SEPTEMBRE 2018

MÉDECIN GÉNÉRALISTE

OUTILS POUR LA PRATIQUE

CANCERS COLORECTAUX

/Du diagnostic au suivi

e-cancer.fr

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, l'Institut national du cancer est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Groupement d'intérêt public, il rassemble en son sein l'État, les grandes associations de lutte contre le cancer, les caisses d'assurance maladie, les fédérations hospitalières et les organismes de recherche.

Ses missions

- Assurer une approche globale des pathologies cancéreuses
- Stimuler l'innovation
- Produire des expertises et les recommandations pour les décideurs et des professionnels de santé
- Animer les organisations territoriales en cancérologie
- Analyser les données pour mieux orienter l'action
- Informer et diffuser les connaissances liées aux cancers

Ce document fait partie de la collection « Outils pour la pratique » à destination des médecins généralistes.

Il vise à aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne auprès des patients atteints de cancer, en présentant de façon synthétique le parcours de soins d'un patient adulte atteint de cancer colorectal. Le contenu de cet outil a été élaboré à partir de recommandations de bonnes pratiques selon une méthode décrite sur le site Internet de l'INCa et a été relu par un groupe de travail pluridisciplinaire (liste des membres en page 23).

En fin de document, des ressources pratiques (documents, sites Internet, plateformes téléphoniques) pour vous et vos patients sont répertoriées. Les renvois chiffrés() tout au long du document concernent ces ressources pratiques complémentaires situées en page 21.

Les éléments clés de l'organisation des soins en cancérologie sont rassemblés dans le document « Organisation des soins en cancérologie » (1).

Ce document est téléchargeable sur **e-cancer.fr**

Ce document doit être cité comme suit : © *Cancers colorectaux /du diagnostic au suivi*, INCa, septembre 2018.

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que : (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.

Ce document est téléchargeable sur **e-cancer.fr**

CANCERS COLORECTAUX

Avec environ 44 800 nouveaux cas estimés par an en 2017, les cancers colorectaux (CCR) figurent parmi les trois cancers les plus fréquents en France.

Bien que leur incidence et aussi leur mortalité diminuent depuis 2005, année de la généralisation du programme de dépistage organisé, une majorité de ces cancers est diagnostiquée à un stade avancé, d'où l'importance du dépistage pour une détection précoce de ce cancer, améliorant ainsi son pronostic quand le traitement peut être mis en place au début de la maladie. En 2015, sur une période de 8,5 mois, le programme a permis de détecter près de 4 300 cancers et près de 17 000 adénomes avancés (lésions précancéreuses).

Le rôle d'incitation, d'accompagnement et d'information du médecin généraliste dans la détection précoce de ce cancer est essentiel. Il l'est également à tous les stades du parcours de soins, en lien avec l'équipe spécialisée.

Les chiffres des cancers colorectaux en France

- **24 035 nouveaux cas** et **9 294 décès** chez l'homme projetés en 2017
- **20 837 nouveaux cas** et **8 390 décès** chez la femme projetés en 2017
- **3e rang** des cancers masculins et le **2e rang** pour les cancers féminins en termes de fréquence
- **2e cause de décès** pour l'homme (après le cancer du poumon et juste avant le cancer de la prostate) et la **3e cause de décès** chez la femme (après le cancer du sein et le cancer du poumon)
- Survie nette à 5 ans estimée à **63 %** (90 % si détecté au stade I, 13 % si détecté au stade métastatique) pour l'homme et la femme.

Principaux facteurs de risque

- Âge (> 50 ans)
- Antécédent personnel ou familial d'adénome colorectal ou de CCR
- Maladies inflammatoires chroniques du tube digestif
- Prédispositions héréditaires au CCR (CCR héréditaire non polyposique = syndrome de Lynch, causé par mutations, essentiellement des gènes MLH1, MSH2, MSH6 et PMS2; polyposes adénomateuses familiales causées par mutations, notamment les gènes APC et MYH)

Autres facteurs de risque (2, 3)

- Consommation excessive de viande rouge/charcuterie (> 500 g de viande rouge par semaine)
- Faible consommation de fibres alimentaires
- Surpoids
- Sédentarité
- Consommation d'alcool
- Tabagisme

Facteurs protecteurs

- Activité physique (cancer du côlon uniquement)
- Alimentation riche en fibres, et notamment la consommation de céréales complètes

NIVEAUX DE RISQUE DE DÉVELOPPER UN CANCER COLORECTAL (4)	
Personnes à risque moyen (80 % des cas de CCR)	■ Hommes et femmes de plus de 50 ans, asymptomatiques
Personnes à risque élevé (15 à 20 % des cas de CCR)	■ Antécédent personnel d'adénome colorectal ou de CCR ■ Antécédents familiaux de CCR ou d'adénome (> 1 cm de diamètre) chez les parents du 1er degré (parents, fratrie, enfants) avant 65 ans ■ Maladie inflammatoire chronique intestinale (maladie de Crohn colique, rectocolite hémorragique)
Personnes à risque très élevé (1 à 3 % des cas de CCR)	■ Prédisposition héréditaire au CCR : - Polyposes adénomateuses familiales (PAF) - Syndrome de Lynch

Face à des éléments évocateurs d'une prédisposition génétique

Lorsque l'histoire familiale est évocatrice d'une forme héréditaire de cancer colorectal (syndrome de Lynch, PAF), le médecin généraliste occupe une place privilégiée pour orienter son patient vers une consultation d'oncogénétique (dossier sur l'oncogénétique disponible sur le site e-cancer.fr).

Tabac, alcool et surcharge pondérale

Il est indispensable d'encourager et d'accompagner l'arrêt du tabac et la réduction de la consommation d'alcool en prévention primaire, mais également en phase de traitement et après. Leur poursuite majore en particulier le risque de complications des traitements, de second cancer et a un impact sur la survie (5) (6) (7).

Le médecin généraliste, dans le cadre d'un accompagnement global et faisant suite à une décision partagée (réunion de concertation pluridisciplinaire), intervient pour aider à l'arrêt du tabac et de l'alcool de ses patients atteints de cancer colorectal, quel qu'en soit le stade. Un fumeur aura 80 % plus de chance d'arrêter le tabagisme s'il reçoit de l'aide d'un professionnel de santé (5) (6).

Par ailleurs, le rôle du médecin généraliste est essentiel dans la surveillance régulière de l'IMC de ses patients afin de lutter contre la surcharge pondérale et l'obésité (par des mesures diététiques et une activité physique régulière): ces paramètres augmentent le risque de CCR, et semblent également majorer les risques de récidives, de seconds cancers et de mortalité globale ou par cancer (8).

SOMMAIRE

1 Démarche diagnostique et bilans 6
2 Traitements et soins spécialisés en oncologie 8
3 Soins et démarches partagés avec le médecin généraliste 11
4 Suivi conjoint du cancer colorectal 17
Ressources (documents, sites Internet, plateformes téléphoniques) 21
Liste des participants et références 23

1 DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE ET BILANS

CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE D'UN CCR	
Symptômes digestifs	■ Rectorragies, troubles du transit, alternance diarrhée/constipation, douleurs abdominales, syndrome rectal (faux besoins, ténesmes, épreintes), aucun de ces signes n'étant pathognomonique
Envahissement locorégional	■ Masse à la palpation abdominale ou au toucher rectal
Extension métastatique	■ Ganglionnaire, hépatique, pulmonaire, ovarienne, péritonéale…
Altération inexpliquée de l'état général	■ Perte de poids, anorexie, anémie ferriprive d'étiologie indéterminée
Maladie thromboembolique sans circonstances favorisantes	
Fortuite	■ Examen d'imagerie
Dépistage	■ Pour les personnes à risque moyen de CCR : dépistage organisé par un test immunologique (recherche de sang occulte dans les selles) tous les deux ans de 50 à 74 ans (4) ■ Pour les personnes à risque élevé et très élevé de CCR : dépistage par coloscopie et consultation oncogénétique pour les personnes à risque très élevé (9)
Dans environ 5 % des cas, le CCR est lié à une prédisposition génétique, notamment un syndrome de Lynch*, ou une polypose adénomateuse familiale (PAF)* qui nécessite une approche spécifique, impliquant une équipe spécialisée. Dans ce cas, une surveillance particulière et une chirurgie prophylactique peuvent être indiquées. Elles doivent être évoquées et discutées avec les patients au cas par cas.	
*Pour plus d'informations sur le syndrome de Lynch et la PAF, vous pouvez consulter le site www.orpha.net	

BILAN INITIAL DEVANT UNE SUSPICION DE CCR	
Interrogatoire	■ Facteurs de risque et comorbidités ■ Antécédents personnels et familiaux, et âge de survenue : • de CCR, d'adénome colorectal • de cancer appartenant au syndrome de Lynch, en particulier le cancer de l'endomètre • de polypose adénomateuse familiale
Examen clinique	■ Évaluation de l'état général et nutritionnel (taille, poids, amaigrissement récent) ■ Examen de l'abdomen ■ Toucher rectal (cancer rectal) ■ Palpation des aires ganglionnaires
Examen endoscopique	■ Coloscopie totale avec prélèvements biopsiques des lésions suspectes pour examen anatomopathologique

Le diagnostic du CCR repose sur l'examen anatomopathologique. La coloscopie totale avec prélèvements biopsiques (au minimum 10 à 15 biopsies endoscopiques en vue des tests de biologie moléculaire) est un examen indispensable pour le diagnostic de CCR.

En cas de coloscopie incomplète ou en cas de problème de repérage de la lésion, un coloscanner avec distension à l'eau (avec injection IV de produit de contraste iodé) peut être réalisé.

Les différents bilans sont organisés en lien avec le médecin généraliste.

BILAN D'EXTENSION LOCORÉGIONALE	
EXAMENS COMMUNS AUX CANCERS DU CÔLON ET DU RECTUM	
Biologie	■ NFS, bilan martial ■ Tests des fonctions rénale et hépatique ■ Marqueurs tumoraux : dosage de l'antigène carcinoembryonnaire (ACE) et du CA 19.9 en option, sur avis spécialisé (valeur pronostique possible en situation métastatique)
Imagerie	■ TDM thoraco-abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste ■ En cas d'impossibilité de TDM avec injection : IRM hépatique injectée au gadolinium + scanner thoracique sans injection (en particulier si présence de métastases) ■ En complément : tout autre examen en fonction des symptômes (scintigraphie osseuse, TDM cérébrale, etc.) ■ TEP-TDM au 18FDG : non systématique, indiquée après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)
EXAMENS COMPLÉMENTAIRES POUR LE CANCER DU RECTUM	
Imagerie	■ Écho-endoscopie rectale (EER, tumeurs limitées à la paroi rectale) ou IRM pelvienne (tumeurs localement évoluées ou tumeurs basses) selon l'avis de la RCP

BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE	
PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE	
Évaluation clinique et nutritionnelle *	■ État général et nutritionnel (taille, poids, amaigrissement récent, évaluation de la dépendance alcoolique et tabagique) ■ Le dépistage de la dénutrition repose sur la recherche d'une perte de poids, d'une insuffisance de prise alimentaire et d'un IMC insuffisant ■ Si besoin, restauration d'un bon équilibre nutritionnel avant tout traitement spécifique, complémentation nutritionnelle orale si nécessaire
PAR LE SPÉCIALISTE	
Évaluation gériatrique	■ Dépistage de la fragilité gériatrique (G8, VES 13, FOG, etc.) si ≥ 75 ans et évaluation gériatrique si besoin (10)
Biomarqueurs (sur biopsie tumorale)	Selon les situations : ■ Détermination du statut mutationnel des gènes RAS (facteur prédictif de réponse à certaines thérapies ciblées), et BRAF (facteur de mauvais pronostic) ■ Recherche d'une instabilité des microsatellites (MSI, intérêt pour le choix d'une thérapie adjuvante et recherche d'un syndrome de Lynch)

État nutritionnel (11)*

L'importance des troubles nutritionnels est bien établie tout au long de la maladie cancéreuse : 39 % des patients atteints de CCR sont dénutris. Ces troubles peuvent avoir un impact sur l'état fonctionnel et la qualité de vie du patient, la possibilité de mettre en place le traitement ainsi que son efficacité et la tolérance à celui-ci, et enfin le pronostic. L'accompagnement nutritionnel vise à prévenir et/ou traiter les troubles nutritionnels dès le diagnostic, pendant tout le traitement et la phase palliative, mais aussi après rémission ou guérison. Selon l'évaluation de l'état nutritionnel, l'accompagnement nutritionnel repose sur une alimentation enrichie, la prescription de compléments nutritionnels oraux et la nutrition artificielle (entérale ou parentérale), en étant attentif aux éventuelles interactions avec les traitements médicamenteux.

*Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la brochure du PNNS, sur le site http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_denutrition.pdf

2 TRAITEMENTS ET SOINS SPÉCIALISÉS EN ONCOLOGIE

La stratégie thérapeutique est définie en lien avec le médecin généraliste et en accord avec le patient, 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. L'ensemble de ces éléments est consigné dans le programme personnalisé de soins (PPS) remis au patient et adressé aux médecins qu'il aura désignés.

La **stratégie thérapeutique** dépend de l'histologie, de l'extension de la maladie, de l'âge, des comorbidités et des préférences du patient, ainsi que des anomalies moléculaires éventuellement présentes.

Le pronostic de ce cancer est corrélé au stade de la maladie, au type histologique de la tumeur, à sa résécabilité et celle des métastases, à l'état général du patient, et à la rapidité de la mise en place de la thérapeutique.

La préservation de la qualité de vie du patient constitue un objectif permanent dès le début du parcours de soins et durant toute la durée de la maladie et du suivi. Elle doit être prise en compte pour déterminer les stratégies thérapeutiques.

Les soins de support

Le recours aux différentes ressources en soins oncologiques de support, à des équipes spécialisées en soins de support, au médecin généraliste et aux autres professionnels de premier recours (IDE, kinésithérapeute, pharmacien…) doit être suffisamment précoce et anticipé[1]. Ce souci d'anticipation doit être permanent pour le soulagement des symptômes physiques (douleurs notamment liées à des métastases, asthénie, déficits fonctionnels, nutrition, etc.) et la prise en compte des souffrances psychologiques, socio-familiales et existentielles (12) (13) (14).

REMARQUE

Les indications et les effets indésirables des traitements médicamenteux peuvent être recherchés dans la Base de données publique des médicaments (http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr) (15) et sur le site de l'ANSM (http://ansm.sante.fr). Le pharmacien apportera également ses conseils au moment de la dispensation.

RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX TRAITEMENTS DE PREMIÈRE LIGNE POUR UN CANCER DU CÔLON ET DU 1/3 SUPÉRIEUR DU RECTUM (HAUT RECTUM), SELON SON STADE (CF. LA CLASSIFICATION TNM EN ANNEXE)

Stades	Principaux traitements
Stade 0 (Tis, N0, M0)	■ La résection endoscopique est la référence ■ Une chirurgie complémentaire après exérèse endoscopique doit être discutée en RCP, en fonction des caractéristiques anatomopathologiques
Stade I (T1-T2, N0, M0)	■ Exérèse endoscopique seule pour certaines tumeurs T1 après discussion en RCP, chirurgie seule recommandée pour les tumeurs T2
Stade II (T3-T4, N0, M0)	■ Chirurgie ■ En présence de facteurs de risque de récidive (par ex. tumeur peu différenciée, stade T4, perforation, occlusion, emboles veineux extramuraux, engainements périnerveux), discussion en RCP du rapport bénéfices/risques d'une chimiothérapie adjuvante
Stade III (tous T, N1-N2, M0)	■ Chirurgie et chimiothérapie adjuvante dans un délai de 8 semaines après la chirurgie et durant 3 à 6 mois (selon les caractéristiques tumorales et l'avis de la RCP)
Stade IV (métastatique)	■ Lors de la RCP, les éléments suivants doivent être particulièrement pris en compte : • pour la tumeur primitive : son caractère symptomatique ou non, son volume/extension • pour les métastases : leur caractère résécable ou non, leur nombre et localisation(s) et leur caractère « menaçant » ou non • l'état général du patient et ses comorbidités ■ **Résection chirurgicale de la tumeur colique** ■ En l'absence de contre-indication : **chimiothérapie +/- traitement par thérapie ciblée** Évaluation clinique et par imagerie de l'efficacité de la chimiothérapie tous les 2 à 3 mois. En cas de réponse majeure : nouvelle discussion en RCP de l'intérêt d'une chirurgie des métastases hépatiques, pulmonaires ou péritonéales. En complément/en alternative à la chimiothérapie, discussion avec le patient des bénéfices des traitements symptomatiques, notamment en termes de qualité de vie. ■ Les formes métastatiques compliquées d'occlusion, d'hémorragie ou de perforation sont traitées en urgence par chirurgie selon les situations discutées en RCP **À noter :** ■ Dans certaines situations et certains centres, des techniques spécialisées (de type radiofréquence, radiothérapie stéréotaxique, chimiothérapie intra-artérielle hépatique, chirurgie de cytoréduction, chimiohyperthermie intrapéritonéale, etc.) peuvent être proposées aux patients ■ Concernant les traitements d'immunothérapie, des essais spécifiques uniquement pour les tumeurs métastatiques MSI sont en cours

1.Instruction N° DGOS/R3/INCa/2017/62 du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer.

RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX TRAITEMENTS DE PREMIÈRE LIGNE D'UN CANCER DU RECTUM (2/3 INFÉRIEUR DU RECTUM = MOYEN ET BAS RECTUM) SELON SON STADE	
Stades	**Principaux traitements**
Stade 0 **(Tis, N0, M0)**	■ La résection endoscopique est la référence ■ Une chirurgie complémentaire après exérèse endoscopique doit être discutée lors de la RCP, en fonction des caractéristiques anatomopathologiques
Stade I **(T1-2, N0, M0)**	■ L'exérèse locale chirurgicale est le traitement de référence. Pour certaines tumeurs T1, exérèse endoscopique après discussion en RCP ■ Selon les situations, la chirurgie peut être complétée par une radiothérapie externe +/- chimiothérapie +/- radiothérapie de contact
Stade II et III **(T3, T4, N0, M0** **ou tout T et N+, M0)**	■ Le traitement de référence est la radiochimiothérapie suivie d'une chirurgie (chez les patients âgés ou fragiles : radiothérapie exclusive néoadjuvante) ■ L'indication d'une chimiothérapie adjuvante doit être discutée lors de la RCP
Stade IV **(stade métastatique)**	■ Lors de la RCP, discussion au cas par cas du traitement de la tumeur rectale et/ou des métastases (cf. tableau précédent, stade IV)
Des stratégies de conservation du rectum en cas de réponse clinique complète après radiochimiothérapie sont en cours d'évaluation.	

Préservation de la fertilité

La chirurgie et la radiothérapie du rectum, et les médicaments anticancéreux sont susceptibles de provoquer une baisse de la fertilité voire une infertilité définitive ou non. L'intensité de cette atteinte est fonction du médicament prescrit. Une consultation dans une structure spécialisée dans la conservation des gamètes et tissus germinaux (CECOS) peut être proposée.

Principales molécules utilisées dans le cancer colorectal

CHIMIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE (stades non métastatiques et métastatiques)

- 5-fluoro-uracile + leucovorine (acide folinique) (voie IV)
- Capecitabine (voie orale)
- Oxaliplatine (voie IV)
- Irinotecan (voie IV)

THÉRAPIES CIBLÉES (1ère ligne métastatique)

- Anticorps anti-VEGF : bevacizumab (voie IV)
- Anticorps anti-EGFR : cetuximab, panitumumab (voie IV)

Il existe d'autres molécules de chimiothérapie (trifluridine/tipiracil) et d'autres thérapies ciblées (regorafenib et aflibercept) spécifiquement indiquées pour les lignes ultérieures de traitement du CCR métastatique.

Le suivi de ces traitements est assuré par l'oncologue médical, en lien avec le médecin généraliste et les pharmaciens hospitaliers et officinaux, en particulier pour les traitements ambulatoires.

Les essais cliniques

La découverte de nombreuses altérations moléculaires tumorales associée à l'efficacité des nouvelles thérapies ciblées a conduit à la mise en œuvre d'essais cliniques d'un nouveau type, portant sur des thérapies ciblées pouvant être efficaces sur des tumeurs de localisations différentes et partageant la même anomalie moléculaire. Par ailleurs, il existe aussi des essais cliniques de stratégie thérapeutique : certains intégrant d'autres traitements locorégionaux (par ex. la radioembolisation, la chimiothérapie intra-artérielle hépatique, la radiothérapie stéréotaxique).
Un registre des essais cliniques en cours est disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer (29).

3 SOINS ET DÉMARCHES PARTAGÉS AVEC LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Le médecin généraliste intervient à toutes les phases du parcours de soins des patients, dans le cadre d'un suivi conjoint avec l'équipe spécialisée d'une part, et les autres professionnels de premier recours d'autre part. En particulier, il participe au suivi nutritionnel, aux traitements symptomatiques, notamment de la douleur, de l'asthénie, de la souffrance psychologique et des effets indésirables des traitements, mais également aux soins palliatifs, au soutien des proches, à l'accompagnement des démarches administratives en lien avec le cancer.

Les tableaux ci-dessous décrivent les principaux effets indésirables des traitements et la conduite à tenir.

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DE LA CHIRURGIE DU CANCER COLORECTAL	
Principaux effets indésirables précoces de la chirurgie	**Conduite à tenir***
CÔLON-RECTUM	
Dénutrition	■ Alimentation enrichie, prescription de compléments nutritionnels oraux possibles. Une consultation, voire un suivi avec un diététicien ou un médecin nutritionniste, peut s'avérer nécessaire
Troubles de la cicatrisation	■ Soins locaux et accompagnement nutritionnel, avis chirurgical systématique
Fistules coliques ou rectales, infections	■ Avis spécialisé en urgence
Hémorragie	■ Avis spécialisé en urgence
Événements thromboemboliques	■ Doppler, anticoagulation puis avis spécialisé si nécessaire
Troubles digestifs	■ Traitement symptomatique puis avis spécialisé si besoin
Douleurs locales	■ Traitement symptomatique puis avis spécialisé si besoin
Complications locales et générales de la stomie	■ Avis spécialisé et accompagnement par un(e) infirmier(ère) stomathérapeute, et avis chirurgical si nécessaire (17)
RECTUM	
Altération de la fonction anorectale 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 en cas d'échec
Troubles de la fonction sexuelle	■ Traitement symptomatique, et si besoin orientation pour un avis spécialisé (notamment sexologue, psychologue, psychiatre)
*La conduite à tenir est à adapter en fonction du contexte clinique, de l'évolution de la pathologie et aussi des traitements réalisés ou en cours.	

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DE LA RADIOTHÉRAPIE (18)	
Principaux effets indésirables précoces de la radiothérapie	**Conduite à tenir***
Dénutrition	■ Alimentation enrichie, prescription de compléments nutritionnels oraux possibles. Une consultation, voire un suivi avec un diététicien ou un médecin nutritionniste, peut s'avérer nécessaire
Diarrhées ou douleurs abdominales	■ Conseils alimentaires (privilégier les aliments pauvres en fibres), traitement symptomatique puis avis spécialisé en cas d'échec
Pollakiurie ou brûlures mictionnelles	■ Traitement symptomatique puis avis spécialisé en cas d'échec
Troubles intestinaux (incontinence fécale, gaz, etc.)	■ Traitement symptomatique puis avis spécialisé en cas d'échec
Rectite et anite radique	■ Traitement symptomatique puis avis spécialisé en cas d'échec
Inflammation cutanée périnéale (épithélite)	■ Traitement symptomatique, bains de siège puis avis spécialisé en cas d'échec
Syndrome occlusif	■ Avis spécialisé en urgence

Les effets indésirables des traitements médicamenteux sont pour la plupart mentionnés dans le résumé des caractéristiques du produit de l'AMM des molécules correspondantes. Certains effets indésirables apparus après la mise sur le marché et non encore mentionnés dans l'AMM sont signalés sur le site de l'ANSM.

En cas d'événement indésirable sévère (grave) qui pourrait être imputé au traitement anticancéreux, le traitement peut être suspendu et l'arrêt transitoire doit être confirmé par le cancérologue dans les 24 heures. D'une façon générale, l'interruption provisoire ou définitive d'un traitement anticancéreux ainsi que les modifications de dose relèvent du médecin cancérologue.

Les professionnels de santé ont l'obligation de déclarer tout effet indésirable suspect (en ligne *via* le portail dédié http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/signalement-sante-gouv-fr, informations également disponibles sur le site de l'ANSM) (16).

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DE LA CHIMIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE	
Principaux effets indésirables précoces de la chimiothérapie conventionnelle	**Conduite à tenir***
Perte d'appétit, troubles nutritionnels	■ Alimentation enrichie, prescription de compléments nutritionnels oraux possibles ■ Une consultation voire un suivi avec un diététicien ou un médecin nutritionniste peut s'avérer nécessaire
Nausées, vomissements (19), diarrhées	■ Antiémétiques et antidiarrhéiques prescrits systématiquement. Le choix de l'antiémétique est fonction du caractère +/- émétisant de la chimiothérapie (sels de platine : très fortement émétisants – 5-FU : faiblement émétisant). Préconiser les règles hygiéno-diététiques : aliments tièdes ou froids, fractionner les repas, manger lentement ■ Privilégier les aliments pauvres en fibres ■ Gestion spécifique de la diarrhée tardive dans les 7 jours qui suivent la chimiothérapie par irinotecan
Anémie, neutropénie, thrombopénie	■ Prescription initiale hospitalière de facteurs de croissance granulocytaires et/ou érythrocytaires selon les protocoles et les facteurs de risques (prescription valable 3 mois, renouvellement possible par tout médecin durant cette période) ■ Si T°≥ 38,5 °C : NFS et antibiothérapie au moins jusqu'à la sortie de la neutropénie ■ Hospitalisation si mauvaise tolérance ou patient fragile, hospitalisation en urgence si neutropénie sévère (PNN < 500/mm^3) ■ Avis spécialisé au moindre doute
Angor, ischémie cardiaque, insuffisance cardiaque	■ Avis spécialisé en cardiologie en urgence ■ Arrêt immédiat de la perfusion de chimiothérapie (5-FU) ou de l'administration de capecitabine si celle-ci est en cours
Mucite (19)	■ Prévention par une bonne hygiène bucco-dentaire (brosse à dents chirurgicale souple) ■ Bains de bouche au bicarbonate 1,4 %, 5 à 6 fois/jour (avant et après les repas) ; les bains de bouche à base d'alcool sont contre-indiqués (sécheresse et ulcérations buccales) ■ En cas de surinfection fongique, prise orale d'antifongique ■ Antalgiques locaux ou systémiques ■ Hospitalisation parfois nécessaire si la toxicité est importante (risque de déshydratation et dénutrition, et traitement des douleurs non soulagées)
Neuropathie sensitive (sels de platine)	■ Détection clinique + questionnaire DN4 [2] ■ Traitement symptomatique par antalgiques ■ Adaptation ou arrêt du traitement
Alopécie	■ Prothèse capillaire. Le casque réfrigérant peut parfois limiter la chute des cheveux
Syndrome « main-pied » (5-FU et capecitabine)	■ Prévention : hydratation, port de gants lors des tâches ménagères, éviter : marche prolongée, course à pied, exposition des mains et des pieds à la chaleur ■ Soins locaux : appliquer quotidiennement une crème émolliente pour hydrater les mains et les pieds ■ Adaptation posologique de la chimiothérapie
*La conduite à tenir est à adapter en fonction du contexte clinique, de l'évolution de la pathologie et aussi des traitements réalisés ou en cours.	

Pour information, il existe des toxicités rares, précoces (survenant à la première administration de 5-FU) et sévères (stomatite, diarrhée, neutropénie, encéphalopathie) qui seraient attribuées à un déficit en dihydropyrimidine deshydrogénase (DPD), enzyme participant au catabolisme du 5-FU.

2. Outil de dépistage des douleurs neuropathiques, disponible sur http://www.sfetd-douleur.org/outils-specifiques

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES THÉRAPIES CIBLÉES (1ÈRE LIGNE)	
Principaux effets indésirables précoces des thérapies ciblées (1ère ligne)	**Conduite à tenir***
EFFETS INDÉSIRABLES COMMUNS	
Fatigue **Multifactorielle : maladie elle-même, chimiothérapie, perte d'appétit, anémie**	■ Siestes courtes, relaxation ■ Activité physique régulière adaptée à encourager ■ Éliminer d'autres causes de fatigue : TSH, bilan d'anémie (carence martiale, vitaminique, ionogramme sanguin, etc.) ■ Rechercher un syndrome dépressif, des troubles du sommeil, des douleurs
Nausées, vomissements (19)	■ Préconiser les règles hygiéno-diététiques : aliments tièdes ou froids, fractionner les repas, manger lentement
Diarrhées	■ Traitement antidiarrhéique ■ Privilégier les aliments pauvres en fibres ■ Toute diarrhée (avec un des signes d'alarme suivants : fièvre, déshydratation, douleurs abdominales, sang dans les selles) survenue dans la semaine suivant la dernière administration, neutropénie, hypokaliémie, insuffisance rénale ou hépatique, impose un avis spécialisé en urgence
Perte d'appétit, hypomagnésémie	■ Une consultation avec un diététicien peut s'avérer nécessaire ■ Prescription de compléments alimentaires possible
ANTIANGIOGÉNIQUE (BEVACIZUMAB, RÉSERVÉ À L'USAGE HOSPITALIER)	
Hypertension artérielle	■ Surveillance, parfois nécessité d'un avis spécialisé si HTA résistante
Néphropathie avec protéinurie sévère	■ Bandelettes urinaires et/ou dosage de protéinurie avant les cures ■ Parfois arrêt du traitement nécessaire
Complication de la cicatrisation des plaies	■ Pas d'initiation du traitement pendant au moins 4 semaines après une chirurgie lourde ■ En cas de chirurgie planifiée, suspension du traitement
Risque thromboembolique artériel (AVC, AIT, IDM) et veineux (risque élevé chez les patients diabétiques)	■ Surveillance/observation ■ En cas de survenue d'accident embolique, l'arrêt définitif du traitement est discuté par l'équipe spécialisée en fonction de sa nature (artériel ou veineux), du grade et du rapport bénéfice/risque
Leuco-encéphalopathie postérieure (pouvant se révéler par un syndrome confusionnel)	■ Réversible à l'arrêt du traitement
Risque hémorragique : épistaxis, hémorragies liées à la tumeur, hémorragies pulmonaires, hémoptysies graves	■ L'arrêt définitif du traitement est discuté par l'équipe spécialisée en fonction de la nature et de la sévérité de l'hémorragie et du rapport bénéfice/risque
Fistules trachéo-oesophagiennes	■ Arrêt du traitement
Neutropénies sévères (PNN < 500/mm³), infections avec ou sans neutropénie sévère	■ Si T°≥ 38,5 °C : NFS et antibiothérapie jusqu'à la sortie d'agranulocytose ■ Hospitalisation si mauvaise tolérance ou signe de localisation
Ostéonécrose de la mâchoire	■ Soins dentaires préventifs avant le traitement ■ Hygiène bucco-dentaire et consultation stomatologique
Douleurs abdominales aiguës pouvant suggérer des perforations gastro-intestinales **Perforations gastro-intestinales**	■ Hospitalisation en urgence

*La conduite à tenir est à adapter en fonction du contexte clinique, de l'évolution de la pathologie et aussi des traitements réalisés ou en cours.

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES THÉRAPIES CIBLÉES (1ÈRE LIGNE)	
Principaux effets indésirables précoces des thérapies ciblées (1ère ligne)	**Conduite à tenir***
ANTI-EGFR (CETUXIMAB, PANITUMUMAB, RÉSERVÉS À L'USAGE HOSPITALIER)**	
Anémie, neutropénie, thrombopénie	■ Prescription initiale hospitalière de facteurs de croissance granulocytaires et/ou érythrocytaires selon les protocoles et les facteurs de risques ■ Si T°≥ 38,5 °C : NFS et antibiothérapie au moins jusqu'à la sortie de la neutropénie ■ Hospitalisation si mauvaise tolérance ou patient fragile, hospitalisation en urgence si neutropénie sévère (PNN < 500/mm³) ■ Avis spécialisé au moindre doute
Réactions cutanées, syndrome « main-pied »	■ Prévention : hydratation, port de gants lors des tâches ménagères, éviter : marche prolongée, course à pied, exposition des mains et des pieds à la chaleur ■ Soins locaux : appliquer quotidiennement une crème émolliente pour hydrater les mains et les pieds. Adaptation posologique ou interruption voire arrêt de la thérapie ciblée
Périonyxis	■ Ne pas couper les ongles à ras ■ Traitement corticoïde local en l'absence de signe de surinfection
Troubles hydroélectrolytiques	■ Supplémentation ionique

*La conduite à tenir est à adapter en fonction du contexte clinique, de l'évolution de la pathologie et aussi des traitements réalisés ou en cours.
** Cetuximab : risque allergique pouvant aller jusqu'au choc anaphylactique (surtout au décours de la perfusion)

Pour les patients stomisés

Accompagnement du patient par un(e) infirmier(ère) stomathérapeute, concernant entre autres l'appareillage, les soins de stomie et la diététique (répertoire d'infirmiers(ères) stomathérapeutes disponible en ligne (17)).

La stomie peut être provisoire ou définitive, et les soins sont spécifiques de la localisation. Il peut s'agir de colostomie (côlon) ou d'iléostomie (intestin grêle). Les principales complications peuvent être :

Complications précoces	Complications tardives
Désinsertion, abcès, nécrose, fistules, éviscération, hémorragie	■ Irritation cutanée péri-stomiale, sténose, prolapsus, éventration, saignement tardif, insuffisance rénale, déshydratation, troubles ioniques et carences nutritionnelles

Personne de confiance et directives anticipées[3] (1)

Le patient doit être informé de la possibilité de :

- choisir une personne de confiance (20), qui peut l'accompagner lors des entretiens médicaux, l'aider dans ses décisions et être consultée s'il se trouve dans l'incapacité de recevoir des informations sur son état de santé et d'exprimer sa volonté. La personne de confiance est choisie par le patient et désignée par écrit à son entrée à l'hôpital. Elle appartient ou non à sa famille. Le patient peut revenir sur son choix à tout moment ;
- rédiger des directives anticipées (21) pour le cas où il serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment (disposition de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite Loi Léonetti, modifiée par la loi du 2 février 2016).

Soins palliatifs (voir ressources pratiques (22) (23) (24) (25)).

Les soins palliatifs sont considérés en cas de maladie avancée (non accessible à un traitement locorégional curatif ou en cas de maladie métastatique). L'accompagnement par une équipe de soins pal-

3. Des modèles de directives anticipées et de désignation d'une personne de confiance sont indiqués dans les ressources situées page 21.

liatifs peut être proposé tôt dans l'évolution de la maladie, y compris lorsque les traitements spécifiques (chimiothérapie palliative) sont en cours, en particulier chez les malades symptomatiques et/ou présentant une altération de l'état général. Ces soins, le plus souvent proposés en milieu hospitalier, doivent être discutés dès que nécessaire, notamment lors d'une RCP.

Le médecin généraliste, repère médical du patient en dehors de l'établissement de santé, participe aux soins en ambulatoire et à leur organisation, en lien avec l'équipe spécialisée. Il coordonne l'action des soignants et des équipes mobiles auxquelles il peut faire appel: au réseau de soins palliatifs à domicile ou à l'hospitalisation à domicile (HAD).

La place des aidants est déterminante. Des bénévoles formés à l'écoute et à l'accompagnement et/ou des psychologues sont présents dans certaines structures de soins palliatifs ou peuvent se déplacer à domicile.

Un annuaire des structures de soins palliatifs et des associations de bénévoles d'accompagnement est disponible sur le site internet de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs.

4 SUIVI CONJOINT DU CANCER COLORECTAL

Les objectifs du suivi d'un cancer du côlon ou du rectum en rémission complète sont les suivants:

- veiller à la qualité de vie;
- détecter et accompagner les souffrances psychologiques du patient et de son entourage;
- rechercher et traiter les complications tardives et les séquelles liées aux traitements;
- organiser les soins de support nécessaires (notamment l'accompagnement nutritionnel);
- permettre un accompagnement médicosocial et une aide à la réinsertion professionnelle lorsque cela est pertinent;
- détecter les récidives locales ou à distance;
- détecter précocement un éventuel second cancer.

Le suivi du CCR 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 l'équipe spécialisée en alternance et conjointement avec le médecin généraliste. Un échange d'informations dans les deux sens est indispensable.

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

SUIVI MINIMAL POUR LES 5 PREMIÈRES ANNÉES, À ADAPTER SELON LE STADE ET LE CARACTÈRE MÉTASTATIQUE OU NON DU CANCER COLORECTAL (EN DEHORS DES PATIENTS À RISQUE TRÈS ÉLEVÉ)	
Examen clinique	■ Tous les 3 mois pendant 3 ans, puis tous les 6 mois pendant 2 ans
Scanner abdominopelvien ou échographie abdominopelvienne (ou en alternance)	■ Tous les 3 mois pendant 3 ans, puis tous les 6 mois pendant 2 ans
Scanner thoracique	■ Tous les ans pendant 5 ans
Coloscopie	■ Si coloscopie préopératoire incomplète ou en cas de tumeur infranchissable : coloscopie entre 3 et 6 mois ■ Si coloscopie préopératoire complète : coloscopie de contrôle à 1 an, puis tous les 5 ans
Dosage ACE	■ Optionnel : tous les 3 mois notamment si ACE élevé avant le traitement
Dans des situations particulières, d'autres examens peuvent être réalisés (IRM pelvienne, hépatique ; TEP, etc.)	

L'évaluation de l'état nutritionnel doit être régulière durant le suivi. La gestion des troubles nutritionnels est basée sur une alimentation enrichie, la prescription de compléments nutritionnels oraux si besoin, et enfin la nutrition artificielle (entérale ou parentérale).

PRINCIPALES COMPLICATIONS TARDIVES DES TRAITEMENTS DU CANCER COLORECTAL	
Effets indésirables	**Conduite à tenir**
CHIRURGIE - CÔLON-RECTUM	
Diarrhée chronique ou incontinence	■ Agents antidiarrhéiques, précautions diététiques
Troubles psychologiques, anxiété, fatigue	■ Thérapie de soutien, voire thérapie spécialisée, traitements spécifiques éventuels
Éventration pariétale et stomiale	■ Avis spécialisé, port d'une ceinture de contention abdominale +/- percée
CHIRURGIE - RECTUM	
Troubles génito-urinaires	■ Avis spécialisé
Sténose anastomotique	■ Avis spécialisé
RADIOTHÉRAPIE	
Grêle radique	■ Avis spécialisé
Troubles génito-urinaires	■ Consultation urologique ou gynécologique
Troubles fonctionnels anorectaux	■ Avis spécialisé
Troubles de la fonction sexuelle	■ Traitement symptomatique, et si besoin orientation pour un avis spécialisé (notamment sexologue, psychologue, psychiatre)
CHIMIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE ET PAR THÉRAPIES CIBLÉES	
Neuropathie sensitive	■ Détection clinique + questionnaire DN4 [4] ■ Traitement symptomatique par antalgiques, avis neurologique selon les symptômes
TOUS TRAITEMENTS	
Troubles nutritionnels (risque de sarcopénie)	■ Conseils d'enrichissement de l'alimentation, prescription de compléments nutritionnels oraux ou nutrition artificielle (entérale ou parentérale) si nécessaire

APPROCHE MÉDICALE GLOBALE	
Lutte contre les facteurs de risque	■ Aide au sevrage tabagique (5) (6) ■ Aide à l'arrêt de la consommation d'alcool (7) ■ Encouragement à la pratique ou à la poursuite d'une activité physique adaptée à la personne et à ses capacités ■ Les bénéfices attendus sont notamment une amélioration de la tolérance des traitements et de leurs effets à moyen et long terme et une réduction du risque de récidive (26) (27) ■ Lutte contre le surpoids et l'obésité
Contraception	■ Contraception pendant les traitements et au-delà (durée variable selon les traitements, se référer au Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP)) En cas de ménopause précoce : proposer un traitement adapté
Vaccinations	■ Tous les vaccins vivants atténués sont contre-indiqués pendant la chimiothérapie et au moins 6 mois après la fin de celle-ci ■ Les vaccinations doivent être conformes aux recommandations vaccinales spécifiques chez les patients sous chimiothérapie préconisées par le Haut Conseil de la santé publique (28)
État nutritionnel	■ Surveillance régulière pour maintenir un bon état nutritionnel
Dépistages organisés d'autres cancers	■ Cancer du sein chez les patientes de 50 à 74 ans ■ Cancer du col de l'utérus chez les patientes de 25 à 65 ans (en cours de généralisation)

4. Outil de dépistage des douleurs neuropathiques, disponible sur http://www.sfetd-douleur.org/outils-specifiques

Suivi particulier pour les personnes atteintes d'un syndrome de Lynch :

Ces personnes ont un risque élevé de développer un cancer colorectal et de l'endomètre. Il existe également d'autres risques tumoraux, beaucoup plus faibles, associés à ces mutations.

	PRISE EN CHARGE DU RISQUE COLORECTAL	PRISE EN CHARGE DU RISQUE ENDOMÉTRIAL
Début du suivi	Dès l'âge de 20 ans	Dès l'âge de 30 ans
Modalités du suivi	Endoscopie colorectale complète avec chromoscopie par indigo-carmin, tous les 2 ans	Au minimum, échographie endovaginale tous les 2 ans

ANNEXES

CLASSIFICATION TNM/AJCC DU CANCER COLORECTAL, 2017 (8E ÉDITION)	
T : Tumeur primitive	■ T0 : pas de tumeur primitive ■ Tis : intra-épithéliale ou intramuqueuse ■ T1 : sous-muqueuse ■ T2 : musculeuse ■ T3 : sous-séreuse ou les tissus péricoliques ou périrectaux non péritonisés ■ T4a : pénétration du péritoine viscéral ■ T4b : envahissement d'un organe de voisinage
N : Adénopathies régionales	■ N0 : pas de métastase ganglionnaire ■ N1a : 1 ganglion envahi ■ N1b : 2-3 ganglions envahis ■ N1c : dépôts tumoraux « satellites » dans la sous-séreuse, ou dans le tissu péricolique ou périrectal non péritonisé, sans tissu ganglionnaire identifié ■ N2a : 4-6 ganglions envahis ■ N2b : ≥ 7 ganglions envahis
M : Métastases à distance	■ M0 : pas de métastase ■ M1a : métastases à distance confinées à un organe ■ M1b : métastases atteignant plus d'un site métastatique ■ M1c : métastase atteignant le péritoine avec ou sans atteinte d'un autre organe

Brierley JD, Gospodarowicz MK, Wittekind C, eds. UICC. TNM classification of malignant tumours, eighth edition. New York : Wiley, 2017.

Stade	T	N	M
Stade 0	Tis	N0	M0
Stade I	T1, T2	N0	M0
Stade II	T3, T4	N0	M0
Stade IIA	T3	N0	M0
Stade IIB	T4a	N0	M0
Stade IIC	T4b	N0	M0
Stade III	Quel que soit T	N1, N2	M0
Stade IIIA	T1, T2	N1	M0
	T1	N2a	
Stade IIIB	T1, T2	N2b	M0
	T2, T3	N2a	
	T3, T4a	N1	
Stade IIIC	T3, T4a	N2b	M0
	T4a	N2a	
	T4b	N1, N2	
Stade IVA	Quel que soit T	Quel que soit N	M1a
Stade IVB	Quel que soit T	Quel que soit N	M1b
Stade IVC	Quel que soit T	Quel que soit N	M1c

RESSOURCES (DOCUMENTS, SITES INTERNET, PLATEFORMES TÉLÉPHONIQUES)

Documents et sites internet

Pour les médecins généralistes

(1) Document « Organisation des soins en cancérologie », INCa, juillet 2016, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
(2) Dossier web sur le rôle de l'alimentation dans le développement de certains cancers sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
(3) « Nutrition et prévention primaire des cancers : Actualisation des données », collection États des lieux et des connaissances, INCa, juin 2015, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
(4) Dossier web sur le dépistage du cancer colorectal sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
(5) Fiche pour la pratique « L'arrêt du tabac chez le patient atteint de cancer », INCa, septembre 2016, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
(6) Dossier web sur l'aide au sevrage tabagique sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
(7) Liste des structures d'aides pour la dépendance à l'alcool sur www.alcool-info-service.fr
(8) Dossier web sur les facteurs de risque et de protection sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
(9) Fiche mémo « Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé », HAS, mai 2017 : www.has-sante.fr
(10) Dossier web sur l'oncogériatrie sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
(11) Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme. Attention changement de nom : la SFNEP devient la SFNCM https://www.sfncm.org/
(12) Fiche repère « La douleur en cancérologie », INCa, 2011, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
(13) Centre national de ressources de lutte contre la douleur : www.cnrd.fr
(14) Ministère des Solidarités et de la Santé : dossier sur les structures spécialisées douleur chroniques, avec annuaire national : solidarites-sante.gouv.fr
(15) Base de données publique exhaustive et gratuite sur les médicaments disponibles en France, qui donne toute l'information sur les AMM des molécules, leurs effets indésirables, les avis de la HAS, leurs prix et leurs conditions de prescription : base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr
(16) Pour déclarer un effet indésirable médicamenteux sur le site Internet de l'ANSM : ansm.sante.fr
(17) Association française d'entérostoma-thérapeutes (Afet), avec répertoire des entérostoma-thérapeutes : www.afet.asso.fr
(18) Document « Médecin traitant et patient en radiothérapie : conseils pratiques », INCa, 2008, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer : e-cancer.fr
(19) Association francophone des soins oncologiques de support (Afsos) : www.afsos.org
(20) Modèle pour la désignation d'une personne de confiance : www.service-public.fr
(21) Modèle de directives anticipées : www.service-public.fr
(22) Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), qui permet notamment de rechercher une structure de soins palliatifs et une association par localisation géographique sur tout le territoire : www.sfap.org
(23) Réseau régional de cancérologie ONCORIF, juillet 2018 : www.oncorif.fr
(24) Union des associations pour le développement des soins palliatifs (UNASP). Elle propose des définitions simples et claires pour expliquer les soins palliatifs, ainsi que les coordonnées des associations pour le développement des soins palliatifs (ASP) qui mettent à la disposition des malades leurs accompagnants bénévoles pour

les aider, ainsi que leurs familles, à l'occasion d'une phase critique ou au moment de la phase terminale : **www.soins-palliatifs.org**

(25) Conférence de consensus : « L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches », HAS/SFAP : **www.has-sante.fr**

(26) « Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques »/Synthèse, collection États des lieux et des connaissances, INCa, mars 2017, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer : **e-cancer.fr**

(27) Fiche repère « Activité physique et cancer », INCa, janvier 2012, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer : **e-cancer.fr**

(28) Tableau récapitulatif des recommandations vaccinales pour les patients adultes ayant reçu une chimiothérapie : **professionnels.vaccination-info-service.fr**

(29) Registre des essais cliniques sur le site Internet de l'Institut national du cancer : **e-cancer.fr**

Pour les patients et leurs proches

Guides Cancer Info disponibles gratuitement sur le site Internet de l'Institut national du cancer : **e-cancer.fr**, dont en particulier :

- Les traitements des cancers du côlon (en cours d'actualisation)
- Les traitements des cancers du rectum (en cours d'actualisation)
- Démarches sociales et cancer
- Participer à un essai clinique en cancérologie
- Douleur et cancer
- Fatigue et cancer
- Vivre pendant et après un cancer

Association de patients stomisés : la FSF (Fédération des Stomisés de France) : **www.fsf.asso.fr**

Plateformes téléphoniques / Sites Internet

- **Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie** : au **0811 020 300** (prix d'un appel local) : informations sur les structures d'accueil et l'offre de soins, les droits des malades et de leurs familles, orientation vers les dispositifs d'aide et d'accompagnement (associations locales), écoute et espace de parole.
- **Ligne Cancer info** (service proposé par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Ligue contre le cancer) au **0805 123 124** (service et appel gratuits) : une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond aux questions d'ordre pratique, médical et social du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures. Un service d'écoute animé par des psychologues et une permanence juridique proposés par la Ligue contre le cancer sont également disponibles du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures.
- **Tabac Info Service** : **3989** (appel non surtaxé) : un spécialiste répond aux questions. Possibilité de bénéficier d'un suivi personnalisé et gratuit par un tabacologue. Site internet : **www.tabac-info-service.fr**
- **Alcool Info Service** : **0980 980 930** (de 8 heures à 2 heures, 7 jours/7, coût d'un appel local) : des professionnels formés aux problèmes d'usage et de dépendance à l'alcool proposent une écoute sans jugement et confidentielle, des informations précises, une aide personnalisée et des orientations adaptées à la situation. Site internet : **www.alcool-info-service.fr** : pour poser des questions auxquelles des professionnels répondront sous 48 heures.

LISTE DES PARTICIPANTS ET RÉFÉRENCES

Organismes professionnels sollicités ayant proposé des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/relecture

- **Collège de médecine générale** (CMG)
- **Société française d'endoscopie digestive** (SFED)
- **Société nationale française de gastro-entérologie** (SNFGE)
- **Fédération de chirurgie viscérale et digestive** (FCVD)
- **Société française de radiologie** (SFR)
- **Société française de pathologie** (SFP)
- **Association française des infirmiers en cancérologie** (AFIC)
- **Société française de cancérologie** (SFC)

Groupe de travail

- **Pr Thomas APARICIO**, hépato-gastroentérologue, Hôpital Saint-Louis, Paris
- **Dr Erwann BORIES**, hépato-gastroentérologue, Institut Paoli-Calmettes, Marseille
- **Dr Clément CHARRA**, médecin généraliste, Ladoix-Serrigny
- **Mme Elianne DUBOIS**, infirmière, Centre Georges-François Leclerc, Dijon
- **Dr Marc FARALDI**, oncologue radiothérapeute, CH Compiègne-Noyon
- **Dr Christelle de la FOUCHARDIERE**, oncologue médical, Centre Léon Bérard, Lyon
- **Pr Bernard FRECHE**, médecin généraliste, Royan et Université de Poitiers
- **Pr Marc POCARD**, chirurgien, Hôpital Lariboisière, Paris
- **Mme Nicole RAMA**, infirmière stomathérapeute, Clinique de l'Union, Saint-Jean
- **Dr Catherine RIDEREAU-ZINS**, radiologue, CH Angers
- **Dr Benoît ROUSSEAU**, oncologue médical et pharmacologue, Hôpital Henri Mondor, Créteil
- **Pr Magali SVRCEK**, anatomopathologiste, Hôpital Saint-Antoine, Paris

Chaque expert du groupe de travail a renseigné une déclaration d'intérêts, publiée sur le site de l'Institut national du cancer. L'analyse des liens d'intérêts réalisée par l'Institut n'a pas mis en évidence de risque de conflits d'intérêts.

Relecture nationale

- **Dr Claude-Pierre ALZIEU**, oncologue radiothérapeute, Clinique Claude Bernard, Albi
- **Dr Josette ARCACHE**, chirurgien viscéral et digestif, Centre Hospitalier Comminges Pyrénées, Saint-Gaudens
- **Dr Laurent ARNALSTEEN**, chirurgien viscéral et digestif, Hôpital Privé La Louvière, Lille
- **Dr Mohun BAHADOOR**, oncologue médical, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand
- **Dr Louis BERTHET**, médecin nucléaire, Dijon
- **Dr Martin BERTRAND**, chirurgien viscéral et digestif, CHU Caremeau, Nîmes
- **Dr Karine BIDEAU**, hépato-gastroentérologue, CH de Quimper
- **M. Damien BONNET**, responsable qualité, Polyclinique du Sidobre, Castres
- **Pr Frédéric BORIE**, chirurgie digestive hépatobiliaire et pancréatique, CHU Caremeau, Nîmes
- **Dr Hassan BOUYABRINE**, chirurgien viscéral et digestif, CHU de Montpellier
- **Dr Cyrille CHAUGNE**, médecin généraliste, SOS Médecins, Toulouse
- **Dr Patrick COHEN**, chirurgien viscéral et digestif, Polyclinique Le Languedoc, Narbonne
- **Dr François COMBY**, médecin généraliste, Cenon
- **Dr Olivier DARREYE**, médecin généraliste, Vayrac
- **Mme Marie-Laure de BOTTON**, cadre de santé, service de chirurgie digestive et générale, CHRU de Lille
- **Dr Eva DECOTTE**, médecin généraliste, Aureilhan
- **Dr Vladimir DRUEL**, médecin généraliste, Toulouse et Auch
- **Dr Jean-Pierre DUFFAS**, chirurgien viscéral et digestif, CHU de Toulouse

- **Dr Aurélien DUPRE**, chirurgien oncologique, Centre Léon Bérard, Lyon
- **Pr Xavier DURANDO**, oncologue, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand
- **Dr Julien EDELINE**, oncologue médical, Centre Eugène Marquis, Rennes
- **Dr Farid EL HAJBI**, gastro-entérologue, Centre Oscar Lambret, Lille
- **Dr Michel Pierre ESCARTIN**, hépato-gastroentérologue, Saint-Jean-de-Luz
- **Pr Jean Michel FABRE**, chirurgien viscéral et digestif, CHU de Montpellier
- **Mme Nathalie FERRAND**, infirmière coordinatrice en oncologie, Institut Daniel Hollard, membre GHM (Groupe Hospitalier Mutualiste) de Grenoble
- **Dr Émilie FERRAT**, médecin généraliste, Saint-Maur-des-Fossés
- **Dr Christian FLAISSIER**, médecin généraliste, Lasalle
- **Dr Renaud FLAMEIN**, chirurgien viscéral et digestif, DESC cancérologie, Clinique du Millénaire, Montpellier
- **Pr Jean-François FLEJOU**, pathologiste, Hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Paris
- **Dr Erwan GABIACHE**, médecin nucléaire, Clinique Pasteur, Toulouse
- **Dr Marie-Pierre GALAIS**, hépato-gastroentérologue, DESC Cancérologie, Centre François Baclesse, Caen
- **Dr Michel GALLAND**, médecin généraliste, Labastide-d'Anjou
- **Dr Claude Pierre GAUTIER**, médecin coordinateur, A.D.CA 84 - Centre de coordination du dépistage des cancers en Vaucluse, Avignon
- **Dr Olivier GELLIS**, gastro-entérologue, Lesparre-Médoc
- **Dr Laëtitia GIMENEZ**, médecin généraliste, Département universitaire de médecine générale de Toulouse, Maison de Santé Pluriprofessionnelle Universitaire La Providence - Toulouse
- **Dr Antoine GRISONI**, médecin généraliste, Sari-Solenzara
- **Pr Rosine GUIMBAUD**, oncologue, CHU de Toulouse, Institut Universitaire du Cancer de Toulouse-Oncopole
- **Dr Majd HAMOUI**, chirurgien viscéral et digestif, Clinique du Parc, Castelnau-le-Lez
- **Dr Audrey HENNEQUIN**, oncologue médical, Centre Georges-François Leclerc, Dijon
- **Pr Florence HUGUET**, oncologue radiothérapeute, Hôpital Tenon, Paris
- **Dr Régis KAPHAN**, oncologue, CH de Cannes
- **Dr Dine KORICHE**, chirurgien viscéral et digestif, CH Béthune-Beuvry
- **Dr Bruno LAMEZEC**, oncologue radiothérapeute, Centre Armoricain de radiothérapie, d'imagerie médicale et d'oncologie, Plérin
- **Dr Robert LAURENT**, médecin généraliste, Alixan
- **Dr Brigitte LAURO**, médecin généraliste, Onnaing
- **Dr Franck LE DUFF**, médecin de santé publique, Centre de coordination du dépistage des Cancers, Corse
- **Dr Cédric LECAILLE**, hépato-gastroentérologue et oncologue digestif, Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine, Bordeaux
- **Pr Thierry LECOMTE**, hépato-gastroentérologue et oncologue digestif, CHU de Tours
- **Dr Nathalie LEMOINE**, oncologue, Hôpital Privé La Louvière, Lille
- **Mme Corinne LESAGE**, IDE stomathérapeute, coordinatrice du dispositif d'annonce cancer - cadre de santé, Hôpital Privé La Louvière, Lille
- **Dr Béatrice LOGNOS**, médecin généraliste, St-Georges-d'Orques
- **Dr Jean LUBRANO**, chirurgien digestif et hépatobiliaire, CHU de Caen
- **Dr Jean-Claude LUCIEN**, médecin généraliste, Tarbes
- **Dr Gilles MAMANE**, médecin généraliste, Gradignan
- **Pr Sylvain MANFREDI**, hépato-gastroentérologue, CHU de Dijon
- **Dr Guillaume MARIE**, médecin généraliste, service oncologie, CH de Boulogne-sur-Mer
- **Dr Frédéric MARTIN**, pharmacien, CH d'Auxerre
- **Mme Claudia MEKIL**, infirmière stomathérapeute et référente Douleur, Hôpital Privé de Villeneuve d'Ascq
- **Pr Zoher MERAD-BOUDIA**, oncologue médical, CH de Vienne
- **Pr Laurent MOSSER**, oncologue médical, CH de Rodez
- **Dr Sébastien NOVELLAS**, radiologue, Institut Arnault Tzanck, Saint-Laurent-du-Var
- **Pr Yann PARC**, chirurgien viscéral et digestif, Hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Paris
- **Pr Nicolas PIRRO**, chirurgien viscéral et digestif, Hôpital de la Timone, Marseille
- **Dr Laurent PLARD**, chirurgien viscéral et digestif, CH d'Avranches-Granville
- **Dr Fabienne PORTALES**, oncologue digestif, Institut du cancer de Montpellier
- **Pr Michel PRUDHOMME**, chirurgien digestif, CHU de Nîmes
- **Pr Didier QUILLIOT**, médecin nutritionniste, hépato-gastroentérologue, CHU de Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy
- **Dr Audrey REMENIERAS**, pharmacien biologiste en oncogénétique, Institut Paoli-Calmettes, Marseille
- **Dr Karine SALIGNON**, oncologue, CH d'Auch
- **Dr Emmanuelle SAMALIN**, oncologue digestif, Institut du cancer de Montpellier
- **Dr Jean-Louis SEGALAS**, chirurgie viscérale et digestive, DESC cancérologie, Clinique Champeau Méditerranée, Béziers
- **Dr Cédric SEQUIER**, chirurgie viscérale et digestive, CH d'Arras
- **Dr Pasquale TAMMARO**, chirurgien général, Polyclinique Vauban, Valenciennes
- **M. Christophe TAOUM**, chirurgie digestive et oncologique, Institut du cancer de Montpellier
- **Dr Marion TAVERNIER**, chirurgien viscéral et digestif, Clinique Belledonne, Saint-Martin d'Hères
- **Dr Timothée THIEBOT**, chirurgien viscéral et digestif, CH de Bretagne Atlantique, Vannes
- **Dr Anthony TURPIN**, oncologue médical, CHRU de Lille
- **Dr Éric WOHLSCHIES**, hépato-gastroentérologue, CH de Lannion-Trestel

Institut national du cancer

- **Lydie Gabrel**, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du Médicament (depuis janvier 2018)
- **Dr Gisèle Do Outeiro**, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du médicament (jusqu'en septembre 2017)
- **Marianne Duperray**, responsable du département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du médicament
- **Dr Muriel Dahan**, directrice des Recommandations et du médicament
- **Sophie Negellen**, responsable du département Médicament, direction des Recommandations et du médicament

Références

- Jéhannin-Ligier K, Dantony E, Bossard N, Molinié F, Defossez G, Daubisse-Marliac L, Remontet L, Uhry Z. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 80 p. Disponible à partir des URL : **www.santepubliquefrance.fr** et **e-cancer.fr**

- Institut national du cancer (INCa). Nutrition et prévention primaire des cancers : actualisation des données/Synthèse. Collection État des lieux et des connaissances. Juin 2015. Disponible : **e-cancer.fr**

- Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Guizard A-V, Voirin N, Monnereau A et al. Institut de veille sanitaire (InVS), ed. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013 / Partie 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice: 2016. Disponible : **e-cancer.fr**

- Institut national du cancer (INCa). La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer [online]. Collection État des lieux et des connaissances. Juin 2014. Disponible : **e-cancer.fr**

- Institut national du cancer (INCa). Fiche Repère « Nutrition et prévention des cancers ». Juillet 2009

- Gérard JP, André T, Bibeau F, Conroy T, Legoux JL, Portier G. « Cancer du rectum ». Thésaurus National de Cancérologie Digestive, 02-2016

- T Lecomte, T André, Y Panis, P Laurent-Puig, F Bibeau, J Taieb. « Cancer du côlon ». Thésaurus National de Cancérologie Digestive, 11- 2016

- Phelip JM, Bouché O, Conroy T, Michel P, Penna C, Tournigand C, Chibaudel B, Bedenne L. « Cancer colorectal métastatique ». Thésaurus National de Cancérologie Digestive, juin 2016

- Members of the Colorectal Cancer Survivorship Group. Follow-up care, surveillance protocol, and secondary prevention measures for survivors of colorectal cancer. Toronto (ON) : Cancer Care Ontario; 2012 Feb 3. Program in Evidence-based Care Evidence-Based Series No. : 26-2 Version 2.

- Peeters M, Van Cutsem E, Bielen D, Bols A, Demetter P, D'Hoore A, Haustermans K, Hendlisz A, Lemmers A, Leonard D, Penninckx F, Fairon N, Robays J, Holdt Henningsen K, Vlayen J, Veereman G. Prise en charge du cancer du rect : une mise à jour sélective – Résumé. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 260Bs. D/2016/10.273/07.

- Labianca R, Nordlinger B, Beretta GD, Mosconi S, Mandalà M, Cervantes A, Arnold D; ESMO Guidelines Working Group. Early colon cancer : ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2013 Oct;24 Suppl 6 :vi64-72. doi : 10.1093/annonc/mdt354.

- Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). Colon cancer. Version 2.2016. NCCN.org

- Hébuterne X, Lemarié E, Michallet M, Beauvillain de Montreuil C, Schneider SM, Goldwasser F. Prevalence of malnutrition and current use of nutritional support in cancer patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2014;38:196-204.

Édité par l'Institut national du cancer (INCa)
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : INCa
Réalisation : INCa
Illustrations : INCa

ISBN 978-2-37219-400-6
ISBN net 978-2-37219-401-3

DEPÔT LÉGAL SEPTEMBRE 2018

Cette brochure décrit le parcours de soins d'un patient atteint d'un cancer colorectal. Si le rôle d'accompagnement et d'information du médecin généraliste est essentiel dans la détection précoce de ce cancer, il l'est également à tous les stades du parcours de soins, en lien avec l'équipe spécialisée.

Démarche diagnostique, bilan initial, vue d'ensemble des modalités thérapeutiques de première intention, et examens de suivi vous sont présentés de façon synthétique.

Vous trouverez également des informations sur la gestion des principaux effets indésirables des traitements et sur l'approche médicale globale, ainsi que des ressources pratiques pour vous et vos patients.

Ce document est consultable et téléchargeable en ligne (e-cancer.fr) en version interactive permettant un accès aux informations plus rapide.

RÉF. OUTMGCCR18

e-cancer.fr

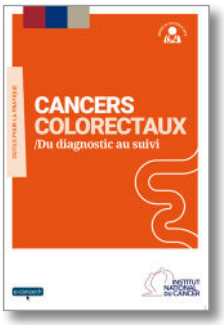
INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Votre avis nous intéresse

Donnez-nous votre avis sur l'outil pour la pratique

Cancers colorectaux (septembre 2018)

Date : .... /.... /20....



L'objectif de cet outil est de vous présenter de façon synthétique le parcours de soins d'un patient atteint de cancer colorectal. Vos remarques nous permettront de l'améliorer lors d'une prochaine mise à jour.

Cet outil fait partie de la collection d'outils pour la pratique à destination des médecins généralistes développée par l'Institut National du Cancer. Vous pouvez découvrir la collection (en cours de production) sur e-cancer.fr, rubrique « Professionnels de santé ».

(Cochez la ou les cases correspondant à vos réponses)

1. Comment avez-vous été informé de l'existence de cet outil pour la pratique ?

☐ par mail
☐ par la presse médicale
☐ dans un congrès
☐ sur le site Internet de l'INCa
☐ par un confrère
☐ autre (précisez) : _____

_____

_____

2. Le type d'information proposé vous convient-il ?

☐ tout à fait ☐ assez
☐ pas vraiment ☐ pas du tout

3. Le niveau de détail vous convient-il ?

☐ tout à fait ☐ assez
☐ pas vraiment ☐ pas du tout

4. Quelles informations vous sont utiles pour votre pratique ?

_____

_____

_____

5. Quelles informations manque-t-il ?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

6. Quelles informations vous paraissent inutiles ?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

7. Avez-vous trouvé facilement les informations que vous recherchiez ?

☐ tout à fait ☐ assez

☐ pas vraiment ☐ pas du tout

8. Concernant le chapitre sur les effets indésirables des médicaments, l'entrée par molécules est-elle adaptée à votre pratique ?

☐ oui ☐ non

Si non, une entrée par symptômes serait-elle plus pertinente ?

☐ oui ☐ non

9. La longueur du document vous convient-elle ?

☐ oui ☐ trop courte ☐ trop longue

10. La présentation synthétique sous forme de tableaux vous convient-elle ?

☐ oui ☐ non

11. De manière générale, cet outil sur les cancers colorectaux vous paraît-il utile et adapté à votre pratique ?

☐ tout à fait ☐ assez

☐ pas vraiment ☐ pas du tout

12. Avez-vous des commentaires particuliers ou des suggestions sur cet outil sur la prise en charge des cancers colorectaux ou sur la nouvelle collection d'outils à destination des médecins généralistes développée par l'Institut National du Cancer ?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

13. Souhaitez-vous recevoir les prochaines publications de cette collection ?

☐ oui ☐ non

Si oui, merci de nous communiquer vos coordonnées

e-mail : _____

_____

adresse postale : _____

_____

_____

L'Institut national du cancer vous remercie pour votre participation

Questionnaire à retourner à :

Institut national du cancer
« Cancers colorectaux »
Libre réponse 93934
92513 BOULOGNE-BILLANCOURT Cedex

Il n'est pas nécessaire d'affranchir votre enveloppe

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

e-cancer.fr