CANCÉROLOGIE

ProInfosCancer
Portail d'information
des acteurs de santé ville-hôpital

Prise en charge - Cancers colorectaux

Dans plus de 80 % des cas, les cancers colorectaux proviennent d'une tumeur bénigne, le polype adénomateux qui évoluera vers un cancer.

Le Guide ALD CANCER COLORECTAL détaille les éléments utiles à connaître pour le diagnostic, les traitements et leurs complications, et le suivi des patients. Les informations mises à disposition dans cette page sont, sauf précision contraire, issues de ce guide, dont l'actualisation relève du niveau national (compte tenu de l'évolution de la recherche et de la pratique médicale, il ne peut être exclu qu'au moment où vous prenez connaissance du guide et où vous décidez de l'utiliser dans le cadre de votre pratique médicale, les données soient incomplètes, obsolètes ou inexactes le temps qu'il soit mis à jour).

> Consulter le Guide ALD CANCER COLORECTAL (HAS - INCa 2012)

I. Aide au diagnostic
II. Phase thérapeutique
III. Surveillance post-thérapeutique
IV. Informations utiles

En annexe : **Focus sur le syndrome de Lynch**

I. Aide au diagnostic

DIAGNOSTIC DU CANCER COLORECTAL	**1. Diagnostic clinique** Le cancer colorectal est le 2ème cancer en France en termes de mortalité. Face à cet enjeu majeur de santé publique, le dépistage organisé permet d'augmenter significativement les chances de guérison des patients. En effet, **les signes d'alerte du cancer colorectal sont souvent tardifs et non spécifiques**. Grâce au dépistage, **le diagnostic peut être porté précocement en dehors de tout symptôme** > Rubrique Dépistage organisé du CANCER COLORECTAL **Signes d'alerte :** - Troubles du transit ou douleurs abdominales d'apparition récente ou **récemment modifiés** - Rectorragies même en cas de pathologie hémorroïdaire patente - Anémie ferriprive sans cause évidente - Syndrome rectal (faux besoins, ténesmes, épreintes) **Il faut réaliser une exploration par coloscopie totale et demander un avis spécialisé dans les meilleurs délais, même en cas de test de dépistage négatif.** **Remarque (hors clinique) : le dosage de l'ACE n'est pas un examen à visée diagnostique.**
	2. Diagnostic anatomo-pathologique et moléculaire - Classification des CCR Le diagnostic clinique doit être confirmé par l'examen anatomopathologique. En cas de CCR métastatique, des tests de **génétique moléculaire** sont réalisés sur les cellules tumorales. La présence de certaines mutations peut permettre au patient d'accéder à des **thérapies ciblées** : consulter la rubrique Génétique moléculaire. **Classification des CCR** > Guide ALD CANCER COLORECTAL page 47
RISQUE AGGRAVE DE CANCER COLORECTAL = ATCD personnels ou familiaux particuliers	> Rubrique Risque aggravé de CANCER COLORECTAL (risque élevé ou très élevé)
	L'interrogatoire d'un patient atteint de CCR doit insister sur les antécédents personnels et familiaux, car il existe des formes familiales liées à une prédisposition génétique. Ces personnes ont un **risque très élevé de développer un CCR** : **> Syndrome de Lynch** : en savoir plus sur le Syndrome de Lynch **> Polypose adénomateuse familiale** (présence de nombreux adénomes dans le tube digestif, et principalement liée à des mutations des gènes APC ou MUTYH) A lire : La polypose associée aux mutations bi-alléliques du gène *MUTYH* (INCa 2011)

II. Phase thérapeutique

1. TRAITEMENT DES CANCERS COLORECTAUX

REFERENTIELS DE PRISE EN CHARGE SPECIALISEE	> Référentiels Cancers - Digestif
RECHERCHE CLINIQUE	> Rubrique Recherche clinique > Répertoire régional des essais cliniques
EFFETS INDESIRABLES DES TRAITEMENTS	> Pour consulter l'ensemble des complications liées aux traitements

TRAITEMENTS 1. Effets spécifiques	> Guide ALD CANCER COLORECTAL page 23
EFFETS INDESIRABLES DES TRAITEMENTS 2. Informations d'ordre général	> **Risque tératogène** : consulter la rubrique Contraception & Cancer du Portail Cancer & Fertilité pour vous informer sur les mesures contraceptives à prendre pour les patients en âge de procréer, pendant et au décours des traitements oncologiques > **Risque d'infertilité** : consulter le Portail Cancer & Fertilité pour en savoir plus sur le retentissement des traitements sur la fertilité et sur les possibilités de préservation de la fertilité avant traitement oncologique potentiellement stérilisant > **Toxicité cardio-vasculaire** : consulter la rubrique Onco Cardiologie pour en savoir plus sur la toxicité des traitements et la prise en charge > Rubrique Effets indésirables
	Liens utiles : > Site ANSM - Informations et formulaires > Centres régionaux de pharmacovigilance : Pour les départements 04, 2A, 2B, 13, 84 : Tél 04 91 74 75 60 - Fax 04 91 74 07 80 Pour les départements 05, 06, 83 : Tél 04 92 03 47 08 - Fax 04 92 03 47 09

2. PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

SOINS DE SUPPORT	> Rubrique Soins de support
INFORMATION ET EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT	**Particularités chez les patients porteurs d'une stomie** L'éducation thérapeutique est réalisée au mieux par l'infirmier entéro-stomathérapeute et porte en particulier sur : - l'appareillage : recherche du modèle adapté et information sur les évolutions technologiques - les soins de stomie : toilette et apprentissage de l'irrigation - la diététique (connaissance des effets des aliments sur le transit) la possibilité de pratiquer - une activité physique ou sportive non violente (éviter le port des charges, etc.) - la reprise d'une activité professionnelle et sociale. Lors du retour à domicile, l'équipe infirmière qui assurera le suivi du patient recevra dès la sortie de celui-ci des consignes sur le suivi de la stomie. > Fédération des stomisés de France
	Liens utiles : > Rubrique Education thérapeutique > Site de l'ARS Paca - > Site de l'ARS Corse > Programmes d'éducation thérapeutique autorisés en Paca (CRES et ARS Paca) : OSCARS
ONCOGERIATRIE	Les sujets âgés atteints de cancer doivent bénéficier d'une évaluation de leurs fragilités potentielles par le score G8, et être adressés si besoin en consultation d'oncogériatrie.

	consultation d'oncogériatrie. > Portail Cancer & Sujet âgé > Evaluation gériatrique > Consultations d'oncogériatrie en Paca & Corse

III. Surveillance post-thérapeutique

Le suivi des patients est effectué par l'équipe spécialisée en coordination avec le médecin traitant.

Pour en savoir plus sur la période post-thérapeutique (Programme Personnalisé de l'Après-Cancer ou PPAC, soins de support...) **> Rubrique Après-cancer**

1. SUIVI SPECIFIQUE

Examen clinique	Tous les 3 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans Pour le cancer du rectum, l'examen clinique inclut le toucher rectal tous les 6 mois
ACE (optionnel)	Tous les 3 mois les 3 premières années avec bilan en cas d'élévation
Coloscopie (Coloscopie virtuelle : en cas d'impossibilité de réaliser une coloscopie)	1- Si coloscopie initiale incomplète ou de mauvaise qualité ou non réalisée en préopératoire : à refaire dans les 6 mois postopératoires 2- Après la chirurgie : contrôle à 2 ou 3 ans, puis tous les 5 ans, si normale Le rythme dépendra de la présence ou non d'adénomes. La coloscopie doit être poursuivie jusqu'à un âge raisonnable dont l'appréciation sera faite par le praticien
Tomodensitométrie thoraco-abdominopelvienne avec injection	La fréquence est à déterminer en fonction du stade et des facteurs de risque. À défaut, TDM sans injection complétée par une échographie abdominale, en général, tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans
Radiographie pulmonaire	Annuelle pendant 5 ans
TEP-TDM du corps entier	En cas d'élévation de l'ACE et négativité ou ambiguïté du bilan par ailleurs

En cas de suspicion de récidive ou de nouveau CCR, le patient doit être réadressé à l'équipe spécialisée.

En l'absence de récidive, la durée de la surveillance d'un patient traité est de 5 ans. Au-delà de cette durée, le patient traité reste à risque élevé de cancer et donc **bénéficie tous les 5 ans d'un dépistage par coloscopie**.

Chez les patients opérés d'un cancer colorectal dans le cadre d'un **syndrome de Lynch**, il est préférable que la surveillance soit réalisée par des équipes spécialisées multidisciplinaires.

2. POURSUITE DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

Repérer d'éventuels effets indésirables retardés ou/et séquelles des traitements	> Pour consulter les complications tardives liées au traitement du cancer colorectal : Guide ALD page 33 > Rubrique Effets indésirables
Détecter les besoins en soins de support nécessaires à la qualité de vie, et les organiser	> Rubrique Soins de support
Prévenir / Détecter un second cancer	Après un cancer du côlon ou du rectum, le second cancer le plus souvent observé est **un 2nd cancer du côlon ou du rectum,** en particulier chez les patients : - diagnostiqués avant 40 ans - atteints d'un syndrome de Lynch (HNPCC) ou d'une polypose adénomateuse familiale (PAF) atténuée ou PAF classique avec conservation rectale. Ce risque persiste plus de 20 ans après le diagnostic. **Après un cancer du côlon,** d'autres seconds cancers sont observés, notamment : - le cancer de l'endomètre, en particulier chez les patientes diagnostiquées avant 40 ans et celles atteintes d'un syndrome de Lynch (HNPCC) - le cancer de l'intestin grêle, en particulier chez les patients diagnostiqués avant 40 ans, et ceux atteints d'un syndrome de Lynch (HNPCC) ou de Peutz-Jeghers - le cancer du duodénum et ampullome en cas de PAF classique (polypose duodénale). > Rubrique Prévention - Dépistage - Risque aggravé de cancer

IV. Informations utiles

PROFESSIONNELS DE SANTE

RECHERCHE D'UN ETABLISSEMENT AUTORISE AU TRAITEMENT DU CANCER	> Annuaire des établissements autorisés en Paca & Corse
ACTES ET PRESTATIONS ALD	> Rubrique ALD Assurance Maladie
SITE HAS (Évaluation & Recommandation Bonne pratique professionnelle Guides maladies chroniques et ALD)	> Évaluation & Recommandation Bonne pratique professionnelle Guides maladies chroniques et ALD
OUTIL AIDE A LA PRATIQUE MEDECINS GENERALISTES - INCA-	> Cancers colorectaux : Du diagnostic au suivi

PATIENTS

CANCER INFO	> Ligne téléphonique : 0 805 123 124 (service et appel gratuits) du lundi au vendredi de 9h à 19h et le samedi de 9h à 14h et site CANCER INFO (INCa)
GUIDES ET BROCHURES PATIENTS	> Catalogue INCa > Guide Polypose Adénomateuse Familiale (INCa)
POINTS CLES	> Rubrique INCa : Cancer du côlon - Cancer du rectum
ASSOCIATIONS DE PATIENTS	> Répertoire des Associations
EDUCATION THERAPEUTIQUE	> Je participe à un programme d'éducation thérapeutique

FOCUS SUR LE SYNDROME DE LYNCH

Il existe des formes familiales de cancer colorectal liées à une prédisposition génétique, comme le syndrome de Lynch (traité ici) et la Polypose adénomateuse familiale (présence de nombreux adénomes dans le tube digestif, et principalement liée à des mutations des gènes APC ou MUTYH).

Le syndrome de Lynch (dénommé autrement HNPCC pour Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer), est une forme héréditaire non polyposique de CCR (2 à 3 % des cancers colorectaux). Il s'agit d'une prédisposition génétique, à transmission autosomique dominante. Les tumeurs développées dans le cadre du syndrome de Lynch présentent quasiment toujours une déficience constitutionnelle du système MMR (MisMatch Repair). Cette déficience entraîne une perte de fidélité de la réplication de l'ADN, touchant plus particulièrement les microsatellites (séquences d'ADN répétées en tandem au sein du génome).

Ainsi, outre le CCR, les mutations constitutionnelles des gènes MMR peuvent également jouer un rôle dans la genèse d'autres cancers (cancer de l'endomètre dès 30 ans, cancer de l'ovaire, des voies excrétrices urinaires

(bassinet et uretère), de l'estomac, de l'intestin grêle et des voies biliaires dans une moindre mesure) : on parle de cancers du spectre du syndrome de Lynch.

DIAGNOSTIC DU SYNDROME DE LYNCH	
1. **Des critères cliniques permettent de sélectionner les patients chez qui des tests doivent être réalisés pour rechercher un syndrome de Lynch**	Patient présentant un cancer colorectal diagnostiqué à un âge inférieur à 60 ans Patient, quel que soit son âge, avec antécédents personnels de CCR ou de cancer(s) du spectre du syndrome de Lynch Patient, quel que soit son âge, avec antécédents familiaux (au premier degré) de cancer colorectal ou de cancer(s) du spectre du syndrome de Lynch
2. **Des tests sont réalisés sur les cellules tumorales** de ces patients. Il s'agit du **précriblage somatique*** (= de la tumeur) Il permet de **sélectionner les patients chez qui doit être suspectée une déficience MMR**.	Biologie moléculaire : recherche d'une **instabilité des microsatellites** = **phénotype MSI** (MicroSatellite Instability) sur l'ADN tumoral Etude de l'expression des protéines MMR (MisMatch Repair) en immunohistochimie : recherche d'un **défaut d'expression des protéines MMR** Peut également être recherchée une **hyperméthylation du promoteur du gène MLH1**, précédée éventuellement d'une recherche de **mutation du gène BRAF**. En effet, certains cancers sporadiques présentent également une instabilité des microsatellites. Cependant, dans ce cas, celle-ci n'est pas due à une mutation d'un gène MMR (comme observée dans les formes héréditaires), mais à un **phénomène chimique** (hyperméthylation du promoteur du gène MLH1 entraînant une répression épigénétique de l'expression du gène), souvent associé à une mutation somatique du gène BRAF. La réalisation de ces tests peut donc contribuer à orienter le diagnostic dans certains cas.
3. Si ces tests sont concluants, **le patient doit être orienté vers une consultation d'oncogénétique.**	**Oncogénétique : recherche d'une déficience constitutionnelle MMR** (= chez le patient)
Les patients présentant **certains critères cliniques (Critères d'Amsterdam II) doivent être orientés d'emblée vers une consultation d'oncogénétique : au moins 3 cas de cancers colorectaux ou de cancers du spectre du syndrome de Lynch** chez des apparentés au 1er degré, sur au moins 2 générations successives, avec au moins 1 cas diagnostiqué avant 50 ans (une polypose adénomateuse familiale ayant été exclue).	

Pour en savoir plus > Prédispositions génétiques des cancers (Site INCa)

Pour orienter vos patients présentant un syndrome de Lynch :

- Consultation d'oncogénétique
> Annuaire régional des consultations d'oncogénétique

- Réseau HerMION (objectif : améliorer la prise en charge médicale en Paca et Corse des sujets à haut risque génétique de cancers en particulier gynécologiques et digestifs)
> HerMION

- Association de patients dédiée au syndrome de Lynch
> Association HNPCC Lynch

Dernière mise à jour le 21 novembre 2018

LE SAVIEZ-VOUS ?

> Parution Outil à la pratique des médecins génralistes sur les Cancers colorectaux - Du diagnostic au suivi -INCa-

> Le réseau Paca - Corse HerMION élabore des référentiels sur la prise en charge des personnes à risque génétique de cancers

À LIRE

Cancers colorectaux - Du diagnostic au suivi

21 octobre 2018

TÉLÉCHARGER (1.85Mo)

> TOUS LES DOCUMENTS

PARCOURS DE SOINS, PRISE EN CHARGE

Guide ALD Cancer colorectal Adénocarcinome

01 janvier 2012

TÉLÉCHARGER (1.09Mo) **FEUILLETER**

> TOUS LES DOCUMENTS

PARCOURS DE SOINS, PRISE EN CHARGE

Actes et prestations ALD Cancer colorectal Adénocarcinome

01 janvier 2012

TÉLÉCHARGER (0.12Mo)

> TOUS LES DOCUMENTS

Recommandations Cancer colorectal métastatique

18 février 2014

TÉLÉCHARGER (2.59Mo)

> TOUS LES DOCUMENTS

Recommandations Cancer du rectum

01 mars 2016

TÉLÉCHARGER (1.03Mo)

> TOUS LES DOCUMENTS

ONCOGÉNÉTIQUE

Tests somatiques recherchant une déficience du système MMR dans des tumeurs du spectre du syndrome de Lynch

01 juin 2016

TÉLÉCHARGER (1.9Mo)

> TOUS LES DOCUMENTS

ONCOGÉNÉTIQUE

Synthèse de l'expertise sur la Polypose associée aux mutations bi-alléliques du gène MUTYH

01 juin 2011

TÉLÉCHARGER (5.78Mo)

> TOUS LES DOCUMENTS

ACTUALITÉ

PRÉVENTION, DÉPISTAGE ET RISQUES AGGRAVÉS

Nouvelles données sur les cancers du sein, du côlon, du rectum : à quel stade sont-ils diagnostiqués en France ?

Article publié le 14 mai 2018

Santé publique France, l'Institut national du cancer (INCa), le Réseau français des registres des cancers (réseau Francim) et le Service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL) publient la première estimation nationale de la répartition des stades au diagnostic des cancers du sein, du côlon et du rectum.

S'ABONNER > TOUTES LES ACTUALITÉS