MARS 2011

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Prise en charge des patients atteints de métastases hépatiques synchrones du cancer colorectal

COLLECTION
Recommandations & référentiels

RECOMMANDATIONS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CHIRURGIE DIGESTIVE (SFCD) ET DE L'ASSOCIATION DE CHIRURGIE HÉPATOBILIAIRE ET DE TRANSPLANTATION HÉPATIQUE (ACHBT)

LABEL CONJOINT HAS/INCA

DESTINÉ A L'USAGE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

SFCD
ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE HÉPATO-BILIAIRE ET DE TRANSPLANTATION HÉPATIQUE
HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
INSTITUT NATIONAL DU CANCER www.e-cancer.fr

L'Institut National du Cancer est l'agence nationale sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre le cancer en France.

Ces recommandations professionnelles ont reçu le label conjoint HAS/INCa. Ce label signifie que les recommandations ont été élaborées selon les procédures et les règles méthodologiques préconisées par l'INCa et la HAS. Toute contestation sur le fond doit être portée directement auprès des Sociétés promotrices.

Le rapport intégral de ces recommandations est téléchargeable gratuitement sur les sites internet de la SFCD (**www.chirurgie-viscerale.org**) et de l'INCa (**www.e-cancer.fr**).

Ces recommandations ont été produites en lien avec la FFCD, la SFRO et la FNCLCC.

CE DOCUMENT S'INSCRIT DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN CANCER 2009-2013

Mesure 19 :
Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints d'un cancer.

Ce document a été publié en mars 2011 avec le soutien financier de la **Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer**
www.fnclcc.fr

Ce document doit être cité comme suit : © *Prise en Charge des patients atteints de métastases hépatiques synchrones du cancer colorectal*, collection Recommandations et référentiels, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, mars 2011.

Ce document peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations. Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'INCa en remplissant le formulaire de demande de reproduction disponible sur le site Internet www.e-cancer.fr ou auprès du département communication institutionnelle de l'INCa à l'adresse suivante : diffusion@institutcancer.fr.

Introduction

Avec 37 000 cas incidents et 17 000 décès par an, le cancer colorectal (CCR) occupe la troisième place des cancers les plus fréquents en France et la deuxième place des décès par cancer.

Approximativement 50 % des patients diagnostiqués avec un CCR développeront des métastases hépatiques au cours de l'évolution de leur maladie et 20 % ont des métastases hépatiques synchrones au moment du diagnostic du cancer primitif. La chirurgie permet d'augmenter la survie chez ces patients et il convient de cibler les patients résécables le plus précocement possible afin qu'ils puissent en bénéficier.

Ces recommandations ont pour objectif d'optimiser la prise en charge initiale des patients atteints de cancer colorectal avec métastases hépatiques synchrones.

Méthode

L'élaboration de ces recommandations repose sur une analyse exhaustive de la littérature selon la méthode RPC (recommandation pour la pratique clinique) de la HAS (www.has-sante.fr).

Bilan radiologique en cas de métastases hépatiques synchrones

Lors du diagnostic de métastases hépatiques synchrones (MHS), le bilan d'imagerie doit être identique à celui des métastases hépatiques métachrones d'un cancer colorectal.

Il repose sur la TDM thoraco-abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste, complétée par une IRM hépatique en cas de doute diagnostique (Grade C).

Lorsque les MHS sont accessibles à une résection curative, une scintigraphie au 18-FDG couplée à la TDM peut être réalisée, en plus de la TDM thoraco-abdomino-pelvienne afin de rechercher des lésions extrahépatiques (Grade C)

Place de la chirurgie colique ou rectale première chez les patients ayant un cancer colorectal métastatique

En présence de métastases hépatiques synchrones non résécables, la chirurgie de la tumeur primitive colique n'est pas recommandée en première intention sauf en présence d'une tumeur colorectale compliquée (perforation, occlusion, hémorragie) (Accord d'experts).

En cas de cancer rectal, les recommandations déjà publiées par la HAS restent valables (Grade C). [Recommandations pour la pratique clinique - Choix des thérapeutiques du cancer du rectum. 2005. http://www.snfge.asso.fr/01-bibliotheque/0d-pratiques-cliniques/has/cancer_rectum_recos.pdf].

Place de la chimiothérapie première chez les patients ayant des métastases hépatiques synchrones

Pour les patients ayant un cancer colique asymptomatique et des métastases hépatiques synchrones non résecables, l'analyse de la littérature suggère de réaliser une chimiothérapie première comme traitement de première intention (Accord d'experts).

En cas de symptômes occlusifs, la prothèse colique pourrait constituer une alternative à la chirurgie en urgence (Grade C). Peu de données sont disponibles sur les conséquences à moyen et long termes de la mise place d'une prothèse colique pour le patient.

L'utilisation de bevacizumab avec une prothèse colique en place est contre-indiquée (Accord d'experts).

En cas de cancer du rectum, les recommandations publiées en 2005 par l'HAS restent d'actualité (Accord d'experts). [Recommandations pour la pratique clinique - Choix des thérapeutiques du cancer du rectum. 2005. http://www.snfge.asso.fr/01-bibliotheque/0d-pratiques-cliniques/has/cancer_rectum_recos.pdf].

Objectifs et modalités de la chimiothérapie dans le cas particulier des métastases hépatiques synchrones

Dans le cas des métastases hépatiques synchrones du cancer colorectal, les modalités de la chimiothérapie première, associée où non à une biothérapie, sont les mêmes qu'en situation métachrone (Accord d'experts).

Place de la chirurgie colorectale hépatique combinée dans le traitement des métastases hépatiques synchrones

Après analyse des données actuellement disponibles dans la littérature, une chirurgie combinée du primitif et des métastases hépatiques synchrones ne peut être recommandée (Grade C).
Elle peut être discutée en fonction de l'étendue du geste hépatique (notamment en cas de résection limitée pour une lésion facile d'accès) et colorectal selon l'expertise du centre (Accord d'experts).

Une chirurgie combinée n'est pas recommandée en cas de résection colorectale R0 peu probable, de tumeur colorectale compliquée (perforation, occlusion, hémorragie) ou de résection hépatique majeure (≥ 3 segments) (Grade C).

Place de la prise en charge séquentielle du primitif et des métastases hépatiques synchrones

La chirurgie séquentielle de la tumeur primitive et des métastases hépatiques synchrones est recommandée en cas d'exérèse hépatique et colorectale majeures (Grade C).

Le choix entre une chirurgie combinée et une chirurgie séquentielle (éventuellement séquentielle « inversée ») doit être discuté en fonction de l'état général du patient, de l'extension de la maladie hépatique, du risque de complications postopératoires inhérent à chacun des deux gestes, de l'expertise du centre (Accord d'experts).

Place de la laparoscopie dans la prise en charge des métastases hépatiques synchrones d'origine colorectale

L'exploration laparoscopique de la cavité abdominale peut être proposée chez les patients ayant un risque élevé de dissémination extrahépatique à la recherche de lésions contre-indiquant la résection hépatique (Grade C).
L'approche laparoscopique dans la résection curative combinée colorectale et hépatique peut être proposée chez des patients sélectionnés, dans des centres experts (Grade C).

En l'absence d'étude randomisée, il n'est pas possible de recommander l'approche laparoscopique plutôt que la laparotomie pour la résection des métastases hépatiques (Grade C).

Stratégie de prise en charge en cas de découverte peropératoire de métastases hépatiques synchrones

En cas de découverte visuelle et/ou manuelle de lésion hépatique non décrite sur les examens d'imagerie préopératoire, il est recommandé de faire une cartographie des lésions, orientée si possible par un examen d'imagerie peropératoire (échographie, écholaparoscopie) (Grade C).

Si l'exérèse du primitif est décidée (tumeur symptomatique notamment), elle doit obéir aux règles carcinologiques (curage ganglionnaire, marges).

Il est recommandé d'obtenir une preuve histologique de la présence de MHS sans prise de risque. La biopsie exérèse complète de la lésion cible doit être privilégiée, en respectant les critères carcinologiques (ne pas énucléer) (Grade C).

Une résection hépatique combinée ne peut être recommandée, sauf cas particulier (lésion unique ou « limitée » après échographie peropératoire et donc accessible à une hépatectomie mineure) (Grade C).

En postopératoire, il faudra effectuer un bilan morphologique hépatique exhaustif (accord d'experts).

Influence des modalités de prise en charge des métastases hépatiques synchrones sur le pronostic

Le geste chirurgical sur la tumeur primitive (lorsque son exérèse est décidée) doit toujours (même en présence de métastases synchrones) suivre les règles de la chirurgie carcinologique (Grade C).

Les dossiers de patients ayant des métastases hépatiques synchrones de cancer colorectal doivent être présentés à une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) à laquelle participe un chirurgien ayant une compétence en chirurgie hépatobiliaire (Grade C).

Stratégie thérapeutique en cas de présence de métastases hépatiques synchrones du sujet âgé

Après évaluation oncogériatrique, une stratégie de prise en charge des MHS du CCR chez le sujet âgé sélectionné, similaire à celle du sujet jeune, peut être proposée (Grade C).

Cette évaluation tiendra compte non seulement de l'âge (chronologique) mais également de l'état physiologique, des comorbidités, de la polymédication, de l'autonomie et de l'espérance de vie.

Pour plus d'informations
www.e-cancer.fr

Toutes les informations sur le Plan cancer 2009-2013
www.plan-cancer.gouv.fr

Ce document a été publié avec le soutien financier de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer.

Institut National du Cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tél. : 01 41 10 50 00
Fax. : 01 41 10 50 20
diffusion@institutcancer.fr

RÉF. : PLAMETHEPCCR

INSTITUT NATIONAL DU CANCER