

Diagnostic

Résultat anatomopathologique d'une biopsie obtenue par endoscopie (standard)

Si coloscopie irréalisable ou tumeur infranchissable :

- scanner abdomino-pelvien (option)
- lavement radio-opaque (option)

Bilan préthérapeutique

Clinique

Standards :

- interrogatoire dont recherche des antécédents personnels et familiaux (1^{er} degré et < 60 ans) avec évaluation du risque (moyen, élevé, très élevé)
- examen clinique

Paraclinique

Standards :

- échographie abdominale ★
- radiographie pulmonaire ★
- coloscopie complète à la recherche de polypes ou d'un 2^{ème} cancer

Options :

- bilan biologique préopératoire et bilan hépatique (phosphatases alcalines, γ -GTP)
- scanner abdominal
- dosage de l'ACE (antigène carcino-embryonnaire)

Cas particulier : confirmation de métastases synchrones

Si métastases ou doute à l'échographie hépatique ou à la radiographie pulmonaire (consensus régional) :

- scanner thoracique
- scanner abdominal ou IRM hépatique

Traitement chirurgical

Préparation pré-chirurgicale

Préparation colique :

- régime sans résidu (standard)
- lavage mécanique (standard)
- injection intraveineuse d'antibiotique à large spectre avant incision (standard)
- marquage des emplacements idéaux d'une éventuelle stomie (standard)
- marquage des petites tumeurs par clipage endoscopique (consensus régional)

Chirurgie de la tumeur

Résection colique au minimum 5 cm de part et d'autre de la tumeur (standard)

Curage lymphatique jusqu'à l'origine de la première artère nourricière (standard)

Résection en bloc des organes de voisinage s'ils sont envahis ou adhérents à la tumeur primitive (standard)

Examen, biopsie \pm exérèse de toute lésion suspectée de métastase au niveau du foie, du péritoine, des ovaires et des ganglions rétropéritonéaux (standard)

Si résidu tumoral : mise en place de clips en vue d'une radiothérapie post-opératoire (consensus régional)

Utilisation d'un compte rendu chirurgical standardisé (consensus régional)

Cas particuliers

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire pour élaborer la stratégie chirurgicale en fonction des bénéfices, risques et effets secondaires pour le patient (consensus régional)

Si cancers coliques multiples (2 ou +) ou HNPCC : colectomie totale avec anastomose iléo-rectale

Si cancer colique sur recto-colite hémorragique : coloproctectomie totale (consensus régional)

Cas particuliers (suite)

Si polype adénomateux avec adénocarcinome intra-muqueux (Tis) : polypectomie endoscopique (standard)

Si polype adénomateux dégénéré en adénocarcinome invasif (T1) :

- si polype sessile ou plan : colectomie segmentaire (standard)
 - si polype pédiculé et critères suivants réunis :
 - exérèse et examen anatomopathologique complets,
 - carcinome de bas grade avec contingent mucineux < 50%,
 - absence d'embols lympho-vasculaires,
 - marges de sécurité > 1 mm,polypectomie endoscopique (standard)
- Si un seul de ces critères manque : colectomie segmentaire (standard)

Si métastases hépatiques ou pulmonaires synchrones, chirurgie simultanée ou différée (standard)

Colectomie par laparoscopie uniquement dans le cadre d'une évaluation régionale ou d'un essai national ou international (consensus régional)

Anatomopathologie

Classification

Utilisation de la classification TNM de l'American Joint Committee on Cancer (standard)

Examen d'au moins 12 ganglions (si le nombre examiné est < 12 : 2^{ème} examen macroscopique anatomopathologique)

Compte rendu anatomopathologique

Informations indispensables pour évaluer le pronostic et décider du traitement complémentaire :

- stade TNM
- type histologique et grade
- qualité de l'exérèse (marges mésentérique et longitudinale)
- nombre de ganglions prélevés et envahis
- facteurs pronostiques secondaires (envahissement vasculaire et nerveux)

Utilisation d'un compte rendu anatomopathologique standardisé (consensus régional) ★

Traitement complémentaire

Cancer non métastatique

Résultats de l'examen histologique indispensables à la discussion du traitement complémentaire

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire après chirurgie pour élaborer la stratégie thérapeutique en fonction des bénéfices, risques et effets secondaires pour le patient (consensus régional)

Stade I : T1-2 N0 M0

Pas de traitement complémentaire (standard)

Stade II : T3-4 N0 M0

Stade II sans facteur pronostique péjoratif : pas de traitement complémentaire (standard) ★

Stade II avec facteurs pronostiques péjoratifs (occlusion, perforation, embols lympho-vasculaires, engainement péri-nerveux ou colloïde muqueux) :

- pas de traitement complémentaire (standard)
- chimiothérapie post-opératoire : 5FU-AF pendant 6 mois (option) ★ (protocole recommandé : LV5-FU2 (consensus régional))

Stade III : Tx N1-2 M0

Chimiothérapie post-opératoire (standard) : 5FU-AF pendant 6 mois (standard) ; à débiter de préférence avant le 35^{ème} jour post-opératoire (protocole recommandé : LV5-FU2 (consensus régional))

Cas particuliers

Stade T4 par envahissement des organes de voisinage : radiothérapie ± chimiothérapie complémentaire (consensus régional)

Stade T2-4 N0 (< 12 ganglions analysés) : chimiothérapie complémentaire (consensus régional)

Cancer métastatique d'emblée (métastases synchrones)

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire pour élaborer la stratégie thérapeutique en fonction des bénéfices, risques et effets secondaires pour le patient (consensus régional)

Métastases résécables

Exérèse de la tumeur colique (standard)

Exérèse des métastases simultanée ou différée (standard)

Chimiothérapie post-opératoire (option) ★

Métastases non résécables

Si tumeur primitive symptomatique : chirurgie ou prothèse endoscopique puis chimiothérapie (standard) si bon état général

Si tumeur primitive asymptomatique : 3 possibilités :

- chimiothérapie (standard) si bon état général en laissant la tumeur colique en place
- chirurgie première puis chimiothérapie (standard) si bon état général
- si mauvais état général : traitement symptomatique

Surveillance après chirurgie avec intention curative

Standards :

- examen clinique tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans
- coloscopie complète dès que possible si coloscopie préopératoire incomplète ou non réalisée, puis à 3 ans, puis tous les 5 ans si normale
- échographie abdominale tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans
- radiographie pulmonaire annuelle pendant 5 ans

Options :

- dosage de l'ACE (antigène carcino-embryonnaire)
- scanner abdominal (consensus régional)

Consultation d'oncogénétique chez les sujets à risques très élevés ou jeunes sans antécédents (standard)

Ce référentiel a été réalisé dans le cadre d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique par un groupe de travail régional pluridisciplinaire.

Le référentiel complet est disponible sur le site internet du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine :

www.canceraquitaine.org

Contacts :

Isabelle CIRILO-CASSAIGNE : Chargée d'études

✉ icirilo@canceraquitaine.org

Suzy VEIGA : Assistante du RCA

✉ sveiga@canceraquitaine.org



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Recommandations régionales

Prise en charge initiale des cancers du côlon

- mai 2003 -

★ : recommandations résultant de méta-analyses d'essais comparatifs randomisés, ou résultant d'essais comparatifs randomisés de forte puissance