

Table des matières

Table des matières

1. Symptômes.....	3
2. Règles générales de codage	3
2.1. Tumeurs primaires multiples.....	3
2.2. Latéralité.....	3
2.3. Origine du diagnostic.....	3
2.4. Base diagnostique	4
3. Diagnostics CIM-10 et topographies CIM-O-3.2.....	4
4. Histologie.....	6
4.1. Liste des morphologies selon CIM-O-3.2.....	6
4.2. Lésions précancéreuses.....	8
4.2.1. Néoplasie mucineuse de bas grade (NMLA) de l'annexe	8
4.2.2. Dysplasie colorectale de haut grade	8
4.3. Tumeurs neuroendocrines	9
4.4. Grade histopathologique.....	9
5. Systématique TNM	10
5.1. Ganglions lymphatiques régionaux	10
6. Thérapie.....	11
6.1. Thérapie opératoire du carcinome du côlon.....	11
6.1.1. Hémi-colectomie droite.....	12
6.1.2. Hémi-colectomie droite élargie.....	12
6.1.3. Hémi-colectomie gauche	12
6.1.4. Hémi-colectomie gauche élargie	12
6.1.5. Résection transversale (y compris les angles).....	12
6.1.6. Résection sigmoïde radicale.....	12
6.2. Algorithme thérapeutique adapté au stade pour le cancer du côlon (source : Onkopedia)	13
6.3. Thérapie opératoire du cancer du rectum	16
6.3.1. Résection antérieure profonde du rectum / Résection rectosigmoïdienne	16
6.3.2. Opération de Hartmann	16
6.3.3. Amputation abdomino-périnéale du rectum, Amputation du rectum	16
6.3.4. Résection microchirurgicale transanale de la paroi intestinale complète / Excision de la tumeur	16

6.3.5. Anus praeter/stoma (anus artificiel)	16
6.4. Algorithme thérapeutique adapté au stade du cancer du rectum	17
3.5. Codes thérapeutiques importants	19
6.6. Facteurs de pronostic liés au traitement	20
6.6.1. Instabilité des microsatellites (MSI)	20
6.6.2. Tissu tumoral résiduel	20
6.6.3. Marge de résection	21
7. Références.....	21

1. Symptômes

- Peu de symptômes précoces
- Fatigue, épuisement, perte de poids
- Nouveaux problèmes digestifs permanents, modification des habitudes de selles (constipation, diarrhée, alternance de constipation et de diarrhée, selles filiformes)
- Saignement, sang dans les selles, douleur.

2. Règles générales de codage

Voir Définition de cas dans le Livre suisse de codage (LSC) pour adultes, Partie générale.

2.1. Tumeurs primaires multiples

Les foyers tumoraux **d'un même groupe histologique (Berg)** sur des sections du gros intestin, avec des codes topographiques finaux différents (C18.1,, C18.9), sont codés séparément (un cas par quatrième position) et non classés comme multifocaux T(m), mais donnent une seule incidence. Voir la règle **d'enregistrement (recording)** ENCR MPM 2004.

Exemples :

- Deux tumeurs, une du côlon ascendant C18.2, une du côlon sigmoïde C18.7, sont classées en **2 cas** (et non en T(m) multifocal).
- Quatre tumeurs, deux du côlon ascendant C18.2, deux du côlon transverse C18.4, sont également classées comme **2 cas**.
- Trois tumeurs, deux de l'angle gauche du côlon (C18.3 (toutes deux 8140/3), deux du côlon transversal C18.4 (8041/3 et 8140/3), sont classées en **3 cas**.

Les foyers tumoraux **de différents groupes histologiques (Berg)** sont aussi classés séparément (un cas par quatrième position) et sont également comptés séparément pour l'incidence (règle de déclaration ENCR).

Si des carcinomes apparaissent dans différentes sections du côlon à des moments différents, plusieurs cas doivent également être créés. Ici aussi, indépendamment de la morphologie.

Exemple :

- Carcinome du côlon ascendant (C18.2) en 2008. Carcinome du côlon sigmoïde (C18.7) en 2011. Le cas de 2011 n'est pas récive ! Un nouveau cas doit être créé.

Note : Les tumeurs du canal anal (C21) et de la marge anale (comme les tumeurs de la peau C44.5) ne sont pas traités dans ce chapitre.

2.2. Latéralité

La latéralité ne s'applique pas au cancer colorectal.

2.3. Origine du diagnostic

Particularités du carcinome colorectal

Symptômes cliniques et locaux : voir chapitre « Symptômes »

Programme de dépistage organisé

- Hemocult (RSOS) avec ou sans programme de dépistage endoscopique
- En cas de RSOS positive : coloscopie (colo-/recto-/sigmoïdoscopie) ;
- En cas de contre-indication à la coloscopie : colographie tomodensitométrique alternatif.
- Programme de dépistage par endoscopie seulement, type sans précision
- Programme de dépistage par sigmoïdoscopie seulement
- Programme de dépistage par coloscopie seulement

Dépistage opportuniste

- Hemocult, avec ou sans endoscopie
- Seulement endoscopie, type sans précision
- Sigmoïdoscopie seulement
- Coloscopie seulement

2.4. Base diagnostique

En principe, nous suivons la recommandation de l'ENCR pour la base diagnostique (1999).

Cependant, étant donné que les classifications TNM indépendantes s'appliquent aux carcinomes du gros intestin, aux tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) et aux tumeurs neuroendocrines bien différenciées, une confirmation de diagnostic histologique est nécessaire.

Voir aussi chapitre Systématique TNM.

3. Diagnostics CIM-10 et topographies CIM-O-3.2

(Diagnostics selon l'ordonnance sur l'enregistrement des cas de cancer du 11.04.2018, annexe 1)

CIM10	Désignation	CIM-O-3.2	Désignation	Lieu ab ano
C18.0	Coecum (Cæcum)	C18.0	Coecum (Cæcum)	150-147 cm
C18.1	Appendix vermiformis (Appendice iléo-caecal ou vermiforme)	C18.1	Appendix vermiformis (Appendice iléo-caecal ou vermiforme)	150-147 cm
C18.2	C ascendens (côlon ascendant)	C18.2	C ascendens (côlon ascendant)	146-132 cm
C18.3	Flexura coli dextra (hepatica) (courbure colique à droite)	C18.3	Flexura coli dextra (hepatica) (courbure colique à droite)	
C18.4	C. transversum (côlon transverse)	C18.4	C. transversum (côlon transverse)	131-82 cm
C18.5	Flexura coli sinistra [lienalis] (courbure colique à gauche)	C18.5	Flexura coli sinistra [lienalis] (courbure colique à gauche)	
C18.6	C. descendens (côlon descendant)	C18.6	C. descendens (côlon descendant)	81-57 cm
C18.7	C. sigmoideum (côlon sigmoïdal)	C18.7	C. sigmoideum (côlon sigmoïdal)	56-17 cm
C18.8	Colon, tumeur à cheval sur plusieurs parties du colon	C18.8	Colon, tumeur à cheval sur plusieurs parties du colon	
C18.9	Côlon, sans précision	C18.9	Côlon, sans précision	
C19	Jonction recto-sigmoïdienne	C19	Jonction recto-sigmoïdienne	16- (≈15 cm)
C20	Rectum	C20	Rectum (rectum): tiers supérieur	(≈16) -12 cm
		C20	Rectum : tiers moyen	(<12) - 6 cm
		C20	Rectum: tiers inférieur	<6 cm
D01.0	Carcinome in situ du côlon			

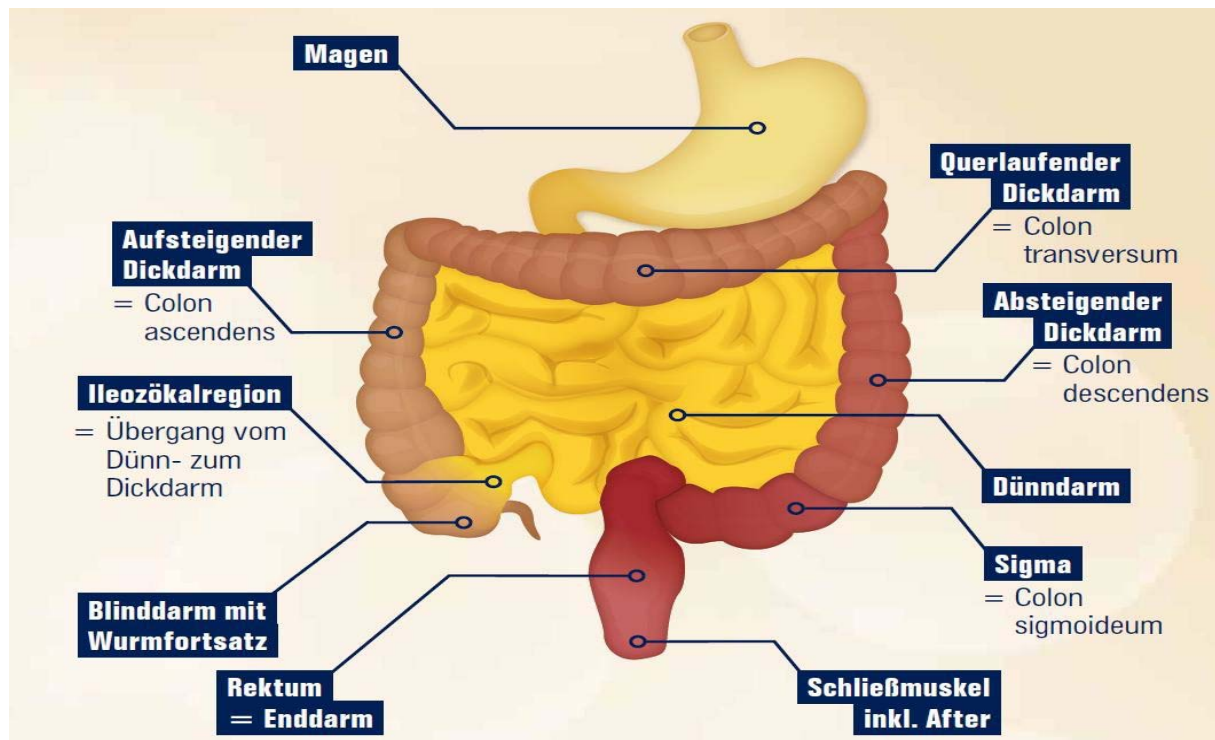
D01.1	Carcinome in situ recto-sigmoïdien, transition			
D01.2	Carcinome in situ du rectum			
D37.4	Reproduction d'un comportement dangereux ou inconnu du côlon			
D37.5	Tumeur au comportement imprévisible ou inconnu du rectum ou de la jonction recto-sigmoïdienne.			

Note :

- Une tumeur colorectale située entre 2 sous-régions est classée d'après la localisation de la plus grande partie de la tumeur.
Exemple : une tumeur de 5 cm, 3 cm dans le cæcum et 2 cm dans côlon ascendant, est classée comme carcinome du cæcum.
- Si la tumeur se trouve en proportions égales entre 2 sous-régions, le code 18.8 (tumeur à cheval sur plusieurs parties du colon) est utilisé.
Exemple : tumeur de 4 cm, 2 cm dans le cæcum, 2 cm dans le côlon ascendant: C18.8
- Anatomiquement, le sigmoïde et le rectum ne sont pas clairement séparés l'un de l'autre. Un carcinome dont la masse tumorale principale se trouve dans le sigmoïde, mais dont la marge inférieure s'étend dans le rectum est considéré comme un carcinome rectal.
- Si la localisation peut être clairement attribuée au côlon (C18) ou au rectum (C20), le code C19 ne doit pas être utilisé.
- Cependant, s'il n'est pas clair si la tumeur s'est développée dans le recto-sigmoïde ou dans le rectum, le code C20.9 Rectum sans précision. est utilisé.

Distribution des tumeurs colorectales selon la topographie :

- Environ 60% se développent dans le rectum ;
- Environ 20% dans le sigmoïde ;
- 10% dans le cæcum et le côlon ascendant ;
- 10% dans les localisations restantes de Colon.



4. Histologie

4.1. Liste des morphologies selon CIM-O-3.2

Morphologie * (CIM-O Version 3.1, 2011)

1. Tumeurs pré malignes

8148/2 Néoplasie intraépithéliale glandulaire, dysplasie intraépithéliale de haut grade

8201/2 Carcinome cribriforme in situ (**pas dans la classification OMS**)

8210/2 Adénocarcinome in situ dans un polype adénomateux

8261/2 Adénocarcinome in situ dans un adénome villosus

8263/2 Adénocarcinome in situ dans un adénome tubulo-villosus

8480/1 Néoplasie mucineuse de bas grade de l'appendice, LAMN (C18.1)

2. Carcinomes

8020/3 Carcinome indifférencié, sans précision

8032/3 Carcinome à cellules fusiformes, sans précision

8070/3 Carcinome épidermoïde, sans précision

8140/3 Adénocarcinome sans précision (85-90%)

8201/3 Carcinome cribriforme, sans précision / Carcinome cribriforme de type comédionien (C18._, C19.9, C20.9) / Adénocarcinome cribriforme de type comédionien (C18._, C19.9, C20.9)

8210/3 Adénocarcinome dans les polypes adénomateux (**plus dans la classification OMS**)

8211/3 Adénocarcinome tubulaire (**plus dans la classification OMS**)

8213/3 Adénocarcinome dentelé

8220/3 Adénocarcinome avec APC (*adenomatous polyposis coli*) (C18._) (**pas dans la classification OMS**)

8221/3 Adénocarcinome dans des polypes adénomateux multiples (**plus dans la classification OMS**)
 8240/3 Tumeur neuroendocrine, sans précision/ Carcinoïde (synonyme : tumeur neuroendocrine de grade 1, carcinome neuroendocrine)
 8261/3 Adénocarcinome dans l'adénome vilieux (**plus dans la classification OMS**)
 8262/3 Adénocarcinome vilieux (**plus dans la classification OMS**)
 8263/3 Adénocarcinome dans l'adénome tubulo-vilieux (**plus dans la classification OMS**)
 8265/3 Carcinome micropapillaire, sans précision (C18._, C19.9, C20.9, C34._) / Adénocarcinome micropapillaire (C18._, C19.9, C20.9, C34._)
 8480/3 Adénocarcinome mucineux
 8481/3 Adénocarcinome des muqueuses (**plus dans la classification OMS**)
 8490/3 Carcinome à cellules en bague à sceau
 8510/3 Carcinome médullaire, sans précision
 8560/3 Carcinome adénoquameux

3. Néoplasie neuroendocrine

8013/3 Carcinome neuroendocrinien à grandes cellules
 8041/3 Carcinome neuroendocrinien à petites cellules, sans précision
 8240/3 Tumeur neuroendocrine, sans précision / Tumeur carcinoïde, sans précision / Tumeur neuroendocrine grade 1 / Carcinoïde typique
 8241/3 Carcinoïde des cellules entérochromaffines (EC) / tumeur des cellules EC
 8244/3 Carcinome adéno-neuroendocrinien mixte / MANEC
 8246/3 Carcinome neuroendocrinien, sans précision (grade 3)
 8249/3 Tumeur carcinoïde atypique / Tumeur neuroendocrine grade 2

4. Tumeurs méenchymateuses

8890/3 Léiomyosarcome, sans précision
 8936/3 Sarcome malin du stroma gastro-intestinal GIST (mais aussi -/0 -/1)
 9120/3 Hémangiosarcome / Angiosarcome
 9140/3 Sarcome de Kaposi

5. Lymphomes

9673/3 Lymphome des cellules du manteau
 9680/3 Lymphome diffus à grandes cellules B sans précision
 9687/3 Lymphome de Burkitt sans précision
 9699/3 Lymphome de la zone marginale à cellules B sans précision

* Cette liste n'est pas complète. Pour plus de codes morphologiques, veuillez consulter la version actuelle ICD-O.

Note : Les lymphomes (non traités dans ce manuel) sont codés dans la CIM-10 selon le type de lymphome et non selon la localisation. Le lymphome MALT du rectum, par exemple, serait codé avec C88.

Distribution des tumeurs colorectales selon l'histologie :

- Adénocarcinomes 90 à 95 %.
- Adénocarcinomes mucineux 5 à 10 %.
- Carcinome à cellules en bague à sceau 1 %
- Carcinomes indifférenciés (rares)
- Carcinomes adénosquameux (rares)
- Carcinome épidermoïde (rare)
- Tumeurs neuroendocrines (rares)

4.2. Lésions précancéreuses

Conformément à la loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques, les tumeurs du côlon et du rectum au comportement imprévisible ou inconnu seront également enregistrées à partir du 01.01.2020.

4.2.1. Néoplasie mucineuse de bas grade (NMLA) de l'annexe

NMLA appartient au groupe des adénocarcinomes mucineux

CIM-10 : D37

CIM-O : C18.1

Morphologie : **8480/1**

Grade : "9 Inconnu, indéfini, non-spécifié ou non-applicable".

TNM analogue au carcinome de l'annexe

4.2.2. Dysplasie colorectale de haut grade

CIM-10 : D01

CIM-O : selon le segment de l'intestin

Morphologie : 8148/2

TNM : pTis cN0 cM0

Grade : "9 Inconnu, indéfini, non-spécifié ou non-applicable".

Exception :

Pour certaines dysplasies intraépithéliales de haut grade (DHG), les codes suivants sont utilisés :

- 8210/2 Adénocarcinome in situ dans un polype adénomateux, si la DHG provient d'un adénome **tubulaire**
- 8261/2 Adénocarcinome in situ dans un adénome vilieux, si la DHG provient d'un adénome **vilieux**
- 8263/2 Adénocarcinome in situ dans un adénome tubulo-vilieux, si la DHG provient d'un adénome **tubulo-vilieux**

Voir également la décision du Registre du cancer de l'enfant concernant le cas ID 48 sur TUaREG.

Note :

Si les composants tumoraux in situ et invasifs appartiennent au même groupe morphologique, un seul cas est enregistré avec la date d'incidence de la tumeur invasive. Cependant, la composante in situ est mentionnée dans la variable **Composante tumorale non invasive**.

Autrement, la tumeur in situ et la tumeur invasive sont codées séparément en tant que tumeurs primaires individuelles avec leur propre date d'incidence.

Voir également le commentaire de la variable **Composante tumorale non invasive** dans le livre B du la LSC "Liste des variables pour les données de base".

Scénarios :

- **Lésions précancéreuses**

TOUTES les dysplasies de haut grade doivent être incluses dans le colorectum, pour autant qu'elles soient situées dans différentes sections de l'intestin (p. ex. si 1x dans le côlon ascendant et 1x dans le côlon sigmoïde, 2 cas doivent être créés).

S'il y a 2 dysplasies de haut grade du même groupe morphologique dans le même segment, une seule doit être enregistrée. Pour différentes morphologies, la règle de codage

(enregistrement/recording) est valable pour les tumeurs multiples ; elles doivent être enregistrées séparément.

- **Lésions précancéreuses diagnostiquées en même temps qu'un carcinome invasif**

Ici aussi, TOUTES les dysplasies de haut grade doivent être enregistrées. Ici, peu importe si la dysplasie se situe dans le même segment intestinal que le carcinome ou dans un segment intestinal différent.

S'il y a 2 dysplasies de haut grade ou plus dans la même section, ici aussi une seule doit être enregistrée.

4.3. Tumeurs neuroendocrines

Annexe

- CIM-10:C18.1
- CIM-O : C18.1
- Morphologie : 8240/3 - 8246/3, 8249/3
- TNM : voir "Systématique TNM-8".
- Grade : (bien ou modérément différencié) n'est pas définie histopathologiquement, mais selon les taux de mitoses et l'indice KI-67. Est parfois inclus dans la description du code (p. ex. 8240/3 tumeur neuroendocrine de grade 1, 8249/3 tumeur neuroendocrine de grade 2) ; sinon, suivre le rapport de résultats ou utiliser le code 9 inconnu ; voir aussi "Grade histopathologique" ci-dessous.

Côlon, Rectum

- CIM-10 : C18.0, C18.2-9
- CIM-O : selon le segment intestinal
- Morphologie : 8240/3 - 8246/3, 8249/3
- TNM : voir "Systématique TNM".
- Grade : voir ci-dessus

Note :

- Les carcinomes neuroendocriniens mal différenciés et mélangés sont définis selon les critères TNM de leur localisation respective.
- 8243/3 les carcinoïdes à cellules calciformes (carcinoïdes à cellules en gobelets) sont classés selon le schéma du carcinome de l'appendice.

4.4. Grade histopathologique

- G1 bien différencié
- G2 modérément différencié
- G3 mal différencié
- G4 indifférencié
- Inconnu

(voir aussi variable « Grade histopathologique selon CIM-O » dans le LSC)

Les adénocarcinomes sont divisés en G1 à G4 selon le pourcentage de tissu glandulaire encore présent. Le grade de la résection est enregistré. Le grade de la résection est enregistré ; seulement dans le cas de traitement néoadjuvant (pour la tumeur primaire !) le grade de la biopsie est utilisé. Les adénocarcinomes mucineux (8480/3) de haut grade ou sans précision sont codés G3. Les adénocarcinomes mucineux de bas grade sont codés G2. Les carcinomes avec cellules en bague à sceau (8490/3) doivent toujours être codés G3.

Note :

- Le grade n'est utilisé que pour les néoplasies malignes.
- Le grade défini par le pathologiste a la priorité sur la description du code morphologique dans le manuel de la CIM-O.
- Comme mentionné ci-dessus, les tumeurs neuroendocrines du tractus gastro-intestinal ont leur propre système de classification, où le grade est définie par le taux de mitoses et l'indice KI-67% (TNM-8).
- Le grade nucléaire pour les carcinomes non invasifs peut être codé, mais n'est pas obligatoire. Voir également la décision de l'ONEC à propos du cas ID 35 dans TUaREG (" Le grade pour les néoplasies non invasives peut être codé, mais n'est pas obligatoire ").

5. Systématique TNM

Voir l'édition TNM-8 et l'édition 4 du supplément TNM.

Note:

- Classification TNM propre pour :
 - les tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI, classées dans la section TNM des tumeurs des tissus mous, non traitées ici)
 - les adénocarcinomes (+ carcinoïdes à cellules calciformes) de l'appendice
 - les tumeurs neuroendocrines bien différenciées du tractus gastro-intestinal (NET G1 - carcinoïde, G2) classification TNM propre et leur propre détermination de stade dans TNM-8.
- La propagation tumorale des tumeurs neuroendocrines mal différenciées est définie selon les critères TNM des classifications de leur localisation respective (comme pour les autres carcinomes colorectaux).

5.1. Ganglions lymphatiques régionaux

Description des sections du gros intestin	Ganglions lymphatiques (GL) régionaux (métastases dans d'autres GL sont considérées comme des métastases distantes)
Caecum (Coecum) Appendix vermiformis (Appendice iléo-caecal ou vermiforme)	GL iléocolique et colique droit
C ascendens (côlon ascendant)	GL iléocolique, colique droit et moyen
Flexura coli dextra (hepatica) (courbure colique à droite)	GL colique droit et moyen

C. transversum	GL colique droit, moyen et gauche ; GL du A. mesenterica inferior
Flexura coli sinistra [lienalis] (courbure colique à gauche)	GL colique moyen et gauche ; GL du A. mesenterica inferior
C. descendens (côlon descendant)	GL colique gauche ; GL du A. mesenterica inferior
C. sigmoideum	GL colique gauche et GL du sigmoïde; GL du A. rectalis superior GL du A. mesenterica inferior GL recto-sigmoïdien
Rectum : tiers supérieur	GL du Aa. Rectalis superior, media, inferior, Mesenterica inferior, iliaca interna, GL méso-rectal (paraproctal), sacral latéral et pré-sacral, GL sacral GL et GL du promontorium (Gerota).

Note :

- La détermination de N dépend du nombre de ganglions lymphatiques affectés.
- N1c ne doit être utilisé qu'en présence d'une infestation de satellites sans infestation ganglionnaire.
- Les satellites sont des nodules tumoraux macroscopiques ou microscopiques sans résidus histologiquement reconnaissables d'un ganglion lymphatique.
- Les métastases ganglionnaires régionales dans les ganglions lymphatiques des artères iliaques externes et commune et le long de l'artère mésentérique supérieure sont classées comme **métastases distantes** (M1a), à condition que ce soit la seule localisation de métastases distantes.
- Par exemple, s'il y a invasion directe de l'intestin grêle par un carcinome du côlon, les ganglions lymphatiques du mésentère de la boucle de l'intestin grêle atteinte sont considérés comme des ganglions lymphatiques régionaux du cancer du côlon.

6. Thérapie

Seules les procédures pour l'ensemble du complexe thérapeutique primaire doivent être enregistrées. Le traitement primaire comprend toutes les étapes thérapeutiques prévues après le diagnostic primaire. Dans la grande majorité des cas, la décision concernant le complexe thérapeutique primaire est discutée et coordonnée au sein de conseils **préopératoires** multidisciplinaires sur les tumeurs.

~~Les membres d'une conférence interdisciplinaire sur les tumeurs devraient comprendre les médecins spécialisés suivants: un gastroentérologue, un hématologue/oncologue, un chirurgien viscéral, un radiothérapeute, un radiologue et un pathologiste.~~

Note : l'enregistrement de la date du conseil sur les tumeurs est obligatoire.

6.1. Thérapie opératoire du carcinome du côlon

Toutes les interventions chirurgicales, y compris la lymphadénectomie régionale et la formation d'anastomose ou la dérivation urinaire temporaire/permanente.

6.1.1. Hémi-colectomie droite

Localisation: caecum, côlon ascendants

Résection : caecum, côlon ascendants, angle droit et partie droite du côlon transverse

6.1.2. Hémi-colectomie droite élargie

Localisation : angle droit, partie droite du côlon transverse

Résection : hémi-colectomie droite + gauche du côlon transverse, angle gauche

6.1.3. Hémi-colectomie gauche

Localisation: côlon descendant, côlon sigmoïdien proximal (supérieur)

Résection : côlon sigmoïdien, côlon descendant, angle gauche, partie gauche du côlon transverse

6.1.4. Hémi-colectomie gauche élargie

Localisation: angle gauche, partie gauche du côlon transverse

Résection : hémi-colectomie des parties gauche + droite du côlon transverse, angle droite

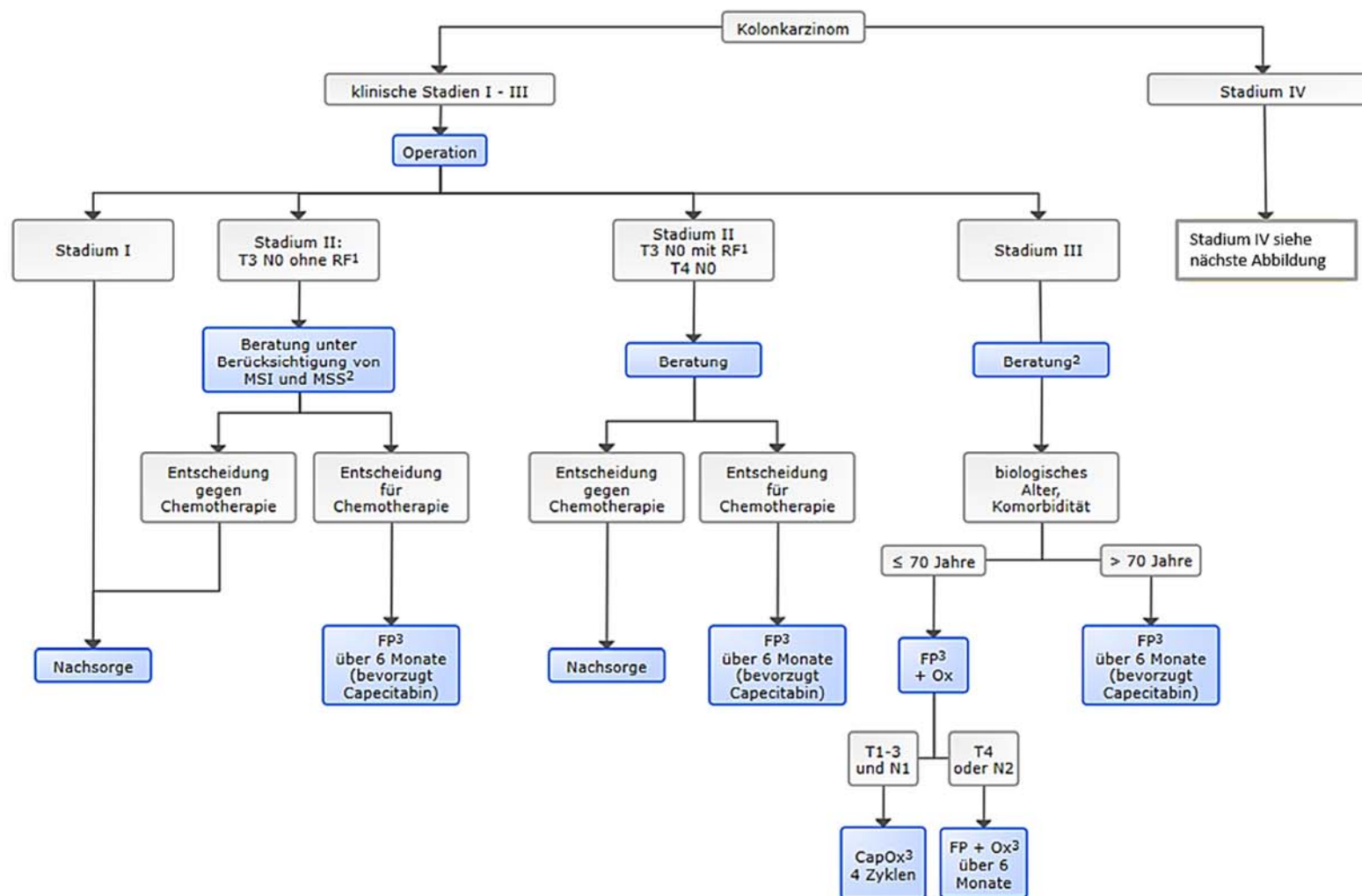
6.1.5. Résection transversale (y compris les angles)

Localisation: milieu du côlon transverse

6.1.6. Résection sigmoïde radicale

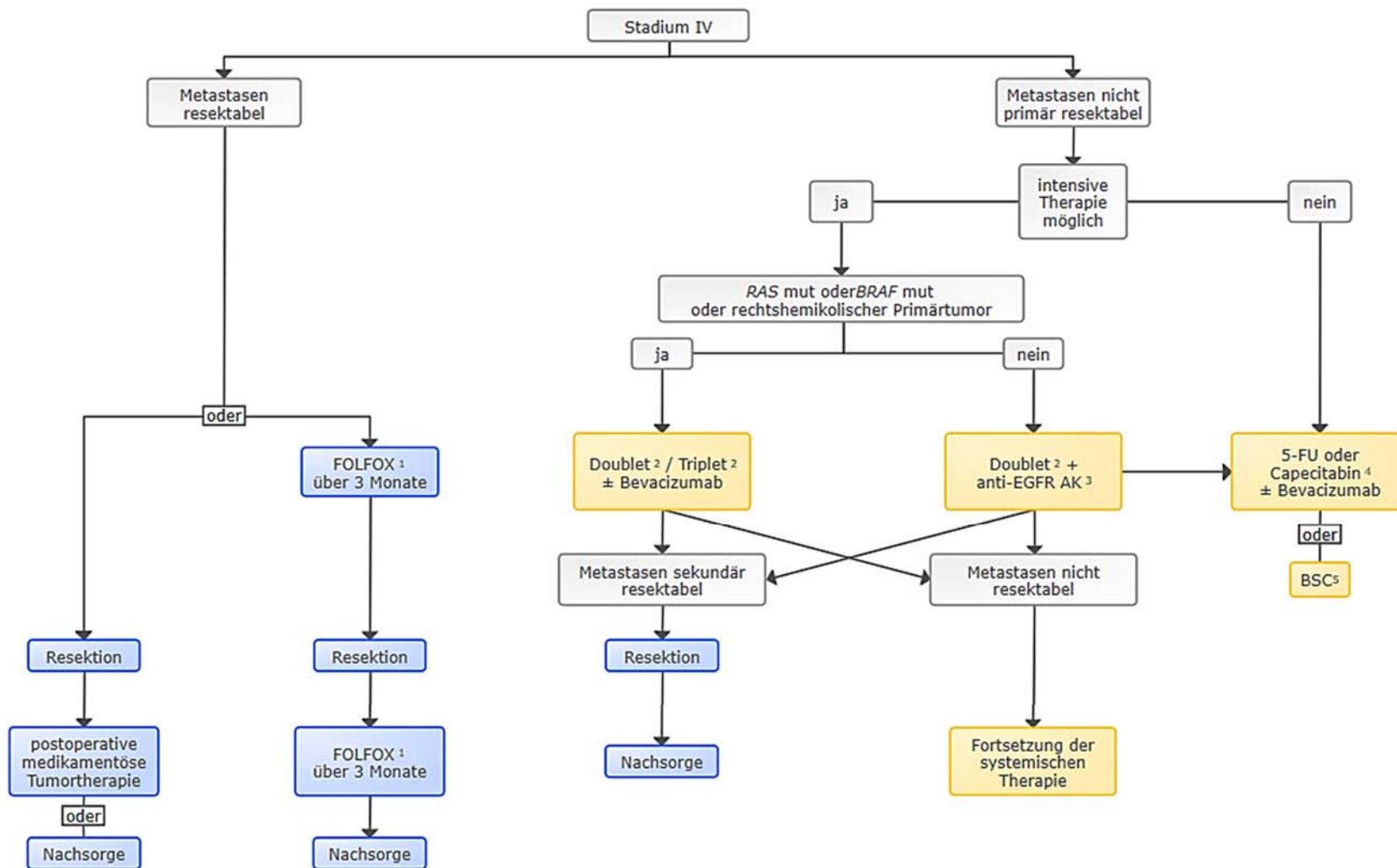
Localisation : côlon sigmoïdien médian et distal (inférieur)

6.2. Algorithmes thérapeutiques adaptés au stade pour le cancer du côlon (source : Onkopedia)



Légende

1 RF Facteurs de risque



2 Conseils sur les utilisations possibles, selon la situation en tenant compte du statut MSI : les patients avec MSS (stabilité des

microsatellites) ont un pronostic moins favorable et bénéficient davantage de la chimiothérapie adjuvante ; les patients avec MSI (instabilité des microsatellites) ont un pronostic plus favorable et ne bénéficient que marginalement de la chimiothérapie adjuvante.

3 Cap - capécitabine, FP - fluoropyrimidine : perfusion de 5-FU/acide folinique ou capécitabine ; Ox - oxaliplatine

Légende

1 Doublet - combinaison de fluoropyrimidine et d'oxaliplatine ou d'irinotécane

2 Triplet - combinaison de fluoropyrimidine plus oxaliplatine et irinotécane

3 AC anti-EGFR - anticorps contre les récepteurs de l'EGF

4 Les patients avec TSF RAS et avec TSF BRAF ont également la possibilité de recevoir une monothérapie, mais ce traitement n'est pas recommandé en tant que traitement de première ligne en raison de son efficacité moindre;

5 BSC - Best Supportive Care

6.3. Thérapie opératoire du cancer du rectum

6.3.1. Résection antérieure profonde du rectum /Résection rectosigmoïdienne

Localisation: tiers supérieur et médian. Si une distance suffisante par rapport au sphincter est maintenue, le tiers inférieur peut également être atteint.

Résection : côlon sigmoïde + tiers supérieur du rectum (+/- tiers supplémentaire)

6.3.2. Opération de Hartmann

Localisation: tumeurs du tiers inférieur, près du sphincter (distance de sécurité < 3cm)

Résection : comme la résection antérieure du rectum, mais avec fixation de la stomie terminale.

6.3.3. Amputation abdomino-périnéale du rectum, Amputation du rectum

Localisation : cancer du tiers inférieur du rectum avec localisation proche du sphincter (distance de sécurité < 3 cm)

Résection : côlon sigmoïde + rectum + sphincter et anus

6.3.4. Résection microchirurgicale transanale de la paroi intestinale complète / Excision de la tumeur

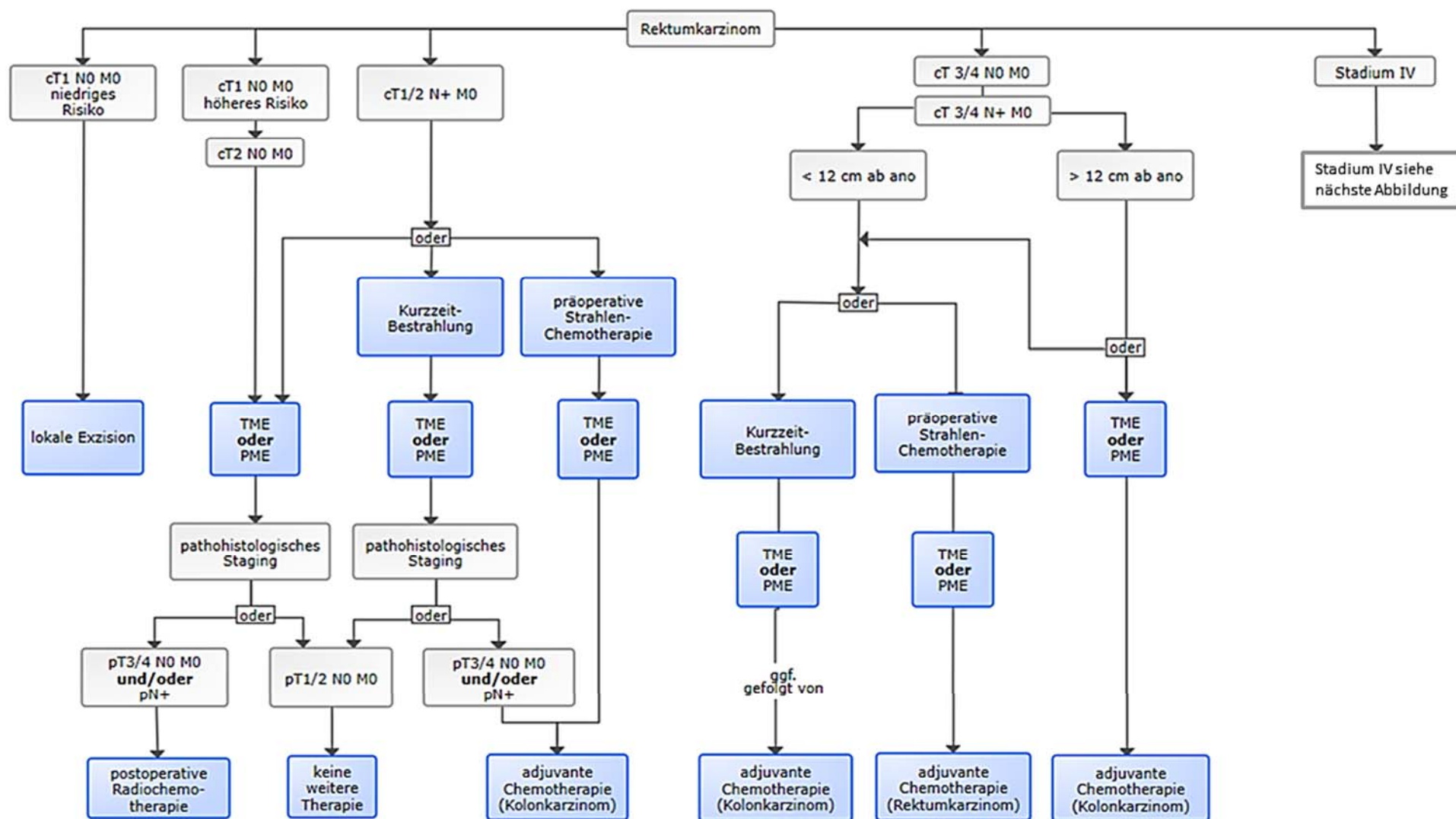
Indication : tumeurs T1 à faible risque (cT1 N0 M0 M0 G1-2)

6.3.5. Anus praeter/stoma (anus artificiel)

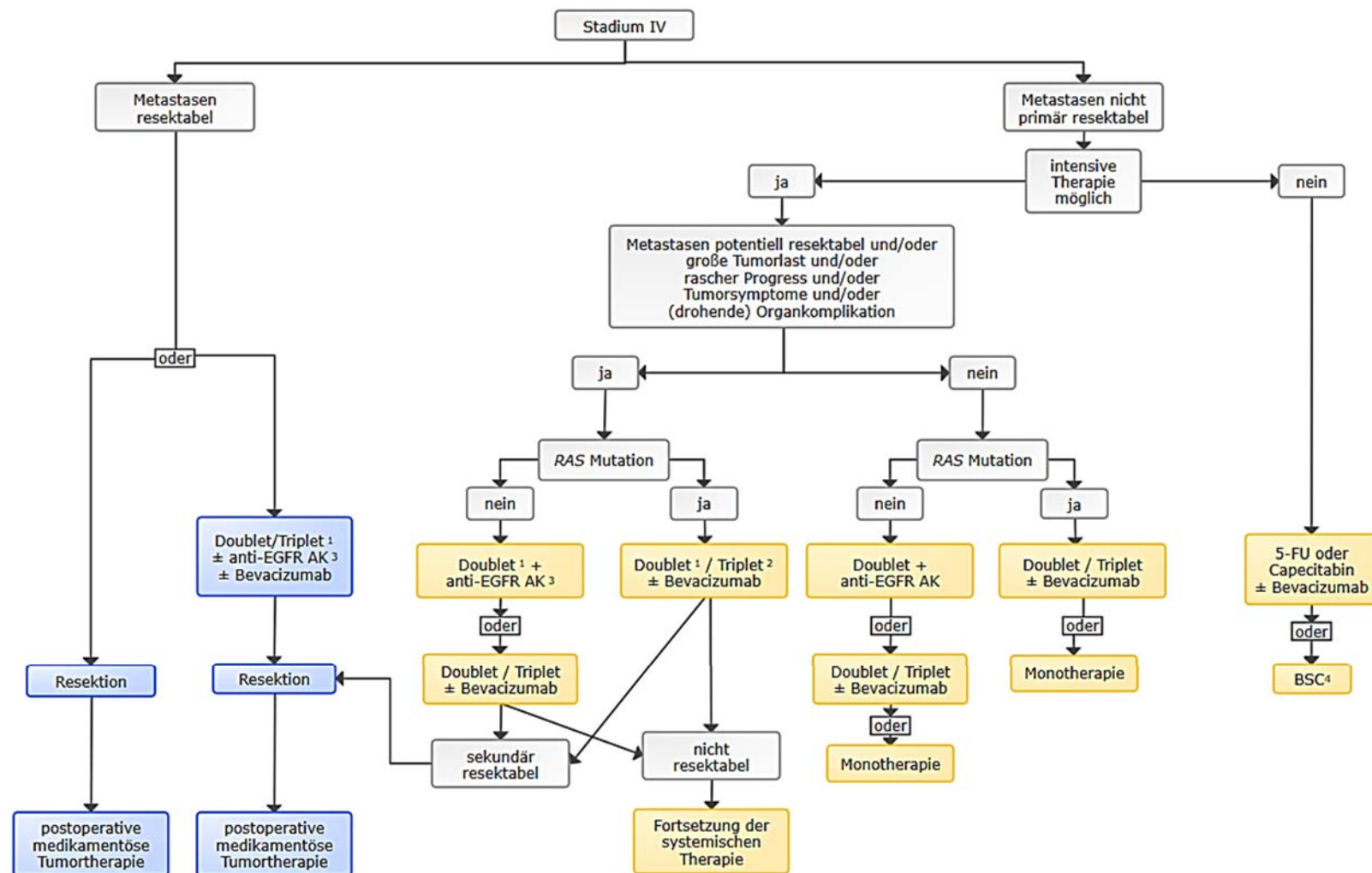
L'installation d'une stomie ne peut être utilisée que dans l'approche palliative, si aucune résection tumorale n'est effectuée.

Par ex.: en cas d'occlusion intestinal ce type d'intervention palliative peut avoir lieu.

6.4. Algorithmes thérapeutiques adaptés au stade du cancer du rectum



Légende : PME – Excision méso-rectale partielle ; TME - Excision méso-rectale totale



Légende

1 FOLFOX - combinaison de fluoropyrimidine plus oxaliplatine ou irinotécane

2 Doublet - association de fluoropyrimidine plus oxaliplatine ou irinotécane ; Triplet - association de fluoropyrimidine plus oxaliplatine et irinotécane

3 AC anti-EGFR - anticorps contre les récepteurs de l'EGF

4 Les patients avec TSF RAS et avec TSF BRAF ont également la possibilité de recevoir une monothérapie, mais ce traitement n'est pas recommandé en tant que traitement de première ligne en raison de son efficacité moindre

5 BSC - Best Supportive Care

3.5. Codes thérapeutiques importants

code CHOP	Note : les codes marqués "seulement pour l'enregistrement du cancer" sont les nouveaux codes de type CHOP créés pour les procédures manquantes dans CHOP, requises pour la cartographie (Mapping) des anciens codes de traitement.
Z00.R0	Traitement chirurgical d'urgence d'un abdomen aigu (uniquement pour l'enregistrement du cancer).
Z00.R3	Résection endoscopique d'un organe sans précision (seulement pour l'enregistrement du cancer).
Z00.R4	Résection partielle ou totale d'un organe sans précision (seulement pour l'enregistrement du cancer).
Z00.RC	Excision partielle incomplète (seulement pour l'enregistrement du cancer).
Z00.RD	Excision locale sans précision (seulement pour l'enregistrement du cancer).
Z00.RE	Excision élargie (seulement pour l'enregistrement du cancer).
Z00.RI	Intervention étendue sur la tumeur
Z00.RJ	Résection avec ablation incomplète (seulement pour l'enregistrement du cancer).
Z00.RK	Résection endoscopique de la tumeur (seulement pour l'enregistrement du cancer).
Z00.RL	Résection avec installation d'une stomie permanente (seulement pour l'enregistrement du cancer).
Z00.RN	Excision de métastase(s) sans précision de leur(s) localisation(s) (seulement pour l'enregistrement du cancer).
Z00.RT	Installation d'une stomie (seulement pour l'enregistrement du cancer).
Z00.10	Implantation d'une substance chimiothérapeutique
Z32.29	Excision locale ou destruction d'une lésion ou d'un tissu sur le poumon, autres
Z45.41.00	Excision locale d'une lésion ou d'un tissu dans le gros intestin, sans précision
Z45.41.09	Excision locale d'une lésion ou d'un tissu dans le gros intestin, autres
Z45.41.11	Excision locale d'une lésion ou d'un tissu dans le côlon, endoscopique, sans autres mesures
Z45.41.14	Résection endoscopique de la paroi complète du côlon
Z45.41.15	Polypectomie endoscopique du côlon
Z45.41.21	Excision locale d'une lésion ou d'un tissu dans le côlon, laparoscopique
Z45.41.31	Excision locale d'une lésion ou d'un tissu dans le côlon, chirurgical ouvert
Z45.43	Destruction endoscopique d'autres lésions ou tissus dans le gros intestin
Z45.70	Résection partielle du côlon, sans précision
Z45.72.11	Résection iléo-cæcale, chirurgicalement ouverte
Z45.72.12	Résection iléo- cæcale, laparoscopique
Z45.73.11	Hémi-colectomie droite, chirurgicalement ouverte
Z45.73.12	Hémi-colectomie droite, laparoscopique
Z45.74.11	Résection du côlon transverse, chirurgicalement ouverte
Z45.74.12	Résection du côlon transverse, laparoscopique
Z45.75.11	Hémi-colectomie gauche, chirurgicalement ouverte
Z45.75.12	Hémi-colectomie gauche, laparoscopique
Z45.75.21	Hémi-colectomie gauche avec sigmoïdectomie, chirurgicalement ouverte
Z45.75.22	Hémi-colectomie gauche avec sigmoïdectomie, laparoscopique
Z45.76.00	Sigmoïdectomie, sans précision

Z45.76.09	Sigmoïdectomie, autres
Z45.76.11	Sigmoïdectomie, chirurgicalement ouverte
Z45.76.21	Sigmoïdectomie, laparoscopique
Z45.77	Hémiectomies élargies
Z45.77.11	Hémiectomie élargie droite, chirurgicalement ouverte
Z45.77.12	Hémiectomie élargie droite, laparoscopique
Z45.77.21	Hémiectomie élargie gauche, chirurgicalement ouverte
Z45.77.22	Hémiectomie élargie gauche, laparoscopique
Z45.78.11	Résection segmentaire, chirurgicalement ouverte
Z45.78.12	Résection segmentaire, laparoscopique
Z45.78.21	Résection segmentaire multiple, chirurgicalement ouverte
Z45.78.22	Résection segmentaire multiple, laparoscopique
Z45.79	Résection partielle du gros intestin, autres
Z45.80	Colectomie totale, sans précision
Z45.81	Colectomie
Z45.81.11	Colectomie, chirurgicalement ouverte
Z45.81.12	Colectomie, laparoscopique
Z45.82.11	Proctocolectomie, chirurgicalement ouverte
Z45.82.12	Proctocolectomie, laparoscopique
Z45.89	Colectomie totale, autres
Z48.51	Résection abdominopérinéale du rectum
Z48.66.00	Résection du rectum avec préservation du sphincter, sans précision
Z48.66.3	Résection antérieure profonde du rectum
Z50.20	Excision ou destruction locale de tissus ou lésions du foie et hépatectomie partielle, sans précision
Z50.29	Excision ou destruction locale de tissus ou de lésions du foie et hépatectomie partielle, autre
Z68.8	Eviscération pelvienne
Z92.2	Radiologie thérapeutique et médecine nucléaire
Z92.4	Procédures d'irradiation peropératoire
Z99.25.00	Administration d'un agent cytostatique pour le traitement du cancer, sans précision
Z99.25.31	Chimioembolisation
Z99.25.51	Chimiothérapie non complexe
Z99.25.52	Chimiothérapie modérément complexe et intensive
Z99.28	Injection ou perfusion d'un modificateur de la réponse biologique [BRM].
Z99.99	Autres mesures diverses

6.6. Facteurs de pronostic liés au traitement

6.6.1. Instabilité des microsatellites (MSI)

Le MSI est un test qui permet de déterminer la mutation génétique associée à certaines variantes du HNPCC ou du syndrome de lynchage et est classé par TNM-8 comme un facteur pronostique supplémentaire pour le cancer colorectal.

6.6.2. Tissu tumoral résiduel

Le statut de la tumeur invasive après un traitement chirurgical seul, après une radiothérapie seule, après une chimiothérapie seule ou après un traitement multimodal est défini par la

classification R. La présence de métastases distantes restantes est également prise en compte.

Note :

- Le terme tumeur résiduelle fait référence non seulement à la localisation de la tumeur primaire, mais aussi à la présence de cellules tumorales dans tout le corps, par exemple des métastases distantes non opérables.
- R0 signifie, dans le cas d'un traitement chirurgical, l'absence de cellules tumorales microscopiques dans les marges de résection et, dans le cas d'un traitement non chirurgical, l'absence de tumeurs résiduelles après examens cliniques (y compris les procédures d'imagerie).
- R0 signifie, dans le cas d'une tumeur M1, métastases complètement enlevées.
- R0 signifie seulement "aucune tumeur résiduelle reconnaissable" et n'est pas toujours la même chose que la rémission.
- L'état R0 avec une distance de sécurité inférieure à 0,5 mm est associé à des taux de récurrence plus élevés, néanmoins R0 s'applique même pour la plus petite distance de sécurité (R0 "close" ou "narrow"), et R1 uniquement pour la tumeur croisée.

Nous codons R1 lorsque des résidus tumoraux microscopiques sont trouvés dans les bords de la résection.

Le code **R2** est utilisé:

- Si le médecin peut détecter l'atteinte tumorale à l'œil nu au bord de la résection ou dans le lit tumoral / champ opératoire, ou
- En cas de métastases régionales et distantes reconnues non-résécables ou inopérables.

6.6.3. Marge de résection

Pour le cancer du côlon :

- Une longueur minimale suffisante pour les bords de la résection du côlon proximal et distal est de 5 cm, bien qu'ils soient généralement beaucoup plus grands.

Pour le cancer du rectum :

- La distance entre la tumeur et le bord distal de la résection (aboral) doit être d'au moins 2 cm.
- Une marge de résection positive après résection d'un carcinome rectal est définie comme CRM négative/positive pour une distance de sécurité circonférentielle ("R0 wide" à une distance supérieure à 0,1 cm et "R0 narrow" à $\leq 0,1$ cm respectivement).
- Pour les tumeurs de bas grade avec une différenciation bonne ou modérée du tiers inférieur du rectum, une distance de sécurité de 1-2 cm est suffisante. Pour les tumeurs de haut grade (G3/4), une plus grande distance de sécurité doit être visée.
- Après une radio-chimiothérapie néoadjuvante, une distance aborale de 0,5 cm peut également être acceptée pour prévenir une extirpation autrement nécessaire.

(voir aussi la variable "Marge de résection de la tumeur invasive" dans le LSCs).

7. Références

- UICC Manual of Clinical Oncology 2015

- Brierley, Gospodarowicz, Wittekind (eds.): UICC TNM Classification of Malignant Tumours, 8th Edition. 2017 by John Wiley & Sons. ISBN 978-3-527-34280-8. Wittekind, Compton, Brierley, Sobin (eds.): UICC TNM Supplement. A Commentary on Uniform use, 4th Edition. 2012 by John Wiley & Sons. ISBN 978-1-4443-3243-8.
- Wittekind, Christian; Asamura, H.; Sobin, Leslie H. (2014). TNM Atlas, Wiley-Blackwell.
- Wittekind, Compton, Brierley, Sobin (eds.): UICC TNM Supplement. A Commentary on Uniform use, 4th Edition. 2012 by John Wiley & Sons. ISBN 978-1-4443-3243-8.
- <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html> [last accessed: 29.12.2018] (CHOP Klassifikation)
- Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin DM, Whelan S, editors. International Classification of Diseases for Oncology, Third edition, first revision. Geneva, World Health Organization, 2011.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, Langversion 2.1, 2019, AWMF Registrierungsnummer: 021/007OL, <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/kolorektales-karzinom>
- FMH Behandlungspfad Kolorektalkarzinom
- ENCR multiple primary cancers rule, 2004
- NATIONAL CANCER DATA DICTIONARY, NKRS
- Smith, D. Driman, K. Spithoff, A. Hunter, R. McLeod, M. Simunovic, B. Langer (2010) Guideline for optimization of colorectal cancer surgery and pathology. Journal of Surgical Oncology 101: 5-12
- <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/rektumkarzinom/@@guideline/html/index.html>