

## Recommandations consensuelles<sup>1</sup> pour le suivi des cancers colo-rectaux après opération curative Version 02.10.2014

### Remarques préliminaires

- Ce programme de suivi concerne des patient(e)s avec un status après opération d'un cancer colorectal sans métastases à distance, dont l'état général et l'espérance de vie permet d'envisager un traitement d'une récurrence ou de métastases.
- Ce suivi est un travail interdisciplinaire, coordonné localement par l'un des spécialistes qui orientera régulièrement les autres médecins impliqués (chirurgien, médecin de famille, gastro-entérologue, radio-oncologue, radiologue, etc.).
- Condition préliminaire, une coloscopie totale pré-opératoire ou postopératoire (si possible dans les 3 mois qui suivent l'opération).
- Des situations avec un risque accru de cancer, comme par exemple les syndromes héréditaires (PAF, HNPCC, PAF atténuée, polypose MUTYH, Peutz-Jeghers, polypose juvénile, syndrome de polypose hyperplasique) ou autre situation majorant le risque pour un cancer colorectal (maladies inflammatoires de l'intestin, acromégalie, etc.) ne sont pas concernées par les recommandations qui suivent. Elles nécessitent des mesures de suivi différentes.

CARCINOME COLIQUE	mois post-opératoires						
<i>T3/4 ou N+, M0</i>	6	12	18	24	36	48	60
<b>Examen clinique et CEA<sup>2</sup></b>	trimestriel la 1ère année		semestriel les 2e et 3e années			+	+
<b>Coloscopie</b>		+				+ <sup>8</sup>	
<b>CT thoraco-abdominal<sup>3</sup></b>		+		+	+	+	+

CARCINOME COLIQUE	mois post-opératoires						
<i>T1/ T2 N0</i>	6	12	18	24	36	48	60
<b>CEA<sup>4</sup></b>		+		+		+	+
<b>Coloscopie</b>		+				+ <sup>8</sup>	

CARCINOME RECTAL	mois post-opératoires						
<i>T1 - 4, N+/-, M0<sup>5</sup></i>	6	12	18	24	36	48	60
<b>Examen clinique<sup>6</sup> et CEA<sup>4</sup></b>	trimestriel la 1ère année		semestriel les 2e et 3e années			+	+
<b>Coloscopie</b>		+				+ <sup>8</sup>	
<b>Rectosigmoïdoscopie flexible</b>	+		+	+			
<b>Endosonographie<sup>4,7</sup> ou MRI du bassin<sup>4,7</sup></b>	+	+	+	+			
<b>CT thoraco-abdominal et pelvien<sup>3,4,7</sup></b>		+		+	+	+	+

<sup>1</sup> Sociétés de discipline médicale et organisations impliquées voir au-dessous

<sup>2</sup> Il est vivement recommandé de faire un dosage de routine du CEA avant l'opération. Une augmentation du taux du CEA postopératoire demande une investigation radiologique élargie.

<sup>3</sup> CT double contraste multi-détecteur (produit de contraste oral et intraveineux) comme standard. Après un traitement combiné d'un cancer du côlon ou du rectum des contrôles après 5 ans pourraient se justifier dans certains cas.

<sup>4</sup> Pas indiqué pour les cancers T1N0 après résection totale (TME)

<sup>5</sup> Exception : Carcinome pT1 au niveau d'un polype (catégorie de risque III). Suivi selon les «Recommandation consensuelles pour le suivi des polypes colorectaux après ablation endoscopique»

<sup>6</sup> Pour le CA rectal distal : palpation régulière de l'anastomose rectale recommandée

<sup>7</sup> En cas de lésions suspectes ponction à l'aiguille fine

<sup>8</sup> Puis coloscopie de contrôle tous les 5 ans

## **Sociétés de discipline médicale ou organisations impliquées**

- Groupe suisse de Recherche clinique sur le Cancer (SAKK)
- Société suisse de Médecine générale (SSMG)
- Société suisse de Chirurgie générale et d'Urgence (SSCGU)
- Société suisse de Médecine interne (SSMI)
- Société suisse d'Oncologie médicale (SSOM)
- Société suisse de Pathologie (SSP)
- Société suisse de Radiologie (SSR)
- Société suisse de Chirurgie viscérale (SSCV)