
Prise en charge multidisciplinaire d'un cancer du côlon métastatique

IRADJ SOBHANI
Hôpital Henri Mondor - Créteil

Le cancer du colon reste une tumeur fréquente à mauvais pronostic et son diagnostic est fait encore trop tardivement dans un tiers des cas. Le projet thérapeutique nécessite une concertation multidisciplinaire. Les tumeurs métastatiques ne relèvent en principe que d'un traitement palliatif. La découverte d'une telle pathologie chez un patient en occlusion tumorale nécessite la prise de décision multidisciplinaire en urgence. L'observation qui suit illustre un cas réel qui fait intervenir radiologue, gastroentérologue, oncologue, chirurgien et interniste. Le but est ici de revoir les attitudes consensuelles avec leur limites et analyser leur application en pratique courante. Les diapositives exposées ici feront l'objet d'un débat en présence de différents experts.

Cas clinique

Mr...Sco..., né en 1942, sans ATCD personnel ou familial

Il consulte pour distension abdominale, et présente un arrêt des matières depuis 3 jours et des gaz depuis quelques heures
Il n'est pas fébrile, la distension est de type tamponique, et le TR ne révèle ni fécalome ni tumeur, les aires GG sont libres

Cas clinique 2.1

A ce stade, le bilan biologique montre :
Créatinine, Albumine, Natrémie, Kaliémie, Urée, Calcémie,
TP, TCA, Ph. Alcalines CRP, normaux
SGOT 2N, SGPT 2,5N, gGT 5N, Hb = 12,5, VGM = 84,
Plaquettes=286000; GB=11200, 88%PNM; Glycémie 7,9
mmol/l;

Quel examen morphologique demanderez vous en urgence, pourquoi ?

ASP, Scanner abdomino pelvien, Echo Abdominale, Scanner ou IRM du corps entier, Rx P, TEP18FDG

Cas clinique 3

Mr Sco.. Sous aspiration digestive et mise au repos émet un gaz mais reste encore moyennement distendu,

Quelle décision vous parait justifiée ?

Préparation pour une coloscopie ?

Une exploration endoscopique basse sans préparation orale ?

Une biopsie d'un nodule hépatique ?

Un dosage de ACE, CA19-9 ?

Une intervention chirurgicale d'emblée ?

Cas clinique 4

Mr Sco... a un abdomen souple mais légèrement sensible le lendemain de la pose de sa prothèse colique; il aura évacué plusieurs selles depuis mais reste inquiétant car :

Apparaissent des troubles de vigilances, une tachycardie 120, TA faible 100/65, des propos incohérents, une diurèse importante

Quel évolution suspectez vous ?

Cas clinique 4.2

Que faites vous ?

Laparotomie en urgence ?

Bilan biologique simple ; NFS, Créatinine, Glycémie, Hémoculture

Scanner abdominal ?

Cas clinique 4.4

Bilan biologique simple ; NFS, Créatinine, Glycémie, Hémoculture

Hb = 13,2; GB = 14000, 85% PNN,
Créatinine 132; Urée 27; Glycémie = 32
mmol/l; Hémoculture : stérile en direct;
ACE= 323; CA19-9 = 527

Cas clinique 5

Mr Sco... va très bien après 4 jours de soins intensifs en milieu spécialisé ayant pris en charge son diabète et est à nouveau revus pour discussion diagnostique et thérapeutique ; le résultat de deux biopsies effectuées lors de l'examen endoscopique d'urgence revient :
Adénocarcinome liberkhunien

Quelle stratégie a votre préférence ?

- 1- Chirurgie d'emblée en vue de diagnostic histologique des métastases et réduction tumorale ?
- 2- Chimiothérapie d'emblée ?

Cas clinique 6

Mr Sco... a reçu donc après information une chimiothérapie de type FOLFIRI

Mr Sco.. est en bon état général en juillet 2004 : ACE est à - 50%; CA19-9 à - 70% disparition de la cytolysse initiale

Quel projet thérapeutique à retenir ?

Métastasectomie d'abord et résection tumorale colique ensuite ?

Résection de toutes les tumeurs en un temps ?

Poursuite de la chimiothérapie ?

Cas clinique 6.4

Mr Sco.. a été opéré le 21/7/2004

Résection tumorale colique gauche :

37cmX70cm substénosante sur prothèse :

T4N0 (0/25) avec emboles veineux;

EGFR+

Métastases : hépatectomie droite + cholécystectomie;

R0 et limites de résection saines

Chimiothérapie : 6 cures supplémentaires

Cas clinique 7

Mr Sco.. Est en excellent état général sous anti diabétique oral est revu en septembre 2004 ACE 1,8 et CA19-9 7,9

Scanner hépatique : pas de tumeur, RP : pas de tumeur

Il est revu en Janvier 2005, RAS

Il est revu en Mars 2005 :

Scanner : 2 nodules et

Ca19-9 : 7; ACE 2,7

Cas clinique 7.1

Quelle décision ?

Reprise de chimiothérapie ?

Reprise de résection chirurgicale ?

IRM ?

TEP18FDG ?

Cas clinique 8

Mr Sco.. Bénéficiera d'un chimiothérapie de
2d ligne : FOLFOx
Ac Folinique 760 mg
5FU 760 mg bolus
Oxaliplatine 160 mg suivi de
5FU 4560 mg/48h
De avril à juin 2005
Arrêté en juillet pour thrombopénie

Cas clinique 8

Mr Sco.. Va très bien n'a aucune plainte et
l'imagerie hépatique ne montre pas de
diminution significative des nodules
hépatiques et les marqueurs tumoraux
restent normaux
Que faites vous ?
Introduction de l'anti EGFR (Cetuximab?)
Pause thérapeutique ?
Anti VEGF ?

Cas clinique fin

Mr Sco.. Va très bien n'a aucune plainte et l'imagerie hépatique ne montre pas de diminution significative des nodules hépatiques et les marqueurs tumoraux restent normaux

Nous avons adopté une pause thérapeutique;

En cas de la reprise tumorale nous lui proposons une biothérapie (anti EGFR) en attendant une AMM pour d'autres molécules