

**Prof. Daniel Betticher, MHA**

**Médecin-chef**

Spécialiste FMH en Hémato-oncologie

et médecine Interne

HFR Fribourg – Hôpital cantonal

1708 Fribourg

Secrétariat

Tél. 026 426 72 40

Fax 026 426 72 44

# Surveillance après résection d'un cancer colorectal

## 1. Epidémiologie

Le canton de Fribourg compte environ 170 nouveaux cas de cancers colorectaux par année<sup>1</sup>. La moitié des patients bénéficiant d'une thérapie curative nécessitent une surveillance. Deux tiers des patients souffrent d'un cancer du côlon et environ un tiers d'un cancer du rectum.

## 2. Risques

- Plus de 40% des patients ayant souffert d'un cancer colorectal au stade II ou III et réséqué de façon radicale subissent une rechute.
- Dans la majorité des cas, la rechute est diagnostiquée 2 à 3 ans suivant l'opération (seul 1% des récurrences se manifeste 5 ans après l'intervention chirurgicale).
- Trois méta-analyses incluant des essais randomisés phase III ont démontré l'effet positif d'une surveillance régulière des patients réséqués radicalement d'un cancer colorectal (mortalité diminuée de 19-33% à 5 ans).
- Dans les études randomisées, les rechutes asymptomatiques ont été détectées plus fréquemment chez les patients ayant bénéficié de contrôles réguliers (45% versus 8%) et la probabilité de pouvoir réséquer la tumeur était aussi plus fréquente (35% vs 21%)<sup>2</sup>.

## 3. Buts de la surveillance

- Le but principal est de diagnostiquer à un stade précoce une récurrence locale, des métastases hépatiques et/ou une 2<sup>ème</sup> tumeur colorectale chez des patients dont l'état général et l'espérance de vie permettent d'envisager un traitement curatif.

## 4. Surveillance

### Sélection des patients:

- Patients après résection d'un carcinome au stade I, uniquement coloscopie à une année et à 4 ans (pas de CT ou contrôle du foie)
- Patients après résection d'un carcinome au stade II-III<sup>3</sup>, et ayant une espérance de vie et un état général permettant une intervention chirurgicale (métastastectomie, résection d'une récurrence locale): cf. schéma ci-dessous
- *Condition préliminaire:* colonoscopie totale (pré- ou postopératoire dans les mois suivant l'opération<sup>4</sup>; 3-5% des patients ayant un risque de cancer synchrones<sup>5</sup>).

<sup>1</sup> Registre fribourgeois des tumeurs, résultats 2006.

<sup>2</sup> Bruinvels DJ et al., Follow-up of patients with colorectal cancer: a meta-analysis. Ann Surg 1994, 219, 174.

<sup>3</sup> Desch CE et al., Colorectal cancer surveillance: 2005 update of an American Society of Clinical Oncology practice guideline. J Clin Oncol 2005, 23, 8512.

<sup>4</sup> Rex DK et al., Guidelines for colonoscopy surveillance after cancer resection: a consensus update by the American Cancer Society and the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology 2006, 130, 1865.

**Schéma:** Cette surveillance se base sur les recommandations citées en marge<sup>6</sup>  
**Schéma de surveillance:**

Examens	Mois après la thérapie adjuvante									
	3	6	9	12	18	24	30	36	48	60
Anamnèse et examen clinique <sup>a)</sup>	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Laboratoire: CEA <sup>b)</sup>	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Coloscopie				x <sup>c)</sup>					x <sup>d)</sup>	
CT thoracique et abdominal <sup>e)</sup>				x		x		x	x	x
Pour le cancer du rectum: sigmoïdoscopie/endosonographie <sup>f)</sup>		x			x	x		x		

- a) pour le cancer rectal distal réséqué avec une excision totale du méso-rectum et rétablissement de la continuité: toucher rectal tous les 3 mois
- b) une augmentation du marqueur CEA demande une investigation radiologique: le diagnostic d'une rechute asymptomatique diagnostiquée après élévation du marqueur CEA augmente les chances d'une résection radicale, et de ce fait, d'une amélioration de la survie.
- c) le risque d'un cancer métachrone (dans les 5 ans après résection) est de 1.5-3%; la moitié de ces tumeurs se manifestent dans les 24 premiers mois<sup>7</sup>. Les patients jeunes ont un risque plus élevé (30-39 ans: 38x; 40-49 ans: 8x; > 60 ans: 1.2x)<sup>8</sup>.
- d) si sans particularité, tous les 5 ans.
- e) but: diagnostiquer les métastases hépatiques/pulmonaires pouvant être réséquées et une éventuelle récurrence extraluminale. Une échographie du foie et un cliché thoracique (face/profil) sont une option alternative, sous réserve d'une qualité optimale.
- f) 5-10% des patients après cancer du rectum souffrent d'une récurrence située dans l'anastomose<sup>9</sup>

## 5. Examens inutiles<sup>10</sup>

Formule sanguine, tests hépatiques, recherche de sang occulte dans les selles, PET.

## 6. Remarques

- La surveillance est un travail interdisciplinaire, coordonné par l'un des spécialistes qui enrôlera et orientera continuellement les autres médecins impliqués.
- Les situations avec un risque accru de cancer, comme par exemple les syndromes héréditaires (FAP, HNPCC, Peutz-Jeghers), les maladies inflammatoires de l'intestin, l'acromégalie etc. ne sont pas mentionnées dans le schéma ci-dessus et nécessitent des mesures de suivi différentes.

<sup>5</sup> Langevin JM et al., The true incidence of synchronous cancer of the large bowel: prospective study. Am J Surg 1984, 147, 330. Passman MA et al., Synchronous colon primaries have the same prognosis as solitary colon cancers. Dis Colon Rectum 1996, 39, 329.

<sup>6</sup> Voir réf. 5, National Comprehensive Cancer Network (NCCN): Clinical practice guidelines in oncology available at [www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/default.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.asp); Société suisse de gastroentérologie, Recommandations consensuelles pour le suivi des cancers colorectaux après opération curative, version du 1.6.2007; [www.sggssg.ch](http://www.sggssg.ch); Cribiez D., Revidierte Konsensus-Empfehlungen zur Nachsorge nach koloskopischer Polypektomie und nach kurativ operiertem kolorektalem Karzinom. Schweiz. Med. Forum 2007, 7, 994; Van Cutsem EJ et al., Colon cancer: ESMO clinical recommendations for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up. Ann. Oncol. 2008, 19 Suppl. 2, ii29. Locker GY et al., ASCO 2006 update of recommendations for the use of tumor markers in gastrointestinal cancer. J Clin Oncol 2006, 24, 5313. Pfister DG et al., Surveillance strategies after curative treatment of colorectal cancer. New Engl J Med 2004, 350, 2375.

<sup>7</sup> Green RJ et al., Surveillance for second primary colorectal cancer after adjuvant chemotherapy: an analysis of intergroup 0089. Ann Intern Med 2002, 136, 261. Barillari P et al., Surveillance of colorectal cancer: effectiveness of early detection of intraluminal recurrences on prognosis and survival of patients treated for cure. Dis Colon Prev 1993, 17, 417.

<sup>8</sup> Levi F et al., Effect of age on risk of second primary colorectal cancer. J Natl Cancer Inst 2002 94, 529.

<sup>9</sup> Barillari P et al., voir réf 9

<sup>10</sup> Examens non efficaces pour diagnostiquer des rechutes asymptomatiques et réséquables.