HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

GUIDE - AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

Cancer colorectal
Adénocarcinome

Janvier 2012

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 guide médecin est téléchargeable sur
www.has-sante.fr et www.e-cancer.fr

Haute Autorité de Santé
Service documentation - information des publics
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

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en janvier 2012.
© Haute Autorité de Santé – 2012

Sommaire

Liste des abréviations 4

Objectifs et méthode 5

Points clés 6

1. Introduction 8

2. Diagnostic et bilan initial 12

3. Prise en charge thérapeutique 15

4. Suivi 30

5. Bonnes pratiques communes de prise en charge de tous les cancers 37

Annexe 1. Liste des participants 41

Annexe 2. Classification TNM/AJCC 2009 du cancer colorectal.47

Annexe 3. Prescription – encadrement réglementaire 49

Annexe 4. Prise en charge de la douleur.....50

Références 51

Liste des abréviations

Afssaps	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
ALD	Affection de longue durée
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
ETP	Éducation thérapeutique du patient
FDG	5-fluoro-2-désoxy-glucose
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HBPM	Héparine de bas poids moléculaire
HNF	Héparine non fractionnée
HNPCC	Syndrome de cancer colique héréditaire sans polypose (*Hereditary Non Polyposis Colon Cancer*)
INCa	Institut National du Cancer
IRM	Imagerie par résonance magnétique
LAP	Liste des actes et prestations
MSI	Micro satellite instable
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAF	Polypose adénomateuse familiale
PPS	Programme personnalisé de soins
PTT	Protocole thérapeutique temporaire
RCH	Rectocolite hémorragique
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RSI	Régime social des indépendants
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TDM	Tomodensitométrie (ou scanner)
TEP	Tomographie par émission de positons

Objectifs et méthode

L'objectif de ce guide adressé aux médecins traitants (loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie) est d'expliciter la prise en charge optimale et le parcours de soins **des patients adultes admis en ALD pour un cancer colorectal.** Au 31 décembre 2009, 175 000 patients étaient en ALD pour cette affection (régime général).

Ce document propose une révision du guide ALD « Cancer colorectal » publié en février 2008. Son contenu a été discuté et validé par un groupe de travail pluridisciplinaire avec l'appui d'un groupe de lecture en conformité avec la méthode HAS[1].

Il repose sur les recommandations pour la pratique clinique ou les conférences de consensus publiées depuis la date de la dernière recherche bibliographique (2005) relative à la précédente parution. Le travail a été secondairement complété par des avis d'experts lorsque les données étaient manquantes.

Les propositions thérapeutiques dans le cadre de l'AMM et les protocoles thérapeutiques temporaires (PTT) ont fait l'objet d'une relecture par l'Afssaps.

Un guide ne peut cependant pas envisager tous les cas spécifiques, toutes les comorbidités, tous 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.

[1] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_458877/methode-d-elaboration-des-guides-d-affections-de-longue-duree-ald-a-destination-des-medecins-et-des-listes-des-actes-et-prestations

Points clés

1. Le cancer colorectal est le 3e cancer le plus fréquent chez l'homme et le 2e chez la femme. Il est la 2e cause de mortalité par cancer en France et la 1re après 85 ans. Il touche des personnes de plus de 50 ans dans 95 % des cas.
2. Les principaux facteurs de risque sont les maladies inflammatoires du tube digestif, un antécédent personnel ou familial d'adénome ou de cancer colorectal, les prédispositions génétiques, la consommation excessive de viande rouge, de charcuterie ou de boissons alcoolisées, la sédentarité, le tabagisme.
3. Ce cancer doit être évoqué devant des rectorragies, une anémie ferriprive d'étiologie indéterminée, des symptômes digestifs inhabituels, une masse abdominale ou rectale ou un syndrome rectal. La réalisation d'une coloscopie totale est alors indiquée.
4. Ces signes cliniques sont souvent tardifs et non spécifiques. Mais le diagnostic peut également être porté précocement en dehors de tout symptôme lors d'un dépistage organisé ou individuel.
5. La confirmation du diagnostic repose sur l'examen anatomopathologique des biopsies réalisées lors de la coloscopie.
6. Le bilan d'extension repose sur le scanner thoraco-abdomino-pelvien, éventuellement associé à un dosage de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) et complété pour le cancer rectal par une IRM ou une écho-endoscopie rectale.
7. Le traitement des cancers du côlon et du haut rectum repose le plus souvent sur la chirurgie associée à une chimiothérapie notamment pour les stades III. Le traitement des cancers du bas et moyen rectum repose le plus souvent sur la chirurgie, pouvant être précédée d'une radiothérapie ou d'une radio-chimiothérapie dès le stade II. Une chimiothérapie adjuvante est alors discutée en RCP. La prise en charge des patients métastatiques est discutée en RCP qui évalue notamment la résécabilité des métastases.
8. Une consultation d'oncogénétique est proposée en cas de suspicion d'une forme héréditaire.

9. L'éducation thérapeutique inclut, en particulier pour les patients stomisés, un volet sur l'appareillage et est réalisée avec l'aide d'un infirmier entéro-stomathérapeute.
10. En l'absence de récidive, la durée de la surveillance d'un patient traité est de 5 ans. Ce suivi peut être réalisé par le médecin traitant en alternance avec l'équipe spécialisée. Il prend en compte la qualité de vie du patient et son projet de vie. Il repose sur l'examen clinique, la coloscopie, l'imagerie et parfois le dosage de l'ACE. Au-delà de 5 ans, le suivi rejoint les modalités de surveillance de sujets à risque élevé avec la réalisation d'une coloscopie totale tous les 5 ans.

1. Introduction

1.1 Épidémiologie

L'incidence du cancer colorectal est estimée, en 2010, à 40 000 nouveaux cas dont 52 % chez l'homme. Il s'agit du 3e cancer le plus fréquent.

La maladie touche dans 95 % des cas des personnes âgées de plus de 50 ans avec un âge moyen au moment du diagnostic de 70 ans chez les hommes et de 73 ans chez les femmes[2].

Le cancer colorectal est un cancer de bon pronostic lorsqu'il est diagnostiqué à un stade précoce : la survie relative à 5 ans est de 91 % pour les stades localisés, de 70 % pour les stades avec envahissement locorégional. En revanche, la survie à 5 ans est environ de 11 % dans les situations métastatiques qui représentent environ 25 % des patients au moment du diagnostic[3]. Le taux de mortalité par cancer colorectal a diminué ces 20 dernières années grâce aux progrès réalisés en matière de prise en charge (précocité du diagnostic et amélioration des modalités thérapeutiques). Environ 17 000 décès annuels lui sont imputables[4] (près de 11 % des décès par cancer[5]).

1.2 Histoire naturelle

Les cancers colorectaux se développent à partir d'un adénome (60 à 80 % des cas), généralement sous la forme d'un polype ou plus rarement sous une forme plane, plus difficile à détecter.

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 (examen anatomopathologique). La transformation se fait sur quelques mois à plusieurs années.

[2] Survie des patients atteints de cancer en France : état des lieux – INCa - Avril 2010.

[3] Survie des patients atteints de cancer en France : état des lieux – INCa - Avril 2010.

[4] Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010 ; Fiche « Côlon-Rectum » - INVS - Avril 2010.

[5] Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers - INCa - Novembre 2010.

1.3 Formes histologiques

- Les adénocarcinomes sont les plus fréquents (> 95 %).
- Les autres types sont les tumeurs neuro-endocrines, les lymphomes digestifs, les tumeurs stromales et les sarcomes.

Seule la prise en charge des adénocarcinomes est détaillée dans ce guide.

1.4 Facteurs de risque des adénocarcinomes

Les cancers colorectaux :

- sont sporadiques dans 80 % des cas ;
- surviennent dans un contexte familial dans 15 % des cas ;
- surviennent sur un terrain de prédisposition génétique dans 5 % des cas :
  - type polypose adénomateuse familiale (1 %),
  - type syndrome de Lynch (HNPCC) (3-5 %).

Les facteurs de risque clairement identifiés sont :

- l'alimentation et l'exercice physique insuffisant[6] (surpoids[7], viande rouge, boissons alcoolisées, charcuterie)[8] ;
- le tabagisme[9];
- un antécédent de cancer ;
- les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) : la maladie de Crohn[10] et la rectocolite hémorragique, en particulier, dans leurs formes pancoliques évoluant depuis plus de 10 ans ;
- l'âge.

À l'échelle de la population, on peut différencier 3 groupes en fonction du niveau de risque[11].

---

[6] Risque de survenue d'un cancer colorectal réduit de 50 % chez les personnes exerçant une forte activité physique : http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/67/section2.html

[7] Augmentation de 33 % du risque de cancer colorectal chez une personne obèse (IMC > 30 kg/m^2) par comparaison à une personne normale (IMC 18.5-25.0 kg/m^2) : http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/67/section2.html

[8] Fiche repère Nutrition et prévention des cancers – INCa – 2009.

[9] Fiche repère Cancer et tabac – INCa – Avril 2011.

[10] Labianca R *et al*, 2010. Primary colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up. Ann Oncol;21 Suppl 5:v70-v77.

[11] « Document d'information pour les médecins traitants » - rubrique « documents à télécharger » - Dépistage organisé du cancer colorectal : http://www.e-cancer.fr/depistage/cancer-colorectal

Les personnes à risque très élevé de développer un cancer colorectal sont celles avec des formes familiales liées à une prédisposition génétique, notamment :

- un syndrome de Lynch[12] (HNPCC) ;
- une polypose adénomateuse familiale (PAF)[13].

Dans ce cas, une surveillance spécifique et une chirurgie prophylactique peuvent être indiquées. Elles doivent être évoquées et discutées avec les patients au cas par cas[14].

Les personnes à risque élevé de développer un cancer colorectal sont celles avec :

- un antécédent personnel d'adénome ou de cancer colorectal[15] ;
- un antécédent familial au premier degré de cancer colorectal ou d'adénome > 1 cm survenu avant 65 ans ;
- deux ou plusieurs antécédents familiaux au premier degré de cancer colorectal quel que soit l'âge de survenue ;
- une maladie inflammatoire chronique : rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn particulièrement en cas de pancolite.

Les personnes à risque moyen de développer un cancer colorectal sont les sujets de plus de 50 ans des deux sexes.

1.5 Dépistage

Le dépistage s'adresse aux personnes asymptomatiques.

Le programme national de dépistage organisé concerne les personnes à risque moyen de développer un cancer colorectal et a fait la preuve de son efficacité (à condition que le taux de participation de la population soit > 50 %[16]) pour diminuer (de 15 à 18 %) la mortalité induite par ce type de cancer. Le dépistage repose sur :

[12] Le syndrome de Lynch est une affection génétique, appelée aussi syndrome HNPCC (*Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer ou* cancer colorectal héréditaire sans polypose). L'anomalie touche les gènes qui contrôlent la réparation des erreurs de réplication de l'ADN. Les cancers appartenant à ce syndrome sont essentiellement le cancer colorectal, de l'endomètre, de l'intestin grêle et des voies urinaires supérieures.

[13] http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/360/6604-publication-du-guide-cancer-info-sur-la-polypose-adenomateuse-familiale

[14] http://www.e-cancer.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=2370&Itemid=153

[15] Endoscopie digestive basse : indications en dehors du dépistage en population - Avril 2004 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/endoscopie_2004_recommandations_mise_en_forme_2006.pdf

[16] Faivre *et al.*, 2004. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. Gastroenterology. 126: 1674-80.

- une recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans chez les sujets âgés de 50 à 74 ans (test actuel au gaïac[17] dont la sensibilité pour le cancer est de 50 % à la première campagne). La substitution de ces tests par des tests immunologiques et le déploiement de ces derniers dans le cadre de ce programme national de dépistage sont en cours d'évaluation[18,19] ;
- suivie d'une coloscopie totale chez les individus dépistés positifs pour rechercher un cancer ou un adénome.

Devant un test au gaïac positif, la coloscopie est impérative dès que possible.

Une recherche négative de sang occulte dans les selles ne permet pas d'éliminer l'éventualité d'un cancer colorectal. En revanche, sa répétition tous les 2 ans entraîne une amélioration de la sensibilité du dépistage.

Le dépistage pour les sujets à risque élevé de cancer colorectal repose sur une coloscopie à partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic du cas index chez un apparenté au premier degré de moins de 65 ans.

Le dépistage du cancer dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin fait l'objet d'un protocole de surveillance endoscopique et biopsique spécifique[20].
Le dépistage pour les sujets à risque très élevé relève d'une prise en charge spécialisée (consultation d'oncogénétique et dépistage endoscopique par chromocoloscopie).

[17] Haute Autorité de Santé, 2008.

[18] « Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France » HAS - Septembre 2008 :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_727080/place-des-tests-immunologiques-de-recherche-de-sang-occulte-dans-les-selles-ifobt-dans-le-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-en-france

[19] « Synthèse relative aux modalités de migration vers l'utilisation des tests immunologiques de dépistage », INCa - Novembre 2011 : http://www.e-cancer.fr/depistage/cancer-colorectal

[20] Endoscopie digestive basse : indications en dehors du dépistage en population - Avril 2004 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/endoscopie_2004_recommandations_mise_en_forme_2006.pdf

2. Diagnostic et bilan initial

2.1 Circonstances de découverte

Le diagnostic de cancer colorectal doit être évoqué devant les signes cliniques suivants :

- des rectorragies, même en cas de pathologie hémorroïdaire patente ;
- une anémie ferriprive sans cause évidente ;
- des symptômes digestifs peu spécifiques (en particulier après 40 ans) mais d'apparition récente ou récemment modifiés (troubles du transit : alternance diarrhées / constipation, douleurs abdominales) ;
- une masse à la palpation abdominale ou au toucher rectal ;
- un syndrome rectal (faux besoins, ténesmes, épreintes).

Tous ces symptômes doivent conduire à une exploration, **même après un test de dépistage négatif**.

Les présentations d'emblée chirurgicales (occlusion aiguë par exemple) ou avec altération marquée de l'état général (métastatiques en particulier) et leur prise en charge ne seront pas détaillées dans ce guide.

2.2 Démarche diagnostique

► Interrogatoire

L'interrogatoire précise notamment :

- les facteurs de risque et les comorbidités ;
- les antécédents personnels et familiaux et leur âge de survenue :
  - de cancer colorectal,
  - d'adénome colorectal,
  - d'un cancer appartenant au syndrome de Lynch[21], en particulier le cancer de l'endomètre,
  - de polypose adénomateuse familiale.

[21] Les cancers appartenant à ce syndrome sont essentiellement le cancer colorectal, de l'endomètre, de l'intestin grêle et des voies urinaires supérieures.

Les antécédents familiaux de cancer doivent être recherchés sur les 3 dernières générations.

► Examen clinique

L'examen clinique comprend :

- une évaluation de l'état général et nutritionnel (taille, poids, amaigrissement récent) ;
- un examen de l'abdomen ;
- des touchers pelviens ;
- une palpation des aires ganglionnaires ;

Chez le patient symptomatique, le test de recherche de sang occulte n'a pas de place dans le diagnostic initial. Par ailleurs, le dosage de l'ACE n'est pas un examen d'orientation diagnostique. Il pourra être réalisé en cas de cancer confirmé.

À ce stade de la prise en charge, un avis spécialisé est nécessaire pour confirmation du diagnostic.

► Coloscopie totale : confirmation du diagnostic

La réalisation d'une **coloscopie totale** avec biopsies des lésions suspectes est un examen indispensable pour le diagnostic du cancer colorectal. À cet égard, la qualité de la préparation constitue un préalable indispensable.

Lorsque la coloscopie n'est pas possible ou est incomplète, une coloscopie virtuelle par scanner peut être réalisée par des équipes entraînées[22].

Tout autre examen, par exemple le coloscanner à l'eau, n'est à envisager que dans des cas particuliers. Le diagnostic du cancer colorectal est établi par sur l'examen anatomopathologique de prélèvements biopsiques coloscopiques (cf. §.3.3.1.3).

[22] Haute Autorité de Santé (HAS). Coloscopie virtuelle : méta-analyse des performances diagnostiques, indications et conditions de réalisation : avis sur les actes [online]. 2010. Disponible: URL: http://www.snfge.asso.fr/01-Bibliotheque/0D-Pratiques-cliniques/HAS/avis_coloscopie_virtuelle-2010.pdf

2.3 Bilan d'extension

► Biologie

- Marqueurs tumoraux : seul le dosage de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) peut être réalisé dans le bilan initial du cancer colorectal. L'ACE revêt un intérêt pronostique dans les situations métastatiques. Le dosage du CA 19-9 n'est pas indiqué.
- Hémogramme.
- Tests des fonctions rénale et hépatique.

► 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 complément, notamment :

- une échographie hépatique ;
- une IRM hépatique, en particulier si présence de métastases[23] ;
- tout autre examen (scintigraphie osseuse ou TDM cérébrale) en fonction des symptômes.

La **TEP-TDM** n'est pas systématique et n'est indiquée qu'après discussion en RCP.

En cas de cancer du bas ou du moyen rectum et lorsqu'une évaluation locorégionale est nécessaire, l'**IRM pelvienne** est systématique, sauf en cas de petite tumeur où l'échographie endo-rectale sera privilégiée.

2.4 Bilan préthérapeutique

Le bilan pré-thérapeutique identifie les comorbidités et évalue l'état général (classification OMS) et la faisabilité des différentes options de traitement. Des examens complémentaires peuvent être utiles en cas de chimiothérapie de première intention.

Un bilan nutritionnel clinique et biologique est réalisé[24] (poids, taille et perte de poids).

Il est important de noter que 10 à 15 % des patients sont dénutris au moment du diagnostic et que cela impose une prise en charge nutritionnelle avant tout traitement spécifique.

Ces éléments guideront ensuite la décision thérapeutique discutée dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

---

[23] Les métastases hépatiques synchrones sont décrites dans une recommandation labellisée INCa/HAS : http://www.e-cancer.fr/soins/recommandations/cancers-digestifs

[24] Recommandations de bonnes pratiques cliniques SFAR/SFNEP : Actualisation 2010 de la conférence de consensus de 1994 sur la « Nutrition artificielle périopératoire en chirurgie programmée de l'adulte »
http://www.sfar.org/article/674/recommandations-de-bonnes-pratiques-cliniques-sur-la-nutrition-perioperatoire-cc-2010

3. Prise en charge thérapeutique

La stratégie thérapeutique est définie en accord avec le patient et en lien avec le médecin traitant sur la base de l'avis rendu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cet avis est présenté au patient au cours d'une consultation d'annonce et fait l'objet d'un accord mutuel. L'ensemble de ces éléments est consigné dans le programme personnalisé de soins (PPS) remis au patient[25] et adressé au médecin traitant.

Les patients doivent être informés de toutes les options thérapeutiques disponibles dans leur situation avec une information sur les bénéfices attendus et les effets indésirables potentiels ainsi que de l'intérêt de participer à un essai clinique.

Les options thérapeutiques sont définies en fonction du stade de la tumeur (cf. §. 3.1 et §. 3.2).

Tout patient âgé de 75 ans et plus devrait bénéficier d'une évaluation gériatrique, avant la présentation de son dossier en RCP, afin de conduire le traitement le plus adapté.

Le pronostic dépend de l'extension de la maladie au moment du diagnostic. Une fois le traitement décidé avec le patient, la prise en charge doit débuter dans un délai d'1 mois.

3.1 Stratégies thérapeutiques chez les patients atteints d'un cancer du côlon ou du tiers supérieur (intrapéritonéal) du rectum

La chirurgie est le traitement de référence des cancers du côlon chaque fois qu'elle est possible.

Il n'y a pas, sauf exception, de **traitement endoscopique** (mucosectomie, polypectomie et dissection sous-muqueuse) d'une lésion cancéreuse avérée.
En effet, lorsque la résection endoscopique d'un polype a permis l'ablation d'une lésion cancéreuse limitée ne présentant pas de

[25] Voir 5. Bonnes pratiques communes de prise en charge de tous les cancers

facteurs pronostiques histologiques péjoratifs **(stade 0 = Tis-T1sm1*)**, elle en constitue, en général, le seul traitement.

Lorsque ces critères ne sont pas remplis, une intervention chirurgicale sera nécessaire pour laquelle se posera le problème de la localisation exacte du polype réséqué.

3.1.1 Stade I = T1-T2 N0 M0

La chirurgie seule est recommandée, en dehors des cas où le traitement endoscopique a été jugé suffisant après avis d'une RCP.

3.1.2 Stade II = T3-T4 N0 M0

En l'absence de facteurs de risque de récidive :

- chirurgie.

En présence de facteurs de risque de récidive[26] :

- chirurgie ;
- le rapport bénéfice/risque d'une chimiothérapie adjuvante (gain de 3 % de survie à 5 ans) sera discuté en RCP et avec le patient.

3.1.3 Stade III = tous T N1-N2 M0

Chirurgie et chimiothérapie adjuvante dans un délai de 8 semaines et durant 6 mois après la chirurgie.

3.1.4 Stade IV : stade métastatique

La prise en charge de ces patients est discutée au cas par cas en RCP qui prendra en compte le caractère symptomatique ou non de la tumeur primitive ainsi que le caractère résécable ou non résécable des métastases.

En l'absence de contre-indication, la plupart des patients se voient proposer une chimiothérapie.

L'efficacité de la chimiothérapie doit être évaluée tant sur le plan clinique qu'en imagerie, tous les 2 à 3 mois. En cas de réponse, la chirurgie doit être rediscutée.

---

[26] Tumeurs peu différenciées, T4, présence d'emboles veineux, périnerveux et lymphatiques, occlusion, perforation, nombre de ganglions examinés < 12 (TNCD2011, ASCO2004). En cas d'instabilité microsatellitaire, la chimiothérapie adjuvante n'est pas recommandée même en présence de facteurs de risque de récidive.

* voir 3.3.1.3 Examen anatomopathologique

En alternative avec la chimiothérapie, les bénéfices respectifs des traitements symptomatiques, notamment en termes de qualité de vie, sont discutés avec le patient.

Les formes métastatiques compliquées d'occlusion, d'hémorragie ou de perforation sont prises en charge en urgence.
La plupart des métastases sont hépatiques ou pulmonaires, dans ce cas :

- si une exérèse complète est possible :
  - chimiothérapie péri-opératoire,
  - chirurgie dont les modalités seront discutées en RCP ;
- si une exérèse complète semble impossible d'emblée :
  - chimiothérapie puis les patients sont réévalués régulièrement en RCP (discussion chirurgie *vs.* poursuite de la chimiothérapie).

3.2 Stratégies thérapeutiques chez les patients atteints d'un cancer des 2/3 inférieurs (sous-péritonéaux) du rectum

3.2.1 Stade 0 = Tis-T1sm1

La chirurgie seule est recommandée, en dehors des cas où le traitement endoscopique a été jugé suffisant après avis d'une RCP.

3.2.2 Stade I = T1-2 N0 M0

Résection chirurgicale : traitement de référence.

Le traitement local incluant la résection par voie transanale ou la radiothérapie exclusive ne peut être envisagé que dans le cadre d'un essai thérapeutique.

3.2.3 Stade II et III : T3, N0, M0 et T1 à T3N+ résécables

Radiothérapie[27] ou radio-chimiothérapie[28] suivie d'une chirurgie (résection antérieure du rectum avec exérèse totale du mésorectum).

[27] La radiothérapie préopératoire est préférée à la radiothérapie postopératoire en raison d'une meilleure observance et d'une plus faible toxicité (SNFGE 2007). La radiothérapie préopératoire diminue de moitié la fréquence des récidives locales, y compris en cas d'exérèse optimale du mésorectum (SNFGE 2007, Wong R, 2008) mais, à la différence de la radio-chimiothérapie, ne permet pas d'entraîner une augmentation des chirurgies avec conservation du sphincter (Wong R, 2008).

[28] La radio-chimiothérapie préopératoire est préférée à la radiothérapie préopératoire seule : entraîne une diminution de la récidive locale. La radio-chimiothérapie préopératoire est préférée

3.2.4 Stade II et III : tumeurs T4, M0 dont la résection R0 est incertaine

Radio-chimiothérapie préopératoire puis réévaluation par imagerie pour discussion en RCP du type d'exérèse à envisager.

Toute indication d'une chimiothérapie adjuvante ne peut être faite qu'après discussion en RCP.

3.2.5 Stade IV : stade métastatique

Cf. § 3.1.4 (côlon)

3.3 Description des modalités thérapeutiques

3.3.1 Chirurgie

Avant toute chirurgie carcinologique du tube digestif, une prise en charge nutritionnelle[29] est assurée chez tous les patients. En postopératoire, elle est recommandée uniquement chez les patients dénutris[30].

3.3.1.1 Côlon

La chirurgie du cancer du côlon peut être réalisée par chirurgie ouverte ou par laparoscopie.

La décision de l'abord chirurgical tient compte de l'expérience du chirurgien, du stade de la tumeur, des contre-indications potentielles et des attentes du patient.

Une colostomie préopératoire peut être nécessaire en cas d'occlusion. Une colostomie postopératoire peut être nécessaire en cas de complications (fistules, désunion anastomotique, péritonite). Elles peuvent, l'une et l'autre, être temporaires.

à l'approche postopératoire : entraîne une diminution de la récidive locale et des effets secondaires (Wong R, 2008, Wong RK, 2010)

[29] Recommandations de bonnes pratiques cliniques SFAR/SFNEP : « Actualisation 2010 de la conférence de consensus de 1994 sur la « Nutrition artificielle périopératoire en chirurgie programmée de l'adulte »
http://www.sfar.org/article/674/recommandations-de-bonnes-pratiques-cliniques-sur-la-nutrition-perioperatoire-cc-2010

[30] Actualisation 2010 de la conférence de consensus de 1994 sur la « Nutrition artificielle périopératoire en chirurgie programmée de l'adulte **»**
http://www.sfar.org/article/674/recommandations-de-bonnes-pratiques-cliniques-sur-la-nutrition-perioperatoire-cc-2010

3.3.1.2 Rectum

Les modalités de la résection rectale varient en fonction du siège de la tumeur, de son extension éventuelle aux organes de voisinage, des comorbidités, de l'état général du patient et de l'état du sphincter anal.

Trois modalités sont possibles :

- l'exérèse locale transanale ;
- la résection antérieure du rectum avec exérèse totale du mésorectum accompagnée ou non d'une stomie temporaire ;
- l'amputation abdomino-périnéale du rectum avec colostomie définitive.

La chirurgie cœlioscopique est une alternative à la chirurgie ouverte.

Les règles de la conservation sphinctérienne, après résection rectale pour cancer, ont évolué. Cette conservation est de plus en plus fréquente. La possibilité de la conservation sphinctérienne doit être discutée avec le patient et modulée en tenant compte des résultats fonctionnels attendus et de la qualité de vie.

Lorsqu'elle est possible, la conservation des nerfs pelviens pour préserver les fonctions urinaires et sexuelles est un critère de qualité de l'intervention chirurgicale.

En cas d'anastomose colorectale basse, une stomie temporaire de dérivation est souvent réalisée mais non systématique. La fermeture de la stomie est habituellement faite entre le 2e et le 3e mois en l'absence de complication (fistule) et après contrôle radiologique de l'anastomose.

En cas de proposition d'amputation abdomino-périnéale avec colostomie définitive, un second avis chirurgical peut être proposé.

En cas de création de stomie, un temps dédié au choix du site de la stomie, à l'information du patient et à la discussion doit avoir lieu en préopératoire. Un premier contact avec un(e) infirmier(ère) entéro-stomathérapeute est recommandé avant l'intervention.

Lors du retour à domicile, le médecin traitant recevra dès la sortie du patient un courrier informatif sur le suivi de la stomie ; des consignes seront fournies également à l'attention de l'équipe infirmière qui assurera le suivi du patient.

3.3.1.3 Examen anatomopathologique

L'examen anatomopathologique est réalisé sur la pièce d'exérèse[31]. Il précise le type histologique de la tumeur, son stade selon la classification pTNM (annexe 2) et la qualité des marges de résection. Tous les ganglions lymphatiques doivent être prélevés et analysés. Il est recommandé de rechercher et d'examiner au moins 12 ganglions lymphatiques[32].

En cas d'exérèse locale[33], le compte rendu anatomopathologique doit fournir les précisions nécessaires et suffisantes pour définir la qualité de l'exérèse. En cas d'insuffisance de cette dernière, une indication chirurgicale complémentaire sera posée après discussion multidisciplinaire.

Cet examen permet également :

- de rechercher une instabilité des microsatellites en immunohistochimie et/ou en PCR :
  - chez les patients de moins de 60 ans,
  - quel que soit l'âge, chez les patients ayant un antécédent familial au premier degré de cancer du spectre du syndrome de Lynch (cancer de l'endomètre, cancer du côlon).

Cette recherche a pour objectif d'orienter le patient vers une consultation d'oncogénétique à la recherche d'un syndrome de Lynch. Le résultat de cette recherche peut être un élément décisionnel dans l'indication d'une chimiothérapie adjuvante ;

- de rechercher les biomarqueurs pronostiques et prédictifs de réponse à certains traitements (exemple : détermination du statut de mutation du gène KRAS, prédictif de résistance aux anti-EGFR si la mutation est présente, en situation métastatique).

Les tests à des fins diagnostiques ou thérapeutiques sont effectués, pour l'ensemble des patients du territoire, par les plateformes hospitalières de génétique moléculaire[34].

La conservation et l'utilisation de ces prélèvements en recherche nécessitent que l'accord du patient soit recueilli et archivé.

---

[31] Le compte rendu anatomopathologique doit contenir les données minimales définies par l'Institut national du cancer en collaboration avec la Société française de pathologie http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/4085-comptes-rendus-danatomopathologie--donnees-minimales-a-renseigner-pour-une-tumeur-primitive

[32] La radio-chimiothérapie préopératoire peut influencer le nombre de ganglions retrouvés sur la pièce. Le suffixe « y » est alors ajouté à la classification pTNM (y : RT néoadjuvante).

[33] Pour les polypes « transformés ou dégénérés » : différenciation de la tumeur infiltrante, degré d'invasion de la sous-muqueuse, présence de bourgeonnement tumoral au niveau du front d'invasion de la tumeur (*budding*), présence d'emboles vasculaires, distance de la tumeur par rapport à la limite d'exérèse (supérieure ou non à 1 mm).

[34] 28 plateformes sont soutenues par l'Institut National du Cancer (INCa) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) http://www.e-cancer.fr/soins/plates-formes-hospitalieres-de-genetique-moleculaire

3.3.1.4 Oncogénétique

Une consultation d'oncogénétique doit être proposée, à la recherche d'une mutation, en cas de suspicion de forme héréditaire :

- antécédents familiaux ;
- et/ou critères endoscopiques (grand nombre de polypes) ;
- et/ou critères anatomopathologiques ou moléculaires.

Cette recherche n'a pas d'impact décisionnel immédiat. Elle permet de définir le rythme et les modalités de la surveillance du patient et, après accord du patient, des membres de sa famille. Les conclusions peuvent nécessiter plusieurs mois.

3.3.2 Radiothérapie

La radiothérapie administre 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). Elle est réalisée dans le cancer du tiers inférieur ou moyen du rectum, à titre curatif ou palliatif.

Avant toute radiothérapie, un scanner en position de traitement ou de centrage doit être réalisé. L'irradiation peut être réalisée par :

- radiothérapie externe ; afin de diminuer les complications de la radiothérapie, l'IMRT[35] en association avec l'IGRT[36] peut être envisagée, la place de cette technique dans cette indication reste à établir ;
- radiothérapie endo-cavitaire (radiothérapie de contact), envisageable pour certaines tumeurs.

La dose peut être délivrée durant une période de 5 semaines (25 séances) ou de 5 jours (5 séances) selon l'avis de la RCP. Dans le 1er cas, la chirurgie est réalisée dans un délai de 6 à 8 semaines après la radiothérapie. Dans le 2d cas, elle est réalisée dans un délai inférieur à 10 jours ou différée (6 semaines).
Au cours de la radiothérapie, une surveillance, au moins une fois par semaine, est réalisée pour évaluer la tolérance au traitement (état général, nutritionnel, etc.).

[35] *Intensity-Modulated Radiation Therapy* ou radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité.
[36] *Image Guided Radiation Therapy* ou radiothérapie guidée par l'image.

3.3.3 Chimiothérapie

Les protocoles utilisés dans le cancer colorectal, dans le cadre de l'AMM, associent principalement :

- pour les stades non métastatiques : le 5-fluoro-uracile, l'oxaliplatine, l'irinotecan, la capécitabine, la leucovorine (acide folinique), la mitomycine C ;
- pour les stades métastatiques : l'oxaliplatine, l'irinotecan, le 5-fluoro-uracile, la leucovorine (acide folinique), la capécitabine, le raltitrexed, l'uracile-tegafur, la mitomycine C ainsi que des traitements ciblés tels que le cétuximab, le panitumumab[37] et le bévacizumab (aucun facteur prédictif de réponse n'a été identifié pour cette molécule).

Il peut être proposé au patient de participer à un essai thérapeutique.

Le choix des molécules est discuté en RCP. Ce choix tient compte du stade et des caractéristiques de la tumeur, de l'état général du patient, des maladies associées, et du projet thérapeutique du patient (possibilité de résection des métastases).
La réalisation de la chimiothérapie nécessite, généralement, la pose d'une voie veineuse centrale (chambre à cathéter implantable ou cathéter tunnélisé). La chambre implantable ne nécessite pas de soins particuliers en dehors des cures et ne limite pas la réalisation des activités quotidiennes.

Avant chaque cure, le bilan standard comprend un examen clinique (température, poids, taille, état général, examen de l'abord veineux, mesure de la pression artérielle, examen cutané, évaluation de la tolérance aux cures précédentes et recherche d'effets secondaires) et des examens biologiques dont la nature est à adapter au traitement reçu.

En fonction des résultats, la cure de chimiothérapie peut être reportée ou les doses sont éventuellement adaptées.

[37] Le cétuximab et le panitumumab sont indiqués uniquement en cas d'absence de mutation du gène KRAS.

3.4 Prise en charge symptomatique : organisation et traitement

Le médecin traitant coordonne les soins en ambulatoire, et en particulier les traitements symptomatiques, en lien avec l'équipe spécialisée. D'autres structures de soins peuvent être impliquées : service de soins de suite et de réadaptation (SSR), hospitalisation à domicile (HAD), réseau de santé, consultation antidouleur, services et/ou unités mobiles de soins palliatifs, etc.

Il peut être fait également appel aux prestataires de service pour le matériel médical nécessaire aux soins, ou pour la réalisation et le suivi de la nutrition artificielle à domicile[38]. Le traitement symptomatique repose principalement sur la prise en charge de :

- la douleur postopératoire (cf. annexe 4) ;
- la toxicité de la chimiothérapie ;
- l'altération de l'état psychologique ;
- le maintien d'un état nutritionnel satisfaisant.

3.5 Effets indésirables et complications précoces des traitements

Le médecin traitant a un rôle essentiel dans le suivi et la prise en charge des complications, en liaison avec l'équipe spécialisée et l'entourage du malade. Pour ce faire, le protocole de traitement avec les complications les plus fréquentes doit lui être transmis rapidement. Les événements survenus pendant l'inter-cure doivent être transmis par le médecin traitant à l'équipe spécialisée.

Les effets indésirables et complications précoces des traitements cités reposent sur des publications, les RCP des produits et/ou l'avis du groupe de travail.

[38] Arrêtés du 09/11/2009 et 19/02/2010.

3.5.1 Complications liées à la chirurgie

Tableau 1. Principales complications précoces de la chirurgie

Complications précoces	Conduite à tenir (CAT)
Côlon-rectum	
Troubles de la cicatrisation	Soins locaux et prise en charge nutritionnelle
Fistules coliques ou rectales ou sepsis inexpliqué	Avis spécialisé en urgence
Hémorragie	Avis spécialisé en urgence
Événements thromboemboliques	Doppler, anticoagulation puis avis spécialisé en cas d'échec
Troubles digestifs	Traitement symptomatique puis avis spécialisé en cas d'échec
Douleurs locales	Traitement symptomatique puis avis spécialisé en cas d'échec
Complications locales et générales de la stomie	Avis spécialisé (stomathérapeute et centre référent)
Rectum	
Altération de la fonction ano-rectale et incontinence fécale	Traitement symptomatique puis avis spécialisé en cas d'échec
Troubles de la fonction urinaire (infection, rétention, incontinence)	Traitement symptomatique puis avis spécialisé urologique en cas d'échec
Troubles de la fonction sexuelle	Avis spécialisé puis prise en charge psychologique

3.5.2. Complications liées à la radiothérapie

Tableau 2. Principales complications précoces de la radiothérapie

Complications précoces	Conduite à tenir (CAT)
Diarrhée ou douleurs abdominales	Traitement symptomatique puis avis spécialisé en cas d'échec
Pollakiurie ou brûlures mictionnelles	Traitement symptomatique puis avis spécialisé en cas d'échec
Perforation du rectum ou de la vessie	Avis spécialisé en urgence
Sténose du rectum	Avis spécialisé en urgence
Troubles intestinaux[39] (incontinence fécale, gaz, etc.)	Traitement symptomatique puis avis spécialisé en cas d'échec
Rectite et anite radiques	Traitement symptomatique puis avis spécialisé en cas d'échec
Syndrome occlusif	Avis spécialisé en urgence
Inflammation cutanée périnéale (épitélite)	Traitement symptomatique, bains de siège

3.5.3. Complications liées à la chimiothérapie

Les effets indésirables le plus fréquemment rencontrés sont indiqués dans les tableaux 3 et 4. Pour une molécule donnée, cette liste n'est pas exhaustive. La liste complète des effets indésirables est reportée dans le résumé des caractéristiques du produit des molécules correspondantes.

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.

[39] Birgisson H, 2007.

Tableau 3 : Effets indésirables aigus de la chimiothérapie[40]

Effet indésirable	Conduite à tenir (CAT)
Nausées, vomissements, diarrhées	Antiémétiques et antidiarrhéiques prescrits systématiquement. Prise en charge spécifique de la diarrhée tardive dans les 7 jours qui suivent la chimiothérapie par irinotécan
Anémie, neutropénie, thrombopénie	Prise en charge par l'équipe spécialisée pour prescription éventuelle de G-CSF, d'EPO ou de fer injectable Si T°> 38,5 °C : numération formule sanguine-plaquettes. Si neutropénie : hémoculture et antibiotique. Hospitalisation si signe de gravité
Angor, ischémie cardiaque, insuffisance cardiaque	Avis spécialisé en cardiologie Arrêt immédiat de la perfusion de chimiothérapie (5 FU) si celle-ci est en cours
Mucite	Prévention : bain de bouche 5 à 6 fois/jour. Si mucite : traitement spécifique
Neuropathie sensitive	Adaptation ou arrêt du traitement
Alopécie	Postiche (prothèse capillaire)
« Syndrome main-pied »	Hydrater les mains (crème émolliente) et adapter les doses

[40] Jonker D, 2008 et site de la FFCD (rubrique professionnels toxicité : http://www.ffcd.fr/)

Tableau 4. Effets indésirables aigus des traitements ciblés

	Bévaci-zumab	Cétuxi-mab	Panitu-mumab
Troubles digestifs (ex. : nausée, diarrhée, vomissements)	x	x	x
Perforations gastro-intestinales, fistules	x		
Troubles généraux (fatigue, asthénie, fièvre)	x	x	x
Hématotoxicité (ex. : neutropénie, lymphopénie, anémie, thrombopénie)	x		
Anorexie	x	x	
Affections cutanées (ex. : rash, sécheresse, fissures cutanées, infections) ➔ prévention : éviction solaire, émollients	x	x	x
Troubles de la cicatrisation ➔ initiation après cicatrisation de la plaie chirurgicale	x		
Affections oculaires (ex. : larmoiement, conjonctivite, croissance des cils)	x	x	x
Troubles respiratoires et ORL (ex. : dyspnée, toux, épistaxis)	x		x
Troubles neurologiques (ex. : céphalée, vertiges, somnolence, neuropathie sensorielle, dysgueusie)	x	x	x
Troubles métaboliques (ex. : hypomagnésémie, hypocalcémie, déshydratation) ➔ détermination des concentrations sériques avant et en cours de traitement, supplémentation si nécessaire	x	x	x
Hypertension artérielle ➔ surveillance et traitement antihypertenseur	x		x
Thromboembolies artérielles ou veineuses	x	x	
Hémorragies	x		
Protéinurie ➔ surveillance par bandelette et arrêt du traitement si syndrome néphrotique	x		
Affection hépatobiliaire (ex. : élévation des enzymes hépatiques)		x	
Myalgies, arthralgies	x		
Infections, sepsis	x		
Affections cardiaques (ex. : insuffisance cardiaque, tachycardie, douleur thoracique)	x		x
Hypotension artérielle			x
Réaction d'hypersensibilité	x		x

3.6 Implication du patient

► Information du patient [41]

Le patient doit avoir les informations nécessaires à la compréhension de sa maladie, des traitements et de leurs effets indésirables éventuels lui permettant ainsi de participer activement aux décisions thérapeutiques le concernant.

En outre, une information lui sera fournie :

- sur les modalités d'accès aux ressources et aides disponibles pour la prise en charge, avec le concours des assistants sociaux[42] ;
- sur les organismes, et associations de patients, pouvant apporter un soutien aux personnes malades et à leur entourage afin de connaître et faire valoir leurs droits.

► Éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une dimension de la stratégie de prise en charge de la personne atteinte d'un cancer et s'inscrit dans le parcours de soins du patient[43]. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle peut être proposée dès l'annonce du diagnostic de la maladie ou à tout autre moment de son évolution.

Pour la personne atteinte de cancer colorectal, l'éducation thérapeutique contribue au développement de compétences qui lui permettent :

- d'améliorer l'adhésion au traitement ambulatoire, notamment à la prise des traitements per os, en particulier pour mieux soulager les symptômes ;
- de participer à la planification du suivi après le traitement (nécessité de contrôles réguliers) ;
- d'impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

Elle s'appuie sur :

---

[41] Pour en savoir plus, consulter « Les traitements du cancer du rectum », collection Guides patients Cancer info, INCa, septembre 2010, disponible sur http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers/cancers-du-rectum/points-cles#cont » et « Les traitements du cancer du côlon », collection Guides patients Cancer info, INCa, septembre 2010, disponible sur : https://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers/cancers-du-colon/points-cles

[42] Démarches sociales et cancer – Institut National du Cancer – Juillet 2009.

[43] Code de la santé publique - Education thérapeutique du patient. http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000020892069&idSectionTA=LEGISCTA000020892071&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100804

- une évaluation des besoins et des attentes du patient (diagnostic éducatif) ;
- la définition avec la personne d'un ou plusieurs objectifs éducatifs, voire la définition d'un programme personnalisé si la gestion de la maladie est complexe ;
- la proposition d'un contenu éducatif et la planification de séances dédiées (individuelles ou collectives) ;
- et l'évaluation de ce que la personne a pu mettre en œuvre dans sa vie quotidienne.

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

- l'appareillage : recherche du modèle adapté et information sur les évolutions technologiques ;
- les soins de stomie : toilette et apprentissage de l'irrigation ;
- la diététique (connaissance des effets des aliments sur le transit) ;
- la possibilité de pratiquer une activité physique ou sportive non violente (éviter le port des charges, etc.);
- la reprise d'une activité professionnelle et sociale.

Lors du retour à domicile, l'équipe infirmière qui assurera le suivi du patient recevra dès la sortie de celui-ci des consignes sur le suivi de la stomie.

Les changements du mode de vie (activité physique, activité professionnelle, équilibre diététique, etc.) ne sont pas requis dans la majorité des cas, sauf lorsqu'un traitement spécifique ou des complications intercurrentes les justifient.

4. Suivi

Ce chapitre définit les actes et examens nécessaires à un suivi de qualité et s'applique aux patients qu'ils soient pris en charge dans le cadre de l'ALD, dans le dispositif post-ALD[44], ou en dehors de ces dispositifs d'exonération.

4.1 Objectifs

- Veiller à la qualité de vie
- Détecter les récidives locales ou à distance
- Détecter des effets indésirables tardifs liés au traitement
- Organiser les soins de support nécessaires
- Permettre un accompagnement social et une aide à la réinsertion professionnelle lorsque cela est pertinent
- Détecter un éventuel second cancer

4.2 Organisation

Le suivi du cancer colorectal doit être organisé, structuré et cohérent avec l'âge et l'état général du malade, le stade de la tumeur au moment du diagnostic et les traitements envisageables au vu des éléments constatés.
Les médecins chargés du suivi doivent être clairement identifiés.
Les 5 premières années et sauf cas particuliers, le suivi peut être réalisé par le médecin traitant en alternance avec l'équipe spécialisée.
Au-delà, un suivi par le médecin traitant seul peut être décidé en fonction d'un schéma discuté avec l'équipe spécialisée et le patient.

[44] Le dispositif de suivi post-ALD est défini dans les décrets du 19 janvier 2011 :

n°2011-74
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023456230&dateTexte=&categorieLien=id

n°2011-75
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023456236&dateTexte=&categorieLien=id

n°2011-77
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023456250&dateTexte=&categorieLien=id

4.3 Modalités du suivi du cancer

4.3.1 Recherche de signes évocateurs de récidive ou de second cancer

En l'absence de récidive, 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 (cf. modalités en fonction du niveau du risque, §. 1.5).

Le rythme du suivi des patients traités pour un cancer colorectal est détaillé dans le tableau 5. Le suivi dépend du type de cancer, du stade auquel il a été diagnostiqué et des traitements reçus. Le programme de suivi doit être établi par l'équipe référente du traitement.

Ce suivi repose sur l'examen clinique, la biologie, l'endoscopie et l'imagerie. L'imagerie peut comprendre au minimum une radiographie thoracique et une échographie abdominale ou un scanner thoraco-abdomino-pelvien. Ces modalités doivent être adaptées en fonction du patient (terrain et résultats du bilan préthérapeutique) et des possibilités thérapeutiques en cas de récidive.

Les examens supplémentaires sont guidés par les symptômes et dépendent de chaque situation clinique.

Le suivi comprend un temps d'échange avec le patient pour l'accompagner en fonction de ses besoins dans l'après-cancer.

En l'absence de données de haut niveau de preuve dans la littérature, le rythme de suivi proposé repose sur un consensus d'experts (cf. tableau 5).

Tableau 5. Programme de suivi post-thérapeutique en dehors des patients à risque élevé ou très élevé

Examens	Rythme
Examen clinique[45]	Tous les 3 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans
ACE (optionnel)[46]	Tous les 3 mois les 3 premières années avec bilan en cas d'élévation
Coloscopie	1- Si coloscopie initiale incomplète ou de mauvaise qualité ou non réalisée en préopératoire : à refaire dans les 6 mois postopératoires 2- Après la chirurgie : contrôle à 2 ou 3 ans puis tous les 5 ans, si normale 3- Le rythme dépendra de la présence ou non d'adénomes. La coloscopie doit être poursuivie jusqu'à un âge raisonnable dont l'appréciation sera faite par le praticien.
Coloscopie virtuelle	En cas d'impossibilité de réaliser une coloscopie
Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne avec injection	La fréquence est à déterminer en fonction du stade et des facteurs de risque.
À défaut d'une TDM thoraco-abdomino-pelvienne avec injection → TDM sans injection complétée par	
Échographie abdominale	En général, tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans
Radiographie pulmonaire	Annuelle pendant 5 ans
TEP-TDM du corps entier	En cas d'élévation de l'ACE et négativité ou ambiguïté du bilan par ailleurs

[45] Pour le cancer du rectum, l'examen clinique inclut le toucher rectal tous les 6 mois. Deutch Association of Comprehensive Cancer Centres (ACCC), 2008A.
[46] Non indiqué pour les stades T1N0 du cancer colorectal. Deutch Association of Comprehensive Cancer Centres (ACCC), 2008A.

4.3.2 Forme particulière : syndrome de Lynch[47]

Chez les patients opérés d'un cancer colorectal de stade II et III présentant un syndrome de Lynch, il est recommandé de réaliser une surveillance par :

- coloscopie totale annuelle avec chromo-endoscopie ;
- gastroscopie de dépistage pour tous les patients et recherche d'*Helicobacter pylori*[48] et gastroscopie régulière tous les 1 ou 2 ans en cas d'antécédent familial de cancer gastrique ;
- un examen gynécologique annuel après l'âge de 30 ans, avec échographie endovaginale et biopsie endométriale.

Une réintervention à visée préventive peut être discutée en cas de lésions précancéreuses.
Il est préférable que la surveillance soit réalisée au sein d'équipes spécialisées multidisciplinaires.
En cas de suspicion de récidive, le patient doit être ré-adressé à l'équipe référente du traitement. La prise en charge est décidée en RCP.

4.4 Complications et effets indésirables tardifs

4.4.1 Complications et effets indésirables tardifs des traitements

L'état nutritionnel doit être surveillé régulièrement et des aliments diététiques hyperprotidiques et hypercaloriques par voie orale ou entérale prescrits si besoin[49].
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.
Les principales complications et les effets indésirables tardifs des traitements sont représentés dans le tableau 6.

[47] « *Hereditary Non Polyposis Colon Cancer* » : syndrome de cancer colique héréditaire sans polypose ou syndrome de Lynch.
[48] Dépistage de l'infection à *Helicobacter pylori* - Pertinence et populations concernées - HAS – Avril 2010.
[49] Recommandations de bonnes pratiques cliniques SFAR/SFNEP : Actualisation 2010 de la conférence de consensus de 1994 sur la « Nutrition artificielle périopératoire en chirurgie programmée de l'adulte ».
http://www.sfar.org/article/674/recommandations-de-bonnes-pratiques-cliniques-sur-la-nutrition-perioperatoire-cc-2010

Tableau 6. Principales complications et effets indésirables tardifs

Complication	Conduite à tenir
Chirurgie	
Côlon-rectum	
Diarrhée chronique ou incontinence[50]	Agents antidiarrhéiques, précautions diététiques
Troubles psychologiques, anxiété, fatigue	Prise en charge
Éventration pariétale et stomiale	Avis spécialisé
Rectum	
Troubles génito-urinaires[51]	Avis spécialisé
Sténose anastomotique	Avis spécialisé
Radiothérapie	
Grêle radique	Avis spécialisé
Troubles génito-urinaires[52]	Consultation urologique ou gynécologique
Troubles fonctionnels ano-rectaux	Avis spécialisé
Chimiothérapie[53]	
Neuropathies[54]	Avis neurologique selon symptômes

[50] National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2011 – NCCN, 2011A.
[51] National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2011A.
[52] Birgisson H, 2007 – Pollack J, 2006 – NCCN, 2011A.
[53] Ces effets indésirables sont un extrait du résumé des caractéristiques du produit (RCP) et de ce fait ne sont pas exhaustifs.
[54] National Comprehensive Cancer Network, 2011 – National Comprehensive Cancer Network, 2011A.

4.4.2 Seconds cancers

Le risque de développer un second cancer après un cancer colorectal est légèrement supérieur à celui de la population générale. Ce risque dépend tout particulièrement de l'âge au moment du diagnostic et de l'existence ou non d'un syndrome de prédisposition génétique aux cancers.

Après un cancer du côlon ou du rectum, le second cancer le plus souvent observé est **un 2d cancer du côlon ou du rectum** en particulier chez les patients :

- diagnostiqués avant 40 ans ;
- atteints d'un syndrome de Lynch (HNPCC) ;
- atteints d'une polypose adénomateuse familiale (PAF) atténuée ou PAF classique avec conservation rectale.

Ce risque persiste plus de 20 ans après le diagnostic.

Après un cancer du côlon, d'autres seconds cancers sont observés, notamment :

- le cancer de l'endomètre, en particulier chez les patientes diagnostiquées avant 40 ans et celles atteintes d'un syndrome de Lynch (HNPCC) ;
- le cancer de l'intestin grêle, en particulier chez les patients diagnostiqués avant 40 ans, ceux atteints d'un syndrome de Lynch (HNPCC) ou de Peutz-Jeghers ;
- le cancer du duodénum et ampullome en cas de PAF classique (polypose duodénale).

Aucune surveillance particulière n'est recommandée en dehors :

- des syndromes de prédisposition héréditaire au cancer du côlon (HNPCC/Lynch, PAF, Peutz-Jeghers)
- du suivi proposé au § 4.3. ;
- des recommandations habituelles de participation aux programmes nationaux existants.

La participation au dépistage organisé du cancer du sein doit être encouragée chez les patientes de 50 à 74 ans.

4.5 Prise en charge médicale globale

Le suivi du cancer colorectal s'intègre dans une prise en charge médicale globale, qui comprend, entre autres, la surveillance des complications tardives et des comorbidités du patient, notamment :

- les vaccinations et les conseils classiques en usage. La vaccination antigrippale peut se faire au cours de la chimiothérapie, elle est néanmoins moins efficace ;
- le diagnostic et la prise en charge d'une éventuelle dépression ;
- l'aide au sevrage alcoolique et tabagique ;
- la surveillance nutritionnelle : elle doit être régulière ;
- les conseils hygiéno-diététiques ;
- la prise en charge psycho-sociale.

5. Bonnes pratiques communes de prise en charge de tous les cancers

Ces bonnes pratiques constituent des objectifs communs à tous les professionnels impliqués dans le traitement des patients atteints de cancer.

- ⇨ Pour la majorité des cancers, un diagnostic précoce augmente le taux de guérison. La participation aux programmes nationaux de dépistage doit donc être encouragée. Des outils sont disponibles pour aider le médecin traitant à en informer les patients[55].
- ⇨ La prise en charge des patients atteints de cancer est assurée par des équipes spécialisées dans des établissements de santé autorisés à traiter les cancers (cf. encadré 1).
- ⇨ Tout patient traité pour un cancer doit pouvoir bénéficier de mesures communes pour une prise en charge de qualité (appelées mesures transversales de qualité) auxquelles le médecin traitant participe (cf. encadré 2).
- ⇨ Le médecin traitant est le référent médical pour la coordination des soins à domicile, aux côtés des autres professionnels de santé de proximité que sont en particulier les infirmiers libéraux, les pharmaciens et les acteurs des réseaux de santé.
- ⇨ Pour ce faire, il doit recevoir de la part du médecin spécialiste présentant le dossier en RCP les documents suivants dans un délai court : le programme personnalisé de soins, le compte rendu de RCP, le compte rendu d'anatomopathologie et un courrier récapitulatif de sortie après chaque hospitalisation.
- ⇨ Pendant les traitements, le médecin traitant doit pouvoir gérer en ambulatoire leurs éventuels effets indésirables, prodiguer les soins de support nécessaires, et en premier lieu le traitement de la douleur et la prise en charge de l'asthénie.
- ⇨ De plus en plus de patients guérissant de leur cancer, une surveillance sur le long terme est nécessaire. Le médecin traitant coordonne cette surveillance qui peut être alternée entre les professionnels impliqués dans la conduite des traitements. Elle permet la recherche d'une récidive, de séquelles ou d'effets indésirables tardifs des traitements, le dépistage d'un second cancer (16 % des patients ayant déjà eu un cancer), l'accompagnement socioprofessionnel et le soutien à la personne. Tous ces éléments constitueront un programme personnalisé de l'après-cancer qui est aujourd'hui l'objet d'expérimentations.

[55] http://www.e-cancer.fr/depistage

Encadré 1. Prise en charge dans des établissements autorisés à traiter les cancers

Pour traiter les malades atteints de cancer, les établissements de santé doivent disposer d'une autorisation délivrée par l'agence régionale de santé (ARS).
L'objectif est de garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients.

Les traitements concernés par cette autorisation sont :

- la chirurgie des cancers ;
- la radiothérapie externe ;
- la chimiothérapie et les traitements médicaux du cancer.

Les critères d'autorisation reposent sur :

- une activité annuelle minimale (par exemple : au minimum 30 interventions chirurgicales annuelles pour cancer du sein par établissement autorisé à cette activité) ;
- l'accès à des mesures transversales de qualité (cf. encadré 2) ;
- les critères techniques spécifiques pour chacune des modalités de traitement du cancer.

La cartographie des établissements autorisés est disponible en accès libre sur le site Internet de l'Institut national du cancer[56].

[56] http://www.e-cancer.fr/soins/offre-de-soins-hospitaliere-en-cancerologie/carte-interactive-des-etablissements-traitant-le-cancer

Encadré 2. Mesures transversales de qualité en cancérologie

Le dispositif d'annonce

Il vise à offrir au patient les meilleures conditions d'information, d'écoute et de soutien. Il s'articule autour de quatre temps :

- un temps médical : annonce du diagnostic (au mieux en lien avec le médecin traitant) et proposition de traitement ;
- un temps d'accompagnement soignant : il complète les informations médicales, informe le patient sur ses droits et sur les associations de patients existantes ;
- un temps de soutien fondé sur l'accompagnement social et l'accès à des soins complémentaires (psychologue, kinésithérapeute, etc.) ;
- **un temps d'articulation avec la médecine de ville** pour optimiser la coordination entre l'établissement de soins et le médecin traitant. Cette coordination doit être effective dès l'annonce du diagnostic et la demande d'exonération du ticket modérateur.

La concertation pluridisciplinaire et le respect des référentiels de bonne pratique

Une proposition de traitement est définie lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Elle s'appuie sur des référentiels de bonne pratique. La discussion en RCP n'est pas obligatoire si ces référentiels proposent un traitement validé pour la situation clinique du patient ou si celle-ci revêt un caractère d'urgence. Le compte rendu de la RCP est intégré au dossier médical informatisé. **Il est transmis systématiquement au médecin traitant par le médecin spécialiste présentant le dossier en RCP.**

La remise d'un programme personnalisé de soins

Le programme personnalisé de soins (PPS) reprend les différentes étapes de la prise en charge ainsi qu'un calendrier de soins. Les établissements autorisés doivent fournir ce programme à leurs patients. **Il est transmis au médecin traitant.**

L'accès aux soins complémentaires et d'accompagnement

Les besoins du patient en soins de support sont évalués dès l'annonce de la maladie et tout au long du suivi.

Ils visent à améliorer la qualité de vie et le confort du patient pendant la maladie. Ils se justifient quel que soit le stade d'évolution de la maladie, y compris en dehors des situations de fin de vie.
Plusieurs types de soutiens et de soins peuvent être proposés : soutien psychologique, social, traitement de la douleur, prévention et traitement des troubles de la nutrition, kinésithérapie, prise en charge de la fatigue.

Ces soins sont délivrés en établissement de santé ou en ambulatoire. Pour les patients souhaitant recevoir ces soins à domicile, le médecin traitant peut s'appuyer sur les réseaux de soins, l'hospitalisation à domicile ou les services de soins infirmiers à domicile.

L'accès aux innovations et à la recherche clinique

Des outils existent pour aider le médecin traitant à guider le patient dans sa réflexion et sa décision de participation à un essai clinique[57].

[57] http://www.e-cancer.fr/recherche/recherche-clinique

Annexe 1. Liste des participants

➢ **Pour les sociétés savantes**

Sur proposition du Collège national de médecine générale (CNMG)

- Société française de médecine générale (SFMG)

Sur proposition du Collège national professionnel en hépato-gastro-entérologie (CNP-HGE) :

- Fédération francophone de cancérologie digestive (FFCD)
- Société française d'endoscopie digestive (SFED)
- Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE)

- Fédération de chirurgie viscérale et digestive (FCVD)

- Société française de radiothérapie oncologique (SFRO)
- Société française de radiologie (SFR)
- Société française de pathologie (SFP)
- Association française des infirmiers en cancérologie (AFIC)
- Société française de cancérologie (SFC)
- Société française de cancérologie privée (SFCP)
- Société francophone de nutrition entérale et parentérale (SFNEP)

➢ **Pour les associations de patients**

- Ligue nationale contre le cancer
- Fédération des stomisés de France (FSF)

➢ **Pour les assurances maladie**

- Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

1. Membres du groupe de travail

- Dr Jacques ABEL, médecine générale, Pointe-à-Pitre
- Pr Thomas APARICIO, cancérologie et hépato-gastro-entérologie, hôpital Avicenne, Bobigny
- Pr Jean-François BOSSET, radiothérapie, CHU Jean Minjoz, Besançon
- Mme Anne-Marie BROSSARD, représentante de patients, Ligue nationale contre le cancer, Paris
- Dr Pascal BURTIN, cancérologie et Hépato-gastroentérologie, IGR, Villejuif
- Dr Catherine CRUVEILLIER-BOCH, médecin-conseil, Paris

- Mme Christine DORLEAN, cadre de santé, centre Georges François Leclerc, Dijon
- Dr Jean-Louis DULUCQ, chirurgie viscérale et digestive, maison de santé protestante, Bordeaux-Talence
- Pr Jean-François FLEJOU, anatomopathologie, Hôpital Saint Antoine, Paris
- M. Jean-Paul HUGUENOT, représentant de patients, Fédération des stomisés de France, Paris
- Dr Valérie LAURENT, radiologie, hôpital Barbois, Vandœuvre-lès-Nancy
- Pr Thierry LECOMTE, cancérologie et hépato-gastro-entérologie, CHU, Tours
- Pr Bertrand MILLAT, chirurgie viscérale et digestive, CHU, Montpellier
- Dr Jean-Marc PAULY, médecine générale, Rodemack
- Dr Marcel RUETSCH, médecine générale, Dessenheim
- Pr Gilbert SOUWEINE, médecine générale, Vénissieux

➢ **Pour l'Institut National du Cancer** :

- Mme Diana KASSAB-CHAHMI - Département des recommandations pour les professionnels de santé – Direction des soins et de la vie des malades

- Dr Valérie MAZEAU-WOYNAR - Responsable du département des recommandations pour les professionnels de santé - Direction des soins et de la vie des malades

➢ **Pour la Haute Autorité de Santé** :

- Dr Julien CARRICABURU – Service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades

2. Membres du groupe de lecture

- Dr Thierry ANDRÉ, oncologie médicale, hôpital Saint-Antoine, Paris
- Pr Christophe BARRAT, chirurgie digestive, hôpital Jean Verdier, Bondy
- Dr Mathieu BECK, chirurgie digestive, clinique Ambroise-Paré, Thionville
- Dr Geneviève BELLEANNÉE, anatomo-cytopathologie, CHU, Bordeaux
- Dr Jean-Michel BLONDEL, médecine générale, Cambrin
- Dr Philippe BOICHARD, médecine générale, Novillard

- Pr Olivier BOUCHÉ, oncologie digestive, CHU, Reims
- Dr Corinne BOUTELOUP, hépato-gastro-entérologie/nutrition, CHU, Clermont-Ferrand
- Dr Philippe BULOIS, hépato-gastro-entérologie, clinique de la Louvière, Lille
- Dr Thérèse BUISSART, médecine générale, Isbergues
- Dr Isabelle CARAYON, douleur soins palliatifs, réseau Autrement, Charmois
- Dr Selenia CASNEDI, Anatomo-cytopathologie, centre de Pathologie, Strasbourg
- Pr Gérard CHAMPAULT, Chirurgie digestive, hôpital Jean Verdier, Bondy
- Dr Jacky CHARNEAU, hépato-gastro-entérologie, CH Duchenne, Boulogne-sur-Mer
- Dr Denis CHATELAIN, anatomo-cytopathologie, CHU, Amiens
- Dr Pascal CHEVREAU, chirurgie digestive, polyclinique du Parc, Toulouse
- Dr Vincent COUVREUR, médecine générale, Masnières
- Dr Franck DARLOY, radiothérapie, centre Léonard-de-Vinci, Dechy
- Dr Christelle DE LA FOUCHARDIÈRE, oncologie médicale, centre Léon Bérard, Lyon
- Mme Monique DEBARD, infirmière - cadre de santé, CH, Pau
- Dr Jean-Christophe DELESALLE, radiologie, radiologie imagerie médicale Montjoie, Saint-Martin-Boulogne
- Pr Jean-Claude DESPORT, hépato-gastro-entérologie/nutrition, CHU, Limoges
- Pr Marie-Danièle DIEBOLD, anatomo-cytopathologie, hôpital Robert Debré, Reims
- Dr Abdoulaye DIEDHIOU, anatomo-cytopathologie, CHU, Pointe-à-Pitre
- Dr Olivier ERNST, radiologie, CHRU, Lille
- Dr Serge EVRARD, chirurgie digestive, institut Bergonié, Bordeaux
- Mme Christine FAGOT, infirmière - cadre de santé, CH, Lons-le-Saunier
- Dr Marc FARALDI, radiothérapie, CH, Compiègne
- Dr Roger FAROUX, hépato-gastro-entérologie, centre Hospitalier départemental, La Roche-sur-Yon
- Dr Hervé FAVORITI, médecine générale, Caluire-et-Cuire
- Dr Éric FONTAN, médecine générale, Douvaine

- Dr Aude FOURNIER, chirurgie digestive, hôpital privé, Arras-les-Bonnettes
- Pr Gilles FOURTANIER, chirurgie digestive, CHU, Toulouse
- Dr Nathalie FRANCOIS, Hépato-gastro-entérologie, polyclinique Rillieux-Lyon-Nord, Rillieux-la-Pape
- Dr Jean-Louis FROIDEVAL, médecine générale, Ambés
- Pr Alain GAINANT, chirurgie digestive, CHU Dupuytren, Limoges
- Dr Vincent GARBIT, chirurgie digestive, infirmerie protestante, Caluire-et-Cuire
- Pr Rosine GUIMBAUD, oncologie médicale, CHU, Toulouse
- Dr Claire HOUZARD, médecine nucléaire, CH Lyon-Sud, Pierre-Bénite
- Pr Damien HUGLO, médecine nucléaire, CHU, Lille
- Dr Laurent JACOB, médecine générale, Beaugency
- Dr Dominique JAUBERT, oncologie médicale, clinique Tivoli, Bordeaux
- Dr Florence KALT-BINDER, médecine générale, Thonon-les-Bains
- Dr Yves KESSLER, représentant de patients, Ligue nationale contre le cancer, Paris
- Dr Nataliya KHOBTA, oncologie médicale, CHU Nord, Marseille
- Dr Francis KUNSTLINGER, radiologie, Paris
- Dr Jean-Paul LAGASSE, hépato-gastro-entérologie, CHR, Orléans
- Dr Robert LAURENT, médecine générale, Alixan
- Dr Pierre LAURENT-PUIG, oncologie médicale, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris
- Dr Dominique LESCUT, hépato-gastro-entérologie/nutrition, CHRU, Lille
- Dr Marie-Elisabeth LIARD-MEILLON, anatomo-cytopathologie, cabinet privé, Brive
- Mme Bertrice LOULIÈRE, Pharmacienne, OMEDIT-ARS Aquitaine, Bordeaux
- Pr Philippe MAINGON, radiothérapie, centre Georges-François-Leclerc, Dijon
- Pr Georges MAINTION, chirurgie digestive, CHU, Besançon
- Dr Frédéric MARCHAL, chirurgie oncologique, centre Alexis-Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy
- Dr Pascale MARIANI, chirurgie digestive, institut Curie, Paris
- Pr Muriel MATHONNET, chirurgie digestive, CHU Dupuytren, Limoges

- Dr Zoher MERAD-BOUDIA, oncologie médicale, Clinique Eugène-André, Lyon
- Pr Pierre MICHEL, Hépato-gastro-entérologie, CHU, Rouen
- Dr Geneviève MONGES, Anatomo-cytopathologie, Institut Paoli Calmettes, Marseille
- Dr Françoise PERRAUDEAU, anatomo-cytopathologie, laboratoire Anapath G2BIO, Agen
- Dr Paul PIGACHE, chirurgie digestive, hôpital Notre-Dame de bon secours, Metz
- Dr Laurence PILLOT, chirurgie digestive, hôpital ALAPHA Santé, Hayange
- Dr Claude POLLIAND, chirurgie digestive, hôpital Jean Verdier, Bondy
- Dr Jocelyne PROVENCAL, oncologie médicale, CH, Chambéry
- Pr Didier QUILLIOT, hépato-gastro-entérologie/nutrition, CHU, Nancy
- Dr Bruno RAYNARD, hépato-gastro-entérologie/nutrition, Institut Gustave Roussy, Villejuif
- Dr Stéphane REIBEL, radiothérapie, centre de radiothérapie de la Robertsau, Strasbourg
- Dr Pierre RICHARD, médecine générale, Héricourt
- Dr Michel RIVES, radiothérapie, institut Claudius Regaud, Toulouse
- Pr Michel RIVOIRE, chirurgie digestive, centre Léon Bérard, Lyon
- Dr Dominique ROSSI, médecine générale, Noidans-le-Ferroux
- Dr Stéphane RUCK, oncologie médicale, CH Jean Monnet, Epinal
- M. Claude SAINT-UPÉRY, représentant de patients, Ligue nationale contre le cancer, Paris
- Dr Michel SCHMITT, radiologie, hôpital Albert Schweitzer, Colmar
- Pr Stéphane SCHNEIDER, hépato-gastro-entérologie/nutrition, CHU, Nice
- Dr Vincent SERVOIS, radiologie, institut Curie, Paris
- Dr Enam SOBKENG GOUFACK, hépato-gastro-entérologie, CH, Saint-Quentin
- Pr Guy STORME, radiothérapie, centre d'oncologie, Bruxelles
- Dr STREMSDOERFER Noël, hépato-gastro-entérologie, hôpital de Bourgoin-Jallieu, Bourgoin-Jallieu
- Dr Frédéric TEBOUL, chirurgie digestive, CH, Brive
- Dr Éric TERREBONNE, hépato-gastro-entérologie, CHU, Bordeaux
- Pr Benoit TERRIS, anatomo-cytopathologie, hôpital Cochin, Paris

- Pr Nicole TUBIANA-MATHIEU, oncologie médicale, CHU, Limoges
- Dr UNTEREINER Michel, radiothérapie, centre François-Baclesse, Luxembourg
- Dr Éric VAILLANT, hépato-gastro-entérologie, Lille
- Dr Lionel VERNAY, chirurgie digestive, clinique d'Alembert, Grenoble
- Dr Gabriel VIENNET, anatomo-cytopathologie, CHU, Besançon
- Mme Marie-Paule VIGOUROUX, représentante de patients, Ligue nationale contre le cancer, Paris
- Mme Marie-Hélène VOEGELIN, représentante de patients, Ligue nationale contre le cancer, Paris
- Dr Jérôme WATELET, hépato-gastro-entérologie, CHU Nancy-Brabois, Vandœuvre-les-Nancy
- Dr Jean-Louis ZITOLI, gériatrie, CH, Verdun
- Dr Didier ZUND, chirurgie digestive, CH M. Madeleine, Forbach

Ont participé à la relecture :

- Pour l'INCa : les Départements Dépistage et Prévention, direction de la santé publique et Département Médicament, direction des soins et de la vie des malades.
- Pour la HAS : les Services Évaluation des médicaments, Évaluation des dispositifs, Évaluation des actes professionnels, Documentation Information des publics et Évaluation économique et santé publique.

Annexe 2. Classification TNM/AJCC 2009 du cancer colorectal[58]

T	Tumeur primitive
Tx	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	Pas de signes de tumeur primitive
Tis	Carcinome *in situ* : intra-épithélial ou envahissant la lamina propria
T1	Tumeur envahissant la sous-muqueuse
T2	Tumeur envahissant la musculeuse
T3	Tumeur envahissant la sous-séreuse ou les tissus péricoliques et péri-rectaux non péritonéalisés
T4	T4a : Tumeur perforant le péritoine viscéral T4b : Tumeur envahissant directement les autres organes ou structures
N	**Adénopathies régionales**
Nx	Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies régionales
N0	Pas de métastase ganglionnaire régionale
N1a	Métastase dans 1 ganglion lymphatique régional
N1b	Métastase dans 2 à 3 ganglions lymphatiques régionaux
N1c	Nodule(s) tumoraux, c-à-d satellite(s) dans la sous-séreuse, ou dans les tissus non péritonéalisés péricoliques ou périrectaux sans métastase ganglionnaire régionale
N2a	Métastase dans 4-6 ganglions lymphatiques régionaux
N2b	Métastase dans 7 ou plus ganglions lymphatiques régionaux
M	**Métastases à distance**
M0	Pas de métastases à distance
M1a	Métastase localisée à un seul organe (foie, poumon, ovaire, ganglion(s) lymphatique(s), autre que régional
M1b	Métastases dans plusieurs organes ou péritonéales

[58] Sobin L, Gospodarowicz M, Wittekind C (eds.). TNM : Classification des tumeurs malignes (7° éd.). 2010.

Stade	T	N	M
Stade 0	Tis	N0	M0
Stade I	T1	N0	M0
	T2	N0	M0
Stade IIA	T3	N0	M0
Stade IIB	T4a	N0	M0
Stade IIC	T4b	N0	M0
Stade III	Tous T	N1, N2	M0
Stade IIIA	T1, T2	N1	M0
	T1	N2a	M0
Stade IIIB	T3, T4a	N1	M0
	T2, T3	N2a	M0
	T1, T2	N2b	M0
Stade IIIC	T4a	N2a	M0
	T3, T4a	N2b	M0
	T4b	N1, N2	M0
Stade IVA	Tous T	Tous N	M1a
Stade IVB	Tous T	Tous N	M1b

Annexe 3. Prescription – encadrement réglementaire

Le protocole de traitement prescrit doit être conforme à l'encadrement réglementaire des produits qu'il comprend. Les molécules sont prescrites conformément à leur autorisation de mise sur le marché (AMM) ou dans le cadre d'un essai clinique.
Pour des situations plus rares, en attente d'une AMM dans l'indication concernée, la prescription peut se référer à une autorisation temporaire, que ce soit dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) pour les molécules non commercialisées, ou d'un protocole thérapeutique temporaire (PTT) pour celles bénéficiant d'une AMM par ailleurs.
Enfin, à défaut et par exception, pour les situations non prévues par la réglementation, le prescripteur porte au dossier médical l'argumentation qui l'a conduit à sa prescription, en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications des revues internationales à comité de lecture.

Référentiels de bon usage (RBU)
Les référentiels de bon usage (RBU) définissent pour les molécules remboursées en sus des prestations d'hospitalisation les indications thérapeutiques relevant de leur AMM ou de protocoles thérapeutiques temporaires (PTT) qui sont des situations de prescription hors AMM temporairement acceptables.
Ces PTT concernent des molécules bénéficiant déjà d'une autorisation de mise sur le marché dans une indication autre que celle ici concernée, en attente de leur extension d'indication.
Les PTT sont prévus par le décret n° 2005-1023 du 24 août 2005, modifié par le décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008, relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du Code de la sécurité sociale.
Les référentiels de bon usage et protocoles thérapeutiques temporaires en cancérologie sont disponibles sur le site de l'Institut National du Cancer : http://www.e-cancer.fr et sur celui de l'Afssaps : http://www.afssaps.fr/.

Autorisation temporaire d'utilisation (ATU)
L'Afssaps délivre à titre exceptionnel, conformément à l'article L. 5121-12 du Code de la santé publique, des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) pour des spécialités pharmaceutiques ne bénéficiant pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France. Les ATU sont disponibles sur le site de l'Afssaps http://www.afssaps.fr/.

Annexe 4. Prise en charge de la douleur

La recherche de manifestations douloureuses doit être systématique chez tout patient atteint d'un cancer dès l'annonce du diagnostic et tout au long du suivi. La prise en charge de la douleur implique une évaluation globale de la personne, notamment de sa qualité de vie (fatigue, incapacités, anxiété, dépression, troubles du sommeil).
Le traitement est adapté à la nature de la douleur, au contexte et au terrain. La douleur peut être due au cancer et/ou aux traitements mis en œuvre. La douleur liée aux soins ou aux examens doit être prévenue.
Les principes de la prise en charge médicamenteuse sont décrits ci-dessous. Les approches non pharmacologiques (kinésithérapie notamment) peuvent aussi être utiles. En cas de symptômes douloureux insuffisamment contrôlés ou nécessitant une prise en charge particulière (neurostimulation électrique transcutanée par exemple), le patient sera orienté vers un médecin ou une structure spécialisée.

1. Douleurs par excès de nociception (mécanisme classique de la douleur - lésions de tissus provoquant un influx douloureux transmis par un système nerveux intact)
- ⇨ répondent aux antalgiques
- ⇨ co-antalgiques parfois nécessaires : corticoïdes, topiques locaux (anesthésiques, cicatrisants, AINS), antispasmodiques, bisphosphonates.

<u>Échelle antalgique de l'OMS</u>

- Palier 1 : paracétamol, AINS.
- Palier 2 (opioïdes faibles) : codéine, dihydrocodéine, tramadol
- Palier 3 (opioïdes forts) : sulfate de morphine, chlorhydrate de morphine, fentanyl, buprénorphine, chlorhydrate d'oxycodone et chlorhydrate d'hydromorphone

Dans tous les cas, réévaluation rapide (efficacité, effets indésirables) pour adaptation traitement (idéalement 48 h)

Traitement opioïde :
- Dose plafond au palier 2, pas de limite de dosage au palier 3
- Palier 3 : traitement sur mesure (titration du dosage)
- Prévenir si possible les effets indésirables (en particulier au palier 3 : constipation, nausées, etc.)

2. Douleurs neuropathiques (ressenties comme des décharges électriques, des élancements, des sensations de brûlure, des sensations de froid douloureux et des picotements dans le territoire de nerfs atteints)
- ⇨ traitement première ligne par gabapentinoïdes (gabapentine, prégabaline) ou antidépresseurs tricycliques (imipramine, amitryptiline, clomipramine)

3. Douleurs mixtes (nociceptives + neuropathiques) : tramadol, oxycodone, sulfate de morphine : possible en monothérapie en première intention

Références

American Society of Clinical Oncology recommendations on adjuvant chemotherapy for stage II colon cancer. 2004 Benson AB, Schrag D, Somerfield MR, Cohen AM, Figueredo AT, Flynn PJ et al. J Clin Oncol; 22:3408-3419.

Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland (ACPGBI). Guidelines for the Management of Colorectal Cancer - 3rd edition [online]. 2007. Disponible: URL: http://www.acpgbi.org.uk/assets/documents/COLO_guides.pdf.

Alazmi WM, McHenry L, Watkins JL, Fogel EL, Schmidt S, Sherman S et al. Chemotherapy-induced sclerosing cholangitis: long-term response to endoscopic therapy. Journal of Clinical Gastroenterology 2006;40(4):353-7.

Anthony T. Colorectal cancer follow-up in 2005. Surgical Oncology Clinics of North America 2006;15(1):175-93.

Arditi C, Gonvers JJ, Burnand B, Minoli G, Oertli D, Lacaine F et al. Appropriateness of colonoscopy in Europe (EPAGE II). Surveillance after polypectomy and after resection of colorectal cancer. Endoscopy 2009;41(3):209-17.

Augestad KM, Vonen B, Aspevik R, Nestvold T, Ringberg U, Johnsen R et al. Should the surgeon or the general practitioner (GP) follow up patients after surgery for colon cancer? A randomized controlled trial protocol focusing on quality of life, cost-effectiveness and serious clinical events. BMC Health Services Research 2008;8137, 2008.

BC Cancer Agency. Colon and rectum [online]. 2005. Disponible: URL: http://www.bccancer.bc.ca/HPI/CancerManagementGuidelines/Gastrointestinal/default.htm

Beaver K, Latif S, Williamson S, Procter D, Sheridan J, Heath J et al. An exploratory study of the follow-up care needs of patients treated for colorectal cancer. Journal of Clinical Nursing 2010;19(23-24):3291-300.

Birgisson H, Pahlman L, Gunnarsson U, Glimelius B. Late adverse effects of radiation therapy for rectal cancer - a systematic overview. Acta Oncologica 2007;46(4):504-16.

Brooks DD, Winawer SJ, Rex DK, Zauber AG, Kahi CJ, Smith RA et al. Colonoscopy surveillance after polypectomy and colorectal cancer resection. American Family Physician 2008;77(7):995-1002.

Chan K, Welch S, Walker-Dilks C. PET Imaging in Colorectal Cancer: Recommendations [online]. Cancer Care Ontario (CCO). 2009. Disponible: URL: http://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=43123.

Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CÉPO). Guide d'utilisation du cétuximab (IMC-C225, Erbitux®) pour le traitement du cancer colorectal métastatique [online]. 2006. Disponible: URL:

http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/index.php?aid=29.

Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CÉPO). Résection du cancer du côlon : comparaison de la chirurgie par laparoscopie à la chirurgie ouverte [online]. 2010. Disponible: URL: http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?f=dbd44b20b68a315eaa8f4b9a76dbd8b8&PHPSESSID=f994192a0c5f9018dd14c4194974dabb.

Cooper K, Squires H, Carroll C, Papaioannou D, Booth A, Logan RF et al. Chemoprevention of colorectal cancer: systematic review and economic evaluation [online]. 2010. Disponible: URL:

http://www.hta.ac.uk/project/1696.asp

De Haas-Kock DF, Buijsen J, Pijls-Johannesma M, Lutgens L, Lammering G, van Mastrigt GA et al. Concomitant hyperthermia and radiation therapy for treating locally advanced rectal cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009;(3):CD006269.

Des Guetz G., Uzzan B, Morere JF, Perret G, Nicolas P. Duration of adjuvant chemotherapy for patients with non-metastatic colorectal cancer. Cochrane Database Syst Rev 2010;(1):CD007046.

Dutch Association of Comprehensive Cancer Centres (ACCC). Rectal cancer [online]. Oncoline. 2008. Disponible: URL: http://www.oncoline.nl/richtlijn/item/pagina.php?richtlijn_id=598.

Fernandez-Esparrach G, Bordas JM, Giraldez MD, Gines A, Pellise M, Sendino O et al. Severe complications limit long-term clinical success of self-expanding metal stents in patients with obstructive colorectal cancer. American Journal of Gastroenterology 2010;105(5):1087-93.

Figueredo A, Coombes ME, Mukherjee S. Adjuvant therapy for completely resected stage II colon cancer. Cochrane Database Syst Rev 2008;(3):CD005390.

Gall CA, Weller D, Esterman A, Pilotto L, McGorm K, Hammett Z et al. Patient satisfaction and health-related quality of life after treatment for colon cancer. Diseases of the Colon & Rectum 2007;50(6):801-9.

Garcia-Carbonero R, Gomez Espana MA, Casado SE, Alonso O, V, Cervantes RA, Gallego PJ et al. SEOM clinical guidelines for the treatment of advanced colorectal cancer. Clinical & Translational Oncology: Official Publication of the Federation of Spanish Oncology Societies & of the National Cancer Institute of Mexico 2010;12(11):729-34.

Germond C, Maroun J, Zwaal C, Wong S, the Gastrointestinal Disease Site Group. Use of Raltitrexed (Tomudex) in the Management of Metastatic Colorectal Cancer [online]. Cancer Care Ontario (CCO). 2005. Disponible: URL: http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc2-17f.pdf.

Glimelius B, Pahlman L, Cervantes A. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 2010;21(Supp 5):v82-v86.

Haggstrom DA, Imperiale TF. Surveillance approaches among colorectal cancer survivors after curative-intent. Minerva Gastroenterologica e Dietologica 2009;55(4):483-500.

Hanks H, Veitch C, Harris M. Colorectal cancer management - the role of the GP. Australian Family Physician 2008;37(4):259-61.

Haute Autorié de Santé (HAS). Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France [online]. 2008. Disponible: URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/synthese_-_place_des_tests_immunologiques_de_recherche_de_sang_occulte_dans_les_selles_ifobt.pdf.

Haute Autorié de Santé (HAS). Coloscopie virtuelle : méta-analyse des performances diagnostiques, indications et conditions de réalisation : avis sur les actes [online]. 2010. Disponible: URL: http://www.snfge.asso.fr/01-Bibliotheque/0D-Pratiques-cliniques/HAS/avis_coloscopie_virtuelle-2010.pdf.

Haute Autorité de Santé (HAS). Dépistage de l'infection à *Helicobacter pylori* : Pertinence et populations concernées – Avril 2010. Disponible: URL: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_976382/depistage-de-linfection-a-helicobacter-pylori-pertinence-et-populations-concernees

Horak L, Stukavec V, Grill R, Kubecova M, Duchac V. Transrectal stent in endoscopic palliative therapy of malignant stenosis of the rectum. Hepato-Gastroenterology 2008;55(85):1257-9.

Ikeda Y, Kishihara F, Saitsu H, Saku M, Maehara Y. Second primary cancer after surgery for colorectal cancer without lymph node metastasis. Hepato-Gastroenterology 2007;54(79):1962-5.

Institut de Veille Sanitaire (InVS), Institut National du Cancer (INCa), Réseau Francim, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm), Hospices civils de Lyon (HCL). Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010 - Estomac [online]. 05/05/2010. Disponible: URL: http://www.invs.sante.fr/applications/cancers/projections2010/donnees_localisation/estomac.pdf.

Institut National du Cancer (INCa). Démarches sociales et cancer. Juillet 2009. Disponible: URL: http://www.e-cancer.fr/expertises-publications-de-l-inca/guides-cancer-info-pour-les-patients

Institut National du Cancer (INCa). Fiche repère « Nutrition et prévention des cancers ». Juillet 2009. Disponible: URL: http://www.e-cancer.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=2428&Itemid=1122

Institut National du Cancer (INCa). Chirurgie prophylactique des cancers avec prédisposition génétique - SYNDROME HNPCC / lynch. Août 2009. Disponible: URL: http://www.e-cancer.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=2370&Itemid=153

Institut National du Cancer (INCa). Chirurgie prophylactique des cancers avec prédisposition génétique – Polypose adénomateuse familiale et polypose liée À MYH. Août 2009. Disponible: URL: http://www.e-cancer.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=2370&Itemid=153

Institut National du Cancer (INCa). Données minimales à renseigner pour une tumeur primitive. Décembre 2009. Disponible: URL: http://www.e-cancer.fr/soins/lanatomopathologie#compte-rendu

Institut National du Cancer (INCa). Survie attendue des patients atteints de cancers en France : état des lieux [online]. Avril 2010. Disponible: URL: http://www.e-cancer.fr/les-soins/4211-survie-des-patients-atteints-de-cancers-en-france-linca-dresse-un-etat-des-lieux

Institut National du Cancer (INCa). Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France [online]. Novembre 2010. Disponible: URL: http://www.e-cancer.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=4703&Itemid=2834

Institut National du Cancer (INCa). Fiche repère "Cancers et tabac". Avril

2011. Disponible: URL: http://www.e-cancer.fr/prevention/facteurs-de-risque-et-de-protection/tabac/

Jonker D, Rumble RB, Maroun J, the Gastrointestinal Disease Site Group. The Role of Oxaliplatin Combined with 5-Fluorouracil and Folinic Acid in the First and Second-line Treatment of Advanced Colorectal Cancer: A Clinical Practice Guideline [online]. Cancer Care Ontario (CCO). 2006. Disponible: URL: http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc2-22f.pdf.

Jonker D, Spithoff K, Maroun J, the Gastrointestinal Disease Site Group. Adjuvant Systemic Chemotherapy for Stage II and III Colon Cancer Following Complete Resection: Guideline Recommendations [online]. Cancer Care Ontario (CCO). 2008. Disponible: URL: http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc2-29f.pdf.

Labianca R, Nordlinger B, Beretta GD, Brouquet A, Cervantes A. Primary colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up. Ann Oncol 2010;21 Suppl 5:v70-v77.

Manchon Walsh P, Borras JM, Ferro T, Espinas JA, Colorectal Cancer OncoGuia Group. Colorectal Cancer OncoGuia. Clinical & Translational Oncology: Official Publication of the Federation of Spanish Oncology Societies & of the National Cancer Institute of Mexico 2010;12(3):188-210.

Moloo H, Haggar F, Coyle D, Hutton B, Duhaime S, Mamazza J et al. Hand assisted laparoscopic surgery versus conventional laparoscopy for colorectal surgery. Cochrane Database Syst Rev 2010;(10):CD006585.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Colon cancer v.3.2011 [online]. 2011. Disponible: URL: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#site.

National Health and Medical Research Council (NHMRC). Clinical Practice Guidelines for the prevention, early detection and detection and management of colorectal cancer [online]. 2005. Disponible: URL: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp106/cp106.pdf.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Interventional procedure overview of preoperative high dose rate brachytherapy for rectal cancer [online]. 2006. Disponible: URL: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11283/31688/31688.pdf.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Irinotecan, oxaliplatin and raltitrexed for the treatment of advanced colorectal cancer [online]. 2008. Disponible: URL: www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/TA93Guidance.pdf.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Capecitabine and oxaliplatinin the adjuvant treatment of stage III (Dukes' C) colon cancer [online]. 2009. Disponible: URL: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11574/33265/33265.pdf.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Cetuximab for the first-line treatment of metastatic colorectal cancer [online]. 2009. Disponible: URL: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12216/45198/45198.pdf.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Bevacizumab and cetuximab for the

treatment of metastatic colorectal cancer [online]. 2009. Disponible: URL: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11612/33930/33930.pdf.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Laparoscopic surgery for colorectal cancer (review) [online]. 2009. Disponible: URL: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11588/33495/33495.pdf.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Bevacizumab in combination with oxaliplatin and either fluorouracil plus folinic acid or capecitabine for the treatment of metastatic colorectal cancer [online]. 2010. Disponible: URL: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13291/52091/52091.pdf.

Pachler J, Wille-Jorgensen P. Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent colostomy [Update of: Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3):CD004323. PMID: 15266529]. Cochrane Database Syst Rev 2005;(2):CD004323.

Pollack J, Holm T, Cedermark B, Altman D, Holmstrom B, Glimelius B et al. Late adverse effects of short-course preoperative radiotherapy in rectal cancer. British Journal of Surgery 2006;93(12):1519-25.

Pucciarelli S, Gagliardi G, Maretto I, Lonardi S, Friso ML, Urso E et al. Long-term oncologic results and complications after preoperative chemoradiotherapy for rectal cancer: a single-institution experience after a median follow-up of 95 months. Annals of Surgical Oncology 2009;16(4):893-9.

Réseau de cancérologie de Midi-Pyrénées (ONCOMIP). Référentiel régional de prise en charge - Cancers coliques, cancers rectaux, métastases hépatiques et carcinose péritonéale d'origine colorectale [online]. 2011. Disponible: URL: http://oncomip.org/fr/espace-professionnel/referentiels/colon-rectum-12/

Rex DK, Kahi CJ, Levin B, Smith RA, Bond JH, Brooks D et al. Guidelines for colonoscopy surveillance after cancer resection: a consensus update by the American Cancer Society and US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. CA Cancer J Clin 2006;56(3):160-7.

Royal College of Radiologists (RCR). Recommendations for Cross-Sectional Imaging in Cancer Management [online]. 2006. Disponible: URL: http://www.rcr.ac.uk/docs/oncology/pdf/Cross_Sectional_Imaging_12.pdf.

Saif MW. Managing bevacizumab-related toxicities in patients with colorectal cancer. The Journal of Supportive Oncology 2009;7(6):245-51.

Sartori CA, D'Annibale A, Cutini G, Senargiotto C, D'Antonio D, Dal Pa et al. Laparoscopic surgery for colorectal cancer: clinical practice guidelines of the Italian Society of Colorectal Surgery. Techniques in Coloproctology 2007;11(2):97-104.

Schmiegel W, Pox C, Arnold D, Porschen R, Rodel C, Reinacher-Schick A et al. Colorectal carcinoma: the management of polyps, (neo)adjuvant therapy, and the treatment of metastases. Deutsches Arzteblatt International 2009;106(51-52):843-8.

Simunovic M, Stewart L, Zwaal C, Johnston M, the Diagnostic Imaging Guidelines Panel. Cross-Sectional Imaging in Colorectal Cancer [online]. Cancer Care Ontario (CCO). 2006. Disponible: URL:

http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebcdicrc.pdf.

Smith AJ, Driman DK, Spithoff K, Hunter A, McLeod RS, Simunovic M et al. Guideline for optimization of colorectal cancer surgery and pathology. Journal of Surgical Oncology 2010;101(1):5-12.

Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE). Cancer du rectum [online]. Thésaurus national de cancérologie digestive (TNCD). 2007. Disponible: URL: http://www.tncd.org/.

Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE). Cancer du côlon [online]. Thésaurus national de cancérologie digestive (TNCD). 2011. Disponible: URL: http://www.tncd.org/.

Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE). Cancer du côlon métastatique [online]. Thésaurus national de cancérologie digestive (TNCD). 2010. Disponible: URL: http://www.tncd.org/.

Sturgeon CM, Duffy MJ, Stenman UH, Lilja H, Brunner N, Chan DW et al. National Academy of Clinical Biochemistry laboratory medicine practice guidelines for use of tumor markers in testicular, prostate, colorectal, breast, and ovarian cancers. Clinical Chemistry 2008;54(12):e11-e79.

Tappenden P, Jones R, Paisley S, Carroll C. Systematic review and economic evaluation of bevacizumab and cetuximab for the treatment of metastatic colorectal cancer [online]. 2007. Disponible: URL: http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1112.pdf.

Tiv M, Puyraveau M, Mineur L, Calais G, Maingon P, Bardet E et al. Long-term quality of life in patients with rectal cancer treated with preoperative (chemo)-radiotherapy within a randomized trial. Cancer Radiotherapie 2010;14(6-7):530-4.

Van GA. Guidelines for colorectal cancer screening-a puzzle of tests and strategies. Acta Clinica Belgica 2010;65(6):433-6.

Wagner AD, Arnold D, Grothey AA, Haerting J, Unverzagt S. Anti-angiogenic therapies for metastatic colorectal cancer. Cochrane Database Syst Rev 2009;(3):CD005392.

Wattchow DA, Weller DP, Esterman A, Pilotto LS, McGorm K, Hammett Z et al. General practice vs surgical-based follow-up for patients with colon cancer: randomised controlled trial. British Journal of Cancer 2006;94(8):1116-21.

Welch S, Kocha W, Rumble RB, Spithoff K, Maroun J, the Gastrointestinal Disease Site Group. The Role of Bevacizumab (Avastin®) Combined With Chemotherapy in the Treatment of Patients With Advanced Colorectal Cancer: Guideline Recommendations [online]. Cancer Care Ontario (CCO). 2008. Disponible: URL: http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc2-25f.pdf.

Wong R, Berry S, Spithoff K, Simunovic M, Chan K, Agboola O et al. Preoperative or Postoperative Therapy for the Management of Patients with Stage II or III Rectal Cancer: Guideline Recommendations [online]. Cancer Care Ontario (CCO). 2008. Disponible: URL: http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc2-4f.pdf.

Wong RK, Berry S, Spithoff K, Simunovic M, Chan K, Agboola O et al. Preoperative or postoperative therapy for stage II or III rectal cancer: an updated practice guideline. Clinical Oncology (Royal College of Radiologists) 2010;22(4):265-71.

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

ISBN : 978- 2- 11- 128514- 9