

Options thérapeutiques

Chirurgie

Chirurgie d'urgence

Si occlusion

- Chirurgie d'exérèse avec stomie de protection (transitoire)
- Colostomie première (distension colique) puis exérèse
- Endoprothèse colique (situation palliative d'emblée)

Si péritonite

- Chirurgie d'exérèse, lavage péritonéal, stomie prolongée (> 6 mois)

Chirurgie réglée Exérèse tumorale + anastomose
Chirurgie par laparotomie ou cœlioscopie (pas si T4)

Colectomie segmentaire

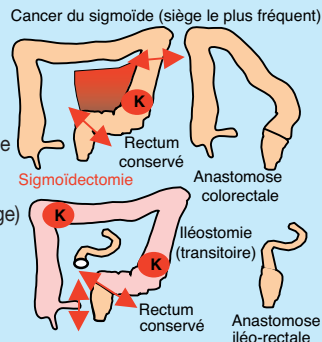
Marges d'amont > 5 cm
Section d'aval conditionnée par le curage gg loco-régional
T1-3 tout N/M- sans terrain à risque

Colectomie totale

Localisations multiples (selon siège)
Colectasie sévère d'amont
Syndrome génétique (selon RCP)

Coloprotectomie

(rectum non conservé)
Anastomose iléo-anale ou iléostomie définitive
Cancer ou dysplasie de haut grade sur RCH ou Crohn
Polypose adénomateuse familiale (PAF)



Chimiothérapie

CT adjuvante : si N+

Prévention de la rechute après exérèse tumorale
Après chirurgie colique (débuter 1-2 mois en postopératoire)
Référence : Folfox® (5FU ; oxaliplatine) : 12 cycles (J1-2/15j)

CT néoadjuvante : si M+ résecables

Avant la chirurgie des métastases
Associée à la chirurgie colique
Suivie le plus souvent d'une chimiothérapie post-opératoire

CT au long cours : si M+ non résecables

Cancer métastatique non curable
Nombreux protocoles validés : traitement conventionnel (5FU IV/oral, oxaliplatine, irinotécane...) ± thérapies ciblées

Thérapies ciblées

Anticorps monoclonaux

Anti EGFR-1 : Erbitux® (cetuximab) ; Vectibix® (panitumumab)
Anti-VEGF : Avastin® (bevacizumab)

Stratégies thérapeutiques

Premier cancer digestif : 36 000 nouveaux cas (1/3 rectum ; 2/3 côlon) par an en France

Deuxième cause de décès par cancer : 16 000 par an
Survie globale à long terme tous stades : 40 %
Médiane de survie des formes métastatiques : 2 ans

Cancérogenèse colique

Une lésion prédisposante d'évolution lente

Polype adénomateux (différents degrés de dysplasie)

Formes sporadiques

(cas le plus fréquent ; 85 %) par mutation génomique acquise

Syndromes génétiques prédisposants (rares < 5 %)

Diagnostic d'interrogatoire → avis de spécialiste

Syndrome de Lynch (HNPCC)

Mutation congénitale sur un des gènes MMR.

À rechercher si ≥ 3 parents (en ligne directe sur 2 générations au moins) atteint de CCR dont un de moins de 50 ans.

Polypose adénomateuse familiale

Mutation congénitale sur le gène APC (autosomique dominant)

Nombreux cas dans une même famille

Polypes adénomateux multiples (> 100)

Probabilité de cancer avant 50 ans : 100 % !

Polypose atténuée

Mutation sur le gène MYH

« PAF » atténuée (moins de polypes, risque de CCR plus tardif)

Trois niveaux de risque de CCR

Risque moyen

Sujet asymptomatique de plus de 50 ans ;
proposer Hemocult (Hcc) ou coloscopie (Hcc + ; cas particuliers)

Risque élevé

- Antécédents personnels/familiaux de CCR ou polypes adénomateux : surveillance coloscopique (tous les 3-5 ans)
- Maladie de Crohn et RCH étendues et anciennes ; chromo-endoscopie (colorations vitales) tous les 2 ans

Risque très élevé

- PAF : colectomie totale (± rectum) avant 40 ans
- Syndrome de Lynch : chromoendoscopie à 20-25 ans puis tous les 2 ans. Polypectomies itératives.

Réalisation :

Dr J.M. GORNET gastro-entérologue, hôpital Saint-Louis, Paris
Dr N. MUNOZ-BONGRAND Chirurgie viscérale, hôpital Saint-Louis, Paris

Dr A. VILA Chirurgie viscérale, clinique Turin, Paris
Pr M. POCARD Chirurgie viscérale, hôpital Lariboisière, Paris
Réseau Paris-Nord : Dr A. de GOUVELLO

Interligne AC/AdG 2009

Cancer du côlon

Du dépistage au traitement

Destiné aux médecins généralistes

Dépistage

Hemocult

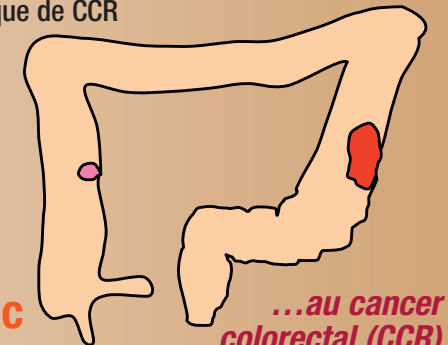
Dépistage organisé
Sujet âgé de 50 à 75 ans
Asymptomatique et sans facteur de risque de CCR



Coloscopie

Sujet symptomatique
Facteurs de risque de CCR

Du polype...



Diagnostic

Coloscopie - Biopsies



Traitements

Exérèse endoscopique

Chirurgie colique

Chimiothérapie - Thérapies ciblées

Enjeux : améliorer le dépistage du CCR et le traitement des métastases



Partenariat avec l'ADECA 75

Hôpital Saint-Louis
Gastro-entérologie

Hôpital Lariboisière
Chirurgie viscérale

Clinique Turin
Chirurgie viscérale

Savoir y penser

L'âge est un facteur de risque indépendant de cancer (surtout après 45 ans ++)

Rectorragies chroniques, même minimes
facteur révélateur : antiagrégant plaquettaire, AVK

Troubles digestifs récents

- Douleur abdominales à type de colique
- Constipation opiniâtre (± épisodes de diarrhée)
- Modification de la forme des selles (effilées)

Anémie microcytaire (ferriprive)

pas de correction martiale sans bilan !

Pièges

- Gastro-entérite « traînante » (subocclusion)
- Sujet âgé ++ (perte de poids et/ou d'autonomie inexplicables)

Formes compliquées : occlusion, péritonite

Formes métastatiques : hépatomégalie - ascite

Dépistage

Hemoccult - Coloscopie

Hemoccult

Sujet de 50 à 75 ans

- sans symptômes
 - sans antécédent (CCR ou adénome) personnel et/ou familiaux
- Lecture centralisée :

Si positif → proposer coloscopie

Si négatif → proposer un suivi par un nouveau test tout les 2 ans

Coloscopie

Sujet symptomatique (cf. « Savoir y penser »)

Antécédents familiaux d'adénome ou de CCR chez :

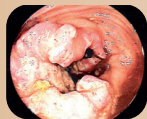
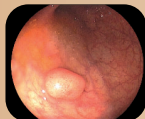
- 1 parent au 1^{er} degré < 60 ans
- ≥ 2 parents au 1^{er} degré quel que soit leur âge

Nécessité d'une bonne préparation ++

Le plus souvent en ambulatoire sous anesthésie générale

Information du patient +++

(risque de perforation, d'hémorragie)



Si lésion(s) visualisée(s) :

- ablation (pince ou anse) des polypes d'aspect bénin
- biopsies multiples (> 6) si cancer macroscopique

Délai de la prochaine coloscopie (avis du spécialiste)

En fonction du résultat de la coloscopie (qualité de l'examen, existence ou non de lésions adénomateuses)

Dépistage organisé

Bénéfice individuel non démontré

N° 0 800 10 50 32



Coloscopie virtuelle

Examen spécialisé (disponibilité limitée)

Sensibilité équivalente à la coloscopie pour les polypes > 5 mm

Pas d'ablation possible des lésions

Indications : contre-indication à la coloscopie ; autres indications en évaluation.

Diagnostic

Anatomo-pathologie
(biopsie tumorale - polypectomie)

Adénocarcinome lieberkuhnien = CCR

Diagnostics différentiels si polype :

- adénome : dysplasie de bas ou haut grade*
- polype hyperplasique (pas de risque de dégénérescence)
- pseudopolype (cicatrices de colite)

* Principaux facteurs de risque de dégénérescence et/ou récurrence si polype adénomateux : nombre > 3 ; taille > 10 mm ; contingent villosité ; dysplasie de haut grade

Les polypes non adénomateux ne sont pas une indication à des coloscopies de surveillance

Bilan d'extension

Recherche de localisations secondaires : ganglions péricoliques, foie, péritoine, poumon

Radiographie thoracique et échographie abdominale ++

Systématique avant consultation du spécialiste

Bilan biologique

Hémogramme ; bilan hépatique, ACE (valeur de référence)

Scanner thoraco-abdomino-pelvien ++

Avis du gastro-entérologue (pas de recommandations)

TEP-Scan (non validé dans le bilan d'extension)

À discuter en cas de suspicion de rechute ou avant chirurgie des métastases

Échographie hépatique de contraste/IRM hépatique

Examen spécialisé (milieu hospitalier)

Diagnostic et suivi des métastases hépatiques

Bilan d'opérabilité

Si chirurgie envisagée

Contacts utiles réservés aux professionnels de santé
Hôpital Saint-Louis - Gastro-entérologie - Tél. 01 42 49 95 75
Clinique Turin - Chirurgie viscérale - Tél. 01 40 08 88 00
Hôpital Lariboisière - Chirurgie viscérale - Tél. 01 49 95 82 58
Réseau de Santé Paris Nord - 3/5 rue de Metz, 75010 Paris
Tél : 01 53 24 80 80 - E-mail : coordination@reseau-paris-nord.com

Pronostic

Classification TNM

Tumeur (T)

Tis : tumeur *in situ* (polypectomie = traitement curatif)

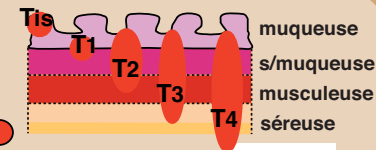
Adénopathies (N)

N0 : 0 ganglion atteint ; N+ : N1 (≤ 3N+) ; N2 (> 3N+)

Nombre de ganglions analysés et de ganglions envahis est un facteur pronostique

Métastases (M)

(foie, péritoine, poumon...)



organes adjacents

M0 : pas de métastases
M1 : métastases

Survie et stades TNM

Taux de survie globale à 5 ans, tous stades H/F : 58/60 %

Bon pronostic		Tis	100 %
Tumeurs localisées	T1 et T2 N0 - T3 N0		90 % - 80 %
Pronostic intermédiaire		T4 N0	70 %
Tumeurs localisées	Tout T N+/M-		30 % - 60 %
Mauvais pronostic		Tout T N+/M-	30 %
Tumeurs métastasées			métastases non opérées : 2 % - opérées : 40 %

Autres facteurs de mauvais pronostic

Liés au terrain : âge avancé, co-morbidités et conditions de vie

Liés à la tumeur : perforation ou occlusion (chirurgie d'urgence)

Non résécabilité des métastases (80 % des M+)

Stratégies thérapeutiques

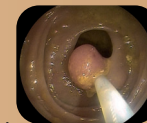
Toujours élaborées par une Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

Cancer localisé

Tis : polypectomie endoscopique

T1-2 N0 : chirurgie colique seule

Tout T N+ : chirurgie + chimiothérapie adjuvante



Cancer métastaté

Chirurgie de la tumeur primitive

Non systématique

Indiquée si occlusion, perforation, hémorragie ou anémie ferriprive profonde

Chimiothérapie (CT)

Traitement de référence ± associée à une thérapie ciblée

Chirurgie des métastases (foie, poumon, péritoine)

Impact curatif démontré

Si chimiothérapie efficace (stabilité ou régression)