

Généralités

Le cancer colorectal est le 3e cancer le plus fréquent chez l'homme après ceux de la prostate et du poumon. Et c'est le 2e cancer le plus fréquent chez la femme après celui du sein.

Il touche chaque année environ 47 000 personnes par an et est responsable de 17 000 décès par an en France.

Physiopathologie

Le cancer se développe à partir des cellules qui tapissent la paroi interne du côlon. Les cellules se multiplient de façon anarchique jusqu'à former une tumeur maligne.

Dans 80 % des cas, les cancers du côlon se développent à partir d'une tumeur bénigne, c'est-à-dire non cancéreuse. Elle est appelée polype adénomateux ou adénome. 2 à 3% de ces tumeurs bénignes finissent par se transformer en cancer.

Facteurs de risque

Âge > 50 ans

Maladie de Crohn

Rectocolite hémorragique

Polypose adénomateuse

familiale

Syndrome de Lynch

Habitudes de vie

Alimentation riche en viandes rouges, pauvre en fibres

Sédentarité

Alcool, tabac

Obésité, surpoids

Antécédents

De polype adénomateux ou de cancer colorectal avant 60 ans chez un parent de 1^{er} degré

Personnel de polype > 1 cm ou de cancer colorectal

Signes cliniques

Souvent asymptomatique lorsqu'il est décelé à l'occasion d'une campagne de dépistage.

Signes évocateurs

Rectorragie, méléna

Perte de poids

Altération de l'état général

Douleurs abdominales

Modification récente du transit

Alternance diarrhée/constipation

Anémie inexpliquée

Examens complémentaires

Examen clinique +/- toucher rectal

Coloscopie avec biopsies

Scanner thoraco-abdomino-pelvien

Écho-endoscopie, IRM rectale

Dosage de l'ACE (antigène carcino-embryonnaire)

PET Scan à la recherche de métastases

Complications

Perforation digestive
Occlusion
Infection
Décès

Pronostic

Fonction de l'extension tumorale
Survie moyenne à 5 ans tous stades confondus : 60%

Dépistage

Population cible : patient asymptomatique de 50 à 74 ans
Découverte de saignement occulte dans les selles : si positif = coloscopie
Test de dépistage répété tous les 2 ans

Traitements

Le traitement varie en fonction du stade de la maladie, de l'âge et de l'état général du patient.
La prise en charge est déterminée lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Chirurgie : résection de la tumeur primitive avec des marges saines +/- stomie digestive temporaire ou définitive

Chimiothérapie : adjuvante pour les cancers métastatiques pour diminuer le risque de récurrence ou palliative pour les cancers non résecables

Thérapie ciblée : utilisée dans certains cas de cancers métastatiques

Radiothérapie : utilisée en préopératoire pour les cancers du rectum pour diminuer le risque de récurrence locorégionale

Sources

Cancer du côlon rectum, 2024 sur santepubliquefrance.fr

Cancers du côlon : les points clés, 2023 sur e-cancer.fr

Cours IFSI

Guide pratique infirmier, Léon Perlemuter, Gabriel Perlemuter, 2020, Elsevier Masson

Mémento 100% visuel des pathologies, Anne Barrau, 2021, Vuibert

Mon stage infirmier en hépato-gastro entérologie, Axel Balian, 2022, Elsevier Masson

Généralités

3e cancer le + fréquent chez l'homme
12e cancer le + fréquent chez la femme

47 000 personnes cas par an
17 000 décès par an en France

Physiopathologie

Le cancer se développe à partir des cellules qui tapissent la paroi interne du côlon.

Les cellules se multiplient de façon anarchique jusqu'à former une tumeur maligne.

Dans 80 % des cas, les cancers du côlon se développent à partir d'une tumeur bénigne, c'est-à-dire non cancéreuse. Elle est appelée polype adénomateux ou adénome. 2 à 3% de ces tumeurs bénignes finissent par se transformer en cancer.

Examens complémentaires

Examen clinique +/- toucher rectal
Coloscopie avec biopsies
Scanner thoraco-abdomino-pelvien
Écho-endoscopie, IRM rectale
Dosage de l'ACE (antigène carcino-embryonnaire)
PET Scan à la recherche de métastases

Facteurs de risque

Âge > 50 ans
Maladie de Crohn, rectocolite hémorragique
Polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch

Habitudes de vie : alimentation riche en viandes rouges, pauvre en fibres, sédentarité, alcool, tabac, obésité, surpoids

ATCD : de polype adénomateux ou de cancer colorectal avant 60 ans chez un parent de 1er degré ou personnel de polype > 1 cm ou de cancer colorectal

Signes cliniques

Souvent asymptomatique si décelé à l'occasion d'une campagne de dépistage.

Signes évocateurs

Rectorragie, méléna
Perte de poids
Altération de l'état général
Douleurs abdominales
Modification récente du transit
Alternance diarrhée/constipation
Anémie inexpliquée

Complications

Perforation, occlusion, infection, décès

Pronostic selon extension tumorale
Survie moyenne à 5 ans tous stades confondus : 60%

Dépistage

Population cible : patient asymptomatique de 50 à 74 ans

Découverte de saignement occulte dans les selles : si positif = coloscopie

Test tous les 2 ans



UE 2.9 Processus tumoraux

Cancer colorectal

Traitements

Fonction du stade de la maladie, de l'âge et de l'état général du patient.

Chirurgie : résection de la tumeur primitive avec des marges saines +/- stomie digestive temporaire ou définitive

Chimiothérapie : adjuvante pour les cancers métastatiques pour diminuer le risque de récurrence ou palliative pour les cancers non résecables

Thérapie ciblée : utilisée dans certains cas de cancers métastatiques

Radiothérapie : utilisée en préopératoire pour les cancers du rectum pour diminuer le risque de récurrence locorégionale

fiches-ide.fr

Fiches IDE© Tous droits réservés