

# **CANCER du RECTUM**

**UNE APPROCHE  
PLURIDISCIPLINAIRE  
OBLIGATOIRE**

# Avec l'ensemble des acteurs

- Médecin Traitant : rôle capital pour le diagnostic précoce
- gastro-entérologue
- Imageurs
- Chirurgien
- stomathérapeute
- oncologue radiothérapeute

# Le programme PERSONNALISE de soins repose

- Sur un bilan d'extension complet et rigoureux qui comporte
  - endoscopie complète
  - écho-endoscopie
  - IRM pelvienne

Permet de déterminer la localisation,  
le degré d'extension pariétale, la marge dans  
le méso-rectum, l'atteinte ganglionnaire

- Scanner thoraco abdo pelvien

# Le programme PERSONNALISE de soins repose

- Un bilan d'évaluation de l'état du patient
  - comorbidités
  - âge physiologique
  - évaluation onco-gériatrique

# A retenir en 2014

- Les récurrences locales sont devenues rares  
< 3-5 %
- Qu'un traitement conservateur à tout prix ne doit pas compromettre le contrôle local
  - Risque inutile
  - Mauvais résultat fonctionnel
- La survie à 5 ans est de 56 %
  - Les métastases hépatiques restent le problème prédominant

# CLASSIFICATION TNM

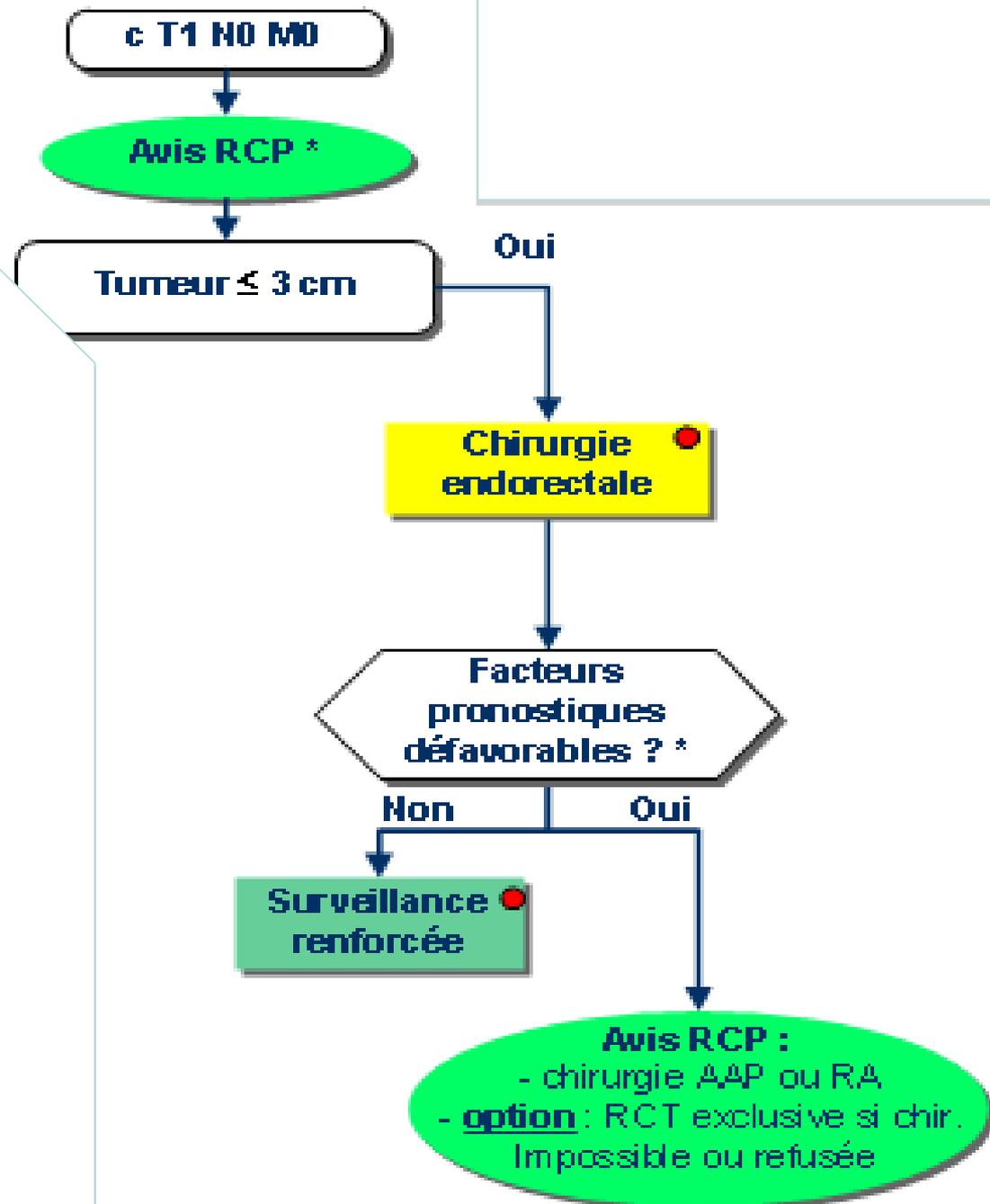
- **TX** Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
- **T0** Pas de signe de tumeur primitive
- **Tis** Carcinome *in situ* : intra-épithélial ou envahissant la lamina propria (chorion de la muqueuse)
- **T1** Tumeur envahissant la sous-muqueuse
- **T2** Tumeur envahissant la musculature
- **T3** Tumeur envahissant la sous-séreuse ou les tissus péri-coliques ou péri-rectaux non péritonisés
- **T4** Tumeur envahissant directement d'autres organes ou d'autres structures et/ou perforant le péritoine viscéral
- **T4a** : tumeur perforant le péritoine viscéral
- **T4b** : tumeur envahissant directement d'autres organes ou d'autres structures

c T1 N0

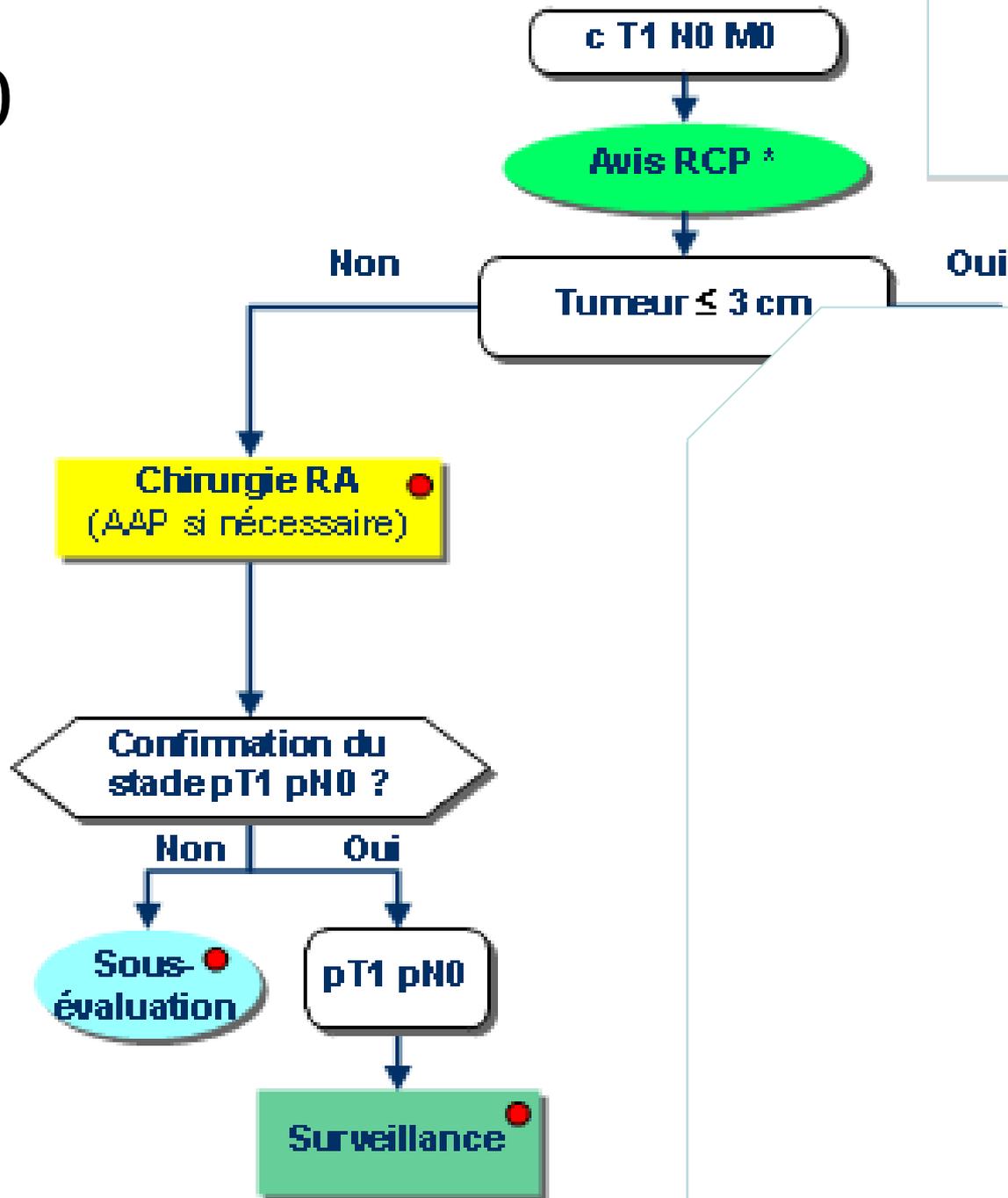
Facteurs pronostiques défavorables

- Emboles vasculaires ou lymphatiques
- Exérèse incomplètes
- Tumeur peu différenciée
- Envahissement de la sous muqueuse sm3
- Ou de la musculéuse pT2

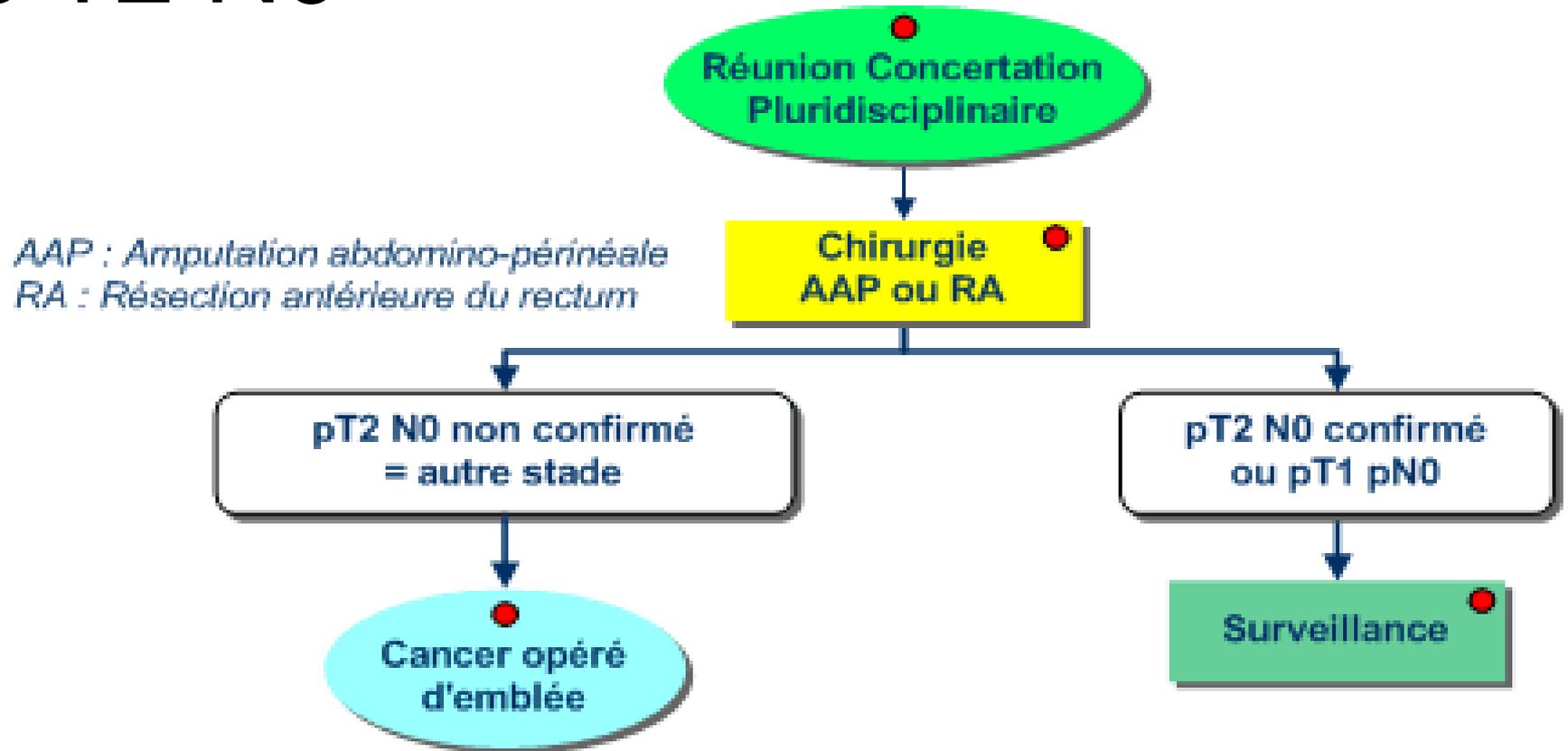
📄 → traitement chirurgical



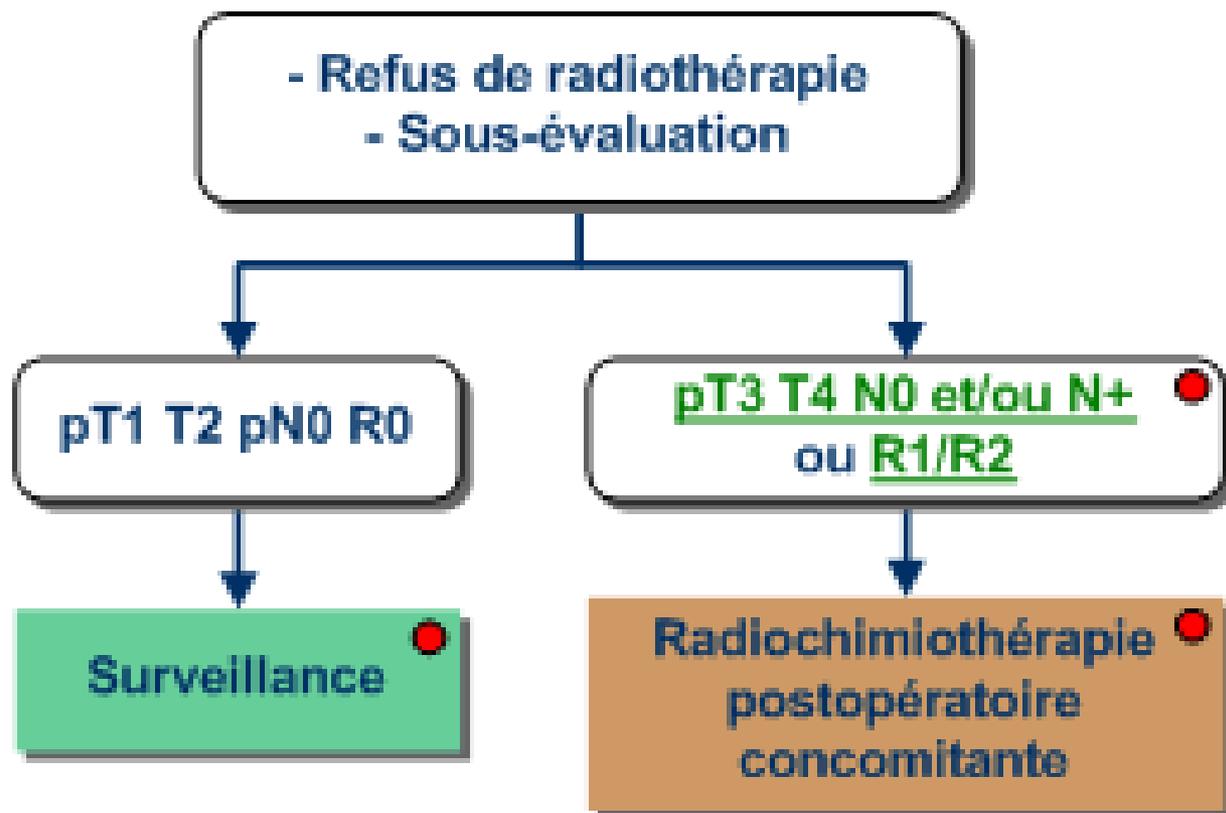
c T1 N0



# c T2 N0

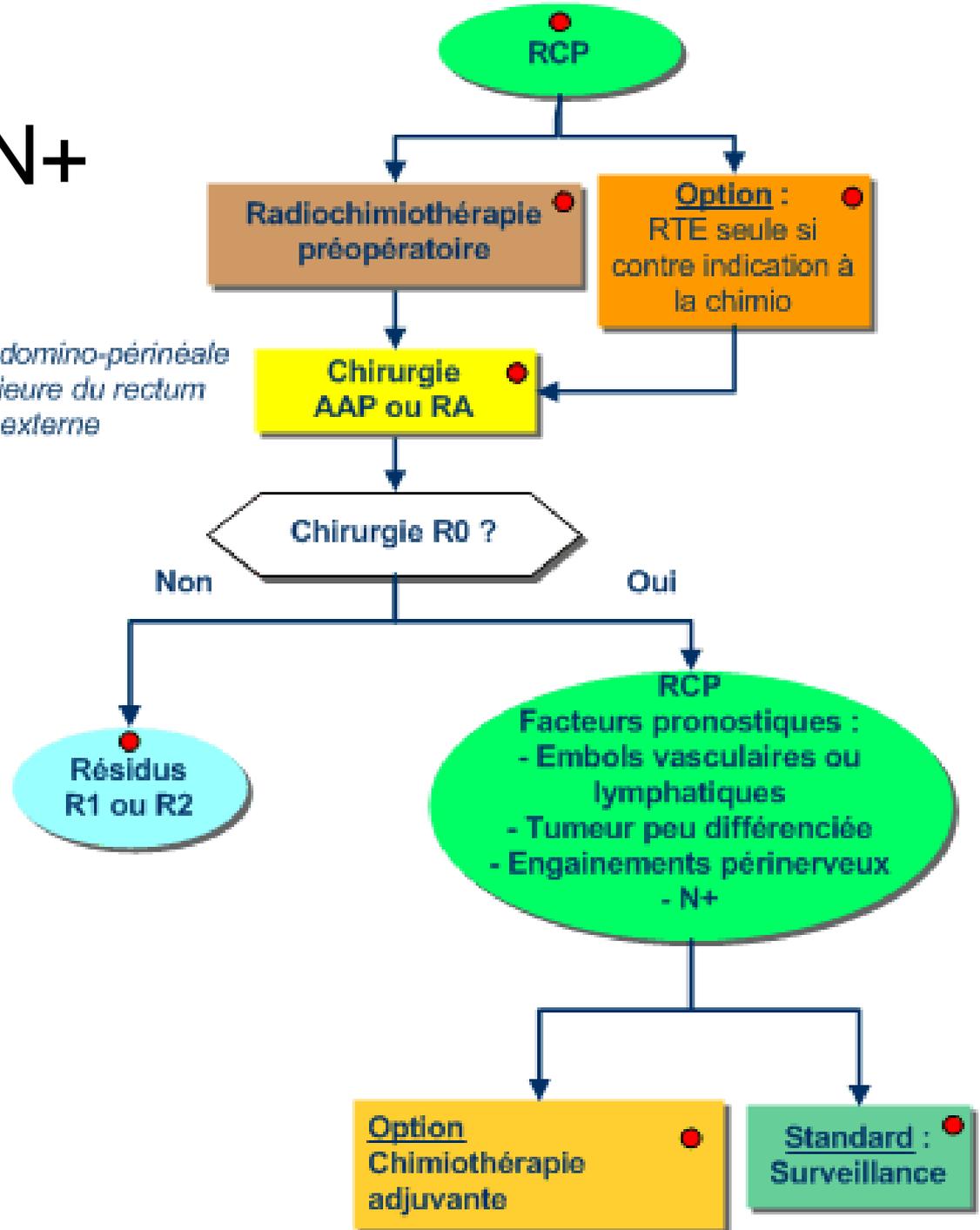


Radiothérapie est indiquée pour  
les tumeurs ANT basses  
et les tumeurs sus anales



c T 3-4 et ou N+

*AAP : Amputation abdomino-périnéale  
RA : Résection antérieure du rectum  
RTE : Radiothérapie externe*



Stratégie de prise en charge des MH synchrones résecables chez un patient opérable avec une tumeur T3 T4 / N+

RCP  
Discuter 3 options

Option

Chimiothérapie

Chirurgie hépatique  
et/ou traitement local

Radiochimiothérapie  
rectale

Chirurgie rectale 6 à 8  
semaines après la fin  
de la radiothérapie

Option

Radiochimiothérapie

Chirurgie rectale

Chimiothérapie

Chirurgie hépatique  
et/ou traitement local

Option

Radiochimiothérapie

Chirurgie rectale et  
hépatique si résection  
limitée à 2 segments

Chimiothérapie

# CHIRURGIE- QUALITE

- **Résection antérieure**
  - Marges de résection circonférentielle > 2 mm
  - Nombres de ganglions prélevés > 12
    - Sinon revoir la pièce pour identification ganglionnaire
    - Indication de traitements adjuvants
- **Amputation (AAP)**
  - Quantité de tissu réséqué en avant
  - Exérèse des muscles releveurs latéralement
- **Délais**
  - Minimum 6 semaines
  - Tendence à allonger ce délai à 8 voire 10 semaines
    - Pour les grosses tumeurs
    - Et les tumeurs proches du canal anal

# Chimio-RADIOTHERAPIE

- **Standard après essai ACCORD 12**
  - Pelvis post et aires ganglionnaires mésentériques inférieures
  - Dose 50,4 Gy en 5 semaines
  
  - La tendance est à l'augmentation des doses avec un complément sur la tumeur
    - Meilleur contrôle local (taux de R0)
    - Radiothérapie exclusive
  
- **Chimiothérapie associée**
  - Oxaliplatine délétère
  - 5 fluoro-uracile en perfusion
  - ou par voie orale la plus usitée (Xeloda ® ou génériques)
  
  - Essai PETACC
    - Chimio néo adjuvante puis RT-CT Chirurgie et Chimio adjuvante

# RT: autres modalités

- **Radiothérapie courte hypofractionnée**
  - 25 GY en 5 séances
  - À réserver aux personnes très âgées
  - Ou en mauvais état général
- **Chimio radiothérapie post-opératoire**
  - SI R1
  - En cas de sous évaluation
  - Attention tolérance digestive plus délicate
- **Radiothérapie exclusive**
  - Radiothérapie de contact ou curie pour petites tumeurs
  - Personnes inopérables

# CONCLUSIONS

- Diagnostic précoce
- Décision pluridisciplinaire
- Rigueur chirurgicale
- Qualité de la chimioradiothérapie

= assurance d'un excellent contrôle local et d'un meilleur pronostic

Des progrès attendus pour les traitements adjuvants et le contrôle des métastases