

Côlon non métastatique

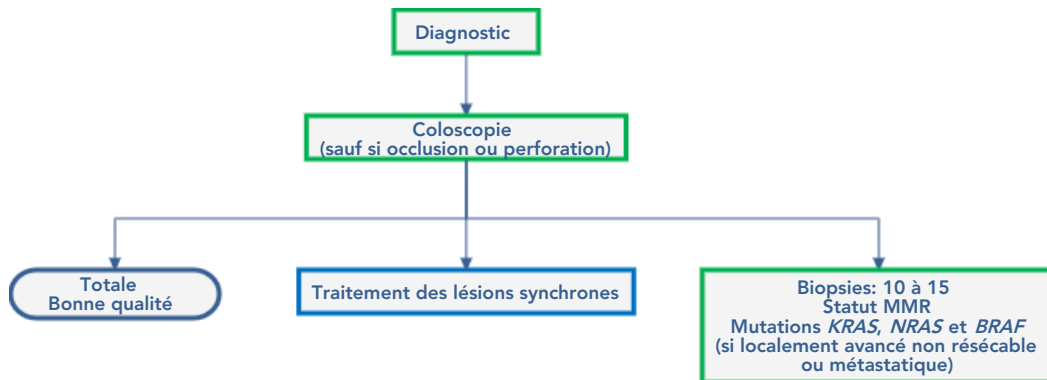
Cette référence de bonnes pratiques cliniques, déclinaison du Thésaurus National de Cancérologie Digestive®, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaborée par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels membres des Dispositifs Spécifiques Régionaux du Cancer de Bourgogne-Franche-Comté (ONCOBFC) et du Grand Est (NEON), en tenant compte des recommandations et réglementations nationales, conformément aux données acquises de la science au 25 septembre 2026.

1. Introduction

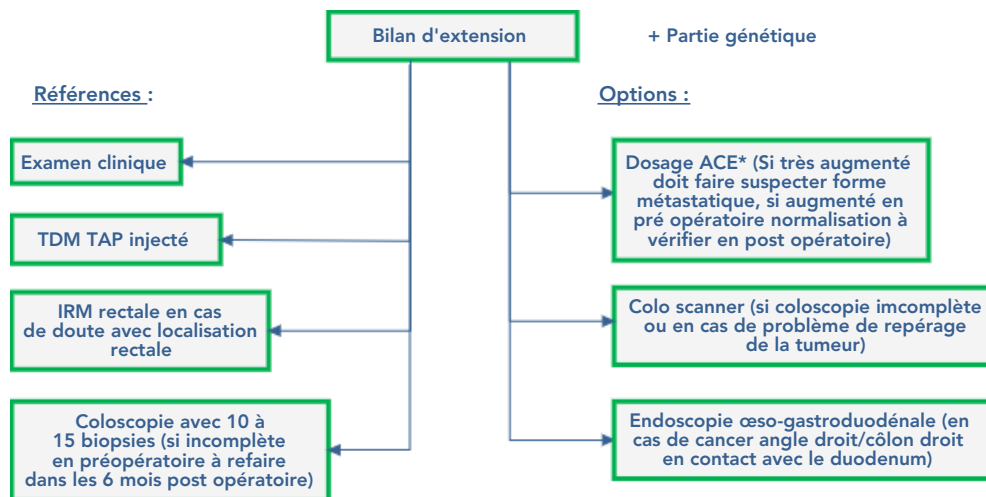
- Cette référence est adaptée du chapitre 3 du TNCD : Cancer du côlon non métastatique

2. Bilan initial et d'extension

2.1. Bilan initial



2.2. Bilan d'extension



*non recommandé par la conférence de consensus de 1998

3. Indications d'une consultation d'oncogénétique

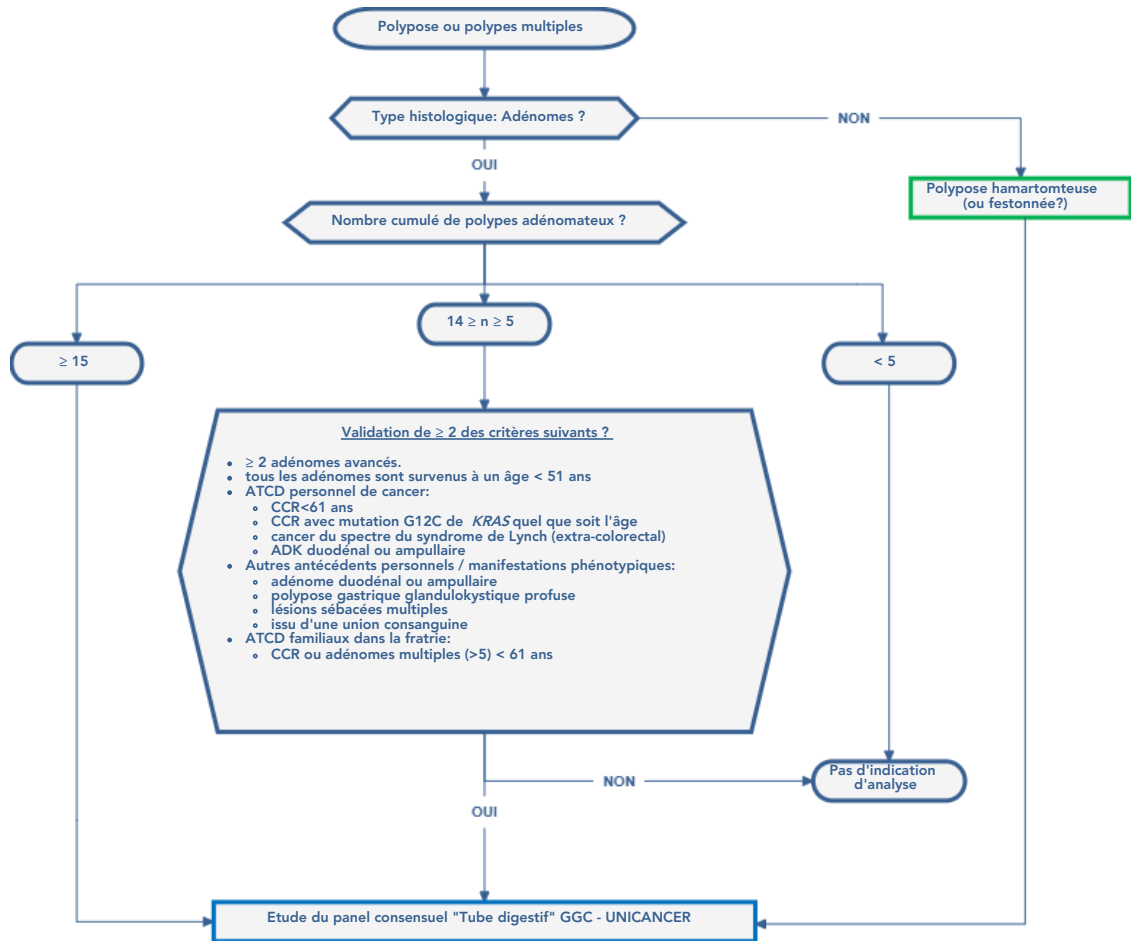
3.1. Suspicion de syndrome de Lynch (SL)

Suspicion de syndrome de Lynch (SL) :

- Tout cancer du côlon MSI ou avec IHC anormale (sauf mutation *BRAF* ou hyper-méthylation du promoteur du gène *MLH1*, sauf histoire familiale évocatrice de SL car rares cas d'hyperméthylation constitutionnelle de *MLH1*).
- Tout cancer du côlon diagnostiqué avant 41 ans, quel que soit le statut MMR et les antécédents familiaux.
- Tout patient présentant 2 tumeurs du spectre Lynch dont la première diagnostiquée avant 51 ans quel que soit le statut MMR et les antécédents familiaux.
- Tout patient présentant 3 tumeurs du spectre Lynch quels que soit les âges et le statut MMR.

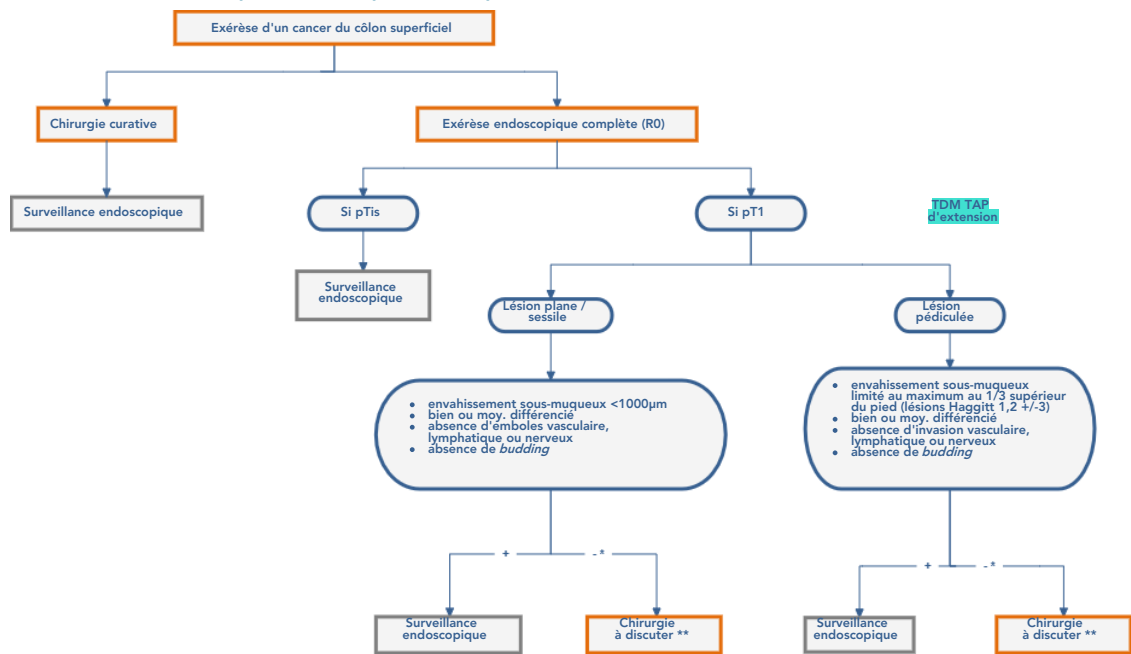
Remarque : 1 adénome avancé (>1 cm et/ou dysplasie de haut grade) peut remplacer 1 (et 1 seule) tumeur en cas de tumeurs primitives multiples.

3.2. Polypose



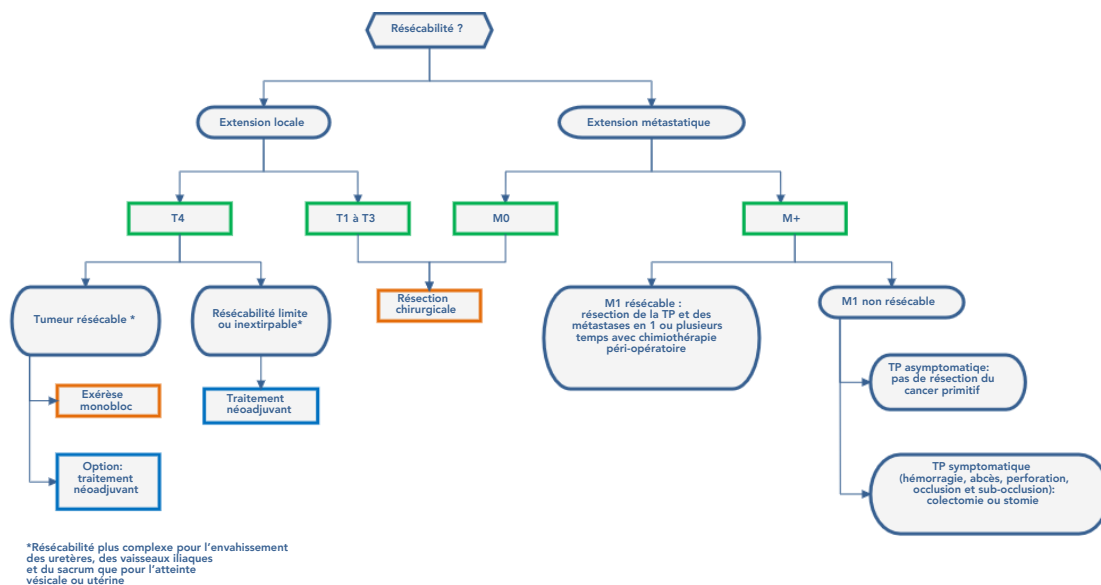
4. Traitements

4.1. Cancer du côlon superficiel (pTis ou pT1)



* : absence d'au moins un de ces critères
** : si la chirurgie n'est pas proposée → contrôle endoscopique précoce du site de l'exérèse à 12 mois si résection R0, 3 à 6 mois si résection R1 ou Rx.

4.2. Cancer du côlon – critères de résécabilité



4.3. Colectomie - Principes carcinologiques

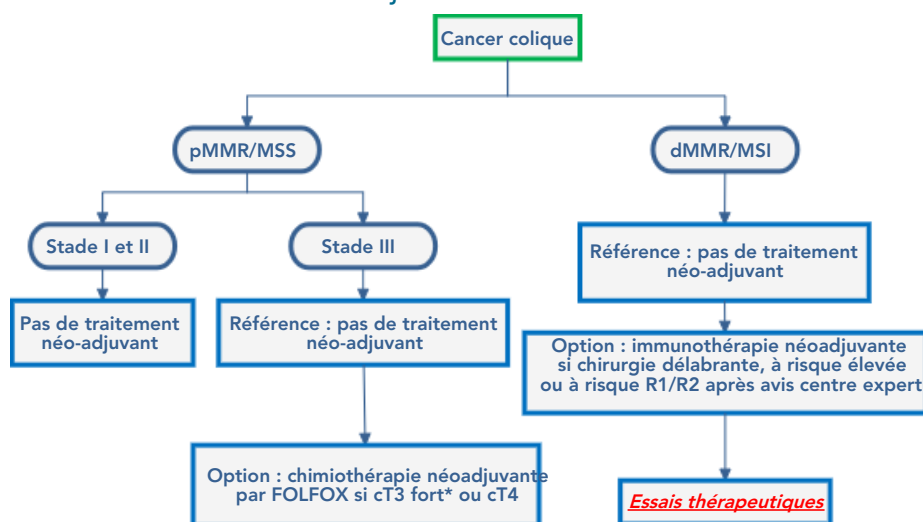
Exérèse du cancer avec:	Voie d'abord:
- Marges proximale et distale ≥ 5 cm sur pièce fraîche - Exérèse monobloc du méso-côlon (curage type D2 avec repérage des pédicules vasculaires et ligature des vaisseaux à l'origine) Charnière recto-sigmoïdienne : retirer 5 cm de méso-rectum sous la tumeur Pas de bénéfice en OS et SSR prouvé pour la CME (curage D3)	T1-T3 : Coelioscopie recommandée (Grade A) T4 : discussion au cas par cas

Localisation	Intervention	Anastomose	Remarques
Caecum / côlon droit	Colectomie droite (caecum, côlon ascendant et angle colique droit)	Iléo-colique	
Côlon transverse	Colectomie droite étendue ou subtotale (jusqu'au côlon gauche non inclus)	Iléo-colique	Colectomie transverse isolée déconseillée
Angle gauche et côlon descendant	Colectomie angulaire gauche	Colo-colique	Alternative : colectomie subtotale Hémi-colectomie gauche abandonnée
Sigmoïde	Sigmoïdectomie	Colorectale	Section AMI au dessus ou en dessous de l'artère colique supérieure gauche

4.4. Situations particulières

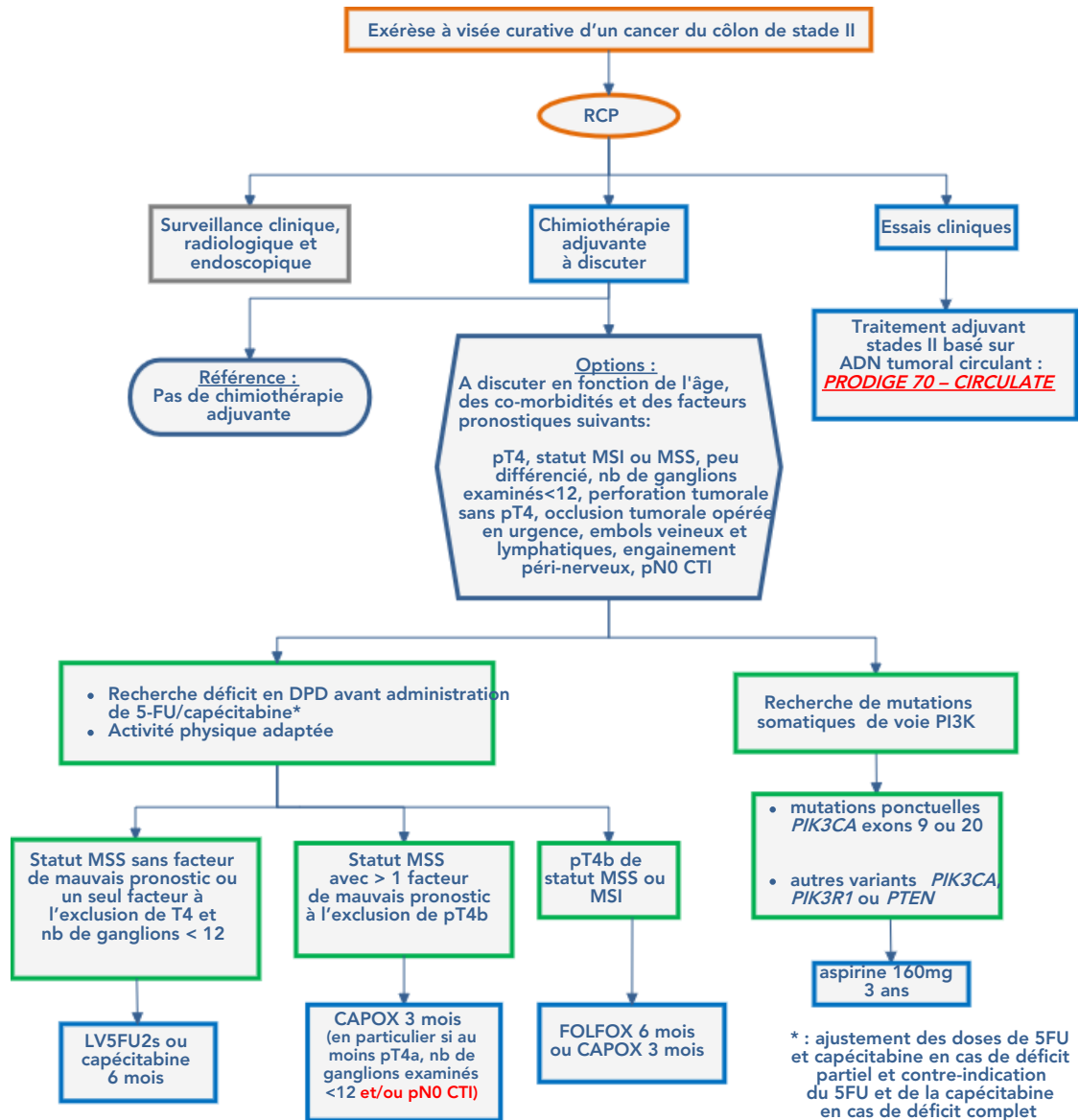
- **Occlusion**
 - Colostomie de proche amont si lésion située à G
 - Colectomie si lésion située à droite
 - Option : Prothèse colique en centre expert après discussion médico-chirurgicale
- **Patient à haut risque de récidence péritonéale**
 - CHIP non recommandée
 - Laparotomie exploratrice en vue d'une éventuelle exérèse de carcinose à discuter au cas par cas, sans CHIP
- **Suspicion de métastases hépatiques**
 - Bilan préopératoire IRM avec séquences de diffusion
 - Échographie per-opératoire
 - +/- Résection per-opératoire
- **Découverte per-opératoire d'une tumeur de la charnière recto-sigmoïdienne avec atteinte vésicale ou utérine**
 - Possibilité de stomie d'amont avant chimiothérapie néoadjuvante puis exérèse
- **Prédisposition génétique**
 - Syndrome de Lynch
 - PAF / polypose MYH
 - Recommandations INCa et fiches GENMAD

4.5. Cancer du côlon – traitement néo-adjuvant

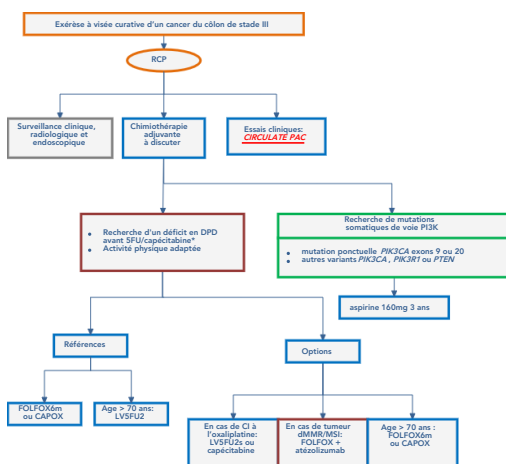


* cT3 fort : extension extra-murale > 5mm au scanner

4.6. Attitude post-opératoire



4.7. Exérèse à visée curative d'un cancer du côlon de stade III



* : ajustement doses de 5FU et de capécitabine en cas de déficit partiel et contre-indication du 5FU et capécitabine en cas de déficit complet.
 OPTIONS : raltitrexed + oxaliplatine ou trifluridine/tipiracil + oxaliplatine (TAS-0X)

4.8. Recommandations pour limiter les risques des chimiothérapies cytotoxiques (5-Fluorouracile, capécitabine, FOLFOX, FOLFIRI, FOLFIRINOX)

4.8.1. Pour toute fluoropyrimine, y compris capécitabine

Evaluer les facteurs de risques cardio-vasculaires	tabagisme, dyslipidémie, diabète, antécédents familiaux, stress, antécédents d'artérite, de sténose carotidienne, etc
Examen clinique complet	mesure de la TA et examen des pouls périphériques, examiner les artères au scanner (calcifications coronariennes, aortiques, iliaques)
ECG indispensable avant tout traitement	à la recherche de signes d'ischémie
Dépistage du déficit en DPD avant tout traitement	par dosages du dihydrouracile et de l'uracile plasmatique (calcul du rapport dihydro-uracile/uracile) et/ou recherche de variant sur le gène <i>DPYD</i> pour individualiser la dose de fluorouracile ou de capécitabine ; dosage de l'uracilémie à interpréter avec prudence chez les patients présentant une insuffisance rénale modérée ou sévère
Profil lipidique et mesure de l'HbA1c	
Bilan biologique dont hémogramme avant chaque cycle	
Adapter la dose de capécitabine en cas d'insuffisance rénale sévère	
Prendre un avis cardiologique en cas de facteurs de risque, et systématiquement après 60 ans	le cardiologue demandera si nécessaire un test d'effort, une tomoscintigraphie myocardique d'effort ou sous test pharmacologique, voire une coronarographie en cas de doute. L'échocardiographie permet une évaluation des fonctions ventriculaires gauches et de la cinétique segmentaire, dont les anomalies peuvent orienter vers une souffrance ischémique myocardique
Disposer d'une procédure en cas d'angor sous fluoropyrimidine	

4.8.2. FOLFOX ou CAPOX

Mêmes précautions que celles listées pour une fluoropyrimidine seule. L'association de 5-Fluorouracile et d'oxaliplatine présente un risque élevé de toxicité cardiovasculaire chez les patients atteints de maladie coronarienne ou d'artérite	
Surveillance de l'électrocardiogramme avant chaque cure avec calcul de l' intervalle QTc (DCI de l'oxaliplatine)	les sétrons et l'oxaliplatine allongent l'intervalle QTc. Contre-indication à l'oxaliplatine si intervalle QT/QTc > 450 millisecondes pour les hommes et > 470 millisecondes pour les femmes
Corriger une hypokaliémie avant chimiothérapie	pour éviter le risque de troubles du rythme ou torsades de pointes lié à un intervalle QT long
Antiémétiques adaptés à un haut risque d'émesis	
Réévaluer le risque de neurotoxicité après 6 cycles de FOLFOX ou 4 cycles de CAPOX	et le rapport bénéfice/risque du maintien de l'oxaliplatine plutôt que d'interrompre la chimiothérapie ou la poursuivre avec une fluoropyrimidine seule
Disposer d'une procédure pour prise en charge d'une réaction d'hypersensibilité	

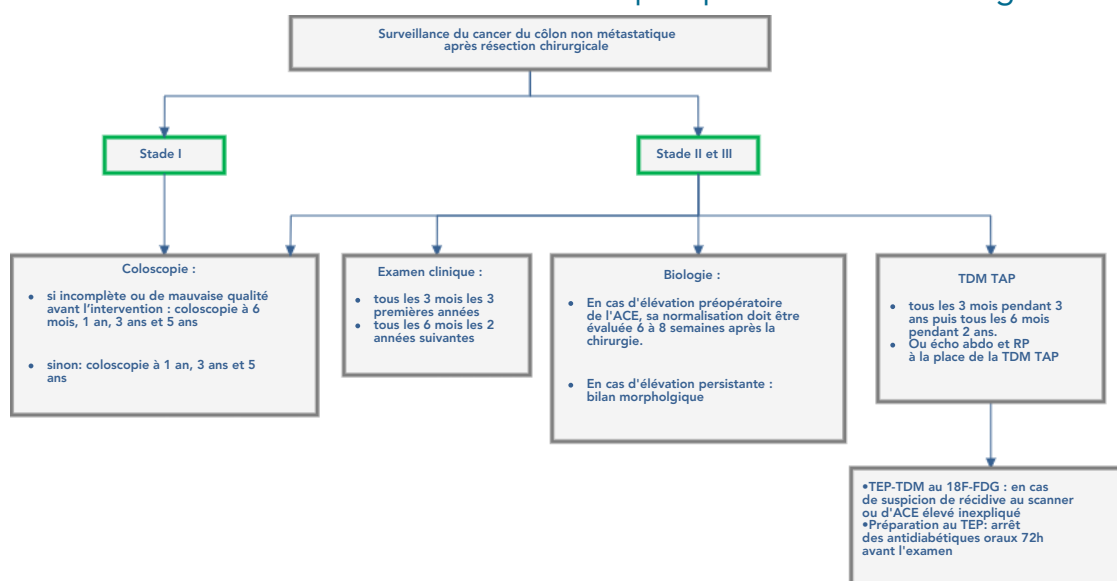
4.8.3. FOLFIRI ou FOLFIRINOX

Mêmes précautions que celles listées pour une fluoropyrimidine seule	
Dépister un syndrome de Gilbert par la clinique (subictère éventuel) et le dosage systématique de la bilirubine libre avant initiation du traitement	ou recherche d'une mutation du gène <i>UGT1A1</i> réduction de dose d'irinotécan si syndrome de Gilbert
Détailler au patient la conduite à tenir en cas de diarrhée « tardive » après irinotécan, dont prise du traitement antidiarrhéique dès la première selle liquide	Contactez si possible le patient au cours de la semaine suivant le premier cycle
Injection sous-cutanée d'atropine 0.25 mg avant la perfusion d'irinotécan en cas d'antécédent de syndrome cholinergique à une perfusion d'irinotécan antérieure	
Contre-indication en cas d'occlusion et discuter bénéfice/risque de l'irinotécan en cas de maladie inflammatoire chronique de l'intestin	

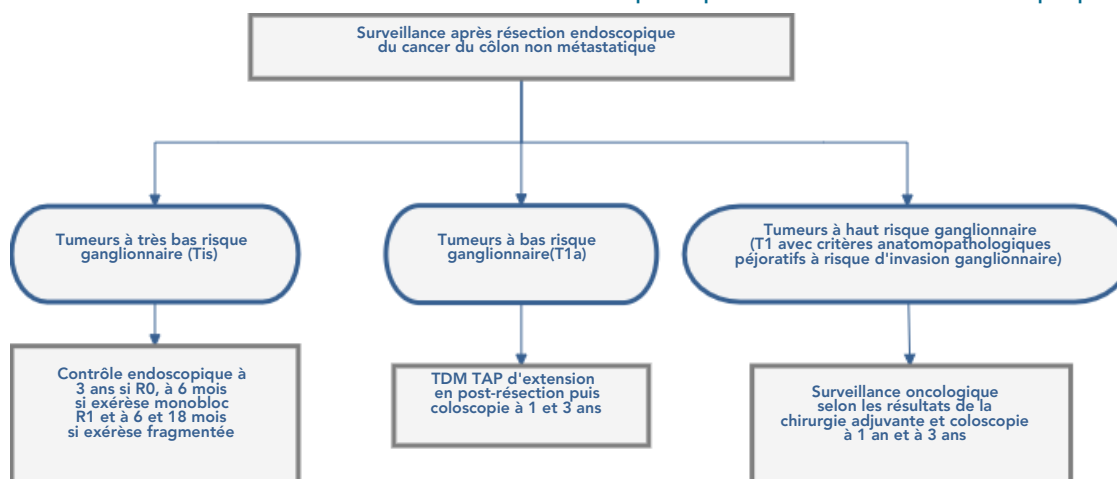
(HAS, 2018; DGS, 2023; ANSM, 2024; Lyon, 2022)

5. Surveillance

5.1. Surveillance du cancer du côlon non métastatique après résection chirurgicale



5.2. Surveillance du cancer du côlon non métastatique après résection endoscopique



6. Essais cliniques

Mises à jour via le site HECTOR

(Hébergement des Essais Cliniques et Thérapeutiques en Oncologie Régional) : <http://hector-essais-cliniques.fr>

- **PRODIGE 70 - CIRCULATE** : Etude de phase III randomisée évaluant l'efficacité de la décision de traitement adjuvant des cancers coliques de stade II basée sur l'analyse de l'ADN tumoral circulant.
 - Statut : Ouvert (15-12-2019 - 31-01-2027)
 - Promoteur : Centre Hospitalier Universitaire de Dijon

7. Bibliographie

- Agence Nationale du Médicament
Point de situation sur les traitements par fluoropyrimidines et la recherche obligatoire d'un déficit en DPD
ANSM, 2024
- Ministère de la Santé et de la Prévention. DGOS
DGS-Urgent n°2023-18 : 5-fluorouracile (5-FU) : dépistage du déficit en dihydropyrimidine déshydrogénase (DPD) avant l'instauration d'un traitement
Ministère de la Santé et de la Prévention; 2023
- Lecomte T, Tougeron D, Chautard R, Bressand D, André T, Bibeau F, et al.
Cancer du côlon non métastatique.
Thésaurus National de Cancérologie Digestive (TNCD). Mars 2026
- Lyon AR et al.
2022 ESC Guidelines on cardio-oncology developed in collaboration with the European Hematology Association (EHA), the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO) and the International Cardio-Oncology Society (IC-OS).
Eur Heart J Cardiovasc Imaging 2022; 23: e333–e465.
- Haute Autorité de Santé, Institut national du cancer.
Des recommandations pour prévenir certaines toxicités sévères des chimiothérapies par fluoropyrimidines
Haute Autorité de Santé; 2018 Dec 18