

# PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU CANCER DU BAS RECTUM

CHU TOULOUSE  
Adeline GILLET

# INTRODUCTION

Adénocarcinome lieberkünien

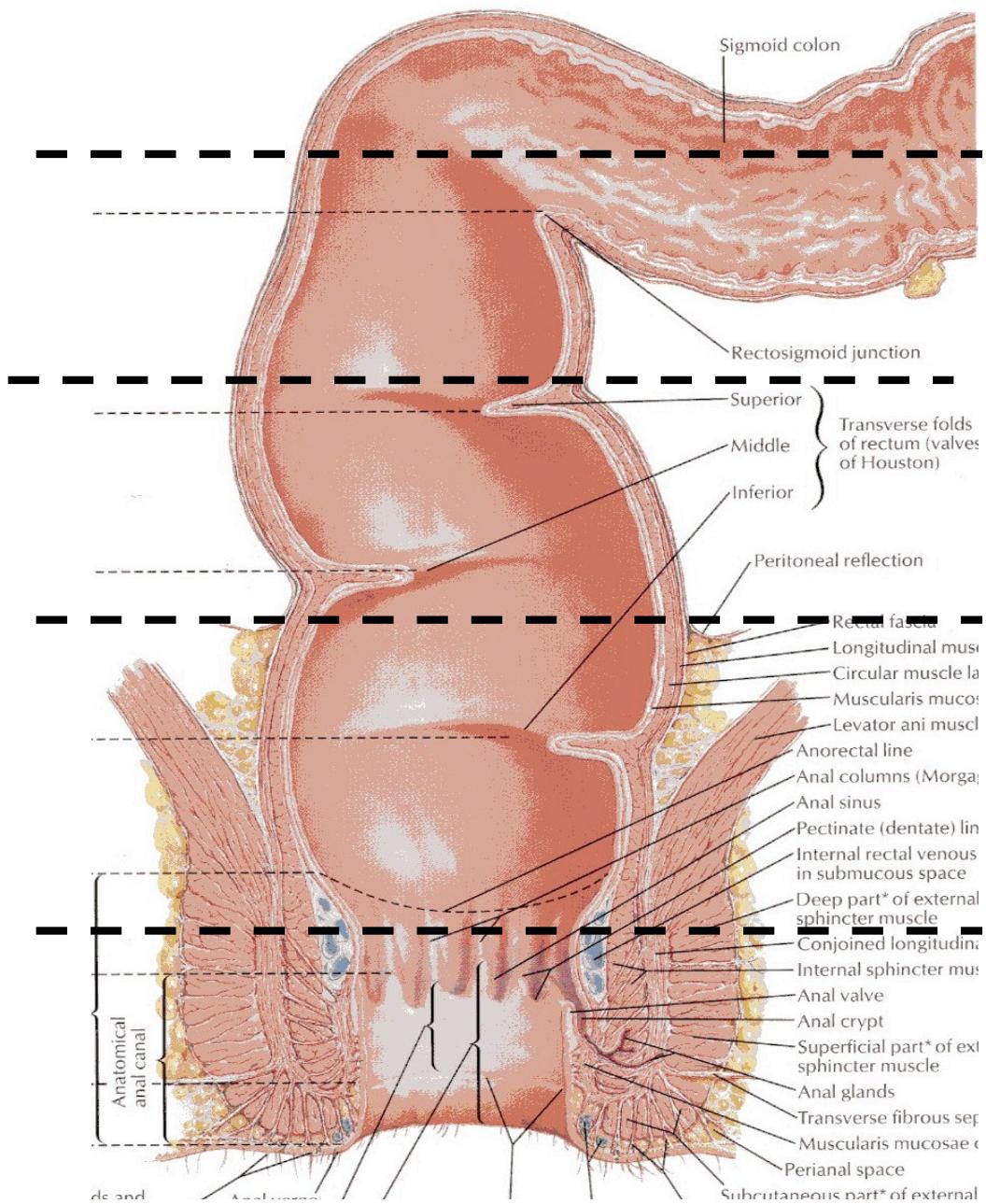
1/3 inférieur rectum : < 5 cm de la marge anale

« Diagnostic au doigt et à l'œil »

- PROBLEMATIQUES :

=> Guérison de la maladie

=> Préservation fonctions sphinctérienne/sexuelle



# BASES DU TRAITEMENT (1)

Multidisciplinaire (RCP)

Chirurgie: Exérèse du mésorectum

Radiothérapie pré- opératoire

Surveillance post- opératoire

# BASES DU TRAITEMENT (2)

## Bilan d'extension

- Local : TR (examen sous AG), Rectoscopie, EE et **IRM pelvienne**
- Général : ACE, Écho abdo, Rx thorax, TDM Thoraco-abdo-pelvien, Coloscopie

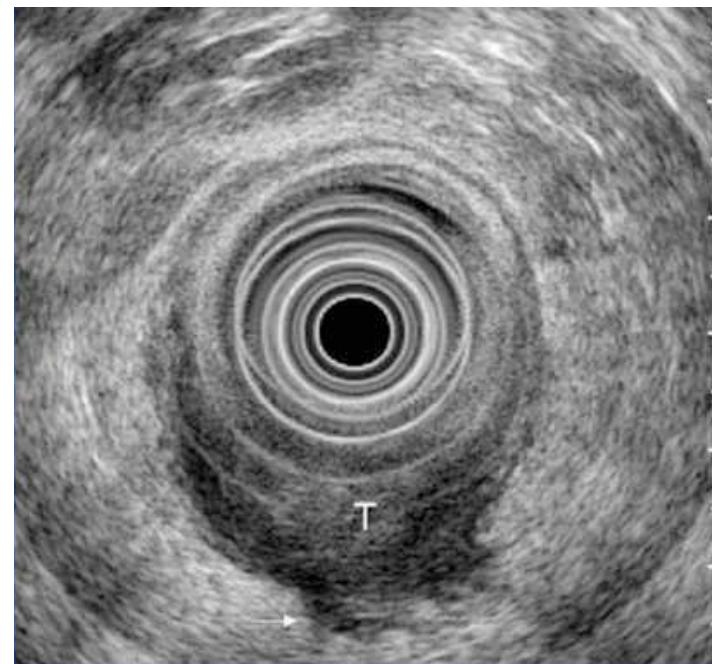
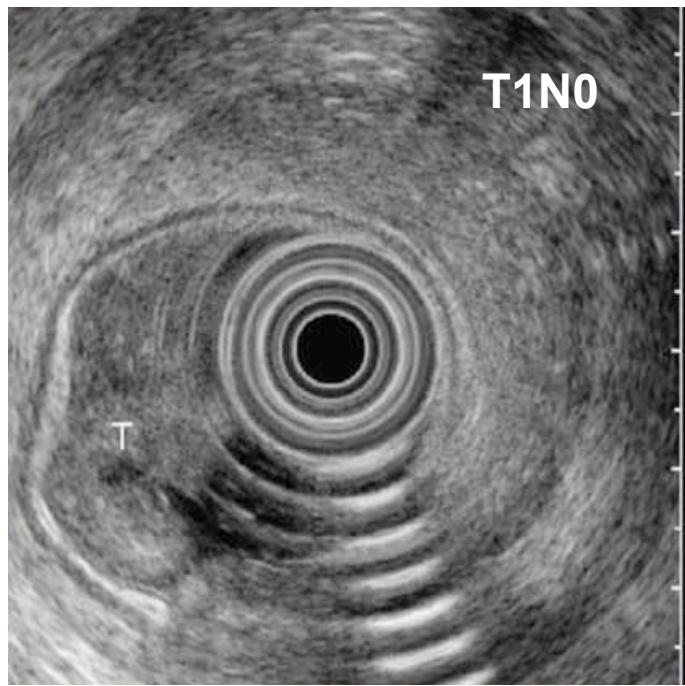


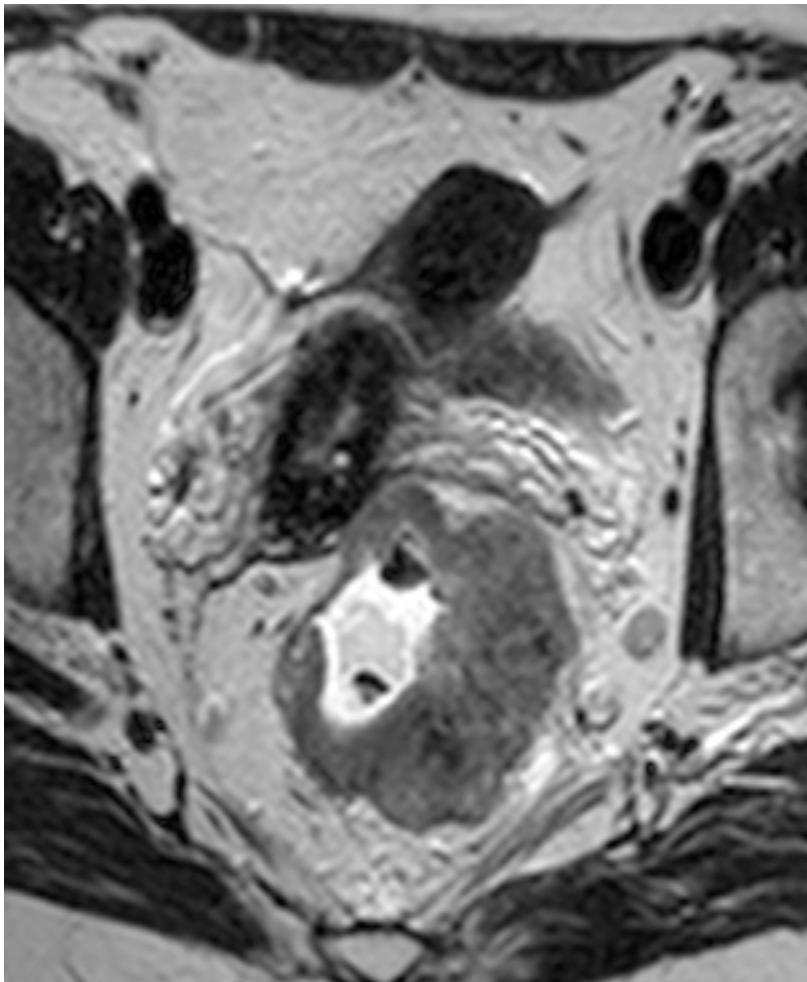
Classification TNM pré- opératoire

# BASES DU TRAITEMENT (3)

TNM

T1	Envahissement sous-muqueux
T2	Envahissement de la musculeuse
T3	Envahissement de la graisse périrectale
T4	Envahissement d'1 organe voisin
N1	1 à 3 gg + sur 12 gg examinés
N2	4 gg + sur 12 gg examinés
M1	Métastase(s)





T4 N1



T2 N0

# MOYENS (1)

## LA CHIRURGIE

- Amputation abdomino- pelvienne (AAP)
- Chirurgies conservatrices :
  - résection antérieure basse (RA)
  - résection trans-sphinctérienne
    - « marges distale et circonférentielle »

# MOYENS (2)

- RADIOTHERAPIE : néo-adjuvante (40-45 Gy en 5 semaines) 3 à 6 semaines avant la chirurgie
- CHIMIOTHÉRAPIE:
  - Post-op: FOL-FOX (R1 ou R2)
  - Pré-op: 5-FU
- TRAITEMENTS LOCAUX : tumorectomie, radiothérapie ou laser par voie transanale
- METASTASECTOMIE (foie, poumon)

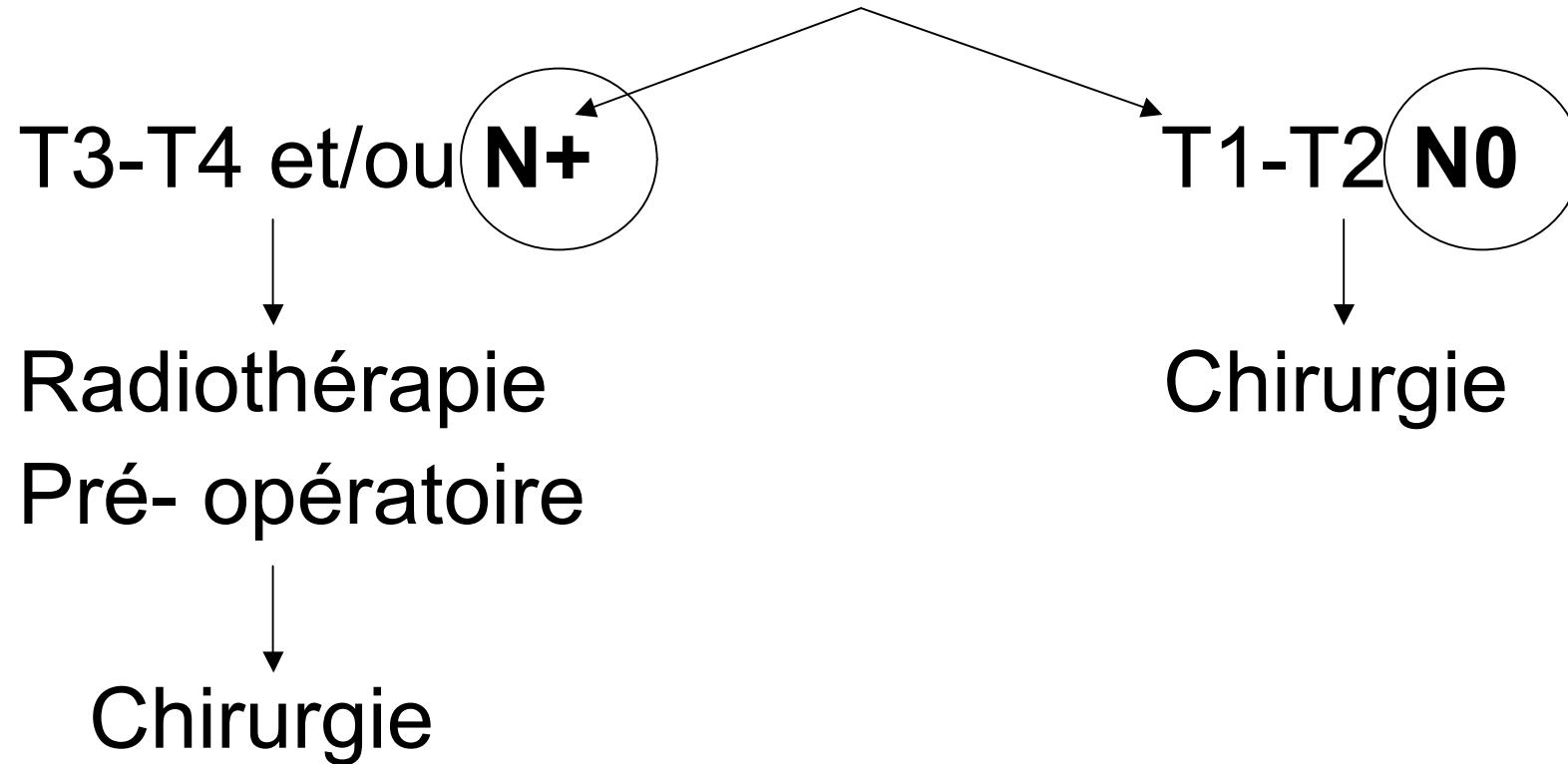
# MOYENS (3)

SURVEILLANCE accrue pendant 5ans

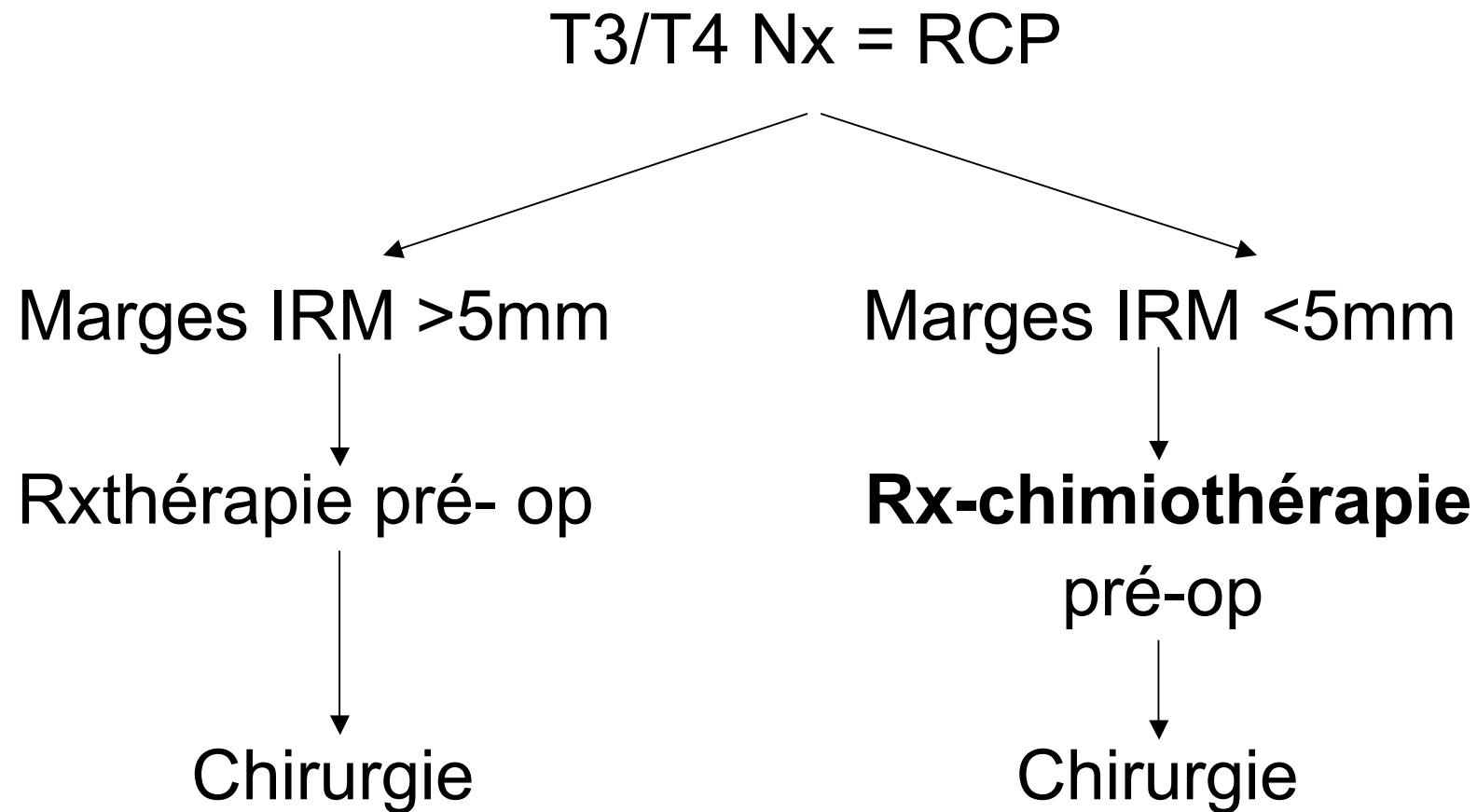
- Examen clinique
- Écho abdo: 3 à 6 mois pdt 3 ans puis /6mois
- Coloscopie: à 3 ans puis tous les 5 ans si normale jusqu'à 75 ans
- Rx de Thorax: tous les ans
- (EE ou IRM/TDM pelvien ??)

# INDICATIONS (1)

Cancer non métastatique



# INDICATIONS en 2006



# INDICATIONS (2)

## Métastases synchrones

- Résécables : CHIRURGIE
- Non Résécables :
  - Tumeur I asymptomatique : chimiothérapie palliative
  - Tumeur I symptomatique : traitement du primitif puis chimiothérapie

# INDICATIONS (3)

- Patients inopérables :  
= traitement palliatif local
- Petits cancers = < 2cm et T1N0 :
  - Tumorectomie après EE/IRM
  - Si embols vasc et/ou composant colloïde = chirurgie
  - Surveillance post-op (clinique et EE) 3 puis 6 mois

# RESULTATS (1)

- Stade I = T1-T2 N0 → 85% de survie
  - Stade II = T3-T4 N0
  - Stade III = N1-N2 M0 → 25% de survie
  - Stade IV = M1
- 
- **Survie globale tous cancers confondus légèrement inférieur à 40%**

# RESULTATS (2)

- Oncologiques :
  - Taux de récidive locale plus élevé après AAP vs Résection antérieure 15 vs <10%
- Fonctionnels :
  - RA: 50% « syndrome de la RA »
  - AAP: dysfonction urinaire/ sexuelle et stomie

# CONCLUSION

- Prise en charge **multidisciplinaire**
- Importance dans le bilan pré- opératoire de l' **IRM pelvienne (marge de sécurité circonférentielle ) => Rx expérimenté**
- Importance de l' **exérèse du mésorectum => chirurgien expérimenté**

# AVENIR

- Place de la chimiothérapie avant et après la chirurgie...
- Radiothérapie ou radio/chimiothérapie à la place de la chirurgie ...