

Questions

ITEM 298 : Tumeurs du côlon et du rectum

[2005 dossier 7 : syndrome occlusif - cancer du côlon- métastases hépatiques - 2007 dossier 2 : anémie ferriprive - cancer du côlon]

QCM 1 : Au niveau épidémiologique, le cancer colorectal (CCR) :

- A. Le cancer colorectal est la 2^e cause de mortalité après le cancer pulmonaire
- B. Il y a environ 60% de cancer du côlon pour 40% de cancer du rectum
- C. Les formes génétiques représentent 5% des cancers colorectaux
- D. L'alimentation, l'alcool, le tabac et l'obésité sont des facteurs de risque
- E. Les cancers du côlon droit sont plus fréquents que les cancers du côlon gauche

QCM 2 : Dépistage et cancer du côlon :

- A. Le dépistage concerne toute la population française entre 50 et 74 ans, rythme tous les 2 ans
- B. Il est réalisé par le test immunologique reposant sur la détection d'hémoglobine humaine dans les selles grâce à l'utilisation d'anticorps monoclonaux ou polyclonaux
- C. Le test de dépistage a une bonne sensibilité et spécificité
- D. En cas de positivité du test réalisation d'une coloscopie et d'une TDM abdominale
- E. En cas de symptômes digestifs un test négatif permet d'infirmier le risque de cancer avec une bonne probabilité

QCM 3 : Le dépistage du cancer colorectal dans ces populations :

- A. Antécédent personnel de polype ou de CCR : coloscopie à 3 ans puis tous les 5 ans si normale
- B. Antécédent familial de polype ou CCR avant 60 ans : coloscopie à partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic chez le cas index, puis tous les 10 ans à vie
- C. Antécédent personnel de MICI (rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn avec pancolite d'évolution > 10 ans) : coloscopie tous les 5 ans
- D. Syndrome HNPCC (Lynch) : coloscopie tous les 1-2 ans à partir de 20-25 ans
- E. Polypose adénomateuse familiale : rectosigmoïdoscopie tous les 2 ans à partir de la puberté

QCM 4 : Cancer du côlon et signes d'appels :

- A. Toute douleur abdominale chronique doit conduire à une coloscopie
- B. En cas d'anémie avec VGM 105, il faut réaliser une coloscopie
- C. Les tumeurs du rectum sont palpées au toucher rectal (sauf infra centimétrique)
- D. Le syndrome occlusif et le mélaena sont 2 situations révélant de façon courantes un cancer colorectal
- E. Le cancer du côlon droit proximal lors d'une occlusion retrouve un tableau de syndrome occlusif haut

QCM 5 : Coloscopie :

- A. En cas de recherche de cancer du côlon, une rectosigmoïdoscopie est réalisée
- B. Nécessité d'une anesthésie générale
- C. Nécessité d'une préparation colique : régime sans résidu, laxatifs osmotiques per os (PEG)
- D. Les complications principales et non rares sont la perforation et l'hémorragie digestive
- E. La coloscopie permet l'ablation de polype

QCM 6 : Une coloscopie chez un patient de 55 ans retrouve une tumeur moyenne rectum biopsiée, l'anatomo-pathologie retrouve un adénocarcinome lieberkühnien. Quel est votre bilan d'extension ?

- A. TDM thoraco-abdomino-pelvienne
- B. PET TDM
- C. ACE et CA 19.9
- D. IRM rectale
- E. Echo-endoscopie rectale

QCM 7 : Chirurgie et cancer du côlon et rectum avec bilan d'extension négatif :

- A. En cas de cancer du côlon gauche : réalisation d'une colectomie gauche emportant la charnière recto sigmoïdienne avec marges de sécurité de 2 cm en amont et en aval + curage ganglionnaire
- B. En cas de cancer du bas rectum envahissant le sphincter anal : amputation abdomino-périnéale avec perte de la fonction sphinctérienne
- C. En cas de cancer du moyen rectum à plus de 1 cm du sphincter : proctectomie totale avec conservation du sphincter anal + exérèse totale du mésorectum
- D. En cas de syndrome occlusif révélant le cancer indication formelle d'une colectomie avec anastomose iléo-rectale
- E. Dans le cancer du rectum : exérèse du mésorectum si envahit seulement

QCM 8 : Une chirurgie carcinologique colique chez un patient de 56 ans retrouve un adénocarcinome du côlon gauche, T3N2M0.

- A. Indication d'une chimiothérapie adjuvante car T3
- B. Indication d'une radiothérapie colique adjuvante
- C. La chimiothérapie sera du 5FU oxaliplatine pendant 12 cycles
- D. Surveillance clinique, coloscopique, radiologique, TDM thoraco-abdomino-pelvienne et ACE
- E. Dépistage de la famille par coloscopie à partir de 51 ans tous les 5 ans

QCM 9 : Un bilan par coloscopie, TDM TAP et IRM rectales retrouve chez un patient 56 ans un cancer du moyen rectum, T3N0M0 (radiologique), sans envahissement du sphincter anal.

- A. Traitement exclusif : chirurgie première conservatrice : proctectomie avec marges de sécurité 5 cm en supérieure et au moins 1 cm en inférieur, exérèse du mésorectum
- B. Chirurgie décrite en A + chimiothérapie adjuvante car T4
- C. Association radiochimiothérapie rectale pré opératoire puis chirurgie décrite en A
- D. Chirurgie décrite en A puis radiothérapie
- E. Amputation abdomino pelvienne exclusive

QCM 10 : Le syndrome de Lynch (HNPCC) :

- A. Est une prédisposition génétique majeure au cancer du côlon et de l'endomètre, mais également des voies urinaires supérieures, ovaires, estomac et grêle
- B. Au niveau constitutionnel il correspond à une mutation des 2 allèles d'un gène de réparation du système MisMatch Repair
- C. Les gènes de réparation du système MisMatch Repair sont : MLH1, BRCA1/2, MSH2
- D. L'existence d'une instabilité des microsatellites dans le tissu tumoral est en faveur d'un syndrome de Lynch
- E. La confirmation se fait par recherche d'une mutation par prélèvements sanguin

QCM 11 : La polypose adénomateuse familiale :

- A. Elle est plus fréquente que le syndrome de Lynch
- B. Prédisposition génétique avec mutation d'un allèle du gène APC au niveau constitutionnel
- C. Existence d'un grand nombre de polypes, mais le risque de cancer est d'environ 50% à 60 ans
- D. Si confirmée : coloproctectomie totale avec anastomose iléo anale et réservoir dès que la surveillance endoscopique devient trop difficile
- E. Risque de tumeurs desmoïdes mésoenchymateuses : rares mais potentiel métastatique élevé

QCM 12 : Un patient de 60 ans reçoit une chimiothérapie par FOLFOX (5FU oxaliplatine) pour un adénocarcinome du côlon métastatique hépatique. Il consulte aux urgences pour une dyspnée subaiguë depuis 24h. Pas de douleur thoracique. Examen clinique dont auscultation pulmonaire sans particularité. FR 18/min, FC 97/min, SATO₂ 93%, TA 120/84 mmHg, T° 36.8° ECG normal en dehors d'une tachycardie sinusale. Hb = 10g/dl, plaquettes = 80 000/mm³, leucocytes 4000/mm³, créatininémie 85 µmol/L. Gaz du sang : pH = 7.43, PaO₂ = 80 mmHg, PaCO₂ = 30 mmHg. Radiographie thoracique normale. Vous suspectez une embolie pulmonaire.

- A. Réalisation de D dimères
- B. Si D dimères positifs : angioTDM thoracique
- C. AngioTDM d'emblée car risque élevé
- D. Si diagnostic confirmé mise sous HBPM dose curative puis AVK pour 6 mois
- E. Si diagnostic confirmé : HBPM pour une durée minimale de 6 mois

Réponses

QCM 1 : Au niveau épidémiologique, le cancer colorectal (CCR) :

- A. Le cancer colorectal est la 2^e cause de mortalité après le cancer pulmonaire
- B. Il y a environ 60% de cancer du côlon pour 40% de cancer du rectum
- C. Les formes génétiques représentent 5% des cancers colorectaux
- D. L'alimentation, l'alcool, le tabac et l'obésité sont des facteurs de risque
- E. Les cancers du côlon droit sont plus fréquents que les cancers du côlon gauche

Réponses exactes : A, B, C, D

✓ A retenir :

3^e cancer le plus fréquent, donc très tombable et tombé. 5% de causes génétiques à connaître car facilité de rajouter des questions.

QCM 2 : Dépistage et cancer du côlon :

- A. Le dépistage concerne toute la population française entre 50 et 74 ans, rythme tous les 2 ans
- B. Il est réalisé par le test immunologique reposant sur la détection d'hémoglobine humaine dans les selles grâce à l'utilisation d'anticorps monoclonaux ou polyclonaux
- C. Le test de dépistage a une bonne sensibilité et spécificité
- D. En cas de positivité du test réalisation d'une coloscopie et d'une TDM abdominale
- E. En cas de symptômes digestifs un test négatif permet d'infirmier le risque de cancer avec une bonne probabilité

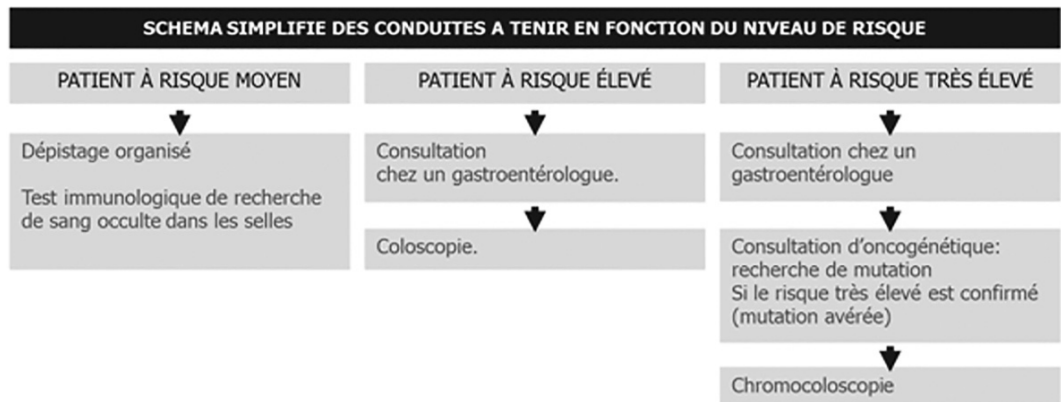
Réponses exactes : A, B

✓ A retenir :

Le test concerne la population de 50 à 74 ans à risque modéré de cancer colorectaux. Il faut bien retenir qu'en cas de haut risque le dépistage se fait par coloscopie. Le test immunologique est disponible depuis mars 2015 plus performant que l'ancien test.

Ce test n'est pas spécifique comme quasiment tous les tests de dépistages car il conduit à environ 9 coloscopies négatives sur 10.

En cas de symptômes digestifs évocateurs : coloscopie



Source : INCa 24/03/15

QCM 3 : Le dépistage du cancer colorectal dans ces populations :

- A. Antécédent personnel de polype ou de CCR : coloscopie à 3 ans puis tous les 5 ans si normale
- B. Antécédent familial de polype ou CCR avant 60 ans : coloscopie à partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic chez le cas index, puis tous les 10 ans à vie
- C. Antécédent personnel de MICI (rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn avec pancolite d'évolution > 10 ans) : coloscopie tous les 5 ans
- D. Syndrome HNPCC (Lynch) : coloscopie tous les 1-2 ans à partir de 20-25 ans
- E. Polypose adénomateuse familiale : rectosigmoïdoscopie tous les 2 ans à partir de la puberté

Réponses exactes : A, C, D

✓ A retenir :

Ce sont les catégories à haut risque et très haut risques (sauf symptômes) avec des modalités de suivi propre.

Population à risque élevé de CCR :

- Antécédent personnel de polype ou de CCR : coloscopie à 3 ans puis tous les 5 ans si normale
- Antécédent familial de polype ou CCR avant 60 ans : coloscopie à partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic chez le cas index, puis tous les 5 ans à vie
- Antécédent personnel de MICI (rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn avec pancolite d'évolution > 10 ans) : coloscopie tous les 2 ans

Population à risque très élevé de CCR : coloscopie de début précoce et plus fréquente :

- Syndrome HNPCC : coloscopie tous les 1-2 ans à partir de 20-25 ans
- PAF : rectosigmoïdoscopie annuelle à partir de la puberté

QCM 4 : Cancer du côlon et signes d'appels :

- A. Toute douleur abdominale chronique doit conduire à une coloscopie
- B. En cas d'anémie avec VGM 105, il faut réaliser une coloscopie
- C. Les tumeurs du rectum sont palpées au toucher rectal (sauf infra centimétrique)
- D. Le syndrome occlusif et le mélaena sont 2 situations révélant de façon courantes un cancer colorectal
- E. Le cancer du côlon droit proximal lors d'une occlusion retrouve un tableau de syndrome occlusif haut

Réponses exactes : D, E

✓ A retenir :

Le contexte clinique, les symptômes associés et l'évolution sont des facteurs importants devant une douleur abdominale avant de décider de réaliser une coloscopie qui n'est pas systématique. Devant toute anémie ferriprive (après élimination d'une cause gynécologique chez la femme), avec VGM < 80 et diagnostic biologique de carence en fer : éliminer un cancer d'origine digestive par FOGD et coloscopie.

Les lésions d'une partie du moyen et du haut rectum ne sont pas accessibles au toucher rectal. Rappel :

- bas rectum : 0 à 5 cm de la marge anale ou à 2 cm ou moins du bord supérieur du sphincter
- moyen rectum : > 5 à 10 cm de la marge anale ou de > 2 à 7 cm du bord supérieur du sphincter
- haut rectum : > 10 à 15 cm de la marge anale ou à plus de 7 cm du bord supérieur du sphincter

QCM 5 : Coloscopie :

- A. En cas de recherche de cancer du côlon, une rectosigmoïdoscopie est réalisée
- B. Nécessité d'une anesthésie générale
- C. Nécessité d'une préparation colique : régime sans résidu, laxatifs osmotiques per os (PEG)
- D. Les complications principales et non rares sont la perforation et l'hémorragie digestive
- E. La coloscopie permet l'ablation de polype

Réponses exactes : C, E

✓ A retenir :

Il faut réaliser une coloscopie totale et pas seulement une rectosigmoïdoscopie, cela se fait sous anesthésie locale ou générale (le plus fréquent). Les complications sont rares : perforation, hémorragie, infection. Elle permet la réalisation de biopsies et d'ablation de polypes ou de petites tumeurs.

QCM 6 : Une coloscopie chez un patient de 55 ans retrouve une tumeur moyenne rectum biopsiée, l'anatomo-pathologie retrouve un adénocarcinome lieberkühnien. Quel est votre bilan d'extension ?

- A. TDM thoraco-abdomino-pelvienne
- B. PET TDM
- C. ACE et CA 19.9
- D. IRM rectale
- E. Echo-endoscopie rectale

Réponses exactes : A, D, E

✓ A retenir :

En cas de cancer colorectal bilan extension : TDM thoraco-abdomino-pelvienne + ACE + coloscopie totale (rechercher 2 lésion).

En cas de cancer rectal, il est impératif de réaliser une IRM pelvienne et/ou une échoendoscopie rectale (plutôt si petites lésions), car dans le cancer du rectum le risque d'envahissement des organes de voisinages et du mésorectum est important et cette information est nécessaire pour la thérapeutique. Sauf si présence de métastases non opérables.

QCM 7 : Chirurgie et cancer du côlon et rectum avec bilan d'extension négatif :

- En cas de cancer du côlon gauche : réalisation d'une colectomie gauche emportant la charnière recto sigmoïdienne avec marges de sécurité de 2 cm en amont et en aval + curage ganglionnaire
- En cas de cancer du bas rectum envahissant le sphincter anal : amputation abdomino-périnéale avec perte de la fonction sphinctérienne
- En cas de cancer du moyen rectum à plus de 1 cm du sphincter : proctectomie totale avec conservation du sphincter anal + exérèse totale du mésorectum
- En cas de syndrome occlusif révélant le cancer indication formelle d'une colectomie avec anastomose iléo-rectale
- Dans le cancer du rectum : exérèse du mésorectum si envahit seulement

Réponses exactes : B, C

✓ A retenir :

La chirurgie du rectum (proctectomie) emporte toujours le mésorectum. Pour la chirurgie marges de sécurité de 5 cm dans les cancers du côlon et haut rectum. Dans les cancers du bas rectum pour proposer un traitement conservateur du sphincter anale il faut une marge de sécurité inférieure > 1 cm entre la tumeur et le sphincter anal, sinon amputation abdomino périnéale.

En cas de syndrome occlusif 3 possibilités : colectomie, colostomie de décharge, endoprothèse. Si perforation urgence chirurgicale (péritonite).

QCM 8 : Une chirurgie carcinologique colique chez un patient de 56 ans retrouve un adénocarcinome du côlon gauche, T3N2M0.

- Indication d'une chimiothérapie adjuvante car T3
- Indication d'une radiothérapie colique adjuvante
- La chimiothérapie sera du 5FU oxaliplatine pendant 12 cycles
- Surveillance clinique, coloscopique, radiologique TDM thoraco abdomino pelvien et ACE
- Dépistage de la famille par coloscopie à partir de 51 ans tous les 5 ans

Réponses exactes : C, D, E

✓ A retenir :

Il faut bien distinguer pour le traitement cancer du côlon/haut rectum versus cancer moyen/bas rectum.

Pour le cancer du côlon facile, si N+ quel que soit le T = > chimiothérapie adjuvante par FOLFOX (5FU oxaliplatine). Donc le T et le stade pas à connaître, juste le statut ganglionnaire (le stade est pronostique, le seul élément indiquant la chimiothérapie est le statut ganglionnaire pour l'ECN). La surveillance est clinique, coloscopie à 3 ans puis tous les 5 ans, radiologique TDM thoraco-abdomino-pelvienne et ACE à chaque consultation.

Pas de radiothérapie dans le côlon ou haut rectum.

QCM 9 : Un bilan par coloscopie, TDM TAP et IRM rectales retrouve chez un patient 56 ans un cancer du moyen rectum, T3N0M0 (radiologique), sans envahissement du sphincter anal.

- Traitement exclusif : chirurgie première conservatrice : proctectomie avec marges de sécurité 5 cm en supérieure et au moins 1 cm en inférieur, exérèse du mésorectum
- Chirurgie décrite en A + chimiothérapie adjuvante car T4
- Association radiochimiothérapie rectale pré opératoire puis chirurgie décrite en A
- Chirurgie décrite en A puis radiothérapie
- Amputation abdomino pelvienne exclusive

Réponse exacte : C

✓ A retenir :

Il faut bien distinguer pour le traitement cancer du côlon/haut rectum versus cancer moyen/bas rectum.

Pour le moyen/bas rectum, un des risques majeurs est la rechute locale post chirurgicale, d'où l'exérèse du mésorectum. Il a été démontré qu'une association radiothérapie et chimiothérapie (5FU) pré opératoire diminue ce risque et est donc indiquée pour toutes les tumeurs T3-4 ou N+.

La place de la chimiothérapie adjuvante post radiothérapie et chirurgie est plus discutée mais souvent réalisée si N+, et indiquée en cas d'absence de chimiothérapie néoadjuvante.

QCM 10 : Le syndrome de Lynch (HNPCC) :

- Est une prédisposition génétique majeure au cancer du côlon et de l'endomètre, mais également des voies urinaires supérieures, ovaires, estomac et grêle
- Au niveau constitutionnel il correspond à une mutation des 2 allèles d'un gène de réparation du système MisMatch Repair
- Les gènes de réparation du système MisMatch Repair sont : MLH1, BRCA1/2, MSH2
- L'existence d'une instabilité des microsatellites dans le tissu tumoral est en faveur d'un syndrome de Lynch
- La confirmation se fait par recherche d'une mutation par prélèvements sanguin

Réponses exactes : A, D, E

✓ A retenir :

Le syndrome de Lynch (HNPCC Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer) est à connaître, car facile à intégrer dans un dossier transversal devant le spectre de cancer, et rajoute un côté oncogénétique.

C'est une prédisposition génétique, avec mutation constitutionnelle d'un allèle du système MMR (MisMatch Repair, système de réparation de l'ADN) : en particulier MLH1 et MSH2 surtout, mais aussi MSH6, PMS2. (BRCA autre système de réparation de l'ADN par recombinaison homologue).

Dans le cancer il existe une mutation somatique acquise du 2^e allèle entraînant une perte de fonction (gène suppresseur de tumeur).

Cette perte de fonction peut être au niveau tumoral recherchée en immunohistochimie par absence d'une des protéines MLH1, MSH2... Ou en recherchant une des conséquences de la perte de réparation de l'ADN par le système MMR : l'instabilité des micro-satellites (phénotype MSI).

Confirmation par recherche au niveau constitutionnel d'une mutation d'un allèle d'un des gènes MMR par prise de sang.

QCM 11 : La polypose adénomateuse familiale :

- Elle est plus fréquente que le syndrome de Lynch
- Prédisposition génétique avec mutation d'un allèle du gène APC au niveau constitutionnel
- Existence d'un grand nombre de polypes, mais le risque de cancer est d'environ 50% à 60 ans
- Si confirmée : coloproctectomie totale avec anastomose iléo anale et réservoir dès que la surveillance endoscopique devient trop difficile
- Risque de tumeurs desmoïdes mésoenchymateuses : rares mais potentiel métastatique élevé

Réponses exactes : B, D

✓ A retenir :

La polypomatose adénomateuse familiale est due à une prédisposition génétique par mutation constitutionnelle d'un des allèles du gène APC, avec perte du 2 allèle dans la tumeur. Nombre de polypes très importants, transformation cancéreuse systématique à partir de 40 ans.

Les tumeurs desmoïdes mésoenchymateuses mésentériques n'ont pas de potentiel malin mais leur développement local est source de complications.

Surveillance et traitement :

- rectosigmoïdoscopie ou coloscopie avec chromo-endoscopie et biopsies une fois par an à partir de la puberté (12 ans)
- chirurgie prophylactique dès que la surveillance des polypes, en nombre trop important, devient impossible : coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale et réservoir souvent vers 20 ans

QCM 12 : Un patient de 60 ans reçoit une chimiothérapie par FOLFOX (5FU oxaliplatine) pour un adénocarcinome du côlon métastatique hépatique. Il consulte aux urgences pour une dyspnée subaiguë depuis 24h. Pas de douleur thoracique. Examen clinique dont auscultation pulmonaire sans particularité. FR 18/min, FC 97/min, SATO₂ 93%, TA 120/84 mmHg, T° 36.8° ECG normal en dehors d'une tachycardie sinusale. Hb = 10g/dl, plaquettes = 80 000/mm³, leucocytes 4000/mm³, créatininémie 85 µmol/L. Gaz du sang : pH = 7.43, PaO₂ = 80 mmHg, PaCO₂ = 30 mmHg. Radiographie thoracique normale. Vous suspectez une embolie pulmonaire.

- A. Réalisation de D dimères
- B. Si D dimères positifs : angioTDM thoracique
- C. AngioTDM d'emblée car risque élevé
- D. Si diagnostic confirmé mise sous HBPM dose curative puis AVK pour 6 mois
- E. Si diagnostic confirmé : HBPM pour une durée minimale de 6 mois

Réponse exacte : E

✓ A retenir :

Ici probabilité clinique moyenne.

3 choses très importantes pour l'embolie pulmonaire et le cancer :

- Le cancer est un facteur de risque important de maladie thromboembolique veineuse, la chimiothérapie également. Souvent existence de cofacteurs associés rendant la clinique parfois difficile (anémie donnant tachycardie et dyspnée, douleur thoracique liée à une atteinte pleurale...). Donc diagnostic à suspecter très facilement.
- Pas de D dimères dans des contextes de cancer métastatique et de chimiothérapie, ils seront généralement positifs, angioTDM thoracique d'emblée si suspicion clinique (qui permet d'éliminer les causes de dyspnée liée à une atteinte du cancer).
- En cas de maladie thrombo embolique veineuse et cancer : les AVK au long cours sont moins efficaces que HBPM. Donc si pas de CI : HBPM au long cours minimum 6 mois, et théoriquement durant toute la durée de l'évolution du cancer et/ou chimiothérapie.

Thrombose sur PAC : pas d'urgence à enlever le PAC si absence de thrombophlébite septique et bien positionné, et peut être conservé si fonctionnel.

TUMEURS DU COLON ET DU RECTUM

- Diagnostiquer une tumeur du colon et une tumeur du rectum.
- Planifier le suivi du patient.

Zéros		1. Introduction :		
<ul style="list-style-type: none"> - Risque élevé : ATCD personnels et familiaux, MICI, acromégalie - Risque très élevé : HNPCC et PAF - Syndrome rectal : faux besoins, épreintes, ténésme - Rectorragie - Toucher rectal - Coloscopie - Cancer du rectum : écho-endoscopie rectale + IRM pelvienne - Chimiothérapie postopératoire si N⁺ - K du rectum : radiothérapie néoadjuvante si T₃ et T₄; exérèse totale du mésorectum - ACE - HNPCC : surveillance gynécologique et FOGD - Pour tout polype à la coloscopie : résection endoscopique et anapath - Dépistage familial 	Epidémiologie		<ul style="list-style-type: none"> - 3^{ème} cancer le plus fréquent tous sexes confondus : 36000 nouveaux cas/an - Age moyen au diagnostic : 70 ans ; survie globale à 5 ans : 60% 	
	Facteurs de risque		Risque moyen	<ul style="list-style-type: none"> - Population générale > 50 ans - Asymptomatique : absence de trouble du transit, méléna...
			Risque élevé	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents personnels d'adénome ou de cancer colorectal - Antécédents familiaux au premier degré : <ul style="list-style-type: none"> 1 antécédent avant 65 ans d'adénome ou de cancer colorectal ≥ 2 antécédents de cancers colorectaux quelque soit l'âge - MICI : RCH et maladie de Crohn - Acromégalie
			Risque très élevé	<ul style="list-style-type: none"> - Sujet de famille atteint de PAF - Syndrome HNPCC
			Autres	<ul style="list-style-type: none"> - Tabac et alcool - Alimentation riche en protéines, obésité, sédentarité
	Histologie		Polype	<ul style="list-style-type: none"> - Tumeur bénigne épithéliale fréquente : 20% pour les 65-69 ans - Classification de Vienne
			Cancer	<ul style="list-style-type: none"> - Adénocarcinome : lieberkhünien (73%), mucineux (17%) - Autres : lymphomes, carcinome épidermoïde, léiomyosarcome...
			Extension	<ul style="list-style-type: none"> - Locorégionale : Extension en profondeur et transversalement - Vasculaire : veineuse, nerveuse et lymphatique - Métastases : hépatiques, pulmonaires, osseuses, cérébrales
	2. Diagnostic :			
	Anamnèse		<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents personnels médico-chirurgicaux et familiaux - Antécédents de polype ou de cancer colorectal - Recherche des facteurs de risque - Signes généraux : altération de l'état général - Signes fonctionnels : Troubles du transit : Alternance constipation - diarrhée Syndrome de Koenig Syndrome rectal : ténésme, épreintes, faux besoins Rectorragies +/- méléna 	
Examen physique		<ul style="list-style-type: none"> - Examen général : poids, taille et IMC - Examen abdominal : Palpation : masse abdominale Toucher rectal : Recherche de sang Masse : taille et distance du sphincter - Extension : Métastases hépatiques : foie dur, bosselé Métastases ganglionnaires : adénopathie de Troisier - Complications : Infection : fièvre oscillante, douleur abdominale Syndrome anémique (anémie par carence martiale) Occlusion digestive : cf. item 217 		
Paraclinique		Diagnostic positif	<ul style="list-style-type: none"> - Coloscopie totale avec biopsies multiples Tumeurs ulcéro-bourgeonnante saignant au contact - Envoi en anato-pathologie : statut MSI et KRAS - Colo-TDM en cas de tumeur non franchissable 	
		Extension	<ul style="list-style-type: none"> - TDM TAP : métastases hépatiques et pulmonaires - Rectum : IRM pelvienne ou écho-endoscopie - Option : échographie et/ou IRM hépatique 	
		Biologie	<ul style="list-style-type: none"> - NFS : anémie par carence martiale - Marqueurs tumoraux : ACE 	
		Pré-thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - Etat général et nutritionnel - Bilan d'opérabilité 	
3. Classification TNM :				
Côlon et haut rectum	TNM	Stade	Moyen et bas rectum	
Muqueuse colique	T _{is}	Stade 0	Muqueuse rectale	
Sous-muqueuse colique	T ₁	Stade I	Sous-muqueuse rectale	
Musculeuse	T ₂		Musculeuse	
Sous-séreuse	T ₃	Stade IIA	Graisse péri-rectale : mésorectum	
Séreuse/ graisse péri-colique/ Organes de voisinage	T ₄	Stade IIB	Organes pelviens	
1-3 adénopathies	T ₁₋₂ N ₁	Stade IIIA	1-3 adénopathies	
	T ₃₋₄ N ₁	Stade IIIB		
≥ 4 adénopathies	N ₂	Stade IIIC	≥ 4 adénopathies	
Métastases	M ₁	Stade IV	Métastases	

<p>Polypose adénomateuse familiale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gène APC (Kr 5) - Transmission AD, pénétrance quasi-complète - Polypes : <ul style="list-style-type: none"> o Colorectaux o Duodénaux - Tumeur desmoïde - Hypertrophie couche pigmentaire de la rétine → FO - Risque de CCR : 100% à 40 ans - Coloscopies annuelles dès la puberté - Coloproctectomie totale dès que les polypes ne sont plus contrôlables <p>HNPCC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gène MMR : MLH1 et MSH2 - Transmission AD - Spectre étroit : cancer du côlon (> 80%) et de l'endomètre (40%), grêle et voies urinaires - Spectre élargi : ovaires, pancréas, cutanée - Critères d'Amsterdam : <ul style="list-style-type: none"> o ≥ 3 cancers du spectre étroit o Lien au 1^{er} degré sur 2 générations o 1 cas < 50 ans - Coloscopie annuelle dès 20 ans - Si CCR : colectomie totale - Biopsies annuelles de l'endomètre dès 35 ans - EOGD : tumeurs duodénales 	4. Prise en charge :							
	RCP + consultation d'annonce + programme personnalisé de soins							
	Cancer du côlon	Chirurgie première	<ul style="list-style-type: none"> - Information du patient du risque de stomie postopératoire - Exploration de la cavité abdominale : recherche carcinose ou métastase - Prélèvements des épanchements et des nodules suspects - Ligature première des vaisseaux - Exérèse tumorale : Côlon droit : Colectomie droite Anastomose iléo-colique transverse Transverse : extension colectomie droite ou gauche Côlon gauche et sigmoïde : Colectomie gauche Anastomose colorectale - Curage ganglionnaire : au moins 12 ganglions - Envoi des pièces en anatomo-pathologie 					
		Chimiothérapie adjuvante	<ul style="list-style-type: none"> - Indications : Tumeurs stade II si : Tumeur peu différenciée, T₄ Emboles vasculaires, péri-nerveux Occlusion, perforation < 12 ganglions examinés <li style="text-align: center;">Tumeurs stade III et IV - Protocole FOLFOX : 5-FU, oxaliplatine, acide folinique ou capécitabine - Forme métastatique: anti-EGFR (Erbix®) si pas de mutation de KRAS 					
		Métastases	<ul style="list-style-type: none"> - Résecables : Métastases synchrones : chirurgie 2-3 mois après colectomie Métastases métachrones : Chimiothérapie péri-opératoire Exérèse chirurgicale - Non résecables : chimiothérapie palliative 					
		Complications	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">Occlusion</td> <td>- Prise en charge : cf. item 217</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Infection</td> <td>- Antibiothérapie + drainage sous TDM - Non drainable : intervention de Hartmann</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Perforation</td> <td>- Colectomie droite ou gauche en urgence - Anastomose en 1 temps ou en 2 temps</td> </tr> </table>	Occlusion	- Prise en charge : cf. item 217	Infection	- Antibiothérapie + drainage sous TDM - Non drainable : intervention de Hartmann	Perforation
	Occlusion	- Prise en charge : cf. item 217						
	Infection	- Antibiothérapie + drainage sous TDM - Non drainable : intervention de Hartmann						
	Perforation	- Colectomie droite ou gauche en urgence - Anastomose en 1 temps ou en 2 temps						
	Cancer du rectum	Haut rectum	- Idem cancer du sigmoïde					
Moyen et bas rectum		<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">Stade I</td> <td>- Résection trans-ale</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Stade II et III</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Radio-chimiothérapie néo-adjuvante - Tumeur située à plus de 1cm de la ligne pectinée : Proctectomie totale et en voie en anapath Exérèse totale du mésorectum Anastomose colorectale basse ou anale - Tumeur située à moins de 1cm de la ligne pectinée : Amputation abdomino-périnéale Colostomie iliaque définitive </td> </tr> </table>	Stade I	- Résection trans-ale	Stade II et III	<ul style="list-style-type: none"> - Radio-chimiothérapie néo-adjuvante - Tumeur située à plus de 1cm de la ligne pectinée : Proctectomie totale et en voie en anapath Exérèse totale du mésorectum Anastomose colorectale basse ou anale - Tumeur située à moins de 1cm de la ligne pectinée : Amputation abdomino-périnéale Colostomie iliaque définitive 		
Stade I		- Résection trans-ale						
Stade II et III		<ul style="list-style-type: none"> - Radio-chimiothérapie néo-adjuvante - Tumeur située à plus de 1cm de la ligne pectinée : Proctectomie totale et en voie en anapath Exérèse totale du mésorectum Anastomose colorectale basse ou anale - Tumeur située à moins de 1cm de la ligne pectinée : Amputation abdomino-périnéale Colostomie iliaque définitive 						
Complications	<ul style="list-style-type: none"> - Séquelles sexuelles : dysfonction érectile - Cystite et entérite radiques - Troubles du transit avec accident d'incontinence 							
Mesures associées	<ul style="list-style-type: none"> - Pose d'une chambre implantable - Soutien psychologique et prise en charge à 100% - Education : entretien de la stomie avec infirmier entéro-stomathérapeute - Dépistage familial +/- consultation d'oncogénétique 							
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> - Clinique : Interrogatoire et examen clinique avec toucher rectal Recherche : Signes d'appel de récidive et de second cancer <li style="text-align: center;">Complications des traitements <li style="text-align: center;">Fréquence : Tous les 3 mois pendant 3 ans Tous les 6 mois pendant 2 ans Annuelle à vie - Dosage ACE à chaque consultation - TDM TAP tous les 3/6 mois pendant 2 ans puis annuel pendant 3 ans - Coloscopie : A 6 mois si coloscopie initiale de incomplète Côlon : à 3 ans puis tous les 5 ans Rectum : à 1 an puis tous les 5 ans - IRM et PET-scan sur point d'appel clinique ou élévation de l'ACE 							
Polypes	<ul style="list-style-type: none"> - Tout polype doit être réséqué avec analyse anatomopathologique - Surveillance : coloscopie à 3 ans puis tous les 5 ans 							
5. Dépistage :								
Très élevé	- Coloscopies annuelles dès la puberté							
Risque élevé	<ul style="list-style-type: none"> - MICI : coloscopie à partir de 8 ans d'évolution - Antécédent familial de cancer : coloscopie à 45 ans ou 5 ans avant la maladie - Antécédent familial + polype : coloscopie à 3 ans puis tous les 5 ans 							
Risque moyen	<ul style="list-style-type: none"> - Toucher rectal annuel après 50 ans - Recherche de sang occulte dans les selles : Test immunologique Tous les 2 ans de 50 à 74 ans Coloscopie si test positif 							
<p>Marges d'exérèse</p> <p>Côlon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5cm chaque côté <p>Rectum :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5cm au dessus - Au moins 1 cm en dessous 								