

Prof. Daniel Betticher, MHA

Médecin-chef

Spécialiste FMH en Hématologie-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 année¹. 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%)².

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^{ème} 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-III³, 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'opération⁴; 3-5% des patients ayant un risque de cancer synchrones⁵).

¹ Registre fribourgeois des tumeurs, résultats 2006.

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

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

⁴ 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 marge⁶
Schéma de surveillance:

| Examens | Mois après la thérapie adjuvante | | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|---|---|-----------------|----|----|----|----|-----------------|----|
| | 3 | 6 | 9 | 12 | 18 | 24 | 30 | 36 | 48 | 60 |
| Anamnèse et examen clinique ^{a)} | X | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Laboratoire: CEA ^{b)} | X | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Coloscopie | | | | x ^{c)} | | | | | x ^{d)} | |
| CT thoracique et abdominal ^{e)} | | | | x | | x | | x | x | x |
| Pour le cancer du rectum: sigmoïdoscopie/endosonographie ^{f)} | | 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 mois⁷. Les patients jeunes ont un risque plus élevé (30-39 ans: 38x; 40-49 ans: 8x; > 60 ans: 1.2x)⁸.
- 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'anastomose⁹

5. Examens inutiles¹⁰

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.

⁵ 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.

⁶ Voir réf. 5, National Comprehensive Cancer Network (NCCN): Clinical practice guidelines in oncology available at 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; 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.

⁷ 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.

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

⁹ Barillari P et al., voir réf 9

¹⁰ Examens non efficaces pour diagnostiquer des rechutes asymptomatiques et réséquables.