

RCP RECTUM

Mode d'emploi

Karim CHERCHAR

Chirurgie Oncologique « A »

Centre Pierre et Marie Curie

7^{ème} séminaire de formation continue
en pathologie digestive
Hilton Alger 07/08 Octobre 2016

Patient M. A 44ans.

Antécédents personnels : Affection psychiatrique sous médicaments (Nozinon, Anafranil et Haldol).

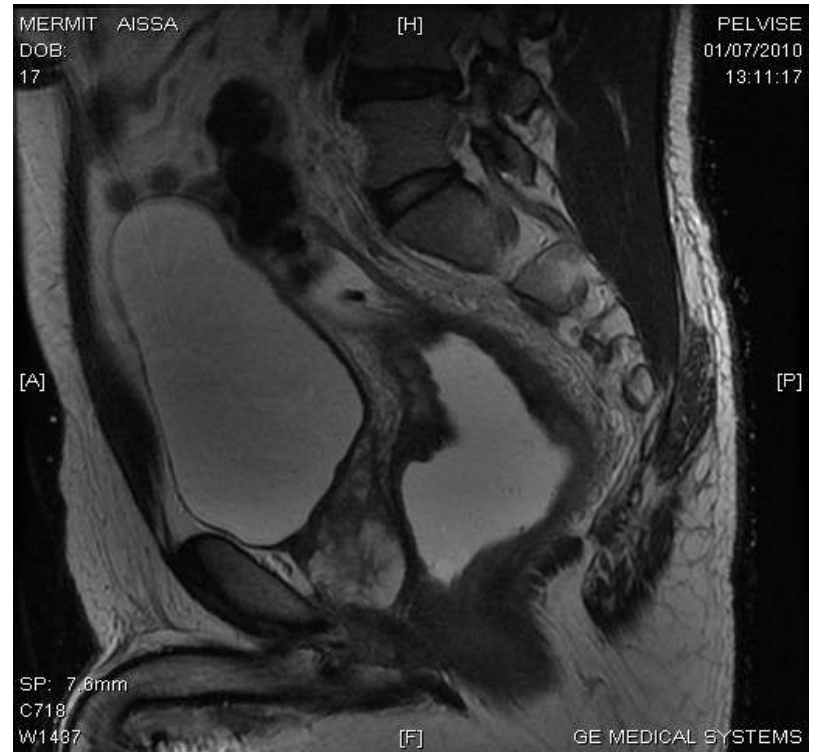
RTR + troubles du transit évoluant depuis 4 mois.

L'examen clinique somatique est sans particularités.

TR :objective une lésion circonférentielle bourgeonnante non sténosante située à 8 cm de la marge anale relativement mobile.

Rectoscopie: présence d'un processus ulcéro-bourgeonnant circonférentiel non sténosant du moyen et haut rectum dure sous la pince à biopsie.

Biopsie: Négative.



Ccl: Examen IRM en faveur d'un processus tumoral du moyen rectum classé T3N2.

Par ailleurs le bilan d'extension à distance est négatif .

2^{ème} biopsie : muqueuse intestinale de type colorectale modérément inflammatoire d'aspect dystrophique. **Pas d'évidence de processus tumoral** dans les limites de prélèvement.

2^{ème} biopsie : muqueuse intestinale de type colorectale modérément inflammatoire d'aspect dystrophique. **Pas d'évidence de processus tumoral** dans les limites de prélèvement.

3^{ème} biopsie : ulcération profonde de la muqueuse de surface, une sclérose de la sous-muqueuse séquellaire, un phénomène d'invagination glandulaire kystique au sein de la sous-muqueuse, **mais pas de tumeur ni dysplasie.**

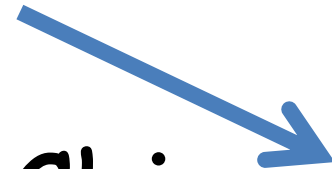
mrT3N+M0



Histologie ???



~~RxC~~



Chirurgie



Résultats anatomopathologiques

Ulcère solitaire du rectum

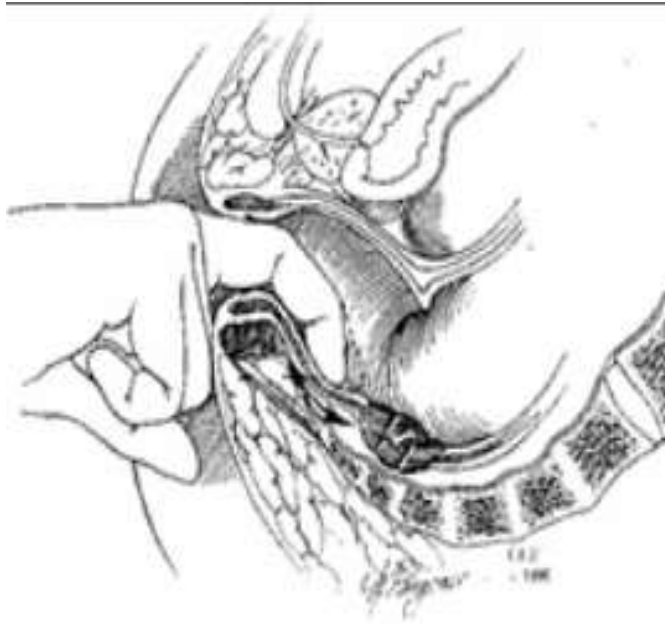
20N-/20N

3^{ème} biopsie : ulcération profonde de la muqueuse de surface, une sclérose de la sous-muqueuse séquellaire, un phénomène d'invagination glandulaire kystique au sein de la sous-muqueuse, mais pas de tumeur ni dysplasie.

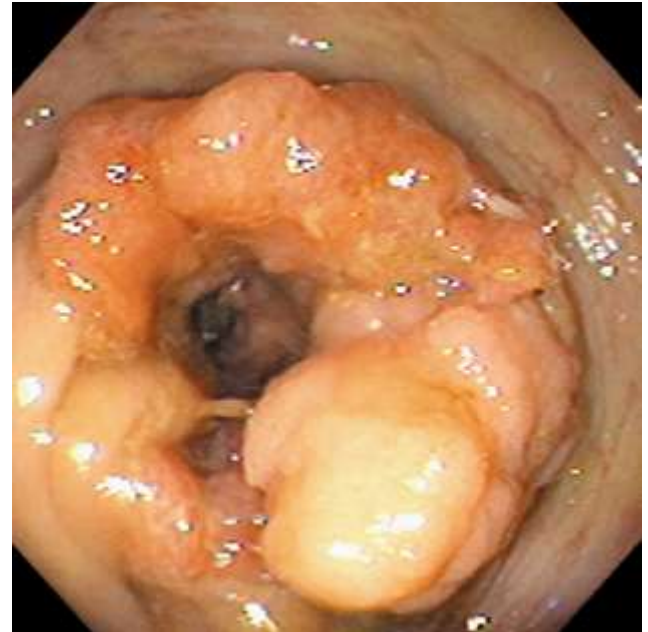


Ulcère solitaire du rectum

Evaluation préthérapeutique



Clinique (TR)



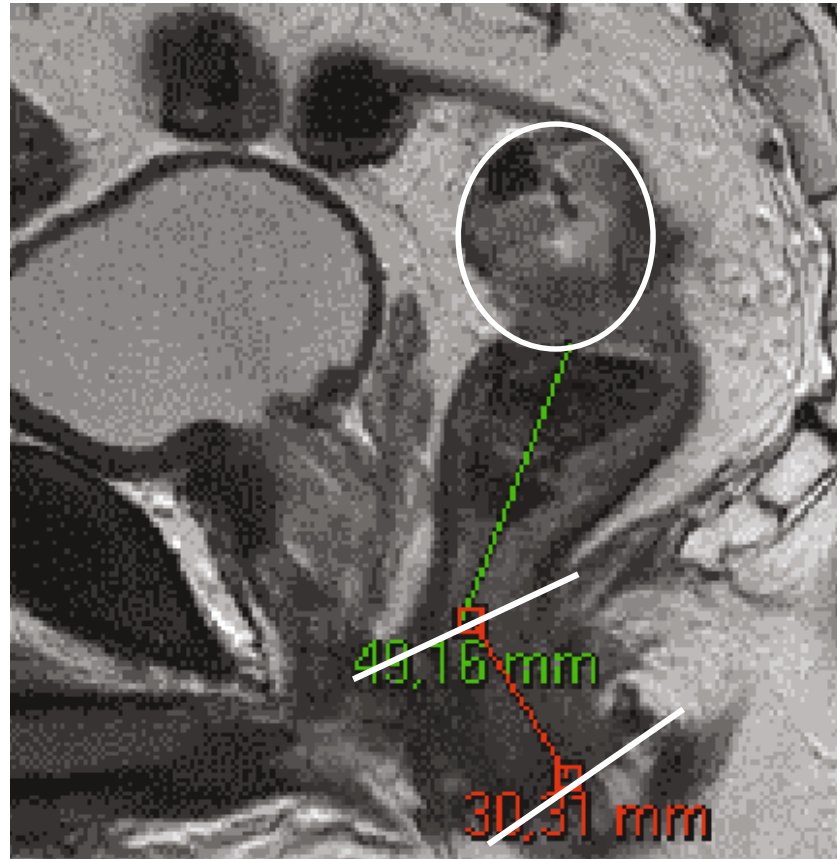
Endoscopie + Biopsie

Evaluation préthérapeutique: Imagerie

Objectif: Apporter les informations attendues par le chirurgien:

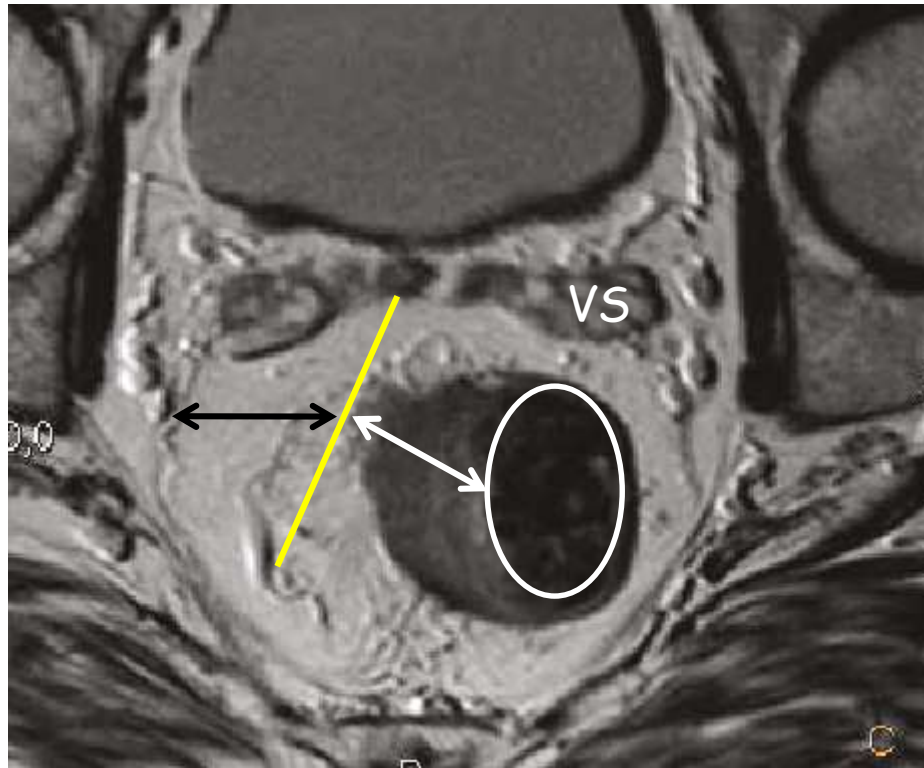
- Si un traitement néoadjuvant est nécessaire.
- Si une chirurgie de conservation sphinctérienne est possible.
- Si présence de localisations secondaires qui modifierai la stratégie thérapeutique.

Evaluation préthérapeutique: Imagerie IRM pelvis



Siège tumoral

Evaluation préthérapeutique: Imagerie IRM pelvis



Degrés d'atteinte pariétale (T)

Marge circonférentielle (MCR)

Atteinte ganglionnaire (N)

Rapports de voisinage

Evaluation préthérapeutique: Imagerie TDM TAP

- Métastases hépatiques
- Métastases pulmonaires
- Adénopathies non régionales
- Carcinose péritonéale

Bilan préthérapeutique

- Rectoscopie + Biopsie
- IRM pelvis
- TDM TAP
- Coloscopie totale
- Marqueurs tumoraux



Stadification  RCP +++

Pronostic des KRLE

	Récidive locale	Survie à 5 ans
pT3 (< 5mm), N0	10%	85%
pT3 (> 5mm), N0	18%	65%
pT4 ou tout pT, pN1	26%	54%
Tout pT, pN2	32%	35%

Standards néoadjuvants des KRLE

RT-TME > TME

Swedish (34)	5 x 5 Gy	1997/2005
Dutch (19)	5 x 5 Gy	2001/2007

RCT > RT

FFCD 9203 (15)	45 Gy 5-Fu	2006
EORTC 22921 (6)	45 Gy 5-Fu	2005
Norway T4 (7)	50 Gy 5-FuLe	2008

RCT pré-op > RCT post-op

German CAO/ARO (29)	50 Gy 5-FuLe	2004
NSABP R-03 (25)	50 Gy 5-FuLe	2009
CR07 (31)	(RT 5x5 vs RCT si CRM+)	2009

RCT pré-opératoire : Cap 50

Accord 12 (16)	Cap 45 vs CapOx 50	2009
STAR (2)	Fu50 vs FuOx 50	2009

Evaluation de la pièce opératoire

▪ Au bloc opératoire / le chirurgien

- Qualité du mésorectum
- Marge distale

▪ Au laboratoire d'anatomie pathologique

- Qualité du mésorectum
- Marge distale
- Taille tumorale
- Bloc Immuno
- Type histologique
- Degré d'infiltration pariétale
- Analyse des ganglions
- Analyse de la marge circonférentielle de résection
- Rechercher un envahissement vasculaire et périnerveux
- Analyse de la réponse tumorale au traitement néoadjuvant / RCRG

Organisation de la RCP

- Domiciliée au CPMC
- Inscription du dossier (rcprectum.cpmc@yahoo.fr)
- Médecin coordonnateur de la session (Radiothérapeute)
- Professionnels de santé participant à la RCP
- Bi-Mensuelle (1^{er} et 3^{ème} lundi du mois)

Organisation de la RCP

Identifiant du patient:

rcprectum.cpmc@yahoo.fr

- Nom/prénom
- Age
- Résidence
- Stade tumoral
- Coordonnées personnels (Téléphone)
- Problème posé

Organisation de la RCP

Correspondants médicaux du patient:

-Médecin traitant

Nom/prénom/spécialité/structure d'appartenance
(cabinet, hôpital)

Organisation de la RCP

Professionnels de santé participant à la RCP

- Gastroentérologue(s)
- Radiologue(s)
- Radiothérapeute(s)
- Chirurgien(s)
- Pathologiste(s)
- Oncologue(s)

Déroulement de la RCP

Présentation du cas clinique

- Avis diagnostique (endoscopie, anapath)
- Lecture du CD ROM

IRM pelvis (Siège tumoral/ N/MCR)
TDM TAP

} cTNM

- Stratégie thérapeutique

Bilan de la RCP rectum au CPMC

- 2010-2016
- 1049 patients présentés
- Exploration préthérapeutique (endoscopie, biopsie, imagerie)
 - 25% secteur publique
 - 75% secteur privé +++
- Radiothérapie préopératoire: CPMC +++
- Chirurgie: CPMC+++
- Analyse histologique: CPMC+++
- Suivi oncologique:
 - Chirurgien - Radiothérapeute - médecin traitant

Radiothérapie préopératoire

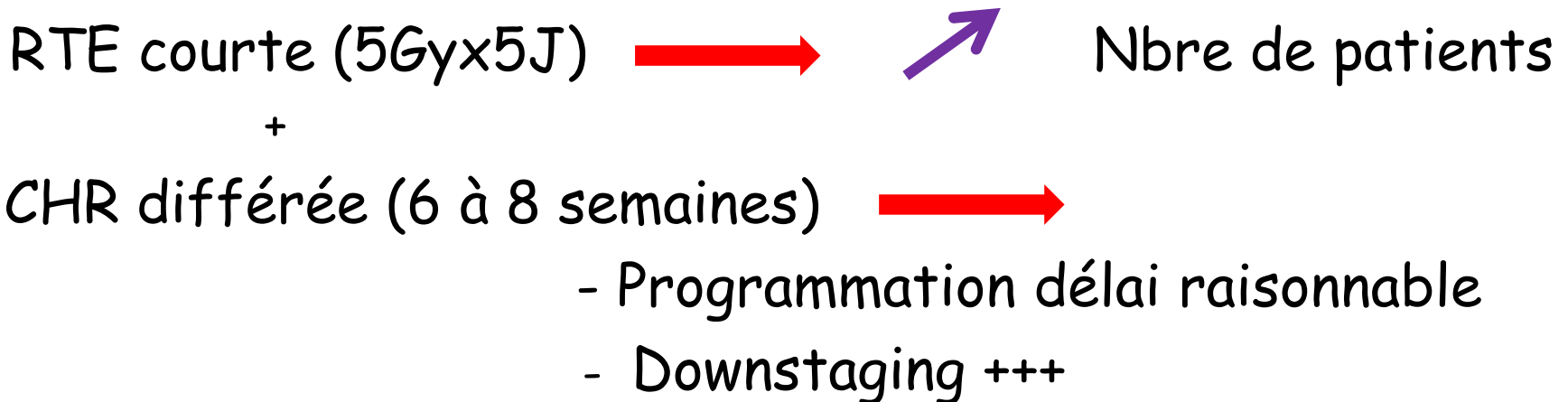
- Nombre croissant de patients porteurs de cancer du rectum pris en charge en radiothérapie au CPMC
- Machines de traitement surexploitées



Déséquilibre entre offre & demande délais de RDV de RTH éloignés

Solution...

- Créer une RCP « COMITÉ RECTUM »
- Proposer des options thérapeutiques qui tiennent en compte de la réalité du terrain, d'où:
 - 01 option thérapeutique:



Journal de Chirurgie Viscérale
Volume 153, Issue 4, Supplement 2, Pages A5-A44 (September
2016)



**Hors-série 1 : 118e Congrès Français de Chirurgie - Palais
des congrès de Paris, 28-30 Septembre 2016**

Les meilleures communications

Chirurgie colorectale

[MO004 - Morbimortalité opératoire des cancers du rectum
traités par résection totale du mésorectum après radiothérapie
courte \(25 Gy\) : chirurgie immédiate versus chirurgie différée](#)

Original Research Article

Page A7

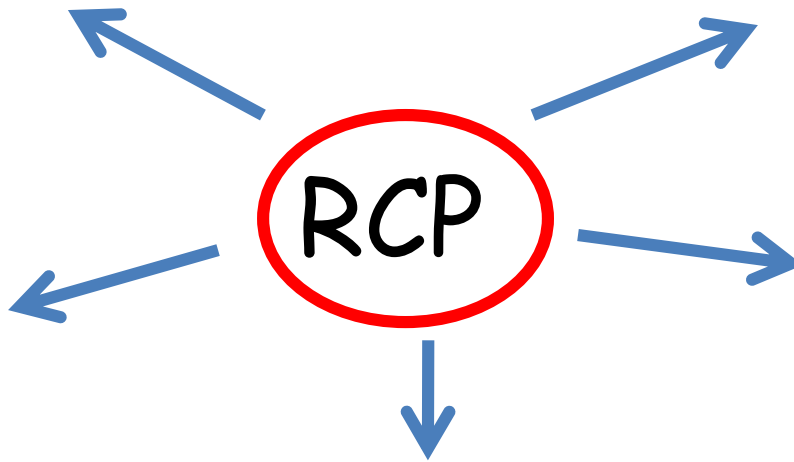
K. Cherchar, M.W. Boubnider, S Admane, M. Hamed Abdelouahab,
H. Ait Kaci, M. Kheloufi, C. Bouzid, S. Oukrif, N. Terki, A. Graba,
K. Bentabak

Perspectives

- Création de RCP rectum dans les différents CAC selon le modèle du CPMC
- Coordination entre ces RCP pour d'éventuels travaux prospectifs multicentriques
- Créer des DIU (Chirurgie, Imagerie, Anapath) pour actualiser les connaissances pour une prise en charge optimale du cancer du rectum



RCP



Merci