

JUIN 2020



LES CANCERS COLORECTAUX EN 12 POINTS CLÉS

OUTILS POUR LA PRATIQUE

1

Les cancers colorectaux figurent **parmi les trois cancers les plus fréquents** en France (3e rang pour les cancers masculins et 2e rang pour les cancers féminins), et au **2^e rang en termes de mortalité**.

2

En fonction des **principaux facteurs de risque**, les 3 niveaux de risque de développer un cancer colorectal sont :

- › risque **moyen** (80 % des cas) : âge > 50 ans et asymptomatique (population concernée par le programme de dépistage organisé) ;
- › risque **élevé** (15 à 20 % des cas) : antécédent personnel ou familial d'adénome ou de cancer colorectal, maladie inflammatoire chronique intestinale ;
- › risque **très élevé** (1 à 3 % des cas) : prédisposition héréditaire au cancer colorectal.

3

Le **diagnostic est le plus souvent réalisé à un stade avancé** et donc associé à une survie moins bonne, comparé à un diagnostic précoce : survie nette à 5 ans estimée à 90 % si détecté au stade I, et 13 % si détecté au stade métastatique.

4

Les principaux signes cliniques devant faire évoquer ce cancer sont des **rectorragies**, des symptômes digestifs tels que **alternance diarrhée/constipation**, **douleurs abdominales** ou encore **syndrome rectal**, une **masse à la palpation abdominale** ou au toucher rectal, une **anémie ferriprive** d'origine indéterminée, une **perte de poids**.

5

Devant une suspicion de cancer colorectal, une **coloscopie totale avec prélèvements** doit être réalisée : le diagnostic repose sur l'examen anatomopathologique de ces biopsies.

6

Le bilan d'extension locorégionale repose notamment sur une **TDM thoracoabdominopelvienne**, complétée par une échographie rectale ou une IRM pelvienne pour le cancer du rectum.

7

Le traitement des cancers **du côlon et du haut rectum** repose le plus souvent sur la **chirurgie**. Selon les stades, elle peut être associée à une **chimiothérapie adjuvante** et à une **thérapie ciblée**.

8

Le traitement des cancers **du moyen et bas rectum** repose sur la **chirurgie**. Pour les stades I, elle peut être complétée par une **radiothérapie +/- chimiothérapie**. Pour les stades II et III, elle est précédée d'une **radio-chimiothérapie** et peut être suivie d'une **chimiothérapie**. Pour les stades IV, discussion au cas par cas du traitement de la tumeur rectale et/ou des métastases.

9

Les troubles nutritionnels sont fréquents tout au long de la maladie : **39 % des patients sont dénutris**. Selon l'état nutritionnel, pour prévenir et/ou traiter les troubles, **un accompagnement nutritionnel** est proposé :

- il repose sur une alimentation enrichie, la prescription de compléments nutritionnels oraux et la nutrition artificielle ;
- dès le diagnostic et jusqu'après la guérison, ainsi qu'en phase palliative.

10

Pour les **patients stomisés**, un **accompagnement** par un infirmier stomathérapeute est mis en place, concernant notamment l'appareillage, les soins de stomie et la diététique.

11

Pendant les 5 premières années, le **suivi** repose habituellement sur l'examen clinique, l'imagerie (scanner ou échographie abdominopelviens, scanner thoracique), la coloscopie et dans certains cas, le dosage de l'ACE.

12

Au-delà de 5 ans, un **suivi** par le médecin généraliste seul peut être décidé en fonction d'un schéma discuté avec l'équipe spécialisée et le patient.



▸ Pour davantage d'informations, vous pouvez consulter **l'Outil pour la pratique des médecins généralistes sur les cancers du colorectaux (e-cancer.fr)**