

Maladies du gros intestin

Souvent, dans ce site, nous attirons votre attention sur l'influence de notre alimentation sur notre état de santé. Or pour tirer le meilleur parti des aliments que nous ingérons, notre digestion doit fonctionner normalement... ce qui n'est pas toujours le cas.

Les aliments entrent dans notre organisme via la bouche, transitent par le tube digestif où ils sont progressivement digérés et transformés, et les résidus de cette digestion sont éliminés via l'anus.

Entre ces deux orifices s'étend un système d'une incroyable complexité, composé d'une succession d'organes creux qui acheminent les aliments. Ce sont l'oesophage, l'estomac, le duodénum, l'intestin grêle et le gros intestin (ou côlon) ; ces organes creux sont connectés à d'autres organes comme le pancréas ou le foie, chargés de fabriquer des sucs digestifs qui permettent la décomposition des aliments en nutriments et la transformation de ceux-ci. Le fonctionnement du système digestif subit en outre l'influence des systèmes nerveux et endocrinien.

La complexité de cet ensemble explique la multiplicité des maladies qui peuvent l'affecter.

Ce dossier aborde plus particulièrement le **fonctionnement de notre gros intestin (ou côlon) et les principales maladies qui peuvent le toucher**. Les affections de l'oesophage, de l'estomac et de l'intestin grêle seront abordées ailleurs dans ce site.

Qu'est-il utile de savoir sur notre système digestif ?



De la bouche à l'anus, en passant par l'oesophage, l'estomac et l'intestin, la nourriture subit différents traitements.

Au fur et à mesure de ce parcours, certains éléments sont assimilés par notre organisme en passant à travers les parois du système digestif.

Ces éléments nutritifs se retrouvent alors dans le système sanguin qui les distribue dans tout le corps.

Le travail de digestion commence dans la **bouche**.

Les aliments sont mastiqués par les dents et imprégnés de salive produite par les glandes salivaires. La salive contient des enzymes qui commencent déjà à décomposer les aliments.

La nourriture passe alors dans l'**oesophage**. Ce tube de ± 25 cm relie la bouche à l'estomac. Par des contractions, il fait avancer la nourriture vers l'estomac. Ces mouvements de contraction - le péristaltisme intestinal - se poursuivent d'ailleurs jusqu'à la fin de l'intestin et, dans certaines circonstances, nous pouvons les ressentir.

La nourriture arrive ainsi dans l'**estomac**, où les aliments sont malaxés et mélangés au suc gastrique (constitué principalement d'acide chlorhydrique et de pepsine), qui décompose les aliments et les transforme en une masse liquide.

Cette dernière passe alors dans le **duodénum** où la nourriture subit encore une dégradation plus poussée sous l'action de deux sécrétions envoyées respectivement par le **pancréas** (des enzymes) et le **foie** (la bile). La réserve de bile fabriquée par le foie se trouve dans la **vésicule biliaire**. Parfois, en formant des cristaux, la bile provoque ce que l'on appelle des calculs (voir l'article « [vésicule biliaire : histoire de calculs](#) »).

Le mélange passe alors dans l'**intestin grêle**. Celui-ci mesure près de 7 mètres de longueur et 2.5 cm de

diamètre. Sa paroi interne est tapissée d'une multitude de microscopiques replis, les villosités, qui augmentent considérablement sa surface, à tel point qu'on estime que la surface interne de l'intestin grêle avoisine les 200 m² - l'équivalent d'un terrain de tennis ! C'est important parce que le rôle essentiel de l'intestin grêle est la résorption des éléments nutritifs et leur transfert dans le flux sanguin ; or ces fonctions sont d'autant plus efficaces que la surface de contact entre la muqueuse et le bol alimentaire est grande.

Ce qui reste de la bouillie alimentaire passe enfin dans le **gros intestin ou côlon**, long de 1,5 mètre environ. Elle y est encore malaxée et quelques substances sont encore récupérées, dont l'eau. Ainsi se forme progressivement une masse plus solide, les selles ou fèces, qui passent dans le **rectum** et quittent le corps par l'**anus**.

Sur le gros intestin, on trouve l'**appendice**. C'est un petit cul-de-sac, dont l'inflammation provoque l'appendicite (voir article « [appendicite, une urgence](#) »).

Photo © Eduard Härkönen - Fotolia.com

[Retour en haut de page](#)

Les maladies du côlon

Les troubles touchant le gros intestin sont nombreux et se manifestent souvent par des symptômes qui se ressemblent (crampes abdominales, troubles du transit...).

Il est donc important de pouvoir faire un diagnostic précis car certaines de ces atteintes sont sans gravité tandis que d'autres requièrent des traitements sans tarder.



Ce dossier abordera :

- le côlon irritable (ou colopathie fonctionnelle);
- deux maladies inflammatoires touchant le côlon :
 - la colite ulcéreuse (ou rectocolite ulcéro-hémorragique) et
 - la maladie de Crohn;
- les polypes;
- les diverticules;
- l'occlusion intestinale;
- le cancer colorectal.

Un peu d'anatomie

La jonction entre le gros intestin (ou côlon) et la fin de l'intestin grêle porte le nom de caecum. C'est à cet endroit que s'abouche l'appendice.

Le côlon comporte

- une partie à droite de l'abdomen, ascendante
- une partie transverse, horizontale,
- une partie à gauche descendante
- une partie terminale constituée du sigmoïde, puis du rectum fermé par l'anus.

Photo © Sebastian Kaulitzki - Fotolia.com

Le côlon irritable

Il ne s'agit pas à proprement parler d'une maladie.

C'est plutôt un **trouble digestif**, caractérisé principalement par des douleurs ou un inconfort dans la région du ventre.

Il est appelé de diverses manières : syndrome du côlon irritable, côlon spastique ou spasmodique, colopathie fonctionnelle.

Quels en sont les signes ?

Les personnes qui en souffrent peuvent ressentir :



- des **crampes douloureuses** au ventre, souvent soulagées par l'évacuation des selles ou des gaz ;
- des sensations de **ventre ballonné** ;
- des **bruits intestinaux** intempestifs ;
- de la **constipation** ou de la **diarrhée**.

Ces signes sont liés à une perturbation de la vitesse de transit des aliments dans le gros intestin :

- soit le passage est trop rapide et le côlon absorbe insuffisamment l'eau contenue dans l'alimentation, ce qui occasionne des selles liquides ;
- soit le passage est trop lent et le côlon, au contraire, absorbe toute l'eau des selles, qui deviennent dures et sèches ; cette situation est alors cause de constipation.
- moins fréquemment, un besoin urgent de vider l'intestin, une impression

d'évacuation incomplète des selles.

Photo © nebari - Fotolia.com

Quelle en est l'origine ?

L'origine du syndrome du côlon irritable reste discutée. Plusieurs hypothèses sont évoquées :

- la présence de contractions trop intenses et douloureuses du gros intestin;
- une sensibilité exacerbée entraînant une perception consciente des mouvements du côlon, alors que ceux-ci passent le plus souvent inaperçus pour la plupart d'entre nous;
- un déséquilibre de la flore intestinale ou un phénomène inflammatoire modéré (par exemple suite à une infection ou une intolérance à un aliment);
- un déséquilibre de certaines substances chimiques (neurotransmetteurs) qui commandent les mouvements de l'intestin (la sérotonine), voire un trouble plus large impliquant à la fois le système nerveux central et le système digestif, via les neurotransmetteurs.

Le stress n'est pas considéré comme une cause de ce trouble, mais il peut accroître l'intensité des signes.

Y a-t-il des personnes plus touchées ?

Ce trouble très fréquent touche 10% à 20% de la population.

On ne connaît pas de profils de personnes qui courent un risque accru de présenter ce syndrome. Les femmes seraient proportionnellement plus concernées, mais peut-être cette différence s'explique-t-elle simplement par un moindre recours aux consultations médicales par les hommes.

Généralement, le syndrome du côlon irritable apparaît chez les jeunes adultes.

Quels sont les tests qui permettent le diagnostic ?

Dans le syndrome du côlon irritable, tous les examens sont normaux : prise de sang, examens de l'intestin.

Votre médecin se base sur l'analyse de vos plaintes, leur récurrence et son examen physique pour poser le diagnostic.

Comment ce trouble évolue-t-il ?

Le syndrome du côlon irritable connaît une **évolution capricieuse**, avec des périodes d'exacerbations (parfois liées au stress) et des périodes où il se fait discret.

Il n'entraîne aucune conséquence sur l'état général, ne s'accompagne ni de phénomènes inflammatoires ni de lésions de l'intestin.

Il n'augmente pas le risque de faire des polypes, des adénomes ou un cancer du côlon.

Il disparaît parfois tout seul.

Le syndrome du côlon irritable est une affection parfois gênante, mais sans gravité.

Les personnes atteintes supportent pour la majorité bien cette affection, même si certaines peuvent être, par moments, fort dérangées par l'inconfort, les douleurs et les troubles du transit (diarrhées et/ou constipation).

Dans ces cas, la qualité de vie peut être altérée et des phénomènes d'anxiété (notamment par anticipation des troubles) peuvent s'installer et entraîner un cercle vicieux.

Que pouvez-vous faire pour prévenir ce trouble ? Quel est le traitement ?

Il n'existe pas de traitement qui permette de « guérir » le syndrome du côlon irritable. Mais **diverses mesures peuvent atténuer les symptômes**.

L'alimentation

Les personnes souffrant de côlon irritable savent généralement quels aliments accentuent leurs troubles intestinaux ; ces aliments varient cependant d'une personne à l'autre.

Lorsque vous faites une crise, vous pouvez tenter de noter ce que vous avez mangé dans les 24 à 48 heures qui précèdent.

Si vous soupçonnez un aliment d'être la cause de ce désagrément, vous pouvez le supprimer temporairement de votre alimentation et voir si les crises diminuent.

On ne peut évidemment tirer de conclusions de ces observations qu'en cas de répétitions d'une association entre un aliment et l'apparition d'un épisode de malaise intestinal.

Si un aliment semble déclencher systématiquement des crises, et après avis de votre médecin, vous pouvez essayer de limiter ou de supprimer la consommation de cet aliment.

De manière générale, vous pouvez aussi

- manger plus de fibres dites « solubles », comme celles contenues dans l'avoine et l'orge par exemple;
- limiter les graisses alimentaires et les fibres insolubles (comme celles du son et du blé entier), qui accroissent les contractions de l'intestin;
- boire de l'eau régulièrement au cours de la journée.

Certaines personnes supportent mal : le lait (intolérance au lactose), certains légumes comme les choux, les oignons, les légumineuses (qui provoquent des gaz) et les produits contenant du mannitol ou du sorbitol (un édulcorant) ou encore du fructose.

Les plats épicés à base de poivre, pili-pili, Cayenne, chili, etc. sont souvent mal tolérés par les personnes sensibles de l'intestin.

Le café accentue les contractions intestinales.

Hygiène de vie

Sans que l'on puisse affirmer l'efficacité de ces mesures, vous pouvez adopter des horaires réguliers de repas, manger calmement, dans une atmosphère paisible et bien mâcher vos aliments.

Les mesures pour réduire le stress peuvent être utiles, dans la mesure où celui-ci accentue les symptômes.

La pratique régulière d'une activité physique, comme la marche, contribue à votre bien-être général et aide à évacuer le stress. En outre, un exercice comme la marche contribue à lutter contre la constipation.

Probiotiques

Les probiotiques sont des bactéries, dont certaines sont naturellement présentes dans la flore intestinale. Certains aliments sont riches en probiotiques : ainsi, tous les produits laitiers fermentés (yaourt, kéfir, etc.) renferment des bactéries lactiques, de même que les légumes lactofermentés, comme la choucroute et que des aliments d'origine asiatique comme le miso et le tempeh.

On trouve aussi de plus en plus dans le commerce des suppléments alimentaires riches en probiotiques.

Certaines études montrent que les probiotiques **peuvent améliorer les symptômes de côlon irritable**, mais il reste difficile d'en tirer des conclusions générales, notamment sur le type de probiotiques efficaces, ainsi que les doses et la durée de prise nécessaire.

Vous pouvez demander conseil à votre médecin ou à un diététicien.

Médicaments

La plupart des personnes qui souffrent de côlon irritable n'ont pas besoin de médicaments, mais votre médecin généraliste peut éventuellement prescrire un traitement pour soulager certains symptômes :

- des laxatifs doux en cas de constipation ;
- des médicaments qui combattent les spasmes et réduisent les contractions de la paroi intestinale (antispasmodiques).

En **aromathérapie**, la menthe poivrée est utilisée pour ses propriétés antispasmodiques : elle détend les muscles lisses des intestins. Elle peut apporter un soulagement à certaines personnes.

L'**acupuncture** soulage également certains malades, bien que son efficacité ne soit pas formellement démontrée.

Des programmes de gestion du stress ou de l'anxiété peuvent être un apport utile, notamment la relaxation, l'hypnose ou le biofeedback.

La colite ulcéreuse

La colite ulcéreuse est une **maladie inflammatoire du gros intestin**.

On l'appelle aussi rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH).

D'évolution chronique, elle touche le côlon et le rectum.

La localisation et l'étendue de l'inflammation varient d'une personne à l'autre : elle peut être limitée à une zone du gros intestin (par exemple le rectum) ou être étendue à son entièreté (pancolite).

Les hommes et les femmes sont touchés dans une proportion équivalente, et on compte environ 3.5 nouveaux cas par an pour 100.000 individus (chiffres français). Au Canada, on estime que 2 personnes sur 1000 en sont atteintes (chiffres canadiens), ce qui représenterait 20.000 personnes en Belgique.

La colite ulcéreuse ressemble à une autre maladie inflammatoire de l'intestin, la maladie de Crohn.

Quels en sont les signes ?

Les crises se manifestent par :

- des crampes dans le ventre;

- la présence de sang dans les selles;
- des selles fréquentes (également la nuit);
- des diarrhées chroniques;
- une envie pressante d'aller à selle, même s'il y a peu de selles à évacuer;
- des signes généraux comme une fatigue, une perte d'appétit et de poids, de la fièvre.

Lorsqu'elle survient chez un enfant, la colite ulcéreuse peut provoquer un retard de croissance et de la puberté.

L'atteinte inflammatoire est localisée à la surface de la muqueuse du côlon et du rectum. Contrairement à ce qui se passe dans la maladie de Crohn, il n'y a donc pas d'attaque en profondeur de la paroi du tube digestif.

Quelle en est l'origine ?

La colite ulcéreuse est une maladie dite « **autoimmune** », c'est-à-dire qu'elle résulte d'un dysfonctionnement de notre système immunitaire, qui s'attaque à des cellules de notre propre organisme.

Parmi les explications retenues, on évoque une réponse immunitaire excessive de notre muqueuse intestinale, dirigée contre les bactéries ou des virus normalement présents dans notre côlon. Cette réaction à notre propre flore intestinale provoque une inflammation permanente et l'apparition d'ulcères. Ceux-ci peuvent sécréter du mucus, du pus et/ou saigner.

L'hérédité et des facteurs liés à l'environnement pourraient aussi jouer un rôle dans l'apparition de cette maladie.

Chez certaines personnes, les symptômes sont aggravés par certains aliments et pendant les périodes de stress excessif.

Y a-t-il des personnes plus touchées ?

Il existe une prédisposition génétique, ce qui explique que la maladie soit plus fréquente dans certaines familles ou certaines populations de la planète.

Les hommes et les femmes sont touchés dans une proportion équivalente.

La maladie se déclare à tout âge, mais est le plus souvent identifiée chez des jeunes adultes (15 à 30 ans).

Quels sont les tests qui permettent le diagnostic ?

Un examen des selles permet de confirmer la présence éventuelle de sang.

Une rectoscopie et/ou coloscopie est nécessaire pour confirmer le diagnostic.

Souvent, des biopsies (minuscules prélèvements) de la paroi de l'intestin sont prélevées pour analyse en laboratoire.

Parfois, lors de poussées importantes, cet examen doit être postposé, afin d'éviter des effets indésirables.

Comment ce trouble évolue-t-il ?

La maladie est présente pour toute la vie, mais son intensité varie beaucoup d'une personne à l'autre.



L'évolution se fait généralement avec une alternance de crises et de périodes de rémission (avec parfois disparition des symptômes pendant des mois ou des années).

Chez une même personne, le niveau d'intensité de la maladie reste généralement stable.

Les personnes qui ont peu de signes suivent généralement un traitement par intermittence, lors des crises.

Les crises de colite ulcéreuse s'accompagnent parfois de signes généraux, eux aussi de nature auto-immune :

- atteinte inflammatoires des articulations (membres, colonne, sacro-iliaque);
- lésions de la peau, des yeux;
- lésions du foie.

En présence d'une diarrhée chronique, l'absorption de certains nutriments peut être perturbée, avec un risque de carence (par exemple de certaines vitamines).

Les complications sont possibles sont :

- une hémorragie;
- une anémie qui est la conséquence des saignements chroniques de la muqueuse de l'intestin;
- une colite toxique.

Il y a alors infection localisée avec atteinte du péritoine (l'enveloppe de l'intestin). Celui-ci arrête ses mouvements (iléus paralytique) et se dilate. Ce phénomène peut entraîner un mégacôlon toxique (dilatation importante de l'intestin) avec douleurs et fièvre importantes (plus de 40°C), coliques, gros ventre et parfois vomissements. Il s'agit là d'une situation d'urgence, car il y a un risque de perforation de l'intestin, et une hospitalisation est nécessaire;

- un cancer du côlon ou du rectum : après une dizaine d'années d'évolution d'une colite ulcéreuse, le risque de débiter un cancer est augmenté.

Photo © Klaus Eppel - Fotolia.com

Que pouvez-vous faire pour prévenir ce trouble ?

Dans l'état actuel des connaissances, et notamment parce qu'on ne connaît pas exactement les causes de cette maladie, il n'existe aucune mesure préventive connue.

Mais certaines mesures permettent de réduire :

- la sévérité des crises

- Certains aliments peuvent aggraver les symptômes. Apprenez à les reconnaître, car ils varient d'une personne à l'autre. Parlez-en avec votre médecin avant de les bannir totalement de votre alimentation : il faut en effet éviter des carences en certains nutriments. Les aliments moins bien tolérés sont généralement le lait et certains produits laitiers, certains légumes comme les choux, brocolis et haricots, l'alcool, les plats épicés (poivre, piment, pili-pili, etc.), les boissons contenant de la caféine et les boissons gazeuses.

- Les fibres alimentaires peuvent accentuer les signes ; préférez les légumes et fruits cuits plutôt que crus.
- Ne prenez pas des repas trop copieux, mangez plusieurs petits repas plutôt que 2 ou 3 sur la journée.

- le risque de complications

- Un suivi médical régulier, plusieurs fois par an chez votre médecin généraliste, et une fois par an chez un gastro-entérologue, est conseillé.
- En cas de poussée avec des symptômes importants, votre médecin vous conseillera peut-être temporairement un régime « sans résidus ».

Quels traitements ?

Les traitements de la colite ulcéreuse visent à réduire les phénomènes d'inflammation qui sont à la base de la maladie.

Attention: **les antiinflammatoires classiques comme l'aspirine, l'ibuprofène, etc. peuvent aggraver les signes de la colite. Les médicaments contre la diarrhée peuvent augmenter le risque de faire un mégacôlon.**

En présence d'une colite ulcéreuse, ces médicaments, présents dans de nombreuses pharmacies familiales, ne peuvent jamais être pris sans un avis de votre médecin.

Médicaments

Les médicaments utilisés sont :

- les aminosalicylates, administrés selon les cas par la bouche, en suppositoires ou par lavements. On les utilise pour soigner les crises et pendant les périodes de rémission;
- les corticoïdes, également administrés par la bouche, par suppositoires ou par lavements. Ils sont généralement prescrits pour des périodes limitées en raison de leurs effets indésirables importants : accroissement du risque d'ostéoporose, de cataracte, de diabète de type 2, d'hypertension artérielle, de troubles du sommeil ou de l'humeur, etc;
- les immunodépresseurs : ils suppriment l'inflammation en diminuant

directement l'activité du système immunitaire. Ils sont généralement utilisés en cas d'échec ou de mauvaise réponse aux autres traitements. Ils mettent un certain temps à agir (parfois 3 mois ou plus). Un suivi médical régulier est indispensable, car ces médicaments diminuent la résistance aux infections en raison de la réduction de l'activité du système immunitaire;

- d'autres médicaments récents, tels que les « inhibiteurs du TNF » sont en principe utilisés uniquement dans les formes les plus graves de la maladie, après échec des autres traitements ; leur coût est très élevé.

Suppléments alimentaires

Les traitements ont aussi pour but d'éviter les problèmes de malnutrition, liée aux diarrhées chroniques, à la mauvaise absorption des nutriments et à la perte d'appétit.

Adoptez une alimentation équilibrée et riche en nutriments, c'est essentiel. Les conseils d'un diététicien sont souvent utiles.

La prise de suppléments de fer est parfois nécessaire, pour compenser la perte de sang chronique au niveau des intestins ou pour soigner une anémie déjà installée.

Des suppléments de vitamines et de minéraux sont souvent prescrits également.

Chirurgie

Dans certains rares cas de colite ulcéreuse très grave, lorsque les médicaments ne permettent pas un contrôle des crises, une intervention chirurgicale est indiquée. Il s'agit d'une intervention importante, puisque la seule possibilité pour guérir cette forme de colite est l'ablation de tout le gros intestin (côlon et rectum).

Hygiène de vie

Entre les crises, vous pouvez agir sur votre alimentation.

En effet, une **alimentation équilibrée et variée pourrait exercer une action favorable**, en diminuant la fréquence des crises.

La consommation d'aliments riches en fibres est à ces moments conseillée ! En effet, elle régularise le travail intestinal et favorise la croissance des bactéries normales de la flore intestinale (effet prébiotique).

Une étude a associé le fait de manger du « fast-food » au moins deux fois par semaine à un risque accru

de colite ulcéreuse.

Persson PG et al. Diet and inflammatory bowel disease: a case control study. *Epidemiology* 1992; 3:47-52.

Une autre étude observe un accroissement du risque de poussée en cas d'ingestion régulière de boissons au cola et de chocolat, et une diminution de ce risque avec une consommation d'agrumes.

Russel MGVM, Engels LG, et al. 'Modern life' in the epidemiology of inflammatory bowel disease: a case-control study with special emphasis on nutritional factors. *Eur J GastroenterolHepatol* 1998; 10:243-249*

Cependant, on ne peut tirer de conclusions définitives de ces études.

Privilégiez une alimentation sans excès de graisses, avec un apport en protéines provenant de viandes maigres, du poulet, de poissons et des œufs.

Vous pouvez aussi adopter des stratégies de **gestion du stress**.

En effet, ce dernier, s'il ne cause pas la colite, en aggrave souvent les symptômes. Pratiquez donc une activité physique régulière et apprenez la pratique de techniques de relaxation.

Probiotiques



Les probiotiques sont des bactéries, dont certaines sont naturellement présentes dans la flore intestinale. Certains aliments sont riches en probiotiques : ainsi, tous les produits laitiers fermentés (yaourt, kéfir, etc.) renferment des bactéries lactiques, de même que les légumes lactofermentés, comme la choucroute et que des aliments d'origine asiatique comme le miso et le tempeh.

On trouve aussi de plus en plus dans le commerce des suppléments alimentaires riches en probiotiques.

Certaines études montrent une prolongation de la durée des rémissions et une prévention des rechutes suite à une prise de certains probiotiques précis. Il s'agit donc d'une piste prometteuse.

Cependant, ces études doivent être confirmées dans des essais de plus longue durée comportant un nombre suffisant de patients.

Kruis W, Fric P, et al. Maintaining remission of ulcerative colitis with the probiotic *Escherichia coli* Nissle 1917 is as effective as with standard mesalazine. *Gut*. 2004 Nov;53(11):1617-23).

Photo © Yves Damin - Fotolia.com

Toutes les maladies inflammatoires de l'intestin augmentent le risque d'apparition d'un cancer colorectal. Les personnes qui en sont atteintes doivent donc veiller à avoir un suivi régulier par leur médecin

généraliste et par un gastro-entérologue. Les lésions précancéreuses ou les cancers débutants peuvent être détectés et soignés précocement, avec une forte probabilité de guérison.

La maladie de Crohn

La maladie de Crohn est une **maladie inflammatoire chronique** du tube digestif qui évolue par poussées successives.

Le plus souvent, les lésions sont localisées dans la région où l'intestin grêle et le gros intestin (côlon) se rejoignent.

Mais elles peuvent atteindre toutes les parties du système digestif, de la bouche à l'anus.

Elle ressemble à cette autre maladie inflammatoire de l'intestin qu'est la colite ulcéreuse (voir plus haut).

Elle apparaît à tout âge, mais est le plus souvent diagnostiquée entre 20 et 30 ans, et semble en augmentation dans les pays occidentaux. On l'a estimée à 5 nouveaux cas pour 100.000 habitants par an (chiffres français). Au Canada, on estime que 2 personnes sur 1.000 en sont atteintes.

Quels en sont les signes ?

Les signes principaux sont des **crampes** et des **douleurs** dans le ventre, ainsi qu'une **diarrhée chronique** (plus de 2 semaines); à la différence de la colite ulcéreuse, cette diarrhée est rarement sanglante.

Des **signes généraux** comme de la fièvre, de la fatigue, des douleurs aux articulations peuvent aussi être présents.

Parfois, il y a une perte de poids et d'appétit.

Les selles comportent parfois des glaires et/ou du sang.

L'inflammation atteint plus profondément la paroi du tube digestif que dans la colite ulcéreuse.

Quelle en est l'origine ?

La maladie de Crohn résulte d'une **inflammation persistante** de la paroi intestinale dont l'origine n'est pas bien connue : des facteurs multiples semblent intervenir.

- L'hérédité: certains gènes prédisposent à cette maladie.
- Des facteurs de notre environnement. Ainsi, la maladie est plus souvent

rencontrée depuis les années '50 et dans les pays industrialisés. Mais on ne sait pas quel(s) facteur(s) précis de notre mode de vie joue(nt) un rôle.

- Des troubles de l'immunité. Comme la colite ulcéreuse, la maladie de Crohn est considérée comme une maladie autoimmune, liée à des réactions excessives de notre système immunitaire contre des virus et bactéries habituellement présents dans l'intestin.
- Le rôle éventuel d'une infection spécifique ou d'un déséquilibre de la flore intestinale est aussi évoqué, mais sans aucune certitude.

Y a-t-il des personnes plus touchées ?

Les personnes ayant des membres de leur famille atteints de cette maladie courent un risque accru d'en être elles-mêmes atteintes (**prédisposition héréditaire**).

Les **fumeurs** présentent plus de risques que la moyenne d'être atteints de la maladie de Crohn.

Quels sont les tests qui permettent le diagnostic ?

Un examen des selles permet de confirmer la présence éventuelle de sang.

Une rectoscopie et/ou coloscopie est nécessaire pour confirmer le diagnostic. Souvent, des biopsies (minuscules prélèvements) de la paroi de l'intestin sont prélevées, pour analyse en laboratoire. Parfois, lors de poussées importantes, cet examen doit être postposé, afin d'éviter des effets indésirables.

Comment ce trouble évolue-t-il ?

La maladie de Crohn est chronique : elle est présente pour la vie.

Mais elle évolue par crises, avec des périodes de rémission (sans symptômes) durant des semaines ou des mois, voire parfois des années.

La gravité des crises et l'importance des signes (dont la douleur) est variable selon les individus et même d'une crise à l'autre.

La maladie peut provoquer des troubles de l'absorption de certains aliments, en raison de diarrhées chroniques ; il y a donc un risque de carence (par exemple de certaines vitamines).

Chez l'enfant, cette malabsorption peut se traduire par un retard de croissance.

La maladie peut se compliquer.

- Des ulcères peuvent apparaître sur les muqueuses digestives, sources de saignements.
- Des blessures dans la région de l'anus peuvent entraîner des abcès et des fissures.
- Une anémie peut apparaître, en raison des saignements et hémorragies.
- Un épaissement localisé de la paroi de l'intestin peut provoquer une obstruction (occlusion intestinale) : le contenu du tube digestif est alors bloqué. Cette situation entraîne un ballonnement, des vomissements et nécessite une hospitalisation. Il y a un risque de perforation de l'intestin.
- Une atteinte d'autres parties du corps peut survenir : arthrite, inflammation des yeux, de la bouche, lésions de la peau, etc.
- Le risque de développer un cancer du côlon est augmenté, ce qui explique qu'un dépistage régulier est recommandé.

Que pouvez-vous faire pour prévenir ce trouble ?

Dans l'état actuel des connaissances, et notamment parce qu'on ne connaît pas exactement les causes de cette maladie, il n'existe aucune mesure préventive connue.

Cependant, si vous fumez, votre médecin vous recommandera d'arrêter, entre autres raisons parce que le tabac augmente le risque d'être atteint de la maladie de Crohn.

Diverses mesures permettent de réduire :

- la sévérité et la fréquence des crises

- Eviter de fumer.
- Eviter l'aspirine et les médicaments antiinflammatoires.
- Suivre le traitement prescrit par le médecin avec régularité ; ne l'arrêter que sur avis médical.
- Certains aliments peuvent aggraver les symptômes, mais il s'agit d'une sensibilité individuelle: en effet, de nombreux régimes alimentaires ont été testés sans résultats significatifs. Cependant, une étude dont les résultats doivent être confirmés évoque l'influence négative d'une alimentation

riche en protéines animales.

Apprenez donc à reconnaître les éventuels aliments qui, selon vous, posent problème, car ils varient d'une personne à l'autre. Notez-les dans un carnet et parlez-en avec votre médecin avant de les bannir totalement de votre alimentation : il faut en effet éviter des carences en certains nutriments.

Animal protein intake and risk of inflammatory bowel disease: The E3N prospective study. Jantchou P, Morois S, Clavel-Chapelon F, et al. Am J Gastroenterol. 2010 Oct;105(10):2195-201. Epub 2010 May 11.

- le risque de complications

- un suivi médical régulier, plusieurs fois par an chez votre médecin généraliste, et une fois par an chez un gastro-entérologue, est conseillé.
- En cas de poussée avec des symptômes importants, votre médecin vous conseillera peut-être temporairement un régime « sans résidus ».

Quels traitements ?

Médicaments

L'objectif du traitement **lors d'une crise aiguë** est de soulager les douleurs et de réduire les diarrhées et l'inflammation des muqueuses.

Le **traitement d'entretien** a quant à lui pour but de réduire la fréquence des crises et de limiter l'étendue de l'atteinte de l'intestin.

Ce sont parfois les mêmes médicaments qui sont utilisés :

- des antiinflammatoires spécifiques comme les aminosalicylates (sulfalazine, mésalazine, mésalamine), administrés selon les cas par la bouche, en suppositoires ou par lavement. On les utilise pour soigner les crises et pendant les périodes de rémission;
- les immunodépresseurs : ils suppriment l'inflammation en diminuant directement l'activité du système immunitaire. Ils sont généralement utilisés en cas d'échec ou de mauvaise réponse aux autres traitements. Ils

mettent un certain temps à agir (parfois 3 mois ou plus). Un suivi médical régulier est indispensable, car ces médicaments diminuent la résistance aux infections en raison de la réduction de l'activité du système immunitaire;

- d'autres médicaments récents, tels que les « inhibiteurs du TNF » sont en principe utilisés uniquement dans les formes les plus graves de la maladie, après échec des autres traitements ; leur coût est très élevé.

Les corticoïdes sont utilisés en cas de crises fortes. Ils sont administrés par la bouche, par suppositoires ou lavements. Ils sont toujours prescrits pour une période limitée en raison de leurs effets indésirables importants : accroissement du risque d'ostéoporose, de cataracte, de diabète de type 2, d'hypertension artérielle, de troubles du sommeil ou de l'humeur, etc.

Hygiène de vie

Pendant les crises, réduisez la quantité de fibres alimentaires (fruits – surtout crus et non pelés – et légumes, céréales, pain complet).

Ces aliments n'aggravent pas la maladie, mais ils peuvent, par leur volume dans l'intestin, accroître l'inconfort et les douleurs.

Adoptez une alimentation équilibrée et riche en nutriments, c'est essentiel. Les conseils d'un diététicien sont souvent utiles.

Toutes les maladies inflammatoires de l'intestin augmentent le risque d'apparition d'un cancer colorectal. Les personnes qui en sont atteintes doivent donc veiller à avoir un suivi régulier par leur médecin généraliste et par un gastro-entérologue. Les lésions précancéreuses ou les cancers débutants peuvent être détectés et soignés précocement, avec une forte probabilité de guérison.

Suppléments alimentaires

Les traitements ont aussi pour but d'éviter les problèmes de malnutrition, liée aux diarrhées chroniques, à la mauvaise absorption des nutriments et à la perte d'appétit.

La prise de suppléments de fer est parfois nécessaire, pour compenser la perte de sang chronique au niveau des intestins ou pour soigner une anémie déjà installée.

Des suppléments de vitamines et de minéraux sont souvent prescrits.

Chirurgie Parfois, un recours à une intervention chirurgicale est nécessaire, par exemple en cas de complications comme une obstruction digestive, une fistule, etc.

Les polypes de l'intestin

Les polypes sont situés sur la muqueuse du gros intestin. Ils mesurent généralement quelques millimètres, parfois 1 à 2 centimètres.

On distingue trois types de polypes :

- les polypes adénomateux, les plus fréquents;
- les polypes hyperplasiques;
- les polypes inflammatoires. Ils sont dans ce cas généralement liés à une maladie inflammatoire comme la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse.

Quels en sont les signes ?

Les **polypes sont généralement silencieux**.

Parfois, des signes évoquent leur présence, comme la présence de sang sur les selles, ou des changements des habitudes pour aller à la selle (constipation ou diarrhée).

Quelle en est l'origine ?

On ne connaît pas l'origine exacte des polypes.

On pense que des facteurs liés aux modes de vie interviennent, notamment le type d'alimentation : en effet, on les observe plus souvent dans les pays industrialisés où 30 à 50% des adultes en sont porteurs.

Y a-t-il des personnes plus touchées ?

Nous pouvons tous être porteurs de polypes.

Mais ils sont plus fréquents au fur et à mesure qu'on prend de l'âge, ainsi qu'en cas d'obésité, de tabagisme, de consommation importante d'alcool et de matières grasses, de sédentarité.

La présence d'une maladie inflammatoire de l'intestin ou d'une hérédité familiale accroît également le risque d'en être porteur.

Comment ce trouble évolue-t-il ?

Certains polypes peuvent se transformer progressivement, en une dizaine d'années, en cancer du côlon. D'autres ne poseront pas de problèmes.

Quels sont les tests qui permettent le diagnostic ?

Etant donné l'absence de signes et le risque d'évolution cancéreuse, on comprend qu'il est important de se soumettre à un **dépistage régulier**.

Dès l'âge de 50 ans, consultez votre médecin généraliste pour lui demander de faire un dépistage du cancer colorectal.

Cet examen de dépistage est repris dans votre Dossier Médical Global (DMG)

Si vous avez un risque particulier (voir plus bas), parlez-lui du dépistage du cancer colorectal lors d'une prochaine consultation.

Deux méthodes sont disponibles :

- pour les **personnes de 50 et plus**, qui n'ont pas de facteurs de risque particuliers vis-à-vis du cancer du côlon, le **dépistage par recherche de sang dans les selles** est recommandé.

Le prélèvement de selles se pratique à la maison et les échantillons sont envoyés au laboratoire pour analyse. Précisons que le test permet de détecter des traces de sang invisibles à l'œil nu.

En l'absence de sang dans les selles, le test doit être répété tous les 2 ans (au minimum jusqu'à l'âge de 69 ans);

- pour les **personnes qui ont un facteur de risque particulier** de développer un cancer de l'intestin, une coloscopie est indiquée. Le médecin généraliste prescrit alors cet examen, qui sera réalisé par un gastro-entérologue en milieu hospitalier généralement.

Qu'est-ce qu'un risque particulier quand on parle du cancer de l'intestin ?

Une personne sur cinq (soit 15 à 20% de la population) présente un risque un peu plus élevé de développer un cancer de l'intestin (colorectal) :

- soit qu'elle souffre d'une maladie inflammatoire chronique des intestins comme la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse ;
- soit qu'elle a déjà souffert d'un polype ou d'un cancer colorectal ;
- soit qu'un de ses parents proches (père, mère, frère, sœur) a eu un cancer colorectal.

Comme le risque est plus important, le suivi préventif est différent de celui proposé à la population générale. **Dans ce cas, l'examen préconisé est la coloscopie.**

Lire aussi notre article « [dépister le cancer de l'intestin](#) » .

Peut-on prévenir l'apparition de polypes ?

Il n'existe pas de prévention absolue.

Mais on souligne généralement l'**influence favorable d'un mode de vie combinant une activité physique régulière, une alimentation riche en fibres (céréales complètes), en légumes et en fruits.**

On conseille aussi classiquement d'éviter le tabac et de s'abstenir d'alcool ou de le consommer en quantité raisonnable.

Une alimentation riche en calcium pourrait avoir un effet favorable pour prévenir l'apparition des polypes intestinaux ; néanmoins, les données scientifiques restent insuffisantes pour en affirmer les bienfaits dans ce domaine.

Quel traitement ?

Le seul traitement des polypes est leur **ablation**, généralement lors d'une coloscopie.

Cet examen nécessite une préparation inconfortable :

- vous devrez suivre pendant les 3 à 4 jours précédant l'examen un régime sans résidus dont le but est de supprimer toutes les fibres et autres substances non digestibles pour limiter la formation de selles et ainsi « vider » l'intestin. Sont généralement à proscrire les légumes et fruits (crus ou cuits), le pain complet, les pommes de terre, les céréales, les boissons gazeuses, etc;
- vous devez rester pendant près d'une journée sans manger (par exemple, prendre le dernier repas à midi la veille d'un examen se déroulant le matin);
- vous devez prendre à plusieurs reprises un laxatif prescrit par le gastroentérologue qui pratiquera l'examen. Ce laxatif fort provoque des diarrhées, parfois des nausées et des crampes intestinales.

L'examen consiste à introduire un **endoscope (caméra) souple** par l'anus pour visualiser la muqueuse de l'intestin ; il se pratique généralement sous une légère sédation (calmants) et dure entre 10 et 45 minutes.

Si le gastroentérologue voit un ou plusieurs polypes, il peut immédiatement les enlever. L'intervention est indolore puisque la paroi de l'intestin n'est pas sensible au toucher. Dans la majorité des cas, vous pourrez

rentrer à la maison après l'examen.

Rarement, lorsque les polypes sont d'accès difficile à la coloscopie ou trop gros, une intervention chirurgicale est indiquée.

Les diverticules

Les **diverticules** sont des sortes de « poches » en doigt de gant qui se forment dans la muqueuse du tube digestif.

Il peut en apparaître dans l'œsophage, l'estomac et l'intestin grêle, mais c'est le plus souvent dans la paroi du gros intestin qu'ils se développent.

En présence de diverticules intestinaux, on parle de « **diverticulose** ».

Quels en sont les signes ?

Généralement, on ne ressent aucun signe lié à la présence de diverticules. On les découvre souvent par hasard, par exemple lors d'une coloscopie réalisée pour un dépistage du cancer colorectal.

Toutefois, il arrive qu'un diverticule s'enflamme ou s'infecte : cette « **diverticulite** » s'accompagne alors de **fortes douleurs abdominales accompagnées de fièvre**.

Quelle en est l'origine ?

La **diverticulose est fréquente** dans les pays industrialisés. Près de 50% de la population serait concernée.

Les diverticules se forment aux endroits de moindre résistance de la paroi du tube digestif : cette dernière s'étire sous la pression (comme lorsqu'on souffle dans un ballon).

Y a-t-il des personnes plus touchées ?

Les diverticules sont plus fréquents lorsqu'on prend de l'âge, qu'on est sédentaire et en cas d'alimentation pauvre en fibres.

Comment ce trouble évolue-t-il ?

La plupart des personnes porteuses de diverticules n'en subiront aucun inconvénient.

Parfois, une diverticulite peut survenir : l'inflammation et l'infection du diverticule provoquent de fortes

douleurs abdominales et de la fièvre.

Consultez sans délai votre médecin généraliste en présence d'une forte douleur abdominale accompagnée de fièvre (et parfois de nausées et de vomissements).

Parfois, d'autres symptômes sont également présents : besoin fréquent d'uriner, difficultés ou douleur en urinant, ballonnement important, gêne lorsque l'on ferme le pantalon ou la ceinture, diarrhée ou constipation.

Un **épisode de diverticulite peut parfois se compliquer** et

- évoluer en péritonite : l'infection s'étend à l'ensemble du péritoine, qui est la membrane qui entoure tous les organes contenus dans l'abdomen. Il s'agit d'une urgence médicale, qui nécessite une hospitalisation immédiate;
- former un abcès;
- provoquer une fistule : un conduit anormal se forme entre l'intestin et un autre organe creux contenu dans l'abdomen (comme par exemples la vessie, l'utérus chez la femme).
- entraîner un blocage de l'intestin (voir occlusion intestinale).

Quels sont les tests qui permettent le diagnostic ?

Les diverticules sont généralement identifiés lors d'une **coloscopie** ou d'une radiographie de l'intestin (**lavement baryté**).

Quel traitement ?

La diverticulose ne nécessite aucun traitement.

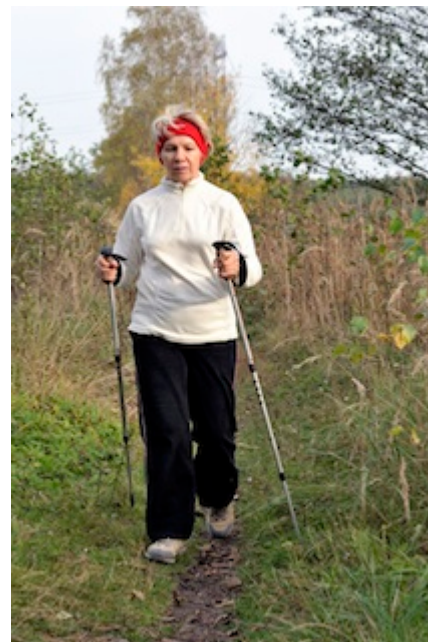
La **diverticulite** impose une **hospitalisation**. Le traitement repose sur diverses mesures : mise au repos de l'intestin par un arrêt transitoire de l'alimentation, pose d'une perfusion intraveineuse, prise d'antibiotiques et d'antidouleurs.

Dans un deuxième temps, une alimentation liquide, puis semi-liquide est proposée.

Une intervention chirurgicale est parfois nécessaire pour retirer la partie de l'intestin atteinte.

Peut-on prévenir l'apparition de diverticules ?

La sédentarité et un régime pauvre en fibres sont considérés comme des facteurs favorisant l'apparition de diverticules.



La prévention repose donc ici également sur la pratique d'une activité physique régulière.

Une alimentation favorable à la prévention de la diverticulose :

- est riche en fibres (céréales complètes, fruits, légumes);
- comporte peu de viande et de matières grasses;
- est accompagnée d'une prise de boissons suffisante (1,5 à 2 litres de liquide par jour).

On conseille aussi d'aller à la selle dès qu'on en ressent le besoin, afin d'éviter une augmentation de la pression dans les intestins.

Photo © Pershing - Fotolia.com

L'occlusion intestinale

Une occlusion est un **blocage de l'intestin** : les selles et les gaz ne peuvent plus transiter normalement, pour être éliminés via l'anus.

Le blocage peut être complet ou partiel et survenir dans l'intestin grêle ou le côlon.

L'occlusion se manifeste par des **crampes dans le ventre**, un **fort ballonnement**, des **nausées** et des **vomissements**.

Quelle en est l'origine ?

La plupart des cas sont liés à la **présence d'un obstacle** qui bloque le passage dans l'intestin.

Il peut s'agir de la présence :

- d'une tumeur;
- d'un phénomène inflammatoire local (maladie de Crohn, abcès sur diverticulite, etc);
- d'une invagination (une partie de l'intestin rentre dans l'autre, comme lorsqu'on repousse l'extrémité du doigt d'un gant) ou d'une hernie;
- d'un corps étranger ou d'un bouchon de selles;
- d'adhérences intestinales (tissus fibreux qui se forment dans l'abdomen, par exemple suite à une intervention chirurgicale, et qui enserrant l'intestin).

Parfois, les mouvements de l'intestin sont bloqués sans qu'il y ait d'obstacle. Cela survient généralement suite à une opération chirurgicale sur les intestins : on parle d'**iléus paralytique**.

Quel traitement ?

L'occlusion intestinale est une urgence.

Si elle n'est pas traitée rapidement, elle peut évoluer vers une perforation de l'intestin et une péritonite.

Le traitement dépend de la cause identifiée. Parfois il suffit de diminuer la pression dans l'intestin bloqué en aspirant les gaz et les liquides via un tube introduit par le haut (tube naso-gastrique) et en alimentant par voie intraveineuse pour mettre l'intestin au repos.

Si cela ne suffit pas, il faut parfois pratiquer une intervention chirurgicale pour lever l'obstacle.

Cancer colorectal

C'est **un des cancers les plus fréquents chez nous** : il vient en deuxième position chez la femme (après le cancer du sein) et en troisième position chez l'homme (après les cancers de la prostate et du poumon).

Le Registre du Cancer enregistre environ 7.500 nouveaux cas par an en Belgique, ce qui représente environ 13% de tous les cancers. Il est exceptionnel avant 40 ans, mais sa fréquence augmente nettement entre 50 et 75 ans.

Il se situe soit dans le côlon, soit dans sa partie terminale (sigmoïde et rectum), d'où son appellation de « cancer colorectal »

Quels en sont les signes ?

Le cancer colorectal ne donne aucun signe pendant les premières années de son évolution.

Il se développe le plus souvent **à partir d'un polype** (voir plus haut) lui-même indolore et passant inaperçu.

Il arrive qu'il saigne mais ces saignements sont microscopiques et ne peuvent être détectés que par des examens spécifiques des selles (dépiantage).

Il faut en moyenne une dizaine d'années pour qu'un polype se cancérisse, d'où l'**importance du dépiantage**.

Un cancer plus évolué peut se manifester par des alternances de diarrhée et de constipation, du sang dans les selles, un inconfort ou des douleurs dans le bas-ventre.

Y a-t-il des personnes plus touchées ?

Le cancer colorectal est plus fréquent dans les pays industrialisés comme le nôtre. L'alimentation et les habitudes de vie semblent jouer un rôle important: ainsi, ce cancer est moins fréquent chez les Japonais vivant dans leur pays que parmi ceux qui se sont expatriés aux Etats-Unis et qui ont adopté un mode de vie nord-américain.

Les habitudes de vie plus souvent associées au cancer colorectal sont :

- la sédentarité;
- une alimentation riche en viande rouge et pauvre en fruits et légumes;
- la consommation importante d'alcool;
- le tabagisme.

L'obésité est également incriminée.

Les maladies inflammatoires de l'intestin, comme la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse, augmentent le risque d'apparition d'un cancer colorectal. Les personnes atteintes de ces affections doivent bénéficier d'un suivi médical très attentif tout au long de leur vie.

Certains cas de cancer colorectal sont liés à **l'hérédité**.

On estime que 30% des personnes atteintes par un cancer du côlon seraient porteuses d'une anomalie génétique héritée d'un de leurs parents. Dans les 2/3 des cas, ces anomalies n'augmentent que faiblement le risque.

Par contre, certaines mutations sont de véritables **prédispositions au cancer colorectal**. On en distingue deux catégories:

- le « Cancer Héritaire Non Polyposique du Côlon » (anciennement appelé syndrome de Lynch),
- la « Polypose Adénomateuse Familiale », plus rare, qui se caractérise par une multitude de polypes sur les intestins, avec un risque très élevé de cancérisation.

Ces personnes doivent bénéficier d'un suivi médical très attentif tout au long de leur vie.

Les cancers du côlon d'origine génétique surviennent généralement à un âge plus jeune que les cancers non héréditaires. Les anomalies génétiques peuvent être transmises à la descendance, raison pour laquelle on propose un dépistage génétique aux membres de la famille de ces personnes. Les porteurs du gène muté feront l'objet d'une étroite surveillance et, si nécessaire, de traitements préventifs (dès l'enfance en cas de polypose familiale).

Comment ce cancer évolue-t-il ?

Au début, les anomalies cellulaires sont généralement localisées sur un polype intestinal.

Les premiers signes sont peu apparents : saignement invisible le plus souvent.

A ce stade, le cancer est entièrement guérissable si on enlève le polype en question, d'où l'importance du dépistage.

Si le cancer n'est pas détecté précocement, lors d'un dépistage par exemple, il augmente progressivement en volume et envahit la paroi de l'intestin elle-même. Il peut alors **saigner** davantage et provoquer un **changement persistant des habitudes de défécation** (diarrhées et/ou constipation).

D'autres signes encore doivent amener à consulter son médecin généraliste :

- des douleurs fréquentes dans le ventre (crampes, malaise);
- une perte de poids inexplicquée;
- des faux besoins d'aller à la selle;
- une sensation que les intestins ne se vident pas.

A un stade plus avancé, les cellules cancéreuses peuvent migrer vers les ganglions lymphatiques et le foie (métastases).

Quels sont les tests qui permettent le diagnostic ?

Deux méthodes sont disponibles :

- pour les **personnes de 50 et plus**, qui n'ont pas de facteurs de risque particuliers vis-à-vis du cancer du côlon, le dépistage par recherche de sang dans les selles est recommandé.
Le prélèvement de selles se pratique à la maison et les échantillons sont envoyés au laboratoire pour analyse. Précisons que le test permet de détecter des traces de sang invisibles à l'œil nu.
En l'absence de sang dans les selles, le test doit être répété tous les 2 ans (au minimum jusqu'à l'âge de 69 ans);
- pour les **personnes qui ont un facteur de risque particulier** de développer un cancer de l'intestin, une coloscopie est indiquée. Le médecin généraliste prescrit alors cet examen, qui sera réalisé par un gastro-entérologue en milieu hospitalier généralement.

Qu'est-ce qu'un risque particulier quand on parle du cancer de l'intestin ?

Une personne sur cinq (soit 15 à 20% de la population) présente un risque un peu plus élevé de développer un cancer de l'intestin (colorectal) :

- soit qu'elle souffre d'une maladie inflammatoire chronique des intestins comme la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse ;*
- soit qu'elle a déjà souffert d'un polype ou d'un cancer colorectal ;*
- soit qu'un de ses parents proches (père, mère, frère, sœur) a eu un cancer colorectal.*

*Comme le risque est plus important, le suivi préventif est différent de celui proposé à la population générale. **Dans ce cas, l'examen préconisé est la coloscopie.***

Lire aussi notre article « [dépister le cancer de l'intestin](#) » .

Quel traitement ?

La **chirurgie** est le traitement principal du cancer colorectal.

Lorsque le **cancer est détecté précocement**, l'ablation du polype cancéreux, par coloscopie, est le traitement de choix. Il **permet le plus souvent de guérir définitivement** le cancer, sans autre traitement.

Lorsque le cancer est de plus grande taille, la partie atteinte du côlon ou du rectum est enlevée.

Le chirurgien doit parfois pratiquer une colostomie (poche), soit transitoire, soit plus rarement définitive (c'est le cas généralement quand le cancer est situé bas dans le rectum). Une ouverture est alors pratiquée au niveau de la paroi de l'abdomen (anus artificiel) et les selles sont évacuées dans une poche en matière synthétique collée à la peau.

Lorsque le médecin suspecte la possibilité de métastases, ou en présence avérée de ces dernières, des traitements complémentaires par radiothérapie et/ou chimiothérapie sont proposés.

La radiothérapie est basée sur l'utilisation de rayons centrés sur la tumeur pour la détruire.

La chimiothérapie repose sur l'administration de médicaments destinés à tuer en priorité les cellules cancéreuses. Ces traitements ont des effets indésirables importants.

Peut-on prévenir l'apparition?

En adoptant certaines habitudes de vie, on peut réduire le risque de cancer colorectal, mais pas l'éviter totalement. Quelles sont ces mesures de prévention ?



- Pratiquer une activité physique régulière, \pm 30 minutes par jour (voir l'article « [Bouger, c'est bon pour la santé](#) »)

- Ne pas fumer (voir l'article « [Tabac : préparer l'arrêt](#) »);
- Maintenir son poids normal (IMC de préférence entre 20 et 25).
[Cliquez ici pour calculer votre indice de masse corporelle](#);
- En cas d'obésité, perdre progressivement du poids (\pm 5% en un an), en adoptant une alimentation variée et équilibrée :
 - davantage de légumes et de fruits, de céréales complètes riches en fibres, de volaille et de poisson;
 - par contre, limiter la consommation de viandes rouges, de charcuterie et de grillades (barbecue), de graisses (dont les pâtisseries, les préparations industrielles, etc).

Photo © Tomo Jesenicnik - Fotolia.com

Les bienfaits du régime méditerranéen couvrent aussi bien le contrôle du poids que la prévention du diabète de type 2, de certains cancers et de maladies cardiovasculaires.

Qu'est-ce que le régime méditerranéen ?

On pourrait plutôt parler de mode de vie, puisqu'il allie une alimentation variée à une activité physique quotidienne. L'alimentation y est riche en fruits, légumes, oignons, ail, légumineuses, noix, produits céréaliers complets ; l'huile d'olive est la matière grasse privilégiée et on y recourt abondamment aux herbes aromatiques. Fromage, yaourt, poissons et volaille sont au menu, de même que le vin rouge en quantité modérée ; par contre, la viande rouge n'est que très peu consommée. L'apport en calories est raisonnable.

Et la vitamine D ?

Des études en laboratoire laissent penser que la vitamine D pourrait réduire l'agressivité du cancer du côlon, en ralentissant le processus de transformation des cellules malignes. Cependant, des recherches complémentaires sont nécessaires, notamment pour vérifier le rôle favorisant éventuel d'une insuffisance de vitamine D dans l'apparition du cancer colorectal.

Dans l'état actuel des connaissances, l'apport alimentaire et via une exposition de quelques minutes par jour au soleil suffisent à couvrir les besoins en vitamine D de la plupart d'entre nous (voir notre dossier « [Vitamines](#) », chapitre 2.7.3).

Pour en savoir plus sur le cancer colorectal et les traitements, consultez la [page](#) dédiée de la Fondation contre le Cancer.

[Retour en haut de page](#)

Accepter son problème de côlon pour mieux le gérer

Côlon irritable, colite ulcéreuse et maladie de Crohn ont comme caractéristique commune d'évoluer pendant la vie avec une alternance de périodes sans signes et de crises.

Mais la comparaison s'arrête là, car si les troubles liés au côlon irritable sont inconfortables, ils sont sans conséquences sur l'état général.

Par contre, les problèmes liés à la colite ulcéreuse et à la maladie de Crohn peuvent être plus préoccupants et altérer la qualité de vie ; des complications peuvent survenir.

La colite ulcéreuse et la maladie de Crohn sont des maladies généralement installées pour la vie. Il s'agit dans les deux cas de diagnostics difficiles à vivre.

Actuellement, on peut en soulager les symptômes, mais on ne peut pas les guérir. Si vous êtes atteints de ces maladies, vous serez amené à modifier votre mode de vie.

La présence de polypes, en raison du risque de cancérisation, ou de diverticules, peut aussi être une source d'inquiétudes, de même évidemment que l'annonce d'un diagnostic de cancer colorectal.

Votre médecin généraliste est une personne ressource importante pour vous accompagner face à ces diagnostics et aux changements de vie que certains peuvent entraîner.

Votre médecin vous a annoncé que vous aviez une maladie de l'intestin ?

FICHE 1 - QUE PENSEZ-VOUS, QUE SAVEZ-VOUS DE VOTRE MALADIE ?

Notez vos réponses, pour en parler avec votre médecin lors de votre prochaine consultation.
Gardez vos notes pour les relire dans quelques mois, vous pourrez ainsi voir si vous avez changé d'idées.

FICHE 2 - COMMENT RÉAGISSEZ-VOUS? QUELS SENTIMENTS RESSENTEZ-VOUS ?

Notez vos réponses, pour en parler avec votre médecin lors de votre prochaine consultation.
Gardez vos notes pour les relire dans quelques mois, vous pourrez ainsi voir si vous avez changé d'idées.

FICHE 3 - QU'ATTENDEZ-VOUS DE VOTRE MÉDECIN? DU TRAITEMENT ?

Notez vos réponses, pour en parler avec votre médecin lors de votre prochaine consultation.
Gardez vos notes pour les relire dans quelques mois, vous pourrez ainsi voir si vous avez changé d'idées.

FICHE 4 - VOTRE MÉDECIN VOUS A PRESCRIT UN MÉDICAMENT

Qu'attendez-vous de ce médicament? Pour quelle raison votre médecin vous l'a-t-il prescrit? Combien de comprimés (injections, etc) devez-vous prendre, et à quel moment? Avez-vous des difficultés avec ce médicament? Avez-vous l'impression que le médicament vous convient? Quels effets ressentez-vous?

Notez vos réponses, pour en parler avec votre médecin lors de votre prochaine consultation.
Gardez vos notes pour les relire dans quelques mois, vous pourrez ainsi voir si vous avez changé d'idées.

FICHE 5 - VOTRE MÉDECIN VOUS A DONNÉ DES CONSEILS POUR VOTRE VIE DE TOUS LES JOURS

Par exemple, il vous a conseillé de: faire de l'exercice, manger différemment, faire des pauses, vous ménager, suivre un traitement médicamenteux quotidien, etc).

Qu'attendez-vous de ces changements ? Selon vous, pour quelle raison votre médecin vous a-t-il donné ces conseils ? Avez-vous des difficultés pour appliquer ces conseils ? Décrivez ce que vous avez fait au cours des 15 - 30 derniers jours, de préférence en prenant des notes chaque jour.

Notez vos réponses, pour en parler avec votre médecin lors de votre prochaine consultation.

Gardez vos notes pour les relire dans quelques mois, vous pourrez ainsi voir si vous avez changé d'idées.

FICHE 6 - Votre maladie et vous

Cela fait quelques mois ou quelques années que vous savez être atteint d'une maladie de l'intestin. Votre vie a-t-elle changé depuis que vous le savez ?

Notez vos réponses, pour en parler avec votre médecin lors de votre prochaine consultation.
Gardez vos notes pour les relire dans quelques mois, vous pourrez ainsi voir si vous avez changé d'idées.

[Retour en haut de page](#)

Agir pour mieux vivre avec une maladie de l'intestin

Nous avons abordé dans le chapitre « Maladies du côlon » les principales mesures généralement conseillées pour la prise en charge des différentes maladies de l'intestin.

Avec votre médecin généraliste, vous pourrez mettre en place une stratégie qui vous sera personnelle pour vivre au mieux avec votre problème d'intestin.

Dans un grand nombre de cas, il vous sera possible de mener votre vie comme vous le souhaitez.

Même avec les **maladies inflammatoires (colite ulcéreuse et maladie de Crohn)**, vous pourrez généralement travailler, avoir des loisirs, vous occuper de votre famille, vous alimenter de manière agréable et conviviale.

C'est dans tous les cas le but à atteindre, mais il nécessite une bonne collaboration avec votre médecin généraliste.

Souvent, un traitement permanent est prescrit. Un suivi régulier de ce traitement contribuera à stabiliser votre état ; si vous avez des difficultés à suivre ce traitement, parlez-en ouvertement avec votre médecin. Ensemble, vous pourrez trouver des aménagements utiles.

A certains moments, lors de crises inflammatoires, vous devrez vous imposer quelques restrictions: changements alimentaires, prise de repos, traitements spécifiques.

Votre vie professionnelle et familiale peut évidemment être perturbée, de manière généralement transitoire, lors de crises plus intenses.

Comme pour toute maladie chronique, il est essentiel de bien connaître sa maladie, d'apprendre à gérer le stress qu'elle constitue, et à reconnaître la manière dont le corps réagit aux poussées.

Tenez votre carnet d'observations!

Pour vous aider, votre médecin et vous, dans le suivi de votre trouble, vous pouvez utiliser un cahier dans lequel vous notez vos observations au jour le jour :

- nombre de selles et consistance;
- douleurs (leur fréquence, gravité et durée);
- appétit ou perte d'appétit;
- aliments qui semblent aggraver vos symptômes;
- aliments que vous évitez systématiquement;
- moments de la journée, de la semaine, etc. où les symptômes sont les plus présents;
- relevé du poids (une fois par semaine ou par quinzaine);
- fièvre éventuelle- etc.

En présence d'une maladie chronique, avec une perspective d'en être atteint sa vie durant, on peut être tenté de trouver des solutions alternatives : des produits « naturels », des diètes restrictives ou d'autres types de thérapies comme par exemple l'homéopathie.

Il n'y a pas de preuves scientifiques de l'efficacité de ces alternatives. Si vous avez confiance en un de ces traitements et que vous voulez le tester, ne le cachez pas à votre médecin. Certains de ces traitements sont peut-être peu compatibles avec les médicaments prescrits.

Par ailleurs, si vous décidez d'arrêter vos médicaments -ce que nous vous déconseillons-, il est indispensable que votre médecin en soit informé.

Dans le cas contraire, il pourrait mal interpréter des aggravations éventuelles de votre état et proposer des changements erronés de traitement.

Par ailleurs, n'oubliez pas que des produits « naturels » comme des tisanes peuvent aussi avoir des effets indésirables (par exemple provoquer des diarrhées) et que certains régimes restrictifs peuvent provoquer des déficits nutritionnels.

Soyez donc prudents et gardez votre esprit critique devant des publicités parfois trompeuses.

Les histoires de guérisons miraculeuses soutiennent parfois des démarches très commerciales.

[Retour en haut de page](#)

Chercher du soutien et s'organiser



Certains diagnostics, comme ceux d'une maladie chronique ou d'un cancer, sont difficiles à vivre.

Bien vivre avec ces maladies implique souvent de modifier des habitudes, d'organiser sa vie quotidienne différemment. Cela n'est ni évident ni facile.

Vous n'êtes heureusement pas seul!

Nous vous proposons quelques pistes pour trouver des informations, des idées, du soutien.

Votre entourage

En présence d'une maladie chronique de l'intestin (Crohn, colite ulcéreuse, cancer, etc), **votre médecin généraliste est votre premier conseiller**. N'hésitez pas à lui demander régulièrement son avis, à lui confier vos difficultés.

N'ayez pas peur de lui demander de vous expliquer à nouveau lorsque vous ne comprenez pas ses explications ou si vous avez l'impression qu'il vous donne trop d'informations en une fois.

Si vous prenez des médicaments, notez bien vos questions et les effets que vous ressentez, pour en parler

avec lui.

Expliquez à votre entourage familial que vous êtes atteint d'une affection chronique et que vous devez modifier votre mode de vie.

Changer vos habitudes est plus facile si votre famille vous aide.

Proposez à votre conjoint(e) de vous accompagner chez le médecin, si vous n'êtes pas sûr(e) de pouvoir bien expliquer tout ce que le médecin vous a dit, ou si on ne vous comprend pas bien.

Photo © Igor Petrovic - Fotolia.com

Bouger: des activités physiques organisées

Une activité physique régulière est conseillée pour prévenir ou stabiliser de nombreuses affections des intestins.

Si vous souhaitez pratiquer une activité physique avec d'autres personnes, rejoignez un groupe (par exemple de gymnastique ou de marche). Renseignez-vous auprès de votre commune ou CPAS, d'un centre sportif ainsi qu'auprès de votre mutuelle ou d'un mouvement féminin.

L'[ADEPS](#) propose des activités pratiquement pour chaque week-end (marches vertes, etc).

Ménagez-vous des moments de repos

Si vous ressentez plus vite des douleurs ou de la fatigue lors de certaines périodes, offrez-vous un ou deux moments de pause au cours de la journée.

Faites-vous aider !

Si vous êtes atteint(e) d'une maladie inflammatoire de l'intestin, ménagez-vous dans les périodes de crise. Evitez de vouloir faire tout vous-même, demandez de l'aide à votre entourage ou via un service d'aide à domicile, qui pourra déléguer

une aide familiale ou une aide ménagère. Vous pouvez vous informer auprès de votre mutuelle, de votre CPAS ou de votre commune.

Sexualité

Les maladies de l'intestin n'ont pas d'influence directe sur la vie sexuelle. Mais la présence de malaises ou douleurs chroniques peut avoir une influence négative sur l'humeur et sur la sexualité.

Il n'est pas toujours facile de parler de sa vie sexuelle et de ses désirs avec son partenaire. Le dialogue est pourtant essentiel pour pouvoir, ensemble, adapter ses habitudes et renouveler le plaisir de vivre en couple. En cas de difficulté, votre médecin généraliste peut vous écouter et éventuellement vous orienter, vous et votre conjoint(e), vers un conseiller conjugal ou un sexologue.

Associations

Des associations spécialisées peuvent vous donner de l'information ou vous aider dans certaines démarches ou pour l'achat de matériel. Parfois, elles vous permettent de rencontrer d'autres personnes atteintes de la même maladie.

Association Crohn - RCUH asbl

Tél 02/354.12.85.

<http://www.mici.be/>

FAPA (Belgian Polyposis Project & Hereditary Colorectal Cancer Project)

Cette association vise l'information des patients atteints de polypose familiale et du syndrome de Lynch, ainsi que des professionnels qui s'en occupent.

Tél 02/743.45.94

<http://www.belgianfapa.be/fr>

Stoma Ilco Belgique asbl

Cette fédération francophone regroupe des personnes touchées par le placement d'une stomie.

<https://www.stomie.be/>

Références principales

Maladie de Crohn et colite ulcéreuse: rôle du généraliste. E-learning. Société Scientifique de Médecine Générale.

Elide Montesi. Diminuer la mortalité du cancer colorectal: une nécessité. Revue de la Médecine Générale; 2009, 260: 52-59.

Berstein CN, et al The Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease in Canada: A Population-Based Study Am J Gastroenterol 2006;101:1559-1568.

Site [Dépistage Cancer](#) du CCR (programme de dépistage du cancer colorectal)

Mise à jour le 15/09/2021