

Tumeurs du colon et du rectum IC-301

- Connaître les principaux types histologiques des tumeurs bénignes et malignes coliques
- Connaître la liste des principales lésions coliques augmentant le risque de survenue ultérieure d'un cancer
- Connaître le vocabulaire permettant de comprendre un compte-rendu d'Anatomie et Cytologie Pathologique (ACP) de tumeur colo-rectale
- Connaître la définition des polypes et des polyposes
- Connaître la filiation adénome cancer
- Connaître les circonstances de découverte
- Connaître le rythme de surveillance en fonction du nombre et de la taille des adénomes
- Epidémiologie descriptive : connaître l'incidence et la prévalence du cancer du rectum
- Epidémiologie analytique : connaître les facteurs de risque
- Connaître l'indication d'un test génétique
- Connaître la définition d'une polypose adénomateuse familiale (PAF)
- Connaître les différentes étapes de l'examen clinique
- Connaître les examens complémentaires de première intention
- Connaître les examens complémentaires endoscopiques et radiologiques
- Connaître la stratégie d'exploration en imagerie initiale du cancer du colon
- Connaître les grands principes de traitement des cancers localisés

Connaître les principaux types histologiques des tumeurs bénignes et malignes coliques OIC-301-01-A

Les tumeurs du côlon et du rectum se développent dans la très grande majorité des cas **à partir de la muqueuse** et correspondent à des tumeurs bénignes le plus souvent de type « polype » (adénomes sessiles, pédiculés ou plans) dont certaines formes histologiques peuvent se transformer en tumeur maligne (adénocarcinome). Les tumeurs les plus fréquentes sont les tumeurs bénignes.

On distingue :

- les formes qui peuvent se transformer en adénocarcinome :

o Les adénomes dont il existe 3 sous types histologiques :

§ Adénome tubuleux (75 %)

§ Adénome tubulo-villeux (20 %)

§ Adénome villeux (5 %)

o Les lésions festonnées (adénomes festonnés sessiles et plus rarement, adénomes festonnés traditionnels)

- des formes qui ne se transforment habituellement pas en adénocarcinome :

o Polypes hyperplasiques (20 à 30 % à l'âge de 50 ans qui ne comportent pas de dysplasie et n'évoluent pas vers l'adénocarcinome)

o Polypes juvéniles

o Pseudo-polypes inflammatoires (le plus souvent sur une muqueuse pathologique de maladie inflammatoire chronique de l'intestin)

Tumeur maligne : Dans plus de 90% des cas il s'agit d'un **adénocarcinome** développé au dépend des glandes de Lieberkühn (dégénérescence d'un adénome).

Connaître la liste des principales lésions coliques augmentant le risque de survenue ultérieure d'un cancer OIC-301-02-B

- **L'adénome** est la lésion principale qui augmente le risque de cancer.

o L'adénome peut être sporadique ou apparaître dans le contexte d'une polypose définie par un grand nombre de polypes en endoscopie (> 100)

- **Les lésions festonnées**

o Adénomes festonnés sessiles, le plus souvent dans le côlon droit, à fort risque de dégénérescence en adénocarcinome

o Adénomes festonnés traditionnels (plus rares) qui possèdent également un risque de dégénérescence en adénocarcinome

- **Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI),**

Connaître le vocabulaire permettant de comprendre un compte-rendu d'Anatomie

et Cytologie Pathologique (ACP) de tumeur colo-rectale OIC-301-03-B

Il comprend la description macroscopique de la pièce, puis une description microscopique.

La tumeur primitive est décrite par son **type anatomopathologique**, le plus souvent adénocarcinome lieberkühnien, son **degré de différenciation** en bien différencié, moyennement et peu différencié. Le pronostic est moins bon avec la perte de différenciation.

L'infiltration du processus tumoral dans la paroi est aussi pronostique : muqueuse : Tis, sous muqueuse : T1, musculuse : T2, sous séreuse ou séreuse sans la franchir : T3, franchissement de la séreuse : T4.

L'envahissement ganglionnaire (N 0/+) sur un nombre de ganglions examinés au moins égal à 12 est aussi un facteur pronostique comme à un moindre degré l'existence d'embolies tumorales veineuses et lymphatiques et d'engainements péri nerveux.

Il existe une classification internationale régulièrement actualisée dont on peut retenir les grands principes

Stade I	T1-2, N0, M0 (petite tumeur sans envahissement ganglionnaire)
Stade II	T3-4, N0, M0 (grosse tumeur sans envahissement ganglionnaire)
Stade III	Tous T, N+, M0 (envahissement ganglionnaire)
Stade IV	Tous T, tous T, M+ (métastase à distance)

Connaître la définition des polypes et des polyposes OIC-301-04-A

Le **polype** est une forme descriptive macroscopique de lésion muqueuse. Dans le côlon et le rectum elle peut correspondre à plusieurs histologies (adénome, polype juvénile, pseudo polype inflammatoire, polype hyperplasique cf **2C-301-DE-A01**)

Les polyposes :

La **polypose adénomateuse familiale** (PAF) de transmission autosomique dominante, (mutation du gène APC), est une maladie rare (<1% des cas de cancer colorectal). Elle est caractérisée par l'apparition d'innombrables adénomes sur tout le cadre colique et le rectum dès l'âge de 10 ans avec un risque de cancer dès l'adolescence et un risque cumulé de plus de 70%. Le diagnostic est le plus souvent connu dans la famille.

Il existe d'autres polyposes plus rares, certaines de transmission autosomique récessive.

Connaître la filiation adénome cancer OIC-301-05-A

L'adénome est une lésion tumorale bénigne qui peut évoluer vers la dégénérescence. Sa prévalence augmente avec l'âge, elle est de 30 à 50 % après 50 ans. Une minorité (5 %) des adénomes vont évoluer et se transformer en adénocarcinome.

Pour les adénomes qui vont dégénérer en adénocarcinomes, les anomalies histologiques suivent la séquence dysplasie de bas grade, puis de haut grade puis adénocarcinome. La durée moyenne de la séquence muqueuse saine-adénome-adénocarcinome est de l'ordre de 10 ans.

o Le risque de dégénérescence en adénocarcinome est lié à certains facteurs :

§ La taille de l'adénome : pour un adénome de plus de 1 cm risque de 8 % à 10 ans et de 25 % à 20 ans. Dans les adénomes de moins de 1 cm, le risque de trouver un foyer d'adénocarcinome est estimé à 0,3 %.

§ Au nombre d'adénomes : le risque est significativement plus élevé si le nombre est supérieur à 5.

§ Le type histologique avec, par risque croissant : tubuleux (risque le plus faible) puis tubulo-villeux (risque intermédiaire) puis villosités (risque le plus élevé).

§ Le degré de dysplasie avec par risque croissant : bas grade; haut grade

§ La forme avec un risque particulier pour les adénomes plans et/ou festonnés.

Connaître les circonstances de découverte OIC-301-06-A

1/ Dans le cadre du dépistage chez les sujets asymptomatiques

o Dépistage de masse pour les sujets sans facteur de risque (risque moyen) par test immunologique de recherche de sang dans les selles (FIT : Fecal Immunologic Test) tous les 2 ans à partir de l'âge de 50 ans et jusqu'à 75 ans.

o Coloscopie chez sujets à risque (risque élevé en cas d'antécédent personnel ou familial de cancer colorectal ou d'adénome, MICI ancienne, prédisposition héréditaires telles que syndrome de Lynch ou polypose familiale, acromégalie)

2/ L'exploration de symptômes :

- Modification du transit d'apparition récente (quelques mois)

- Côlon : peu symptomatique pendant plusieurs mois

o En urgence :

§ Occlusion colique le plus souvent sur le colon gauche

§ Plus rarement perforation, péritonite, fistule

- o Douleur abdominale (siège : cadre colique)
 - § Apparition récente progressive (plusieurs semaines)
 - § Pouvant faire évoquer une sigmoïdite
 - o Hémorragie le plus souvent de faible abondance, récurrente
 - § Macroscopique : rectorragies (gauche), méléna (colon droit)
 - § Occulte révélée par une anémie ferriprive +++++
 - o Rarement :
 - § Masse abdominale, hépatomégalie (métastases)
 - § Altération de l'état général
 - § Embolie pulmonaire, thrombose veineuse profonde inexpliquée
 - § Infection à porte d'entrée digestive (endocardite, sigmoïdite, abcès hépatique)
 - Rectum : en plus des circonstances citées pour le côlon
 - o Syndrome rectal (faux besoins = épreintes, sensation de tension dans le rectum = ténésme)
 - o Rectorragies (très souvent attribuées à tort à des hémorroïdes) +++
 - o Fausse diarrhée de constipation sur obstacle tumoral (diarrhée intermittente avec période de constipation, glaires)
- 3/ Fortuite sur une imagerie demandée pour une autre indication** (volumineuse tumeur colique sur un scanner)
-

Connaître le rythme de surveillance en fonction du nombre et de la taille des adénomes OIC-301-07-B

La surveillance par coloscopie après la résection endoscopique d'adénomes dépend :

- Du nombre d'adénomes
- De leur taille
- De leur nature (villeuse, festonné)
- De la présence de dysplasie et de son grade
- De la qualité de la préparation du côlon au moment de l'examen (visibilité)
- Du contexte clinique

Il peut varier de 3 mois à 5 ans en fonction de la combinaison des paramètres.

Dans le cas le plus fréquent : Si la coloscopie a été de bonne qualité et que les adénomes sont moins de 3, d'une taille inférieure à 1 cm et ne comporte pas de dysplasie la surveillance est programmée tous les 5 ans.

La recommandation en vigueur en 2022 :

<https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2022/recommandations-pour-le-suivi-apres-polypectomie-recommandations-sfed-2021/>

Epidémiologie descriptive : connaître l'incidence et la prévalence du cancer du rectum OIC-301-08-B

Le cancer colorectal est le 3^{ème} cancer le plus fréquent en France après le cancer du sein et de la prostate. C'est le cancer digestif le plus fréquent **en France avec plus de 47 000 nouveaux cas et 17000 décès en 2023 selon l'Institut national du Cancer (INCa).**

La France se situe, comme d'autres pays industrialisés, parmi les régions à risque élevé de cancer colorectal. Environ 5 % de la population aura un cancer du côlon ou du rectum. Son incidence est en légère diminution en France. La diminution de l'incidence est attribuée à l'efficacité du dépistage pourtant réalisé par seulement 30 % des sujets concernés. Un taux de participation de 50 % permettrait une diminution de 20 % de la mortalité.

Dans plus de 85 % des cas il est diagnostiqué après 50 ans. **L'âge moyen du diagnostic est de 70 ans. Le sex-ratio est de 1.** La localisation est rectale dans 35 % des cas.

Epidémiologie analytique : connaître les facteurs de risque OIC-301-09-A

Les facteurs de risque du cancer colo-rectal sont :

- **Exogènes :**

- o Sédentarité, surpoids

- o Alimentation notamment riche en viande rouge et pauvre en fibres

- o Tabac, alcool (rôle modeste)

- **Endogènes**

- o Antécédent personnel d'adénome ou d'adénocarcinome colorectal ++++

- o Antécédents familiaux au premier degré avant 65 ans de cancer colorectal ou d'adénome de plus de 1 cm

- o Maladie inflammatoire de l'intestin (MICI) avec atteinte colique et/ou rectale depuis plus de 20 ans

Prédisposition héréditaire (PAF, Lynch)

Connaître l'indication d'un test génétique OIC-301-10-B

L'indication à un **test de génétique constitutionnelle** (et à une consultation d'oncogénétique) après le diagnostic positif d'adénocarcinome du côlon ou du rectum dépend des résultats de l'examen anatomopathologique (cf **2C-301-EC-B01**)

o En cas d'instabilité des microsatellites (statut MSI pour *MicroSatellite Instability*) au niveau de la tumeur, définie par une perte d'expression d'une des 4 protéines du système MMR (*MismatchRepair*) en immunohistochimie ou d'une instabilité de plusieurs loci microsatellites en PCR il existe une suspicion de syndrome de Lynch. C'est le syndrome de prédisposition héréditaire prédisposant au cancer colorectal le plus fréquent (3 à 5% des cancers colorectaux). Il est lié à une mutation constitutionnelle d'un des 4 gènes codant pour les protéines du système MMR (*MLH1*, *MSH2*, *MSH6*, *PMS2*). Il prédispose au cancer colorectal, mais également à d'autres cancers comme le cancer de l'utérus (endomètre), de l'intestin grêle, des voies urinaires excrétrices, des voies biliaires, de l'estomac et de l'ovaire. La transmission est autosomique dominante. Les tumeurs survenant dans le cadre du syndrome de Lynch comportent toutes un statut MSI. Il est actuellement recommandé de rechercher de manière systématique au niveau tumoral un statut MSI chez tout patient diagnostiqué avec un cancer du côlon ou du rectum avant l'âge de 70 ans dans le cadre d'une stratégie de dépistage du syndrome de Lynch.

o En l'absence de statut MSI :

§ Si polypose (en endoscopie ou sur la pièce opératoire)

§ En l'absence de polypose en fonction de l'âge et des antécédents :

- Systématique avant 40 ans

- Après 40 ans, en présence d'antécédents familiaux au premier degré d'adénocarcinome colorectal, digestif non colorectal, corps de l'utérus ou excréto-urinaire, avec au moins 2 générations atteintes, 3 cas familiaux dont l'un avant 50 ans (critères d'Amsterdam II)

L'indication d'un **test génétique somatique** (modification uniquement du tissu tumoral) est systématique sur le prélèvement tumoral en situation métastatique car le résultat influence les indications thérapeutiques (MSI, RAS et BRAF). Comme précisé plus haut, la détermination statut MSI est également recommandé chez tout patient diagnostiqué avec un cancer du côlon ou du rectum avant l'âge de 70 ans dans le cadre d'une stratégie de dépistage du syndrome de Lynch.

Connaître la définition d'une polypose adénomateuse familiale (PAF) OIC-301-11-B

La polypose adénomateuse familiale (PAF) de transmission autosomique dominante, (mutation du gène APC), maladie rare (<1% des cas de cancer colorectal). Apparition d'innombrables adénomes sur tout le cadre colique et le rectum dès l'âge de 10 ans avec un risque de cancer dès l'adolescence et un risque cumulé de plus de 70% qui impose la colectomie totale préventive dès la fin de l'adolescence. Surveillance par coloscopie annuelle discutée dès l'âge de 10 ans. Le diagnostic est le plus souvent connu dans la famille.

Connaître les différentes étapes de l'examen clinique OIC-301-12-A

- L'examen de l'abdomen avec recherche :

§ d'une ascite (matité des flancs)

§ d'une masse palpable colique (le plus souvent au niveau du caecum),

§ d'une hépatomégalie dure nodulaire (métastases),

§ de nodules pariétaux de carcinose péritonéale.

- Le toucher rectal pour les tumeurs du rectum pour évaluer sa localisation par rapport au sphincter anal, mais aussi pour les tumeurs du colon à la recherche de nodules ou d'un blindage pelvien en faveur d'une carcinose.

- La palpation des aires ganglionnaires (sus-claviculaires, inguinales en cas de tumeur du très bas rectum).

- L'évaluation de l'état nutritionnel (poids, taille, perte de poids des 6 derniers mois), recommandation HAS 2019 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/fiche_outil_diagnostic_denutrition.pdf

- A l'examen clinique, la recherche d'autres pathologies associées (co-morbidités)

Connaître les examens complémentaires de première intention OIC-301-13-A

En dehors de l'urgence chirurgicale ou d'un contexte de grande fragilité, l'exploration par **coloscopie sous anesthésie générale** doit être systématiquement réalisée pour permettre un diagnostic de certitude anatomopathologique (biopsies) et la recherche de lésions synchrones (adénomes ou 2^{ème} cancer synchrones)

Bilan biologique nécessaire avant une anesthésie (NFS, plaquettes, TP, TCA, créatininémie) et pour l'évaluation de l'état général (albuminémie)

Le dosage du marqueur Antigène Carcino Embryonnaire (ACE) n'est pas un examen diagnostique mais sera potentiellement utile pour le suivi du patient.

- Pour les cancers du côlon (charnière recto-sigmoïdienne jusqu'au caecum) : **Scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection**
- Pour les cancers du rectum (accessible au TR) : **IRM pelvienne et scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection**

Connaître les examens complémentaires endoscopiques et radiologiques OIC-301-14-B

En deuxième intention pour le cancer du côlon et du rectum:

- L'IRM hépatique est nécessaire en cas de doute sur des métastases ou en cas de résection envisagée de métastases hépatiques (car plus sensible que le TDM);
- Les autres examens d'imagerie ne sont demandés qu'en cas d'orientation clinique (os, cerveau) : TDM cérébral, IRM rachis, scintigraphie osseuse;

En deuxième intention pour le rectum :

- L'écho endoscopie en cas de lésion de petite taille (mobile sur le doigt) qui sera utile pour retenir l'indication d'une résection endoscopique (mucosectomie ou dissection sous-muqueuse) d'une tumeur superficielle et de contre-indication à l'IRM. L'écho-endoscopie ne peut être réalisée (et a aucun intérêt) en cas de volumineuse tumeur sténosante.

Connaître la stratégie d'exploration en imagerie initiale du cancer du colon OIC-301-15-B

Après le diagnostic positif :

- Scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection à la recherche de métastases à distance
- Coloscopie complète à la recherche d'une seconde localisation tumorale

Connaître les grands principes de traitement des cancers localisés OIC-301-16-B

Les principes : ablation d'une maladie localisée dont la décision doit être validée en **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)**.

Le traitement comporte en première intention la chirurgie de résection. Une résection chirurgicale nécessite l'exérèse de la tumeur primitive avec des marges d'au moins 5 cm, associée à l'exérèse des vaisseaux et du méso colon contenant le réseau lymphatique avec ses ganglions. Pour les cancers du rectum, la chirurgie est une exérèse du rectum avec exérèse complète du mésorectum (grande majorité des cas) ou une amputation abdomino-périnéale si la tumeur envahit ou est très proche du sphincter anal.

La résection endoscopique (par mucosectomie ou par dissection sous-muqueuse si lésion étendue) doit être privilégiée par rapport à la chirurgie pour des lésions très superficielles (Tis, T1sm1).

Pour le cancer du rectum sous péritonéal, une chimiothérapie puis une radiothérapie préopératoires sont indiquées en cas de tumeur localement avancée (T3-T4 et/ou N+). Ce traitement diminue le risque de récurrence locale. Cette radio-chimiothérapie est décidée sur les données de l'IRM pelvienne.

Pour les cancers du côlon et du rectum, une chimiothérapie post opératoire est recommandée s'il existe un envahissement ganglionnaire (stade III). Ce traitement diminue le risque de récurrence.