

---

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  
tampanique, 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%PNN; Glycémie 7,9  
mmol/l;

Quel examen morphologique demanderez  
vous en urgence, pourquoi ?

ASP, Scannerc 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 paraît 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 cytolyse 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'une chimiothérapie de  
2<sup>d</sup> 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