

GUIDE - AFFECTION LONGUE DURÉE

**Tumeur maligne, affection maligne du tissu
lymphatique ou hématopoïétique
Cancer colorectal**

Février 2008

Ce document s'inscrit dans un double dispositif :



La mise en œuvre de parcours de soins de qualité pour l'ensemble des ALD

Élaborer pour chaque maladie 3 documents complémentaires et cohérents : un guide pour le médecin traitant, une liste d'actes et de prestations support du protocole de soins ALD et un guide patient.



La mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013

Mesure 18

Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant.

Action 18.2

Conforter la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aiguë et lors de la période de surveillance.

Ce document est téléchargeable sur
www.has-sante.fr et sur www.e-cancer.fr

Haute Autorité de Santé

Service communication

2 avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

Tél. : + 33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : + 33 (0)1 55 93 74 00

Institut National du Cancer

52 avenue André Morizet – 92513 Boulogne-Billancourt Cedex

Tél. : + 33 (0)1 41 10 50 00 – Fax : + 33 (0)1 41 10 50 20

Sommaire

Liste des abréviations	4
1. Introduction.....	5
2. Synthèse.....	7
3. Diagnostic et bilan initial	8
4. Prise en charge thérapeutique.....	11
5. Suivi	20
6. Bonnes pratiques de prise en charge communes à tous les cancers	23
Annexe 3. Références	31

Mise à jour des guides et listes ALD

Les guides médecin et les Listes des actes et prestations (LAP) élaborés en collaboration par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut National du Cancer (INCa) sont révisés tous les 3 ans.

Dans l'intervalle, la LAP est actualisée au minimum une fois par an, et est disponible sur le site Internet de la HAS (www.has-sante.fr) et de l'INCa (www.e-cancer.fr).

Liste des abréviations

ACE	Antigène carcino-embryonnaire
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
ALD	Affection de longue durée
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
CDC	Conférence de consensus
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HNPC	Syndrome de cancer colique héréditaire sans polypose (<i>Hereditary Non Polyposis Colon Cancer</i>)
INCa	Institut National du Cancer
IRM	Imagerie par résonance magnétique ou remnographie
LAP	Liste des actes et prestations
OMS	Organisation mondiale de la santé
PPS	Programme personnalisé de soins
RCH	Rectocolite hémorragique
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RPC	Recommandations pour la pratique clinique
RSI	Régime social des indépendants
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Service de soins de suite et réadaptation
TEP	Tomographie par émission de positons
USP	Unité de soins palliatifs

1. Introduction

L'objectif de ce guide est d'expliciter pour les professionnels de santé la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un patient admis en ALD pour cancer colorectal.

Les cancers représentent la première cause de mortalité en France en 2004 (30 % des décès). Environ 250 000 entrées en ALD, soit environ un quart des entrées chaque année, se font dans le cadre de l'ALD 30 – *Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique*.

Parmi les cancers, le cancer colorectal est le troisième cancer en incidence avec 37 400 nouveaux cas en 2006, près de 10 % des entrées en ALD 30 sont liées à un diagnostic de cancer colorectal.

Le cancer colorectal est le deuxième cancer en termes de mortalité causant près de 17 000 nouveaux décès par an. La survie relative (liée au cancer) à 5 ans est de 57 % tous stades confondus.

Plus de 90 % des cancers du côlon et du rectum sont sporadiques. Leur incidence augmente régulièrement avec l'âge. Le risque devient appréciable à partir de 45 ans, et double ensuite à chaque décennie. L'âge moyen du diagnostic se situe vers 70 ans.

Entre 60 et 80 % des cancers rectocoliques se développent à partir d'un adénome. Le risque de transformation d'un adénome en cancer varie en fonction de la taille, de l'importance de la composante villeuse au sein de l'adénome et du degré de dysplasie.

Certains caractères transmis de manière héréditaire, comme dans la polypose adénomateuse familiale et le syndrome HNPCC, sont responsables d'un risque accru de cancer rectocolique. Ces formes familiales représentent moins de 10 % des cancers du côlon et du rectum, et touchent souvent des individus plus jeunes que les formes sporadiques. Les maladies inflammatoires du tube digestif (maladie de Crohn et rectocolite hémorragique – RCH) présentent un risque de transformation cancéreuse. Le risque existe surtout pour les pancolites évoluant depuis plus de 10 ans. La prise en charge spécifique des cancers colorectaux survenant sur ces terrains particuliers n'est pas détaillée dans ce guide.

Ce guide est un outil pragmatique auquel le médecin traitant peut se référer pour la prise en charge de la pathologie considérée. Le contenu du guide a été discuté et validé par un groupe de travail pluridisciplinaire. Il repose sur les Recommandations pour la pratique clinique (RPC) ou les Conférences de consensus (CDC) disponibles datant de moins de 5 ans, secondairement complétées par des avis d'experts lorsque les données sont manquantes.

L'avis des experts est en effet indispensable pour certains champs, tels que le suivi, où le rythme de surveillance du patient dépend davantage d'un consensus de professionnels que de données comparatives obtenues dans le cadre d'études cliniques.

Un guide ne peut cependant pas envisager tous les cas spécifiques : toutes les comorbidités, les protocoles de soins hospitaliers, etc. Il ne revendique pas l'exhaustivité des conduites de prise en charge possibles ni ne se substitue à la responsabilité individuelle du médecin vis-à-vis de son patient.

Les principales sources utilisées ont été :

- Choix des thérapeutiques du cancer du rectum – Association française de chirurgie/HAS (2005) ;
- Référentiels de bon usage du médicament hors GHS en pathologies digestives – INCa/HAS/AFSSAPS (2006) ;
- Thésaurus national de cancérologie digestive – Société nationale française de gastro-entérologie (2006/2007) ;
- Prise en charge par chimiothérapie palliative de 1^{re} ligne des patients atteints d'un cancer colorectal métastatique – Standards, Options, Recommandations (2006) ;
- *Preoperative Radiotherapy in the management of patients with clinically resectable rectal cancer* – Cancer Care Ontario (2004) ;
- *Management of colorectal cancer* – Scottish intercollegiate guidelines network (2003) ;
- *Follow-up of patients with curatively resected colorectal cancer* – Cancer Care Ontario (2004) ;
- *Update of recommendations for the use of tumor markers in gastrointestinal cancer* – American Society Clinical Oncology (2006) ;
- *Practice parameters for the management of colorectal cancer* – A national clinical guideline – American Society Clinical Oncology (2005) ;
- *Practice parameters for the management of rectal cancer (revised)* – American Society of Colon and Rectal Surgeons (2005) ;
- *Practice parameters for colon cancer* – *Practice parameters for the surveillance and follow-up of patients with colon and rectal cancer* – American Society of Colon and Rectal Surgeons (2004).

2. Synthèse

1. Le diagnostic de cancer colorectal doit être évoqué devant des rectorragies, des troubles du transit, des douleurs abdominales ou une anémie ferriprive d'étiologie indéterminée, en particulier chez des patients de plus de 50 ans. La réalisation d'une coloscopie totale avec biopsies est alors recommandée.

Le diagnostic de cancer colorectal peut également être porté en dehors de tout symptôme dans le cadre d'un dépistage organisé ou individuel.

Le dépistage organisé du cancer colorectal a fait la preuve de son efficacité pour diminuer la mortalité induite par ce type de cancer. Les personnes concernées sont les hommes et les femmes de 50 à 74 ans, à l'exclusion de :

- sujets présentant une symptomatologie digestive relevant d'un examen ;
- sujets ayant réalisé une coloscopie complète normale depuis moins de 5 ans ou présentant des antécédents personnels ou familiaux justifiant une surveillance endoscopique programmée.

2. Concernant les marqueurs tumoraux, seul le dosage de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) doit être réalisé dans le bilan initial et le suivi du cancer colorectal.
3. Le traitement des cancers colorectaux repose sur la chirurgie et la chimiothérapie, pouvant être associées pour le cancer du rectum à la radiothérapie. Les indications sont établies en fonction notamment de la localisation, du stade, de l'histologie et de l'état général. La prise en charge thérapeutique est définie en accord avec le patient, sur la base de l'avis rendu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Elle est consignée dans le programme personnalisé de soins (PPS) remis au patient. La participation à des essais cliniques doit être encouragée.
4. Pour les patients stomisés de manière temporaire ou définitive, l'éducation thérapeutique incluant un volet spécifique sur l'appareillage et ses évolutions technologiques est réalisée avec l'aide d'un infirmier stomathérapeute.
5. En l'absence de récurrence, la durée de la surveillance spécifique d'un patient traité pour un cancer colorectal est de 5 ans. Au-delà de cette période, elle rejoint le cadre commun de la surveillance de sujets à risque, avec la réalisation d'une coloscopie totale tous les 5 ans.

3. Diagnostic et bilan initial

3.1. Objectifs

- Établir le diagnostic de cancer colorectal.
- Déterminer le stade de la maladie pour guider la prise en charge.
- Rechercher des contre-indications aux traitements.
- Annoncer le diagnostic au patient et lui apporter l'information nécessaire afin qu'il participe activement à sa prise en charge (cf. chapitre 6, « Bonnes pratiques de prise en charge communes à tous les cancers »).

3.2. Professionnels impliqués

Médecin traitant, généraliste, gastro-entérologue, chirurgien, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, pathologiste, médecin nucléaire, anesthésiste, radiologue, personnels paramédicaux, psychologue.

3.3. Circonstances diagnostiques

Les signes d'alerte sont notamment :

- des rectorragies ;
- des symptômes digestifs (troubles du transit, douleurs abdominales) isolés en particulier après 50 ans en l'absence de réponse à un traitement symptomatique ;
- une masse abdominale ou rectale ;
- une obstruction intestinale ;
- une anémie ferriprive sans cause évidente.

La réalisation d'une coloscopie totale avec biopsies des lésions suspectes est alors recommandée.

Le diagnostic de cancer colorectal peut également être porté en dehors de tout symptôme dans le cadre d'un dépistage organisé ou individuel.

Il peut aussi être fait dans le cadre d'une surveillance endoscopique spécifique (antécédent personnel de cancer ou de polype colorectal, antécédent personnel et/ou familial de pathologie colique à risque [polypose adénomateuse familiale, syndrome HNPCC, maladie de Crohn, RCH], antécédent familial de cancer colorectal [= deux parents au premier degré ou un parent au premier degré atteint avant 65 ans]).

Le pronostic dépendant largement de l'extension de la maladie au moment du diagnostic, la prise en charge doit être précoce.

3.4. Interrogatoire et examen clinique

Les antécédents de cancers de toute localisation doivent être recherchés sur les trois dernières générations pour tout patient présentant un cancer colorectal.

Si cette recherche fait suspecter ou identifie une forme familiale, elle donne lieu à une proposition de consultation d'oncogénétique.

L'examen clinique doit être complet et comporte, notamment, un examen de l'abdomen, les touchers pelviens, la palpation des aires ganglionnaires et l'évaluation de l'état général.

Une évaluation gériatrique, au mieux spécialisée, peut être proposée afin d'orienter la décision thérapeutique pour les patients âgés.

En cas de cancer du rectum, une évaluation préthérapeutique, en particulier clinique, de la tumeur doit être également réalisée par un chirurgien digestif.

3.5. Examens complémentaires

3.5.1. Coloscopie totale

C'est un examen essentiel pour le diagnostic de cancer colorectal.

Des prélèvements biopsiques sont effectués pour un examen anatomopathologique visant à établir le diagnostic.

3.5.2. Biologie

► **Bilan standard**

Examens systématiques : hémogramme, clairance calculée de la créatinine (avant injection de produit de contraste pour une imagerie).

Des examens optionnels peuvent être demandés selon les besoins pour bilan préthérapeutique en fonction de l'âge et de l'état clinique du patient.

► **Marqueurs tumoraux**

Seul le dosage de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) doit être systématiquement réalisé dans le bilan initial du cancer colorectal.

3.5.3. Imagerie

Le bilan d'imagerie repose sur la tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne, avec injection de produit de contraste.

D'autres examens peuvent être utilisés en alternative, notamment en cas d'impossibilité d'injecter un produit de contraste iodé ou en complément de la tomodensitométrie, en particulier :

- l'échographie abdominopelvienne ;
- l'imagerie par résonance magnétique (IRM ou remnographie) hépatique ; avec injection de produit de contraste.

En cas de cancer du rectum, peuvent être recommandées pour une évaluation locorégionale :

- une échoendoscopie rectale et/ou,
- une IRM rectale.

Ce bilan d'imagerie pourra être complété par un TEP Scan, décidé en réunion de concertation pluridisciplinaire, pour un bilan d'opérabilité en seconde intention.

4. Prise en charge thérapeutique

La prise en charge thérapeutique est définie en accord avec le patient sur la base de l'avis rendu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Les indications sont établies en fonction, notamment, de la localisation, du stade (classification TNM 2002 et classification en stade, en annexe 2), de l'histologie et de l'état général. Elles sont discutées avec le patient et font l'objet d'un accord mutuel, l'ensemble de ces éléments étant consigné dans le programme personnalisé de soins (PPS) remis au patient. (cf. chapitre 6, « Bonnes pratiques de prise en charge communes à tous les cancers »).

Les protocoles de chimiothérapie prescrits doivent être en accord avec l'encadrement réglementaire des produits utilisés (référentiels de bon usage AFSSAPS/HAS/INCa en vigueur ou à défaut, et par exception, le prescripteur porte au dossier médical, l'argumentation qui l'a conduit à prescrire, en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications des revues internationales à comité de lecture [décret n° 2005-1023 du 24 août 2005]).

La participation à des essais cliniques se déroulant dans le cadre de la loi (loi Huriet du 20 décembre 1988) doit être encouragée.

Une symptomatologie douloureuse doit être systématiquement recherchée et traitée. (cf. chapitre 6, « Bonnes pratiques de prise en charge communes à tous les cancers »).

4.1. Objectifs

- Mener un traitement curatif, ou en cas d'impossibilité, assurer le traitement palliatif le plus adapté.
- Éviter les complications liées au traitement et minimiser les séquelles thérapeutiques.
- Préserver la qualité de vie.
- Soutenir, accompagner et offrir une éducation thérapeutique au patient et à son entourage.

4.2. Professionnels impliqués

La prise en charge thérapeutique est multidisciplinaire, elle concerne notamment :

- médecins : généraliste, chirurgien, anesthésiste réanimateur, gastro-entérologue, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, pathologiste, médecin nutritionniste, radiologue, médecin algologue, gynécologue, psychiatre, dermatologue, neurologue, médecin compétent en sexologie ;
- chirurgien dentiste ;
- paramédicaux : infirmier, infirmier entéro-stomathérapeute, kinésithérapeute, diététicien ;
- autres intervenants : psychologue, assistant socio-éducatif.

Les différents éléments nécessaires à la prise en charge sont rassemblés par les professionnels et discutés au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire.

Le médecin traitant assure la coordination des soins et la surveillance du patient en ambulatoire en lien avec l'équipe spécialisée.

D'autres structures de soins peuvent être impliquées : service de soins de suite et réadaptation (SSR), hospitalisation à domicile (HAD), réseau de soins, avec des prestataires de services (nutrition, matériel médical).

4.3. Éducation thérapeutique et adaptation du mode de vie

Elle commence dès l'annonce du diagnostic, et tient compte de l'état psychologique, du projet de vie et de l'environnement du patient. Elle se poursuit tout au long du parcours du patient, à l'égard duquel accompagnement et soutien psychologique jouent un rôle essentiel dans la qualité de la prise en charge.

L'éducation thérapeutique comporte dans un premier temps l'évaluation des représentations de la maladie et des connaissances du patient. En accord avec le patient, l'éducation thérapeutique implique également si possible son entourage.

L'éducation porte sur :

- les traitements disponibles ou potentiels et la possibilité de participer à un essai thérapeutique ;
- les effets indésirables éventuels de la chirurgie, la radiothérapie et de la chimiothérapie ;
- la maîtrise du traitement à domicile ;
- la planification du suivi du patient après traitement ;
- les possibilités de grossesse.

Pour les stomisés, l'éducation thérapeutique est réalisée au mieux par l'infirmier entéro-stomathérapeute, et porte en particulier sur :

- la recherche de l'appareillage adapté et l'information sur les évolutions technologiques ;
- la toilette de la stomie ;
- la diététique (connaissance des effets des aliments sur le transit) ;
- la possibilité de pratiquer une activité physique ou sportive non violente ;
- la reprise d'une activité professionnelle.

L'éducation thérapeutique comprend aussi une information :

- sur les modalités d'accès aux ressources et aides disponibles pour la prise en charge, avec le concours des assistants socio-éducatifs ;
- sur les organismes, dont les associations pouvant soutenir les patients et leur entourage, et les aider à faire valoir leurs droits.

Le recours aux associations de patients est systématiquement proposé.

4.4. Cancer du côlon

4.4.1. Chirurgie

► **Cancer du côlon non métastatique**

Le traitement du cancer colique repose sur la résection colique et le curage ganglionnaire.

La chirurgie du cancer du côlon peut être réalisée par laparotomie ou cœlioscopie.

En cas de création de stomies, un temps dédié à l'information du patient et à la discussion doit avoir lieu en préopératoire. Un premier contact avec un infirmier entéro-stomathérapeute est recommandé avant l'intervention.

Une colostomie est réalisée pour environ 30 % des patients atteints de cancer du côlon. Elle est le plus souvent temporaire.

En cas de résection d'un polype cancéreux sous coloscopie, une chirurgie complémentaire est indiquée dans certains cas.

L'occlusion par cancer colique est une urgence chirurgicale et peut imposer une stomie. La place des prothèses coliques est en cours d'évaluation dans cette indication.

► **Cancer du côlon métastatique**

Lors d'une maladie métastatique synchrone non résécable, l'exérèse du cancer colique primitif doit faire l'objet d'une concertation médico-chirurgicale.

Les patients présentant des métastases hépatiques ou pulmonaires peuvent être éligibles à une résection et doivent faire l'objet d'un bilan de résécabilité.

La résection de métastases hépatiques ou pulmonaires est indiquée seulement si une exérèse complète est possible.

4.4.2. Radiothérapie

Il n'y a pas d'indication courante de la radiothérapie dans le cancer du côlon.

4.4.3. Chimiothérapie

► **Cancer du côlon non métastatique**

Dans les stades I, la chirurgie seule est recommandée.

Dans les stades II, en l'absence de facteurs de mauvais pronostic, une chimiothérapie adjuvante n'est pas recommandée.

Dans les stades III, la chimiothérapie adjuvante est recommandée. Les molécules suivantes ont actuellement l'AMM dans cette indication : 5-fluoro-uracile, oxaliplatine, capécitabine. Les associations médicamenteuses sont plus efficaces que les monothérapies.

► **Cancer du côlon métastatique**

Une chimiothérapie doit être envisagée pour tout patient présentant un cancer du côlon métastatique.

Les bénéfices attendus et les effets indésirables doivent être discutés avec le patient.

Les protocoles s'appuient sur les molécules suivantes : 5-fluoro-uracile, oxaliplatine, cétuximab, irinotécan, bevacizumab, capécitabine, raltitrexed. Les associations médicamenteuses sont plus efficaces que les monothérapies.

L'efficacité de la chimiothérapie doit être évaluée tant sur le plan clinique qu'en imagerie après 2 à 3 mois de traitement.

- En cas de réponse, la chirurgie doit être rediscutée.
- En cas de réponse ou de stabilité, si les métastases restent non résécables : poursuite de la chimiothérapie ou discussion avec le patient d'une pause thérapeutique jusqu'à progression avec réévaluation tous les 2 mois.
- En cas de progression : arrêt ou changement de protocole de chimiothérapie.

4.5. Cancer du rectum

4.5.1. Chirurgie

La chirurgie rectale est une des modalités thérapeutiques dans le cancer du rectum.

Le type d'intervention dépend du siège, de l'extension locorégionale, du sexe et de la morphologie du patient.

En cas de proposition d'amputation abdominopérinéale avec colostomie définitive, un second avis chirurgical est souhaitable pour confirmer la décision. Une colostomie définitive est réalisée pour environ 30 % des patients présentant un cancer du rectum.

L'exérèse locale transanale ou endoscopique peut être envisagée pour certaines tumeurs superficielles.

► Résection rectale avec exérèse du mésorectum

Après résection rectale pour cancer, la conservation sphinctérienne est fréquemment possible. L'exérèse du mésorectum fait partie intégrante de la technique chirurgicale. La conservation des nerfs pelviens est possible dans la majorité des cas visant à permettre la préservation des fonctions urinaire et sexuelle. Il est alors recommandé de faire une stomie temporaire de dérivation. La fermeture de la stomie est pratiquée (habituellement au 3e mois) en l'absence de complications et après contrôle radiologique de l'anastomose.

En cas d'amputation abdominopérinéale du rectum, la colostomie iliaque gauche définitive demeure la référence. D'autres techniques sont en cours d'évaluation.

► Cancer du rectum métastatique ou localement avancé

La prise en charge de ces patients doit être discutée au cas par cas en RCP. Il convient de distinguer les tumeurs symptomatiques ou non et le caractère résécable ou non résécable des métastases.

Une radiothérapie palliative peut être envisagée en cas de symptômes pelviens importants.

► **Effets indésirables de la chirurgie rectale**

La résection partielle ou totale de l'ampoule rectale a pour conséquence une altération de la fonction ano-rectale avec un risque d'incontinence fécale. Une amélioration progressive est possible sur une période de plus d'un an.

Le maintien de la fonction urinaire et de la fonction sexuelle nécessite de préserver l'innervation autonome.

4.5.2. Radiothérapie endocavitaire

La radiothérapie de contact peut être envisagée pour certaines tumeurs.

4.5.3. Traitement néoadjuvant

En préopératoire, une radiothérapie ou une radio chimiothérapie est recommandée pour les stades II et III.

4.5.4. Traitement adjuvant

Il est recommandé que le traitement adjuvant des cancers du haut rectum soit identique à celui des cancers du côlon.

Pour les cancers du moyen et du bas rectum, les indications de traitement adjuvant diffèrent selon qu'un traitement néoadjuvant a été réalisé ou non.

Pour les patients n'ayant pas reçu de traitement néoadjuvant, l'indication d'une chimiothérapie ou d'une radiochimiothérapie est discutée en fonction de la qualité de l'exérèse et de l'envahissement ganglionnaire.

Chez les patients opérés après un traitement néoadjuvant, les deux options possibles sont l'abstention thérapeutique ou la chimiothérapie.

4.6. Modalités et surveillance des traitements

4.6.1. Radiothérapie

La radiothérapie s'attache à administrer la dose nécessaire sur les zones à traiter en épargnant les tissus sains environnants (grêle, côlon sigmoïde, vessie, utérus, ovaires, prostate, têtes fémorales, peau périnéale).

Les effets indésirables liés à la radiothérapie d'un cancer du rectum sont de deux types :

- la toxicité aiguë regroupe les conséquences qui se font ressentir durant le traitement et dans les quelques semaines après le traitement.

Peuvent survenir notamment diarrhée ou douleurs abdominales, pollakiurie ou brûlures mictionnelles, épidermite ;

- la toxicité tardive regroupe les effets secondaires qui apparaîtront 6 mois après la fin de l'irradiation. Ils sont rares, mais souvent irréversibles. Un tableau de « grêle radique » peut être observé.

Les traitements par radiothérapie ou radiochimiothérapie préopératoire chez les patientes en phase préménopausique peuvent induire une ménopause, indiquant un traitement hormonal substitutif.

4.6.2. Chimiothérapie

► **Abord veineux**

La chimiothérapie nécessite le plus souvent, pour les voies intraveineuses, la pose d'une voie centrale veineuse.

La chambre implantable constitue un confort pour le patient. Elle ne nécessite pas de soins spécifiques en dehors des cures de chimiothérapie où des mesures particulières, notamment d'hygiène, sont nécessaires.

► **Bilan avant chimiothérapie**

Avant chaque cure de chimiothérapie, le bilan standard doit comprendre :

- examen clinique (poids, état général, évaluation de la tolérance avec examen neurologique si oxaliplatine, mesure de la pression artérielle si bévacizumab et examen cutané si cétuximab) ;
- hémogramme ;
- d'autres examens sont nécessaires en fonction des molécules prescrites : dosage de la bilirubinémie si irinotécan ; clairance calculée de la créatinine si raltitrexed ou capécitabine ; dosage des transaminases si raltitrexed ou capécitabine ; bandelette urinaire si bévacizumab.

En fonction des résultats de ce bilan, la cure de chimiothérapie peut être reportée.

► **Effets indésirables de la chimiothérapie**

L'attention du patient doit être attirée sur le fait que l'absence d'effets indésirables en cours de chimiothérapie est possible, et ne remet nullement en cause l'efficacité du traitement.

► **Effets indésirables hématologiques : neutropénie, thrombopénie, anémie**

En cas de symptômes, notamment une fièvre à 38°C de plus de 6 heures ou à 38,5°C ou devant des frissons, une dyspnée, des vomissements ou une diarrhée importante, un hémogramme est prescrit.

La plupart des neutropénies chimio-induites durent moins de 7 jours et ne justifient pas de prise en charge spécifique.

L'hospitalisation est indiquée en cas de neutropénie fébrile accompagnée de signes de gravité.

La prescription de facteurs de croissance granulocytaire à titre préventif n'est pas systématique.

▶ **Effets indésirables gastro-intestinaux : nausées, vomissements, diarrhée, stomatite**

Les nausées et vomissements doivent être prévenus dès la première cure pour éviter les nausées anticipatoires en fonction des molécules de chimiothérapie. Des antiémétiques doivent être prescrits au moment des cures de chimiothérapie ainsi qu'un relais oral à domicile.

Des soins de bouche à base de bicarbonate de soude et antimycosiques peuvent être prescrits en prévention des stomatites pour certaines chimiothérapies notamment celles comprenant du 5-fluoro-uracile.

Le patient doit être informé des risques de diarrhée liée à l'irinotécan et bénéficier d'une prescription systématique d'antidiarrhéiques.

Une hospitalisation en urgence doit être envisagée en cas de diarrhée persistante ou associée à un des symptômes suivants : fièvre, neutropénie, vomissements.

▶ **Effets indésirables neurologiques : troubles neurosensoriels, neuromoteurs, de l'audition**

L'arrêt de l'administration de l'oxaliplatine est recommandé dès l'apparition d'une neuropathie de grade II persistante (paresthésies douloureuses persistantes entre deux cycles), et est obligatoire en cas d'apparition d'une neuropathie de grade III (gêne fonctionnelle).

▶ **Allergie**

L'arrêt de l'administration de l'oxaliplatine est obligatoire en cas de réaction allergique.

▶ **Autres effets indésirables possibles :**

- Insuffisance cardiaque, ischémie cardiaque : 5-fluoro-uracile
- Hypertension artérielle : bévacizumab
- Insuffisance rénale : sels de platine
- Alopécie : irinotécan
- Éruption cutanée : cétuximab.

5. Suivi

On considère ici la surveillance post-thérapeutique d'un patient ayant bénéficié d'un traitement curatif.

5.1. Objectifs

- Déceler les récurrences locales ou à distance.
- Évaluer et prendre en charge les séquelles.
- Rechercher et prendre en charge les complications tardives liées aux traitements.
- Organiser les soins de support nécessaires.
- Faciliter la réinsertion socioprofessionnelle.

5.2. Professionnels impliqués

Le rôle du médecin traitant est essentiel, en coordination avec les autres intervenants : médecin généraliste, gastro-entérologue, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, chirurgien, radiologue, médecin du travail, gynécologue, médecin compétent en sexologie, paramédicaux (infirmiers entéro-stomathérapeutes notamment), psychologue, assistant socio-éducatif.

5.3. Interrogatoire et examen clinique

L'interrogatoire et l'examen clinique recherchent l'apparition de complications liées au traitement, de signes d'appel de récurrence locale ou à distance, et en évaluent l'évolution. Un temps est réservé à un échange sur la réinsertion socioprofessionnelle et la qualité de vie du patient.

Rythme et durée de cette surveillance pour cancers du côlon et du rectum : tous les 3 mois pendant 3 ans, puis tous les 6 mois pendant 2 ans.

5.4. Examens complémentaires

En l'absence actuelle de recommandations dûment établies dans le domaine de la surveillance, le groupe de travail propose que celles-ci reposent sur les éléments indiqués ci-dessous. Cette surveillance est à moduler en fonction du stade de la maladie et de l'état clinique du patient.

5.4.1. Examens d'imagerie

Dans un contexte de prise en charge curative, la tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste est recommandée pour la détection de récurrences ou de métastases. La fréquence est à déterminer en fonction du stade et des facteurs de risque. Elle doit, en général, être réalisée tous les 3 à 6 mois pendant 2 ans puis annuellement pendant 3 ans.

L'échographie abdominopelvienne peut être proposée en alternative, en cas d'impossibilité de réaliser une TDM.

Les indications de l'IRM hépatique sont limitées aux difficultés de surveillance du parenchyme hépatique en tomodensitométrie.

La TEP Scan FDG est indiquée pour la localisation des récurrences en cas d'élévation confirmée de l'ACE et de négativité du bilan par ailleurs.

5.4.2. Endoscopie

Si la coloscopie est incomplète ou de mauvaise qualité avant l'intervention, elle est à réaliser dans les 6 mois postopératoires.

En cas de cancer du côlon, si la coloscopie est complète et de bonne qualité, elle sera refaite dans les 2 à 3 ans suivant l'intervention puis tous les 5 ans si elle est normale. Si un doute subsiste, un contrôle est à réaliser à un an.

En cas de cancer du rectum, elle sera refaite au bout d'un an suivant l'intervention puis tous les 5 ans.

► **Syndrome de cancer colique héréditaire sans polypose (Hereditary Non Polyposis Colon Cancer)**

Chez les patients présentant un syndrome HNPCC opérés d'un cancer colorectal stades II et III, une surveillance par coloscopie totale est recommandée tous les 2 ans. Une réintervention à visée préventive peut être discutée en cas de lésions précancéreuses.

Une surveillance de l'endomètre est recommandée chez les patientes présentant ce syndrome, comprenant une échographie pelvienne et un prélèvement endométrial annuels.

5.4.3. Surveillance biologique

Le dosage de l'ACE est réalisé pour les stades II et III, tous les 3 mois durant les 2 premières années, puis tous les 6 mois la 3^e année.

5.5. Durée de la surveillance

En l'absence de récurrence, la durée de la surveillance d'un patient traité pour un cancer colorectal 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.

TABLEAU DE SUIVI

Examen clinique	Tous les 3 mois pendant 3 ans, puis tous les 6 mois pendant 2 ans
Coloscopie	Contrôle à 2 ou 3 ans, puis tous les 5 ans Cas particuliers : coloscopie initiale incomplète
Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne avec injection	Tous les 3 à 6 mois pendant 2 ans, puis annuellement pendant 3 ans
Échographie abdominopelvienne	En cas d'impossibilité de réaliser une TDM
ACE	Pour les stades II et III, tous les 3 mois durant les 2 premières années, puis tous les 6 mois la 3 ^e année
IRM hépatique	En cas de difficultés de surveillance du parenchyme hépatique en TDM
TEP Scan FDG du corps entier	En cas d'élévation de l'ACE et négativité du bilan par ailleurs

6. Bonnes pratiques de prise en charge communes à tous les cancers

6.1. Dispositif d'annonce et pluridisciplinarité

L'annonce d'un cancer doit s'inscrire dans le cadre du dispositif d'annonce défini dans la circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005, relative à l'organisation des soins en cancérologie et explicité dans les recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé (INCa et Ligue nationale contre le cancer). Ce dispositif vise à offrir au patient dans cette situation difficile les meilleures conditions d'information, d'écoute et de soutien.

Ce dispositif s'articule autour de quatre temps :

- un temps médical, sous forme d'une ou plusieurs consultations, comprenant l'annonce du diagnostic et de la proposition de stratégie thérapeutique définie lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cette proposition de traitement sera expliquée et proposée au patient, puis lui sera remise sous forme d'un programme personnalisé de soins (PPS) ;
- un temps d'accompagnement soignant qui vise, entre autres, à soutenir le patient, l'informer, repérer ses besoins, l'orienter vers des associations de patients agréées ;
- l'accès à une équipe impliquée dans les soins de support ;
- un temps d'articulation avec la médecine de ville.

L'enjeu, à travers la mise en place de ce dispositif, est de réussir un accompagnement approprié du patient et de ses proches, afin de leur permettre d'assumer l'entrée dans la maladie.

L'enjeu pour les professionnels est de parvenir à un travail de liaison et de coordination entre les différents professionnels concernés. La mise en place de cette coordination doit être très précoce, en particulier pour l'annonce du diagnostic et lors de la demande d'exonération du ticket modérateur faite par le médecin traitant. Le patient, qui est au centre du dispositif, doit pouvoir comprendre les articulations entre les professionnels et identifier son interlocuteur principal.

6.2. Prise en charge de la douleur

La recherche d'une symptomatologie douloureuse doit être systématique chez tout patient atteint d'un cancer.

L'évaluation de la douleur doit permettre de déterminer :

- son caractère aigu ou chronique ;
- ses mécanismes d'action (douleurs par excès de nociception, douleurs neuropathiques ou douleur mixte) ;
- son étiologie : douleur due à la tumeur cancéreuse elle-même, due aux thérapeutiques du cancer (douleur aiguë ou séquellaire, douleurs postchirurgicales, douleurs postradiques, postchimiothérapeutiques), aucun lien de causalité directe avec le cancer ou ses traitements ;
- son retentissement sur la qualité de vie (anxiété, dépression, troubles du sommeil).

Le traitement doit être adapté en fonction des mécanismes d'action, du contexte et du terrain.

Les douleurs par excès de nociception répondent aux antalgiques.

Échelle antalgique OMS :

Palier 1 : paracétamol, AINS

Palier 2 : opioïdes faibles

Palier 3 : opioïdes forts

Le traitement nécessite parfois des coantalgiques : corticoïdes, topiques locaux (anesthésiques, cicatrisants, AINS), antispasmodiques, bisphosphonates.

Les douleurs neuropathiques nécessitent un traitement spécifique de la classe des antiépileptiques (gabapentine ou prégabaline) ou antidépresseur (imipramine, amitryptiline) ou des topiques locaux. Pour les douleurs mixtes, on privilégiera en première intention les molécules à double action (tramadol, oxycodone).

Les techniques non médicamenteuses (kinésithérapie, etc.) peuvent être indiquées, et la douleur des soins doit être prévenue.

Le patient est orienté vers un médecin algologue si les symptômes douloureux ne sont pas rapidement contrôlés ou s'ils nécessitent une prise en charge particulière (neurostimulation électrique transcutanée par exemple).

La prescription initiale d'un traitement opioïde peut se faire à l'hôpital ou en ville. Le médecin réévalue la douleur au maximum une semaine après la prescription pour ajuster si nécessaire le traitement. En cas d'utilisation de traitements opioïdes, le patient sauf contre-indication, bénéficie d'un traitement laxatif oral prophylactique.

6.3. Soins de support

La dénutrition doit être prévenue par une surveillance régulière et la prescription d'aliments diététiques hyperprotidiques et hypercaloriques par voie orale ou entérale si besoin.

Un suivi psychologique et social doit être proposé au patient et à son entourage dès le diagnostic, et tout au long de la prise en charge.

6.4. Soins palliatifs

Les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie et non pas à obtenir la guérison. Ils se justifient quel que soit le stade d'évolution de la maladie, y compris en dehors des situations de fin de vie.

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont pluridisciplinaires. Médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, assistants socio-éducatifs sont notamment amenés à intervenir, et leur coordination est indispensable. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Les soins palliatifs peuvent être dispensés :

- dans les mêmes filières de soins que celles qui ont accueilli le patient dans son parcours de soins ;
- en institution spécialisée (unités de soins palliatifs ou en lits identifiés hors USP) ;
- à domicile.

Pour les patients souhaitant recevoir ces soins à domicile, le médecin traitant peut s'appuyer sur différentes structures :

- réseaux de soins palliatifs et/ou équipe d'appui pour le maintien à domicile des patients en soins palliatifs ;
- HAD (hospitalisation à domicile) ou SSIAD (services de soins infirmiers à domicile).

L'accompagnement d'un patient en fin de vie se fait dans le respect de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et de la fin de vie.

Annexe 1. Liste des participants

Ont participé à l'élaboration de ce guide :

Pour l'Institut National du Cancer :

- Dr Valérie MAZEAU-WOYNAR
- Dr Marie-Hélène RODDE-DUNET
- et Laurence HUE

Pour la Haute Autorité de Santé :

- Dr Julien CARRICABURU
- Dr André MORIN

Pour la recherche documentaire et l'extraction des données :

- Clotilde SEBLAIN EL GUERCHE
- Camille PROT
- Lise BOSQUET
- sous la direction du Dr Anne BATAILLARD,
de l'équipe « Standards, Options et Recommandations »
de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
en collaboration avec Frédérique PAGES,
chef du Service documentation à la Haute Autorité de Santé.

Pour les groupes de travail :

- Anne-Marie BROSSARD, Ligue nationale contre le cancer, réseau des malades de la Ligue, Paris
- Pr Yves GANDON, Société française de radiologie, CHU de Rennes
- Marcel HUMBERT, vice-président de la Fédération des stomisés de France, Paris
- Pr Philippe LASSER, Fédération francophone de cancérologie digestive, Paris
- Pr René LAUGIER, Société française d'endoscopie digestive, AP-HM, Marseille
- Pr Paul-Antoine LEHUR, Société nationale française de chirurgie digestive, CHU de Nantes
- Pr Philippe MAINGON, Société française de radiothérapie oncologique, Centre de lutte contre le cancer Georges-François-Leclerc, Dijon
- Pr Pierre MICHEL, Société nationale française de gastro-entérologie, CHU de Rouen
- Dr Philippe PEREZ, médecin conseil RSI, Saint-Denis
- Dr Catherine RIDEREAU-ZINS, Société française de radiologie, CHU d'Angers

- Pr Jean-Baptiste SAUTRON, Collège national des généralistes enseignants, Bagnols-en-Fôret
- Dr Stéphanie SCHRAMM, médecin conseil CNAMTS, Paris
- Dr Jean-Jacques TUECH, Association française de chirurgie, CHU de Rouen

Dans le cadre de la relecture nationale :

- Dr Carol ALLIOT, oncologue médical, Annemasse
- Dr Jean-Louis AMBARD, médecin généraliste, Baccarat
- Dr Thomas APARICIO, Société nationale française de gastro-entérologie, Paris
- Dr Pierre BARBALAT, médecin généraliste, Beynost
- Dr Mathieu BECK, chirurgien, Thionville
- Dr Yves BECOUARN, oncologue médical, Bordeaux
- Dr Érika BERNAY, médecin généraliste, Genas
- Dr Sylvie BRUMETTE, médecin SSR, Le Bois-d'Oingt
- Dr Jean-François CASANOVA, médecin généraliste, Saint-Priest
- Dr Patrice CAPONY, gastro-entérologue, Annecy
- Dr Véronique CLEMENT BENEDETTI, médecin généraliste, Chomerac
- Dr Daniel COCHAUD, médecin généraliste, Charantonnay
- Dr François COMBET, gastro-entérologue, Privas
- Dr Thierry CONROY, oncologue médical, Vandœuvre-lès-Nancy
- Dr Étienne DORVAL, gastro-entérologue, CHU Tours
- Dr Odile DUJET, médecin généraliste, Lyon
- Pr Serge ÉVRARD, chirurgien, Bordeaux
- Dr Hervé FAVORITI, médecin généraliste, Caluire-et-Cuire
- Pr Jean-Luc FAUCHERON, Société nationale française de coloproctologie, Grenoble
- Pr Jean-François FLEJOU, Société française de pathologie, Paris
- Dr Philippe GODEBERGE, Société nationale française de coloproctologie, Paris
- Dr Alain GRAVEY, médecin généraliste, Sainte-Foy-lès-Lyon
- Dr Régis GUINOT, médecin généraliste
- Dr Jacques HENRIQUEZ, médecin généraliste
- Dr Pascale IBANEZ MARTIN, gastro-entérologue, Saint-Chamond
- Dr François LENOBLE, médecin généraliste, Roanne
- Dr Guy MANOA, médecin généraliste, Vizille
- Dr Gilles MOREL, médecin généraliste, Dijon
- Dr Christel ODDOU-RICHARD, médecin généraliste, Epagny
- Dr Hubert ORFEUVRE, oncologue médical, Bourg-en-Bresse
- Dr Jean-Michel ORIOL, médecin généraliste, Septeme
- Pr Yves PANIS, Société française de chirurgie digestive, AP-HP, Beaujon, Clichy
- Dr Guillaume PORTIER, chirurgien, Toulouse

- Dr Hassan RHLIOUCH, radiothérapeute, Arras
- Pr Michel RIVOIRE, chirurgien, Lyon
- Dr Marie-Pierre SEMET-ANSELMET, médecin généraliste, Les Avenières
- Dr Lucien SURJET, médecin généraliste, Violay
- Dr Jean-Luc TRAVERSA, médecin généraliste, Fitialieu
- Dr Lionel VERNAY, chirurgien, Grenoble

Annexe 2. Classifications

Tumeur primitive (T)

- Tx** Tumeur non évaluable
T0 Pas de tumeur primitive décelable
Tis Carcinome *in situ* : tumeur intra-épithéliale ou envahissant la *lamina propria* (intramuqueuse) sans extension à la sous-muqueuse à travers la *muscularis mucosae*
T1 La tumeur envahit la sous-muqueuse sans la dépasser
T2 La tumeur envahit la musculuse sans la dépasser
T3 La tumeur envahit, à travers la musculuse, la sous-séreuse (sans atteinte du revêtement mésothélial) et les tissus péricoliques non péritonisés ou le tissu périrectal
T4 La tumeur perfore le péritoine viscéral et/ou envahit les organes de voisinage

Ganglions régionaux (N)

- Nx** Statut ganglionnaire non évaluable
N0 Absence de métastase ganglionnaire
N1 1 à 3 adénopathies régionales métastatiques
N2 4 ou plus adénopathies régionales métastatiques

Les ganglions lymphatiques régionaux sont rectaux supérieurs, moyens et inférieurs (hémorroïdaires), mésentériques inférieurs, iliaques internes, mésorectaux, pararectaux, sacrés latéraux, présacrés et du promontoire sacré (Gerota). Les métastases dans les ganglions autres sont classées comme des métastases à distance. L'analyse d'au moins 12 ganglions est recommandée. Néanmoins, ce chiffre peut ne pas être atteint. Nodule tumoral situé dans les tissus périrectaux (avec ou sans tissu ganglionnaire résiduel) = ganglion métastatique

Métastases (M)

- Mx** Statut métastatique inconnu
M0 Absence de métastase
M1 Métastases à distance (l'atteinte des ganglions iliaques externes ou iliaques communs est considérée comme M1)

Cancers du rectum : état des limites d'exérèse proximale, distale et latérale (notion de résidu tumoral)

- R0*** Limites d'exérèses toutes saines (absence de résidu tumoral microscopique)
R1 Limites d'exérèses non saines (quand il existe des résidus tumoraux microscopiques sur une ou plusieurs limites d'exérèse)
R2 Présence d'un résidu tumoral macroscopique mentionné par le chirurgien

R0* Quand les marges sont inférieures à 1 mm, elles doivent être considérées comme envahies et la tumeur classée R1.

Symbole y : Dans tous les cas où la classification est effectuée *durant ou après traitement néoadjuvant*, le cTNM ou le pTNM est précédé du préfixe y

Classification en stades

	TNM		
Stade 0	Tis	N0	M0
Stade I	T1	N0	M0
	T2	N0	M0
Stade IIa	T3	N0	M0
	T4	N0	M0
Stade IIb			
Stade IIIa	T1-T2	N1	M0
Stade IIIb	T3-T4	N1	M0
Stade IIIc	Tx	N2	M0
Stade IV	Tous T	Tous N	M1

Annexe 3. Références

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

Endoscopie digestive basse : indications en dehors du dépistage en population [online]. 2004. Disponible: URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/applications/pdf/endoscopie_2004_recommandations_mise_en_forme_2006.pdf.

Anthony T, Simmang C, Hyman N, Buie D, Kim D, Cataldo P et al. Practice parameters for the surveillance and follow-up of patients with colon and rectal cancer. *Diseases of the Colon and Rectum* 2004;47(6):807-17.

Association Française de Chirurgie. Choix des thérapeutiques du cancer du rectum [online]. Haute Autorité de Santé (HAS). 2005. Disponible: URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/applications/pdf/Cancer_rectum_recos.pdf.

Bourguet P, Planchamp F, Monteil J, Metges JP, Mitry E, Tubiana-Mathieu N. Utilisation de la TEP-FDG dans les cancers digestifs - Bulletin de synthèse de veille 2006 [online]. Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC). 2006. Disponible: URL: <http://www.sor-cancer.fr/index.php?tg=articles&topics=66>.

Circulaire N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. [online]. 2005. Disponible: URL: <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/circ101.pdf>.

Conroy T, Adenis A, Bouche O, Mitry E, Gory-Delabaere G. Bulletin de synthèse de veille 2005. Recommandations pour la pratique

clinique : prise en charge par chimiothérapie palliative de première ligne des patients atteints d'un cancer colorectal métastatique. *Bulletin du Cancer* 2006;93(2):197-200.

Davila RE, Rajan E, Adler D, Hirota WK, Jacobson BC, Leighton JA et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in the diagnosis, staging, and management of colorectal cancer. *Gastrointestinal Endoscopy* 2005;61(1):1-7.

Delorme T, Wood C, Bataillard A, Pichard E, Dauchy S, Orbach D et al. Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer (mise à jour) [online]. Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC). 2003. Disponible: URL: <http://www.sor-cancer.fr/index.php?tg=articles&idx=More&topics=52&article=105>.

Desch CE, Benson AB, III, Somerfield MR, Flynn PJ, Krause C, Loprinzi CL et al. Colorectal cancer surveillance: 2005 update of an American Society of Clinical Oncology practice guideline. *Journal of Clinical Oncology* 2005;23(33):8512-9.

Figueredo A, Zuraw L, Wong RKS, Agboola O, Rumble RB, Tandan V et al. The Use of Preoperative Radiotherapy in the Management of Patients with Clinically Resectable Rectal Cancer [online]. *Cancer Care Ontario (CCO)*. 2004. Disponible: URL: <http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc2-13f.pdf>.

Figueredo A, Rumble RB, Maroun J, Earle CC, Cummings B, McLeod R et al. Follow-up of Patients with

Curatively Resected Colorectal Cancer [online]. Cancer Care Ontario (CCO). 2004. Disponible: URL: <http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc2-9f.pdf>.

Institut National du Cancer (INCa), Ligue Nationale contre le Cancer. Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé [online]. 2005. Disponible: URL: http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/1341-recommandationsnationalesdanov05pdf.

Institut National du Cancer (INCa), Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps), Haute Autorité de Santé (HAS). Référentiel de bon usage de la liste hors GHS : cancers digestifs. 2006.

Locker GY, Hamilton S, Harris J, Jessup JM, Kemeny N, Macdonald JS et al. ASCO 2006 update of recommendations for the use of tumor markers in gastrointestinal cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2006;24(33):5313-27.

Ministry of Health (MOH) Singapore. Colorectal cancer [online]. 2004. Disponible: URL: http://www.hpp.moh.gov.sg/HPP/Mun goBlobs/145/831/2004%20colorectalcancer_0.pdf.

New Zealand Guidelines Group (NZGG). Surveillance and management of groups at increased risk of colorectal cancer [online]. 2004. Disponible: URL: http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0048/040624_FINAL_Full_for_Web_Colorectal_Guideline1.pdf.

Olschwang S, Bonaiti C, Feingold J, Frebourg T, Grandjouan S, Lasset C

et al. Identification et prise en charge du syndrome HNPCC (hereditary non polyposis colon cancer), prédisposition héréditaire aux cancers du côlon, du rectum et de l'utérus. *Bulletin du Cancer* 2004;91(4):303-15.

Otchy D, Hyman NH, Simmang C, Anthony T, Buie WD, Cataldo P et al. Practice parameters for colon cancer. *Diseases of the Colon and Rectum* 2004;47(8):1269-84.

Plan Cancer : 2003-2007 - Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer [online]. 2003. Disponible: URL: http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/2659-3brochureplancancerpdf.

Remontet L, Esteve J, Bouvier AM, Grosclaude P, Launoy G, Menegoz F et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique* 2003;51(1 Pt 1):3-30.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of colorectal cancer - A national clinical guideline [online]. 2003. Disponible: URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign67.pdf>.

Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE). Cancer du rectum [online]. Thésaurus National de Cancérologie Digestive (TNCD). 2006. Disponible: URL: <http://www.snfge.asso.fr/01-Bibliotheque/OG-Thesaurus-cancerologie/publication5/sommaire-thesaurus.asp#1181>.

Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE). Cancer du colon métastatique [online]. Thésaurus National de Cancérologie Digestive (TNCD). 2006. Disponible: URL: [---

HAS/Service des maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades/
INCa/Département des recommandations pour les professionnels de santé](http://www.snfge.asso.fr/01-</p></div><div data-bbox=)

[Bibliotheque/0G-Thesaurus-cancerologie/publication5/sommaire-thesaurus.asp#960](http://www.snfge.asso.fr/01-Bibliotheque/0G-Thesaurus-cancerologie/publication5/sommaire-thesaurus.asp#960).

Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE). Cancer du colon non métastatique [online]. Thésaurus National de Cancérologie Digestive (TNCD). 2007. Disponible: URL: <http://www.snfge.asso.fr/01-Bibliotheque/0G-Thesaurus-cancerologie/publication5/sommaire-thesaurus.asp#1218>.

Tjandra JJ, Kilkenny JW, Buie WD, Hyman N, Simmang C, Anthony T et al. Practice parameters for the management of rectal cancer (revised). Diseases of the Colon and Rectum 2005;48(3):411-23.

Impression : Comelli

HAS



Toutes les publications de la HAS et de l'INCa sont téléchargeables
sur www.has-sante.fr et www.e-cancer.fr