

2^{èm}

Journée Universitaire de Médecine

Générale

d'Auvergne

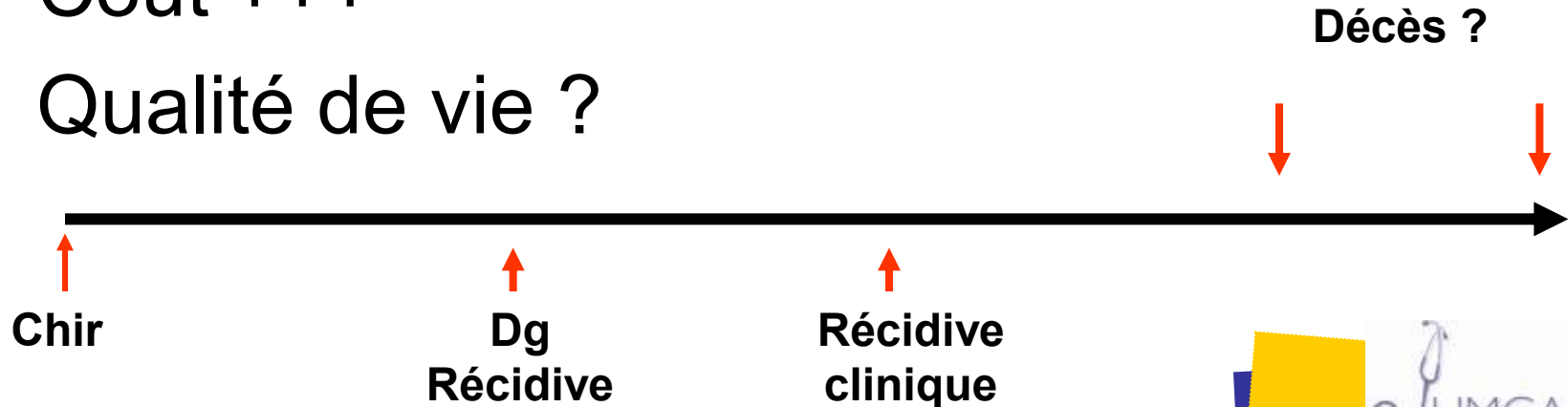
- Jean Marc Roye, Denis Pezet « **Mieux surveiller le cancer rectocolique en Médecine Générale** »

Cancer Colorectal : rappels

- Réel problème de santé publique
- 1° cancer des 2 sexes confondus
- 40 000 nouveaux cas et 16 000 décès / an
- Prévalence = 200 000 cas
- 50% des malades traités « curativement » présentent une récurrence locale et/ou métastatique.

Les arguments « anti-surveillance »

- Quel impact sur la survie ?
- Le diagnostic précoce n'allonge t'il pas de façon artificielle la durée de vie après récurrence ?
- Coût +++
- Qualité de vie ?



Les arguments « pro-surveillance »

- Aucune prévention primaire validée
- Améliorations possibles = dépistage, traitement et **surveillance**
- Le traitement des récurrences est efficace et la précocité du diagnostic de récurrence améliore le pronostic.
- Risque de récurrence majeur dans les 3 premières années significatif jusqu'à 10 ans

Qui surveiller ?

- Tout malade pouvant:
 - Etre opéré d'une récurrence → comorbidités, EG ..
 - Recevoir une chimiothérapie systémique
- Contexte génétique → surveillance particulière, littérature évolutive → recommandations précises par spécialiste
- Surveillance après résection de métastases → problème particulier, surveillance très rapprochée

Quid EBM ?

- Aucune étude fiable, récente avec des explorations modernes: Consensus = 1998 !!

Makela JT et al. Five-year follow-up after radical surgery for colorectal cancer. Results of a prospective randomized trial. Arch Surg 1995;130:1062-7.

Ohlsson B et al. Follow-up after curative surgery for colorectal carcinoma. Randomized comparison with no follow-up. Dis Colon Rectum 1995;38:619-26.

Pietra N et al. Role of follow-up in management of local recurrences of colorectal cancer: a prospective, randomized study. Dis Colon Rectum 1998;41:1127-33.

Schoemaker D et al. Yearly colonoscopy, liver CT, and chest radiography do not influence 5-year survival of colorectal cancer patients. Gastroenterology 1998;114:7-14.

Coordination de la surveillance par MG: Pourquoi ?

- Stabilité de l'interlocuteur vs équipe hospitalière ou spécialistes multiples
- Fiabilité de l'interrogatoire sur l'évolution des symptômes
- Mise en confiance du patient
- Prise en charge globale → adaptation de la surveillance aux comorbidités inconnues des spécialistes.
- Bonne occasion de faire la prévention des autres pathologies + enrichir le dossier des données familiales éventuellement évocatrices de syndrome génétique

Lésions coliques métachrones

- Incidence annuelle = 3 à 5%
- Risque nouveau Kc: 2% 2ans, 7% 20 ans
- Coloscopie dans les 6 mois si incomplète en pré-op puis 3 ans puis tous les 5 ans SAUF si
 - Résection de plus de 3 adénomes ou 1 > 1 cm ou adénovilleux ou Kc In situ → 1 an
 - Préparation imparfaite et/ou totalité du colon non exploré → 1 an

Métastases et récurrence locale

- Cs MG tous les 3 mois/3 ans puis tous les 6 mois /2 ans puis 1/an
- Constantes classiques dont **le poids**
- Evaluation des signes fonctionnels digestifs par rapport à la période postopératoire consolidée
- Examen clinique classique
- TR **uniquement** si signes cliniques évocateurs

Explorations radiologiques

- Soit « classique »
 - Echo abdo/ 3 mois 3 ans puis 1/6 mois 2 ans puis 1/an
 - Cliché thoracique/ 6 mois 3 ans puis 1/ an
- Soit (rectum +++) « intensifié »
 - Echo Abdo/ 6 mois 3 ans puis 1/an
 - TDM Thorax Abdo Pelv/ 6 mois 3 ans puis 1/ an en alternance avec l'échographie

Et les marqueurs ?

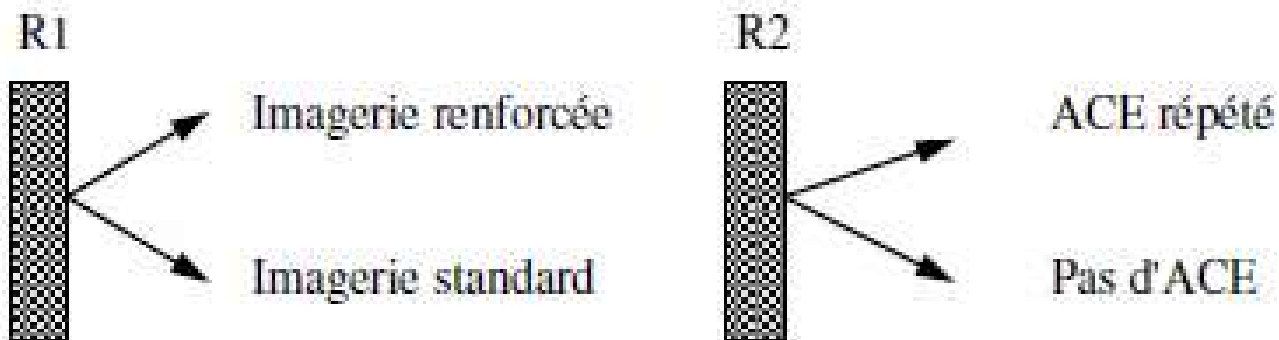
- CA 19 9 → performance médiocre → à utiliser avec précaution. Ne peut pas être recommandé pour tous les malades
- ACE
 - diagnostic de récurrence chez les malades « sécréteurs » avec 4 mois d'avance sur la radiologie
 - Recommandé dans les guidelines sauf en France où il est optionnel
 - Si dosé → tous les 3 mois 3 ans puis 1/6 mois 2 ans puis 1/ an
 - Une ascension y compris en dessous de la norme peut être significative
 - TEP Scanner si augmentation

Et le TEP Scanner ?

- 2 essais Français vont être publiés mais ils comparent TEP vs autres explo sans objectif prioritaire d'impact sur la survie.
- Pb: Fixation sur les zones de cicatrisation ou d'infection Ex Fistules borgnes des Kc du rectum
- Pourvoyeur de beaucoup de contrôle par autres explorations, biopsies ...
- Diagnostic d'autres néoplasies

Projet FFCD

SCHEMA : double randomisation selon un plan factoriel :



2000 malades pour démontrer un bénéfice de survie de 5% à 5 ans

En Auvergne les MG resteront les chefs d'orchestres de la surveillance