

EPIDEMIOLOGIE : 40000 cas/an 18000 décès/an
3ème cancer le plus fréquent après sein, prostate,
3ème cancer chez l'homme, 2ème chez la femme,
mortalité et incidence en ↓ (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 70 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

-Alcool, 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 / MICI ou
acromégalie

ATCD familial au 1^{er} degré de 1 CCR ou 1 adénome
ou au 2^{ème} degré de ≥ 2 CCR

-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, autosomique dominant)

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 (côlon 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. Se 80%

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 »

ANATOMOPATHOLOGIE

Examen 12 ggl régionaux, recherche MSI

Recherche RAS/BRAF si métastatique

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

CANCERS DU COLON ET DU RECTUM

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 ou

CAPOX (Capecitabine + oxaliplatine) * 3 mois si
N+ (stade III) ; ou MSS + 1 facteur mauvais
pronostic

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

1) FOLRIRINOX (5FU + oxaliplatine + irinotecan)

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

3) **Chir : proctectomie totale** + exérèse
mesorectum et anastomose *si tumeur>1cm de la*
ligne pectinée, sinon **amputation abdomino-**
périnéale et stomie définitive;

4) +/- chimio adjuvante FOLFOX si N+ (stade III)

- Métastatique : Chimiothérapie 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

- **Echo abdo** tous les 3 mois pendant 3 ans puis
tous les 6 mois pendant 2ans + **RP** tous les ans
pendant 5 ans (ou Scanner TAP)

- **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