

NOUVELLES PERSPECTIVES DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DU CÔLON MÉTASTATIQUE.

Docteur Christophe LOUVET
Service de Gastro-entérologie
Hôpital Saint-Antoine
184, rue du Faubourg Saint-Antoine
75561 PARIS CEDEX 12

NOUVELLES PERSPECTIVES DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DU CÔLON MÉTASTATIQUE.

Christophe Louvet, Hôpital Saint-Antoine, Paris.

Au cours de ces dix dernières années, la prise en charge des cancers colorectaux métastatiques a bénéficié de profonds changements permettant une amélioration sensible du pronostic : disponibilité de « nouvelles » molécules de chimiothérapie comme l'oxaliplatine ou le CPT-11, meilleure coordination médico-chirurgicale permettant de plus nombreuses exérèses à visées curatrice de métastases, utilisations de plusieurs lignes de chimiothérapie,

...

Cette dynamique se poursuit, avec l'émergence des thérapies ciblées (anti-EGF-r, anti-VEGF), et une rationalisation de la stratégie thérapeutique. Cependant, la disponibilité de ces nouvelles armes impose une plus grande complexité des décisions thérapeutiques. Nous sommes en effet passé d'une ère « tout 5FU » à une ère de choix entre plusieurs options de traitement, dans lesquels de nombreux paramètres interviennent. La discussion systématique de chaque patient en réunion de concertation pluridisciplinaire est à cet égard une avancée notable.

Le traitement de première ligne est désormais une bithérapie au minimum (FOLFOX ou FOLFIRI). L'avènement du Bévacicumab est en train de modifier cette référence. La question obsédante doit rester celle de la possibilité ou non de proposer au patient une option curatrice grâce à la résection des métastases. Cette résection doit se discuter non seulement au moment du diagnostic, mais également après une chimiothérapie d'induction qui permet parfois d'obtenir de telles réponses qu'un geste chirurgical non envisageable initialement devient par la suite possible. Pour les patients dont la maladie ne pourra jamais être réséquée, et après échappement à la première ligne, des traitements de deuxième et de troisième intention sont disponibles ; par ailleurs, l'augmentation de la médiane de survie rend impossible un traitement continu, et doit faire réfléchir d'une part à l'instauration de pauses dans le traitement de chimiothérapie, et d'autre part au moment opportun pour décider la reprise d'un traitement après une pause.

L'utilisation rationnelle des moyens à notre disposition a d'ores et déjà permis d'augmenter la médiane de survie et le pourcentage de patients potentiellement guéris. Des progrès notables sont à notre portée avec l'intégration des thérapies ciblées dans les schémas thérapeutiques, tout en restant conscient du coût qu'elles vont générer.