

# **SURVEILLANCE DES CANCERS DU COLON ET DU RECTUM APRÈS RÉSECTION CHIRURGICALE CURATIVE**

**LX. DROULLE**

# EPIDÉMIOLOGIE

- ▶ 1<sup>er</sup> cancer digestif – 36 000 nouveaux cas/an
- ▶ 2 à 7 % ont  $\geq$  1 cancer synchrone du colon ou rectum
- ▶ Cancer métachrone = 2 % à 5 ans
- ▶ Récidive locale après exérèse
  - colon = 2 à 4 %**
  - rectum = jusqu'à 10 %** (qualité exérèse, radiochimio néoadjuvante)
- ▶ Métastases : Foie ++, Poumon, Carcinose

**Au diagnostic, 75 % des patients ont une maladie localisée**



**exérèse chirurgicale à visée curative**

**30 à 55 % récurrence dans les 5 ans chez patients opérés  
(métastases + + +, récurrence locale, cancer métachrone)**

# METASTASES

- ▶ Sites préférentiels et potentiellement curables par chirurgie d'exérèse : Foie, Poumon
- ▶ < 25 % si ADK stade II
- ▶ 50 – 60 % stade III
- ▶ 80 % surviennent 3 ans après chirurgie
- ▶ D'autant plus précoces que le stade initial est avancé

# CANCER METACHRONE ET RECIDIVE LOCALE

- ▶ Risque cumulé de cancer métachrone :

**2 % à 5 ans**

**7 % à 20 ans**

- ▶ Les récidives endoluminales sont rares
- ▶ La plupart des récidives locales dépistées par coloscopie ne sont pas résécables

**—————> coloscopies rapprochées inutiles**

# OBJECTIFS DU SUIVI

- ▶ Amélioration de la survie globale
- ▶ Dépistage et exérèse des lésions précancéreuses et des cancers métachrones à un stade précoce
- ▶ Dépistage précoce des métastases potentiellement curables
- ▶ Dépistage précoce des récurrences locales
- ▶ Prise en charge chirurgicale et/ou chimiothérapie

# MOYENS DE SURVEILLANCE

- ▶ Examen clinique
- ▶ Imagerie
- ▶ Coloscopie
- ▶ Biologie

# EXAMEN CLINIQUE

- ▶ État général : poids
- ▶ Transit : modification récente, rectorragies
- ▶ Douleurs
- ▶ Palpation abdominale (masse, hépatomégalie, cicatrices, aires ganglionnaires, ascite)
- ▶ Toucher rectal

# IMAGERIE

- ▶ Recherche métastases hépatiques et pulmonaires
- ▶ Orientée par la clinique
- ▶ Échographie abdominale
- ▶ Radiographie pulmonaire
- ▶ TDM abdominale  $\pm$  thoracique (rectum ++)
- ▶ Tep scanner en cas d'élévation ACE

# COLOSCOPIE

- ▶ Coloscopie totale sous AG
- ▶ Dépistage 2<sup>ème</sup> localisation ou récurrence anastomotique
- ▶ Exérèse adénomes avant dégénérescence
- ▶ Doit être faite dans les 3 à 6 mois après chirurgie si incomplète en pré-opératoire

- ▶ 2<sup>ème</sup> examen à 3 ans puis tous les 5 ans
- ▶ Coloscopie à 1 an si :

**≥ 3 adénomes**

**adénome à risque** (> 1 cm, contingent vilieux, dysplasie de haut grade ou cis)

Certains préconnaissent une coloscopie à 1 an (incidence cancer métachrone + importante dans les 2 ans) **et une rectosigmoïdoscopie tous les 3 - 6 mois en cas de cancer rectal** (dépistage récurrences locales)

1. Patients with colon and rectal cancer should undergo high quality perioperative clearing. In the case of nonobstructing tumors, this can be done by preoperative colonoscopy. In the case of obstructing colon cancers, computed tomography colonography with intravenous contrast or double contrast barium enema can be used to detect neoplasms in the proximal colon. In these cases, a colonoscopy to clear the colon of synchronous disease should be considered 3 to 6 months after the resection if no unresectable metastases are found during surgery. Alternatively, colonoscopy can be performed intraoperatively.
2. Patients undergoing curative resection for colon or rectal cancer should undergo a colonoscopy 1 year after the resection (or 1 year following the performance of the colonoscopy that was performed to clear the colon of synchronous disease). This colonoscopy at 1 year is in addition to the perioperative colonoscopy for synchronous tumors.
3. If the examination performed at 1 year is normal, then the interval before the next subsequent examination should be 3 years. If that colonoscopy is normal, then the interval before the next subsequent examination should be 5 years.
4. Following the examination at 1 year, the intervals before subsequent examinations may be shortened if there is evidence of hereditary nonpolyposis colorectal cancer or if adenoma findings warrant earlier colonoscopy.<sup>1</sup>
5. Periodic examination of the rectum for the purpose of identifying local recurrence, usually performed at 3- to 6-month intervals for the first 2 or 3 years, may be considered after low anterior resection of rectal cancer. The techniques utilized are typically rigid proctoscopy, flexible proctoscopy, or rectal endoscopic ultrasound. These examinations are independent of the colonoscopic examinations described above for detection of metachronous disease.

**consensus American Cancer Society**

# BIOLOGIE

- ▶ ACE
- ▶ N < 5 ng/mL
- ▶ Intérêt surtout en cas de taux pathologique pré-opératoire

**Dosage optionnel**

**Place Hemoccult ?**

# PROTOCOLES DE SURVEILLANCE

- ▶ Pas de consensus international
- ▶ Population concernée :
  - Patients opérés à visée curative  
(y compris résection endoscopique stade I)  
Pas de CI à chirurgie ou chimiothérapie
- ▶ Suivi rapproché les 3 premières années  
(risque maximal de récurrence)

Examen	Thesaurus national en cancérologie digestive	American Society of Clinical Oncology 2005
Clinique	Tous les 3 mois/3 ans puis tous les 6 mois/2 ans	Tous les 3 à 6 mois/3 ans puis tous les 6 mois/2 ans
ACE	Optionnel	Tous les 3 mois/au moins 3 ans
RP	Annuel pendant 5 ans	Non recommandé
Echographie abdominale	Tous les 3 à 6 mois/3 ans puis tous les 6 mois/2 ans	Non proposée
TDM Thoraco Abdominal	Si doute ou symptômes	Annuel (+pelvis si cancer rectal)
Coloscopie	A 3 ans puis tous les 5 ans*	A 3 ans puis tous les 5 ans Rectosigmoïdoscopie tous les 6 mois/5 ans si cancer rectal
TEP scanner	En cas de doute sur l'existence d'une récurrence	

\* sauf anomalies ou plus de 3 adénomes dont 1 > 1 cm ou contingent vilieux, ou dysplasie de haut grade ou carcinome *in situ*