapie ciblée à petites molécules fréquemment utilisée pour traiter le cancer colorectal. Les inhibiteurs de TK ciblent des protéines à l'intérieur des cellules cancéreuses, appelées tyrosine kinases. Dans les cellules cancéreuses, les tyrosines kinases aident à acheminer des signaux qui encouragent les cellules cancéreuses à croître et survivre. Les inhibiteurs de TK contribuent à ralentir la croissance des tumeurs en interférant avec ces processus de croissance et de survie.

Régorafenib (Stivarga®)

Le régorafenib est un type précis d'inhibiteur de tyrosine kinase qui interfère en même temps avec de multiples protéines-kinases. C'est pour cette raison qu'on l'appelle parfois inhibiteur multikinase. Les protéines-kinases qui sont inhibées par le régorafenib sont celles impliquées dans les mécanismes associés à la croissance et à l'évolution des cellules cancéreuses (oncogenèse), au développement de vaisseaux sanguins (angiogenèse) et au microenvironnement de la tumeur. Le régorafenib a montré son efficacité chez des patients ayant des tumeurs porteuses du gène KRAS muté et du gène KRAS de type sauvage. Le régorafenib est actuellement offert sur le marché au Canada, aux É.-U et en Europe.

En plus de l'intervention chirurgicale, les traitements résumés dans le diagramme suivant sont certains des traitements disponibles que vous pouvez recevoir. Cependant, selon la province où vous résidez, certains de ces traitements peuvent être soit indisponibles ou non remboursés par votre régime provincial d'assurance médicaments. Certaines compagnies pharmaceutiques ont des programmes d'assistance pour les patients afin d'aider financièrement les patients afin que ceux-ci puissent obtenir leurs médicaments. De plus, si vous avez une assurance privée, vous devriez vérifier votre couverture d'assurance auprès de votre compagnie d'assurance.

RÉSUMÉ DES OPTIONS DE TRAITEMENT POUR LE CANCER DU CÔLON

DIAGNOSTIC	STADE 0 et I	STADE II	STADE III	STADE IV et cancer récurrent
CHOIX DE TRAITEMENT	Polypectomie ou excision locale Pour les cas de stade 0 et certains cas de stade I	Chirurgie*	Chirurgie + chimiothérapie adjuvante	Chimiothérapie + thérapie moléculaire ciblée, avec ou sans chirurgie
CHOIX DE SCHEMAS			5-FU/AF, FOLFOX, capécitabine	5-FU/AF, FOLFOX, FOLFIRI, XELOX, capécitabine, irinotécan, raltitrexed
TRAITEMENTS PLUS RÉCENTS				panitumumab, cétuximab, bévacizumab, regorafenib
EXAMENS DE SUIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents médicaux, examen physique et analyse sanguine ACE tous les 6 mois pendant 5 ans. • Tomodensitométrie de l'abdomen annuellement pendant 5 ans. • Tomodensitométrie du bassin annuellement pendant 3 ans, si la tumeur primaire était située dans le rectum. • Tomodensitométrie de la poitrine annuellement pendant 5 ans. • Colonoscopie un an après la chirurgie; la fréquence subséquente est dictée par les constatations; tous les 5 ans si les constatations sont normales. • Si le cancer a empêché la circulation des selles (obstruction) et que la colonoscopie n'est pas effectuée avant la chirurgie, alors colonoscopie après 3 à 6 mois. 			

* La chimiothérapie peut être offerte aux patients présentant un cancer du côlon de stade II qui sont considérés comme s'exposant à un risque élevé de récurrence.

RÉSUMÉ DES OPTIONS DE TRAITEMENT POUR LE CANCER RECTAL

	STADE 0	STADE I	STADE II et III	STADE IV et cancer récurrent
DIAGNOSTIC				
CHOIX DE TRAITEMENT	Polypectomie ou excision locale Pour les cas de stade 0 et certains cas de stade I	Chirurgie	Chirurgie + radiothérapie et chimiothérapie	Chimiothérapie avec ou sans radiothérapie et possiblement, chirurgie
CHOIX DE SCHÉMAS			5-FU/AF, FOLFOX, capécitabine	5-FU/AF, FOLFOX, FOLFIRI, XELOX, capécitabine, irinotécan, raltitrexed
TRAITEMENTS PLUS RÉCENTS				panitumumab, cétuximab, bévacizumab, regorafenib
EXAMENS DE SUIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents médicaux, examen physique et analyse sanguine ACE tous les 6 mois pendant 5 ans. • Tomodensitométrie de l'abdomen annuellement pendant 5 ans. • Tomodensitométrie du bassin annuellement pendant 3 ans, si la tumeur primaire était située dans le rectum. • Tomodensitométrie de la poitrine annuellement pendant 5 ans. • Colonoscopie un an après la chirurgie; la fréquence subséquente est dictée par les constatations; tous les 5 ans si les constatations sont normales. 			

* La chimiothérapie peut être offerte aux patients présentant un cancer du rectum de stade II qui sont considérés comme s'exposant à un risque élevé de récidive.

4.6 Épreuves diagnostiques accompagnant la thérapie ciblée

Les **épreuves diagnostiques accompagnatrices** sont des outils ou des tests qui fournissent des renseignements sur la biologie de votre corps afin d'aider votre équipe de soins de santé à déterminer si vous êtes susceptible de bénéficier de certains traitements. Ces outils peuvent examiner votre composition génétique ou mesurer des biomarqueurs précis dans votre sang qui pourraient suggérer qu'un traitement en particulier pourrait être efficace dans votre cas. L'épreuve diagnostique pour chaque thérapie ciblée est différente selon la voie biologique ciblée par la thérapie. Par exemple, les épreuves diagnostiques pour les traitements qui ciblent la voie de signalisation de l'EGFr valident la présence de mutations génétiques sur les gènes *KRAS* et *NRAS* avant le début du traitement afin de s'assurer que vous êtes un bon candidat pour recevoir cette thérapie. D'autres épreuves diagnostiques qui ciblent le marqueur cellulaire PD-L1 sont en développement pour accompagner des thérapies plus récentes dans le cadre de la planification d'essais cliniques. Veuillez consulter la section 4.7.1 Immunothérapie pour obtenir davantage de détails à ce sujet.

4.7 Autres stratégies

AUTRES STRATÉGIES DANS LA GESTION DU CANCER COLORECTAL MÉTASTATIQUE

- Chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale (CHIP) pour les métastases péritonéales.
- Perfusion artérielle hépatique (PAH) à l'aide d'une pompe de chimiothérapie pour les métastases hépatiques non résécables.
- Radiothérapie stéréotaxique corporelle (RTSC) pour les métastases logées dans le foie, le cerveau et le poumon.
- Microbilles libérant un médicament pour les métastases hépatiques.
- SIR-Spheres pour les métastases hépatiques.
- Cryothérapie/cryoablation pour les métastases pulmonaires.
- Coagulation par micro-ondes pour les métastases pulmonaires.

La chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale (CHIP) pour les métastases péritonéales : la CHIP implique, à la suite d'une intervention chirurgicale abdominale, l'administration de la chimiothérapie directement dans la cavité péritonéale qui entoure les organes abdominaux. Chez les patients présentant des tumeurs/métastases abdominales, ce traitement maximise la quantité de médicaments livrés directement aux tumeurs, tout en minimisant l'apport de médicament dans le sang. Le terme « hyperthermique » fait référence au fait que la solution de chimiothérapie est chauffée afin de rehausser son effet cytotoxique sur

les cellules cancéreuses ainsi que pour augmenter la pénétration du médicament dans les cellules cancéreuses, ce qui amplifie l'efficacité du traitement. La CHIP peut être utilisée durant ou après une intervention chirurgicale.

La perfusion artérielle hépatique (PAH) à l'aide d'une pompe de chimiothérapie pour les métastases hépatiques non résécables : la PAH utilise une pompe abdominale implantée afin de livrer une forte dose de chimiothérapie aux cellules cancéreuses dans le foie, tout en permettant de maintenir une toxicité plus faible dans les sites sains situés à distance plus éloignée de la tumeur. Cette intervention cible le foie via l'artère hépatique du foie, exploitant ainsi l'apport en sang de la tumeur. L'utilisation d'un dispositif de perfusion spécialisé permet à un cathéter de livrer la chimiothérapie directement à l'artère hépatique du foie durant plusieurs semaines et ce mode d'administration de la chimiothérapie est souvent utilisé en association avec le traitement systémique.

La radiothérapie stéréotaxique corporelle (RTSC) pour les métastases logées dans le foie, le cerveau et le poumon : la RTSC implique la livraison de traitements de radiothérapie à fortes doses de radiation afin de cibler les métastases au foie, au cerveau et au poumon. La planification de la RTSC nécessite l'utilisation de techniques d'imagerie ainsi que de multiples angles de faisceaux externes de radiation afin de déterminer la localisation exacte des tumeurs et de procéder à un traitement précis, ce qui réduit les dommages aux tissus sains avoisinants. Habituellement, une session de traitement peut prendre jusqu'à 60 minutes et le traitement complet se conclut en l'espace de quelques jours (habituellement de 3 à 5 traitements administrés une journée sur deux).

Chimioembolisation à l'aide de microbilles libérant un médicament pour les métastases hépatiques ce traitement implique l'administration de microbilles médicamenteuses contenant un agent de chimiothérapie qui sont acheminées par le biais d'un cathéter directement aux cellules cancéreuses dans le foie. Ce mode d'administration du médicament permet de contrôler sur une période de temps la quantité d'agents antitumoraux qui est libérée, ciblant ainsi la tumeur de façon prolongée et minimisant l'exposition des tissus sains au médicament.

La radiothérapie interne sélective à l'aide de microsphères radioactives (SIR-Spheres) pour les métastases hépatiques : les SIR-Spheres sont de minuscules billes de résine polymère ou microsphères, qui contiennent un élément radioactif appelé yttrium-90. Ces microsphères agissent sur les cellules cancéreuses en émettant une forte dose de radiations, ce traitement ciblé permet de protéger les tissus sains avoisinants. Les microsphères sont administrées à un endroit prédéterminé de l'artère hépatique afin de maximiser leur effet sur les cellules cancéreuses, tout en minimisant les répercussions sur les tissus sains.

Cryothérapie/cryoablation pour les métastases pulmonaires : la cryothérapie ou cryoablation fait référence à l'application d'un froid extrême pour détruire les cellules cancéreuses dans le poumon. Cette technique utilise un gaz pour créer un environnement hypothermique, ce qui gèle les cellules cancéreuses. La formation de glace nuit aux fonctions cellulaires, endommageant encore davantage les cellules

cancéreuses. La cryoablation peut être effectuée en utilisant une aiguille à travers la peau ou à l'aide d'un bronchoscope introduit dans la voie respiratoire.

Coagulation par micro-ondes pour les métastases pulmonaires : la coagulation par micro-ondes est l'une de plusieurs techniques utilisées pour traiter les métastases pulmonaires. Cette méthode utilise la radiation par micro-ondes, ce qui fait référence à la région du spectre électromagnétique pour les fréquences situées entre 900 et 2 450 MHz. À l'aide d'une guidance par imagerie, une fine antenne est introduite directement dans la tumeur. Ensuite, un générateur de micro-ondes émet des radiations captées par l'antenne, ce qui agite les molécules d'eau dans les tissus avoisinant la tumeur et produit de la chaleur et de la friction, endommageant les cellules cancéreuses.

Ablation par radiofréquence : l'ablation par radiofréquence utilise des ondes radio à haute énergie comme traitement. Une sonde fine semblable à une aiguille équipée de minuscules électrodes est insérée à travers la peau et poussée jusqu'à la tumeur. L'insertion de la sonde est guidée par échographie ou par tomomodensitométrie. Le bout de la sonde libère des ondes radio à haute fréquence qui chauffent la tumeur et détruisent les cellules cancéreuses.

Chimioembolisation : la chimioembolisation de l'artère hépatique peut être utilisée pour traiter le cancer qui s'est propagé au foie. Cette intervention implique « l'embolisation » (mise en place d'un barrage) de l'artère hépatique (l'artère principale qui alimente la majorité des cellules cancéreuses dans le foie) et l'injection de médicaments contre le cancer dans l'espace entre le barrage et le foie. Les artères du foie s'occupent ensuite de livrer le médicament à travers le foie. Seulement une petite quantité de médicaments atteint d'autres parties du corps.

4.8. Nouvelles avancées dans le traitement du cancer colorectal métastatique

Les nombreux domaines de la recherche active comprennent la prévention de la maladie, le dépistage, le traitement hâtif et les options pour traiter la maladie de stade avancé. Durant les 50 dernières années, la chimiothérapie a été la principale approche thérapeutique pour traiter les patients atteints de cancer colorectal. La recherche thérapeutique a mené à l'association d'un agent biologique et d'un schéma de chimiothérapie. Des essais cliniques sont continuellement en cours visant à identifier des traitements plus efficaces et plus sécuritaires. Certaines des nouvelles avancées sur le traitement du cancer colorectal sont mises en évidence ci-dessous.

4.8.1 Immunothérapie

L'immunothérapie est un type plus récent de thérapie biologique qui utilise le propre système immunitaire d'une personne pour combattre le cancer ou d'autres maladies. Ces thérapies sont conçues pour stimuler le système immunitaire à travailler plus fort ou fournir les ingrédients nécessaires pour aider le système immunitaire à mieux identifier les cellules cancéreuses.

Des immunothérapies, comme le pembrolizumab (Kytruda^{MD}) et le nivolumab (Opdivo^{MD}), sont devenues des armes importantes pour combattre le cancer de la peau et du poumon. Ces traitements interfèrent avec la voie de signalisation du système immunitaire, plus précisément avec les communications entre les cellules immunitaires guerrières, qu'on appelle les cellules T, et les cellules cancéreuses. **Le PD-1 est un marqueur cellulaire sur les cellules T qui communique avec le PD-L1, un marqueur sur les cellules cancéreuses. En interrompant ou en « inhibant » cette communication**, il empêche les cellules immunitaires du corps d'être détruites, ce qui permet aux cellules immunitaires de combattre plus longtemps le cancer. En d'autres mots, la voie PD-1/PD-L1 agit comme un « point de contrôle » pour détruire les cellules immunitaires. En raison de ce mode de fonctionnement, les thérapies qui ciblent ou qui bloquent l'accès à ces types de voies de communication sont souvent appelées « inhibiteurs de point de contrôle immunitaire ».

Des études cliniques sont en cours pour mieux comprendre si les immunothérapies fonctionnent bien en présence de cancer colorectal. Des études préliminaires sur les inhibiteurs de la voie PD-1/PD-L1 ont montré des résultats prometteurs chez des patients présentant un cancer colorectal dont les tumeurs montrent des signes d'**instabilité microsatellite**, ce qui signifie que la capacité des cellules cancéreuses à fixer l'ADN a été compromise (souvent remarqué chez les individus atteints du syndrome de Lynch). Certaines études montrent que les niveaux individuels du marqueur de cellules cancéreuses PD-L1 pourraient influencer le type d'immunothérapie qu'un patient devrait recevoir. Des épreuves diagnostiques accompagnatrices pouvant mesurer la concentration de PD-L1 sont en voie de développement afin de pouvoir déterminer si les inhibiteurs de PD-L1 sont le choix approprié de traitement selon le patient.

4.8.2 Autres thérapies émergentes

Trifluridine/Tipiracil

La trifluridine/tipiracil (Lonsurf^{MD}) est un traitement administré par voie orale associant différents médicaments pour combattre le cancer colorectal. Il est actuellement à l'étude chez des patients atteints d'un cancer colorectal de stade avancé qui n'ont pas répondu à la chimiothérapie ni aux thérapies anti-VEGF et anti-EGFr (maladie réfractaire). Le TAS-102 a été approuvé aux États-Unis pour combattre la maladie réfractaire, mais il n'est pas encore offert dans le traitement du cancer colorectal au Canada.

Ramucirumab

Le ramucirumab (Cyramza^{MD}) est un anticorps monoclonal totalement humain qui se lie au récepteur du VEGF et qui bloque la signalisation du VEGF qui mène à l'angiogenèse. Le ramucirumab est approuvé aux États-Unis pour le traitement du cancer colorectal de stade avancé à la suite d'un échec lors d'un traitement par bévacizumab plus une chimiothérapie (traitement de deuxième intention). Le ramucirumab n'est pas encore offert au Canada pour traiter le cancer colorectal.

4.8.3 Biosimilaires

Les brevets de plusieurs thérapies biologiques actuellement utilisées arrivent bientôt à échéance. En conséquence, plusieurs compagnies commencent à mettre au point des médicaments **biosimilaires**. Un biosimilaire est un type de thérapie biologique qui est grandement similaire à un agent biologique déjà approuvé, mais qui n'est pas complètement identique. Les biosimilaires sont fabriqués de façon à satisfaire aux standards de fabrication des autorités réglementaires et offrent une économie pour le système de santé. L'économie est réalisée en raison du processus d'approbation plus court pour un biosimilaire que pour la thérapie originale, l'agent biologique « novateur », ce qui permet de réduire le coût de production de ces médicaments. Des biosimilaires pour combattre le cancer colorectal sont actuellement en développement au Canada, aux États-Unis et en Europe.

4.8.4 Études cliniques au Canada

Des études cliniques impliquant l'essai de médicaments en développement ou différentes associations de thérapies sont importantes afin d'obtenir des avancées dans le traitement du cancer colorectal. Si les thérapies traditionnelles n'agissent plus ou si les effets secondaires sont impossibles à gérer, les patients atteints de cancer colorectal peuvent tenter d'obtenir l'accès à des médicaments expérimentaux ou à des associations thérapeutiques à l'étude en participant à une étude clinique. Votre médecin peut vous expliquer les différents types d'essais cliniques en cours impliquant de nouveaux traitements contre le cancer, vous aidant ainsi à déterminer si vous êtes un candidat possible et si l'essai clinique est approprié pour vous.

4.8.5 Consentement éclairé

Avant de vous inscrire à une étude clinique, il est important de comprendre l'importance du **consentement éclairé et de vos droits à titre de patient**. Votre équipe de médecins et d'infirmières discutera en détail avec vous des objectifs de l'étude clinique ainsi que de ce qu'on attend de vous comme participant et ce à quoi vous pouvez vous attendre comme bienfaits (traitements, examens ainsi que risques et bienfaits). Il sera également discuté de la confidentialité de votre dossier médical. Après cette discussion, votre équipe d'étude clinique vous fournira un formulaire de consentement éclairé à lire. Si vous acceptez de participer à l'étude, vous devrez signer le formulaire de consentement. Souvenez-vous de demander que les nouvelles informations sur l'étude à laquelle vous participez vous soient communiquées dès qu'elles sont connues. À titre de patient, vous avez le droit de décider de participer ou non à une étude clinique, et vous avez également le droit en tout temps de cesser votre participation.

Vous pouvez trouver des informations relatives aux études cliniques en cours au Canada sur le site Internet de Cancer colorectal Canada. Visitez le www.cancercolorectalcanada.com.

QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

1. À quoi puis-je m'attendre du traitement?
2. Quels sont les noms des médicaments qui seront utilisés pour me traiter?
3. Que puis-je m'attendre à ressentir après l'administration des traitements?
4. Comment vais-je savoir si le traitement fonctionne?

Si vous voulez connaître d'autres questions que vous pouvez poser, visitez le www.cancercolorectalcanada.com.

4.9 Trouver un sens au périple du patient

Un patient qui est diagnostiqué d'un cancer colorectal s'embarque dans une aventure pour laquelle il n'est inévitablement pas préparé. Si vous avez été diagnostiqué d'un CCR, il y a tellement de variables qui rendent votre expérience unique; à partir des symptômes initiaux et des tests diagnostiques jusqu'au traitement et à ses résultats. Apprendre que vous avez un CCR comporte des répercussions émotionnelles importantes; non seulement sur vous, mais également sur vos proches. Vous pouvez ressentir un état de choc et la négation de la situation, de la colère, de la dépression et de la peur. Au moment du diagnostic, vous aurez tellement de questions en tête; il est important de communiquer avec vos fournisseurs de soins de santé afin d'obtenir des réponses à toutes vos questions afin que vous compreniez ce qui vous attend. Il est essentiel d'établir une communication ouverte et claire avec tous ceux qui sont impliqués dans votre traitement. Il est utile de préparer d'avance une liste de questions avant une consultation afin de ne pas oublier quelque chose. Si vous ne comprenez pas ce que votre fournisseur de soins de santé vous explique, assurez-vous de le dire afin qu'il ait la possibilité de vous expliquer la situation d'une façon qui est plus claire pour vous.

Souvent, les patients atteints de CCR ont l'impression que leur vie est hors de contrôle. Une des premières étapes les plus importantes pour regagner la sensation de contrôle est de mettre au point un plan d'action pour le traitement. Le traitement du CCR repose sur un nombre d'éléments (c.-à-d., le stade du cancer, l'admissibilité à la chirurgie, la tolérance des effets secondaires, la réponse à la thérapie). La fidélité au plan de traitement peut améliorer les résultats, alors vous devriez être d'accord avec le plan de traitement recommandé et être préparé à affronter tout effet secondaire.

Même après le traitement initial, d'autres analyses sont nécessaires afin de déterminer l'efficacité de la thérapie ou l'évolution de la maladie. L'attente des résultats de ces tests peut causer une grande anxiété et du stress, un effort devrait être fait afin de faire face à ces sentiments. Plusieurs organisations et groupes de soutien offrent de l'aide aux individus et aux familles qui sont aux prises avec le CCR. Ce soutien est important puisqu'il encourage souvent la force psychologique, une vision plus positive et l'acceptation de la maladie et des situations qui en découlent.

Le CCR est un diagnostic qui change une vie. Il vous touche physiquement et émotionnellement et peut également avoir des répercussions sur votre travail et votre vie de famille. La chose la plus importante dont il faut se souvenir est que vous n'êtes pas seul. Cancer Colorectal Canada (CCC) a une liste des groupes de soutien offerts à travers le pays et vous pouvez consulter cette liste sur le site www.cancercolorectalcanada.com/. Vous pouvez également consulter la section « Trouver de l'information » de ce guide pour obtenir une liste des groupes de soutien et des ressources qui vous aideront à gérer votre périple avec le CCR.

4.10 Suivi

Des examens à intervalles réguliers après votre traitement vous permettront de discuter et de poser des questions ainsi que de gérer tout effet secondaire du traitement. Votre équipe de soins de santé vous aidera également à trouver du soutien émotionnel ou social, si vous en avez besoin.

Le plus important est de vous présenter à tous les rendez-vous de suivi qui ont été planifiés, puisque le cancer peut récidiver dans le côlon ou le rectum après le traitement ou un nouveau cancer peut commencer dans une autre partie du corps. Des examens physiques et radiologiques à intervalles réguliers peuvent aider à dépister de façon précoce les traces de cancer, que ce soit une récurrence de la maladie ou un nouveau cancer. Vos examens de suivi seront prévus pour plusieurs années.

Si votre cancer a été évalué comme étant de stade II ou III, votre équipe de soins de santé pourrait évaluer votre état de santé à l'aide de différents examens, y compris l'examen physique ou différents examens d'imagerie. Si votre chirurgien n'a pas été en mesure d'inspecter au complet votre intestin au moment de l'intervention chirurgicale, une colonoscopie de suivi pourrait également être demandée. Le tableau ci-dessous résume les différents examens qu'il est possible qu'on vous demande de passer dans le cadre de votre plan de suivi ainsi que leur fréquence.

LES EXAMENS DE SUIVI PEUVENT COMPRENDRE LES SUIVANTS :

Examen	Recommandation	Fréquence recommandée
Examen physique, antécédents et ACE	Un entretien sur antécédents médicaux et un examen physique accompagnés d'une analyse de laboratoire pour déterminer la concentration d'ACE devraient être effectués.	Tous les 6 mois pendant 5 ans
Imagerie abdominale	Une tomodensitométrie abdominale est recommandée.	Annuellement pendant 5 ans
Imagerie du bassin	Une tomodensitométrie du bassin est recommandée si la tumeur primaire était située dans le rectum.	Annuellement pendant 5 ans
Imagerie thoracique	Une tomodensitométrie de la poitrine est recommandée.	Annuellement pendant 5 ans
Colonoscopie	Une colonoscopie de surveillance est recommandée.	<ul style="list-style-type: none"> • Un an après l'intervention chirurgicale. • La fréquence des colonoscopies subséquentes devrait être dictée par les résultats. • Généralement, aux 5 ans si les constatations lors de l'examen sont normales.

D'après la publication suivante de Action Cancer Ontario : Members of the Colorectal Cancer Survivorship Group. Follow-up care, surveillance protocol, and secondary prevention measures for survivors of colorectal cancer. Toronto (ON): Cancer Care Ontario; 2012 Feb 3. Program in Evidence-based Care Evidence-Based Series No.: 26-2 Version 2. 15 mars 2016.

PEU IMPORTE LA DATE DE VOTRE PROCHAINE CONSULTATION, CONTACTEZ VOTRE MÉDECIN SI VOUS SUBISSEZ TOUT NOUVEAU SYMPTÔME PARMIS LES SUIVANTS, OU LA PERSISTANCE OU L'AGGRAVATION DE L'UN DE CES SYMPTÔMES :

- douleur abdominale, particulièrement du côté droit;
- toux sèche;
- fatigue;
- nausées;
- perte de poids inexplicable;
- douleur au bassin;
- pincement du nerf sciatique;
- difficulté à uriner;
- difficulté à aller à la selle.

D'après la publication suivante de Action Cancer Ontario : Members of the Colorectal Cancer Survivorship Group. Follow-up care, surveillance protocol, and secondary prevention measures for survivors of colorectal cancer. Toronto (ON): Cancer Care Ontario; 2012 Feb 3. Program in Evidence-based Care Evidence-Based Series No.: 26-2 Version 2. 15 mars 2016.

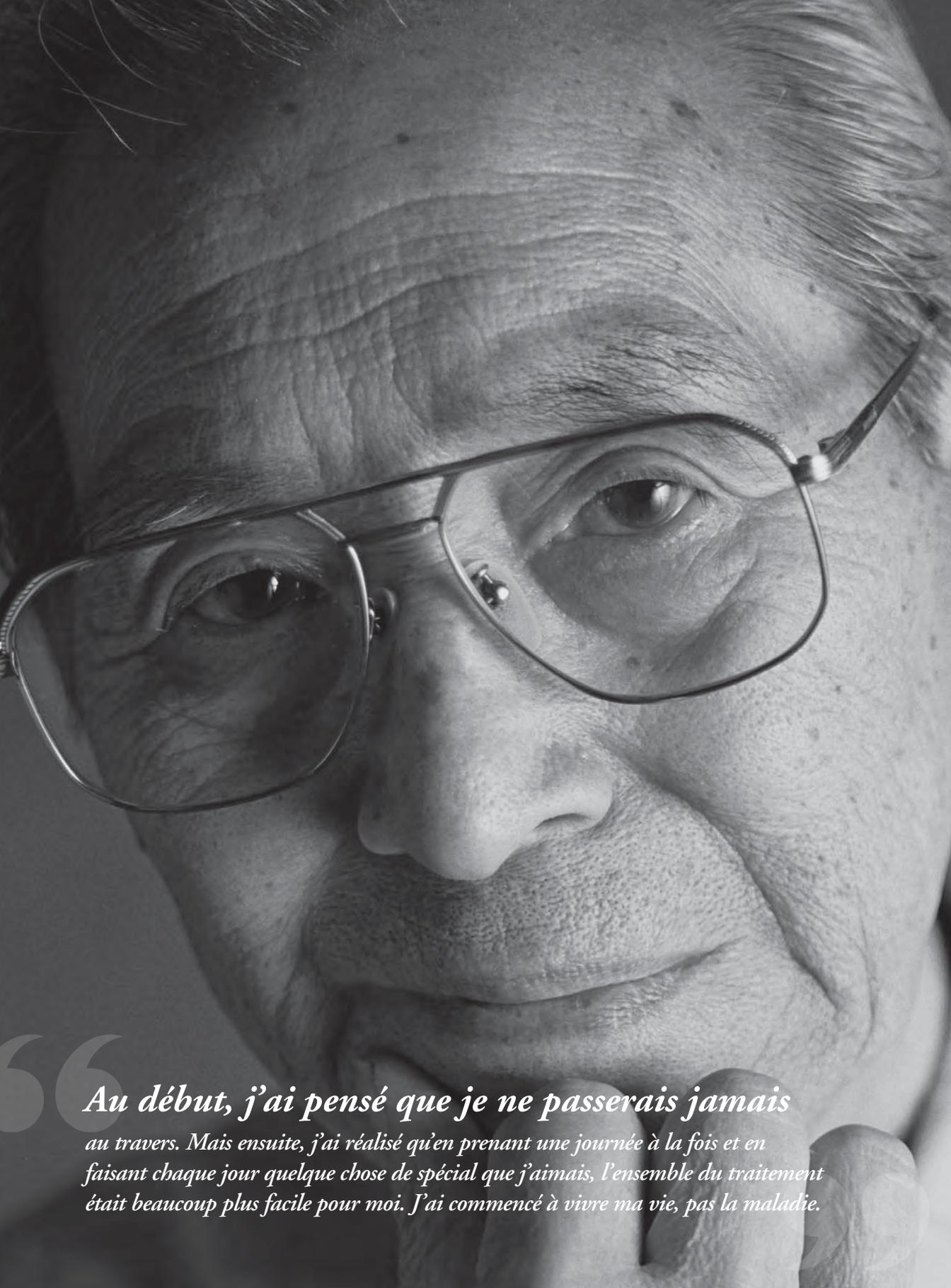
Discutez avec votre médecin ou d'autres membres de votre équipe de soins de santé de tout symptôme ou effet secondaire qui vous préoccupe.

4.11 Soins palliatifs

Les soins palliatifs peuvent avoir différentes définitions et il est important que vous compreniez de quel type de soins votre professionnel de la santé peut discuter avec vous. La thérapie palliative dans le contexte du cancer peut faire référence à des traitements visant à retarder l'évolution du cancer et à réduire les symptômes liés au cancer chez les patients atteints d'une maladie métastatique causée par un cancer qui ne peut pas être guéri. En présence d'un cancer colorectal ayant évolué à un stade plus avancé, les traitements palliatifs anticancéreux peuvent être administrés durant quelques années afin de ralentir la croissance des tumeurs.

Les soins palliatifs peuvent également faire référence aux différents aspects des soins de fin de vie en gérant la douleur et d'autres symptômes, en fournissant un soutien psychologique, émotionnel et spirituel, en soutenant les aidants et en fournissant un soutien dans le deuil.

Il existe plusieurs ressources offertes aux patients atteints de cancer colorectal et à leur famille qui sont rendus à l'étape de la fin de vie en raison de la maladie. Veuillez consulter la section « Trouver de l'information » pour obtenir une liste des organisations qui peuvent offrir un soutien palliatif.



Au début, j'ai pensé que je ne passerais jamais au travers. Mais ensuite, j'ai réalisé qu'en prenant une journée à la fois et en faisant chaque jour quelque chose de spécial que j'aimais, l'ensemble du traitement était beaucoup plus facile pour moi. J'ai commencé à vivre ma vie, pas la maladie.

5. Vivre avec le cancer

Vivre avec le cancer est un défi. Vous seul pouvez déterminer quelle est la meilleure façon pour vous de faire face au cancer et aux traitements et comment gérer votre vie quotidienne. Vous vous sentirez mieux si vous participez activement à votre propre prise en charge.

En plus des aspects médicaux du cancer, vous aurez à faire face à différentes questions d'ordre émotionnel, psychologique et pratique. Vous devrez peut-être prendre des décisions que vous n'auriez pas eu à prendre autrement concernant vos priorités.

Cette section comprend des techniques qui peuvent vous aider à faire face à la maladie que plusieurs patients ont trouvées utiles, ainsi que des ressources afin de vous aider à trouver l'aide et l'information dont vous avez besoin.

5.1 Mettre les statistiques en perspective

Plusieurs statistiques publiées sont dépassées puisqu'elles sont basées sur des méthodes plus anciennes de traiter le cancer. De plus, les statistiques indiquent seulement la façon dont des *groupes* de patients répondent à une maladie précise ou à un traitement spécifique; elles ne peuvent pas prédire la réponse d'un *individu* en particulier. Vous voulez savoir quelles sont vos chances de guérir, mais ne laissez pas une attitude positive être affectée de façon négative par des statistiques qui n'ont rien à voir avec vous. Afin de mieux faire face au cancer, concentrez toutes vos ressources mentales et émotionnelles de façon positive.

5.2 Faire face au traitement

Cela peut sembler difficile, mais il est préférable de reconnaître, de vous défouler et d'exprimer ce que vous ressentez. Vous pouvez préférer parler à vos proches, à vos amis, à un membre de votre équipe de soins de santé ou à d'autres patients dans le cadre d'une rencontre d'un groupe de soutien. Une réunion d'un groupe de soutien ou groupe d'aide peut être un bon endroit pour parler avec des individus qui ont fait face à des problèmes similaires aux vôtres, pour apprendre comment ils ont géré leur situation et pour partager vos émotions et vos expériences. Vous pouvez également désirer consulter un conseiller professionnel, tel qu'un psychologue, afin de vous aider à gérer vos émotions.

La majorité des gens trouvent qu'ils gèrent mieux leur maladie s'ils ont un bon soutien émotionnel. Trouvez le soutien émotionnel qui vous convient.

Les techniques pour réduire l'anxiété, telles que la méditation ou la relaxation, peuvent vous aider à traverser votre expérience du cancer. Plusieurs programmes sont offerts afin de vous enseigner la façon de mieux gérer le stress, tels que le Programme de mentorat du groupe Banque Scotia de Cancer colorectal Canada ou ses groupes de soutien sur le cancer colorectal.

5.3 Relations interpersonnelles

Le cancer change non seulement votre vie, mais également la vie de ceux qui vous entourent. Partager votre expérience du cancer avec des proches peut renforcer certaines relations, mais d'autres peuvent devenir plus tendues et même se terminer.

La plupart des personnes sont encourageantes et concernées lorsqu'elles apprennent qu'une personne qui leur est chère est atteinte d'un cancer, mais d'autres peuvent avoir de la difficulté à faire face à leurs propres émotions face à votre diagnostic. Elles peuvent réagir en se retirant, en vous blâmant d'avoir attrapé le cancer, en faisant des remarques telles que « tu es chanceux que cela se traite » ou en vous donnant des conseils sans que vous les ayez demandés. Leurs réactions peuvent vous blesser ou vous fâcher à un moment où vous avez vraiment besoin de soutien.

Les personnes qui réagissent ainsi le font en raison de leurs propres peurs et non par manque d'empathie. Vous devez décider quelles seront les personnes que vous informerez de votre diagnostic et ce que vous leur direz. Avoir quelqu'un d'autre à qui parler peut s'avérer utile et même énergisant.

5.4 Âge

Le cancer peut survenir à n'importe quelle étape de la vie d'un individu. Chaque étape apporte son lot de préoccupations et vous trouverez peut-être utile d'en discuter avec des gens de votre groupe d'âge. Les jeunes sont souvent préoccupés par l'effet du cancer sur leurs études, la possibilité d'entreprendre une carrière, leurs relations sociales et la possibilité d'avoir un compagnon ou de fonder une famille. Les individus d'âge moyen trouvent souvent que le cancer a un effet sur leur carrière et rend plus difficile la tâche de s'occuper des gens qui dépendent d'eux, tels que des enfants ou des parents âgés. Les personnes âgées peuvent s'inquiéter des effets du cancer sur leurs autres problèmes de santé, craindre de ne pas recevoir assez de soutien et de perdre l'opportunité de profiter de leur retraite.

Il est important de faire face à vos préoccupations et de les gérer. Vous pouvez adhérer à un groupe de soutien spécifiquement pour les patients atteints de cancer colorectal et partager des expériences, des préoccupations et des émotions similaires aux vôtres sur le site Internet de Cancer colorectal Canada.

5.5 Image de soi

Bien que la perte de cheveux ne soit pas associée à tous les traitements contre le cancer colorectal, vous pouvez remarquer des changements à court terme affectant votre image, tels qu'une perte de cheveux, une peau sèche, des ongles cassants, une peau plus terne et le syndrome mains-pieds. Selon votre traitement, il est également possible qu'un sac de stomie vous soit implanté de façon temporaire ou permanente. Le programme « Belle et bien dans sa peau » enseigne aux femmes et aux hommes atteints de cancer, la façon de prendre en charge les changements à leur apparence physique. Veuillez consulter la section sur les ressources à la page 59, pour obtenir les détails pour contacter le programme et de l'information additionnelle.

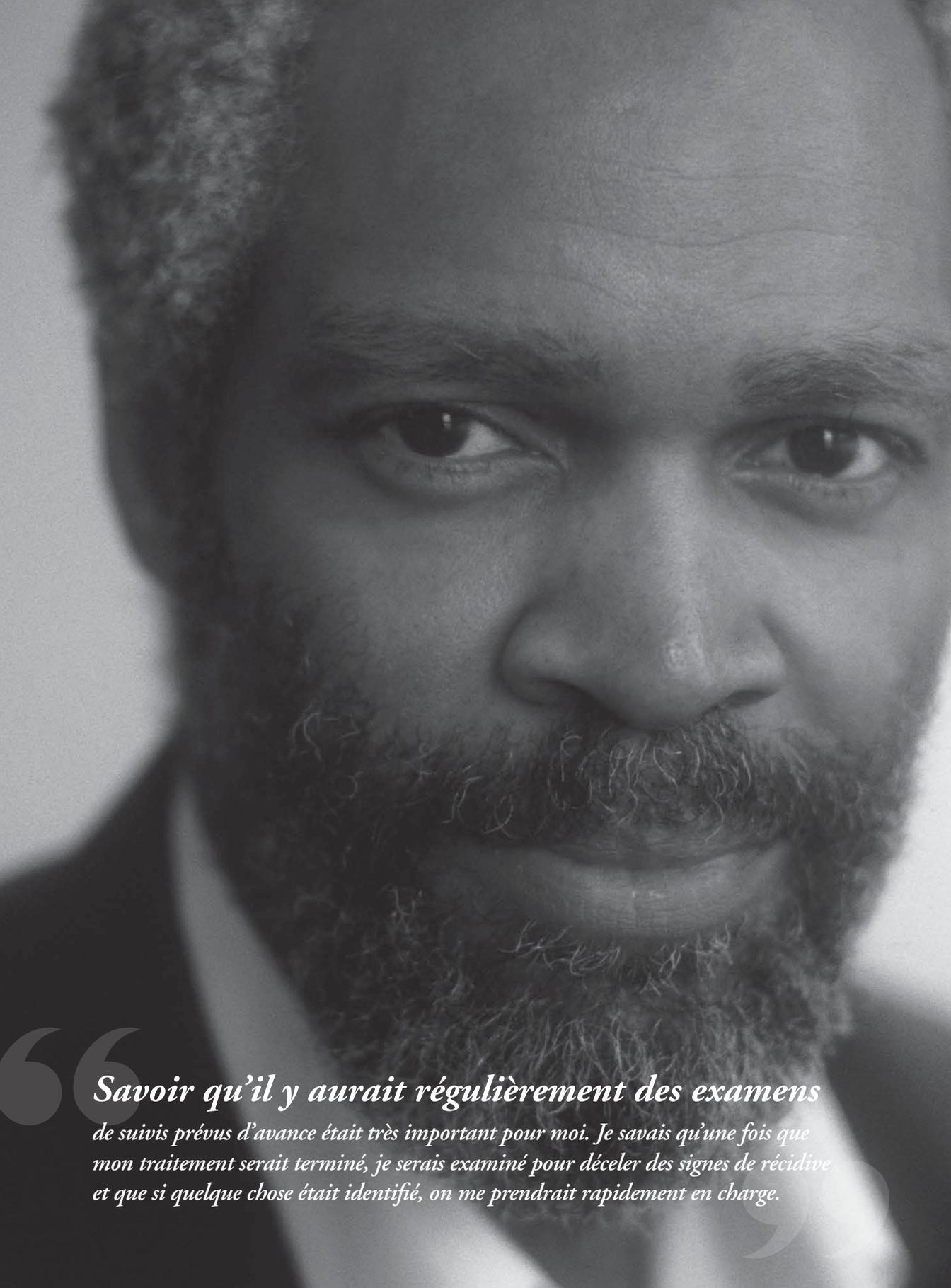
5.6 Fatigue

La fatigue est un effet secondaire fréquent qui peut vous imposer des limites sur ce que vous pouvez accomplir dans une journée en particulier. Vous devez considérer la question de continuer à travailler ou à étudier à temps plein. Établissez des priorités. Ralentissez le rythme de vos activités et écoutez votre corps. Cessez vos activités et reposez-vous lorsque vous êtes fatigué. Veuillez consulter la rubrique Ressentir de la fatigue à la section sur les effets secondaires de la chimiothérapie à la page 18, afin d'obtenir davantage d'information à ce sujet.

5.7 Thérapies complémentaires/alternatives (TCA)

La méditation, la relaxation et la visualisation aident souvent les patients atteints de cancer à diminuer leur niveau de stress et d'anxiété, ainsi qu'à maintenir une attitude positive. Il existe plusieurs types de thérapies qui favorisent la relaxation. Votre équipe de soins de santé ou votre groupe de soutien peut vous aider à trouver des ateliers qui enseignent ces techniques. L'exercice est également important afin de réduire le stress et la frustration. Faites l'expérience de différentes techniques ou activités afin de trouver celles qui améliorent votre sentiment de bien-être.

Vous serez peut-être aussi intéressé à expérimenter des traitements de médecine « naturelle » tels que des vitamines, des remèdes à base d'herbes ou d'autres thérapies qui, sans preuve médicale à l'appui, sont publicisées comme remède miracle contre le cancer. L'utilisation de ces thérapies médicamenteuses alternatives contenant possiblement des ingrédients inconnus qui n'ont pas fait l'objet de tests scientifiques approuvés peut entrer en conflit avec le traitement prescrit par votre équipe de soins de santé et le rendre moins efficace. Afin de vous assurer que vous recevez le traitement le plus efficace pour votre cas, discutez de votre intérêt pour ces TCA avec votre équipe de soins avant de les essayer, particulièrement durant votre traitement.



Savoir qu'il y aurait régulièrement des examens

de suivis prévus d'avance était très important pour moi. Je savais qu'une fois que mon traitement serait terminé, je serais examiné pour déceler des signes de récurrence et que si quelque chose était identifié, on me prendrait rapidement en charge.

6. Après le traitement

Vous sentirez peut-être que la réussite du traitement vous a donné une autre chance de vivre votre vie. Il n'est pas rare que le cancer change les priorités ou les directions de carrière.

6.1 Vivre en rémission

La période de rémission est celle qui fait suite au traitement lorsque les signes et les symptômes du cancer ont diminué ou sont disparus, bien que le cancer puisse encore être présent dans le corps. Vivre en **rémission** peut être une source à la fois de soulagement et d'anxiété. Le soulagement de savoir que votre tumeur a disparu et la peur qu'elle récidive. Il est important de faire face aux changements dans votre attitude face à votre vie, face à vos relations interpersonnelles et face à vous-même. Il est également important, tout en souhaitant que la maladie demeure en rémission, de se rappeler qu'elle peut récidiver. Il faut donc prendre des mesures pour conserver une bonne santé et suivre les recommandations de votre médecin concernant les visites de suivi.

6.2 Si le cancer récidive

Si vous faites face à une **rechute**, vous pouvez vous sentir psychologiquement encore plus mal en point qu'au moment du diagnostic, parce que vous avez espéré et souhaité que votre cancer soit guéri. Cependant, l'expérience sera peut-être beaucoup plus facile pour vous la seconde fois; vous savez à quoi vous attendre, la façon de trouver du soutien et la façon de gérer votre maladie. Souvenez-vous, si votre cancer a pu être guéri avec succès une première fois, il peut l'être de nouveau. Utilisez tout le soutien nécessaire pour passer à travers la rechute.

6.3 Faire face à la stérilité

Si vous avez l'intention d'avoir éventuellement des enfants, il serait utile de discuter de vos options avec votre équipe de soins de santé avant de commencer le traitement contre le cancer. Si vous désirez avoir des enfants et que vous ne le pouvez pas en raison des traitements que vous avez reçus pour lutter contre votre cancer, vous devrez faire face à des questions pratiques et émotionnelles. Vous serez peut-être capable de gérer votre déception par vous-même ou vous aurez peut-être besoin d'aide. Votre conjoint, votre famille, vos amis ou un groupe de soutien peuvent vous aider.

6.4 Cinq façons de maintenir une bonne santé

Pour la majorité des individus, l'âge et les habitudes de vie contribuent au développement du cancer colorectal, non pas les gènes avec lesquels ils sont nés. Votre âge et vos antécédents familiaux de cette maladie sont hors de votre contrôle, mais vous pouvez maîtriser certains facteurs de risque reliés au style de vie. Des études indiquent que certaines décisions de style de vie augmentent le risque de développer un cancer colorectal, tel que l'usage du tabac, les mauvaises habitudes alimentaires et la consommation excessive d'alcool.

- 1. Consommation d'alcool :** la consommation d'alcool peut augmenter votre risque. Des taux plus faibles de cancer colorectal ont été constatés chez les individus qui ne consomment pas d'alcool. Bien qu'on pense que la consommation d'une petite quantité d'alcool puisse réduire le risque de certains types de maladies cardiaques, il semble que l'alcool, particulièrement en plus grande quantité, puisse contribuer à l'incidence du cancer colorectal.
- 2. Poids :** avoir un surplus de poids (particulièrement si l'excès de tissus adipeux se situe dans la région de la taille au lieu des hanches ou des cuisses) augmente votre risque, particulièrement pour les hommes.
- 3. Activité physique :** le manque d'activité physique a été associé à des taux plus élevés de cancer colorectal et peut évidemment également mener à un gain de poids. Les individus qui étaient physiquement actifs avant le diagnostic de cancer colorectal semblent mieux réagir à la situation. Les individus qui commencent une activité physique régulière après leur diagnostic de cancer colorectal obtiennent souvent de meilleurs résultats. Soyez physiquement actif pendant au moins 30 minutes tous les jours.
- 4. Usage du tabac :** le fait de fumer depuis longtemps un grand nombre de cigarettes par jour peut également augmenter votre risque. Des études indiquent que les fumeurs sont de deux à trois fois plus susceptibles de développer des polypes dans la région colorectale.
- 5. Alimentation :** vos habitudes alimentaires peuvent avoir une influence sur votre risque de développer un cancer colorectal. De nombreuses recherches ont été effectuées et les principaux facteurs sont la faible consommation de fruits et légumes, le manque de fibres, la consommation excessive de viande rouge et de charcuteries ainsi que la consommation fréquente d'aliments peu nutritifs qui sont riches en gras et en sucre.

Matières grasses : certaines études ont montré que les aliments à forte teneur en matières grasses (aliments frits, viande rouge et « malbouffe » telle que croustilles et autres grignotines prêtes-à-manger) peuvent constituer un risque. Lorsque vous cuisinez, essayez d'utiliser de l'huile d'olive qui est une meilleure option que le beurre, mais allez-y tout de même avec modération.

Fibres : Plusieurs études ont examiné les bienfaits des fibres sur la réduction du risque de cancer colorectal. Les fibres peuvent être obtenues en mangeant beaucoup de légumes, de fruits, de grains entiers, de noix et de légumineuses (fèves, lentilles, pois chiches). Essayez qu'au moins la moitié des produits céréaliers que vous mangez soient de grains entiers et consommez différentes céréales comme l'orge, le riz brun, l'avoine, le quinoa et le riz sauvage. Mettez sur la variété!

Fruits et légumes : plusieurs études le disent : une alimentation riche en fruits et légumes variés réduit le risque de cancer colorectal, tant chez les hommes que chez les femmes. Pourquoi ? Les fruits et les légumes contiennent généralement peu de calories et sont plus riches en fibres, en nutriments et en antioxydants. Les fruits et les légumes aident également à maintenir un poids santé et à évacuer plus rapidement les résidus alimentaires de votre corps. Mettez beaucoup de couleur dans votre assiette !

Consommation de viande : plusieurs études ont montré que le fait de manger de grandes quantités (plus de 500 grammes, poids après la cuisson) de viande rouge ou de viandes préparées, joue un rôle dans le développement du cancer colorectal. Faire cuire les viandes à de fortes températures (dans une friteuse ou sur le barbecue) peut modifier des substances inoffensives contenues dans la viande en agents causant le cancer ou **cancérogènes**. Essayez de remplacer certains repas de viandes rouges par du poisson ou un repas végétarien à base de légumineuses.

Produits laitiers : les produits laitiers fournissent un grand nombre de nutriments dont les bienfaits sont importants. Ils aident, par exemple, à la formation et au maintien d'une bonne masse osseuse, mais de nombreuses études semblent également indiquer que le lait aurait un effet bénéfique sur la réduction du risque de cancer colorectal. Cet effet protecteur semble être associé à deux nutriments clés: le calcium et la vitamine D. Toutefois, d'autres composantes du lait pourraient également jouer un rôle. On pense que le calcium du lait aide à prévenir et à freiner la croissance de polypes bénins dans le côlon, un des signes précurseurs du cancer colorectal.

Réduisez votre risque de développer un cancer colorectal en changeant votre façon de vous alimenter et en adoptant un mode de vie sain. Chaque petit changement compte!

La liste suivante contient quelques exemples d'aliments qui sont riches en nutriments et en propriétés phytochimiques qui pourraient, dans le cadre d'une alimentation équilibrée, influencer positivement votre santé. N'oubliez pas que l'important est d'incorporer une grande variété d'aliments sains à votre alimentation en essayant le plus possible de cuisiner avec des aliments frais, non transformés.

- chou et légumes crucifères;
- algues (algues marines);
- tofu;
- miso;
- saumon;
- piment chili rouge/poudre de chili;
- safran;
- curcuma;
- gingembre;
- persil;
- origan;
- thym;
- oignons, échalotes et ciboulette;
- ail;
- huile d'olive;
- graines de lin;
- noix de Grenoble;
- pacanes;
- pistaches;
- amandes;
- fèves de soya (édamames);
- fèves;
- avoine;
- poires;
- agrumes;
- petits fruits;
- abricots;
- tomates;
- bette à carde;
- patates douces;
- épinards;
- champignons;
- chou kale;
- carottes;
- chou de Bruxelles;
- brocoli;
- poivrons;
- betteraves;
- avocats;
- artichauts;
- asperges.

Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet des aliments qui aident à prévenir le cancer, visitez le site foodsthatfightcancer.ca. Vous y trouverez plusieurs délicieuses recettes!

POUR RESTER EN SANTÉ ET VOUS PROTÉGER CONTRE LE CANCER COLORECTAL :

- mangez des légumes, fruits, poissons, volailles, produits de grains entiers et légumineuses;
- mangez moins de matières grasses et de viande rouge;
- évitez de fumer, buvez moins d'alcool;
- faites de l'exercice régulièrement, au moins 30 minutes par jour.



La prévention par l'adoption d'un mode de vie sain et le dépistage actif est une partie importante de la prévention du développement et de la récurrence du cancer colorectal. Cancer colorectal Canada offre un nombre de ressources et d'autres informations en ligne, visitez le site www.cancercolorectalcanada.com/ pour en savoir plus.



Comprendre les différentes options

de traitement était si important pour moi. Non seulement je me suis sentie mieux parce que je savais à quoi m'attendre du traitement que je recevais, mais je savais aussi que si le traitement ne fonctionnait pas, il y avait d'autres options qui pouvaient m'être offertes.

7. Renseignements sur le dépistage à l'intention des familles et des aidants

On peut facilement prévenir le cancer colorectal s'il est identifié hâtivement avant que les polypes évoluent en cancer. Lorsque le cancer est confirmé tôt dans le cours de la maladie, particulièrement avant qu'il n'ait eu l'opportunité de se propager hors du côlon, un traitement hâtif peut mener à d'excellents résultats.

Le processus de diagnostic commence habituellement par une consultation avec votre médecin de famille en raison d'un problème précis ou d'un symptôme, ou peut-être parce que votre médecin a constaté quelque chose qu'il n'avait pas remarqué avant, pendant un examen de routine. Votre médecin vous posera des questions sur votre santé et notera vos antécédents médicaux; il procédera à un examen physique et vous prescrira des examens additionnels que vous devrez passer. Un diagnostic doit absolument être confirmé par un pathologiste à l'aide d'un examen des cellules sous microscope.

7.1 Comprendre les risques

Comprendre votre niveau de risque peut vous aider à prendre des décisions concernant le dépistage et la prévention.

Si une personne présente un risque élevé, son médecin peut établir un programme individualisé de **dépistage** fondé sur ses antécédents médicaux et familiaux. Ce programme peut comprendre l'une ou plusieurs des méthodes de dépistage décrites ci-dessous. Il est fort probable que la personne concernée ait besoin d'examens de dépistage plus fréquents et habituellement, avant d'avoir atteint l'âge de 50 ans.

Le dépistage génétique est recommandé pour les individus présentant une importante histoire familiale de cancer. Dans ce cas, votre médecin peut vous recommander de consulter un conseiller génétique. Les mutations génétiques peuvent être héritées du côté maternel ou paternel de la famille; en conséquence, les conseillers génétiques examinent les antécédents complets de la famille ou généalogie, en reculant habituellement de trois générations. Veuillez consulter la section 8 « Trouver de l'information » pour obtenir de l'information additionnelle.

QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

1. Selon mes antécédents familiaux et médicaux, est-ce que j'ai des facteurs de risque qui pourraient me rendre plus susceptible de développer un cancer colorectal?
 2. Si j'ai des facteurs de risque, y a-t-il des modifications que je peux faire pour diminuer le risque?
 3. Quels sont les signes et les symptômes que je devrais connaître?
- Pour obtenir d'autres suggestions de questions, veuillez visiter le www.cancercolorectalcanada.com.

7.2 Symptômes

Les symptômes ou signes d'avertissement du cancer colorectal ne sont pas souvent évidents. Les symptômes se manifestent ou non selon la localisation du cancer, selon la présence ou non de saignements et selon la pénétration ou non du polype dans la paroi du côlon. Plusieurs des symptômes qui peuvent se manifester ne sont pas spécifiques au cancer colorectal et pourraient être causés par d'autres états pathologiques tels qu'infection, hémorroïdes et maladie inflammatoire de l'intestin. De toute façon, il est important de consulter votre médecin si vous ressentez des symptômes tels que ceux énumérés ci-dessous.

LES SIGNES LES PLUS FRÉQUENTS COMPRENNENT :

- du sang (rouge clair ou des flocons noirs) ou du mucus dans les selles;
- un changement de consistance des selles contraire à vos habitudes (diarrhée, constipation ou les deux) durant plus de 6 semaines;
- la sensation d'évacuation incomplète;
- une douleur ou un inconfort dans la région de l'estomac (douleur causée par le ballonnement, crampes ou sensibilité);
- perte de poids inexplicable;
- une fatigue extrême ou l'anémie;
- une masse dans l'abdomen ou une douleur abdominale.

7.3 Examens pour dépister le cancer colorectal

Puisqu'il faut en général de 8 à 10 ans pour que des polypes bénins deviennent des tumeurs malignes, les examens de dépistage peuvent aider à identifier des polypes bénins qui peuvent être retirés facilement de façon sécuritaire avant qu'ils ne deviennent cancéreux. De cette façon, il est possible de prévenir l'apparition du cancer.

Recommandations pour le dépistage du cancer colorectal

Plusieurs provinces sont en voie d'établir des programmes de dépistage du cancer colorectal. Le test utilisé dans chacune des provinces peut varier, mais généralement il s'agit de la **recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) ou d'un test immunochimique des selles (TIS)**.

SI UN EXAMEN DE DÉPISTAGE IDENTIFIE UN PROBLÈME POTENTIEL, D'AUTRES TESTS DIAGNOSTIQUES PEUVENT ÊTRE EFFECTUÉS AFIN DE :

- confirmer la présence du cancer;
- déterminer le type de cancer;
- localiser le foyer d'origine du cancer (tumeur primaire);
- déterminer la propagation du cancer (**stade**);
- prendre les décisions au sujet de votre traitement;
- ou déterminer si le cancer est revenu (**récidive ou rechute**).

Le diagnostic de cancer colorectal nécessite certains des examens énumérés ci-dessous. Au Canada, les types de tests que les médecins utilisent pour dépister ou diagnostiquer le cancer varient d'un centre hospitalier à l'autre ou d'une province à l'autre. Cependant, la seule façon de confirmer un diagnostic est par un examen des cellules sous microscope effectué par un pathologiste. La majorité des programmes de dépistage provinciaux s'adressant à la population générale commenceront par le test de RSOS ou iRSOS pour les participants à risque moyen et par une colonoscopie pour les individus à risque élevé.

Il existe sept principales méthodes pour déceler le cancer colorectal ou des polypes :

Toucher rectal : cet examen est effectué par un médecin ou une infirmière qui insère un doigt ganté et lubrifié dans l'anus pour y trouver des tumeurs rectales. Cette technique est sécuritaire et sans douleur. Le **toucher rectal** peut déceler de larges polypes seulement dans la partie inférieure du rectum, mais il ne permet pas de déceler des masses plus petites ou des tumeurs situées plus haut dans le côlon. Ce n'est donc pas une méthode recommandée comme unique examen à toute épreuve pour dépister le cancer colorectal.

Recherche de sang occulte dans les selles (RSOS ou RSOSg) : la recherche de sang occulte est une méthode simple et sans douleur, conçue pour détecter du sang occulte (caché) dans vos selles qui ne peut être observé à l'œil nu. Ce test peut s'effectuer à domicile ou à la clinique externe. Un échantillon de selles est étendu sur une petite carte et une solution spéciale est mise sur l'échantillon. Ensuite, la carte est acheminée au laboratoire pour analyse microscopique afin de vérifier la présence de sang. Cet examen peut également faire référence à ce test comme RSOSg en raison du fait que les petites cartes sont enduites d'une substance appelée « gaïac ».

De petites quantités de sang peuvent apparaître à la surface de vos selles ou être mélangées à celles-ci. Les saignements dans l'intestin sont causés par la rupture de vaisseaux sanguins dans la paroi intestinale. Le cancer colorectal et les polypes sont d'importants responsables de saignements, mais il y a plusieurs autres causes fréquentes sans lien avec le cancer qui peuvent produire des saignements.

Test immunochimique des selles (TIS ou IRSOS) : cet examen du sang présent dans les selles détecte également le sang occulte (caché). Il détecte une portion spécifique d'une protéine humaine appelée hémoglobine. Ce test est effectué d'une manière similaire à la RSOS standard, mais il est plus précis et réduit le nombre de résultats faux positifs.

L'Association canadienne du cancer colorectal recommande que les hommes et les femmes de risque moyen âgés de 50 à 74 ans subissent un examen RSOS ou TIS *au moins* aux deux ans.

Si votre test RSOS ou TIS est positif, il peut y avoir du sang dans vos selles en raison d'un nombre de problèmes, dont l'un peut être le cancer colorectal. Afin de mieux déterminer l'origine du sang, on vous demandera de subir une colonoscopie ou encore, une sigmoïdoscopie ou un lavement baryté à double contraste, afin d'investiguer la cause du saignement. Dans certains cas, on peut vous demander de subir également une **tomodensitométrie** (scan) ou une **échographie**.

Sigmoïdoscopie sonde souple : cet examen implique l'insertion d'un sigmoïdoscope –un tube mince, flexible, muni d'une caméra vidéo à son bout –dans l'anus, puis dans le rectum et le côlon. Cette méthode peut détecter seulement les polypes situés dans la moitié inférieure du côlon, puisque le tube ne peut pas traverser la longueur totale du côlon. On vous demandera d'éviter de consommer des liquides ou des aliments la nuit avant l'examen, afin de nettoyer votre côlon. Avant l'examen, on vous administrera deux lavements, une procédure consistant à insérer un liquide dans le rectum afin de produire une évacuation des selles. Durant l'examen, un sédatif n'est pas nécessaire et donc, vous pouvez ressentir une légère pression lorsque le sigmoïdoscope est inséré dans le côlon.

Colonoscopie : le coloscope est un appareil similaire au sigmoïdoscope, sauf qu'il est plus mince et plus long, permettant au médecin de voir le côlon sur toute sa longueur. Le coloscope permet également de retirer des polypes ou de prélever une petite quantité de tissu à l'intérieur du côlon à titre de **biopsie** permettant des analyses en laboratoire. Si votre test RSOS indique du sang dans vos selles ou si on voit des polypes durant la procédure de **sigmoïdoscopie** souple, on vous demandera probablement de subir une **colonoscopie** complète. Cet examen est également recommandé pour les individus présentant un risque élevé de développer un cancer colorectal pour des raisons génétiques ou autres.

La préparation nécessaire à la colonoscopie peut varier selon le médecin qui l'effectue. On peut vous demander de prendre des laxatifs ou des lavements prescrits par votre médecin, durant une période allant jusqu'à quatre jours avant la colonoscopie et de respecter une diète stricte durant les 24 heures précédant l'examen afin d'aider à nettoyer votre intestin. Si votre intestin est vide, le médecin aura une meilleure vue de la paroi de votre côlon et de votre rectum par le coloscope. Il est important de boire beaucoup de liquide durant ce processus de nettoyage afin de prévenir la déshydratation. Durant l'examen, vous serez légèrement endormi afin d'éviter toute sensation de pression ou d'inconfort.

Colonoscopie virtuelle : cette technique utilise une série d'images produites par tomographie afin d'examiner le côlon pour détecter des polypes ou des masses. Les images sur ordinateur ainsi obtenues sont regroupées afin de créer un modèle en 3 dimensions (3-D) du côlon en utilisant un logiciel. Si une anomalie est constatée, il est possible que vous devrez également subir une colonoscopie classique.

RECOMMANDATIONS POUR LE DÉPISTAGE HÂTIF DU CANCER COLORECTAL

Lignes directrices	Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 2016		Groupe d'étude américain sur les soins de santé préventifs, version préliminaire 2015	
	50 à 59 ans	Dépistage	50 à 75 ans	Dépistage
Groupe d'âge et recommandations	60 à 74 ans	Dépistage	76 à 80 ans	Dépistage sous conditions
	> 75 ans	Pas de dépistage		
	Modalités et intervalle	RSOSg ou TIF	Tous les 2 ans	RSOSg ou TIF
	Sigmoïdoscopie souple	Tous les 10 ans	Sigmoïdoscopie souple	Tous les 10 ans et TIF tous les ans
	Colonoscopie	Non recommandé	Colonoscopie	Tous les 10 ans

D'après le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommandations sur le dépistage du cancer colorectal en soins primaires. *JAMC*; 188(5) :340-348.

7.4 Pratiques de dépistage en soins primaires dans les différentes provinces canadiennes

Province	Programmes de dépistage	Pour obtenir des renseignements additionnels
Colombie-Britannique	ScreeningBC	http://www.bccancer.bc.ca/screening/colon
Alberta	Alberta Colorectal Cancer Screening Program (ACRCSP)	http://screeningforlife.ca/
Saskatchewan	Saskatchewan Screening Program for Colorectal Cancer (SPCRC)	www.saskcancer.ca 1 855 292-2202
Manitoba	ColonCheck	ColonCheckmb.ca 1 855 95-CHECK ou 1-866-744-8961
Ontario	ContrôleCancerColorectal	www.ontario.ca/coloncancercheck 1 866 410-5853
Québec	Dépistage du cancer colorectal	http://sante.gouv.qc.ca/en/programmes-et-mesures-daide/depistage-du-cancer-colorectal/
Nouveau-Brunswick	Programme de dépistage du cancer du côlon du Nouveau-Brunswick (PDCC) Offert à travers la province à partir du printemps 2017.	www.gnb.ca
Nouvelle-Écosse	Colon Cancer Prevention Program (CCPP)	www.cancercare.ns.ca/coloncancerprevention 1 866 599-2267
Î.-P.É.	Colorectal Cancer Screening Program	http://www.healthpei.ca/colorectal 1 888 561-2233
Terre-Neuve-et-Labrador	Newfoundland and Labrador Colon Cancer Screening Program	www.easternhealth.ca 1 855 614-0144
Yukon	ColonCheck	http://www.hss.gov.yk.ca/coloncheck.php Téléphone : (867) 667-5497 Sans frais (Yukon, Nunavut et T.N.O.); 1 844 347-9856

Pour de plus amples renseignements, visitez le www.cancercolorectalcanada.com.

QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

1. Quels examens de dépistage du cancer colorectal me recommandez-vous?
2. Comment dois-je me préparer pour passer ces examens? Est-ce que je dois modifier ma diète ou mon horaire habituel de prise de médicaments?
3. En quoi consiste l'examen? Est-ce que l'examen est inconfortable ou douloureux? Y a-t-il des risques impliqués?
4. Quand vais-je connaître les résultats et qui me les communiquera?
5. Si je dois subir une colonoscopie ou une sigmoïdoscopie, qui me fera l'examen?
6. À quelle fréquence devrais-je subir une colonoscopie?

Pour de plus amples renseignements, visitez le www.cancercolorectalcanada.com.

La prévention à l'aide de modes de vie sains et le dépistage actif est une partie importante de la prévention du développement du cancer colorectal et de la récurrence. Cancer colorectal Canada offre plusieurs ressources et informations sur son site Web. Visitez le www.cancercolorectalcanada.com.



Je suis allée à une rencontre d'un groupe de soutien en pensant que j'étais la seule dans ma situation et j'ai constaté que presque toutes les personnes présentes avait vécu des expériences et des émotions similaires aux miennes. Savoir que je n'étais pas seule m'a donné la force de continuer.

8. Trouver de l'information

Les patients qui sont plus informés réussissent habituellement mieux à faire face à leur maladie puisqu'ils se sentent plus en contrôle et sont davantage en mesure de participer activement à leur traitement.

VOICI DES FAÇONS D'OBTENIR DAVANTAGE D'INFORMATION :

- renseignez-vous sur votre maladie et discutez des options thérapeutiques avec votre équipe de soins de santé (médecins, personnel infirmier, pharmaciens);
- écrivez vos questions avant de vous présenter à un rendez-vous;
- faites-vous accompagner par un proche lors de vos consultations et prenez des notes;
- consultez des livres et des sites Internet (voir ci-dessous);
- téléchargez le document *Quoi demander à votre médecin* à www.cancercolorectalcanada.com

Trouver un groupe de soutien

Des personnes qui ont vécu des expériences similaires à la vôtre peuvent offrir leur soutien. Demandez à votre oncologue, à votre infirmière de cancérologie ou au travailleur social spécialisé en oncologie de vous fournir des informations au sujet des groupes établis dans votre région. De plus, Cancer colorectal Canada peut vous fournir une liste actualisée des groupes de soutien (<http://www.colorectalcancercanada.com>) et le service d'information de la Société canadienne du cancer (SIC) possède une banque de données sur les groupes de soutien en activité à travers le pays, regroupés par code postal. Ces groupes ne sont toutefois pas évalués, vous devrez juger par vous-même si un groupe précis vous convient.

Livres sur le cancer

Une liste détaillée de livres sur le cancer peut être obtenue sur le site web de CCC : www.cancercolorectalcanada.com

Ressources sur Internet

Sur Internet, on retrouve des milliers de sites sur le cancer. Les sites Internet peuvent vous procurer énormément d'information sur le traitement, la médecine alternative, des expériences personnelles, des types précis de cancer et des questions reliées au cancer en général. Il est important de ne pas oublier que les informations disponibles sur Internet ne sont pas nécessairement vérifiées pour leur véracité par des experts; nous avons donc inclus ci-dessous une liste de sites recommandés. De plus, la majorité des sites sont interreliés et si vous accédez à l'un des sites Internet énumérés ci-dessous, vous pourrez vous rendre directement à plusieurs autres sites. Visitez le site Internet de Cancer colorectal Canada pour obtenir la liste courante mise à jour des sites web spécifiques au cancer colorectal.

Ressources générales au sujet du cancer

Aliments contre le cancer

<http://www.foodsthatfightcancer.ca>

Association canadienne de soins palliatifs

<http://www.chpca.net>

Association canadienne des agences provinciales du cancer

<http://www.capca.ca>

Cancer colorectal Canada

<http://www.cancercolorectalcanada.com>

Conseils pour gérer les effets secondaires

https://www.cancercare.org/publications/182-treatment_update_colorectal_cancer#chapter-2

Couverture des médicaments – guide pour le remboursement

<http://www.drugcoverage.ca>

Essais cliniques (Institut national sur la santé des É-U.)

<http://clinicaltrials.gov>

Fondation québécoise du cancer

<https://www.fqc.qc.ca/fr>

Fondation Virage pour le soutien au cancer

<http://www.viragecancer.org/>

Gilda's Club

<http://www.gildasclubtoronto.org>

Guide alimentaire canadien

http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index_e.html

Institut national du cancer (*National Institutes of Health* américain)

<http://www.cancer.gov>

L'espoir c'est la vie

<http://www.lespoircestlavie.ca>

Never Too Young

<http://www.nevertooyoung.org>

OncoLink

<http://www.oncolink.org>

Partenariat canadien contre le cancer

<http://www.cancerview.ca/>

Programme « Belle et bien dans sa peau »

Pour les femmes – Belle et bien dans sa peau <http://www.lookgoodfeelbetter.ca>

Pour les hommes – Être beau et bien dans sa peau <http://www.lookgoodfeelbetterformen.org>

Registre du cancer familial gastro-intestinal

<http://www.zanecohencentre.com/fgicr>

Santé Canada

<http://www.hc-sc.gc.ca>

Société canadienne du cancer

<http://www.cancer.ca>

Société canadienne des personnes stomisées

<http://www.ostomycanada.ca>

Wellspring (groupe de soutien pour les personnes atteintes de cancer)

<http://www.wellspring.ca>

Wellwood

<http://www.wellwood.on.ca/>

Si vous avez une recommandation de livre, d'article ou de site Internet qui n'est pas inscrite sur nos listes ou sur celles du site Internet de Cancer colorectal Canada et que vous aimeriez partager cette information, veuillez soumettre votre suggestion à info@colorectalcancercanada.com.

9. Que signifie ce mot?

ablation par radio fréquence : cette intervention implique l'insertion d'une sonde fine semblable à une aiguille équipée de minuscules électrodes, à travers la peau et jusqu'à la tumeur. L'insertion de la sonde est guidée par échographie ou par tomographie. Le bout de la sonde libère des ondes radio à haute fréquence qui chauffent la tumeur et détruisent les cellules cancéreuses.

adjuvant : chimiothérapie ou radiothérapie offerte après la chirurgie afin de réduire le risque de récurrence du cancer.

ADN (acide désoxyribonucléique) : le matériel héréditaire chez l'humain et chez presque tous les êtres vivants; responsable de diriger et de coordonner les activités de toutes les cellules du corps, incluant les cycles de vie.

agent ou thérapie biologique : produits médicaux isolés de sources naturelles (humaines, animales ou micro-organismes) ou fabriqués selon un processus biotechnologique.

analyse d'ADN des selles : une nouvelle méthode diagnostique pour dépister le cancer colorectal qui évalue les selles afin de détecter la présence d'altérations d'ADN connues dans la séquence d'évolution du cancer colorectal, de croissances bénignes à adénomes.

anastomose : une intervention chirurgicale visant à relier deux structures tubulaires; en présence de cancer du côlon, l'anastomose est l'intervention effectuée pour relier deux parties de l'intestin après avoir retiré la section cancéreuse de l'intestin, ce qui permet de poursuivre la fonction normale.

anémie : une réduction de la concentration d'hémoglobine (une mesure du nombre de globules rouges dans le sang) sous la valeur normale. La chimiothérapie peut causer l'anémie; les symptômes peuvent inclure la sensation de fatigue, une pâleur de la peau, une sensation de faiblesse et quelquefois, des problèmes cardiaques.

anti-angiogénèse : empêcher le processus de formation de nouveaux vaisseaux sanguins, un type de thérapie contre le cancer qui aide à « affamer » la tumeur.

anticorps monoclonal : un type précis d'agent biologique qui imite des anticorps naturellement produits par le système immunitaire, mais qui est produit par génie génétique afin d'aider le système immunitaire à reconnaître des aspects ou des processus spécifiques aux cellules cancéreuses.

antigène carcino-embryonnaire (CEA): protéine qui se retrouve dans le sang; lorsqu'une quantité de CEA plus grande que la normale est mesurée, cela peut signifier que l'individu est atteint de cancer –il peut s'agir d'un cancer colorectal, mais il pourrait s'agir également d'un autre type de cancer. De plus, une concentration élevée de CEA peut être causée par autre chose, comme le tabagisme. Les concentrations de CEA diminuent souvent durant le traitement; cela peut être un signe que le traitement fonctionne, votre médecin discutera de cet aspect avec vous.

apoptose : mort cellulaire programmée ou instructions incluses à l'intérieur de la cellule qui lui indiquent le moment de mourir après une durée de vie précise; les tumeurs peuvent croître si les cellules cancéreuses ont trouvé le moyen d'échapper à ce mécanisme.

bénin : non cancéreux; une croissance bénigne est une bosse ou une masse non cancéreuse.

biopsie : prélèvement d'un petit morceau de tissu pour fin d'examen en laboratoire; les biopsies sont habituellement effectuées durant la chirurgie pour traiter le cancer colorectal.

biosimilaire : un médicament biologique qui est similaire, mais non identique à une thérapie biologique qui a déjà été approuvée comme traitement.

BRAF : un gène qui fournit le code génétique pour la protéine BRAF qui est impliquée dans l'acheminement des signaux aux cellules et à la croissance cellulaire. Des mutations du gène BRAF peuvent causer des modifications dans la protéine BRAF, permettant une augmentation de la croissance et de la propagation des cellules cancéreuses.

CA 19-9 : protéine du sang utilisée afin de diagnostiquer certains types de cancer; peut indiquer la façon dont les individus répondent au traitement; ce marqueur est fréquemment utilisé dans le cancer pancréatique, mais votre médecin peut également en surveiller sa concentration dans le cancer colorectal.

cancer colorectal héréditaire sans polypose (CCHSP) : un type de cancer du côlon ou du rectum dont l'on sait ou l'on soupçonne fortement être causé par un gène défectueux, qui est présent chez un groupe d'individus apparentés ayant une longue histoire familiale de cancers intestinaux ou possiblement localisés ailleurs; il ne produit pas de nombreux polypes comme dans le cas de la PAF.

cancérogènes: substances causant le cancer.

cathéter à chambre implantable : un petit appareil médical implanté sous la peau, permettant d'avoir un accès plus facile à une veine.

chimioembolisation : une intervention qui consiste à empêcher l'apport en sang à une tumeur tout en livrant une forte dose de médicaments anticancéreux à la tumeur.

chimiothérapie : médicaments systémiques habituellement administrés par injection intraveineuse (i.v.), qui sont utilisés pour détruire les cellules cancéreuses.

chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale (CHIP) : cette intervention est utilisée en présence de métastases péritonéales et implique l'administration directement dans la cavité péritonéale (qui entoure les organes abdominaux) d'une solution de chimiothérapie qui a été réchauffée à une certaine température, afin de maximiser la quantité de médicaments livrée à ces tumeurs; cette thérapie peut se faire pendant ou après l'intervention chirurgicale.

colectomie : une opération visant à retirer le côlon ou une partie du côlon.

colite ulcéreuse : maladie inflammatoire affectant le gros intestin, qui cause un risque élevé de cancer.

côlon : la partie la plus longue du gros intestin, qui est un organe en forme de tube relié à l'intestin grêle à un bout et à l'anus à l'autre bout. Le côlon élimine l'eau et certains éléments nutritifs et minéraux du restant d'aliments. Toute matière résiduelle d'aliments qui a passé par le côlon est considérée comme des déchets solides, appelés matières fécales. Les matières fécales avancent éventuellement vers la fin du côlon et atteignent le rectum. Elles quittent le corps par l'anus.

colonoscopie : une intervention diagnostique servant à examiner l'intestin; un médecin insert, par l'anus du patient, un tube flexible, long et étroit, muni d'une lumière afin d'examiner l'intérieur de l'intestin.

colonoscopie virtuelle : une méthode encore à l'étude pour examiner le côlon en prenant une série de radiographies (appelée colonoscopie par tomодensitométrie) et en utilisant un ordinateur puissant afin de reconstruire des images en 2-D et 3-D de l'intérieur des surfaces du côlon. Les images peuvent être stockées, manipulées pour mieux voir différents angles, révisées après l'examen et sont accessibles durant plusieurs années.

colostomie : une intervention chirurgicale qui consiste à faire sortir une partie du côlon par une ouverture à la surface de l'abdomen; cela permet aux selles de sortir par la stomie et d'être recueillies dans un sac au lieu de passer par le rectum; la colostomie peut être une mesure temporaire ou permanente.

dépistage : le processus consistant à trouver des polypes.

échographie : technique d'imagerie médicale utilisant des ultrasons, des ondes sonores à haute fréquence.

érythropoïétine : un facteur de croissance hématopoïétique impliqué dans la production du sang; l'érythropoïétine stimule le développement des globules rouges à partir de cellules immatures.

essai clinique : une étude comparant les bienfaits et l'innocuité de différents traitements chez des groupes précis de patients.

excision mésorectale totale (EMT) : intervention chirurgicale spécialisée afin d'enlever le rectum cancéreux et les tissus avoisinants.

facteur de croissance épidermique vasculaire (VEGF) : une substance produite par les cellules qui stimule la formation de nouveaux vaisseaux sanguins.

facteur de risque : éléments qui augmentent votre risque de développer des polypes colorectaux ou un cancer colorectal.

facteur de stimulation des colonies granulocytaires (FSC-G) : un facteur de croissance produit par le corps qui stimule le développement des granulocytes. Le FSC-G est utilisé afin de promouvoir la récupération des granulocytes après la chimiothérapie.

ganglions (nodules) lymphatiques : petites masses de tissu, souvent de la taille d'un pois, qui se retrouvent partout dans le corps, mais qui sont plus faciles à toucher dans le cou, les aisselles et l'aîne; ils font partie du système de défense du corps contre les infections; ils peuvent aussi héberger des cellules cancéreuses qui se sont propagées à partir d'une autre partie du corps.

globule rouge du sang : cellule du sang responsable de transporter l'oxygène aux tissus.

granulocyte : une cellule sanguine blanche; globule blanc.

hémoglobine : protéine contenue dans les globules rouges du sang et qui sert à transporter l'oxygène; la concentration d'hémoglobine est mesurée afin de déterminer la survenue de l'anémie.

Inhibiteur de tyrosine kinase (ITK) : un type de thérapie ciblée qui empêche la fonction des protéines de tyrosine kinase. Les protéines de tyrosine kinase sont impliquées dans l'acheminement des signaux qui aident à la croissance et à la survie des cellules cancéreuses.

iléostomie : il s'agit d'une stomie qui est construite en reliant la fin de l'intestin grêle (l'iléon) à une ouverture effectuée à la surface de la peau. Les déchets intestinaux passent par l'iléostomie et sont recueillis dans une poche collée à la peau. Les iléostomies sont habituellement mises en place au-dessus de l'aîne du côté droit de l'abdomen.

imagerie par résonance magnétique (IRM) : un type d'examen d'imagerie qui utilise des ondes de fréquences radio afin de produire une image en trois dimensions.

immunothérapie : un type précis de traitement biologique qui rehausse le système immunitaire du corps et qui améliore sa capacité à combattre le cancer.

instabilité microsatellite : un terme qui décrit l'incapacité à réparer les mutations génétiques dans l'ADN microsatellite. L'ADN microsatellite correspond à de courtes séquences répétées à la fin des gènes.

déficience de réparation des mésappariements (dMMR) : en présence de cancer colorectal, celle-ci est caractérisée par une mutation génétique dans les gènes qui dirigent la réparation des mésappariements de l'ADN. Des études préliminaires ont montré que cette déficience pourrait aider dans la réponse à l'immunothérapie, et plus particulièrement, les inhibiteurs de points de contrôle.

KRAS : un gène qui fournit le code génétique pour la protéine KRAS. La protéine KRAS est impliquée dans la signalisation qui aide les cellules cancéreuses à se reproduire et à se propager. Certaines tumeurs colorectales présentent une mutation dans ce gène, ce qui favorise la croissance/propagation de la tumeur et augmente la probabilité de résistance aux thérapies biologiques anti-EGFR. Le gène *KRAS* appartient à une famille de gènes similaires; on fait collectivement référence à ces gènes comme étant des gènes de la famille *RAS*.

malin : tumeur cancéreuse qui peut se propager ailleurs dans le corps.

médicament à petite molécule : un type de médicament qui est fabriqué à partir de molécules chimiques synthétiques.

métastatique / métastases : cancer qui s'est propagé de son foyer d'origine par les vaisseaux sanguins ou les vaisseaux lymphatiques à d'autres systèmes ou endroits du corps.

mutations : un changement génétique dans une cellule qui est transmis aux générations futures; une mutation peut se produire de façon spontanée ou peut être causée par l'exposition à des toxines, des agents cancérigènes ou à la radiation.

néoadjuvant : chimiothérapie ou radiothérapie offerte avant la chirurgie.

neutrophile : une cellule sanguine blanche; globule blanc.

neutropénie : une réduction du nombre de neutrophiles sous les valeurs normales, qui peut être causée par la chimiothérapie; la neutropénie met le patient à haut risque de développer une infection grave et peut nécessiter le besoin de réduire les doses de chimiothérapie et/ou d'en retarder l'administration.

neutropénie fébrile : risque de fièvre associé à la neutropénie.

NRAS : un gène qui fournit le code génétique pour la protéine NRAS. La protéine NRAS est impliquée dans la signalisation qui aide les cellules cancéreuses à se reproduire et à se propager. Certaines tumeurs colorectales présentent une mutation dans ce gène, ce qui favorise la croissance/propagation de la tumeur et augmente la probabilité de résistance aux thérapies biologiques anti-EGFr. Le gène *NRAS* appartient à une famille de gènes similaires; on fait collectivement référence à ces gènes comme étant des gènes de la famille *RAS*.

PD-1/PD-L1 : une voie de signalisation importante du système immunitaire qui joue un rôle dans la régulation du cycle de vie des cellules immunitaires.

perfusion artérielle hépatique (PAH) : cette intervention utilise une pompe implantée dans l'abdomen pour livrer une forte dose de chimiothérapie directement aux cellules cancéreuses dans le foie (en présence de métastases hépatiques), tout en protégeant les autres parties saines du corps des effets toxiques.

péritoine : la membrane recouvrant l'abdomen.

polype : une petite tumeur située dans l'intestin; les polypes sont habituellement bénins, mais peuvent devenir malins.

polypectomie : élimination locale d'un polype à l'aide d'un coloscope.

polypose adénomateuse familiale (PAF) : un état héréditaire qui cause la croissance de centaines de petits polypes (adénomes ou croissances bénignes) partout dans l'intestin; ces croissances bénignes peuvent devenir malignes si elles ne sont pas éliminées.

pronostic : une prévision ou une prédiction de l'évolution probable de la maladie, de l'issue du traitement et du risque de récurrence.

radiation : radiation ionisante utilisée pour détruire les cellules cancéreuses.

radiothérapie : l'utilisation de radiation, par exemple les rayons-X, afin de détruire les cellules cancéreuses.

RAS : un terme utilisé pour décrire une famille de gènes qui ont une fonction similaire. Les gènes *KRAS* et *NRAS* appartiennent tous deux à la famille de gènes *RAS*.

récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) : une protéine qui se trouve à la surface de certaines cellules et à laquelle le facteur de croissance épidermique se lie, causant la division cellulaire; cette protéine est identifiée en quantité anormalement élevée à la surface de plusieurs types de cellules cancéreuses, afin que ces cellules puissent se diviser de façon excessive en présence du facteur de croissance épidermique.

recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) : test chimique effectué sur un échantillon de selles afin de déceler la présence de sang caché dans les selles.

recherche immunochimique de sang occulte dans les selles (iRSOS) ou test immunochimique des selles (TIS) : il s'agit d'une méthode qui détecte la partie « globine » de la molécule d'hémoglobine qui est occulte (cachée dans le sang) dans les selles. Cette analyse est effectuée de façon similaire au RSOS.

récurrence : le retour (rechute) du cancer après un premier traitement qui avait éliminé tous les signes de cancer (rémission).

récidive localisée : un cancer qui se manifeste à nouveau après le traitement, mais qui est localisé dans les tissus avoisinants.

rechute : voir récidive.

rectum : les derniers 12 à 15 centimètres du gros intestin, qui s'ouvre sur l'extérieur par l'anus; les matières fécales sont stockées dans le rectum avant d'être évacuées lors de la défécation.

rémission : l'absence de tout signe décelable d'un cancer après la fin du traitement.

résection : élimination d'une partie du corps lors d'une intervention chirurgicale.

schéma : recette thérapeutique qui précise les médicaments, les posologies, la synchronisation et la fréquence ainsi que la quantité totale à administrer.

sigmoïdoscopie : un examen pour évaluer l'état du rectum et de la partie inférieure du côlon; un sigmoïdoscope –un tube étroit, souple et flexible, muni d'une minuscule caméra à son bout et qui est inséré par l'anus.

stade/stadification : un système permettant d'évaluer l'étendue, le risque d'envahissement ou de récidive, ainsi que les choix appropriés de traitement d'une tumeur.

stomie : une ouverture artificielle dans l'intestin créée par chirurgie afin d'agir à titre de sortie pour les matières fécales ou les déchets du corps; cette ouverture pratiquée dans l'abdomen crée une voie de contournement qui permet aux matières fécales d'être recueillies dans un sac extérieur.

système de stadification TNM : un système permettant de décrire l'étendue du cancer dans le corps d'un individu. « T » décrit la taille de la tumeur et si celle-ci a envahi les tissus avoisinants, « N » décrit tout ganglion lymphatique atteint par le cancer et « M » décrit les métastases (propagation du cancer d'un endroit du corps à l'autre).

thérapie ciblée : un traitement contre le cancer qui utilise des médicaments pour trouver et attaquer des cellules cancéreuses précises tout en minimisant les effets nocifs sur les cellules saines.

thérapie palliative : traitement administré afin d'atténuer la douleur et autres symptômes sans guérir la maladie sous-jacente.

thrombocytopénie : un nombre de plaquettes sanguines sous la normale; les plaquettes aident à prévenir les saignements.

tomographie assistée par ordinateur ou tomодensitométrie : un examen d'imagerie qui produit des radiographies en trois dimensions.

tomographie à émission de positrons (TEP) : une technique d'imagerie nucléaire médicale qui produit une image ou une carte en trois dimensions de processus fonctionnels du corps.

toxicité : effet nuisible non souhaité sur les cellules saines causé par la chimiothérapie, la radiation, la thérapie hormonale ou tout autre traitement.

tumeur : toute masse; dans le contexte du cancer, on fait habituellement référence à une masse maligne (cancéreuse).

10. Noms de médicaments courants

Nom générique	Nom commercial
Agents de chimiothérapie	
Aflibercept	Zaltrap ^{MD}
bévacizumab	Avastin ^{MD}
capécitabine	Xeloda ^{MD}
cétuximab	Erbitux ^{MD}
fluorouracile (5-FU)	Injection de fluorouracile USP
irinotécan	Camptosar ^{MD}
acide folinique (AF) ou leucovorine (LV)	Leucovorine calcique/ Lederle Leucovorin ^{MD} Calcium
oxaliplatine	Eloxatin ^{MD}
panitumumab	Vectibix ^{MD}
raltitrexed	Tomudex ^{MD}
ramucirumab	Cyramza ^{MD} (non offert actuellement au Canada)
régorafénib	Stivarga ^{MD}
Trifluridine/ tipiracil	Lonsurf ^{MD} (non offert actuellement au Canada)
Agents de chimiothérapie utilisés en association dans des schémas	
FOLFIRI	fluorouracile, leucovorine et irinotécan
FOLFOX	fluorouracile, leucovorine et oxaliplatine
FOLFOXIRI	fluorouracile, leucovorine, oxaliplatine et irinotécan
XELOX/CAPOX	capécitabine et oxaliplatine
XELIRI	capécitabine et irinotécan

Nom générique	Nom commercial
Soins de soutien	
darbépoétine alfa	Aranesp ^{MD}
dexaméthasone	Decadron ^{MD}
dimenhydrinate	Gravol ^{MD}
dolasétron mesylate	Anzemet ^{MD}
dompéridone	Motilium ^{MD}
époétine alfa	Eprex ^{MD}
filgrastim	Grastofil ^{MD} et NEUPOGEN ^{MD}
granisétron	Kytril ^{MD}
métoclopramide	Maxeran ^{MD} ou Reglan ^{MD}
ondansétron	Zofran ^{MD}
palifermin	Kepivance ^{MD}
pegfilgrastim	Neulasta ^{MD}
prochlorpérazine	Stemetil ^{MD}

Pour en apprendre davantage au sujet de Cancer colorectal Canada et de la façon de vous impliquer dans nos efforts, veuillez visiter le site Internet www.cancercolorectalcanada.com ou nous contacter à

info@colorectalcancercanada.com ou au 1.877.50 COLON (26566)

ou à :

Cancer colorectal Canada
1350, rue Sherbrooke Ouest
Suite 300
Montréal, Québec
Canada
H3B 1J1
514.875.7745

Cancer colorectal Canada
4576 Yonge St.
Suite 604
Toronto, ON, M2N 6N4
416.785.0449

