



Dr. Côme LEPAGE

## La Surveillance du cancer colo-rectal opéré

- Connaître les outils et les modalités de surveillance
- Connaître le niveau de preuve d'une surveillance intensive



# Conflits d'intérêts

- Le Dr Côme LEPAGE n'a pas déclaré de conflits d'intérêts

# Quelle surveillance pour les cancers colorectaux opérés à visée curative ?

*C. LEPAGE*

*Dijon*

*Paris 8 mars 2008*

# HISTOIRE NATURELLE : LÉSIONS COLIQUES METACHRONES ENDOLUMINALES

- Incidence annuelle adénomes : 3 - 5 %
- Risque cumulé de K métachrone :  
2% à 5 ans
- Récidives endoluminales : < 10%

# HISTOIRE NATURELLE : LÉSIONS COLIQUES METACHRONES ENDOLUMINALES

- Incidence annuelle adénomes : 3 - 5 %

- Risque cumulé de K métachrone :

2% à 5 ans



*Bouvier et al. 2008*

7% à 20 ans

- Récidives endoluminales : < 10%

# COLOSCOPIE : RECOMMANDATIONS 2007

- Dans les 6 mois postopératoires :
  - Si incomplète
  - Si mauvaise qualité
- Ensuite à 3 ans
- Puis tous les 5 ans si normale

# HISTOIRE NATURELLE : Récidives

- Récidives dans les 5 ans :
  - Stades II : 30%
  - Stades III : 55%

	LOCALES	METASTASES
Côlon	12%	25%
Rectum	25%	26%

*Manfredi et al. Br J Surg 2001, 2006*

- 80 % des récurrences surviennent dans les 3 ans
- Récurrences rares après 5 ans

# RÉCIDIVES : Prise en charge

✓ Résections des récidives/ Registre Bourguignon:

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

*Guyot et al. Ann Oncol 2005*



# ETAT DES CONNAISSANCES

- Essais randomisés contrôlés :
  - Faible nombre de patients inclus
  - Résultats contradictoires
  - Peu d'études significatives
- Méta analyses :
  - Renehan, BMJ 2002
  - Figueredo, BMC Cancer 2003
  - Jeffery M. Cochrane Database Syst Rev 2002-2008

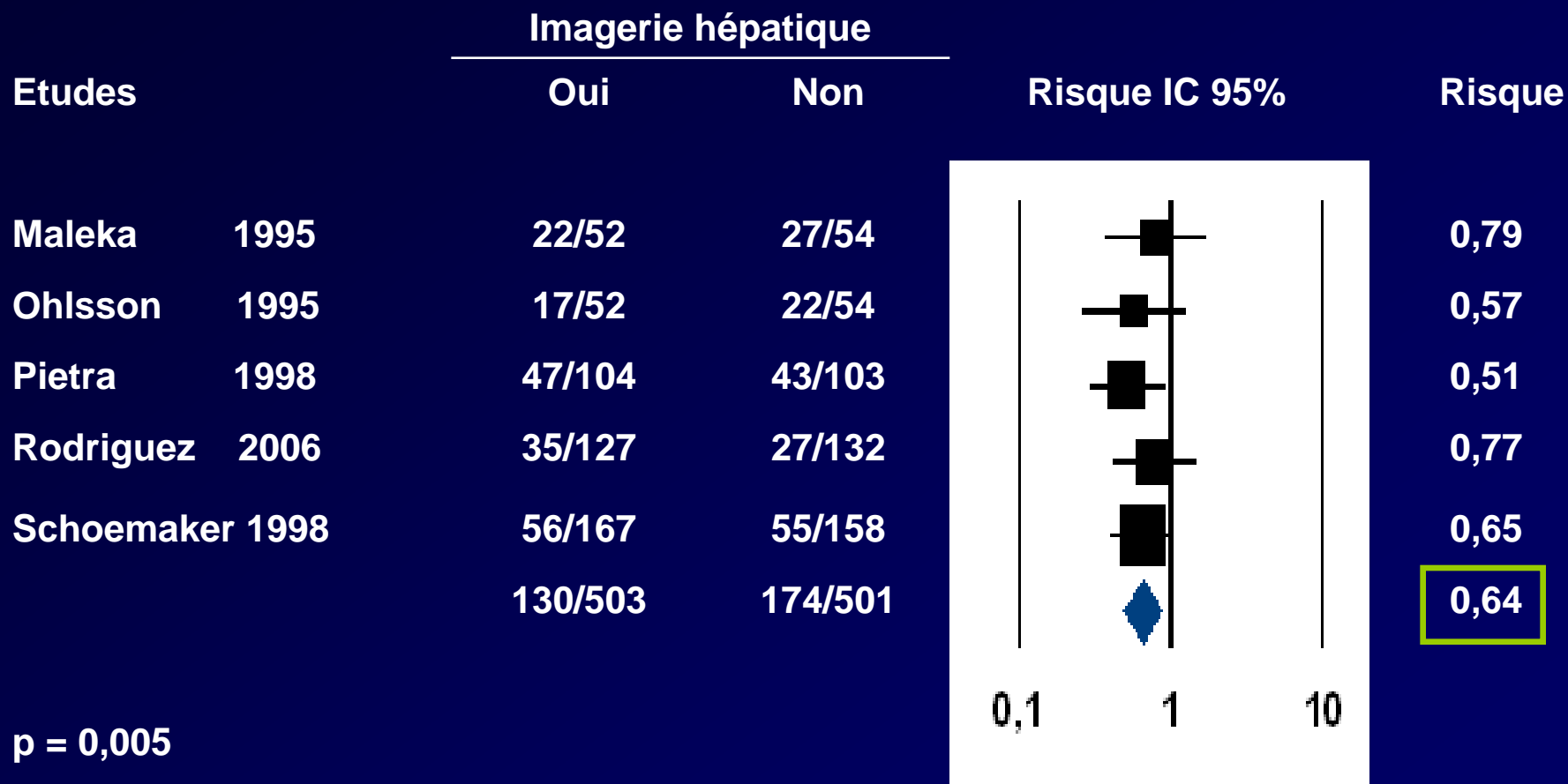
# Surveillance « renforcée » : survie globale

## Méta-analyse de 6 études

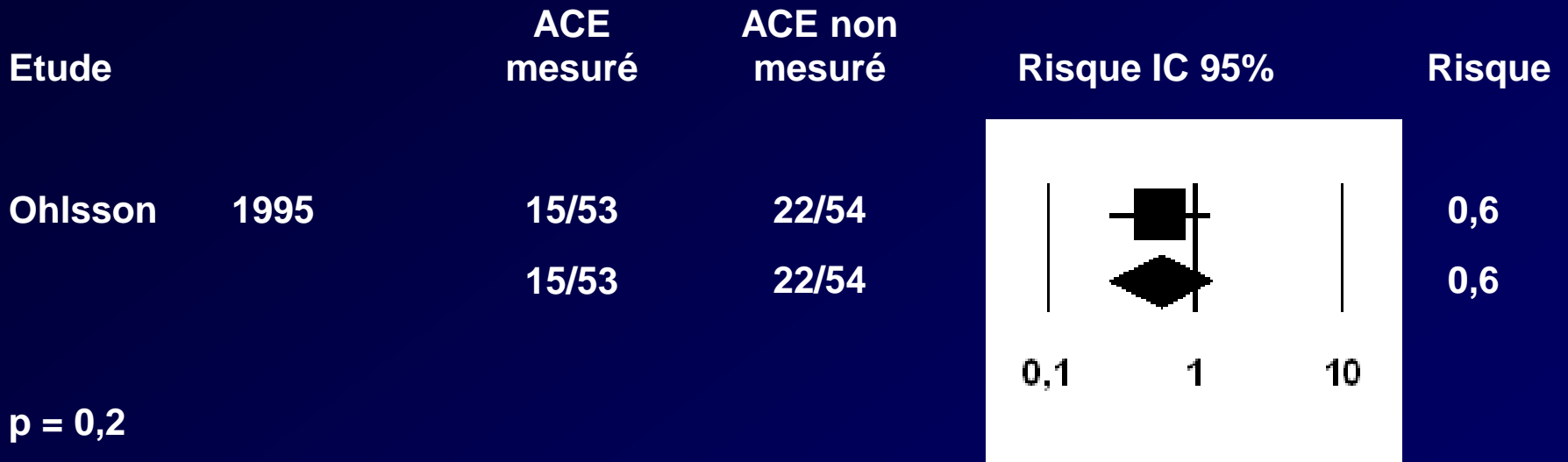
Etudes		Suivi renforcé	Suivi minimal	Risque IC 95%	Risque
Kjeldsen	1997	88/290	100/307		0,90
Maleka	1995	23/52	27/54		0,79
Ohlsson	1995	15/52	22/54		0,57
Pietra	1998	28/104	43/103		0,51
Rodriguez	2006	21/127	27/132		0,77
Schoemaker	1998	43/167	55/158		0,65
		218/793	274/808	<b>0,73</b>	

p = 0,005

# Imagerie hépatique : survie globale Méta-analyse de 5 études randomisées

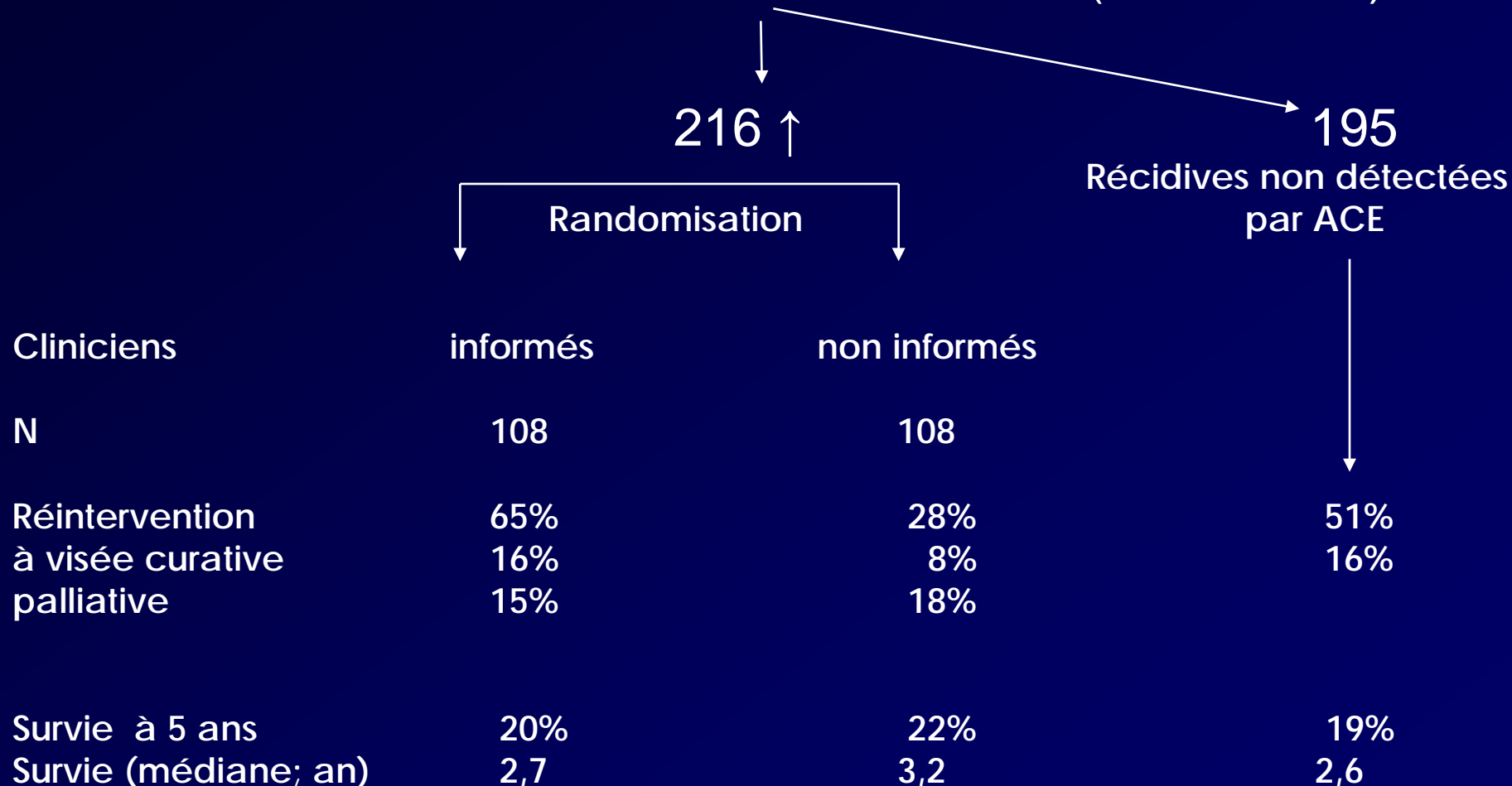


# ACE : bénéfice de survie



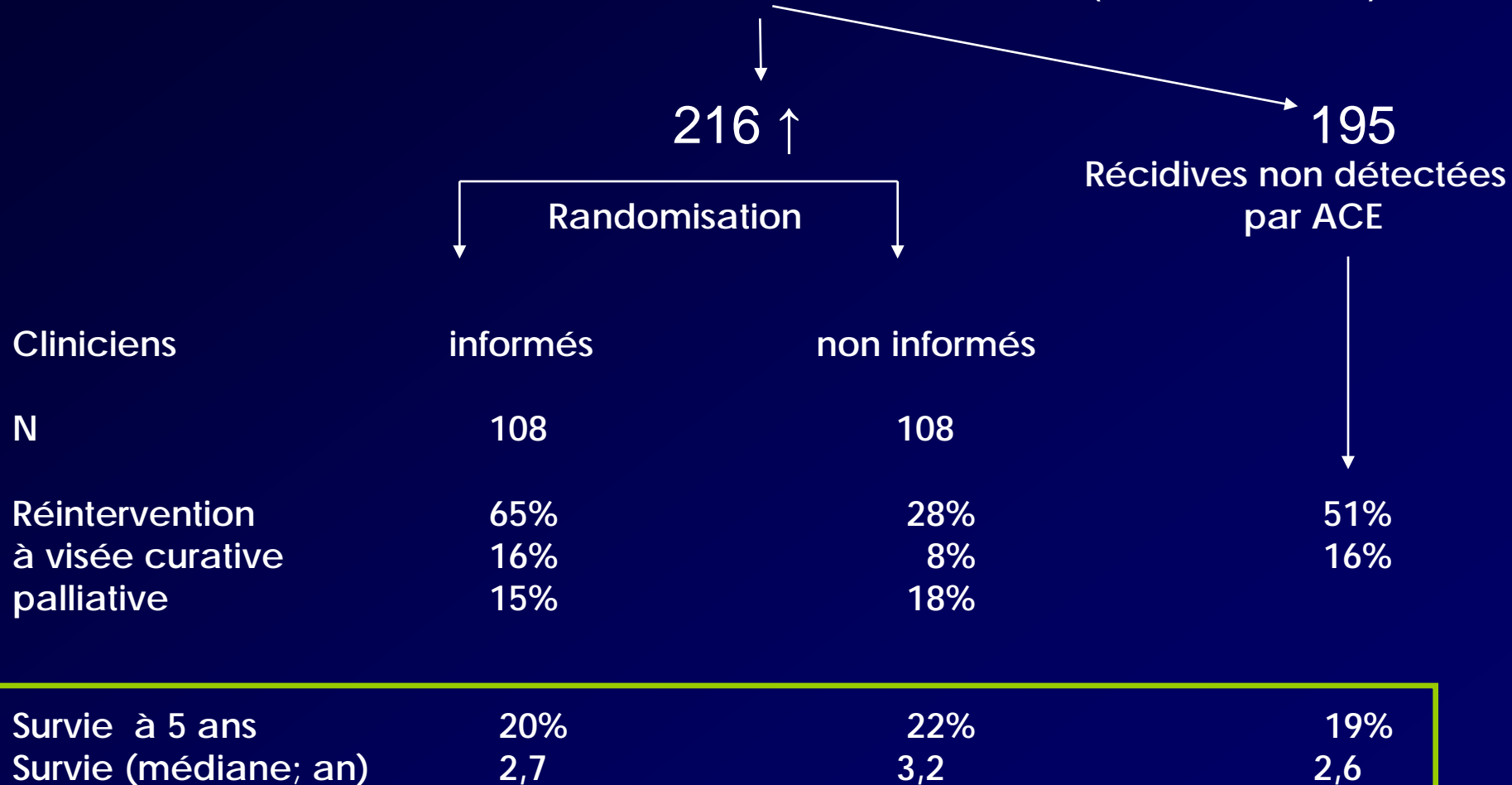
# Quel est le bénéfice de la surveillance de l'ACE ?

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



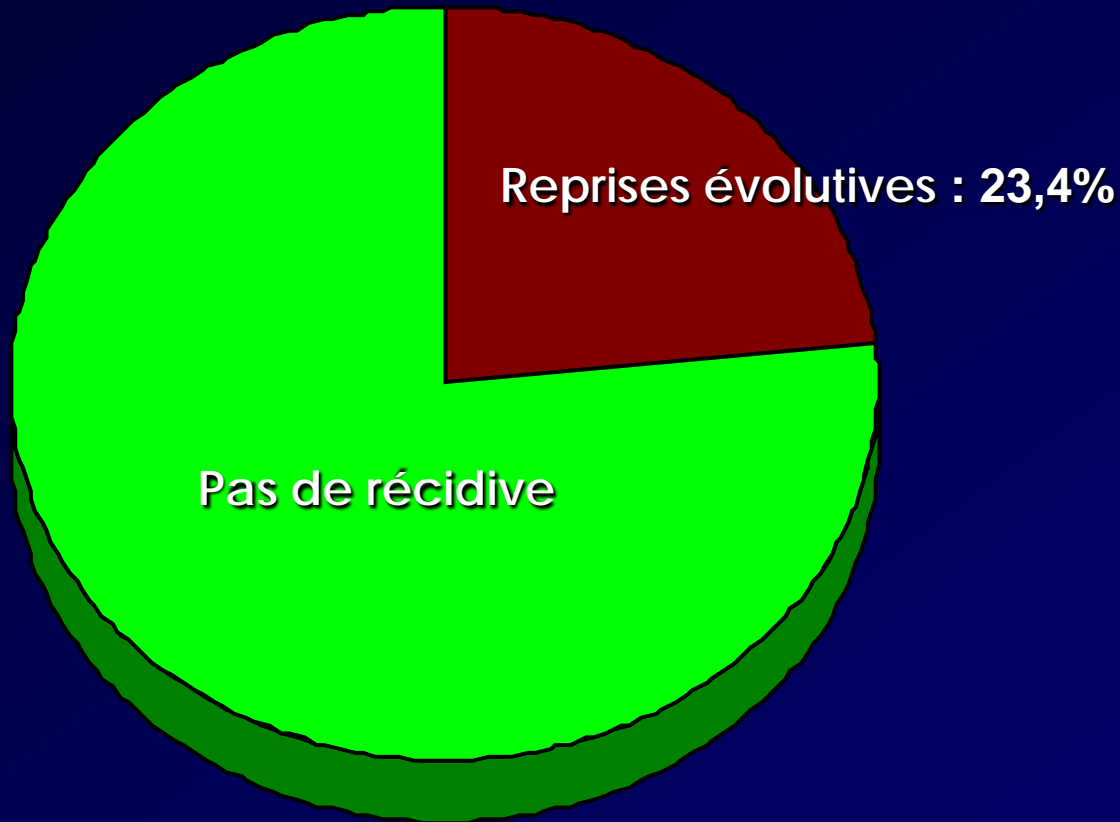
# Quel est le bénéfice de la surveillance de l'ACE ?

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



# Intérêt de l'ACE

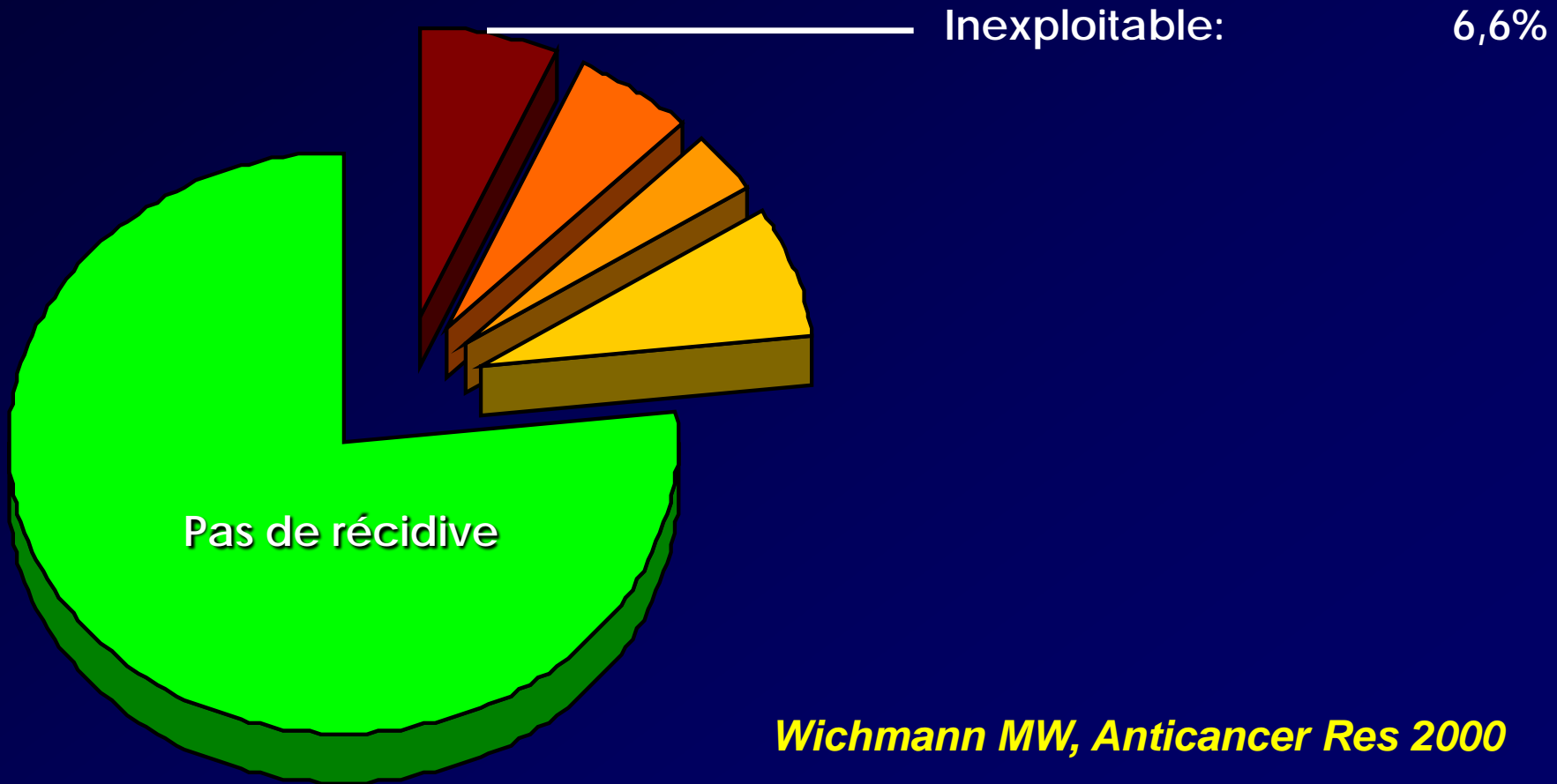
1321 patients résequés R0



*Wichmann MW, Anticancer Res 2000*

# Intérêt de l'ACE

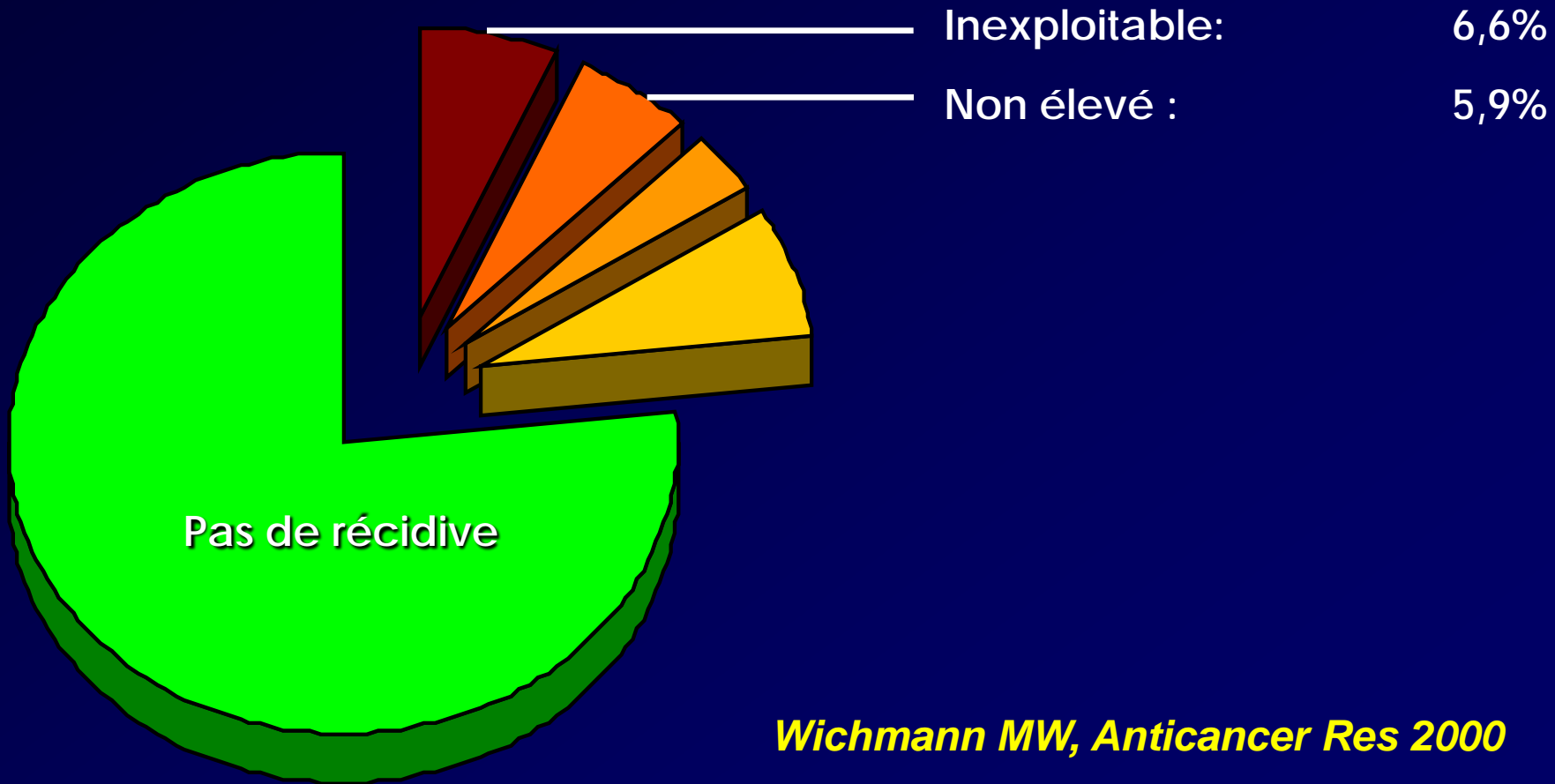
1321 patients résequés R0





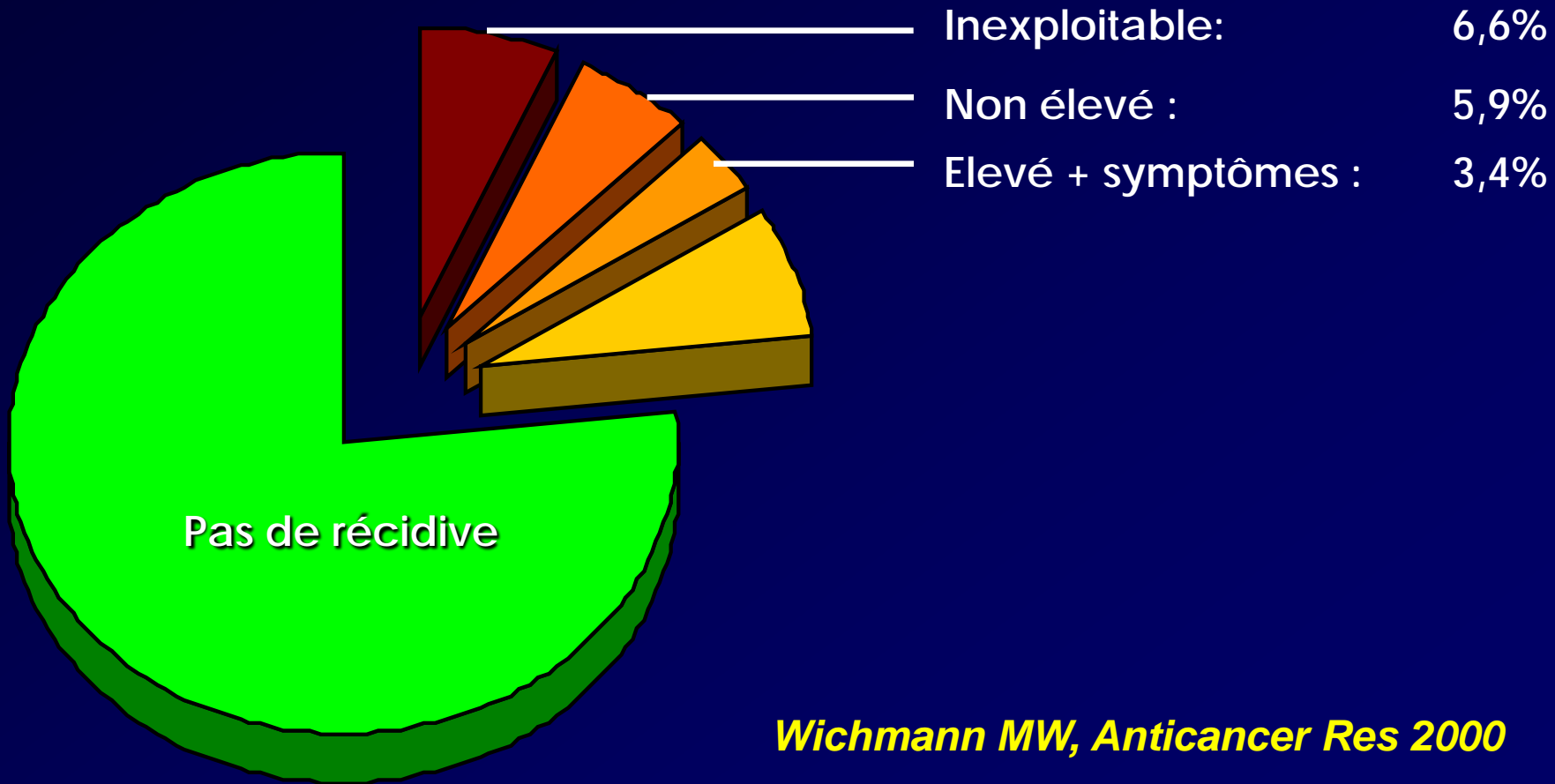
# Intérêt de l'ACE

1321 patients résequés R0



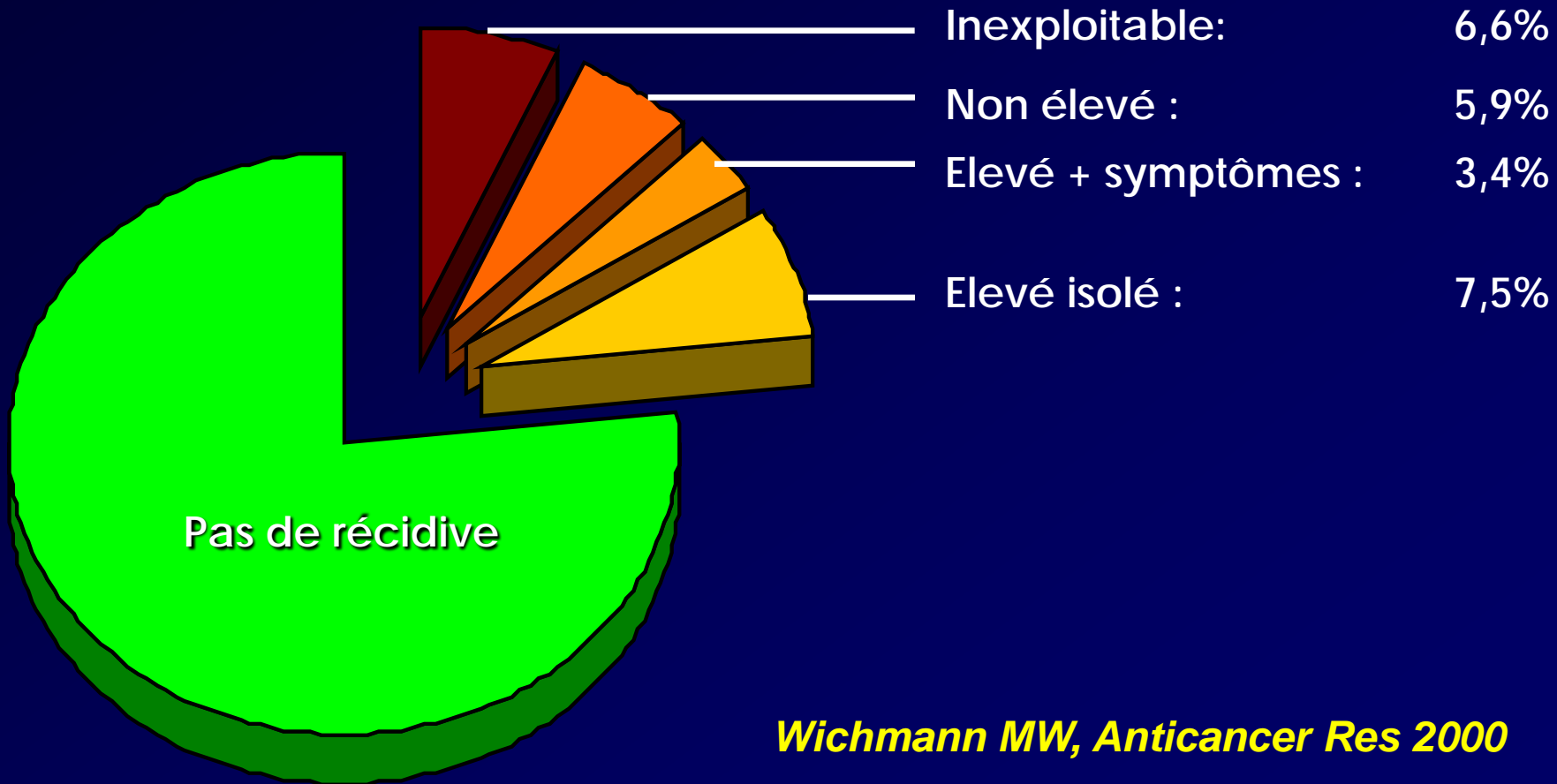
# Intérêt de l'ACE

1321 patients résequés R0



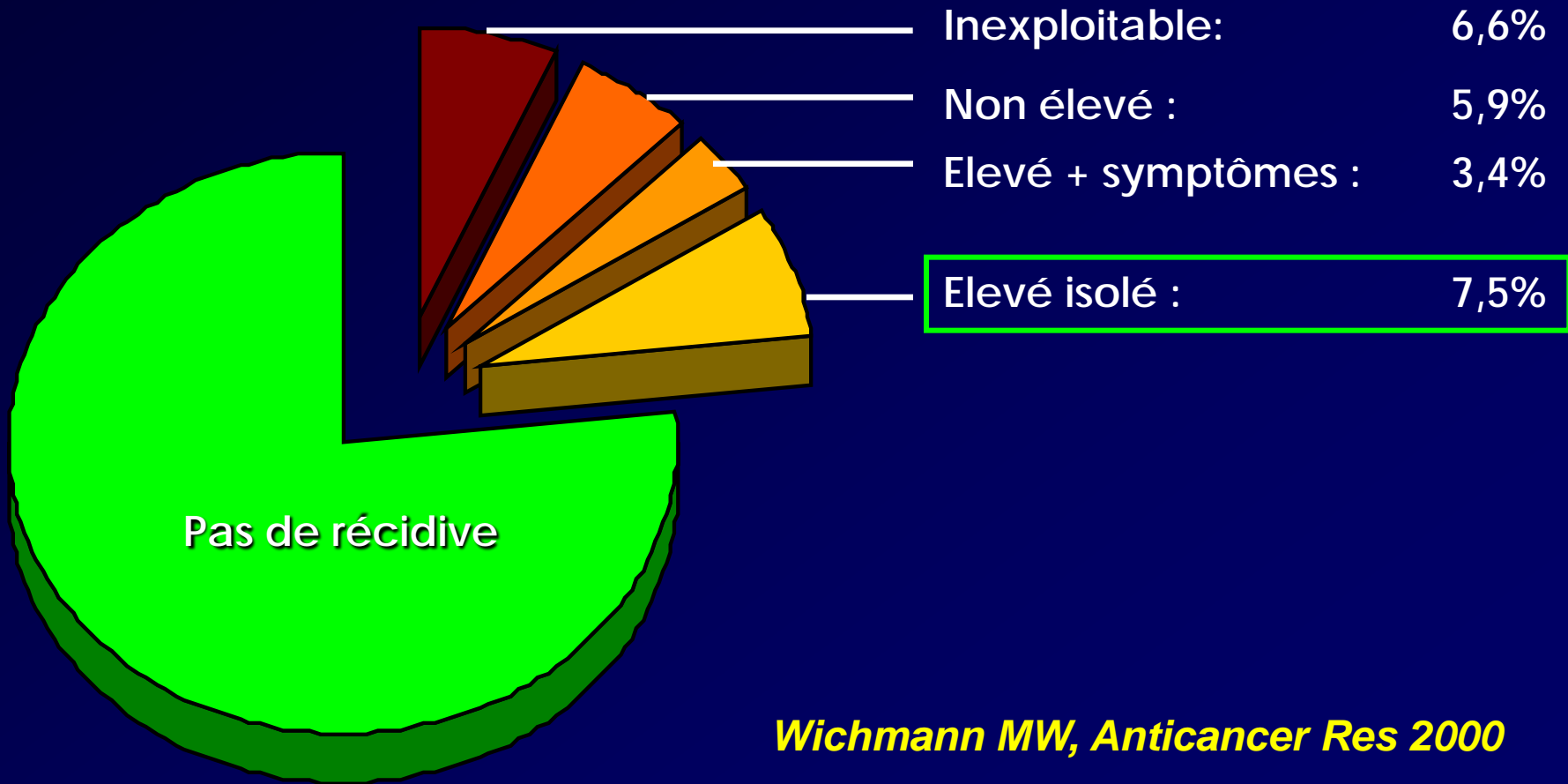
# Intérêt de l'ACE

1321 patients résequés R0



# Intérêt de l'ACE

1321 patients résequés R0



# TEP-SCAN

- Efficacité de détection des récidives :
  - Se = 97%
  - Sp = 78%

*Huebner J Nucl Med. 2000*

# TEP-SCAN

- Efficacité de détection des récidives :

- Se = 97%

- Sp = 78%

*Huebner J Nucl Med. 2000*

- Limites :

- Taille < 1cm

- faux positifs: lésions granulomateuses/ infectieuses, fixations physiologiques

- faux négatifs: hyperglycémie

# TEP-SCAN

Pas d'indication d'utilisation en routine

Utilisation limitée à l'heure actuelle:

1. Evaluation de l'opérabilité de récurrence(s) authentifiée(s) ou fortement suspectée(s)

*Herbertson Ann Oncol. 2007*

2. Essais de surveillance

# Recommandations : TNCD 2007

- Examen clinique:
  - 3 mois les 2 premières années
  - puis /6 mois pendant 3 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<sup>e</sup> intention
  - ACE optionnel, autres dosages biologiques n'ont pas d'intérêt
  - TEP Scanner si doute



# Recommandations : American Society of Clinical Oncology 2005

- 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 3 ans puis tous les 5 ans

# Recommandations : American Society of Clinical Oncology 2005

- 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 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	-	-	+

*Boulin et al, Dis Colon Rectum, 2005*

# 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	-	-	+

*Boulin et al, Dis Colon Rectum, 2005*

# 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	-	-	+

*Boulin et al, Dis Colon Rectum, 2005*

# 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	-	-	+

*Boulin et al, Dis Colon Rectum, 2005*

# Étude prospective de phase III, multicentrique

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

**BUT** : 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**



TDM TAP tous les 6 mois pendant 3 ans  
puis annuel pendant 2 ans

Echo. abdo tous les 6 mois/3 ans  
puis annuelle / 2 ans  
cliché pulmonaire annuel pdt 5 ans

**NOMBRE DE PATIENTS NÉCESSAIRE : 1650**

# CONCLUSION

- Les recommandations du TNCD doivent nous servir de cadre:

*<http://www.snfge.asso.fr/>*

- La surveillance des CCR opérés à visée curative est probablement utile
- On ne connaît pas la méthode la plus efficace
- Un grand essai randomisé reste nécessaire





# Les Points forts

1. Examen clinique :
  - 3 mois les 2 premières années
  - puis : 6 mois pendant 3 ans
2. Echo : 3 à 6 mois les 3 premières années
3. RP annuelle pendant 5 ans
4. Coloscopie à 3 ans puis tous les 5 ans si normale
  - ✓ Scanner = examen de 2e intention
  - ✓ ACE optionnel, autres dosages biologiques n'ont pas d'intérêt
  - ✓ TEP 18 FDG si doute