

Evaluation du suivi du cancer colorectal

L'histoire naturelle des cancers colorectaux (registre bourguignon)¹, montre des taux de récurrence locorégionale ou métastatique de 33% à 5 ans pour le colon, les 2/3 survenant dans les deux premières années. La fréquence des récurrences à 5 ans varie selon l'extension initiale: 12, 29, 55% selon le stade Dukes A, B ou C. Ces chiffres sont plus sévères pour le rectum. Les métastases représentent les 2/3 des reprises évolutives; elles sont hépatiques 1 fois sur 2 et associées à 2 récurrences locorégionales sur 3.

L'augmentation de la survie après récurrence est liée à la possibilité d'un geste curatif; en Côte d'Or, seulement 6% des reprises évolutives ont pu être réséquées entre 1976 et 1984.

Il faut alors se poser deux questions. Un diagnostic plus précoce peut-il améliorer ces chiffres et la durée et la qualité de vie? Ce bénéfice n'est-il pas parfois inférieur aux effets négatifs du dépistage des récurrences: allongement de la durée de maladie connue sans allongement réel du temps de vie, morbidité et mortalité des ré-interventions, faux positifs avec leurs conséquences² ?

Deux synthèses^{1,2} apportent des données sur ces aspects et sur la stratégie de surveillance.

* Parmi les moyens de surveillance:

- **la clinique** diagnostique 20 à 50% des récurrences. Elle comporte interrogatoire, palpation abdominale, TR, et implique le généraliste et une information du patient.

- **la biologie hépatique**: trop peu spécifique, n'a pas de place ici¹.

- **l'ACE** s'élève au-dessus de 5 ng/ml dans 58 à 90% des récurrences, même en cas de tumeur initiale non sécrétante. L'élévation précède la clinique dans 60% des cas, l'avance au diagnostic étant de 4 à 8 mois. Le bénéfice de cette surveillance n'est pas établi: deux études, l'une rétrospective sur 1017 patients, l'autre randomisée sur 1449 patients, ne montrent pas de différence significative chez les patients ayant subi une ré-intervention selon que l'ACE avait ou non joué un rôle dans la décision. Le dosage de l'ACE dans la surveillance du cancer colorectal n'est étayé par aucun argument scientifique, et n'est actuellement pas recommandé en dehors d'essais contrôlés¹.

- **la surveillance endoscopique** a pour but de détecter les lésions bénignes et malignes développées après le cancer initial. **Les récurrences locales** surviennent dans 5 à 14% des cas. 80 à 90% surviennent dans les deux ans. 10 à 25% naissent sur l'anastomose, la majorité de façon extra-luminale. Plusieurs études ont montré que malgré un suivi endoscopique intensif seule une minorité voire aucune n'a été décelée. Dans l'état actuel des connaissances ce suivi pour déceler une récurrence locale n'est

pas utile¹. **Adénomes et cancers métachrones** ont une incidence augmentée chez les patients déjà opérés d'un cancer colorectal: 3 à 5% par an pour les adénomes, 1/4 ou la moitié avec un potentiel évolutif. Dans deux études, le taux cumulé de cancers était voisin de 1% à 10 ans, 3% à 20 ans. Selon les données acquises, le rythme triennal de surveillance endoscopique est suffisant, rien ne prouvant que la séquence adénome-cancer soit accélérée après un cancer¹. Par contre il semble que le risque de cancer soit plus important chez la patients dont le cancer initial s'accompagnait d'adénomes synchrones.

- **l'échographie** est le seul examen d'imagerie abdominale proposé dans la surveillance systématique. Sa sensibilité varie de 53 à 82%. Le scanner et l'IRM doivent être réservés à des indications de diagnostic complémentaire, où la place de l'immunoscintigraphie reste mal définie.

* **Le coût économique** du suivi est variable: sur 11 stratégies de surveillance proposées, il varie de 900 à \$27000 par patient, sans preuve d'efficacité différente².

* **L'utilité du suivi** reste incertaine. La plupart des patients perçoivent les premiers symptômes de récurrence entre les visites planifiées, ce qui peut retarder le bilan; la plupart des récurrences locales ne sont pas accessibles à l'endoscopie². Quatre essais randomisés ont comparé un suivi régulier avec l'absence de suivi, ou un suivi intensifié à un suivi conventionnel. Aucun ne montre de différence significative de résultat concernant la survie à 5 ans^{1,2}.

Ces données, "evidence-based", nous laissent dans l'incertitude: les anglais² évoquent une approche "minimaliste" du suivi; les dijonnais¹ proposent de suivre malgré tout les conclusions de la conférence de consensus. Celle-ci conseille, malgré l'absence de preuves, une surveillance chez les sujets capables de supporter une ré-intervention: examen clinique tous les 3 mois pendant 2 ans, tous les 6 mois pendant 3 ans; échographie abdominale tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans; radiographie pulmonaire annuelle pendant 5 ans; coloscopie à 3 ans puis tous les 5 ans, et plus précocement en cas d'adénomes multiples.

En pratique, entre ces deux approches minimaliste ou maximaliste, il nous semble que le clinicien garde une large marge de manoeuvre et d'appréciation, en fonction du patient et de ses attentes, mais surtout en fonction du bénéfice que celui-ci peut en retirer.

1 - Bedenne L, Jouve JL. Surveillance des cancers colorectaux après exérèse. Presse Med. 1999;28 (12):651-6

2 - Northover J. Realism or nihilism in bowel cancer follow-up ? Brit Med J. 1998;351:1074-6

Mots-clé: cancer colorectal, suivi, dépistage, récurrence, endoscopie

Numéro 145 du 20 mai 1999

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)