

BOWEL CANCER SCREENING

FRENCH

The Colonoscopy Investigation

DÉPISTAGE DU CANCER DE L'INTESTIN

Exploration par coloscopie

Quel est l'objectif de cette brochure?

Cette brochure vous donne des informations sur la manière dont se passe une coloscopie et vous explique les avantages et les inconvénients de cet examen. Elle a pour objectif de vous aider à décider en connaissance de cause si vous souhaitez subir une coloscopie.

Qu'est-ce qu'une coloscopie ?

- Une coloscopie est l'examen de la muqueuse qui tapisse la paroi intestinale.
- Une fois vous êtes sous sédation, on introduit par l'anus dans votre rectum (la partie terminale du gros intestin) un tube mince et flexible (appelé endoscope), qu'on guide ensuite dans votre gros intestin.
- La coloscopie est le moyen le plus efficace de diagnostiquer un cancer de l'intestin.
- Les traitements du cancer de l'intestin ont plus de chances d'être efficaces si le diagnostic est précoce.

Pourquoi m'a-t-on proposé une coloscopie ?

Toute personne ayant obtenu un résultat positif (« abnormal » en anglais) du test de dépistage du cancer de l'intestin sera invitée à discuter de la possibilité de subir une coloscopie.

Préalablement à l'examen, un(e) spécialiste vous expliquera en détails en quoi consiste une coloscopie. Vous pourrez poser toutes les questions que vous souhaitez et le (la) spécialiste évaluera si vous êtes en état de subir l'examen.

On vous a proposé une coloscopie principalement afin d'examiner la paroi de votre intestin pour y déceler un cancer, le cas échéant. Les traitements du cancer de l'intestin ont plus de chances d'être efficaces si le diagnostic est précoce. Une coloscopie peut également détecter la présence de polypes intestinaux. Les polypes ne sont pas cancéreux mais peuvent parfois évoluer pour le devenir. Il est possible de les enlever (généralement pendant la coloscopie), ce qui réduit le risque de développer ensuite un cancer de l'intestin.

Que signifie un résultat positif du test de dépistage du cancer de l'intestin ?

Dans environ deux cas sur 100, le résultat du test de dépistage du cancer de l'intestin est positif (« abnormal » en anglais). Cependant, cela ne signifie pas forcément la présence d'un cancer. Un résultat positif du test (c'est-à-dire des traces de sang trouvées dans le prélèvement du test de dépistage) peut avoir des causes qui ne sont pas liées à un cancer, par exemple :

- des hémorroïdes (varices à l'anus) – veines dilatées dans ou autour de l'anus, ou bien
- des fissures anales – lésions dans la muqueuse du rectum ou près de l'anus, résultant quelquefois de la constipation. Le saignement dû soit à un polype intestinal, soit à un cancer, peut également donner lieu à un résultat positif du test de dépistage.

Qu'est-ce que le cancer de l'intestin ?

- Au Royaume-Uni, environ une personne sur 20 développera un cancer de l'intestin au cours de sa vie.
- Le risque de cancer de l'intestin touche les hommes et les femmes.
- Ce cancer est au troisième rang des cancers les plus fréquents et la deuxième cause de mortalité due au cancer au Royaume-Uni, où il est responsable de plus de 16 000 décès chaque année (Cancer Research UK, 2005. *Cancerstats*).

Le cancer de l'intestin est également appelé cancer du côlon, cancer du rectum ou cancer colorectal. La paroi intestinale est composée de cellules qui se renouvellent constamment. Il peut arriver que ces cellules prolifèrent trop rapidement et forment une masse cellulaire appelée **polype** intestinal (connu aussi sous le nom d'adénome). Les polypes ne sont pas des cancers de l'intestin (ils sont généralement bénins), mais ils peuvent évoluer et devenir cancéreux au fil des ans. Une tumeur devient maligne lorsque les cellules cancéreuses sont capables de se diffuser au-delà de leur emplacement initial dans d'autres parties du corps.

Que dois-je faire avant l'examen coloscopique ?

Avant une coloscopie, vous devez vider complètement votre intestin pour permettre au (à la) spécialiste de voir clairement votre paroi intestinale.

Avant la coloscopie, on vous donnera une liste de restrictions alimentaires ainsi qu'un médicament (un laxatif puissant) pour préparer votre intestin. Vous devrez prendre le laxatif la veille de l'intervention. Comme il provoquera une diarrhée, une fois que vous l'aurez pris, il vaudra mieux ne pas vous éloigner des toilettes et éviter les voyages ou d'aller travailler.

Vous devrez suivre très attentivement les instructions données pour vider totalement votre intestin. Le spécialiste, sinon, risque de ne pas pouvoir observer clairement votre paroi intestinale pendant la coloscopie et vous devrez refaire l'examen. Il faudra également demander à quelqu'un de vous ramener chez vous après la coloscopie, parce que le sédatif qu'on vous aura donné pour réaliser l'examen risque de vous rendre somnolent.

Que se passe-t-il pendant la coloscopie ?

On vous donne un sédatif pour vous aider à vous détendre, puis on vous demande de vous coucher sur le côté. On introduit par l'anus dans votre rectum (la partie terminale du gros intestin) un tube mince et flexible appelé endoscope, et on le guide ensuite le long de votre gros intestin. Au bout de l'endoscope se trouve une minuscule caméra équipée d'un éclairage qui permet au spécialiste de voir l'intérieur de votre intestin sur un écran de télévision.

Pendant la coloscopie, on insuffle de l'air dans votre intestin pour permettre au spécialiste de voir clairement la paroi interne et vous pouvez alors éprouver une sensation de gonflement ou de crampes dans l'abdomen. Le sédatif risque de vous rendre somnolent et il est possible que vous ne gardiez guère de souvenirs de l'examen. La coloscopie devrait durer entre 30 et 45 minutes.

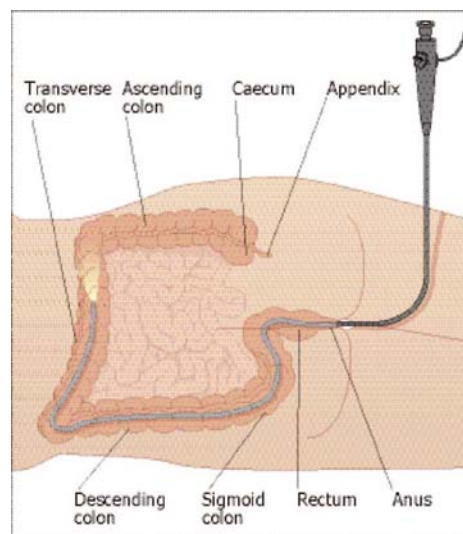


Diagramme : Côlon

Transverse colon – Côlon transverse; Ascending colon – Colon ascendant; Caecum – Cæcum; Appendix – Appendice ; Descending colon – Côlon descendant; Sigmoïd colon - Colon sigmoïde; Rectum – Rectum; Anus – Anus

On prélève parfois un petit fragment du tissu de la muqueuse (une biopsie). On peut également enlever la plupart des polypes sans douleur, à l'aide d'une anse métallique passée par l'endoscope. On analyse ensuite ces échantillons de tissus pour détecter toute cellule anormale qui pourrait indiquer la présence d'un cancer. Certaines personnes trouvent la coloscopie désagréable, mais la plupart ne disent pas avoir trouvé la procédure douloureuse.

Quand aurai-je mes résultats et que pourront-ils indiquer ?

Immédiatement après la coloscopie, le spécialiste vous dira s'il (ou elle) a enlevé des échantillons de tissu ou des polypes. Dans le cas de prélèvements de tissus durant l'examen, vous devriez recevoir vos résultats dans les trois semaines. Il y a trois sortes de résultats possibles.

- Un **résultat négatif** (« **normal** » en anglais) signifie que l'on n'a pas trouvé de polypes ni de cancers pendant la coloscopie. Environ la moitié des personnes ayant subi une coloscopie (cinq sur dix, environ) obtiennent un résultat normal. Le spécialiste vous dira après la coloscopie si votre résultat était négatif. Mais il existe un faible risque que la coloscopie n'ait pas décelé la présence d'un cancer et par conséquent un résultat négatif ne garantit pas que vous n'avez pas de cancer ou que vous n'en développerez jamais. On vous proposera de refaire un test de dépistage du cancer colorectal dans deux ans.

- Un **polype** (ou plusieurs polypes) a été décelé pendant la coloscopie. Dans la plupart des cas, le spécialiste enlèvera ce ou ces polypes (cette procédure s'appelle une polypectomie) et les analysera. Environ quatre personnes sur 10 présentent des polypes et le fait d'enlever ceux-ci peut empêcher un cancer de se développer par la suite.

Si on vous a enlevé un polype, on vous dira si vous vous situez dans un groupe à niveau de risque faible, moyen ou élevé. Les personnes se trouvant dans le groupe à faible risque seront invitées à refaire un test de dépistage du cancer de l'intestin dans deux ans. Les personnes appartenant aux groupes à risque moyen ou élevé seront invitées à passer une nouvelle coloscopie dans un an ou trois, selon la nature du ou des polypes.

- Un **cancer** a été détecté pendant la coloscopie. On trouve un cancer de l'intestin chez un patient sur 10 seulement. Dans ce cas, on vous adressera à un spécialiste pour vous faire suivre un traitement.

Un cancer de l'intestin décelé au stade le plus précoce a 90% de chances d'être guéri. Cependant, les cancers détectés par coloscopie ne sont pas tous guérissables.

L'examen coloscopique est-il fiable ?

Bien qu'une coloscopie ne soit pas une procédure parfaite, elle permet de détecter un cancer colorectal avec une précision de plus de 90% (*Screening for colorectal cancer in adults of average risk*. Annals of Internal Medicine, 2002, 137(2), 132-141). Il existe un faible risque que le spécialiste ne voie pas la tumeur cancéreuse (dans environ cinq cas sur 100). Cela signifie soit que le cancer n'est pas visible parce que l'intestin n'est pas totalement vidé, soit que le spécialiste ne peut pas réussir à détecter le polype ou le cancer, ce qui arrive rarement. Il existe également un faible risque que le spécialiste n'arrive pas à faire passer l'endoscope le long de la totalité de l'intestin (dans environ cinq cas sur 100), à cause d'un blocage ou d'un problème pour guider l'endoscope dans l'intestin.

Une coloscopie peut-elle avoir des effets indésirables ou des complications ?

Dans la plupart des cas, la coloscopie est une procédure simple, mais parfois des complications peuvent se produire. On peut citer, par exemple, les cas suivants :

- Il n'est pas possible de voir la totalité de l'intestin. Cela risque de se produire si l'intestin n'est pas totalement vidé ou si l'endoscope n'a pas pu atteindre l'extrémité de votre gros intestin ; dans ce cas, on vous demandera peut-être de subir une nouvelle coloscopie ou bien un lavement baryté (voir *Autres examens*).
- Un saignement abondant qui nécessite des examens supplémentaires ou un avis médical. L'ablation de polypes ou le prélèvement de fragments de muqueuse

pendant la coloscopie peut provoquer une hémorragie. On estime que cela risque de se produire dans environ un cas sur 150.

- La perforation de l'intestin. L'endoscope peut percer la paroi de l'intestin. Cela risque de se produire dans un cas sur 1500 environ et rend alors parfois nécessaire une intervention chirurgicale.
- Des problèmes cardio-respiratoires. Le sédatif administré risque de vous causer momentanément des troubles respiratoires ou cardiaques. Ces problèmes sont rarement graves dans la mesure où vous vous trouvez sous strict contrôle médical pendant l'intervention.

Certaines de ces complications pourront nécessiter des traitements complémentaires, voire même une intervention chirurgicale.

Dans des cas extrêmement rares, la procédure peut entraîner le décès. On estime actuellement que ce risque concerne un cas sur 10000 environ.

Que se passe-t-il après l'examen ?

Le (ou la) spécialiste qui a procédé à la coloscopie vous expliquera le résultat de l'examen. On vous dira après la coloscopie si on a prélevé des fragments de tissus. Vous recevrez les résultats de toute biopsie dans les trois semaines suivant l'examen. Si on a effectué des prélèvements, vous constaterez peut-être des saignements par l'anus. De légers saignements de ce type ne sont pas rares et peuvent durer quelques jours. Vous devez signaler tout symptôme de saignement prolongé ou sévère (tel que crampes, douleurs d'estomac et hémorragies par l'anus) au service de coloscopie ou à votre médecin.

Comme le sédatif continue d'agir après l'intervention, vous aurez besoin que quelqu'un vous ramène chez vous lorsque vous quitterez l'hôpital. Vous devriez également ne pas rester seul pendant les 12 heures qui suivront l'examen et il vaudra mieux que quelqu'un soit avec vous lorsque le spécialiste vous expliquera les résultats de la coloscopie, parce que vous serez encore sous l'effet du sédatif.

Il ne faut pas conduire, ni user de machines ou boire d'alcool pendant au moins 24 heures. L'élimination du sédatif de l'organisme prend un certain temps, ce qui pourra affecter vos réactions et votre discernement. Vous devriez également éviter de prendre des décisions importantes dans les 24 heures suivant votre coloscopie.

Et si j'ai besoin d'un traitement après l'examen ?

La plupart des polypes détectés pendant une coloscopie peuvent être enlevés sans douleur pendant l'examen à l'aide d'une anse métallique passée par l'endoscope. Cela s'appelle une polypectomie.

Si la coloscopie établit que vous avez besoin d'un traitement complémentaire, vous pourrez en parler avec une équipe de spécialistes. Il s'agit généralement de tests supplémentaires afin de localiser exactement le cancer et déterminer son type. Vous pourrez décider avec l'équipe spécialisée des mesures à prendre et du meilleur traitement. Les trois principaux traitements du cancer colorectal sont la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie. Suivant le stade de développement du cancer au moment du diagnostic, on utilisera deux types de traitement ou plus, en conjonction ou l'un après l'autre. Le traitement sera toujours adapté à vos propres besoins, après discussion de votre cas avec l'équipe chargée de s'occuper de vous.

Chirurgie

Le traitement du cancer colorectal est principalement chirurgical. Dans huit cas sur 10, on estime le patient en état de subir l'intervention qui vise à éliminer totalement le cancer. Après l'opération, plus de la moitié des patients survivent plus de cinq ans.

Chimiothérapie

La chimiothérapie utilise des médicaments anti-cancéreux (cytotoxiques) pour tuer les cellules cancéreuses ou les rendre moins actives.

On a recours à la chimiothérapie le plus souvent après la chirurgie afin de diminuer le risque de récurrence du cancer. Elle est parfois administrée avant l'opération afin de réduire la taille des tumeurs, ou en même temps que la radiothérapie.

Radiothérapie

La radiothérapie cible les cellules cancéreuses dans le but de les tuer sans trop endommager les cellules normales. La radiothérapie sert généralement à traiter le cancer du rectum et peut être utilisée avant ou après la chirurgie.

Si le cancer colorectal n'est pas traité, la tumeur peut continuer de croître, jusqu'à bloquer l'intestin, et/ou se diffuser à d'autres organes.

Aurai-je besoin d'une surveillance ?

Si on vous a enlevé un polype, on vous dira si vous vous trouvez dans un groupe à niveau de risque faible, moyen ou élevé quant à l'évolution possible de futurs polypes en tumeurs cancéreuses. Les personnes appartenant au groupe à faible risque auront la possibilité de faire un nouveau test de dépistage dans deux ans. Les personnes des groupes à risque moyen ou élevé passeront au stade de la surveillance du programme de dépistage et auront la possibilité de subir une nouvelle coloscopie dans un an ou trois, selon la nature du ou des polypes. Un suivi coloscopique a pour but d'examiner la paroi intestinale pour voir si de nouveaux polypes sont apparus après votre dernier examen.

Autres examens

Si la coloscopie est exclue dans votre cas à cause de problèmes médicaux annexes, on pourra vous proposer un autre examen à la place, tel un lavement baryté, par exemple.

Un lavement baryté consiste à faire une radiographie de votre gros intestin. On introduit par l'anus un petit tube par lequel on fait couler du baryum (un liquide blanc crayeux) dans votre intestin. Ce liquide adhère à la paroi interne de votre intestin et en montre le contour sur la radio. Le lavement baryté dure 30 minutes environ.

Que fait-on de mon prélèvement une fois qu'il a été examiné ?

Si des fragments de tissus ont été prélevés pendant la coloscopie, on enregistre le résultat des examens dans une banque de données et le prélèvement est détruit. Nous réexaminons régulièrement tous les dossiers de dépistage afin d'offrir un service de qualité et de renforcer les compétences du personnel spécialisé. Cela signifie que le personnel d'un autre service de santé aura accès à votre dossier.

Pour tout renseignement complémentaire sur la conservation des dossiers, veuillez contacter NHS Direct au 0845 4647.

En résumé

Pour vous aider à décider si vous voulez ou non subir une coloscopie, vous pouvez évaluer les principaux avantages et inconvénients de cet examen mentionnés ci-dessous.

- Une coloscopie peut détecter un cancer à un stade précoce, ce qui améliore vos chances de guérison.
- L'ablation des polypes, généralement pendant la coloscopie, peut réduire vos risques de développer un cancer colorectal à l'avenir.
- Vous risquez de trouver désagréable de prendre le médicament qui vous prépare l'intestin la veille de l'examen.
- Les effets secondaires du sédatif peuvent rendre difficiles certaines activités le jour suivant l'examen.
- Subir une coloscopie présente certains risques.
- La coloscopie peut ne pas détecter la présence d'un cancer de l'intestin.

Cette brochure a été mise au point par Cancer Research UK, en association avec NHS Bowel Cancer Screening Programme et avec les conseils du English Colorectal Screening Pilot.

Avez-vous des questions ?

Lors de votre premier rendez-vous, le (ou la) spécialiste vous expliquera en détails en quoi consiste la coloscopie.

Vous pouvez noter ci-dessous toute question que vous souhaiteriez lui poser.

Informations supplémentaires et soutien

Pour toute question ou pour obtenir des informations supplémentaires sur le dépistage du cancer de l'intestin ou sur la coloscopie, vous pouvez :

- contacter votre centre spécialisé en appelant le numéro gratuit (Freephone) 0800 707 60 60
- vous adresser à votre médecin
- consulter le site Web du NHS sur les programmes de dépistage du cancer : www.cancerscreening.nhs.uk
- consulter le site Web de NHS Direct : www.nhsdirect.nhs.uk
- consulter le site Web de Cancerbackup www.cancerbackup.org.uk ou téléphoner au 0808 8001234
- consulter le site Web de CancerHelp www.cancerhelp.org.uk ou téléphoner au 0800 226237
- consulter le site Web de Bowel Cancer UK www.bowelcanceruk.org.uk ou téléphoner au 08708 506050
- consulter le site Web de Beating Bowel Cancer www.beatingbowelcancer.org ou téléphoner au 020 8892 5256

Publié par le ministère de la Santé en association avec NHS Cancer Screening Programmes, avec les conseils et le soutien du Cancer Research UK Primary Care Education Group.

Cancer Research UK (Association pour la recherche sur le cancer au Royaume-Uni)

© Crown copyright 2006

273371 1p May06

Produit par le COI pour le ministère de la Santé

Première édition mai 2006

Le texte de ce document peut être reproduit sans autorisation officielle ni facturation pour usage personnel ou en interne. Pour obtenir des exemplaires supplémentaires de cette brochure, adressez-vous, en citant la référence 273371/Bowel cancer

Colonoscopy, à :

DH Publications Orderline

PO Box 777 London SE1 6XH

Email : dh@prolog.uk.com

Tél : 08701 555 455

Fax : 01623 724 524

Textphone : 08700 102 870 (entre 8h et 18h, du lundi au vendredi)

www.cancerscreening.nhs.uk