



« Cancer colorectal et grossesse »

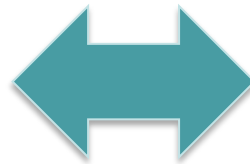
Julien Taieb

Service d' HGE et d' oncologie digestive, HEGP, Paris



Cancer colorectal et grossesse

**Une situation
rare**



**Manque de
données et de
consensus**

Epidémiologie

- Cruveilhier en 1842 rapporte le 1^{er} cas
- CCR 5-10% avant 40 ans, 2% avant 30 ans
- 1/10 000 à 1/50 000 grossesses selon les sources
- Grossesses de plus en plus tardives => incidence croissante

[Dahling MT](#), J Matern Fetal Neonatal Med. 2009;22(3):204-11.

Cruveilhier JJ. JB Baillière; 1929. pp. 7-10.

Bernstein MA. Dis Colon Rectum 1993 ; 36 : 172-8.

Walsh C. Gastroenterol Clin North Am 1998 ; 27 : 257-67

Epidémiologie

- Inversion du rapport colon (40%) / rectum (60%)
 - Examen périnéal?
- Augmentation du % de tumeur de haut grade
- **Stade plus avancé au diagnostic +++**

[Dahling MT](#), J Matern Fetal Neonatal Med. 2009;22(3):204-11.
Cruveilhier JJ. JB Baillière; 1929. pp. 7-10.
Bernstein MA. Dis Colon Rectum 1993 ; 36 : 172-8.
Walsh C. Gastroenterol Clin North Am 1998 ; 27 : 257-67.

Influence grossesse => cancer

Données discordantes mais:

–Série norvégienne 63 090 femmes pas d'influence de la vie hormonale sur la survenue du CCR

–Récepteurs œstrogène/progesterone possibles dans le CCR mais valeur biologique inconnue

–Le CCR n'est pas hormonodépendant

Kvale G. Int J Cancer 1991 ; 47 : 390-5.

Howe GR,. J Natl Cancer Inst 1985 ; 74 : 1155-9.

Lopez Garcia G,. Rev Esp Obstet Ginecol 1968 ; 27 : 121-5.

Influence grossesse => cancer

- Le développement vasculaire pelvien inhérent à la grossesse pourraient pour certains influencer sur le développement des cancers recto-sigmoïdiens
- Découverte à un stade plus avancé mais à stade égal : pronostic équivalent!
- Pas d'augmentation du risque de récurrence

Kvale G. Int J Cancer 1991 ; 47 : 390-5.

Howe GR,. J Natl Cancer Inst 1985 ; 74 : 1155-9.

Lopez Garcia G,. Rev Esp Obstet Ginecol 1968 ; 27 : 121-5.

Influence cancer => grossesse

- Aucun risque de greffe tumorale chez le fœtus n'est à craindre : le dire à la patiente+++
- Problème mécanique possible avec les tumeurs rectosigmoïdiennes => gêne l'accouchement par voie basse
- Pas d'influence directe du cancer sur la grossesse, mais la prise en charge du CCR peut provoquer une prématurité ou une mort in utero
 - survie à la naissance globale de 78 %

Présentation clinique

- Pas de signe particulier pendant la grossesse, les signes d'appel sont les mêmes
 - Signe fonctionnels digestifs
 - Rectorragies, méléna
 - Douleur abdominale
 - Anémie
 - AEG
 - Symptômes liés à une maladie métastatique

Le piège

**Signes
fonctionnels
CCR**

=

**Signes
digestifs de la
grossesse**

S'inquiéter devant

- tout signe persistant
- Emissions afécales
- Saignement digestif
- Anémie suspecte

Bilan complémentaire

- Une discussion évaluant l'utilité, le risque et le bénéfice attendu de chaque examen est nécessaire
- Endoscopie
 - **Rectosigmoidoscopie de première intention**
 - Si négative discuter au cas par cas une coloscopie totale sous AG
 - Risque fœtal lié à l'AG et au positionnement de la mère
 - Problème technique au 3^{ème} trimestre possible
- Echoendoscopie rectale possible si tumeur rectale

Bilan complémentaire

- **Echographie abdominale et ACE sans danger**
- **Préférer l'IRM au Scanner**
- **RX de thorax sans intérêt pour le CCR et à éviter pour le fœtus**
- **Scanner thoracique possible au delà du premier trimestre avec mesure de protection fœtale**
- **Scanner abdominopelvien possible au delà du premier trimestre, uniquement si indispensable, et avec mesure de protection fœtale**

Moran BJ, Lancet Oncol 2007

Ann ICRP 2000

Caforio L, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000

Les questions qu'il faut se poser

- moment de la grossesse
 - 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} trimestre
- la nature de la tumeur
 - rectum/colon,
 - métastatique ou non...
- le caractère d'urgence du traitement
 - Maladie menaçante
 - Maladie indolente
 - Possibilité curative/ palliative

Les questions qu'il faut se poser

- le type de traitement souhaitable
 - chirurgie
 - radiothérapie
 - Chimiothérapie

- le contexte familial et social
 - autres enfants
 - âge de la patiente
 - désir de grossesse et celui du couple
 - possibilité de grossesse ultérieure

Prise en charge thérapeutique

- Pluridisciplinarité
 - Chirurgien, radiothérapeute, Chimiothérapeute, radiologue, pathologiste
 - mais aussi
 - obstétriciens, pédiatres, psychologue entraînée+++
- Prise en charge thérapeutique et psychologique conjointe essentielle pour la patiente
- Inclure autant que possible le compagnon dans la démarche de soin

Prise en charge thérapeutique

– Cas particulier du cancer du rectum et
Radiothérapie:

- Nécessité absolue d'interruption de grossesse
- Risque de stérilité ultérieure

=> Cryopréservation ou transposition ovarienne
chirurgicale préalable !!!

Prise en charge thérapeutique au premier trimestre

- Chimiothérapie contre indiquée
- Radiothérapie contre indiquée
- Chirurgie dangereuse pour le fœtus
- Délais de fin de grossesse long = attentisme difficile

Prise en charge thérapeutique au premier trimestre

- Essayer d'obtenir une adhésion de la patiente pour un avortement thérapeutique pour une prise en charge optimale
- En cas de refus on peut discuter
 - Maladie opérable : chirurgie sans interruption de grossesse
 - Maladie avancée : attendre le 2^{ème} trimestre puis CT

Dans tous les cas informer, clairement et devant témoin, la patiente des risques qu'elle encoure en poursuivant sa grossesse et des risques encouru par le fœtus en cas de traitement durant la grossesse+++

Prise en charge thérapeutique au delà du premier trimestre

3^{ème} trimestre = situation la plus simple

- Fœtus viable au delà de 32 semaines

⇒ Donc attendre 32 semaines et déclencher l'accouchement puis p.e.c du cancer

Deux points cependant méritent discussion:

- Chirurgie néoplasique et césarienne en 1 temps ?

- Transposition ovarienne si RTE parfois difficile au 3^{ème} trimestre (risque hémorragique)

Prise en charge thérapeutique au delà du premier trimestre

2^{ème} trimestre = difficile

2 possibilités

- **Interruption de grossesse puis traitement**
- **Poursuite de grossesse jusqu'à 32 semaines avec CT d'attente**

⇒ Les deux situations sont délicates pour la patiente, son entourage et l'équipe soignante!

Prise en charge thérapeutique au delà du premier trimestre

- Prendre le temps +++
- Multiplier les consultations pluridisciplinaires si besoin
- Encadrement psychologique indispensable
- Impliquer l'entourage de la patiente et surtout le futur père éventuel
- Apporter à la patiente et son entourage toutes les informations nécessaires et possibles sur les différents choix qui s'offrent à elle
- Laisser un temps de réflexion suffisant

Prise en charge thérapeutique au delà du premier trimestre

Si la grossesse est poursuivie peuvent se discuter

- Stomie de décharge
- Chirurgie néoplasique
- CT sous surveillance obstétricale
- Jamais de radiothérapie

Moran BJ, Ann ICRP 2000 ; 30 : 1-43.

Caforio L, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000 ; 88 : 71-4.

Kal HB, Lancet Oncol 2005 ; 6 : 328-33.

Prise en charge thérapeutique au delà du premier trimestre

Chimiothérapie pendant la grossesse

- Possible dès le deuxième trimestre
- Pas de risque de perte ou malformation fœtale
- Risque de prématurité et de retard de croissance in utéro => surveillance obstétricale
- Beaucoup de données sur le 5FU (colon, sein...)

- Peu de données sur l'oxaliplatine et encore moins sur l'irinotecan, mais plusieurs cas rapportés rassurants

Aviles A, Am J Hematol 1991 ; 36 : 243-8

Cardonick E, Lancet Oncol 2004 ; 5 : 283-91.

Jeppesen JB, Clin Colorectal Cancer 2011 ; 10 : 348-52.

Cirillo M, Tumori 2012 ; 98 : 155-7.

CONCLUSION

- **Rare**
- **Retard diagnostic**
- **Bilan adapté**
- **Prise en charge thérapeutique délicate**
- **Pluridisciplinarité (obstétriciens, pédiatres, psychologues+++)**
- **Respect des choix « éclairés » de la patiente**