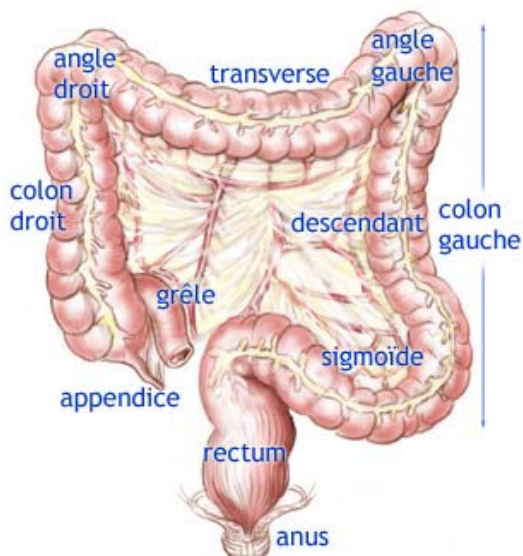


Cette notice d'information est destinée aux patients. Elle a pour but d'expliquer le plus simplement possible mais avec rigueur ce que sont les tumeurs du rectum et du colon et quelle attitude il faut adopter pour leur dépistage, leur diagnostic, leur traitement et leur surveillance. **Elle n'est pas exhaustive et seul votre médecin pourra vous donner des explications plus personnelles.**

### Introduction



Le gros intestin ou colon est la dernière partie du tube digestif ; il se termine par le rectum qui s'abouche dans l'anus (voir ci-contre).

Les tumeurs du colon et du rectum sont de même nature, c'est pourquoi nous les traiterons ensemble. En effet la seule chose qui les distingue est leur localisation anatomique ce qui explique qu'une même tumeur pourra se manifester différemment selon qu'elle est située dans le rectum, près de l'anus, ou beaucoup plus à distance dans le colon ; néanmoins leurs dépistages, leurs diagnostics et leurs traitements sont très proches même s'il existe quelques particularités propres aux tumeurs du rectum.

On distingue les polypes bénins et les cancers.

Les cancers du colon et du rectum (ou cancers colorectaux) sont fréquents et posent un problème de santé publique. Leurs survie globale tout stade confondus n'est que de 35 % à cinq ans. Or plus le diagnostic est précoce meilleures sont les chances de survie ; ainsi un cancer traité à son stade tout initial est guéri dans 100 % des cas. On comprend donc l'importance que revêt le dépistage de ces cancers à un stade précoce et mieux encore le dépistage des polypes colorectaux qui sont des lésions pré-cancéreuses.

### I Les tumeurs colorectales sont de deux types :

- Les tumeurs bénignes ou adénomes, communément mais improprement appelés polypes ; nous utiliserons indifféremment les deux termes.
- Les tumeurs malignes ou cancer.

Ces deux types de tumeur naissent de la couche la plus superficielle de la muqueuse intestinale, couche appelée épithélium. Elles se développent en proliférant dans la lumière intestinale (schéma 2). Elles sont donc facilement accessibles à un examen endoscopique (coloscopie) qui consiste à introduire un tube souple muni d'un système vidéo qui permet de visualiser sur un écran, la lumière du rectum et de la totalité du colon (schéma 3).

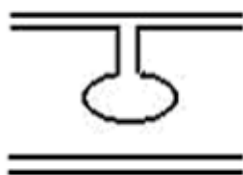


Schéma 2

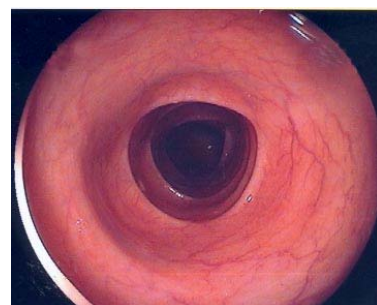


Schéma 3

## II Existe-t-il un rapport entre polypes (adénomes) et cancer ?

---

La filiation entre adénome et cancer colorectal ne fait plus de doute. Environ 80 % des cancers colorectaux naissent à partir d'un adénome bénin. Ainsi le dépistage des adénomes du rectum et du colon et leur ablation complète permet de prévenir la survenue d'un cancer. L'incidence du cancer colorectal est diminuée de 85 à 90 % après exérèse d'adénomes. Ceci est vrai non seulement à l'échelle d'un individu mais également en terme de santé publique dans le cadre d'un dépistage de masse.

## III Fréquence des adénomes et des cancers colo-rectaux.

---

Les adénomes sont très fréquents ; leur prévalence augmente avec l'âge : elle est d'environ 7% entre 45 et 49 ans, 15 % entre 50 et 59 ans et de 20 % entre 65 et 69 ans. Les taux sont encore plus élevés dans les séries autopsiques, jusqu'à 33 % entre 65 et 74 ans selon les registres de la Côte d'Or.

Les cancers colorectaux sont évidemment beaucoup plus rares que les adénomes. Ils se situent cependant au premier rang des cancers pour les deux sexes. Environ 35 000 nouveaux cas et 17 000 décès sont recensés chaque année en France. Le risque cumulé moyen en occident est d'environ 5 %.

## IV) Tous les polypes dégénèrent-ils en cancer ?

---

Seulement une petite proportion d'adénomes se transforment en cancer. La taille est un facteur important dans le risque de transformation maligne d'un adénome : pratiquement inexistant si l'adénome est inférieur à 1 cm, d'environ 10 % si l'adénome mesure de 1 à 2 cm et proche de 30 % si l'adénome est supérieur à 2 cm.

Il est très difficile d'estimer le laps de temps nécessaire à la transformation maligne d'un adénome. Certaines données permettent d'avancer un intervalle de temps moyen d'environ 10 ans.

## V) Comment les polypes dégénèrent-ils en cancer ?

---

La dégénérescence d'un polype se fait d'abord par sa partie la plus superficielle, au niveau de l'épithélium de surface (cf. supra). Peu à peu, il envahit successivement les couches plus profondes jusqu'à atteindre puis franchir la paroi de l'intestin et ensuite essaimer vers les ganglions situés à proximité de l'intestin (schéma 4) ; l'essaimage se fait ensuite vers le foie et les poumons. Plus le diagnostic de cancer est précoce, c'est à dire moins la paroi est envahie, meilleur est le pronostic. Lorsque la transformation maligne ne touche encore que la partie superficielle, l'ablation du polype en zone encore saine peut être suffisante pour une guérison complète.



Schéma 4

## VI Quel est le risque de développer un cancer colorectal ?

---

Le risque de développer un adénome et un cancer colorectal n'est pas le même pour tous les individus car il est probable qu'il existe une prédisposition génétique.

On peut distinguer dans la population générale différents groupes à risques de développer un cancer colorectal : groupe à risque moyen, groupe à risque élevé et groupe à risque très élevé.

a) Les sujets à risque moyen sont tous les individus de plus de 50 ans des deux sexes.

b) Les sujets à risque élevé sont :

- Les parents du premier degré de sujets atteints de cancer colorectal ; ce risque augmente avec le nombre d'apparentés atteints : lorsqu'il existe un apparenté atteint le risque est multiplié par deux par rapport à la population générale ; lorsqu'il existe deux apparentés atteints le risque est multiplié par cinq surtout si le sujet atteint est jeune, âgé de moins de 50 ans.

- De la même manière des antécédents familiaux d'adénome colorectal augmentent le risque de développer un cancer colorectal et ceci d'autant plus que le sujet témoin est jeune.
- Les sujets ayant eux-mêmes des antécédents personnels de tumeurs colorectales.

c) Les sujets à risque très élevés :

Dans moins de 5 % des cas les cancers colorectaux surviennent dans un contexte familial de maladie héréditaire ou le facteur génétique a été clairement établi et les gènes en cause identifiés. Actuellement deux maladies associées aux gènes majeurs de susceptibilité du cancer colorectal ont été identifiés : la polypose adénomateuse familiale et le cancer colique héréditaire sans polypose.

## **VII Existe-il un rapport entre l'alimentation et le risque de développer une tumeur colorectale ?**

---

De très nombreuses études se sont intéressées à ce problème. Elles suggèrent que les facteurs alimentaires jouent un rôle dans la survenue des tumeurs colorectales. Il existe parfois des discordances entre ces études et aucune conclusion définitive ne peut être tirée. Cependant plusieurs données convergentes ont mis en évidence certaines associations : un apport calorique élevé, une vie sédentaire, un excès de poids sont des facteurs de risque. Le rôle favorisant des graisses, des viandes grasses, des sucres doit être confirmé. L'alcool et le tabac seraient impliqués comme facteurs favorisant. Parmi les aliments protecteurs, le rôle des légumes semble le mieux établi. Aucune conclusion ne peut être tirée du rôle des fibres et du calcium.

## **VIII Existe-t-il des médicaments susceptibles de prévenir la survenue des tumeurs colorectales ?**

---

L'aspirine et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (c'est à dire sans cortisone) sont associés à une diminution du risque de polypes et de cancer colorectaux. Mais pour que cet effet apparaisse la consommation d'aspirine doit être ancienne et régulière. Ces effets restent à confirmer et à l'heure actuelle aucune recommandation ne peut être faite pour administrer de l'aspirine en traitement préventif.

## **IX Circonstances du diagnostic des tumeurs colorectales.**

---

1) circonstances de diagnostic des adénomes colorectaux :

Dans la quasi totalité des cas, les adénomes ne sont à l'origine d'aucun symptôme. Dans de rares cas, de gros adénomes peuvent, s'ils sont situés assez bas, être à l'origine d'un saignement visible à l'œil nu. Le diagnostic des adénomes se fait à l'occasion d'une coloscopie. La motivation de la demande de la coloscopie est variable :

- démarche individuelle de dépistage chez un sujet à risque moyen.
- recherche positive de sang dans les selles à l'occasion d'un test de dépistage (cf. infra).
- Dépistage systématique chez un sujet appartenant à un groupe à risque élevé ou très élevé (cf. supra)
- Symptômes digestifs faisant craindre autre chose qu'un simple adénome et en particulier un cancer (cf. ci-dessous). Si la coloscopie ne retrouve qu'un adénome, celui-ci ne peut être tenu pour responsables des symptômes

2) circonstances de diagnostic des cancers colorectaux :

- les cancers colorectaux peuvent être diagnostiqués soit devant l'apparition de symptômes digestifs, soit au cours d'un dépistage systématique individuel, ou au cours d'un dépistage de masse. Ils restent longtemps sans aucun symptôme ; lorsque les symptômes surviennent le cancer est déjà évolué, d'où l'intérêt du dépistage.

- Les symptômes faisant évoquer un cancer du colon sont des symptômes digestifs (constipation, diarrhée, alternance des deux, douleurs abdominales, ballonnements, saignements) ou généraux (fièvre, amaigrissement, altération de l'état général) et assez fréquemment une anémie par saignement occulte. Mais il faut bien comprendre que ces symptômes ne sont pas spécifiques ; très nombreux sont les gens qui souffrent de constipation, ballonnements, douleurs abdominales sans pour autant avoir un cancer. Très nombreux sont les gens qui présentent des saignements tout simplement en rapport avec des hémorroïdes. Cependant la coloscopie reste indispensable pour éliminer formellement un cancer.

- Les symptômes amenant au diagnostic de cancer du rectum peuvent être les mêmes que ceux du cancer du colon, mais sa localisation basse explique la survenue fréquente d'autres symptômes : saignements (appelés rectorragies), émission de glaires, faux besoins d'aller à la selle, douleurs ano-rectales.

- Comme pour les adénomes les cancers colorectaux peuvent être diagnostiqués à l'occasion d'un dépistage individuel chez un sujet à risque moyen, élevé ou très élevé (cf. supra).

- Mais il peut également s'agir d'un examen demandé pour la découverte de sang occulte (c'est à dire invisible à l'œil nu) lors d'un examen de selles. Cet examen s'appelle un test Hémocult. Ce test mérite d'être commenté car ses résultats sont très souvent mal compris et mal interprétés ; un test positif engendrant parfois un sentiment d'angoisse souvent sans fondements et à l'inverse un test négatif donnant un sentiment de fausse sécurité. Un certain nombre de points sont importants à comprendre :

- La recherche de sang occulte dans les selles s'adresse à la population à risque moyen (c'est à dire tous les hommes et les femmes de plus de 50 ans).

- Elle ne s'adresse donc pas aux sujets à risque élevés (antécédents familiaux ou personnels d'adénome ou de cancer colorectal) ou très élevés (cancers héréditaires), chez qui une coloscopie d'emblée est indiquée.

- Elle n'a de sens que dans le cadre d'un dépistage de masse de la population.

- Elle ne constitue pas un mode de prévention individuel efficace ; En effet la sensibilité de la méthode n'est que de 50 % pour le diagnostic de cancer (c'est à dire qu'un cancer sur deux ne sera pas diagnostiqué).

- Elle est destinée à dépister les cancers colorectaux et les adénomes de plus d'un cm de diamètre.

Globalement les différentes études sur des dizaines de milliers de patients faites en Europe occidentale retrouvent les mêmes chiffres : La positivité du test est d'environ 4 % (c'est à dire que 4 % des individus testés auront un test positif). Ces sujets positifs subiront une coloscopie qui découvrira environ 8% de cancers et 12 % d'adénomes. Donc environ 80% des sujets positifs auront une coloscopie normale. Prenons un exemple chiffré qui sera plus parlant : sur 10 000 sujets testés 400 seront positifs ; une coloscopie chez ces 400 individus retrouvera 32 cancers colorectaux et 48 adénomes.

L'Hémocult permet de réduire la mortalité par cancer rectocolique de 15 % et de 18 % respectivement après 7.5 et 10 ans de dépistage biennal (c'est à dire pratiqué tous les deux ans). La diminution de la mortalité s'explique d'une part par le dépistage de cancers à un stade plus précoce que dans la population non testée et d'autre part par le dépistage d'adénomes de grande taille avant leurs transformations malignes.

La fausse positivité du test peut s'expliquer par une autre cause de saignement (hémorroïdes, fissure anale) ou par la présence dans les selles d'hémoglobine animale également détectée (viande rouge), mais aussi de certaines substances présentes dans différents aliments et médicaments pouvant donner de faux positifs (navet, radis, betteraves, ananas, aspirine, fer, anti-inflammatoires, vitamine C). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, dans les jours qui précèdent le test et pendant le test ces médicaments doivent être proscrits ainsi que ces aliments et la viande rouge.

## **X La coloscopie permet d'établir de manière certaine le diagnostic de tumeur colorectale.**

---

Si la tumeur est située dans la partie basse du rectum, elle est accessible au toucher rectal et dans ce cas le diagnostic est d'emblée évident mais une coloscopie est quand même indispensable comme nous le verrons. Lorsque la tumeur est plus haut située, elle devient inaccessible à l'examen digital et seul l'examen endoscopique pourra la visualiser. Cet examen, la coloscopie, permet d'examiner, le rectum et la totalité du colon, de visualiser la tumeur, de l'enlever dans presque tous les cas s'il s'agit d'un polype, d'effectuer des prélèvements (biopsies) en cas de cancer ; l'examen au microscope de ces prélèvements (appelé examen histologique) est nécessaire pour affirmer le diagnostic de cancer. La coloscopie permet en outre de rechercher une deuxième tumeur et d'effectuer l'ablation de polypes éventuellement associés à un cancer.

La coloscopie permet de visualiser la totalité du colon dans 95 % des cas.

## **XI Existe-il d'autres moyens que la coloscopie pour faire le diagnostic des tumeurs colorectales ?**

---

Une nouvelle technique de scanner permettant le traitement des images par un logiciel permet une représentation spatiale des organes creux réalisant une coloscopie virtuelle. Comme pour la coloscopie elle ne dispense pas de la préparation du colon ; une distension aérienne est nécessaire et peut rendre désagréable voire douloureux l'examen. Elle ne permet pas de faire des prélèvements, ni l'ablation dans le même temps des polypes. Ainsi toute anomalie notée devra faire l'objet d'une coloscopie. Cet examen peut être proposé pour le dépistage de polypes chez des sujets à risques moyens (cf. supra) ne se plaignant d'aucuns symptômes.

## XII Lorsque le diagnostic de tumeur colorectale a été porté, faut-il faire d'autres investigations ?

Il faut effectuer un bilan d'extension de la maladie uniquement en cas de cancer. Ce bilan recherche d'une part un essaimage de la tumeur à distance (métastases) au niveau du foie et des poumons ; on pratiquera une radiographie pulmonaire, une échographie abdominale et un scanner. En outre, en cas de cancer rectal, un bilan d'extension de la tumeur au travers de la paroi rectale (en pratiquant une echoendoscopie rectale) est nécessaire car elle peut modifier l'attitude thérapeutique.

## XIII Traitement

### 1) Traitement des adénomes

Le traitement des polypes consiste en leur ablation.

Deux règles sont indispensables à respecter :

- a) L'ablation doit être complète.
- b) Après les avoir retirés il faut en faire une étude histologique au microscope pour s'assurer de leur bénignité.

Cette ablation se fait en règle au cours de la coloscopie de dépistage. Les modalités d'exérèse des polypes varient en fonction de leur configuration anatomique et de leur taille. Il existe deux types anatomiques de polypes :

- des polypes dits pédiculés, qui, comme leur nom l'indique, possèdent un pied qui les relie à la paroi intestinale dont ils sont issus (schéma 5). Ces polypes même de grande taille (plusieurs centimètres) peuvent être enlevés par voie endoscopique grâce à un fil électrique disposé dans une gaine en plastique qui est introduite au travers du canal opératoire du coloscope ; Le fil électrique est manipulé par l'intermédiaire d'une poignée, il est sorti de sa gaine et disposé comme un lasso qui enserre le pied du polype et le coupe en faisant passer un courant électrique (schéma 6).

- des polypes dits sessiles, qui sont aplatis sur la muqueuse et ne possèdent pas de pied individualisable (schéma 7). Dans ce cas, si le polype est de petite taille (quelques mm) il est aisément enlevé par petits fragments successifs grâce à une pince. Si le polype est de grande taille, la pince ne suffira plus et deux options se présentent : a) Une technique dite de mucosectomie qui consiste à injecter, grâce à une aiguille fine, du sérum physiologique dans la paroi intestinale sous le polype afin de le surélever et de pouvoir le retirer comme un polype pédiculé. b) l'intervention chirurgicale si le polype est vraiment trop gros ou si l'on suspecte la présence de cellules cancéreuses.



Schéma 5



Schéma 7

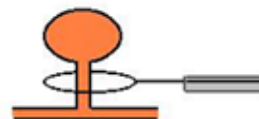


Schéma 6

### 2) Traitement des cancers colorectaux

Le traitement des cancers colorectaux est chirurgical. La chimiothérapie et la radiothérapie ne sont que des traitements d'appoint ou parfois seulement palliatifs.

Il faut distinguer le traitement des cancers du rectum des cancers du colon.

#### a) Modalités du traitement des cancers du rectum

Le type de traitement chirurgical des cancers du rectum va dépendre de la distance entre le pôle inférieur de la tumeur et le canal anal. Si cette distance est supérieure à 2 cm, une résection du rectum malade avec une suture (anastomose) avec la partie saine sous jacente est envisageable et le sphincter anal est conservé. Si la distance est insuffisante, il faudra se résoudre à pratiquer une amputation du rectum, amputation dite abdomino-périnéale, avec la confection d'une colostomie définitive (abouchement du colon à la peau ou « anus artificiel »).

Une technique chirurgicale méticuleuse permet d'obtenir d'excellents résultats fonctionnels urinaires et sexuels post opératoires. Les capacités d'érection sont préservées dans 90% des cas.

A la différence des cancers du colon, les cancers du rectum peuvent bénéficier en pré-opératoire d'une radiothérapie qui diminue le risque de récurrence locale et augmente la survie. Les indications de la radiothérapie sont bien codifiées et dépendent de l'extension de la tumeur au travers de la paroi rectale. La

radiothérapie est indiquée si la paroi rectale est totalement envahie par la tumeur et à fortiori s'il existe des ganglions pathologique (adénopathies). En outre, une chimiothérapie sera indiquée s'il existe des adénopathies périrectales. L'extension de la tumeur dans la paroi et la présence d'adénopathies est au mieux précisée par l'échoendoscopie rectale effectuée lors du bilan d'extension pré-thérapeutique.

**b) Modalité du traitement des cancers du colon**

Le traitement des cancers du colon est également chirurgical. Il consiste à réséquer la zone malade avec des marges de colon sain de 5 cm et d'effectuer directement une anastomose. Il est impératif d'enlever tous les ganglions adjacents et plus à distance de la tumeur afin de pouvoir les analyser ; de leur analyse dépendra l'indication d'un traitement complémentaire.

La radiothérapie n'est jamais indiquée dans le traitement des cancers du colon.

La chimiothérapie est indiquée en fonction du degré d'envahissement de la paroi et de l'attente ganglionnaire. Si des ganglions sont atteints et/ou que la paroi est atteinte en totalité une chimiothérapie est indiquée.

**c) Modalité du traitement des métastases des cancers colorectaux.**

En règle les métastases des cancers colorectaux se situent au niveau du foie et plus rarement au niveau des poumons. Si les métastases sont uniques ou peu nombreuses, elles peuvent être accessibles à une exérèse chirurgicale qu'il faut tenter. Une chimiothérapie adjuvante est alors systématiquement prescrite.

Si la chirurgie est impossible du fait d'un envahissement trop important, seule la chimiothérapie sera effectuée.

## **XIV Quel est la survie après traitement des cancers du colon et du rectum ?**

---

Lorsque l'on parle de survie, il s'agit de la survie à cinq ans. Au delà de ce délai le patient est considéré comme guéri. Le cap des trois ans est également important car 80 % des patients survivants à trois ans le seront à cinq.

La probabilité de survie à cinq ans (encore appelé pronostic à cinq ans) est pondérée par différents éléments.

Comme nous l'avons souligné dans l'introduction la survie globale, tous stades confondus n'est que de 35 % à cinq ans. Mais ceci inclus tous les patients, y compris ceux présentant des métastases d'emblée, ou des formes inopérables ou encore des formes dont l'exérèse du cancer a été incomplète et dont on sait que la survie sera très courte.

Lorsque le traitement chirurgical a été curatif, c'est à dire que toute la tumeur a été enlevée le taux de survie global à cinq ans est de 70 %.

Individuellement, le facteur pronostique le plus important est le stade histologique c'est à dire l'importance de l'envahissement de la paroi intestinale et l'atteinte éventuelle de ganglions. Si l'atteinte ne touche que la partie toute superficielle (que l'on appelle la muqueuse) la guérison est de 100 %. Si l'atteinte touche la couche sous jacente appelée sous-muqueuse voire la couche musculaire située au-dessous de cette dernière, la survie est de 80 % à condition qu'aucun ganglion ne soit atteint. Si la totalité de la paroi est atteinte, sans atteinte ganglionnaire la survie est de 60 %. En revanche qu'elle que soit la profondeur de l'atteinte de la paroi, si les ganglions sont atteints la survie chute à 30 – 40 %. La probabilité d'atteinte ganglionnaire augmente évidemment avec la profondeur de l'atteinte de la paroi.

## **XV Surveillance après le traitement**

---

**1) En cas d'adénome**

Lorsqu'un adénome a été enlevé une coloscopie de contrôle est indiquée trois ans plus tard. Si cette nouvelle coloscopie est normale le contrôle sera effectué 5 ans plus tard.

**2) En cas de cancer**

La surveillance après traitement des cancers du colon et du rectum n'est pas scientifiquement codifiée, mais elle fait l'objet d'un consensus.

Un examen clinique, une radiographie pulmonaire, une échographie hépatique, un dosage des marqueurs tumoraux tous les quatre mois les trois premières années puis tous les six mois pendant deux ans. Sauf cas particuliers, une coloscopie est effectuée trois ans après l'intervention si la coloscopie pré-opératoire a été complète et ensuite tous les 5 ans.

Dr Marcelo Salmeron  
Novembre 2005

Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon – Paris  
www.hopital-dcss.org