

TUMEURS DU COLON ET DU RECTUM

I/ INTRODUCTION :

En France le cancer colorectal est le premier des cancers digestifs pour les deux sexes.

En 2000, on estimait à 36 700, le nombre de nouveaux cas par an, dont 65% localisés au colon. La plupart des cancers du colon survient sur le sigmoïde.

Le cancer du rectum atteint 15 000 personnes par an. La survie à 5 ans, tous stades confondus, est de 50%. C'est un cancer à risque métastatique (surtout au foie et au poumon) et ayant tendance à la récurrence surtout localement et sur un mode plus agressif (récurrences souvent non-résécables).

II/ EPIDEMIOLOGIE :

La France est un pays à risque élevé de cancer colique, moins élevé qu'en Australie et aux Etats Unis, mais plus élevé qu'en Amérique du sud, en Asie et en Afrique où ce cancer est rare.

On distingue plusieurs niveaux de risque de cancer colorectal.

La population à risque moyen correspond aux hommes et femmes de plus de 50 ans.

La population à risque élevé correspond aux sujets ayant des antécédents personnels d'adénome ou de cancer colorectal ou les sujets ayant un ou plusieurs parents du 1^{er} degré atteints d'un cancer colorectal ou d'un adénome de plus de 1 cm.

Le risque de survenue d'un cancer est plus élevé chez les patients atteints de rectocolite ulcéro-hémorragique et de maladie de Crohn.

La population à risque très élevé correspond aux sujets appartenant à une famille atteinte de cancers à transmission héréditaire autosomale dominante.

L'existence d'un gène prédisposant doit être suspecté devant l'une des situations suivantes :

- Age inférieur à 50 ans au moment du diagnostic ;
- Antécédents tumoraux personnels ;
- Agrégation familiale de cancer colorectal ou sur d'autres sites (sein, ovaire, utérus).

1 à 5% des cancers colorectaux surviennent dans le cadre d'un syndrome HNPCC (Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer) ou syndrome de Lynch. Le cancer du colon et/ou du rectum survient dans la 4^e et 5^e décennie. La transmission est autosomale dominante à forte pénétrance. Le cancer (souvent du colon droit) est associé volontiers à d'autres localisations (ovaire, utérus, thyroïde).

Moins de 1% des cancers colorectaux sont imputables à la polypose adénomateuse familiale, caractérisée par la présence de plus de 100 adénomes coliques.

L'adénome, tumeur épithéliale bénigne, précède le cancer. Les facteurs de risque de transformation sont :

- La taille supérieure à 1cm de diamètre ;
- La présence d'une composante villositaire ;
- Le degré de dysplasie.

Les cancers colorectaux naissent dans la muqueuse, progressent vers la lumière (formes végétantes), et dans la paroi (formes infiltrantes). Lorsque la séreuse est envahie, l'extension se fait vers la cavité péritonéale et les organes proches. De plus il existe une extension vers les lymphatiques de la sous muqueuse, puis vers les ganglions proximaux puis distaux. L'extension par voie hématogène est responsable des métastases hépatiques puis pulmonaires (les métastases cérébrales ou osseuses étant plus rares).

Actuellement, une campagne de « dépistage » est mise en place. Elle est basée sur l'Hémocult[®], recherche de sang dans les selles.

II/ DIAGNOSTIC :

1) Symptômes :

- Troubles du transit (constipation, diarrhée et surtout alternance des deux) ;
- Douleurs abdominales ;
- Hémorragies digestives ;
- Anémie ;
- Masse abdominale ;
- Occlusion colique ;
- Péritonite par perforation.
- Emission de glaires ;
- Epreintes, ténésme, faux besoins en cas de tumeur rectale ;

2) Interrogatoire et examen clinique :

L'interrogatoire recherche des antécédents personnels et familiaux de cancer colorectal, d'adénome et d'autres cancers.

L'examen clinique recherche une masse abdominale, une hépatomégalie, une ascite, des adénopathies (ganglion de Troisier). Le toucher rectal recherche une lésion de l'ampoule rectale, un nodule de carcinose péritonéale ou un épanchement dans le cul de sac de Douglas.

3) Examens complémentaires :

3.1) coloscopie :

C'est l'examen diagnostique indispensable, réalisée sous anesthésie générale et après préparation colique, elle va permettre la visualisation de la tumeur, la réalisation de biopsies, le diagnostic d'autres lésions éventuellement associées, l'exérèse endoscopiques des adénomes.

3.2) lavement opaque :

Il s'agit d'un cliché de l'abdomen après la réalisation d'un lavement à la baryte ou aux hydrosolubles (produits radio opaques). Il peut aider au diagnostic topographique d'une tumeur pouvant apparaître sous la forme d'une lacune ulcérée, d'une virole, d'une sténose. Cet examen est d'autant plus intéressant que la coloscopie est contre-indiquée, difficile ou incomplète.

3.3) Bilan pré thérapeutique :

Il comporte un bilan d'opérabilité comprenant :

- Radiographie de thorax ou, au moindre doute, une tomodensitométrie thoracique ;
- Electrocardiogramme ;
- Numération formule sanguine, ionogramme sanguin, bilan de coagulation, groupage sanguin.
- Tomodensitométrie abdomino-pelvienne à la recherche des métastases hépatiques, ovariennes, ganglionnaires péritonéales et rétro péritonéales, plus ou moins tomodensitométrie cérébrale et scintigraphie osseuse en cas de point d'appel.
- Le dosage de l'ACE est intéressant dans le suivi ;
- Pour le cancer rectal, l'échoendoscopie est le meilleur examen pour l'évolution locorégionale des tumeurs du rectum, elle peut être aidée ou complétée par une IRM pelvienne, notamment pour les tumeurs très évoluées sur le plan local.

4) Anatomo-pathologie :

4.1) Macroscopie :

Les formes végétantes représentent 35% des cas, les formes ulcéro-végétantes 30% et les formes ulcéro-infiltrantes.

4.2) Microscopie :

95% des cancers du colon sont des adénocarcinomes dont 35% d'adénocarcinomes bien différenciés et 60% de formes moyennement et peu différencier.

3% des tumeurs sont des lymphomes ou des sarcomes.

4.3) Classification :

La profondeur de l'envahissement de la paroi, l'atteinte des ganglions et la présence de métastases à distance vont permettre de différencier des groupes de patients et ainsi proposer les traitements adaptés en fonction de la gravité et évaluer le pronostic de la maladie et donc l'avenir du malade.

Dans le cancer colo-rectal, on utilise la classification **TNM** (Tumor, Nodes, Métastasis) de l'union internationale de lutte contre le cancer (UICC).

T_{is}	Tumeur intra-épithéliale
T1	Atteinte de la sous-muqueuse
T2	Atteinte de la séreuse
T3	Atteinte de la sous-séreuse
T4	Atteinte de la séreuse +/- d'un organe proche
N0	Pas d'atteinte ganglionnaire
N_x	Atteinte ganglionnaire non connue
N1	1 à 3 ganglions atteints
N2	4 ou + ganglions atteints
M0	Pas de métastase
M1	Métastase(s) à distance

Stades	TNM	Traitement recommandé
Stade I	pT1ou2, N0, M0	Chirurgie seule
Stade IIA	pT3, N0, M0	Chirurgie seule sauf si bon état général, sujet jeune, alors chimio adjuvante.
Stade IIB	pT4, N0, M0	Chirurgie seule sauf si bon état général, sujet jeune, alors chimio adjuvante.
Stade IIIA	pT1ou 2,N1, M0	Chirurgie et chimioth post op.
Stade IIIB	pT3 ou 4,N1, M0	Chirurgie et chimioth post op.
Stade IIIC	tout T, N2, M0	Chirurgie et chimioth post op.
Stade IV	tout T, tout N, M1	*Si méta_ résécables, chir et chimioth. * Sinon chimioth. pour rendre méta_ résécables * si impossible : abstention sauf si risque hémorragique et/ou occlusif par tumeur primitive

III/ TRAITEMENT :

1) Cancer colorectaux non métastatiques :

1.1) Cancer du colon :

La chirurgie à visée curative constitue l'essentiel du traitement.

1.2) Cancer du rectum :

On peut réaliser une radiothérapie préopératoire pour diminuer les récurrences post-opératoires pour les plus grosses tumeurs, notamment pour les tumeurs du moyen et bas rectum.

1.3) Place de la chimiothérapie :

La chimiothérapie adjuvante a un intérêt dans les cancers coliques avec envahissement ganglionnaire. Elle associe 5 fluoro-uracile et acide folinique (FUFOL).

2) Cancer colorectaux métastatiques :

Le seul traitement à but curatif des métastases des cancers colorectaux est l'exérèse chirurgicale complète. Le traitement de la tumeur colique primitive ne se justifie que si un traitement curatif est envisagé sur les métastases. Sinon elle ne doit être réséquée que si elle est symptomatique (occlusion, hémorragie).

La chimiothérapie systémique des cancers colorectaux métastatiques est une chimiothérapie palliative. Elle améliore la survie et le confort de cette survie. Elle se compose de FUFOL et oxaliplatine ou FUFOL et irinotécan.

La chimiothérapie peut, dans certains cas, rendre des métastases hépatiques initialement inaccessibles résécables chirurgicalement, améliorant ainsi le pronostic du patient.

IV/ SURVEILLANCE D'UN PATIENT OPERÉ D'UN CANCER COLORECTAL :

Le but de cette surveillance est de rechercher d'éventuelles récurrences à un stade précoce en vue d'un traitement curatif.

On réalise un examen clinique 3 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 3 ans.

On effectue une échographie abdominale tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans puis tous les ans pendant 2 ans.

On demande une radiographie thoracique une fois par an pendant 5 ans.

On réalise une coloscopie dans l'année si elle n'a pas été totale au moment du diagnostic initial, puis une à 3 ans, puis si cette dernière est normale une à 5 ans.

La surveillance par le dosage de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) se fait s'il était positif au moment du diagnostic et normalisé en postopératoire. En cas d'élévation de celui-ci, on recherchera une récurrence locale du cancer (coloscopie) ou à distance (recherche de métastases, notamment hépatiques par tomographie). En cas de négativité de cette recherche, un PET-SCANNER est alors indiqué.