

CANCER DU CÔLON

CANCER DU CÔLON

Cas clinique d'une femme de 30 ans

Chez une femme âgée de 30 ans ...

...sans antécédent personnel médical ou chirurgical, une constipation associée à des douleurs de la fosse iliaque droite a conduit à une coloscopie qui a révélé l'existence d'une volumineuse tumeur du caecum.

- ◆ Les biopsies montrent qu'il s'agit d'un adénocarcinome Liberkhünien peu différencié.
- ◆ L'examen clinique est normal.
- ◆ Le bilan d'extension a comporté une échographie hépatique, une radiographie de thorax, et lors de la laparotomie une exploration de l'abdomen avec échographie hépatique per-opératoire.

Parmi les propositions suivantes,
laquelle vous paraît fausse :

- 1** Les examens proposés suffisent dans la quasi totalité des cas à établir le bilan d'extension
- 2** Le scanner thoracique n'est pas indiqué si la radiographie est normale
- 3** Ce bilan permet de retrouver des métastases hépatiques dans 15 à 20% des cas
- 4** Le dosage d'ACE pré-opératoire est utile

Examen anatomopathologique :

Adénocarcinome peu différencié dépassant
la musculature avec une séreuse intacte
et 0 ganglion envahis sur 8 examinés,
les marges sont saines.

Quel est le stade anatomo-clinique de la tumeur ?

- 1** A de Dukes (1932)
- 2** B₁ d'Astler et Collier
- 3** p T₃N₀M₀R₀ (TNM / UICC 97 stade II)
- 4** C de Dukes

Cette tumeur correspond à un adénocarcinome stade II
 T_3N_0 , selon la classification de l'UICC (Dukes B).
L'exérèse est complète.

Quelle attitude vous paraît justifiée parmi
les propositions suivantes :

- 1 5FU + Ac folinique
- 2 5FU + Ac folinique + Oxaliplatine (FOLFOX4)
- 3 Capecitabine orale
- 4 Surveillance seule
- 5 FOLFOX + Bevacizumab

Quelle surveillance proposez-vous ?

- 1** Clinique
- 2** Clinique + échographie hépatique
- 3** Clinique + échographie hépatique + ACE + RP
- 4** Clinique + échographie hépatique + RP
- 5** ACE tous les 2 mois

Eléments du compte rendu opératoire* :

1. Résumé des antécédents du patient, de l'histoire de la maladie, des examens complémentaires.
2. Type de l'incision opératoire.
3. Découvertes opératoires :
 - ◆ Tumeur primitive :
 - topographie
 - taille
 - fixité
 - Envahissement de organes adjacents
 - ◆ Métastases à distance :
 - Foie
 - péritoine
 - adénopathies
 - ovaires
 - ◆ Tumeur synchrone
 - ◆ Résultats d'examens paracliniques per-op. :
 - échographie
 - coloscopie
 - examens histologiques
 - cytologie péritonéale
4. Techniques opératoires
 - ◆ Ligature vasculaire
 - ◆ Type de curage ganglionnaire
 - ◆ Exérèse d'éventuels organes adhérents en monobloc (ou non)
 - ◆ Existence d'une effraction tumorale
 - ◆ Exérèse complète, incomplète
 - ◆ Tissu tumoral résiduel-pose de clip
 - ◆ En l'absence de rétablissement de la continuité, préciser les raisons de la stomie
 - ◆ Thérapeutique adjuvante :
 - lavage péritonéal
 - cathéter portal
 - cathéter péritonéal
 - ◆ Emplacement des drains abdominaux
 - ◆ Description de la pièce opératoire

* conférence de consensus - Janvier 1998

CANCER DU CÔLON

Examen anatomopathologique d'un cancer du côlon

Type d'intervention

◆ Examen macroscopique

(La pathologiste précise si les dimensions sont données sur pièce fraîche ou fixée)

- ▶ Localisation tumorale
- ▶ Longueur de la pièce de résection
- ▶ Taille de la tumeur (longueur, largeur, épaisseur)
- ▶ % d'envahissement de la circonférence
- ▶ Mesures des marges longitudinales, proximales, distales ou distance de la tumeur à la limite d'exérèse la plus proche pour le côlon droit, distance de la tumeur à la valvule de Bauhin
- ▶ Aspect macroscopique de la tumeur
- ▶ Identification du nombre des ganglions lymphatiques prélevés selon leur siège
- ▶ Autres constatations : perforation, polypose, diverticule...

◆ organes adjacents

Examen histologique

- ◆ Type histologique de la tumeur (selon la classification OMS)
- ◆ Envahissement pariétal, intra-muqueuse (pTis), sous-muqueux (pT1), musculuse (pT2), sous-séreuse ou organes de voisinage (pT4)
- ◆ Examen des limites d'exérèse chirurgicale proximale, distale, marge circonférentielle (distance de la tumeur à la séreuse)
- ◆ Extension ganglionnaire :
 - ▶ nombre de ganglions lymphatiques prélevés
 - ▶ nombre de ganglions lymphatiques métastatiques : absence de métastase (pN0), 1 à 3 ganglions métastatiques (pN1), 4 ganglions ou plus métastatiques (pN2)
 - ▶ siège et nature des embols vasculaires éventuels.

Synthèse Bibliographique

Groupe	Schéma	Nombre de patients	Survie sans récidive à 3 ans	Survie globale à 3 ans
Impact* (FFCD, GIVIO, NCIC) (13)	- FOL : 200mg/m ² /j - FU : 370 à 400mg/m ² /j - Perf de 15 à 30 min) J1 à J5 avec J1 : J28 6 cycles	1526	71 vs 62 (p<0,0001)	83 vs 78 (p=0,027)
Francini et coll*	Même schéma que Impact (12 cycles)	239	74 vs 59 (p=0,0005) à 5 ans	79 vs 65 (p=0,0004) à 5 ans
Mayo Clinic*	- FOL : 20mg/m ² /j - FU : 425mg/m ² /j J1 à J5 avec J1 : J28 6 mois	317	77 vs 64 (p=0,0001)	75 vs 71 (p=0,04)
NSABP CO3** (38)	- FOL : 500mg/m ² /semaine (2h) - FU : 500mg/m ² /semaine 6 semaines sur 8 pendant 1 an	1081	73 vs 64 (p=0,0004)	84 vs 77 (p=0,003)

*Essais randomisés ayant testé l'association 5FU-AF
en situation adjuvante dans les cancers du colon (stade B et C de Dukes)
avec comme bras de contrôle soit l'absence de traitement adjuvant* soit du MOF***

Chimiothérapie Adjuvante des Cancers Coliques :

Formes
avec envahissement ganglionnaires :

stade III
Chimiothérapie adjuvante
5FU acide folinique mensuel / 6 mois

Formes T3/T4
sans atteinte ganglionnaire :

stade II
Pas de preuve de bénéfice
S'assurer du B2 (> 8gg examinés)
Tenir compte des facteurs suivants :

- ▶ Occlusion
- ▶ Perforation
- ▶ Abcédation
- ▶ âge < 65 ans