

MARC PEETERS &
JEAN-LUC VAN LAETHEM

Tout sur le cancer du côlon

Le guide de base pour les patients
et leurs proches

Annick Deckers (rédactrice)

 | LANNOO

WWW.LANNOO.COM

Inscrivez-vous à notre newsletter et recevez régulièrement des renseignements sur nos parutions et activités.

Toutes reproductions ou adaptations d'un extrait quelconque de ce livre, par quelque procédé que ce soit, sont interdites pour tous pays.

Photo de couverture : Shutterstock

Création de couverture : Studio Lannoo

Design : Evelien Gillis – Armée de Verre

Images: Shutterstock et Armée de Verre, sauf stipulation contraire.

p. 52, 54, 122: Corbis

© Uitgeverij Lannoo, 2016

Kasteelstraat 97

8700 Tiel

D/2016/45/114

ISBN 978 94 014 2723 4 – NUR 860

PRÉFACE

Le mot «cancer» suscite toujours beaucoup de questions et d'angoisse chez les patients qui en souffrent et chez leur famille.

Le cancer du côlon, souvent repris sous l'appellation «colorectal», regroupant aussi le cancer du rectum, est l'un des cancers les plus fréquents dans nos pays occidentaux, lié à différents facteurs, dont certaines habitudes alimentaires. Sa fréquence augmente avec l'âge. On peut néanmoins le détecter à un stade précoce, voire précancéreux, par des programmes de dépistage spécifiques et adaptés.

De nombreux progrès ont été faits dans ce domaine, tant sur le plan de la prise en charge chirurgicale que grâce à l'apport de nouveaux médicaments innovants et plus efficaces. La clé d'un succès thérapeutique réside dans une prise en charge multidisciplinaire. La thérapie est ainsi renforcée par un soutien psychologique, infirmier, social...

Ce livre entend apporter des réponses claires et précises aux nombreuses questions que le patient, comme son entourage, se pose lors du diagnostic d'un cancer colorectal, mais aussi, ensuite, au fil de son parcours et de sa thérapie. Nous avons souhaité aborder un maximum de thématiques: de l'origine du cancer (colorectal) au diagnostic posé et aux différents traitements, en intégrant les aspects sociaux et psychologiques de la maladie, ainsi que son impact quotidien.

Nous remercions chaleureusement les médecins, professeurs et spécialistes – plus de cinquante au total – qui ont contribué bénévolement à cet ouvrage de référence. Issus de spécialités et d'hôpitaux divers, tous ont accepté de partager leurs expertise et savoir avec notre rédactrice. Dans leur domaine de compétence, ils ont répondu, en interview ou par écrit, dans un langage simple,

compréhensible de tous, à une ou plusieurs questions que se posent les patients. Nous espérons ainsi permettre aux lecteurs de mieux comprendre le cancer, dont la prise en charge aujourd'hui est de grande qualité dans nos pays, offrant de meilleurs résultats en matière de guérison.

Prof. M. Peeters
UZ Antwerpen (Anvers)

Prof. J.-L. Van Laethem
CUB – Hôpital Erasme

CONTENU

1	LE CÔLON	12
1	À quoi ressemble le système gastro-intestinal ?	13
2	À quoi sert le côlon ?	14
3	Quelle est la différence entre le rectum et l'anus ?	15
2	LE CANCER	16
4	Qu'est-ce que le cancer ?	17
5	Quelle est la différence entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne ?	18
6	Est-ce vrai qu'un Belge sur quatre sera atteint d'un cancer ?	19
7	Quelles sont les causes du cancer ?	22
8	Pourquoi n'interdit-on pas tout simplement les produits cancérogènes ?	23
3	LE CANCER COLORECTAL	25
9	Quels types de cancers du côlon existe-t-il ?	26
10	Comment se développe le cancer colorectal ?	26
11	Comment se développe une métastase dans le cancer colorectal ?	29
12	Le cancer colorectal est-il héréditaire ?	30
13	À partir de quel âge risque-t-on de développer un cancer colorectal ?	32
14	Suis-je un(e) patient(e) à risque ?	32
15	Puis-je prévenir le développement d'un cancer colorectal ?	35
4	DÉPISTAGE	36
16	Quel est le rôle du dépistage dans le cancer colorectal ?	37
17	Quels sont les moyens de dépistage du cancer colorectal ?	38
18	Puis-je participer au dépistage du cancer colorectal ?	38
19	Comment se passe l'analyse des selles ?	39
20	Pourquoi est-il impossible à l'heure actuelle de faire le dépistage sur la base d'un échantillon de sang ?	40

21	Comment pose-t-on le diagnostic de cancer colorectal ?	43
22	En quoi consiste la coloscopie ?	43
23	Est-ce vrai que la coloscopie est un examen désagréable ?	46
24	Est-ce que la coloscopie se fait toujours sous anesthésie ?	47
25	Qu'est-ce que la coloscopie virtuelle ?	48
26	Peut-on avaler une vidéocapsule au lieu de passer une coloscopie ?	51
27	En quoi consiste une radiographie du côlon ?	53
28	Qu'est-ce qu'une écho-endoscopie ?	54
29	Quelle est l'importance de l'analyse histologique pour la pose du diagnostic du cancer ?	57
30	J'ai un cancer colorectal, mais je ne présente aucun trouble physique. Comment est-ce possible ?	60
31	Comment se passe la détection de métastases ?	61
32	Si je présente des métastases dans le foie ou dans les poumons, est-ce que cela signifie que je souffre également d'un cancer du foie ou des poumons ?	62
33	Comment est déterminé le stade de la maladie ?	62
34	Qu'est-ce qu'un CT-scanner ?	64
35	Qu'est-ce qu'un PET-scan ?	67
36	Tous ces examens sont-ils nocifs ?	70
37	Qu'est-ce qu'une RMN ?	72

6 TRAITEMENT

	Questions liées à mon traitement	77
38	Qui prend la décision sur le choix du traitement ?	77
39	Quels sont les types de traitements du cancer de l'intestin et quel sera le mien ?	78
40	Quelle est la différence entre un traitement adjuvant et un traitement néoadjuvant ?	81
41	Mon âge va-t-il influencer le choix du traitement ?	82
42	Quel est le rôle de mon généraliste dans ce traitement ?	83

43	Quel est le rôle de l'infirmier/ière en oncologie pendant mon traitement ?	84
44	Je ressens toutes sortes de petits inconvénients pendant mon traitement. Dois-je tous les signaler à mon médecin ?	86
45	Si je ressens une sensation bizarre, dois-je consulter mon médecin traitant ou plutôt immédiatement mon spécialiste ?	87
46	Et si je vis seul ou si j'ai besoin d'une aide à domicile ?	88
47	Puis-je obtenir n'importe quel médicament en Belgique ?	91
48	J'ai entendu dire qu'il existe des produits naturels pour traiter le cancer. Puis-je en prendre ?	92
49	J'ai lu dans le journal un article relatif à un nouveau traitement prometteur. Pourquoi ne le reçois-je pas ?	93
50	Ne pourrais-je pas avoir un meilleur traitement à l'étranger ?	94
51	Que dois-je faire en cas de douleur ?	94
52	Est-il vrai que le cancer progresse moins vite quand on est plus âgé ?	96
53	Puis-je boire de l'alcool pendant mon traitement ?	97
54	Si je participe à une étude clinique, vais-je recevoir avec certitude un nouveau médicament et pas un placebo ?	98
55	Comment se déroule une étude clinique ?	99
56	Comment serai-je suivi ?	100
57	Un contrôle trimestriel ou semestriel est-il suffisant ?	102
58	Quand puis-je me considérer comme guéri(e) ?	103

Chirurgie **104**

59	En quoi consiste une opération du cancer du côlon ?	104
60	Quelles complications peuvent survenir après une opération ?	106
61	Quelle est la différence entre une coelioscopie et une intervention conventionnelle ?	108
62	En quoi consiste la chirurgie rectale ?	109
63	De quelle longueur de côlon peut-on se passer ?	112
64	Les métastases peuvent-elles encore être opérées ?	113
65	Je dois subir une chirurgie hépatique. Est-ce dangereux ?	115
66	En quoi consiste la CHIP ?	117
67	Mes métastases sont inopérables. Que faire maintenant ?	118

68	Une intervention pour cancer colorectal signifie-t-elle qu'on se réveille avec une stomie ?	119
69	Comment soigner une stomie ?	121
	Chimiothérapie	127
70	Qu'est-ce que la chimiothérapie ?	127
71	Quel est le but de la chimiothérapie dans le cancer colorectal ?	129
72	Est-ce que la chimiothérapie est toujours administrée par perfusion ?	129
73	Pour quelle raison dois-je faire une prise de sang avant chaque séance de chimiothérapie ?	132
74	Pendant combien de temps devrai-je faire de la chimiothérapie ?	134
75	Est-ce que je perdrai mes cheveux et me sentirai nauséux (euse) toute la journée ?	135
76	Qu'est-ce qu'un cathéter veineux central ?	136
77	Si mon traitement est postposé d'une ou deux semaines, est-ce que ceci aura une influence sur son efficacité ?	139
78	Que signifie un traitement ciblé ?	140
79	Les traitements ciblés ont-ils aussi des effets secondaires ?	141
80	Y a-t-il de nouveaux traitements en cours de développement ?	142
81	Qu'est-ce que l'immunothérapie ?	143
	Radiothérapie	146
82	Dois-je subir une radiothérapie ?	146
83	Comment se déroule la radiothérapie ?	147
84	Quels sont les effets secondaires de la radiothérapie ?	150
	Et si la guérison n'est plus possible ?	151
85	Si mon médecin propose un traitement palliatif, cela signifie-t-il qu'il n'y a plus d'espoir ?	151
86	Quelle est l'importance d'un soutien palliatif ?	152
87	Où puis-je m'adresser pour des soins palliatifs ?	153
88	Que m'offrira l'unité de soins palliatifs ?	154
89	Ma maladie est en phase terminale. Qu'est-ce que cela veut dire concrètement ?	155

90	Je ne veux pas que ma vie soit prolongée inutilement quand j'arriverai au stade terminal. Comment dois-je procéder ?	156
----	--	-----

7	VIVRE AVEC UN CANCER COLORECTAL	159
----------	--	------------

91	Comment informer ma famille et mes amis ?	160
92	Puis-je encore travailler et partir en vacances ?	162
93	Puis-je continuer à manger comme avant ?	163
94	Je me sens souvent très fatigué(e). Comment y faire face ?	167
95	Dois-je, en tant que patient(e) présentant un cancer colorectal, avoir peur des infections et éviter les personnes enrhumées ?	168
96	Puis-je mener une vie normale et active avec une stomie ?	170
97	Le cancer est-il coûteux ?	173
98	Quels sont les remboursements de médicaments auxquels j'ai droit ?	174
99	Quels sont mes droits au niveau de mon emploi ?	176
100	Quel sera l'impact de ma maladie et de mon traitement sur ma vie sexuelle ?	178
101	Pourrai-je encore avoir des enfants après mon traitement ?	181
102	Comment faire face à l'impact psychologique de ma maladie ?	184
103	La religion et la culture influencent-elles ma façon de vivre ma maladie ?	186
104	Parfois, je pense que je mérite ce cancer. Comment dois-je faire face à ces pensées ?	187
105	Est-ce que mon moral aura une influence sur le décours de ma maladie ?	188
106	Comment, en tant que partenaire, prendre soin de moi-même et de « mon » patient ?	189

LES SPÉCIALISTES CONSULTÉS	193
-----------------------------------	------------

LEXIQUE	197
----------------	------------

INDEX	203
--------------	------------

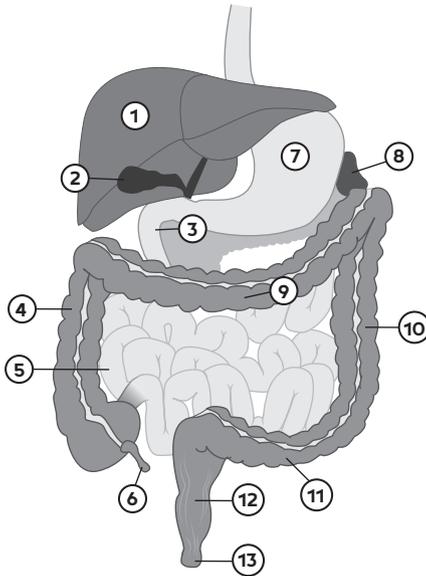
CHAPITRE 1

Le côlon

1

À QUOI RESSEMBLE LE SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL ?

Le tractus gastro-intestinal, également appelé *système digestif*, se compose de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum, du foie, du pancréas, de l'intestin grêle, du gros intestin (ou côlon) et de l'anus. L'appareil digestif, d'une longueur de 9 mètres au total, nous permet de manger, de digérer, d'assimiler partiellement les aliments et, finalement, d'excréter les aliments.



① Foie

② Vésicule biliaire

③ Duodénum

④ Côlon ascendant

⑤ Iléon

⑥ Appendice

⑦ Estomac

⑧ Pancréas

⑨ Côlon transverse

⑩ Côlon descendant

⑪ Côlon sigmoïde

⑫ Rectum

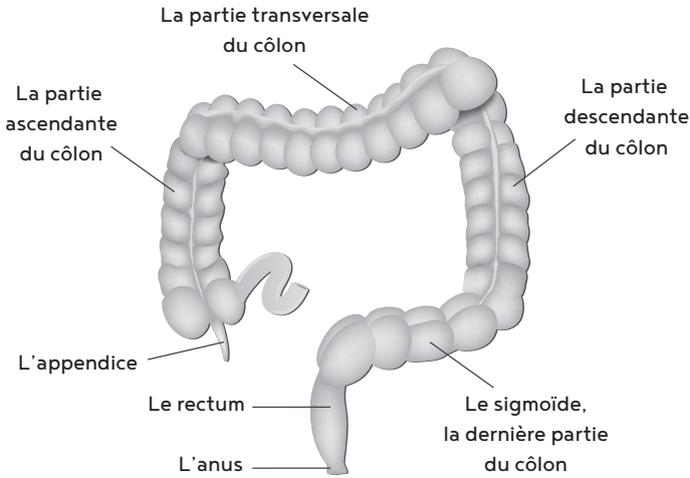
⑬ Canal anal

La digestion des aliments se fait principalement dans l'estomac et le duodénum, c'est-à-dire la partie supérieure de l'intestin grêle. Le duodénum est relié au foie et au pancréas, deux organes qui sont indispensables pour la digestion et qui excrètent respectivement de la bile et des protéines bien spécifiques. Les aliments passent ensuite dans le reste de l'intestin grêle qui mesure 5 mètres au total. C'est là que la digestion se poursuit et que les nutriments sont absorbés par le sang. Ensuite, le bol alimentaire continue son trajet vers le gros intestin (côlon) en absorbant encore de l'eau pour donner naissance aux matières fécales qui seront évacuées.

2 À QUOI SERT LE CÔLON ?

Le côlon représente la dernière partie de nos intestins. Il connecte l'intestin grêle à l'anus et ressemble à un tuyau creux d'à peu près 1 mètre. Son rôle principal est d'extraire l'eau des résidus alimentaires digérés et de les concentrer ainsi en une masse plus dense. Le gros intestin empêche également que nous perdions trop d'eau. C'est dans le gros intestin que les selles se forment et elles sont ensuite évacuées par le processus de défécation.

Le côlon se compose de quatre parties : le côlon ascendant ou la partie qui monte, le côlon transverse ou la partie transversale, le côlon descendant ou la partie descendante et, ensuite, le sigmoïde qui est la dernière partie du gros intestin en forme de « S ». Le sigmoïde se termine dans le rectum, puis l'anus.



Anatomie du côlon

3 QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE LE RECTUM ET L'ANUS ?

Le rectum représente la dernière partie du côlon. Il prolonge le côlon descendant et le sigmoïde. Il a une longueur d'à peu près 15 centimètres et aboutit à l'anus. Le rectum fonctionne comme réservoir pour les selles, en attendant la défécation. À peu près un tiers des tumeurs du côlon sont localisées dans le rectum.

L'anus est situé à la fin du rectum. Il s'agit d'un sphincter qui nous permet de retenir les selles. Si l'anus doit être réséqué (ôté) à cause d'une tumeur, le patient présentera des pertes de selles et une stomie définitive devra être réalisée.

CHAPITRE 2

Le cancer



QU'EST-CE QUE LE CANCER ?

Le cancer est une maladie qui présente, comme caractéristique principale, un dérèglement des cellules de l'organe atteint. Autrement dit, l'équilibre biologique de l'organisme est perturbé. Dans un corps sain, les cellules sont parfaitement en équilibre. Cet équilibre existe tout aussi bien entre les différents organes mutuellement que dans chaque organe ou tissu séparément.

Il est important de savoir que toutes les cellules du corps – à peu près dix milliards au total – proviennent chacune d'une seule cellule : l'ovule fécondé d'où elles se sont développées. Chaque cellule individuelle contient la même quantité d'informations que l'ovule fécondé. Ces informations se trouvent dans l'ADN, dont la moitié provient du père et l'autre moitié de la mère. Cependant, la quantité d'informations est trop importante par rapport aux besoins de chaque cellule et la majeure partie de cette énorme quantité d'informations est donc laissée non active. À titre d'exemple, de la cellule hépatique est programmée différemment de la cellule musculaire. La programmation particulière de la cellule détermine s'il s'agit d'une cellule dermatologique, musculaire ou hépatique, les cellules ont donc beaucoup plus de potentiel que le rôle qui leur est spécifiquement attribué.

Les cellules peuvent également commencer à se diviser au moment où l'organe est déjà entièrement formé, ce qui, à certains moments, peut être très utile. Notamment il est primordial que les cellules puissent à nouveau se diviser en cas de dommage tissulaire auquel elles sont exposées, par exemple, lors d'une lésion ou d'une fracture osseuse.

Mauvaise information au mauvais moment

Autrement dit, les cellules ont une grande autonomie et flexibilité, avec, cependant, le risque que les cellules accèdent, à un moment inopportun, à une information dont elles ont, en principe, été privées. Dans le cas du cancer, les cellules reçoivent l'information non seulement à un moment inopportun, mais cette information paraît bien souvent modifiée.

Des recherches microscopiques ont confirmé que les tumeurs cancéreuses sont formées de cellules et qu'elles se développent à partir des cellules spécifiques à un organe. À la base du processus se trouve un déraillement de l'information. En d'autres termes, le cancer est une maladie de l'information cellulaire et plus particulièrement du matériel héréditaire des cellules. Le cancer pourrait être appelé *maladie de l'ADN dérégulé*.

Comme à la suite de la réception de cette information inopportune et incontrôlée, les cellules croissent plus rapidement et se divisent plus souvent que nécessaire, elles perdent leurs relations et rapport entre elles et envahissent d'autres tissus. Elles se répandent dans d'autres tissus distants par le circuit vasculaire et les voies lymphatiques et développent ainsi des métastases (voir QUESTION 11: *Comment se développe une métastase dans le cancer colorectal?*).

5 QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE UNE TUMEUR BÉNIGNE ET UNE TUMEUR MALIGNE ?

La différence entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne se situe au niveau de l'agressivité et de la vitesse à laquelle la tumeur se développe. Une tumeur bénigne grandit uniquement localement, en général lentement, et se limite à un organe. Elle n'envahit

pas d'autres tissus. Une tumeur maligne envahit d'autres tissus et se répand dans tout le corps en formant des métastases.

En examinant la forme des cellules tumorales au microscope, on peut déterminer si une tumeur est bénigne ou non (voir QUESTION 29: *Quelle est l'importance de l'analyse histologique pour la pose du diagnostic du cancer?*). La plupart des tumeurs sont bénignes et leur développement s'arrête le plus souvent spontanément. Cependant, même les tumeurs bénignes ne sont pas toujours banales. Une tumeur bénigne située dans la thyroïde ou le pancréas peut produire une hormone qui rend très malade. Une tumeur bénigne peut, par son volume, compresser un organe. Dans de rares cas, la tumeur bénigne est un précurseur du cancer. Dans tous ces cas-là, la tumeur doit être enlevée.

Les tumeurs malignes ont presque toutes des caractéristiques communes. Leurs cellules se divisent de façon incontrôlable et elles envahissent d'autres tissus, aussi bien l'organe dont elles sont issues que les tissus avoisinants. C'est à la suite de ces événements que le patient développe des plaintes et qu'il devient malade et symptomatique. La cause principale du décès est cependant liée aux métastases (voir QUESTION 11: *Comment se développe une métastase dans le cancer colorectal?*). Les cellules cancéreuses envahissent ainsi d'autres organes et continuent de se multiplier, formant de nombreuses lésions tumorales.

6 EST-CE VRAI QU'UN BELGE SUR QUATRE SERA ATTEINT D'UN CANCER ?

En Belgique, le diagnostic de cancer est posé 65 000 fois par an. Concrètement, cela signifie qu'un homme sur trois et qu'une femme sur quatre seront confrontés au cancer avant l'âge de 75 ans. Les hommes sont plus souvent touchés. Ainsi, en 2012, 34 774 hommes

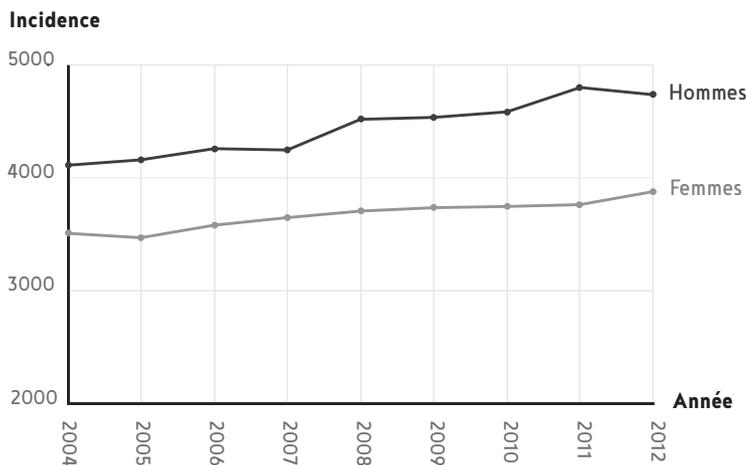
se sont vu diagnostiquer un cancer, alors que, chez les femmes, elles étaient 30 495. La maladie touche davantage les personnes plus âgées: 65 % des patientes féminines et 76 % des patients masculins atteints par le cancer avaient 60 ans ou plus au moment du diagnostic (source: registre de la Fondation contre le cancer, chiffres liés au cancer).

Depuis plusieurs années, le pourcentage de nouveaux cas de cancer augmente chaque année de 2 %. Ce pourcentage doit cependant être suffisamment nuancé. La population belge s'accroît encore chaque année et l'âge moyen du Belge augmente. Plus l'âge est élevé, plus grand est le risque. Cependant, indépendamment de l'âge, le nombre de cancers détectés augmente: la possibilité de se voir poser le diagnostic de cancer à un certain moment de sa vie augmente chaque année de 0,5 % et s'explique par l'attention particulière accordée au dépistage et au diagnostic précoces, ce qui explique l'augmentation des cancers diagnostiqués ces dernières années. Logiquement, cette évolution s'estompera au fil du temps. Le dépistage précoce n'en est cependant pas la seule explication: le risque « net » de cancer a incontestablement augmenté dans les pays occidentaux.

Tous les types de cancers n'augmentent pas de la même façon. Ainsi, il y a une augmentation spectaculaire du nombre de mélanomes malins – la forme la plus sévère de cancer de la peau – dans tous les pays européens. La fréquence du cancer des poumons diffère entre hommes et femmes: chez les hommes, le nombre de cancers diminue depuis une dizaine d'années, alors qu'il augmente chez les femmes. Les femmes ont, en effet, commencé à fumer à la fin des années 1960, ce qui se traduit à présent seulement par plus de cas de cancer des poumons. Un fait positif est la diminution significative du nombre de cancers de l'estomac, probablement à la

suite d'une hygiène alimentaire et des techniques de conservation des aliments nettement meilleures.

Le nombre de cancers intestinaux, tant les cancers rectaux que les coliques, augmente d'année en année. Les raisons évoquées sont sujettes à discussion. Plusieurs facteurs entrent vraisemblablement en jeu, dont les modifications des habitudes alimentaires et la pollution. Annuellement, le diagnostic du cancer du côlon est posé chez 8 500 Belges. Ce type de cancer est le troisième cancer le plus fréquent chez les hommes et le deuxième cancer le plus fréquent chez les femmes. Heureusement, en Belgique, le risque de succomber à la maladie diminue d'année en année de 2 %.

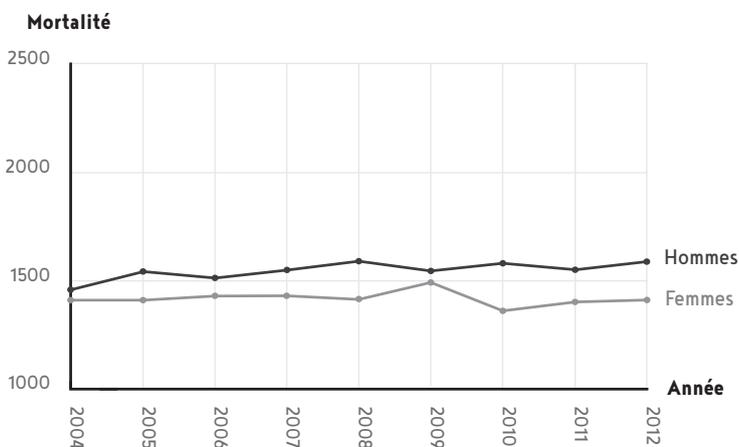


L'incidence du cancer du côlon en Belgique.

Source : Fondation contre le Cancer, Le cancer en chiffres.

Le risque de décès lié à un cancer diminue lentement, mais sûrement, grâce aux meilleures méthodes de traitement et au dépistage précoce. La survie relative à cinq ans était de 62 % en Belgique, pour

les patients qui ont eu le diagnostic du cancer entre 2004 et 2008. La survie relative correspond à la chance de survie des patients atteints du cancer si l'on exclut les autres causes de décès. Cette survie relative était alors de 58 % chez les hommes et de 67 % chez les femmes. Si l'on remonte à la période de 1997 à 2001, ces pourcentages relatifs étaient alors de 51 % et de 62 %. Le grand écart entre hommes et femmes quant à la survie relative à cinq ans s'explique par le cancer du poumon, la forme la plus incurable de cancer. Or les tumeurs au poumon sont plus fréquentes chez les hommes.



Mortalité tumeurs anales et du côlon en Belgique.

Source: registre Fondation contre le Cancer. Le cancer en chiffres.

7 QUELLES SONT LES CAUSES DU CANCER ?

La cause directe du cancer est toujours une mutation – disons un changement – d'un ou de plusieurs gènes (voir QUESTION 4:

Qu'est-ce que le cancer ?). Ce qui provoque cependant ces mutations génétiques n'est pas connu pour la plupart des cancers fréquemment découverts.

Il y a cependant des facteurs qui augmentent nettement le risque de certains cancers. Fumer est un des principaux facteurs : il a été démontré que le tabagisme augmente non seulement fortement le risque du cancer pulmonaire, mais augmente également le risque d'autres cancers. Le contact avec l'asbeste peut provoquer le développement d'un cancer des membranes pulmonaires et une trop grande exposition au soleil peut causer un cancer de la peau. Parfois, un virus peut être le coupable, comme dans le cancer du col de l'utérus provoqué par le papillomavirus humain (virus HPV), et le cancer hépatique peut se développer à la suite d'une infection par le virus de l'hépatite B ou C. Les autres facteurs augmentant le risque du cancer sont une alimentation malsaine et trop grasse et les rayonnements appliqués dans le cadre d'une radiothérapie ou d'examen radiologiques (voir QUESTION 36 : *Tous ces examens sont-ils nocifs ?*).

On suspecte de nombreuses substances cancérigènes, présentes dans notre alimentation et dans l'environnement, de jouer un rôle. Cependant, nous ne connaissons pas la plupart de ces substances et l'on ne sait pas dans quelle mesure elles sont responsables du nombre important de cancers. Une personne est certainement plus sensible aux substances cancérigènes qu'une autre.

Un nombre limité des cancers est clairement d'origine héréditaire. Les personnes avec une polypose adénomateuse familiale (PAF) génétiquement transmissible ont un risque de 100 % de développer une tumeur colique. Il s'agit d'une maladie rare. Le patient développe des centaines, voire des milliers de polypes (sortes de petites excroissances), dans le gros intestin (voir QUESTION 12 : *Le cancer colorectal est-il héréditaire ?*). Dans chaque type de cancer,

une minorité de patients développent une tumeur provoquée par une déficience génétique.

Plus on vieillit, plus le risque de développer un cancer est élevé. En effet, la plupart des cancers ne se développent que lentement, surtout quand une association de mutations génétiques très complexe est à la base de la maladie. Avec l'âge, le système immunitaire devient également moins efficace, raison pour laquelle il parvient moins bien à éliminer un éventuel cancer débutant.



POURQUOI N'INTERDIT-ON PAS TOUT SIMPLEMENT LES PRODUITS CANCÉRIGÈNES ?

Il est impossible d'interdire tous les produits cancérigènes. En effet, il est probable que la nocivité de bon nombre de produits cancérigènes n'est pas encore connue. D'autre part, l'être humain est toujours totalement libre. Il est malaisé d'empêcher les gens de nuire eux-mêmes à leur santé. On ne peut pas leur interdire de manger gras ou de fumer dans leur propre maison. Cependant, des campagnes de sensibilisation peuvent être menées.

La situation est totalement différente quand les individus sont exposés involontairement à une substance nocive. Dans ce cas, le gouvernement peut intervenir et interdire cette substance. C'est la raison pour laquelle il est interdit depuis quelques années de fumer dans les lieux publics et d'utiliser de l'asbeste, appelée aussi « amiante ». L'alimentation ne peut plus contenir des substances potentiellement cancérigènes ou celles-ci doivent se limiter à une concentration basse ou considérée comme anodine pour la santé.