

# CANCERS DU COLON ET DU RECTUM

## EPIDEMIOLOGIE :

**4ème cancer le plus fréquent** après sein, prostate et poumon, 3ème cancer chez l'homme, 2ème chez la femme, incidence en ↓ depuis 2005 (dû au dépistage), 5% de population aura CCR, **60% colon** (sigmoïde +++), **40% rectum** (<15 cm marge anale par rectoscopie rigide), ratio H/F =1 pour colon, =2 pour rectum, âge moyen 71-75 ans  
**PRONOSTIC** : 60% survie à 5 ans (94% pour stade I => dépistage, 5-10% pour stade IV)  
=> **Adénocarcinome Lieberkühnien** 95%

## FACTEURS DE RISQUE : Polypes adénomateux et adénomes à origine de 80% des cancers

- OH, tabac, obésité, régime pauvre en fibres, riche en viande rouge ou aliments transformés
- RISQUE **MOYEN** (80% de la population) :  
Population générale > 50 ans
- RISQUE **ELEVE** (15-20% population):  
**ATCD personnel** d'adénome ou CCR  
**ATCD familial** au 1<sup>er</sup> degré de ≥ 2 CCR ou 1 CCR/adénome Ø >10 mm à <60ans ou MICI et acromégalie
- RISQUE **TRES ELEVE** (5% population) :  
**Syndrome Lynch (4%)** (MSI fréquents, *defective MMR* sur gènes MLH1, MSH2 MSH6, PMS2, Epcam) + autres cancers spectre Lynch ;  
**Polypose Adénomateuse Familiale (1%)** (mutation gène APC, autosdom)

## CLINIQUE : très longtemps asymptomatique

**SG**: AEG

**SF**: douleurs abdominales d'apparition récente, troubles du transit d'apparition ou modification récente, alternance diarrhée/constipation, rectorragies (côlon G) ou méléna (colôn D), anémie ferriprive  
+/- Syndrome rectal pour le cancer rectal (épreintes ténesmes, faux besoins)  
**Examen physique** : TR **systématique** (sang, masse indurée, taille, localisation exacte par rapport à la marge anale, mobile/fixée), palpation abdominale (masse), aires ganglionnaires

## DEPISTAGE : en fonction du risque (R)

Risque **MOYEN** : **Test immunologique** OC SENSOR® (Hb dans 1 selle), tous les 2 ans entre 50 et 74 ans.

Si + → coloscopie : retrouve dans 40% des cas soit un cancer (souvent stade I ou II) soit un adénome > 1 cm

Risque **ELEVE** : **coloscopie/ 5 ans** à > 45 ans ou 5 ans avant le cas index familial, (tous 1-3 ans si MICI)

Risque **TRES ELEVE** :

**PAF** → coloscopie tous ans dès 10-12 ans + Fibro OGD, +/- chirurgie préventive

**Syndrome Lynch** => coloscopie tous 2 ans dès 20 ans + écho endovaginale annuelle si > 30 ans

## FACTEURS PRONOSTIQUES

Facteurs de mauvais pronostic stade localisé : **MSS**; T3 ou T4;

**N+**; marges **non saines**;

**Occlusion/perforation au diagnostic**; Tumeur **peu différenciée (grade 3)**;

Emboles vasculaires ou lymphatiques ou nerveux; < 12 ganglions examinés;

**MSI** => *meilleur pronostic*

## DIAGNOSTIC POSITIF ET BILAN

- **Coloscopie totale sous AG** après préparation colique, **biopsies** et **anapath** (tumeur ulcérée, bourgeonnante, végétante, saignant au contact) + rech 2e Kc + polypes synchrones. Diagnostic de certitude histologique.

« 5% des polypes se transforment en cancer un jour, surtout vilieux et plat, mais pas les hyperplasiques »; « les polypes/adénomes sont à l'origine des 80% des CCR »

Coloscopie à refaire dans 6 mois si non complète initialement

## BILAN

-**Scanner TAP** (ou échographie abdominale + radiographie thoracique), **dosage ACE**, **bilan pré-op**,

- Pour rectum moyen/bas: **IRM pelvis** (systématique si T3-T4) et **échoendoscopie rectale** (si T1-T2)

## CONSULTATION GENETIQUE

**85% tumeurs sporadiques, formes familiales sans anomalie génétique 10%, avec anomalie génétique 5%.**

=> **Si CCR MSI ou dMMR en IHC ou antécédents familiaux avec critères Amsterdam II ou CCR < 40 ans**

## TRAITEMENT :

Chirurgie = traitement qui guérit (100% stade I, 80% stade II, 50% stade III)

-**Kc colon+haut rectum M0**

Chirurgie : **exérèse** avec marge 5 cm + **curage ganglionnaire du mésocolon** et anatomopathologie +/- **chimio adjuvante** FOLFOX (5FU + oxaliplatine) \* 12 cures si N+ (stade III) ; ou MSS + 1 facteur mauvais pronostic

-**Moyen/bas rectum (<10 cm de la marge anale) M0**

**Radio-chimio néoadjuvante** si T3, T4 ou N+ (45 Gy, base de 5FU)

**Chir** : **proctectomie totale** + exérèse mesorectum et anastomose *si tumeur > 1cm de la ligne pectinée*, sinon **amputation abdomino-périnéale** et stomie définitive; +/- chimio adjuvante FOLFOX si N+ (stade III)

- **Métastatique** : Chimio à base de 5FU (FOLFOX/FOLFIRI) + cetuximab si RAS sauvage ou bevacizumab +/- exérèse méta ggl/hépatiques/pulm opérables en RCP

## SURVEILLANCE

- **Ex clinique + dosage ACE** tous les 3 mois pendant **2 ans** puis tous les 6 mois pendant 3 ans
- **Scanner TAP** (ou écho abdo + RP) tous les 3 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans
- **Coloscopie** à 2-3 ans (à 6 mois si non complète initialement) puis tous les 5 ans
- Coloscopie à 1 an si 3 adénomes associés ou 1 adénome avancé (> 1 cm, ou vilieux, dysplasie haut garde, ou in situ)
- PET-scanner si scanner TAP normal et ↑ ACE