Conclusion

F. Bibeau

© Springer-Verlag France 2013

En 2013, la prise en charge des cancers colorectaux non métastatiques est en attente de nouvelles données qui pourraient faire changer les pratiques, notamment dans le cadre de la médecine personnalisée.

Au plan chirurgical, le principe et les critères de qualité de l'exérèse colique carcinologique n'ont pas évolué depuis les dernières recommandations datant de 15 ans. En revanche la prise en charge chirurgicale élective du cancer du côlon s'est caractérisée par l'avènement de la voie d'abord laparoscopique, validée en tant que voie d'abord de référence. La surveillance postopératoire des cancers colorectaux opérés à visée curative reste mal codifiée. Les études les plus récentes suggèrent, malgré leurs limites, un gain de survie reposant sur une surveillance clinique associée à une imagerie hépatique et pulmonaire et éventuellement au dosage de l'ACE. Dans ce cadre un essai de stratégie de surveillance promu par la Fédération Francophone de Cancérologie digestive, PRODIGE 13 teste, d'une part, l'intérêt d'une surveillance régulière de l'ACE contre pas de surveillance de l'ACE et, d'autre part, l'intérêt de réaliser une surveillance par échographie abdominale seulement, selon le TNCD, versus l'utilisation du scanner thoraco-abdominopelvien en alternance avec l'échographie.

Concernant la prise en charge endoscopique des polypes dégénérés, les résections complètes d'adénocarcinome intramuqueux ne doivent pas s'accompagner de chirurgie complémentaire. Dans le cas d'envahissement sous-muqueux, 5 critères doivent conduire, si la situation du patient le permet, à une chirurgie complémentaire : la présence d'une invasion lymphatique ou vasculaire, le caractère indifférencié, l'envahissement sous-muqueux > 1000 µM, et l'absence d'une marge d'au moins 1 mm. Le « tumor budding » qui correspond à la présence de cellules isolées au front d'invasion constitue vraisemblablement un critère péjoratif, mais qui justifie une évaluation complémentaire pour son introduction en pratique clinique.

Au plan épidémiologique, il est important de noter que les cancers du côlon atteignent principalement les patients âgés et

que cette fréquence va se renforcer dans les prochaines années. Il est donc essentiel qu'une prise en charge adaptée soit discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire et effectuée en prenant en compte les caractéristiques liées au sujet âgé. Au plan chirurgical, celle-ci a fait des progrès, mais l'indication d'une chimiothérapie adjuvante reste controversée. La monochimiothérapie par fluoropyrimidine doit être privilégiée après résection d'un cancer de stade III. La détermination d'une instabilité microsatellitaire est particulièrement utile dans cette population, car plus élevée que chez les sujets jeunes, et contre-indiquant un traitement par fluoropyrimidine, inefficace et délétère en cas de tumeur de stade II. Enfin, en 2013, les facteurs pronostiques des cancers colorectaux non métastatiques reposent avant tout sur la dernière classification TNM (7^e édition parue en 2009). La mise en place d'un traitement adjuvant est avant tout conditionnée par l'établissement par le pathologiste d'un stade III, c'est-à-dire par l'authentification de ganglions lymphatiques locaux métastatiques ou, plus rarement de nodules tumoraux satellites récemment référencés en N1c. Il existe d'autres facteurs morphologiques pronostiques potentiels, tels que le « tumor budding », mais qui demeurent des candidats et nécessitent des études complémentaires pour une intégration à la décision clinique.

Concernant les stades II, les recommandations actuelles s'appuient sur l'existence de facteurs de mauvais pronostic (stade pT4, perforation, occlusion, tumeur peu différenciée, invasion veineuse, infiltration péri-neurales, moins de 12 ganglions examinés) pour discuter la possibilité d'une chimiothérapie adjuvante. Dans cette même catégorie, le seul facteur moléculaire reconnu pour une utilisation pratique correspond à l'instabilité microsatellitaire, facteur décisionnel, à la fois pronostique et prédictif, respectivement associé à une évolution favorable et contre-indiquant une chimiothérapie adjuvante par 5 FU. Les signatures moléculaires nécessitent des études complémentaires pour une intégration à la décision clinique. Des facteurs liés à l'hôte, telle que la réponse immune, apparaissent très prometteurs et font l'objet d'études prospectives pour leur validation. Il faut espérer, dans un avenir proche, que des approches conjuguant des paramètres liés à la tumeur et à l'hôte aboutissent à une médecine plus personnalisée pour la prise en charge des cancers colorectaux non métastatiques.

F. Bibeau (✉)

Service de pathologie, Institut du Cancer de Montpellier (ICM),
34298, Montpellier cedex 5
e-mail : frederic.bibeau@icm.unicancer.fr