



Cancer colorectal

Du dépistage généralisé aux traitements ciblés

➔ **Le cancer colorectal se guérit dans 9 cas sur 10 lorsqu'il est dépisté de façon précoce.** Et pourtant, il reste le deuxième cancer le plus meurtrier en France. Ce paradoxe illustre à la fois les progrès qui ont été faits ces dernières années en matière de traitements, et le rôle crucial du dépistage, pour lequel un programme organisé existe depuis 2009.

17 millions

de personnes reçoivent tous les deux ans un courrier les invitant à parler avec leur médecin traitant, afin que celui-ci décide de la meilleure stratégie de dépistage en fonction de leur situation personnelle.





En 2011, 40 500 nouveaux cas de cancer colorectal ont été diagnostiqués en France : c'est le troisième cancer le plus fréquent après les cancers du sein et de la prostate. Avec 17 500 décès par an, c'est aussi l'un des cancers qui tuent le plus (le 2^e après le cancer du poumon). « Depuis vingt ans, on voit augmenter l'incidence de ce cancer en France – comme en Europe – avec près de 2000 cas supplémentaires chaque année. Le principal facteur de risque est l'âge : plus de la moitié des cancers colorectaux surviennent après 70 ans », résume le Pr Emmanuel Mitry, chef du département Oncologie médicale de l'Institut Curie. Une petite proportion de cancers (environ 10 %) sont héréditaires. Ils apparaissent plus souvent dans certaines familles que dans le reste de la population. Le fait que certains membres de la famille aient déjà eu un cancer ne signifie pas en soi que l'on ait plus de risques qu'une autre personne de développer un cancer. En revanche, lorsque trois parents ou plus sont touchés, diagnostiqués avant l'âge de 50 ans, la question d'un cancer héréditaire se pose (lire encadré page 21). Des facteurs de risque alimentaire ont été identifiés (alimentation riche en protéines animales et pauvre en fibres), ainsi que le surpoids et la sédentarité. Les personnes souffrant de *maladies inflammatoires chroniques de l'intestin* ☐ ont elles aussi davantage exposées. Malgré tout, la mortalité par cancer colorectal a baissé de 20 % en vingt ans. « Aujourd'hui, on guérit plus d'un un cancer sur deux, tous stades confon-

Vieillesse de la population et mode de vie



© Thinkstock

« Si le cancer colorectal est de plus en plus fréquent dans notre vie, c'est essentiellement parce que la population vieillit », résume le Pr Emmanuel Mitry, directeur médical cancers digestifs, gynécologiques et urologiques à l'Institut Curie. Au moment du diagnostic, les hommes ont en moyenne 72 ans et les

femmes 75 ans. La généralisation du dépistage ne contribue que de manière marginale à l'augmentation du nombre de cas ; auparavant, « les cancers étaient quand même diagnostiqués, mais plus tard. » Le mode de vie peut être invoqué (sédentarité, régime alimentaire, etc.), mais cela est difficile à mettre en évidence. L'hypothèse hygiéniste est parfois soulevée : la réduction du nombre d'infections durant la petite enfance ne préparerait plus suffisamment le système immunitaire du tube digestif à détecter et enrayer le phénomène de cancérisation.

us, souligne le Pr Mitry. Plus on diagnostique tôt, plus les chances de guérison sont importantes. Mais plus les patients sont âgés, plus les cancers sont avancés au moment du diagnostic ; c'est là qu'il faut faire des efforts. »

DU POLYPE SILENCIEUX À LA TUMEUR CANCÉREUSE

Dans 60 à 80 % des cas, le cancer se développe à partir d'un polype ☐. « Le polype est une excroissance visible lors d'une coloscopie ☐. Certains sont inoffensifs, d'autres, de type adénome ☐, sont susceptibles d'évoluer en cancer, en dix à

quinze ans en général », décrit le Pr Julien Taïeb, du service d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive de l'hôpital européen G.-Pompidou (Paris). Dans un premier temps, alors que le cancer s'installe, aucun symptôme n'est observé. Puis les premiers symptômes apparaissent : douleurs abdominales, troubles du transit, sang visible dans les selles ou directement au niveau du rectum, amaigrissement inexplicable. À un stade encore plus avancé, le cancer peut provoquer des *occlusions* ☐ ou des perforations intestinales. Mieux vaut donc repérer les polypes avant

☐ Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : ensemble de maladies invalidantes et assez fréquentes, dont notamment la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique (RCH), qui concernent près d'une personne sur 1 000.

Polype : Excroissance plus ou moins grosse qui se forme sur la muqueuse à l'intérieur de l'intestin.

Coloscopie : examen pratiqué sous anesthésie générale, qui consiste à introduire, par l'anus, un tube fin et souple muni d'un système optique,

afin d'examiner les parois internes du côlon et du rectum.

Adénome : tumeur bénigne qui se développe au détriment d'une glande (thyroïde, sein, prostate...) ou d'une muqueuse (paroi intestinale, poumon...). Ici, polype susceptible

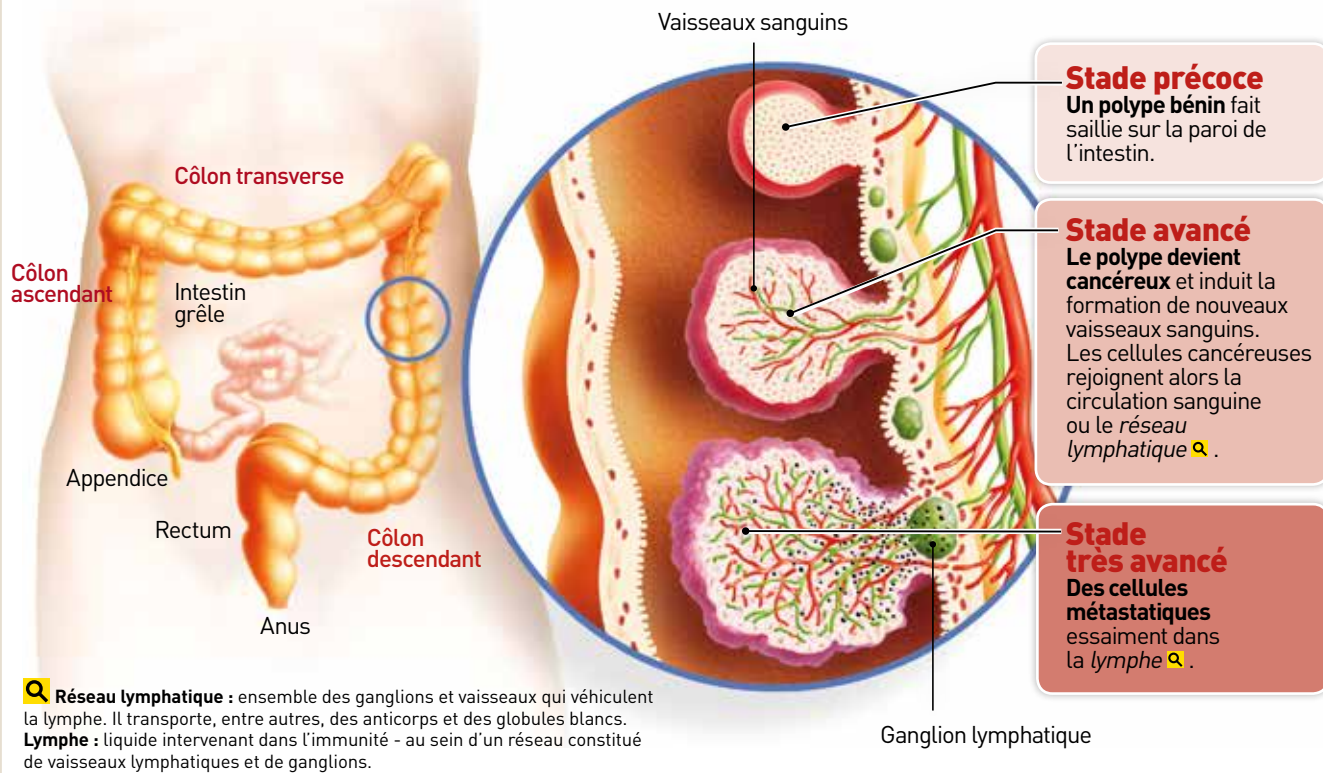
d'évoluer et de se transformer très progressivement en tumeur cancéreuse.

Occlusion : arrêt complet du passage des matières et des gaz dans un segment de l'intestin.



Le développement d'un polype

Le côlon mesure environ 1,5 m de long sur 8 cm de diamètre, et se termine par le rectum. Les polypes apparaissent dans la paroi du côlon (gros intestin) ou du rectum. Le polype est une tumeur bénigne (stade précoce). À mesure que ses cellules se multiplient, elles accumulent des mutations génétiques et deviennent anormales : le polype devient cancéreux (stade avancé). Pour survivre, la tumeur stimule la formation de nouveaux vaisseaux sanguins qui l'irriguent. Le sang, comme la lymphe avec laquelle il communique, favorisent la fuite de cellules cancéreuses à distance de la tumeur d'origine (stade très avancé).



Q Réseau lymphatique : ensemble des ganglions et vaisseaux qui véhiculent la lymphe. Il transporte, entre autres, des anticorps et des globules blancs.
Lymphes : liquide intervenant dans l'immunité - au sein d'un réseau constitué de vaisseaux lymphatiques et de ganglions.

Stade précoce
Un polype bénin fait saillie sur la paroi de l'intestin.

Stade avancé
Le polype devient cancéreux et induit la formation de nouveaux vaisseaux sanguins. Les cellules cancéreuses rejoignent alors la circulation sanguine ou le réseau lymphatique **Q**.

Stade très avancé
Des cellules métastatiques essaiment dans la lymphe **Q**.

qu'ils ne deviennent dangereux (voir ci-dessus). Pour cela on se base sur la détection d'infimes traces de sang (dit sang occulte) dans les selles. « Il est très fréquent qu'un polype saigne, mais que ce soit invisible à l'œil nu », insiste le Pr Taïeb.

UNE PARTICIPATION TROP FAIBLE AU DÉPISTAGE

Depuis 2009, il existe en France un programme de dépistage organisé du cancer colorectal. « Il s'adresse aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans, soit environ 17 millions de Français. Ces personnes reçoivent tous les deux ans un

courrier les invitant à parler avec leur médecin traitant afin que celui-ci décide de la meilleure stratégie de dépistage en fonction de leur situation personnelle », explique le Dr Jérôme Viguier, directeur du pôle santé publique et soins à l'Institut national du cancer (INCa). En l'absence d'antécédent familial ou de facteur de risque particulier, le dépistage repose sur la détection de sang occulte dans les selles. Les médecins traitants sont un pivot essentiel de ce dispositif, car ils en expliquent le fonctionnement et s'occupent du test, dont ils reçoivent les résultats. « Seuls 35 % de la population

ciblée participent au dépistage organisé, c'est insuffisant, déplore le Dr Viguier. Plusieurs freins expliquent ce désintérêt : la peur du cancer et de la coloscopie, mais aussi le fait que les personnes âgées de 50-60 ans ne se sentent pas toujours concernées. Il ne faut pas négliger le côté peu ragoûtant du prélèvement des selles... »

Q Ganglions lymphatiques : petits organes qui contiennent des cellules du système immunitaire, les lymphocytes.
Métastases : tumeurs secondaires issues de cellules cancéreuses s'échappant de la tumeur d'origine.
Antiangiogéniques (ou anti-VEGF) : molécules bloquant la formation de nouveaux vaisseaux sanguins, empêchant ainsi la tumeur d'être irriguée.



LA COLOSCOPIE, PIVOT DU TRAITEMENT

Dans 2 à 3 % des cas, le test de dépistage est positif. Une coloscopie est alors prescrite : l'objectif est de contrôler toute la paroi interne du côlon et du rectum, et de réaliser des biopsies si besoin. « Dans 40 à 50 % des cas, on ne trouve pas de polype. Dans 30 à 40 % des cas, des polypes précancéreux sont identifiés et enlevés aussitôt. Et, pour les 10 % restant, un cancer est diagnostiqué, le plus souvent à un stade précoce », décrit le Dr Viguié. Pour faire la différence entre un adénome (un polype susceptible de se transformer en cancer) et un polype cancéreux, une analyse de la tumeur est nécessaire (anatomopathologie). « Lorsque le polype est cancéreux, il est ôté avec une grande marge de sécurité. Les ganglions lymphatiques à proximité sont eux aussi enlevés, leur analyse permettra de savoir si le cancer a commencé à s'étendre », poursuit le Dr Taïeb. Le traitement dépend en effet du stade de développement du cancer, mais aussi de certaines caractéristiques biologiques de la tumeur (lire interview du Dr Taïeb page 22).



©BELMONTE / BSIIP

➔ L'objectif d'une coloscopie est de contrôler toute la paroi interne du côlon et du rectum.

D'IMPORTANTES PROGRÈS SUR LES CANCERS MÉTASTATIQUES

Ces dernières années, des progrès considérables ont été faits en matière de prise en charge des cancers colorectaux pour lesquels des métastases existent. Le meilleur des traitements reste l'ablation de tout ou partie du côlon. « 10 à 20 % de ces cancers sont opérables immédiatement. Pour ceux non opérables, on dispose

de plusieurs approches thérapeutiques pour tenter de rendre la chirurgie possible, mais ces approches ne fonctionnent que dans 20 % des cas », résume le Dr Taïeb. Il s'agit soit de chimiothérapie soit, depuis l'an 2000, de nouvelles « thérapies ciblées » (lire interview du Dr Taïeb page 22), comme les antiangiogéniques. Le rôle de ces derniers est d'empêcher la croissance de nouveaux vaisseaux

L'AVIS DE L'EXPERT



Dr Rosine Guimbaud,
cancérologue et
gastroentérologue,
au service d'oncologie
médicale du CHU
de Toulouse.

Deux formes de cancers colorectaux génétiques

« Il existe deux types de cancers colorectaux héréditaires, c'est-à-dire liés à une mutation génétique transmise par les parents. Tous deux surviennent en général chez des patients jeunes. Un

dispositif particulier de surveillance existe pour l'ensemble de ces formes familiales, il repose sur des tests génétiques puis sur la réalisation régulière de coloscopies (et une surveillance gynécologique spécifique chez les femmes). Par ailleurs, leur pronostic est plutôt meilleur que les formes non génétiques. On distingue d'abord la polyadénomatoase recto-colique familiale [1 % des cancers colorectaux], cancer le plus souvent lié à une mutation du gène APC. Les personnes ayant cette mutation ont 100 % de risques de développer la maladie. De très nombreux polypes se développent alors durant l'adolescence et certains dégénèrent en cancer, en moyenne vers l'âge de 40 ans. Ces patients sont en

général très bien suivis. L'autre forme familiale est le syndrome de Lynch [5 % des cancers colorectaux], parfois appelé HNPCC pour *Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer*. Elle est liée à des mutations sur les gènes MMR. Un patient, dont ces gènes sont mutés, a 17 fois plus de risques d'avoir un cancer colorectal, en moyenne à 40 ans, là aussi, mais parfois dès 20-25 ans. Chez les femmes porteuses d'une mutation dans un de ces gènes, le risque de cancer de l'endomètre [muqueuse de l'utérus] est également accru. L'analyse génétique des mutations des gènes MMR permet de déterminer la chimiothérapie la plus efficace, en particulier dans les traitements postopératoires. »





3 QUESTIONS AU PARRAIN DU DOSSIER

Pr Julien Taïeb,

chercheur Inserm et gastro-entérologue au service d'hépatogastroentérologie et oncologie digestive, à l'hôpital européen Georges-Pompidou (Paris).

Quelle est la place de la chirurgie dans la prise en charge du cancer colorectal ?

J. T. : Sur les 40 500 cas diagnostiqués chaque année, seulement 16 000 sont immédiatement opérables.

Pratiquement toutes les tumeurs non métastatiques sont opérables, mais aussi 10 à 20 % des cancers avec métastases  [définition page 20]. En effet, le cancer colorectal est une des rares tumeurs solides pour laquelle se pose la question de la chirurgie même en cas de métastases, car l'évolution de la maladie est plutôt moins agressive après l'opération. Après une telle chirurgie, si un *envahissement ganglionnaire*  est détecté, une chimiothérapie complémentaire peut être envisagée afin de diminuer le risque de rechute. Notez qu'on peut vivre avec une partie du côlon, et même sans.

Q **Envahissement ganglionnaire :**

lorsque les cellules cancéreuses s'échappent de la tumeur pour envahir le reste de l'organisme, elles circulent notamment par les ganglions lymphatiques.

Que faire pour les patients présentant des métastases non opérables ?

J. T. : Pour 20 % d'entre eux, une chimiothérapie est envisagée en premier lieu, afin de réduire la taille de la tumeur et de la rendre opérable. Plusieurs molécules existent, mais elles ne sont pas toutes tolérées de la même manière. Par ailleurs, des thérapies ciblées sont disponibles depuis quelques années : ce sont soit des molécules qui empêchent la formation de nouveaux vaisseaux sanguins autour de la tumeur, soit des molécules (appelées anti-EGFR) qui bloquent l'action des facteurs de croissance influant sur le développement des cellules cancéreuses. Ces thérapies ciblées aident à rendre opérables des tumeurs qui ne le sont pas au départ, ou contribuent à prolonger la vie du patient lorsqu'elles restent non opérables. Ces 20 dernières années, les progrès en matière de traitement ont permis aux patients atteints de cancers à stade avancé de survivre non plus 6 mois, mais plus de deux ans.

BIOGRAPHIE

1998 : obtient son doctorat en médecine, université Pierre-et-Marie-Curie Paris VI.

2002 : soutient une thèse de science en immunologie.

2000-2004 : cofonde la société RNTEch, spécialisée dans le diagnostic précoce et le traitement des cancers digestifs.

2007 : devient professeur à l'université Paris-Descartes et intègre l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP Paris).

2012 : devient chef du service d'hépatogastroentérologie et oncologie digestive (HEGP Paris).

Comment sont utilisées ces différentes approches thérapeutiques ?

J. T. : Des tests biologiques permettent d'exclure certains traitements et de cibler ceux qui seront bénéfiques. On sait par exemple que le 5FU, une molécule de chimiothérapie essentielle dans le traitement de ce cancer, n'est pas efficace en complément de la chirurgie chez les patients atteints d'un syndrome de Lynch [lire encadré page 21]. De la même façon, à un stade plus avancé (métastatique), les tumeurs avec une mutation d'un gène appelé K-RAS ne peuvent pas être soignées par des thérapies ciblées anti-EGFR.


Q **Anti-EGFR :** médicament bloquant l'action de protéines appelées EGFR, des facteurs de croissance qui favorisent le développement des cellules cancéreuses.

Génome : ensemble du matériel génétique (ADN) d'un individu.

Immunothérapie : traitement qui a pour but de modifier la réponse immunitaire naturelle de l'organisme, en la stimulant ou en la diminuant.

Antigène : molécule reconnue par les cellules immunitaires ou les anticorps et capable d'engendrer une réponse immunitaire.

Vaccin thérapeutique : prescrit en traitement une fois la maladie déclarée. À l'inverse du vaccin préventif administré avant la maladie pour l'éviter.

...
sanguins qui alimentent la tumeur. Trois médicaments de ce type sont actuellement disponibles. Il existe d'autre part deux molécules *anti-EGFR*  : elles ciblent des facteurs de croissance impliqués dans le développement des cellules cancéreuses. « Il existe aujourd'hui deux écoles pour l'utilisation de cet arsenal thérapeutique. Certains médecins optent pour une approche progressive : on

commence doucement avec une ou deux molécules, puis on va crescendo si cela ne suffit pas. D'autres médecins préfèrent une approche dégressive : on frappe fort dès le départ, avec des combinaisons multiples de médicaments, en ménageant des pauses thérapeutiques pour préserver la qualité de vie du patient, explique le Pr Taïeb. En vingt ans, les progrès thérapeutiques ont permis d'augmenter de 50 à 72 % la rémission des



En 2014, un test de dépistage plus efficace

Le test actuel de dépistage du cancer colorectal repose sur la détection de sang dans les selles grâce à un simple colorant (le gaiac) qui réagit avec l'hémoglobine. En 2014, un nouveau test devrait se généraliser, basé sur une détection immunologique : ce sont des anticorps spécifiques de l'hémoglobine qui permettront d'identifier la présence de sang dans les selles, une technique bien plus sensible. En théorie, deux à trois fois plus de cancers et trois à quatre fois plus d'adénomes (définition page 19) seront ainsi dépistés, et le nombre de coloscopies réalisées doublera. Ce futur test sera aussi plus pratique puisqu'il ne nécessitera qu'un seul prélèvement, au lieu de six (deux dépôts trois jours de suite) avec le test au gaiac. De quoi convaincre davantage de personnes de participer au programme généralisé de dépistage.



© BURGER/PHANIE

➔ Six prélèvements de selles sont nécessaires, aujourd'hui, pour effectuer le test complet de dépistage du cancer colorectal. En 2014, un test plus simple sera disponible.

patients dont le cancer dépisté à un stade précoce est non métastatique et opéré. » Pour les stades avancés, malheureusement toujours mortels, les thérapies récentes permettent aux patients de survivre non plus 6 mois, mais plus de deux ans.

LA RECHERCHE SUR TOUS LES FRONTS

« Ce dont nous avons besoin, aujourd'hui, ce sont des outils pour déterminer les patients pour qui tel ou tel traitement représente un réel bénéfice. On dispose déjà de quelques tests [lire interview page 22], mais il nous en faut plus », reprend le Pr Taïeb. Les chercheurs travaillent ainsi sur une analyse plus fine des tumeurs (caractérisation biologique) qui permet de poser le diagnostic et de définir le traitement. « Nous essayons aussi de voir si leurs gènes mutent beaucoup. En effet, lorsque le génome subit de nombreuses mutations successives, celles-ci n'ont pas le temps de s'installer. Du coup, le pronostic est meilleur et on n'est pas obligé de frapper trop fort avec le traitement », explique le Pr Pierre Laurent-Puig, chercheur Inserm à l'université Paris-Descartes. En collaboration avec d'autres équipes de recherche françaises, ce chercheur a mis au point une classification des tumeurs colorectales en six groupes en fonction

de leur profil génétique, chaque groupe correspondant à un pronostic différent. Enfin, notre système immunitaire se bat naturellement contre le cancer. Il repère et détruit les cellules cancéreuses. De nouvelles approches consistent ainsi à agir sur l'immunité : l'immunothérapie. « L'objectif est de repérer un antigène commun à grand nombre de tumeurs colorectales et de s'en servir pour stimuler le propre système immunitaire du patient contre cet

antigène. On pourrait alors mettre au point un vaccin thérapeutique, explique le Pr Taïeb. Une approche complémentaire serait de bloquer les mécanismes par lesquels la tumeur empêche le système immunitaire d'agir correctement, rétablir les défenses naturelles du patient en quelque sorte. » L'arrivée prochaine de ces nouvelles thérapies ciblées apportera des solutions supplémentaires aux médecins et à leurs patients. |

Préserver les fonctions du rectum

40 % des cancers colorectaux concernent le rectum. Le traitement indiqué reste principalement la chirurgie. L'enjeu est de retirer la tumeur avec une marge importante de sécurité. Pour les tumeurs du bas rectum (proche de l'anus), l'idée est de préserver le muscle du sphincter. Une radiothérapie est souvent réalisée avant la chirurgie pour réduire la taille de la tumeur, faciliter son retrait et réduire le risque de récurrence locale. Pour éviter la récurrence, la radiothérapie est fréquemment associée à une

chimiothérapie. En associant ces trois approches (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie), l'objectif est de réduire au maximum le risque d'ablation définitive du rectum (en particulier du sphincter anal), qui entraînerait la pose d'un anus artificiel. Lorsque cette ablation ne peut vraiment pas être évitée, il n'est plus possible d'expulser les selles par l'anus. Elles sont alors recueillies dans une poche spéciale, accrochée au niveau de l'abdomen, via une ouverture artificielle réalisée au niveau de la peau.



Faire un test génétique permet de savoir si on est à risque

VRAI _Mais uniquement pour les formes familiales du cancer colorectal, qui concernent environ 10 % des cas. Pour les 90 % restants, aucun test génétique ne permet de prédire à l'avance le risque de cancer colorectal. Dans les rares cas familiaux, on distingue deux situations. La première correspond aux familles où au moins trois parents ont été diagnostiqués d'un cancer colorectal, ou bien un parent du premier degré a été diagnostiqué avant l'âge de 50 ans. Dans ce cas, des tests permettent de rechercher la présence de mutation sur les gènes MMR (impliqués dans le syndrome de Lynch). La seconde correspond aux familles dans lesquelles au moins un cas de polyposse colique a été découvert, c'est-à-dire la présence d'au moins 30 à 100 polypes. Une mutation est alors recherchée sur le gène APC ou, moins fréquemment, sur le gène MYH. Dans tous les cas, ces tests sont réalisés à l'occasion d'une consultation d'oncogénétique, et une surveillance étroite est mise en place en cas de test positif.

Les femmes sont plus touchées que les hommes

FAUX _Environ 53 % des cancers colorectaux diagnostiqués le sont chez des hommes, 47 % chez les femmes. La proportion est à peu près la même pour les patients qui décèdent de ce cancer. On note que les hommes sont en moyenne plus jeunes au moment du diagnostic (70 ans contre 73 ans chez les femmes) et au moment du décès (75 ans contre 80 ans chez la femme).

Quand on a un cancer colorectal, il y a forcément des symptômes

FAUX _Avant le développement d'une tumeur, il y a en général un polype bénin. Le plus souvent, il ne fait pas parler de lui. Il peut saigner mais c'est en général indécidable à l'œil nu, d'où l'importance du dépistage, qui recherche des traces de sang occultes dans les selles. Durant les premiers stades de développement, le cancer colorectal est également le plus souvent parfaitement silencieux. Ce n'est qu'au stade avancé que les premiers symptômes apparaissent : constipation ou diarrhées chroniques, douleurs intestinales, saignements plus importants. Il est donc crucial de se faire dépister à partir de 50 ans, même en l'absence de symptômes.

Manger de la viande rouge et de la charcuterie est un facteur de risque

VRAI _Réduire la consommation de viande rouge, d'abats et de charcuterie chez les personnes qui en sont grands consommateurs et augmenter la consommation de poisson chez ceux qui en mangent peu pourraient permettre de réduire le risque de cancer colorectal. C'est ce qu'a montré, il y a quelques années, l'étude EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition), menée pendant cinq ans sur près de 500 000 Européens. Par ailleurs, manger régulièrement des fruits et légumes permettrait, notamment grâce aux fibres qu'ils contiennent, de réduire le risque de cancer colorectal.

Le cancer colorectal est l'un de ceux que l'on soigne le mieux

VRAI _À condition que le cancer soit diagnostiqué tôt. Ainsi, sur l'ensemble des cancers colorectaux, 57 % des patients sont encore en vie cinq ans après le diagnostic. Mais, si on ne considère que les cancers à un stade précoce, c'est-à-dire localisé à la face interne du côlon, sans métastases ni envahissement ganglionnaire, ce pourcentage grimpe à 90 %. Le dépistage et la réalisation de coloscopie, qui permettent de détecter les polypes et de les enlever avant qu'ils ne se transforment en cancer, sont donc des armes décisives contre le cancer colorectal. Selon une étude américaine, publiée en 2012 dans le *New England Journal of Medicine*, dépistage et coloscopie réduisent de 53 % la mortalité associée au cancer colorectal.



FICHE PRATIQUE

S'ENTRAIDER

• **L'ASSOCIATION HNPCC-LYNCH** regroupe depuis 1999 des familles confrontées à la maladie et attentives à l'évolution des connaissances qui s'y rapportent. Elle diffuse, notamment sur son site et *via* ses lettres d'information, les actualités dans le domaine de la recherche, ainsi que des documents sur le dépistage, la surveillance et le traitement de cette maladie.

› Association HNPCC-Lynch
56, avenue bosquet – 75007 Paris
Tél./Fax : 01 47 53 80 26
contact@hnpcc-lynch.com
www.hnpcc-lynch.com

• **LA FONDATION ARCAD** est dédiée exclusivement à la lutte contre les cancers digestifs (œsophage, estomac, pancréas, foie, côlon, rectum). Elle a pour but d'informer et d'aider les patients, de soutenir la recherche et de sensibiliser à une prévention et un dépistage accrus.

› Fondation ARCAD
151, rue du Faubourg-Saint-Antoine
75011 Paris
Tél. : 01 40 29 83 95
www.fondationarcad.org



LIRE



• **Cancer colorectal : savoir utile !** (Éd. Medi-Text, 2007) est un ouvrage rédigé par le Pr Michel Ducreux, chef du service de cancérologie digestive à l'Institut Gustave-Roussy, et professeur à l'université Paris Sud-XI. Illustré et pédagogique, il est accessible à tous, sans besoin de connaissances médicales particulières, et apporte un éclairage simple et complet à toute personne souhaitant être informée sur cette maladie.

S'INFORMER

• Chaque année, **l'Institut national du cancer et le ministère de la Santé organisent « Mars Bleu »**, le mois du cancer colorectal. Premier objectif de cette campagne : rappeler l'importance du dépistage. Des manifestations sont également organisées au niveau local par les associations, collectivités, centre de soins...

Pour en savoir plus, un dépliant sur le dispositif de dépistage généralisé est à télécharger à l'adresse suivante :

www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9875-depliant-mars-bleu-2013

• **L'Assurance maladie** met en ligne sur son site des informations pratiques sur le dépistage du cancer colorectal.

www.ameli.fr/assures/offre-de-prevention/le-depistage-du-cancer-colorectal.php

• **Le mode d'emploi du test de dépistage** de sang occulte dans les selles sur le site de l'Institut national du cancer.

› Le guide sur www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9517-mode-demploi-du-test-hemoccult

› La vidéo sur www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/6627-le-film-pedagogique

• Sur le site de la **Société nationale française de gastroentérologie**, on trouve de nombreuses informations sur les différentes maladies de l'appareil digestif, et notamment le cancer colorectal, ainsi que sur les examens pratiqués.

www.snfge.asso.fr