

Quelle surveillance pour les cancers colorectaux opérés à visée curative ?

Pr Côme LEPAGE
HGE & Oncologie digestive CHU Dijon

Instituts
thématiques

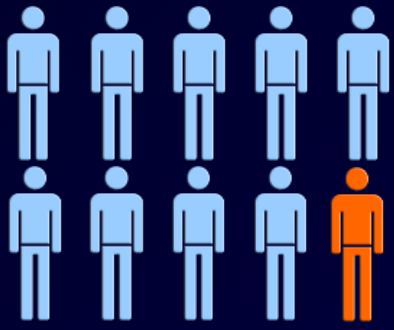


Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

LIENS D'INTÉRÊT

Aucun lien d'intérêt



HISTOIRE NATURELLE : Récidives

- Taux de récurrences dans les 5 ans :
 - Côlon : 30%
 - Rectum : 40%
- 80 % des récurrences surviennent dans les 3 ans
- Récurrences rares après 5 ans
- Délai de guérison : 9,3 ans [IC95 % : 8,3-10,4 ans]

RÉCIDIVES : Prise en charge

Registre Bourguignon

- Résections des récidives :

	1976-1984	1994-2003	p
Métastases	7%	24%	<0,001
Récidives locales	16%	58%	<0,001

Guyot et al. Ann Oncol 2005

- Résection des métastases hépatiques :

	1982-1998	1999-2012	p
Métastases hépatiques	6%	10%	<0,001

Gay C, et al JFHOD 2017 P498

Histoire naturelle : lésions coliques métachrones endoluminales

- Incidence annuelle adénomes : 3 - 5 %

Cottet et al Alimentary 2006

- Récidives endoluminales : < 10%

- Risque cumulé de K métachrone :
2% à 5 ans

Bouvier et al. Eur J Cancer 2008

Histoire naturelle : lésions coliques métachrones endoluminales

- Incidence annuelle adénomes : 3 - 5 %

Cottet et al Alimentary 2006

- Récidives endoluminales : < 10%

- Risque cumulé de K métachrone :

2% à 5 ans



7% à 20 ans

Bouvier et al. Eur J Cancer 2008

COLOSCOPIE : RECOMMANDATIONS TNCD 2016

- Dans les 6 mois postopératoires :

- Si incomplète
- Si mauvaise qualité



RECO US 2016 : CONTRÔLE À 1 AN

- Ensuite à 3 ans

- Puis tous les 5 ans si normale

Kahi CJ et al. Gastrointest Endosc 2016

Etude WATCH

- » Etude prospective randomisée
- » N= 11 centres, étude de 2007 à 2012



* Confirmation sur
dosage à 1 mois

Stades I 24%, Stades II 39%, Stades III 37%

WATCH : Résultats

» Récidive : n=243 (7.5%) durant l' étude

	Total (%)	Contrôle (%)	Intervention (%)	p
Récidive	7.5	43	57	< 0.01
Récidive curable	37	30	42	0.03

→ Pas d' impact démontré sur la SG à ce jour

→ Pas de modifications des pratiques

Essai FACS



Dukes A 19%, B 50, C 31%

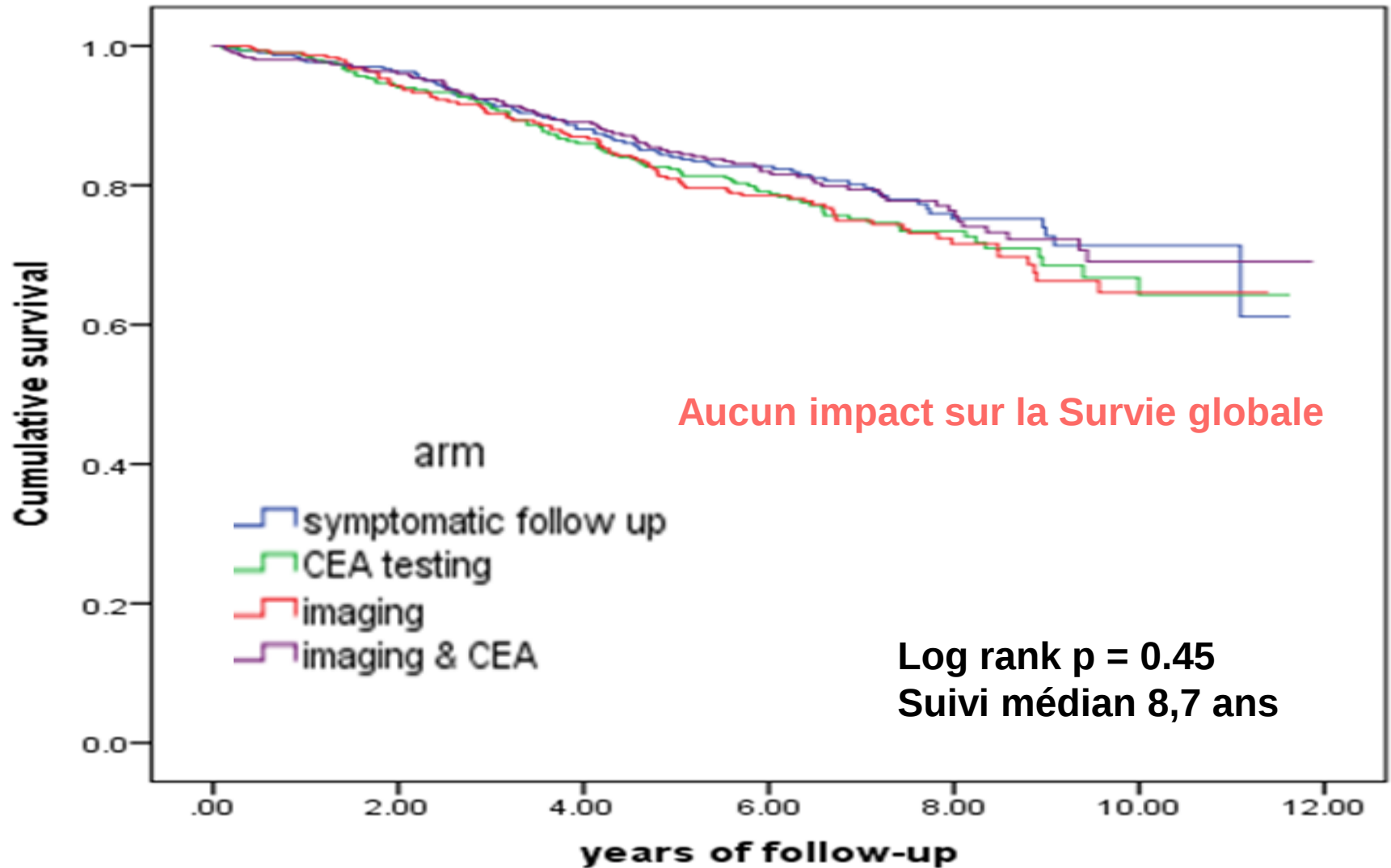
Essai FACS: Résultats



- **Récidives opérables : 6 %** **R0 : 35,7%**
 - TDM unique HR : 1,0
 - ACE intensif HR : 3,0 IC95% (1,2-7,3)
 - TDM intensif HR : 3,6 IC95% (1,5-8,7)
 - Combiné HR : 3,1 IC95% (1,1-8,7)

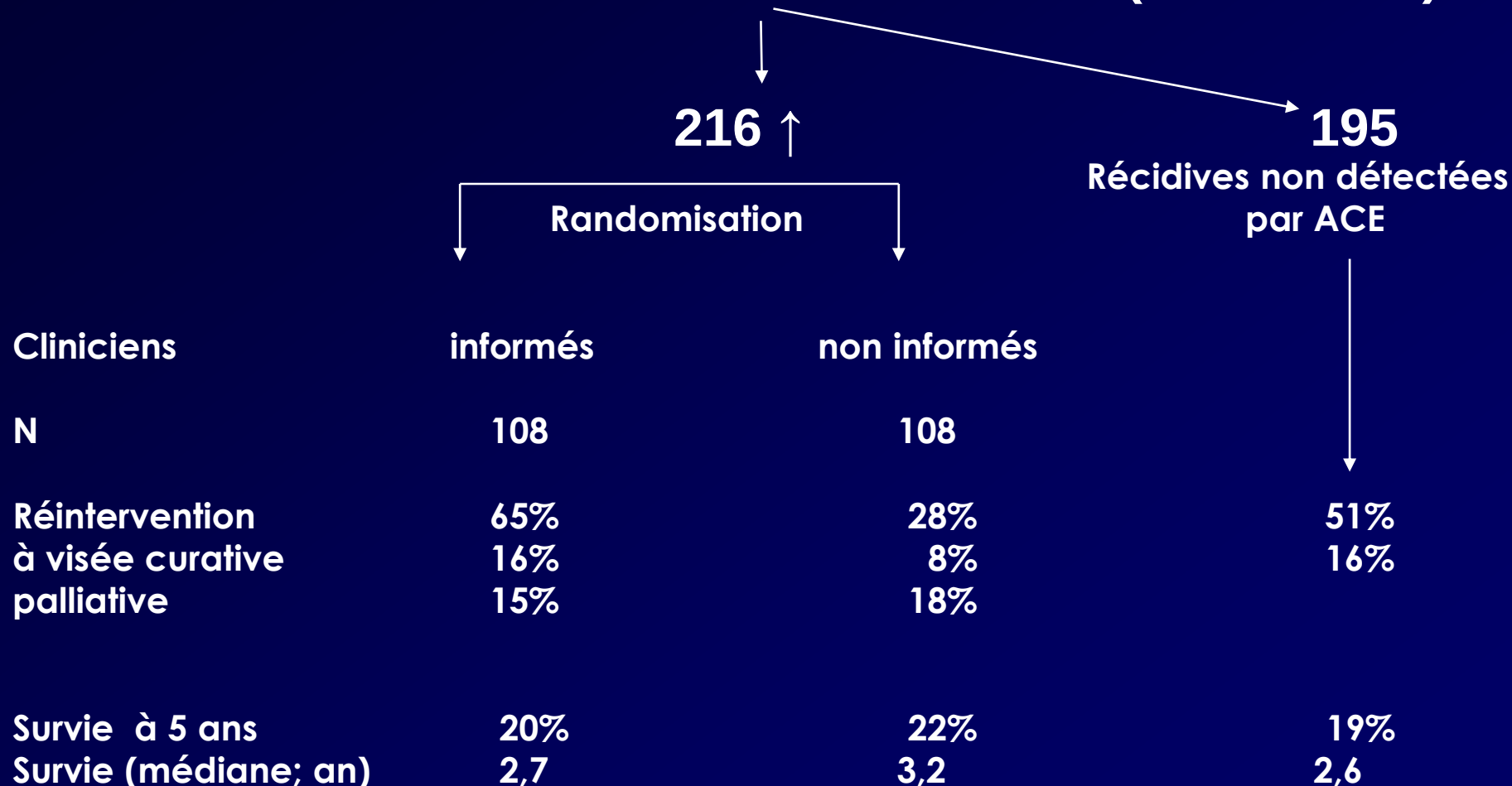
→ (NS) pas de valeur ajoutée par rapport à ACE seul ou TDM seul
- **Différences très faibles : < 3% de patients opérés en +**

Essai FACS : Survie globale ITT



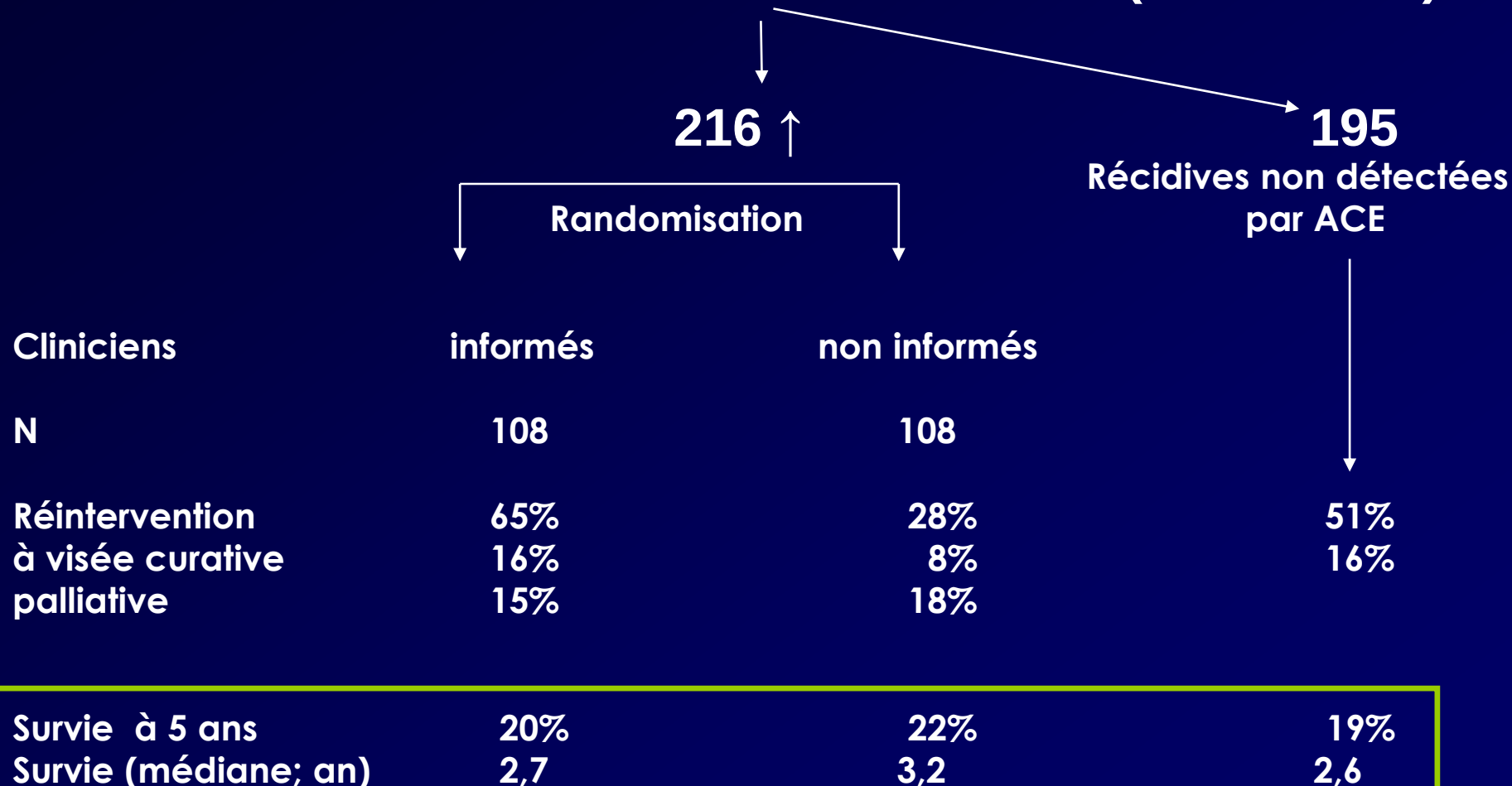
Quel est le bénéfice de la surveillance de l'ACE ?

NORTHOVER 1994: 1449 cancers du colon (ACE / mois)

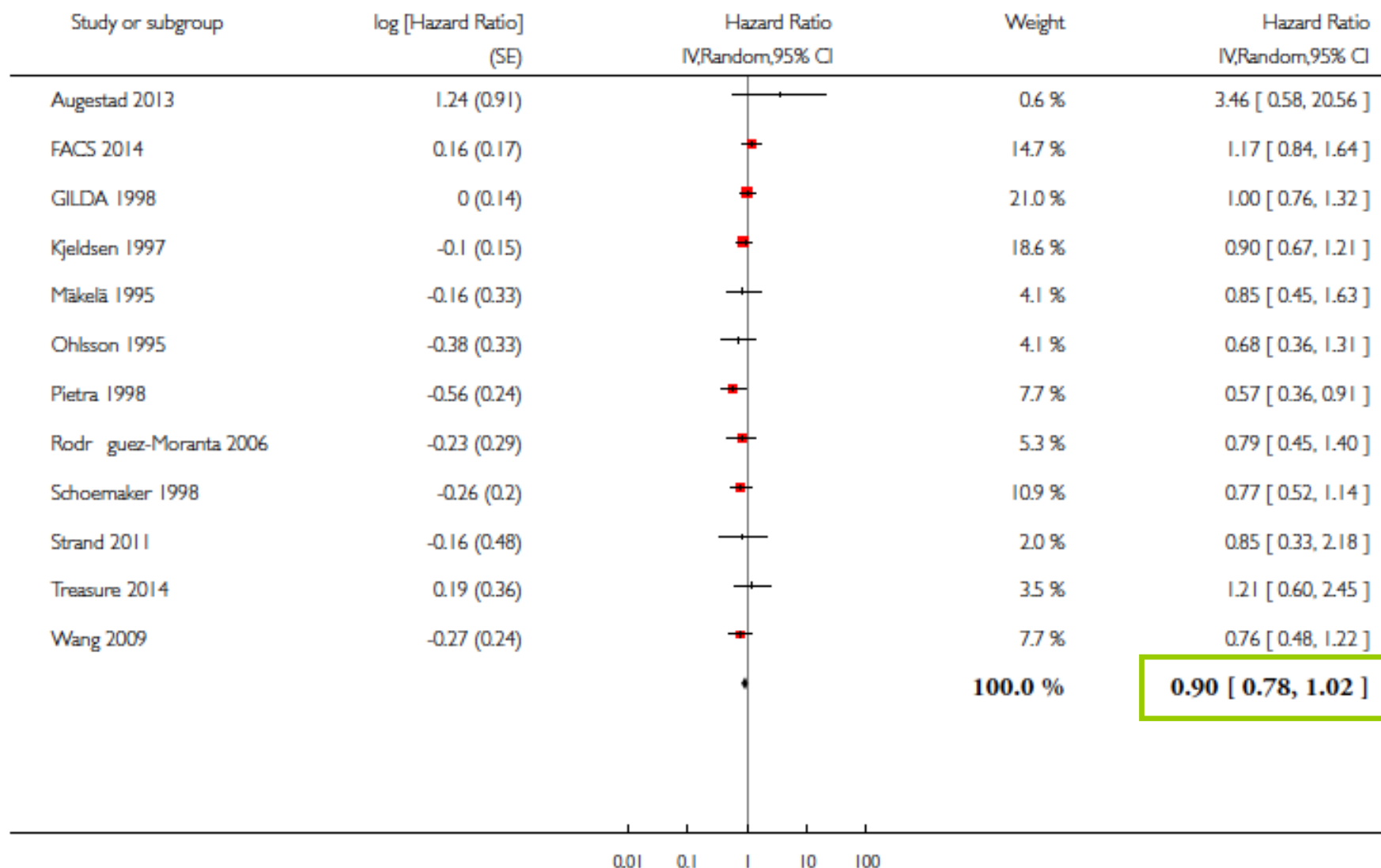


Quel est le bénéfice de la surveillance de l'ACE ?

NORTHOVER 1994: 1449 cancers du colon (ACE / mois)

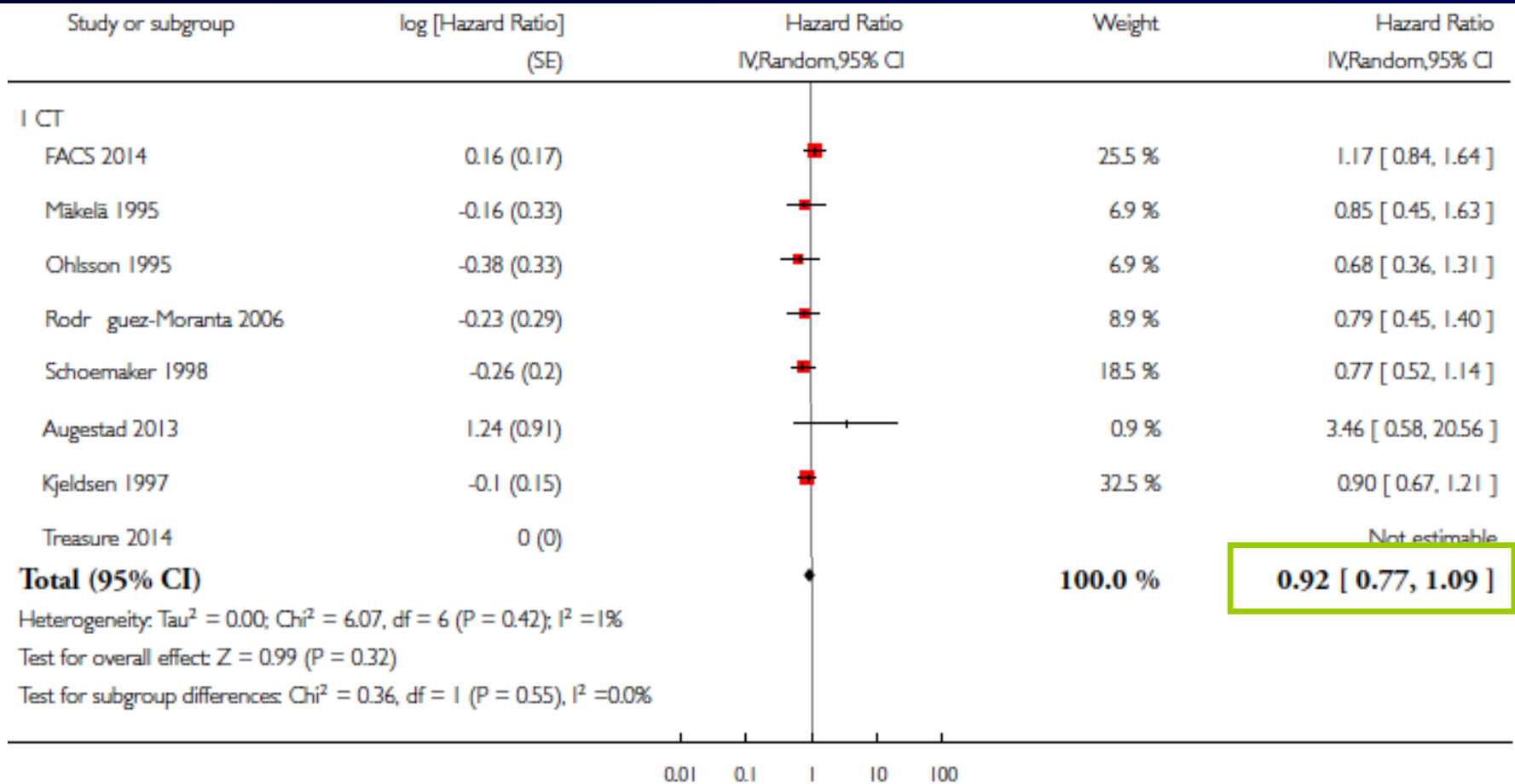


Surveillance « renforcée vs.minimaliste » : survie globale Méta-analyse



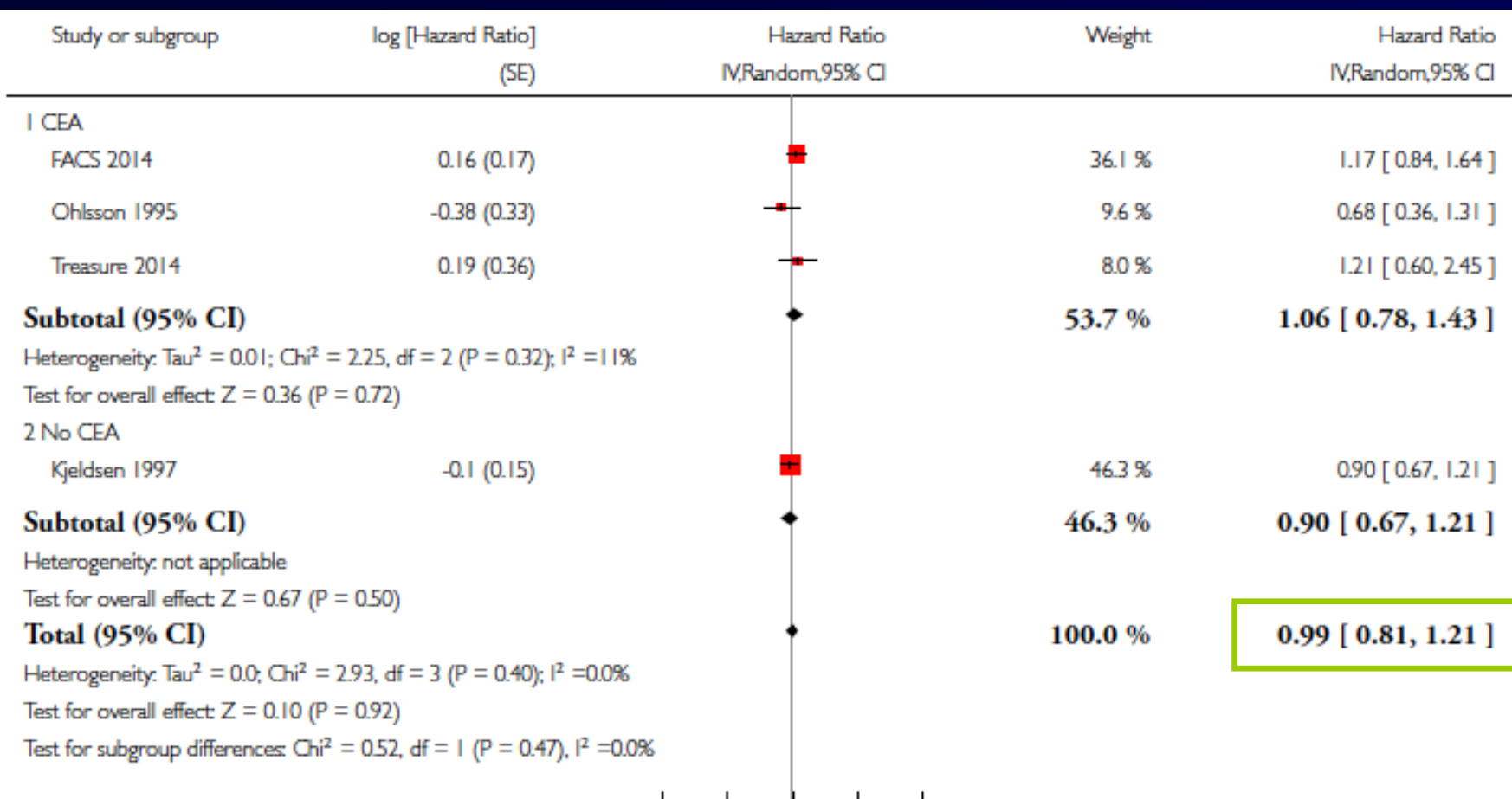
Imagerie par CT vs. pas : survie globale

Méta-analyse



En faveur de la surveillance intensive

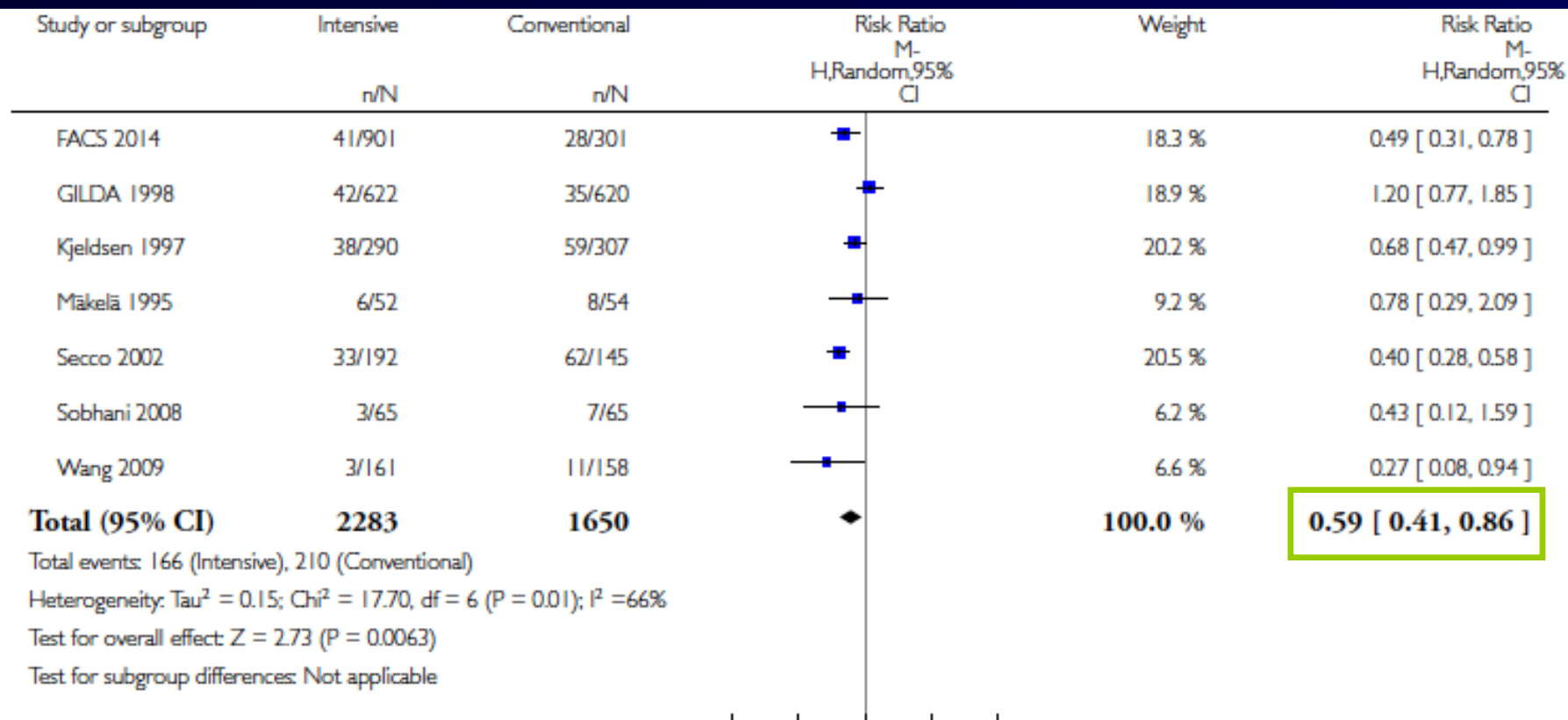
ACE : bénéfice de survie



En faveur de la surveillance intensive



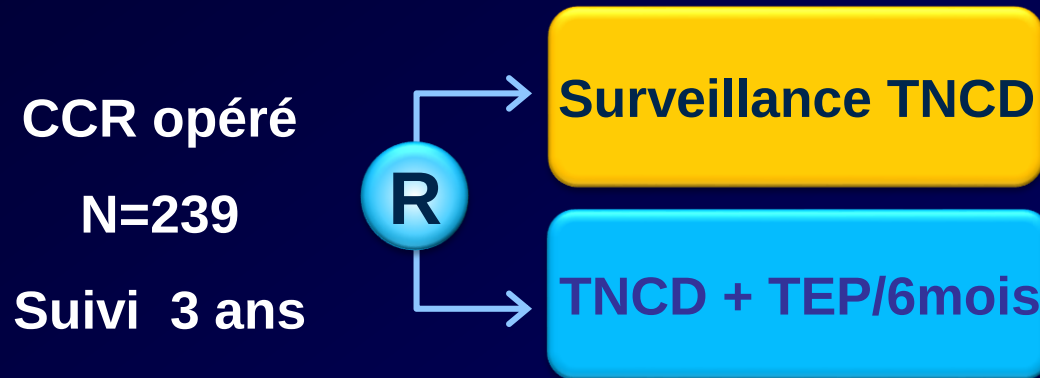
Dépistage des récidives



En faveur de la surveillance intensive



TEP-SCAN : ITEP



✓Taux de détection des métastases :

23% vs. 29% RR=1.24, 95% CI: 0.81-1.90; p =0.32

✓Coût moyen Eu/patient : 7027 vs. 9385

TEP-SCAN

Pas d'indication d'utilisation pour la surveillance

Utilisation limitée : Evaluation de l'opérabilité de récives

- authentifiée(s)
- fortement suspectée(s)

Herbertson et al, Ann Oncol. 2007

Recommandations : TNCD 2016

- **Examen clinique:**
 - 3 mois les 3 premières années
 - puis /6 mois pendant 2 ans
- **Echo abdominale / 3 à 6 mois les 3 premières années**
- **RP annuelle pendant 5 ans**
- **Coloscopie à 3 ans puis tous les 5 ans si normale**
 - Scanner = examen de 2^e intention
 - ACE optionnel, autres dosages biologiques n'ont pas d'intérêt

Surveillance au delà de 5 ans

- **Cancer du côlon** : entre 5 et 10 ans = 6,7%

=> **1/15 patients vivants à 5 ans**

- **Cancer du rectum** : entre 5 et 10 ans = 7,6%

=> **1/13 patients vivants à 5 ans**

Recommandations : American Society of Clinical Oncology 2016

- Examen clinique régulier
 - tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans
 - puis tous les 6 mois pendant 2 ans
- ACE tous les 3 mois pendant au moins 3 ans
- Scanner thoraco-abdomino-pelvien tous les ans
- Coloscopie à 1 an 3 ans puis tous les 5 ans



Que font les praticiens au quotidien?

	Surveillance minimale	Surveillance modérée	Surveillance intensive
%	47%	24%	29%
Examens recommandés	Sous le standard	Dans le standard	Au-dessus du standard
Examen optionnel (ACE)	-	+/-	+++
Examens non recommandés	-	-	+

Surveillance post opératoire des patients opérés à visée curative d'un CCR stade II ou III

Obj. principal : augmenter de 6% le taux de survie relative à 5 ans

SCHEMA :

R1



ACE: tous les 3 mois /2 ans puis
tous les 6 mois / 3 ans

Pas d' ACE

R2



Alternance tous les 3 mois scanner TAP
et échographie abdominale pendant
3 ans puis biannuel pendant 2 ans

Echo. abdo tous les 3 mois/3 ans
puis annuelle / 2 ans
cliché pulmonaire biannuel pdt 5 ans

CONCLUSION

- La surveillance des CCR opérés à visée curative est probablement utile
- On ne connaît pas la méthode la plus efficace
- Prodiges 13 permettra :
 - d'apporter des réponses à cette question
 - d'ajuster la surveillance en fonction du profil moléculaire de la tumeur primitive
- Les recommandations du TNCD doivent nous servir de cadre:

<http://www.tncd.org/>

Recommandations : TNCD 2016

- Examen clinique:
 - 3 mois les 3 premières années
 - puis /6 mois pendant 2 ans
- Echo abdominale / 3 à 6 mois les 3 premières années
- RP annuelle pendant 5 ans
- Coloscopie à 3 ans puis tous les 5 ans si normale
- ACE optionnel