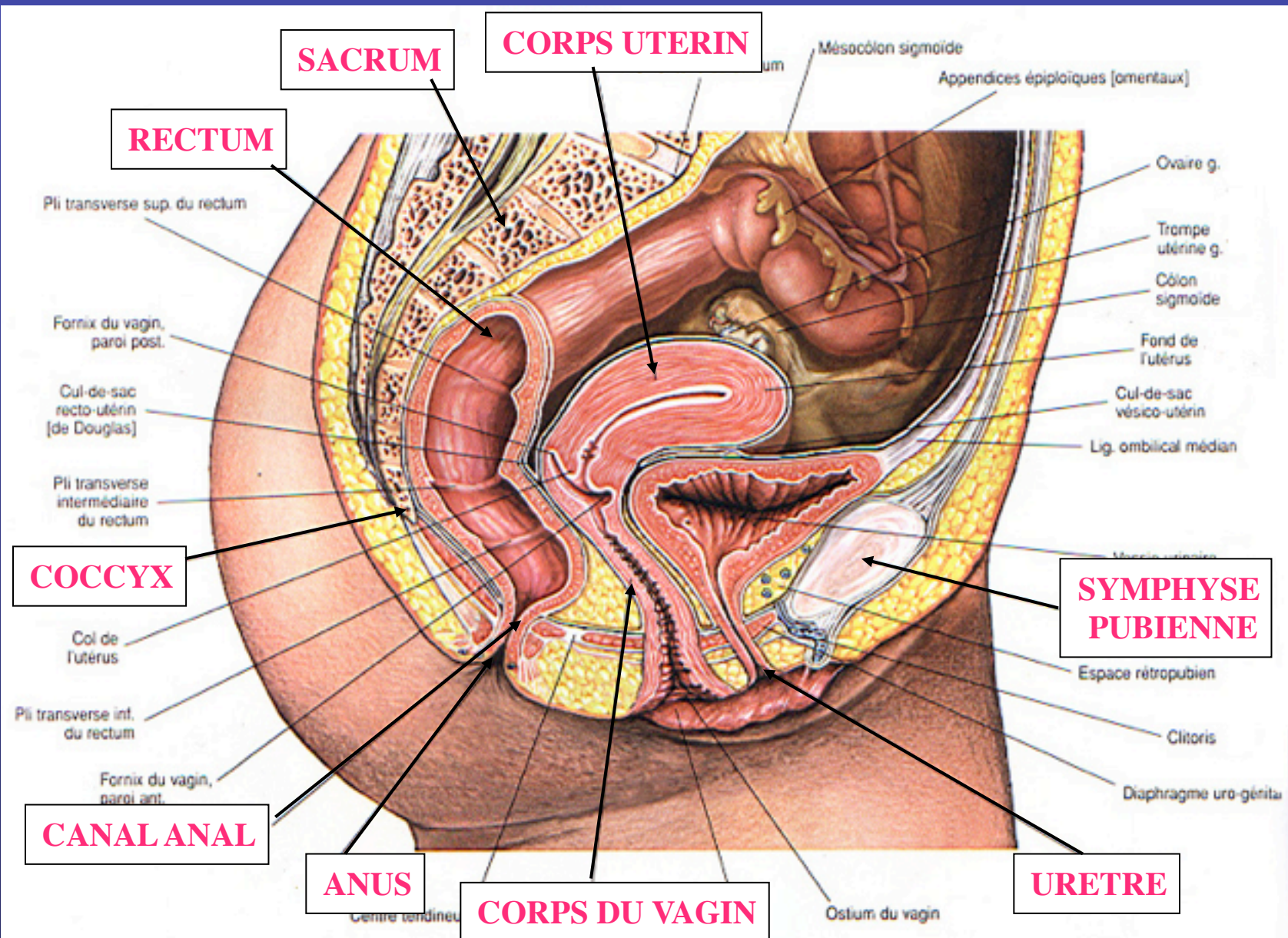


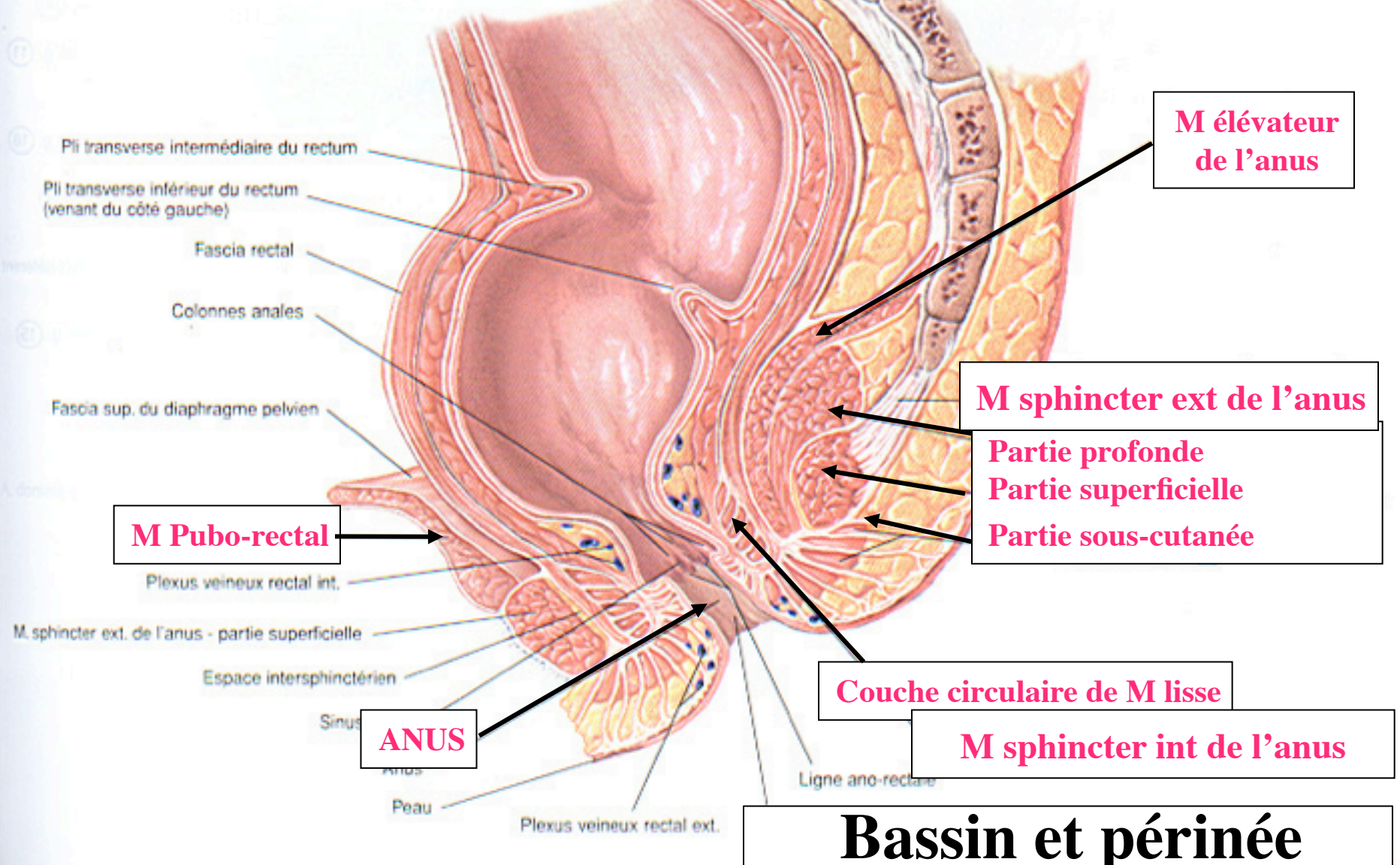
Pathologie Anorectale

Ludovic EVESQUE



Coupe médiane: vue latérale droite

CÔTÉ DROIT D'UNE COUPE MÉDIANE



M élévateur de l'an

M sphincter ext de l'an

Partie profonde
Partie superficielle
Partie sous-cutanée

M Pubo-rectal

Couche circulaire de M lisse

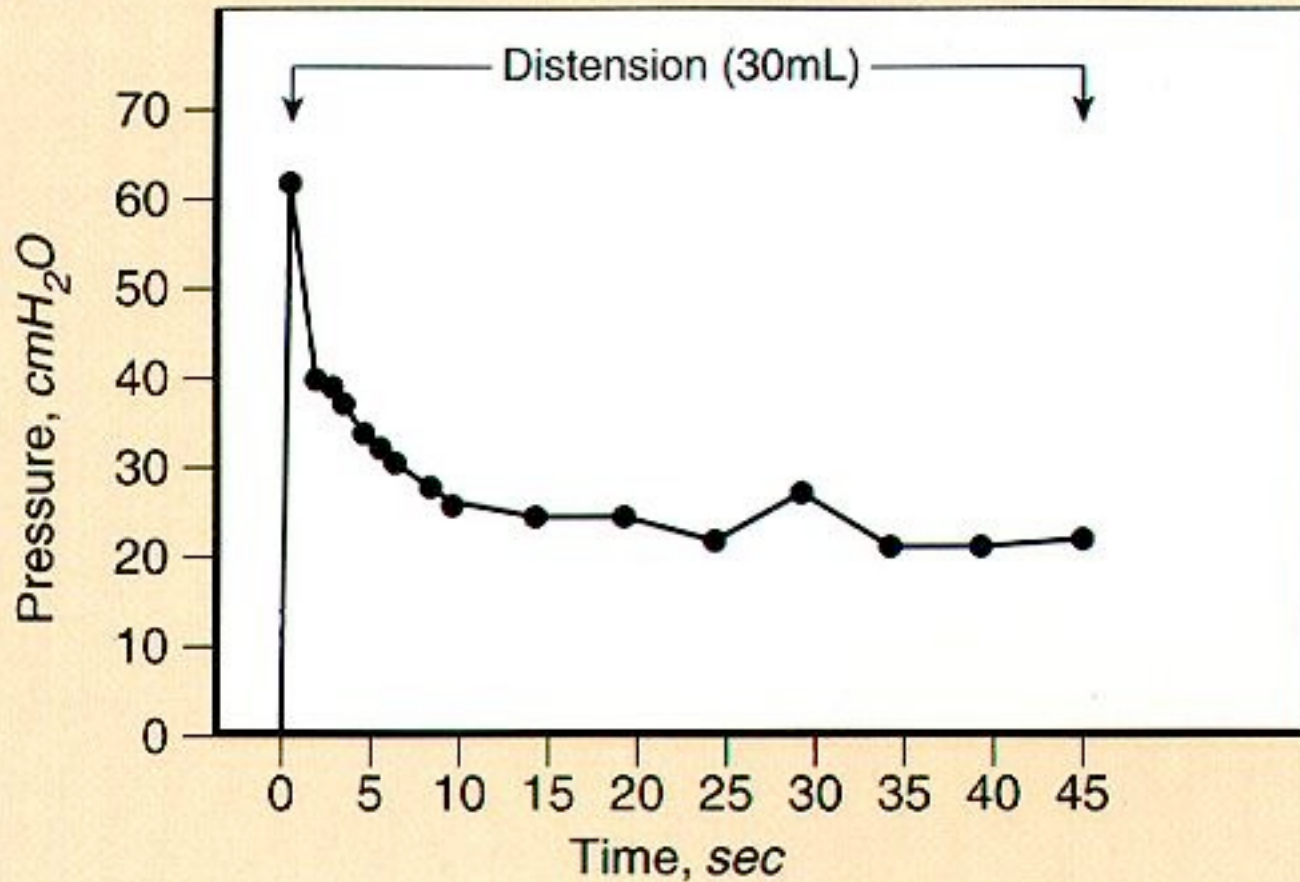
M sphincter int de l'an

ANUS

Bassin et périnée

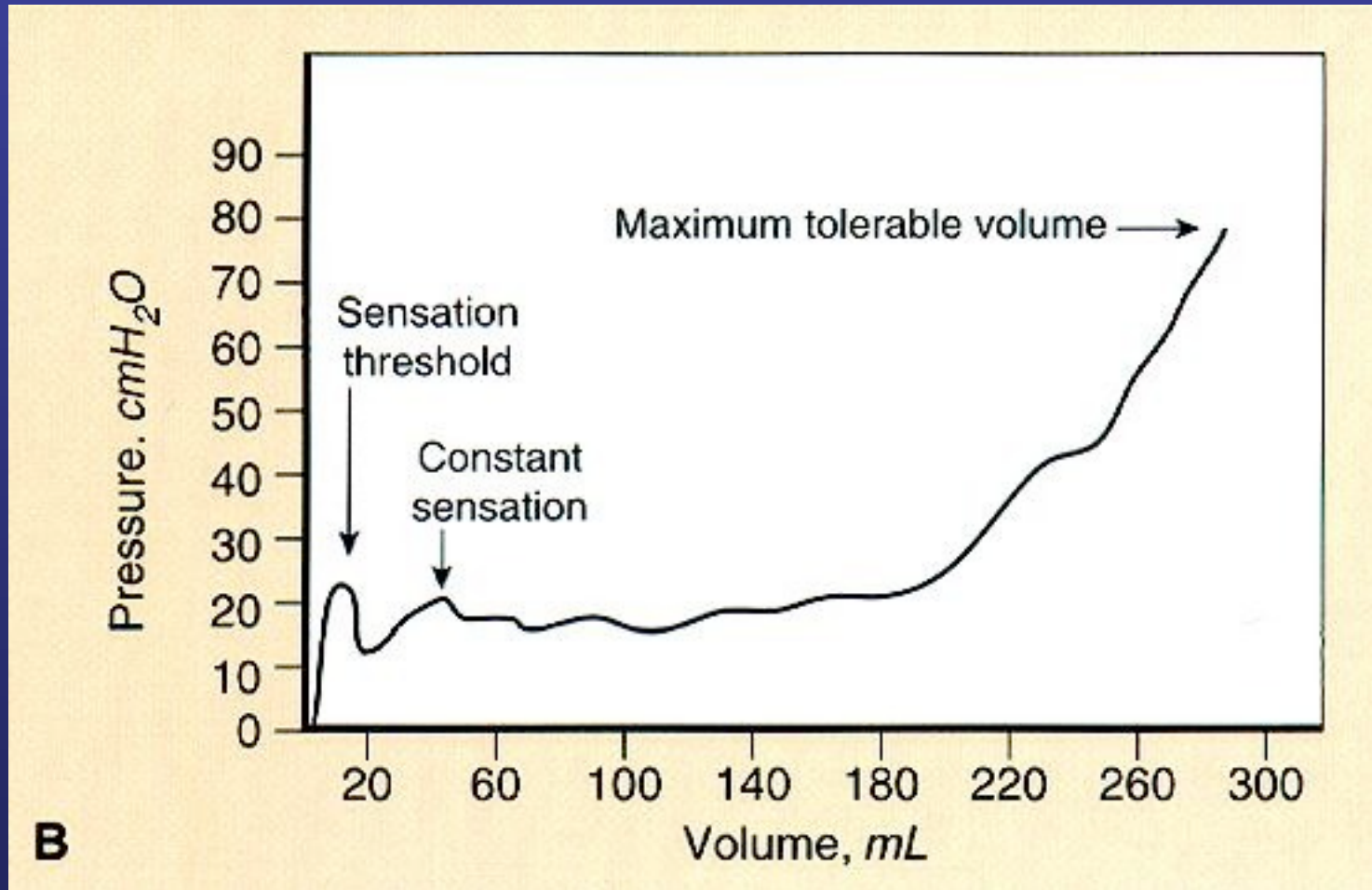
Physiologie Défécation

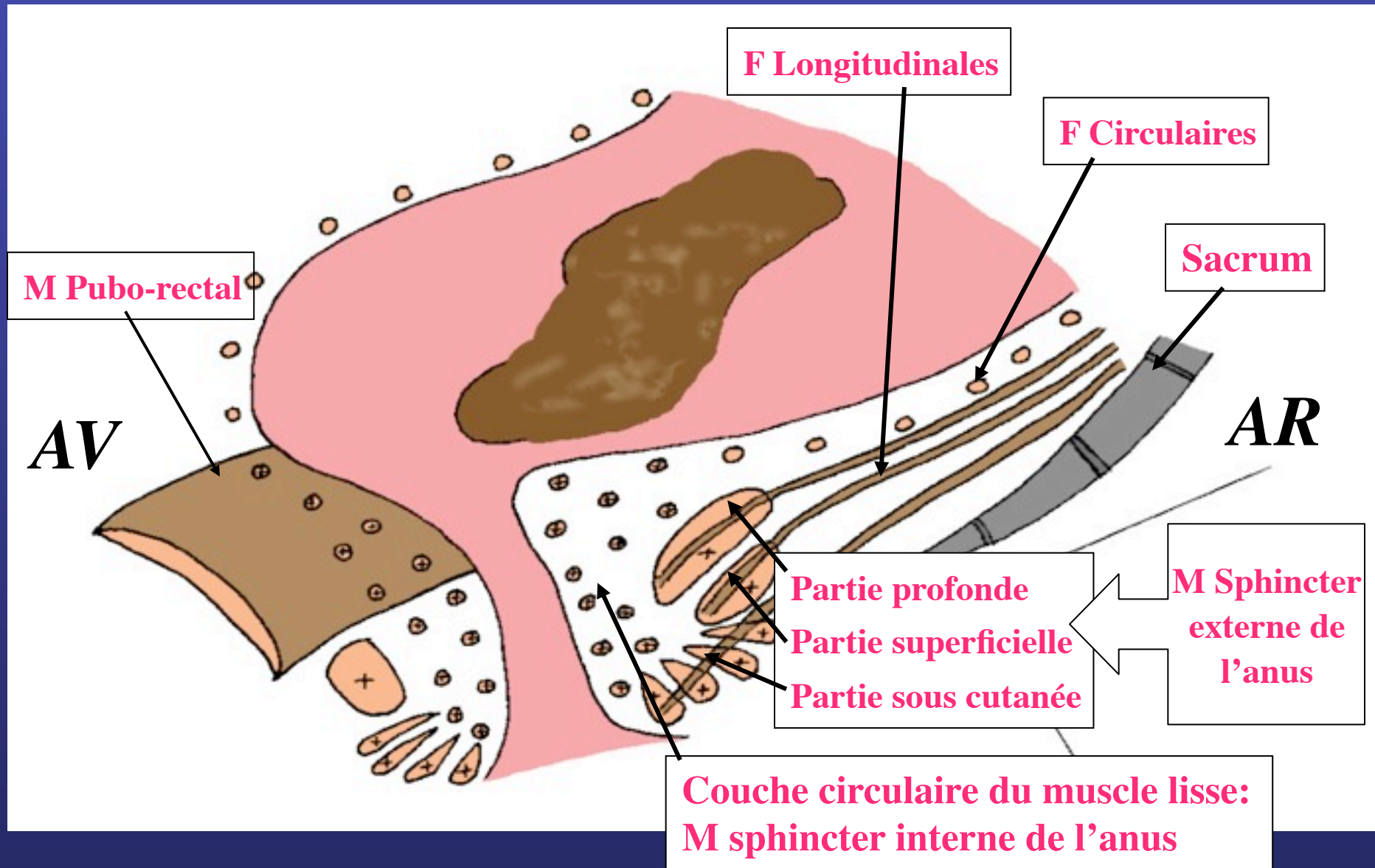
Compliance Rectale



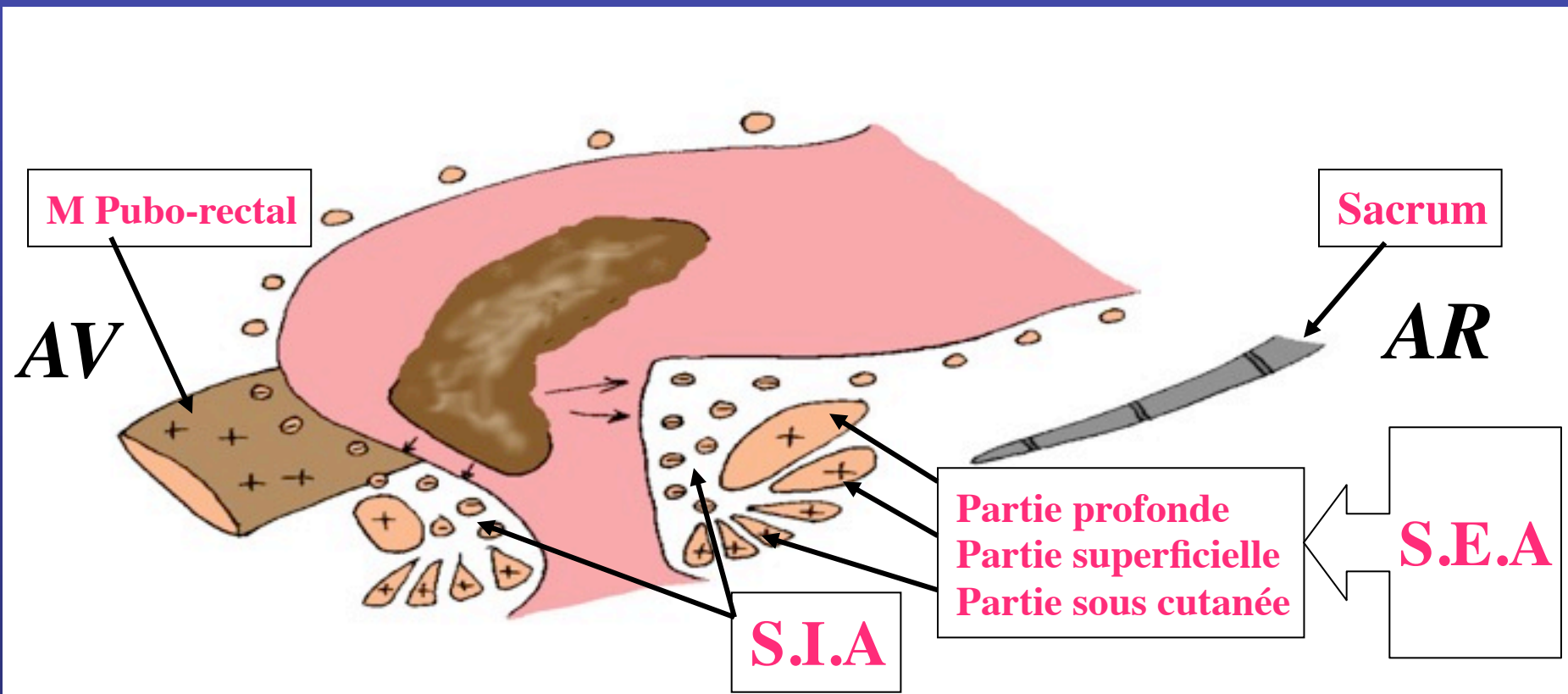
A

Compliance Rectale (2)





- **REPOS**: arrivée des matières avec stimulation des mécanorécepteurs du rectum

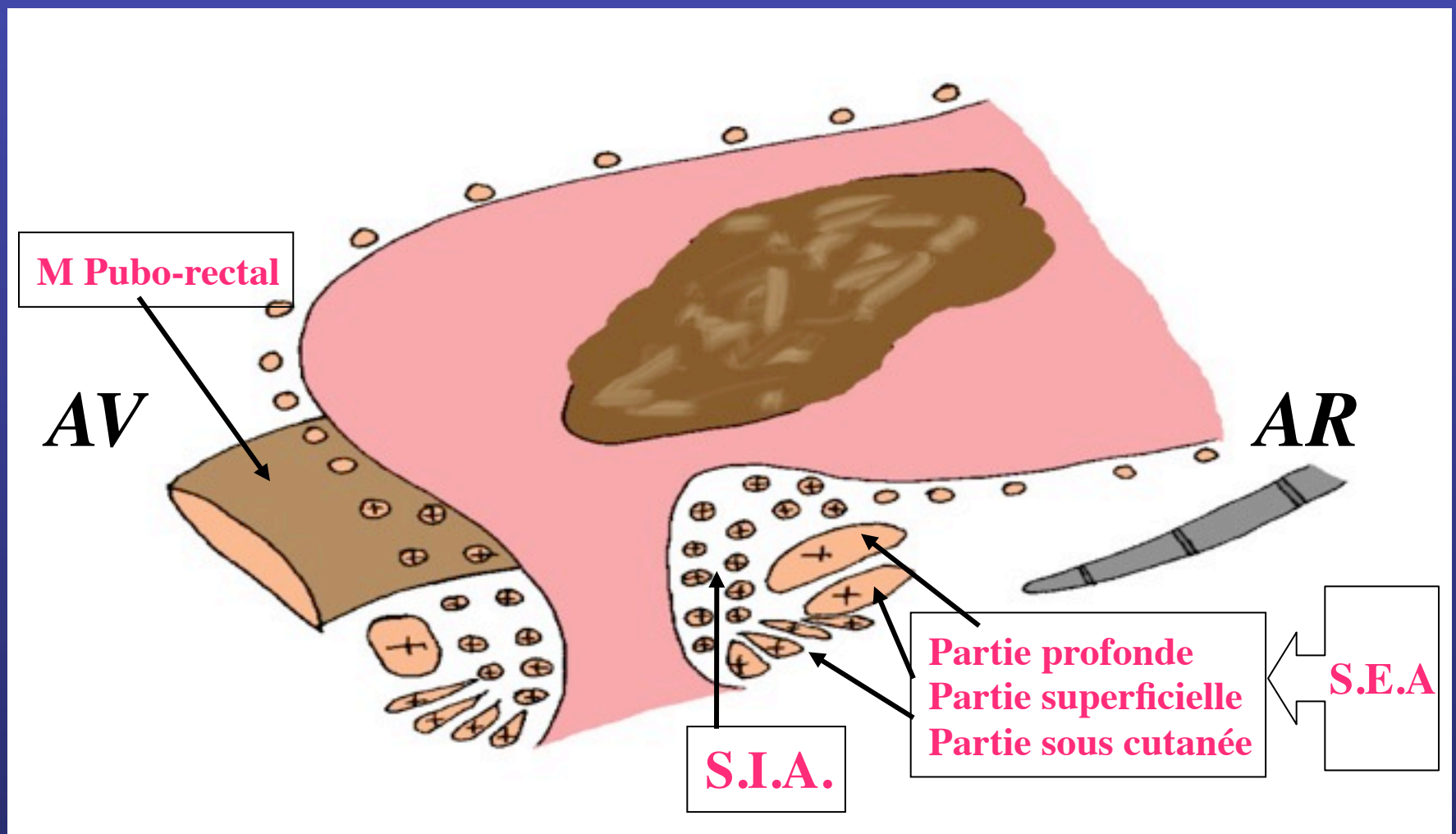


- 1° temps réflexe

Contraction rectale
 RRAI (ouverture SAI)
 RRAE
 Contraction du M pubo-rectal

« réflexe
 d'échantillonnage »

→ Passage des matières dans la partie haute du canal anal
 et analyse discriminative.

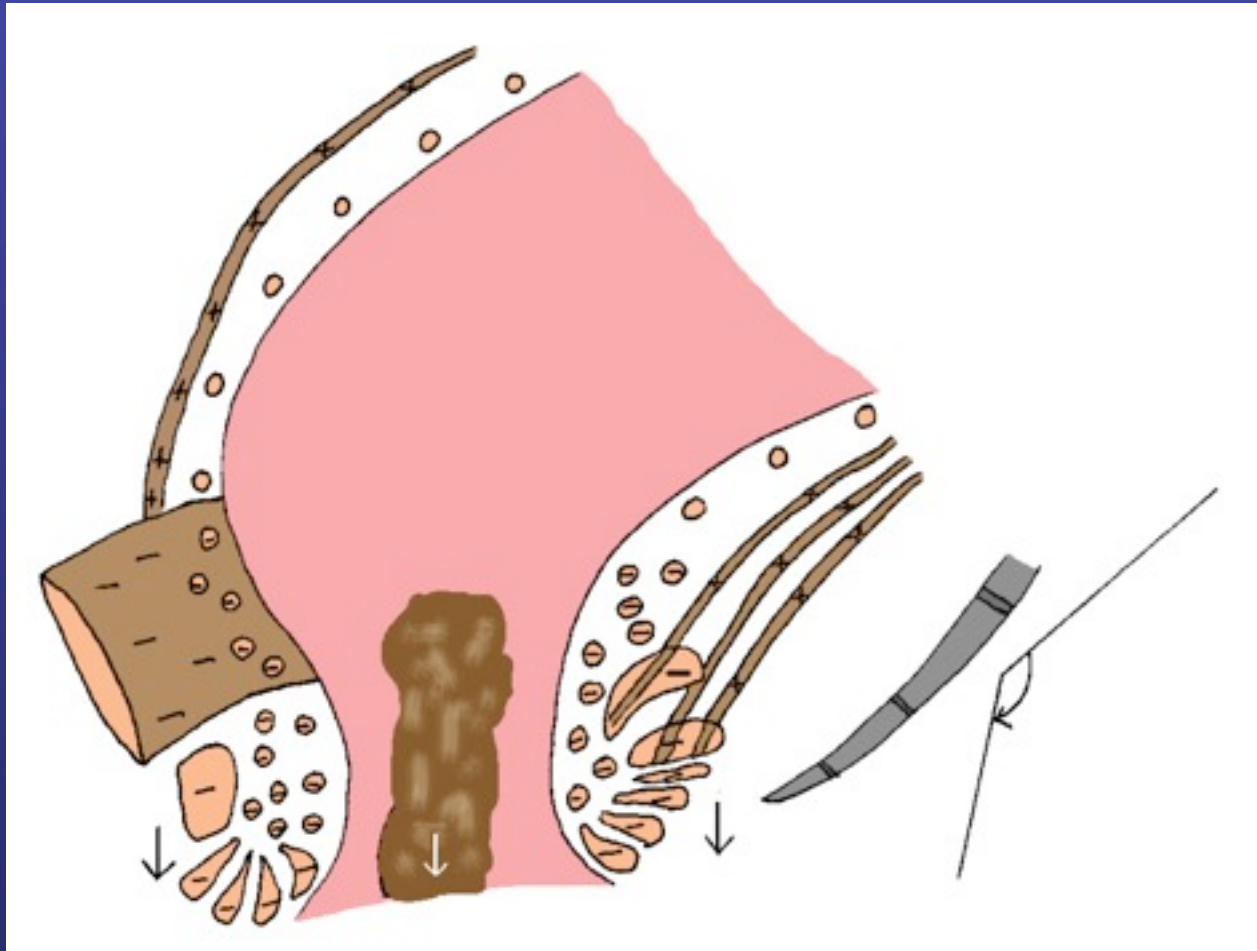


- Evacuation différée:

Contraction volontaire du SAE

Compliance rectale entraînant une disparition de l'envie

Retour à l'état de contraction du SAI



Exonération :

- Contraction des muscles de la paroi abdominale
- Relachement SIA, SEA, et Releveurs

LA DEFECATION

Synergie entre 2 mécanismes permettant défécation correcte

Propulsion

- Contraction rectale
- Contraction abdominale
- Contraction diaphragmatique

Baisse résistances

- RRAI
- Relachement Sphincter anal externe
- Relachement tonus releveurs

PHYSIOPATHOLOGIE

En cas d'anomalie de cette action synergique :

- Troubles de l'évacuation
- En pratique constipation dite « distale »
- Appelée également DYSCHEISIE
- Risque ultérieur de troubles de la statique pelvienne

SYNDROME DYSCHÉSIQUE

- Cliniquement :
- Trouble de l'évacuation rectale
- Efforts de poussée intenses
- Émissions de selles fractionnées
- Sensation d'évacuation rectale incomplète
- Manœuvres lors de la défécation
 - Pression abdominale,
 - Digitation endovaginale ou endoanale

SYNDROME DYSCHESIQUE (2)

- Fréquence des selles (cahier)
- Aspect :
 - volumineuse (bouchon)
 - ou petites en forme de billes (scyballes)
- Ancienneté :
 - récent (signe d'alarme)
 - depuis toujours
- Traitements pris : laxatifs
- Signes associés : douleur abdominale, sang dans les selles, AEG

EXAMEN CLINIQUE

- Complet
- Poids, taille
- Adénopathies
- Orifices herniaires
-
- TR :
 - Présence de selles dans l'ampoule rectale non ressenties par le patient

EXAMEN PROCTO



Position Genu-Pectorale

OU



Décubitus Latéral Gauche

EXAMEN PROCTO



Fig. 27.3. Un éclairage suffisant permet une analyse fine des plis radiés du canal anal (aspect normal).



Fig. 27.4. L'examen proctologique comporte également l'analyse visuelle du canal anal.

Etape 1 : Inspection marge

! Bonne installation, bon éclairage

EXAMEN PROCTO

Etape 2 : Toucher rectal

On évalue :

- Tonicité sphinctérienne
- Relachement lors effort poussée
- Présence prolapsus
- Présence d'une masse
- Pour les hommes : évaluation prostatique



EXAMEN PROCTO

Etape 3 : Anuscopie

Visualisation canal anal – procidence hémorroïdaires
Bas de la muqueuse rectale (rectite)



Fig. 27.5. L'anoscope.
Il est constitué de deux parties indépendantes : le corps creux permet l'analyse visuelle et la réalisation de gestes instrumentaux. Le mandrin au centre permet d'introduire le dispositif dans le canal anal de façon atraumatique.

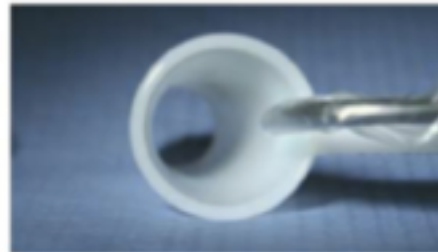


Fig. 27.6. L'anoscope est utile à l'examen de l'aspect muqueux du canal anal. Il permet d'analyser les hémorroïdes internes.

CONTINENCE FECALE

La continence fécale repose sur :

- Un système capacitif (rectum)
- Un système résistif (Sphincters de l'anus et muscles releveurs de l'anus)
- Une sensibilité ano-rectale très spécifique

INCONTINENCE FECALE

Les incontinenances anales peuvent résulter d'une :

- Baisse de la sensibilité AR
- Baisse de la compliance rectale
- Atteinte de l'appareil sphinctérien
- Atteinte neurologique, ou d'une neuropathie d'étirement

Cliniquement,

A l'examen on va rechercher :

A l'interrogatoire :

- Atcd de traumatismes obstétricaux
- Impériosités +++
- Altération discrimination gaz/selles
- Souillure sous vêtements
- Surpoids / Toux chronique
- Incontinence urinaire associée

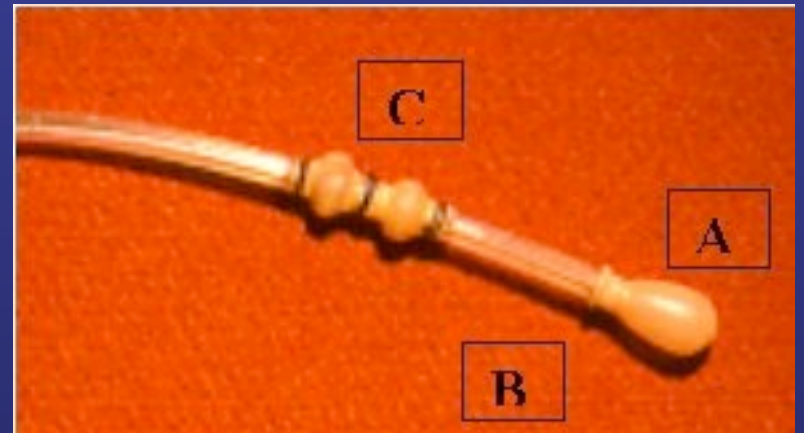
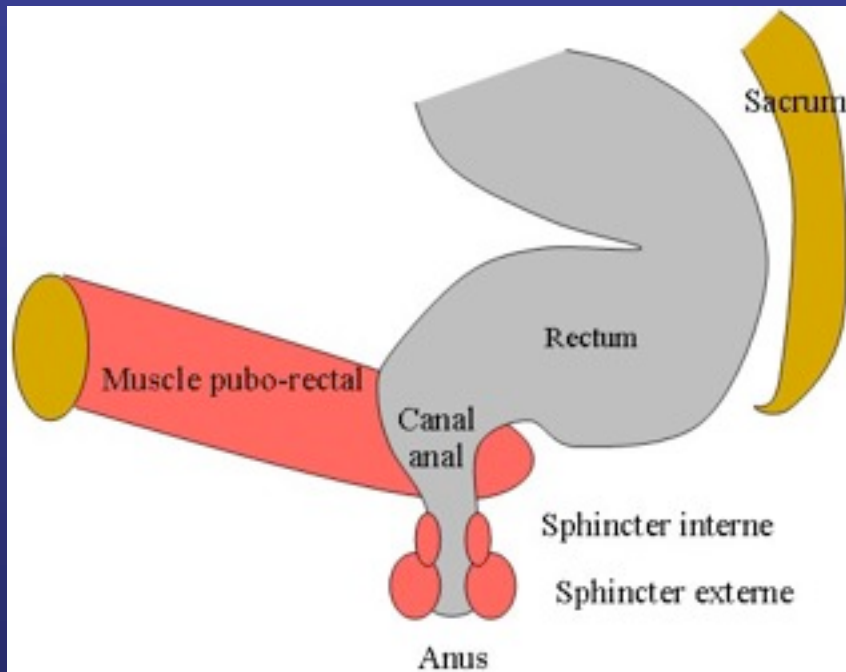
A l'examen physique :

Hypotonie sphinctérienne

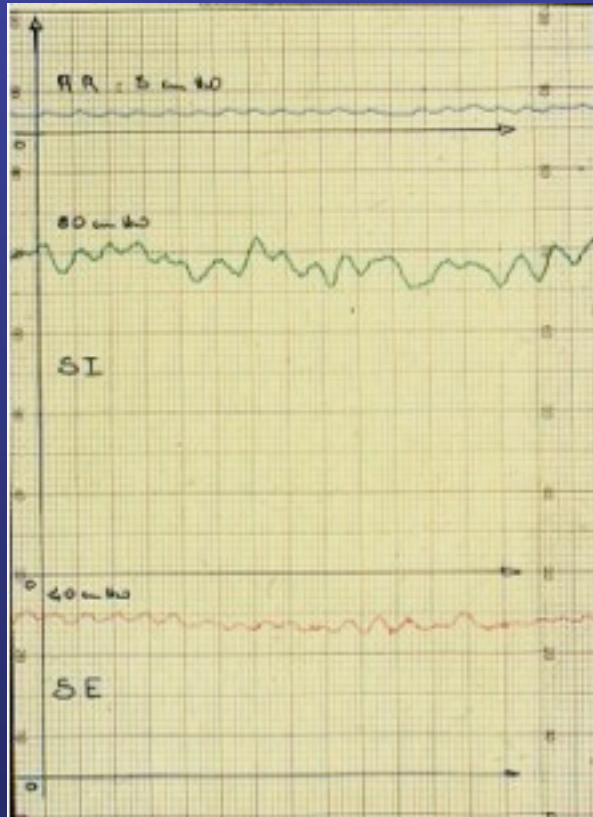
Macération

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

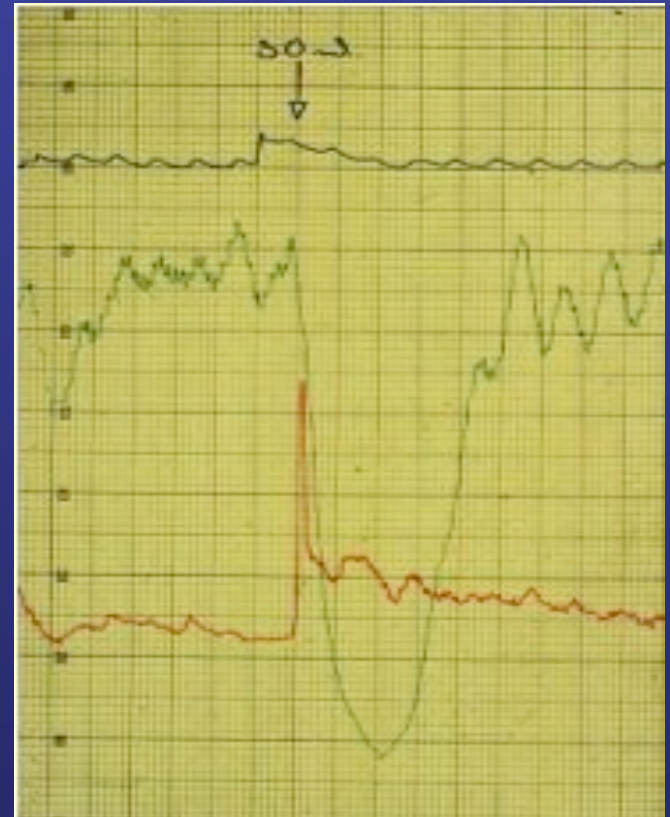
Manometrie anorectale



Tracé recueilli



Repos

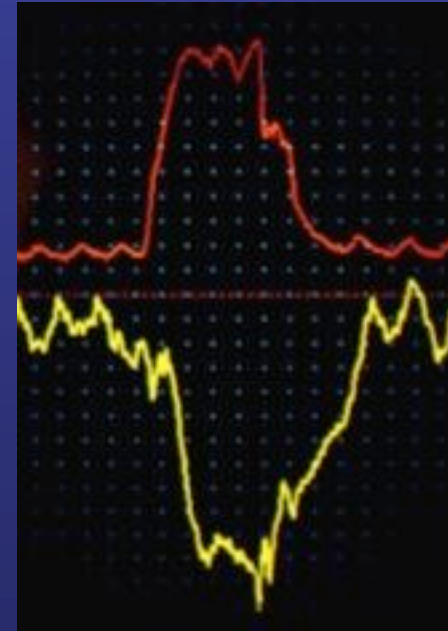


RRAI / RRAE

Tracé recueilli



Contraction volontaire



Effort de poussée

Défécographie



Permet détection troubles de la statique pelvienne

Aspects Imagerie

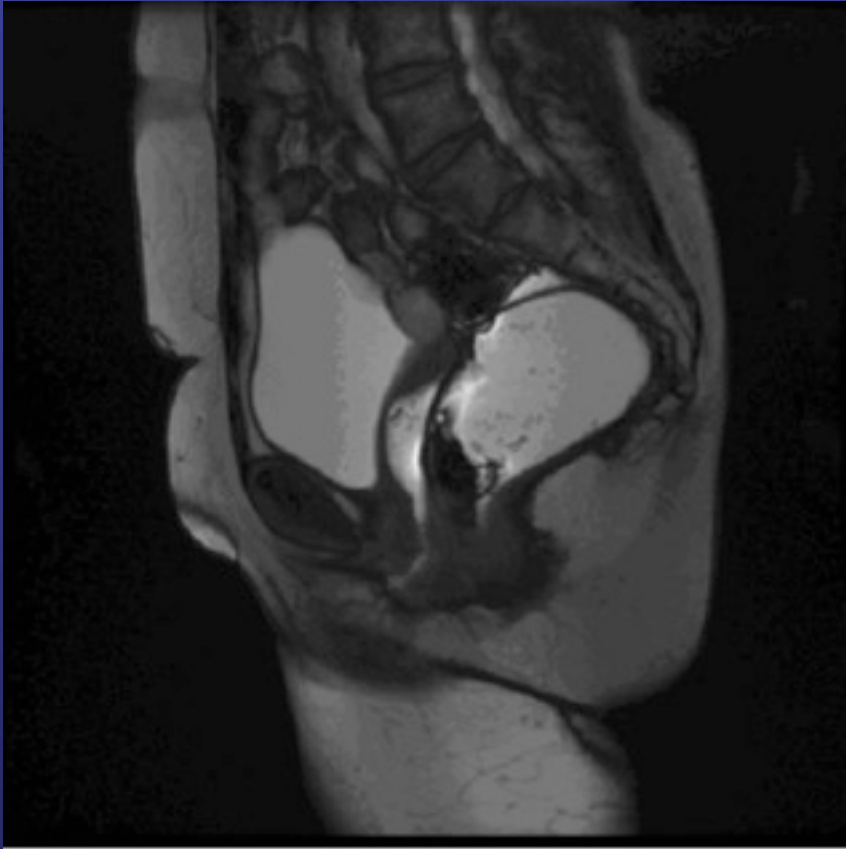


Repos

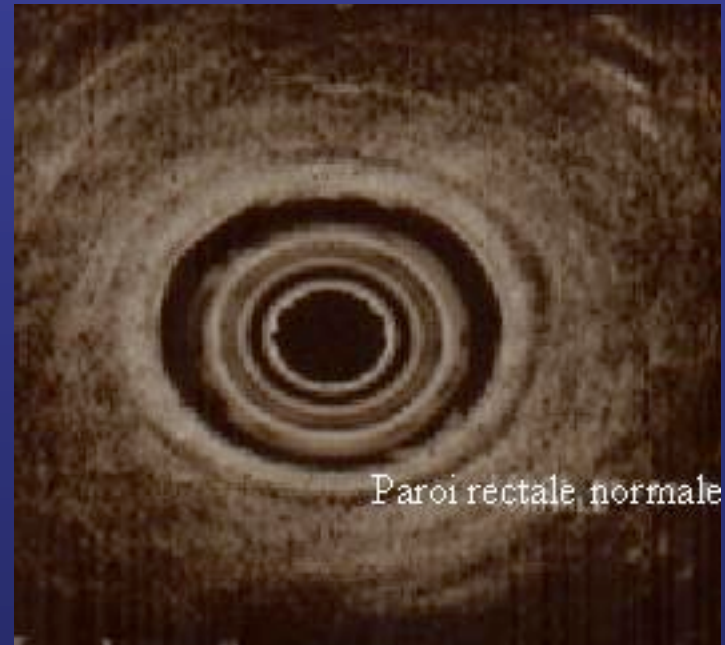


Effort de poussée

Autres modalités



IRM Pelvienne Dynamique



Echoendoscopie Ano-Rectale

Syndrome rectal

- Ensemble des symptômes cliniques liés à une atteinte du rectum :
 - Aigus
 - Chroniques
- Association de douleurs et troubles défécatoires

Syndrome rectal

- Épreinte :
 - douleur pelvienne de type expulsif
 - souvent accentuée par la défécation
- Ténésme :
 - Sensation de tension douloureuse intra-anale profonde ou intra-rectale
- Faux-besoins :
 - Envies défécatoires aboutissant à l'émission de glaires ± sanglantes, souvent afécales.

Interrogatoire

- Date d'apparition
- Mode évolutif : continu, intermittent,
- Intensité
- Horaires : diurnes, nocturnes
- Signes associés
 - Transit : constipation, diarrhée
 - Pesanteurs pelviennes
 - Exonération fécale :
 - syndrome dyschésique, impériosité
 - Continence : incontinence

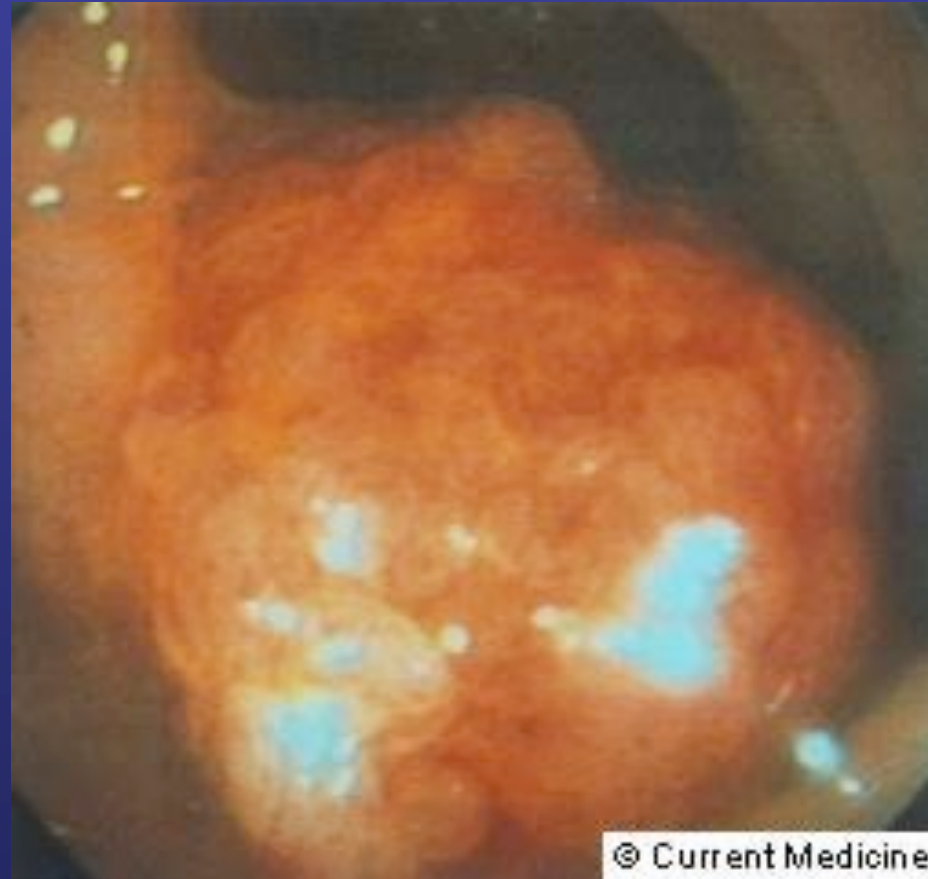
Examen clinique

- Examen complet
- Recherche signes infectieux
- Recherche altération état général
- Notion de contagé, Séjour étranger
- Incontinence associée
- Toucher rectal :
 - Décubitus dorsal, poings sous les fesses, jambes fléchies
 - Respect de l'intimité du patient

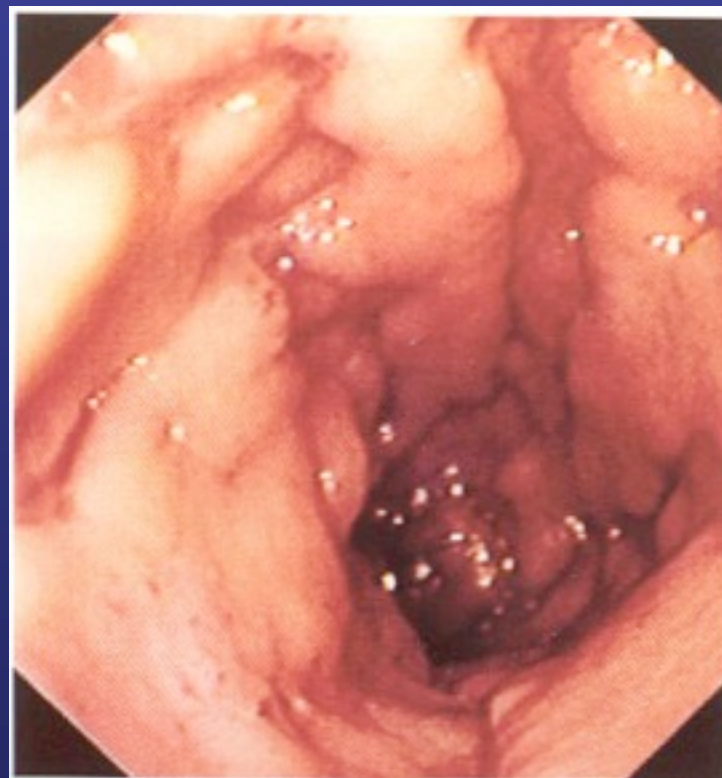
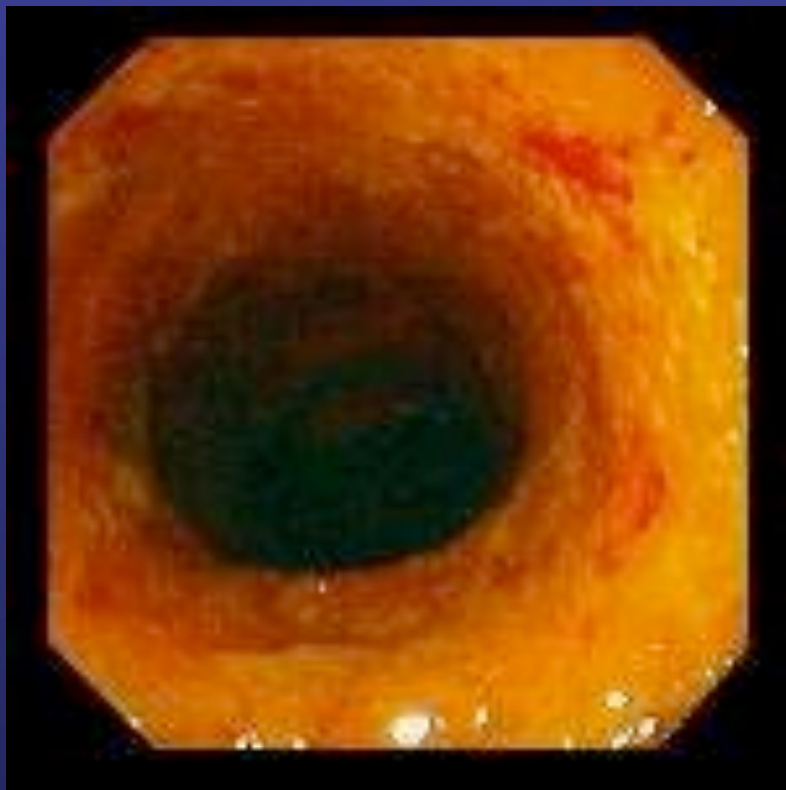
Étiologie

- Fécalomes et corps étrangers
 - Fécalome : compaction de matière solide dans le rectum, constipation
- Rectite :
 - Inflammation rectale : maladies inflammatoires intestinales,
 - Infections : bactérienne, virale
- Tumeurs du rectum

Cancer du rectum

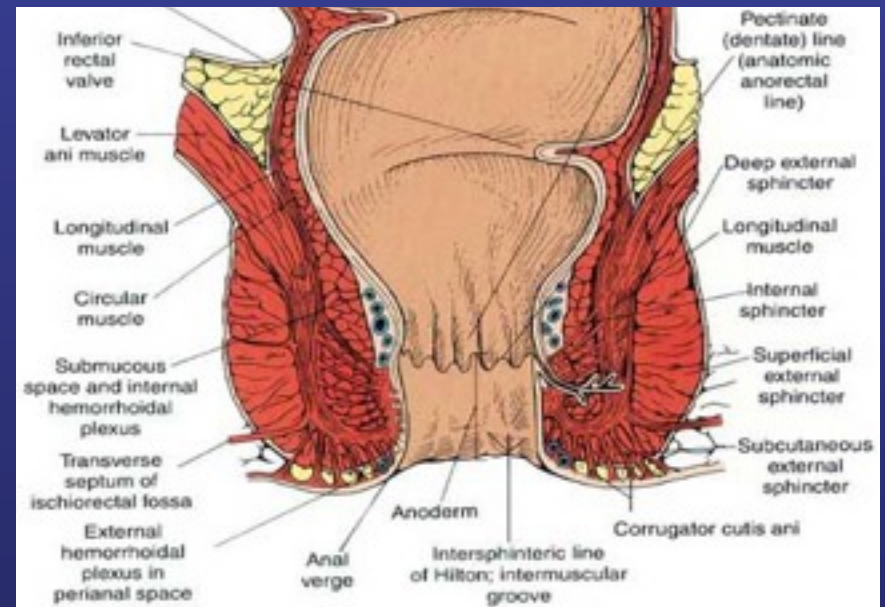


Maladie inflammatoire



Hémorroïdes

- Plexus veineux
- Interne : au-dessus ligne pectinée
- Externe : sous cutané dans les plis radiés de l'anus



Maladie hémorroïdaire

- Langage commun : symptômes anaux
- Il faut faire préciser :
 - Douleurs anales (Proctalgies)
 - Rectorragies
 - Suintement anal (tachant le slip)
 - Prurit anal
 - Perception d'une masse périanale

Saignement canalaire

- Rectorragies (anorragies)
- Émission de sang rouge (rutilant) lors d'un épisode défécatoire
- Habituellement non mélangé aux selles
- Importance très variable
 - Traces sur le papier
 - Goutte à goutte dans la cuvette
 - Rarement : syndrome anémique

Thrombose hémorroïdaire

- Facteur favorisant : exercice physique, contrainte mécanique, accouchement
- Douleur anale : intensité +++++, augmentée en position assise, marche
- Survenue brutale
- Thrombose externe ++ : tuméfactions bleutées, réaction oedémateuse
- Thrombose interne : tuméfactions « accouchée » par l'anus.

Thromboses



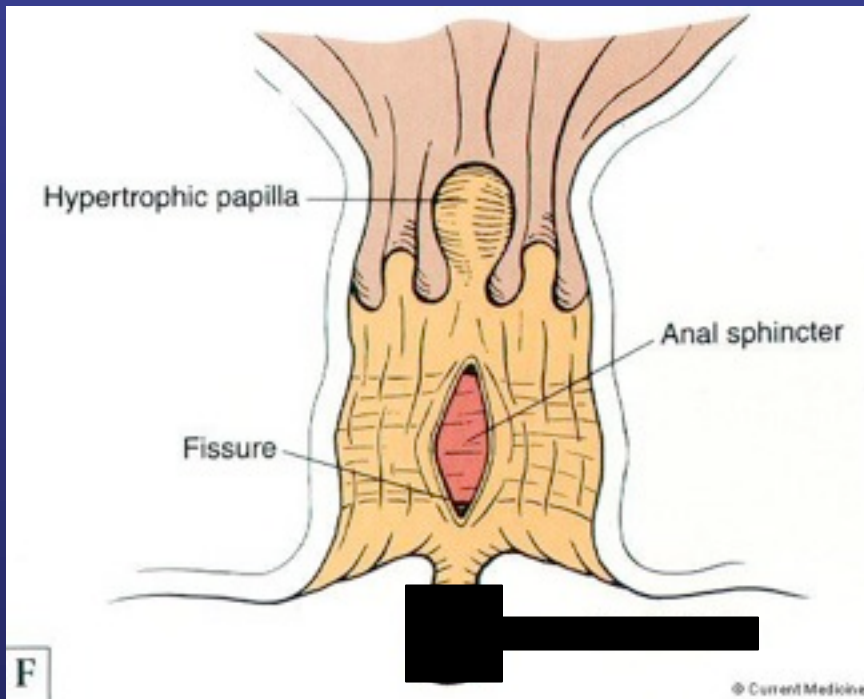
Autres symptômes

- **Prurit**
- **Prolapsus hémorroïdaire**
 - Passage d'une hémorroïde par l'anus
 - Lors d'un effort défécatoire
 - Permanent

Syndrome fissuraire

- **Fissure anale :**
 - **Ulcération superficielle sous-pectinéeale du canal anal**
- **Facteur favorisant : constipation, grossesse**
- **Douleur rythmée par les selles :**
 - 1 - Provoquée par la défécation, lors du passage de la selle**
 - 2 - Réapparition, intensité accrue, prolongée**

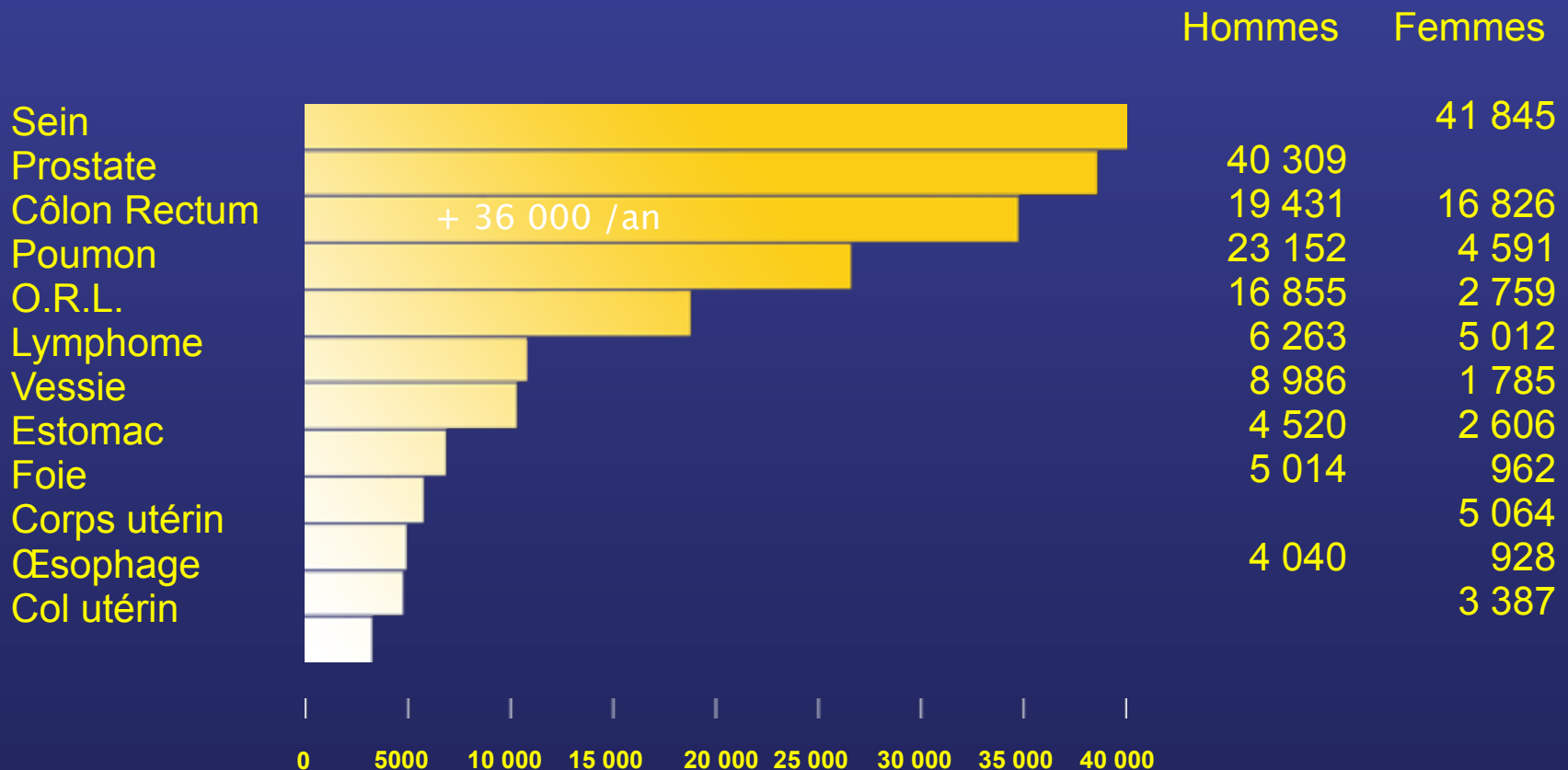
Fissure anale



Cancer colorectal

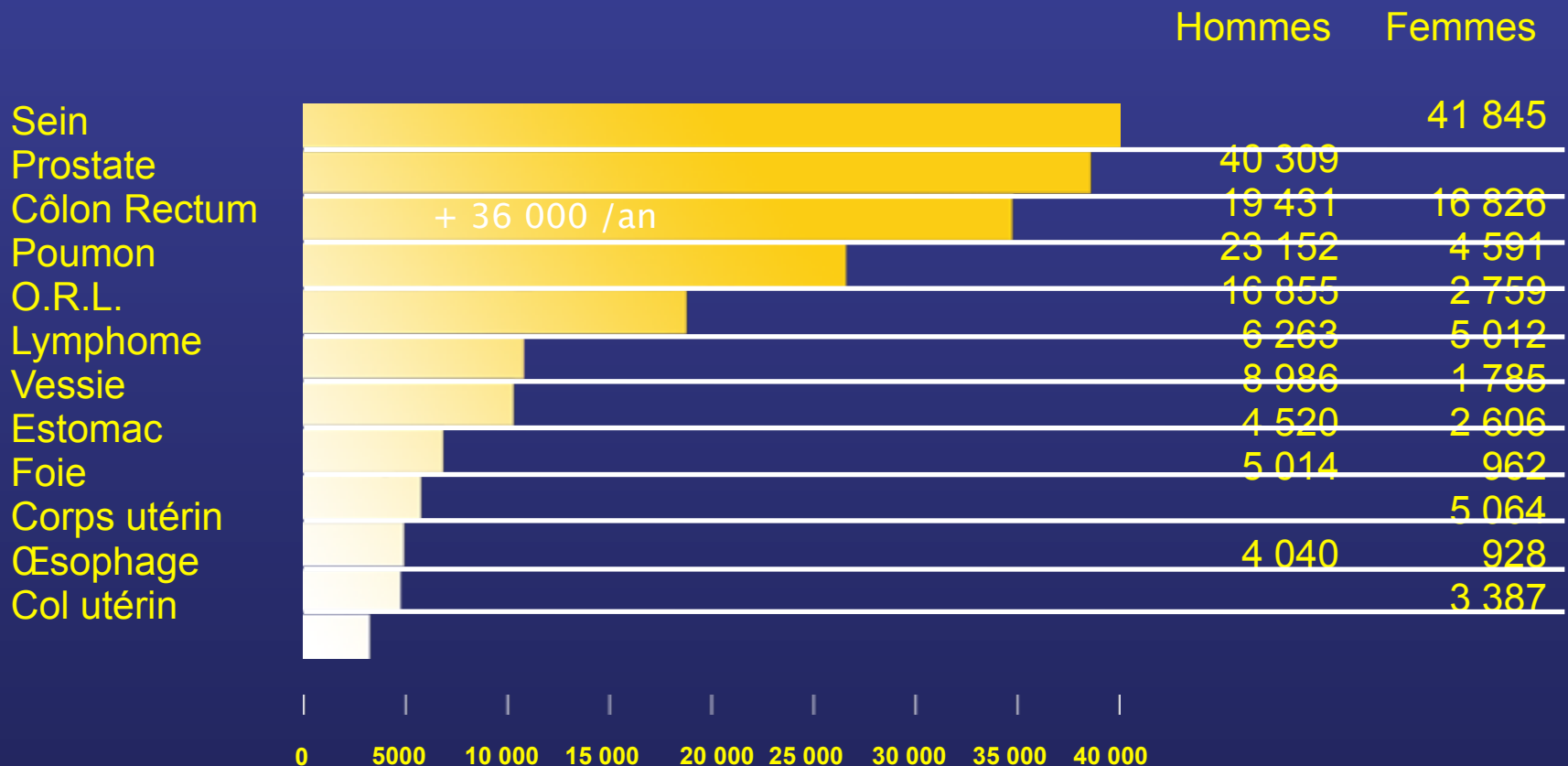
Incidence des cancers

En France, en 2000, **le cancer du sein et le cancer colo-rectal se situent dans les premiers rangs des cancers.**



Incidence des cancers

En France, en 2000, **le cancer du sein et le cancer colo-rectal se situent dans les premiers rangs des cancers.**





Épidémiologie du cancer colo-rectal en France





Épidémiologie du cancer colo-rectal en France

➔ Le cancer colo-rectal est **rare avant 50 ans**



Épidémiologie du cancer colo-rectal en France

- ➔ Le cancer colo-rectal est **rare avant 50 ans**
- ➔ L'incidence augmente rapidement à partir de 50 ans

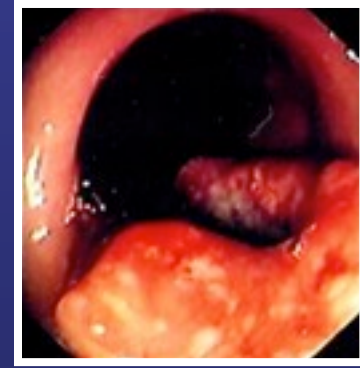
Épidémiologie du cancer colo-rectal en France

- ➔ Le taux de **survie** brute à 5 ans, en France, est de **45 %**
- ➔ Le taux de survie des cancers de stade précoce (stade 1) est de **90 %**
- ➔ Le cancer colo-rectal représente **16 800 décès** par an en 2000

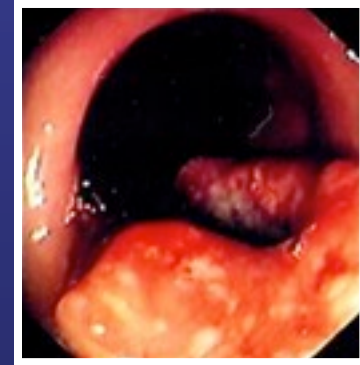
Séquence adénome-cancer



Adénome



Séquence adénome-cancer



Adénome



Adénome >1 cm
Composante villose
Dysplasie sévère



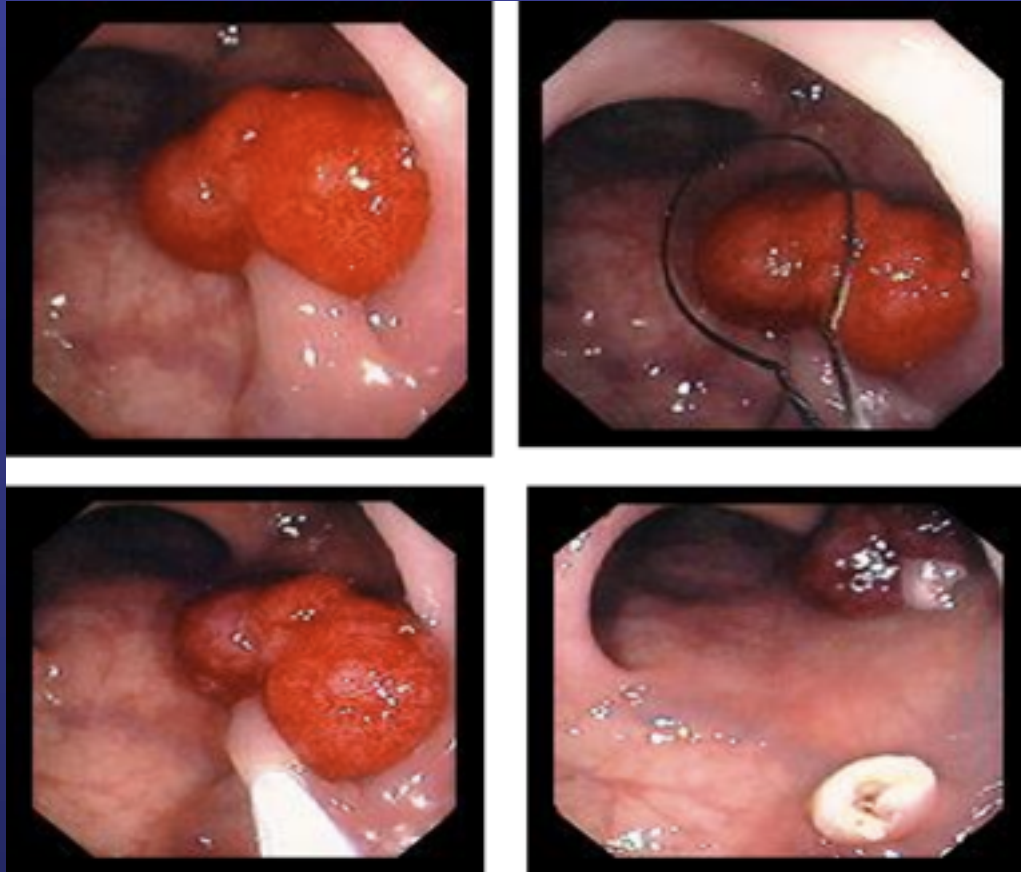
Cancer



Les polypes adénomateux

- ➔ Après 65 ans, **un tiers** de la population a des **polypes adénomateux**.
- ➔ Les gros adénomes et les cancers **saignent le plus souvent de façon intermittente et occulte** (environ 2 à 3 fois par semaine).
- ➔ Les cancers, comme les adénomes qui les précèdent, se développent longtemps silencieusement **sans symptôme**.

POLYPECTOMIE



Facteurs de risque du cancer colo-rectal

- ➔ **Formes sporadiques** (95% des cas) :
en général après 50 ans
- ➔ **Formes familiales** (5% des cas) :
en général avant 50 ans
 - ➔ la polypose adénomateuse familiale
 - ➔ le syndrome de cancer colique sans polypose (HNPCC)

Les sujets à risques du cancer colo-rectal

➔ Sujets à risque très élevé dans les formes héréditaires (1/2)

➔ **La polypose adénomateuse familiale**

Un syndrome autosomique dominant affectant environ 1 individu sur 10 000. Les sujets atteints développent tous un cancer colo-rectal. Seule une colectomie totale préventive peut éviter une évolution maligne. Dans ces familles, près d'un individu sur deux sera atteint d'un cancer colo-rectal.



Consultation d'oncogénétique

***Pour les sujets porteurs** de la mutation : colectomie totale au début de l'âge adulte. Dans les familles où la mutation délétère n'a pu être identifiée, une surveillance par coloscopie courte annuelle doit être faite à partir de la puberté jusqu'à 40 ans. Les membres de la famille qui ne sont **pas porteurs de la mutation** sont dispensés de surveillance endoscopique.*

Les sujets à risques du cancer colo-rectal

➔ Sujets à risque très élevé dans les formes héréditaires (2/2)

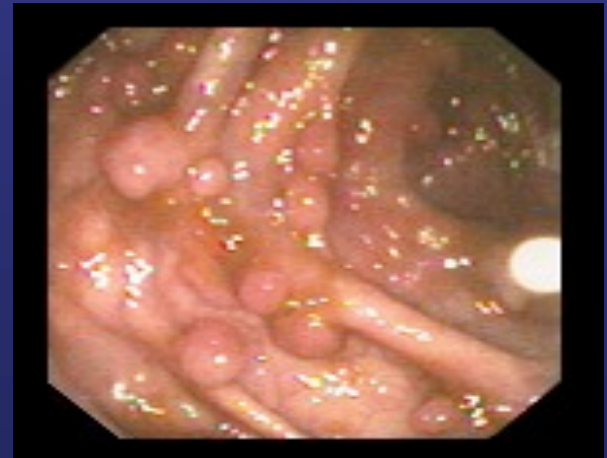
➔ **Le syndrome de cancer colique sans polypose** (ou syndrome de Lynch ou syndrome HNPCC)



Consultation d'oncogénétique

Pour les sujets atteints de la mutation ou dans les familles où la mutation délétère n'a pu être identifiée, une coloscopie totale doit être faite tous les deux ans à partir de 25 ans ou 5 ans avant l'âge qu'avait, au moment du diagnostic, le cas le plus précoce de la famille ; examen gynécologique annuel après l'âge de 30 ans avec échographie endo-vaginale complétée d'un frottis.

Polypose



Les sujets à risques du cancer colo-rectal

→ Sujets à risque élevé (1/2)

Le risque de cancer colo-rectal est augmenté :

- Chez les sujets ayant des **antécédents personnels** de cancer colo-rectal ou d'adénome > 1 cm
(risque x 3 en cas de lésion unique, x 6 en cas de lésions multiples).
- Chez les **apparentés au 1er degré** de sujets atteints d'un cancer colo-rectal
(risque x 1,5 si cas index > 65 ans, x 3 entre 45 et 65 ans, x 5 avant 45 ans ou si deux parents atteints).



Coloscopie de dépistage si cas index < 65 ans,
*si plus âgé, choix de la stratégie de dépistage après
information éclairée du fait de la faible augmentation du
risque.*

Les sujets à risques du cancer colo-rectal

→ Sujets à risque élevé (2/2)

Le risque de cancer colo-rectal est augmenté :

→ En cas de rectocolite ulcéro-hémorragique et de maladie de Crohn

↻ En cas de pancolite au moment du diagnostic, **une coloscopie de dépistage** tous les deux ans, après 15 à 20 ans d'évolution de la maladie, peut être proposée.

Les sujets à risques du cancer colo-rectal

➔ Sujet à risque moyen

La population cible du dépistage organisé, soit les personnes de 50 à 74 ans (15,6 millions de personnes)

Risque de cancer colorectal au cours de la vie par âge et sexe, dans la population générale

	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-70 ans	70-74 ans
Homme	1/748	1/382	1/219	1/113	1/59	1/36	1/22
	0,1%	0,3%	0,5%	0,9%	1,7%	2,7%	4,5%
Femme	1/951	1/443	1/247	1/145	1/88	1/59	1/39
	0,1%	0,2%	0,4%	0,7%	1,1%	1,7%	2,5%





Groupes à risque



Groupes à risque

Risque élevé

- ATCD familiaux de CCR ou d'adénome >1 cm avant 60 ans
- ATCD personnel de CCR ou d' adénome > 1 cm
- Pathologie à risque (MICI ..)

20 %



Groupes à risque

Risque élevé

- ATCD familiaux de CCR ou d'adénome >1 cm avant 60 ans
- ATCD personnel de CCR ou d' adénome > 1 cm
- Pathologie à risque (MICI ..)

20 %

Risque très élevé

- Polypose recto colique familiale
- ◆ HNPCC
- Le risque est supérieur à 80 %

2 à 5 %



Groupes à risque

Risque élevé

- ATCD familiaux de CCR ou d'adénome >1 cm avant 60 ans
- ATCD personnel de CCR ou d' adénome > 1 cm
- Pathologie à risque (MICI ..)

20 %

Risque très élevé

- Polypose recto colique familiale
- ◆ HNPCC
- Le risque est supérieur à 80 %

2 à 5 %





Groupes à risque

Risque élevé

- ATCD familiaux de CCR ou d'adénome >1 cm avant 60 ans
- ATCD personnel de CCR ou d' adénome > 1 cm
- Pathologie à risque (MICI ..)

20 %

Risque très élevé

- Polypose recto colique familiale
- ◆ HNPCC
- Le risque est supérieur à 80 %

2 à 5 %

Coloscopie



Groupes à risque



Risque élevé

- ATCD familiaux de CCR ou d'adénome >1 cm avant 60 ans
- ATCD personnel de CCR ou d' adénome > 1 cm
- Pathologie à risque (MICI ..)

20 %

Risque très élevé

- Polypose recto colique familiale
- ◆ HNPCC
- Le risque est supérieur à 80 %

2 à 5 %

Coloscopie



Groupes à risque

Risque moyen

Risque élevé

- ATCD familiaux de CCR ou d'adénome >1 cm avant 60 ans
- ATCD personnel de CCR ou d' adénome > 1 cm
- Pathologie à risque (MICI ..)

20 %

Risque très élevé

- Polypose recto colique familiale
- ◆ HNPCC
- Le risque est supérieur à 80 %

2 à 5 %

Coloscopie



Groupes à risque

Risque moyen

Asymptomatique de 50 à 74 ans

Le risque moyen est estimé à 3.5%

75 %

Risque élevé

- ATCD familiaux de CCR ou d'adénome >1 cm avant 60 ans
- ATCD personnel de CCR ou d'adénome > 1 cm
- Pathologie à risque (MICI ..)

20 %

Risque très élevé

- Polypose recto colique familiale
- ◆ HNPCC
- Le risque est supérieur à 80 %

2 à 5 %

Coloscopie



Groupes à risque

Risque moyen

Asymptomatique de 50 à 74 ans
Le risque moyen est estimé à 3.5%

75 %



Risque élevé

- ATCD familiaux de CCR ou d'adénome >1 cm avant 60 ans
- ATCD personnel de CCR ou d'adénome > 1 cm
- Pathologie à risque (MICI ..)

20 %

Risque très élevé

- Polypose recto colique familiale
- ◆ HNPCC
- Le risque est supérieur à 80 %

2 à 5 %

Coloscopie



Groupes à risque

Risque moyen

Asymptomatique de 50 à 74 ans
Le risque moyen est estimé à 3.5%

75 %

→ Hemoccult

Risque élevé

- ATCD familiaux de CCR ou d'adénome >1 cm avant 60 ans
- ATCD personnel de CCR ou d'adénome > 1 cm
- Pathologie à risque (MICI ..)

20 %

Risque très élevé

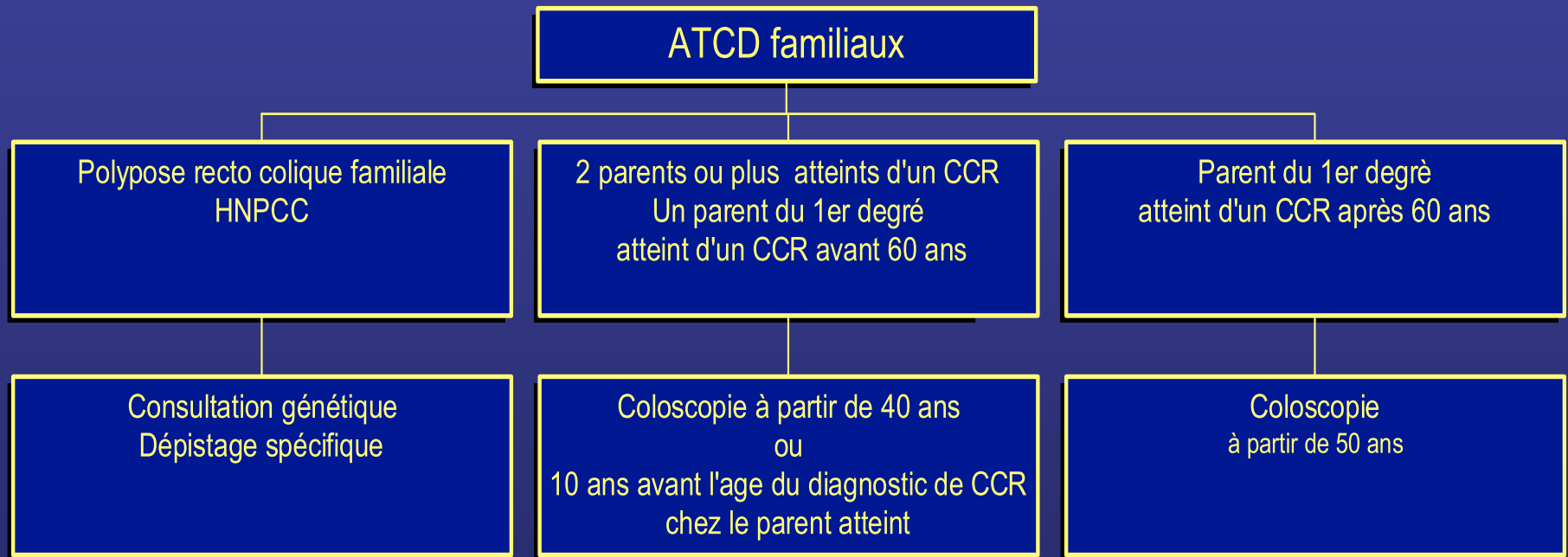
- Polypose recto colique familiale
- ◆ HNPCC
- Le risque est supérieur à 80 %

2 à 5 %

Coloscopie



Stratégie de dépistage organisé les sujets ne pouvant y participer



Principe



Le test est constitué d'une carte imbibée d'une résine de gaïac sur laquelle on applique un échantillon de selles.

- Une couleur bleue apparaît en cas de présence de sang (activité pseudo-péroxydasique de l'hémoglobine). Il est révélé avec une solution alcoolique d'eau oxygénée. La lecture doit se faire au bout de 60 secondes par deux lecteurs expérimentés.

Test +



Test -





Les performances du test Hemoccult II



Les performances du test Hemoccult II

- ◆ permet de détecter 25-30% des polypes
- ◆ permet de détecter 50% des CRC



Les performances du test Hemoccult II

- ◆ permet de détecter 25-30% des polypes
- ◆ permet de détecter 50% des CRC

	Valeur prédictive positive
Cancer	10 %
Adénomes	30 % à 40 %
Adénomes >1 cm	20%



Les résultats du dépistage de masse



Les résultats du dépistage de masse

- ◆ Biennal, chez les 50 à 74 ans
- ◆ Avec la participation de 50 % de la population cible
- ◆ Permet au bout de 10 ans :



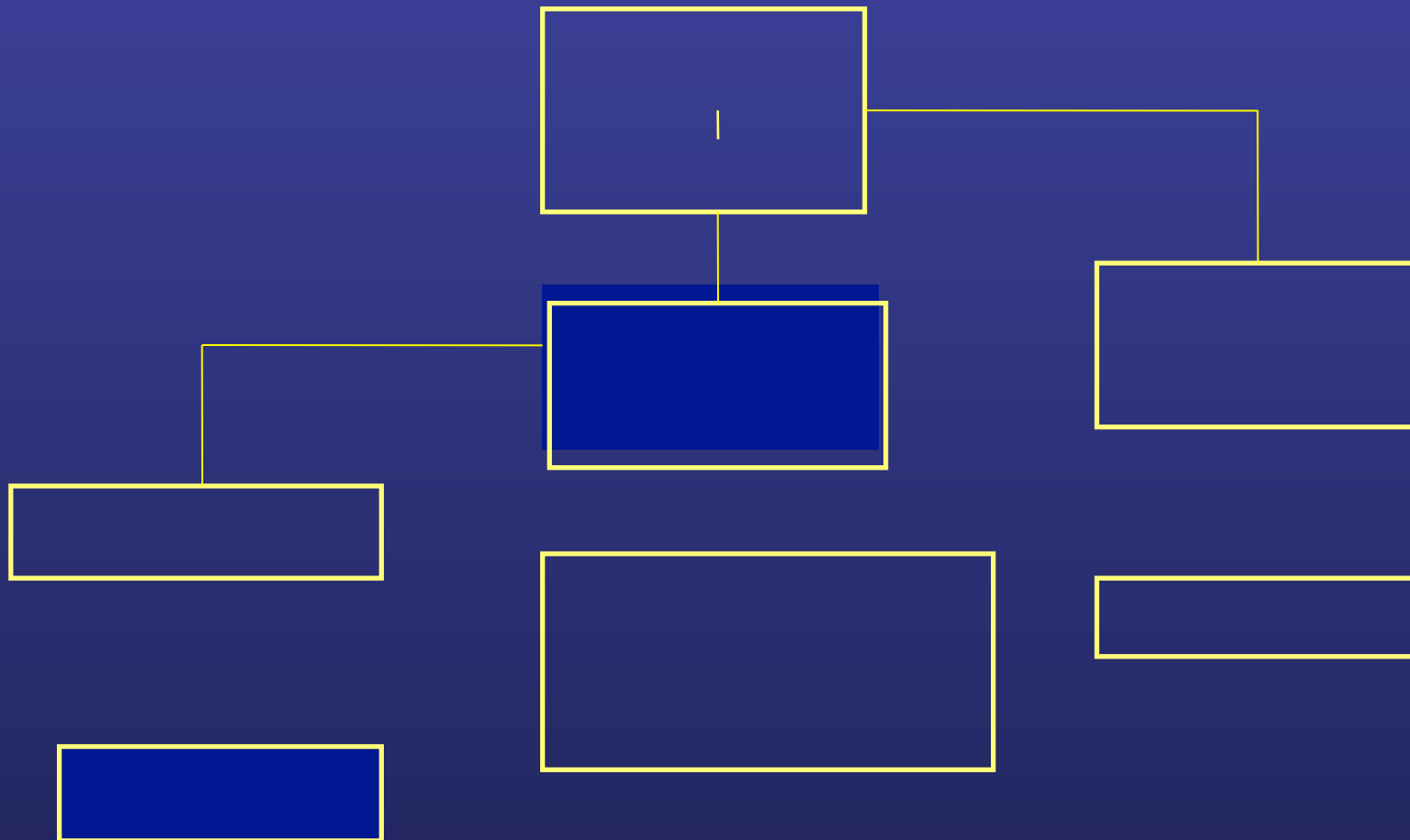
Les résultats du dépistage de masse

- ◆ Biennal, chez les 50 à 74 ans
- ◆ Avec la participation de 50 % de la population cible
- ◆ Permet au bout de 10 ans :

UNE REDUCTION DE 15 à 20 % DE LA MORTALITE PAR CCR

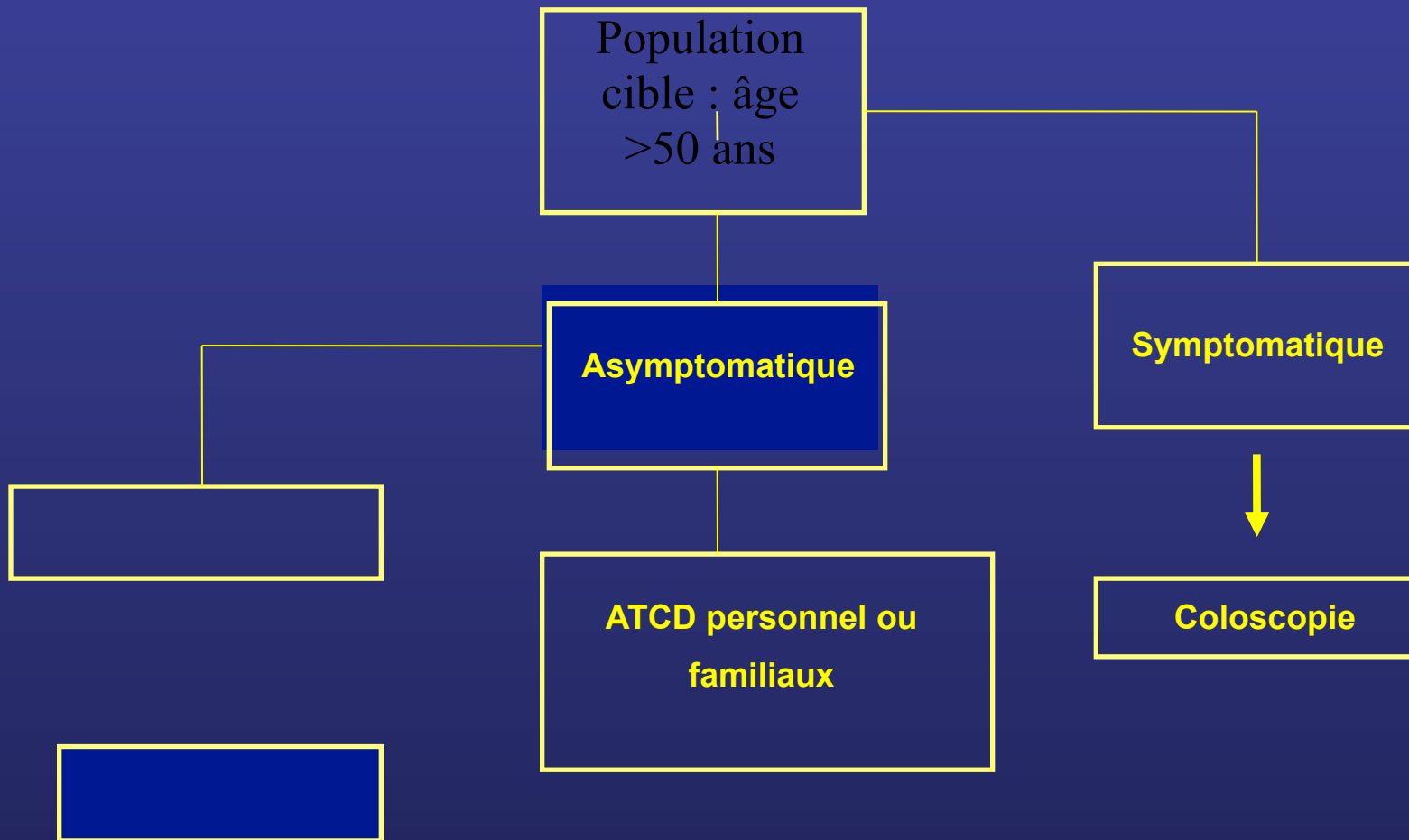


Stratégie de dépistage organisé du CCR basé sur une population cible



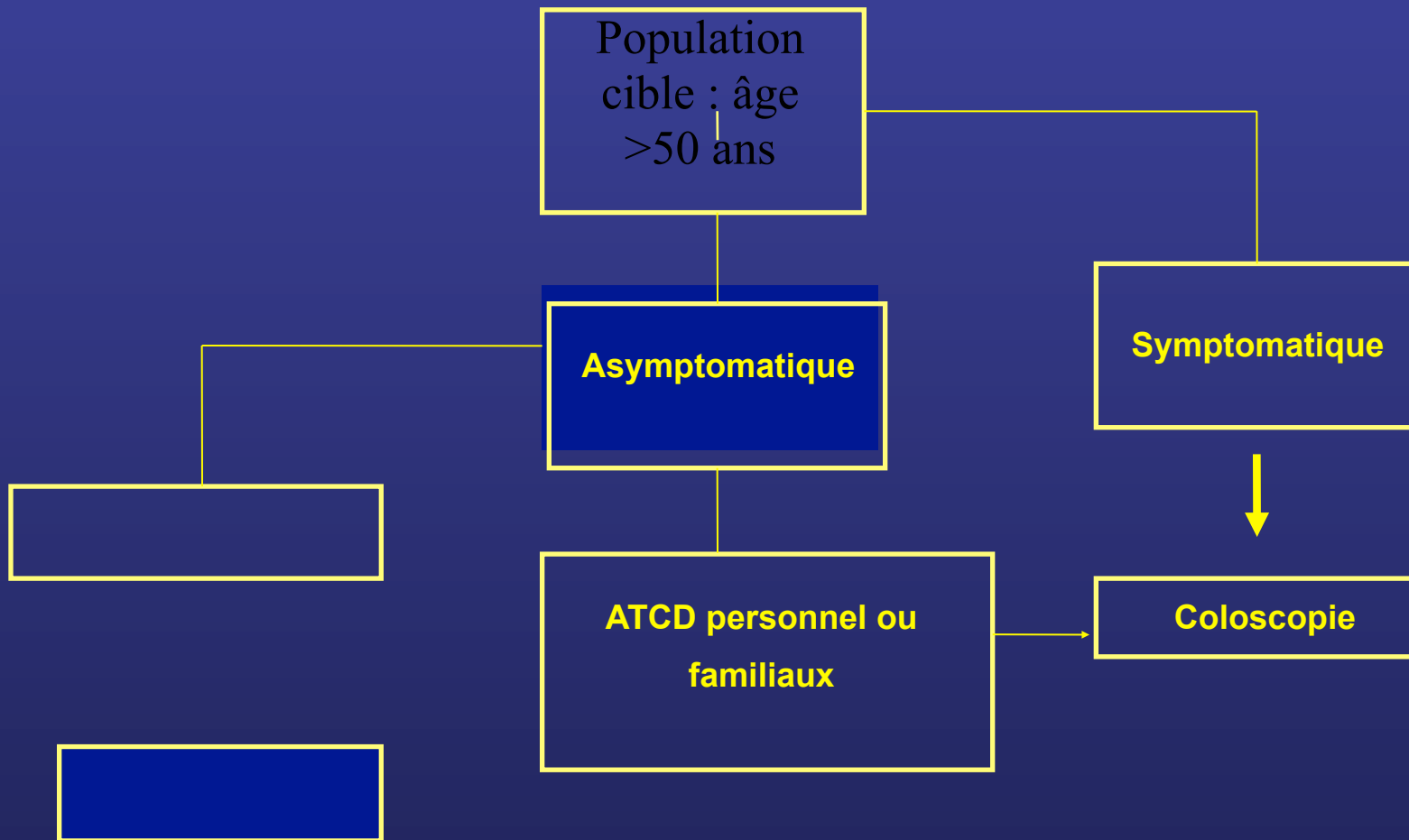


Stratégie de dépistage organisé du CCR basé sur une population cible

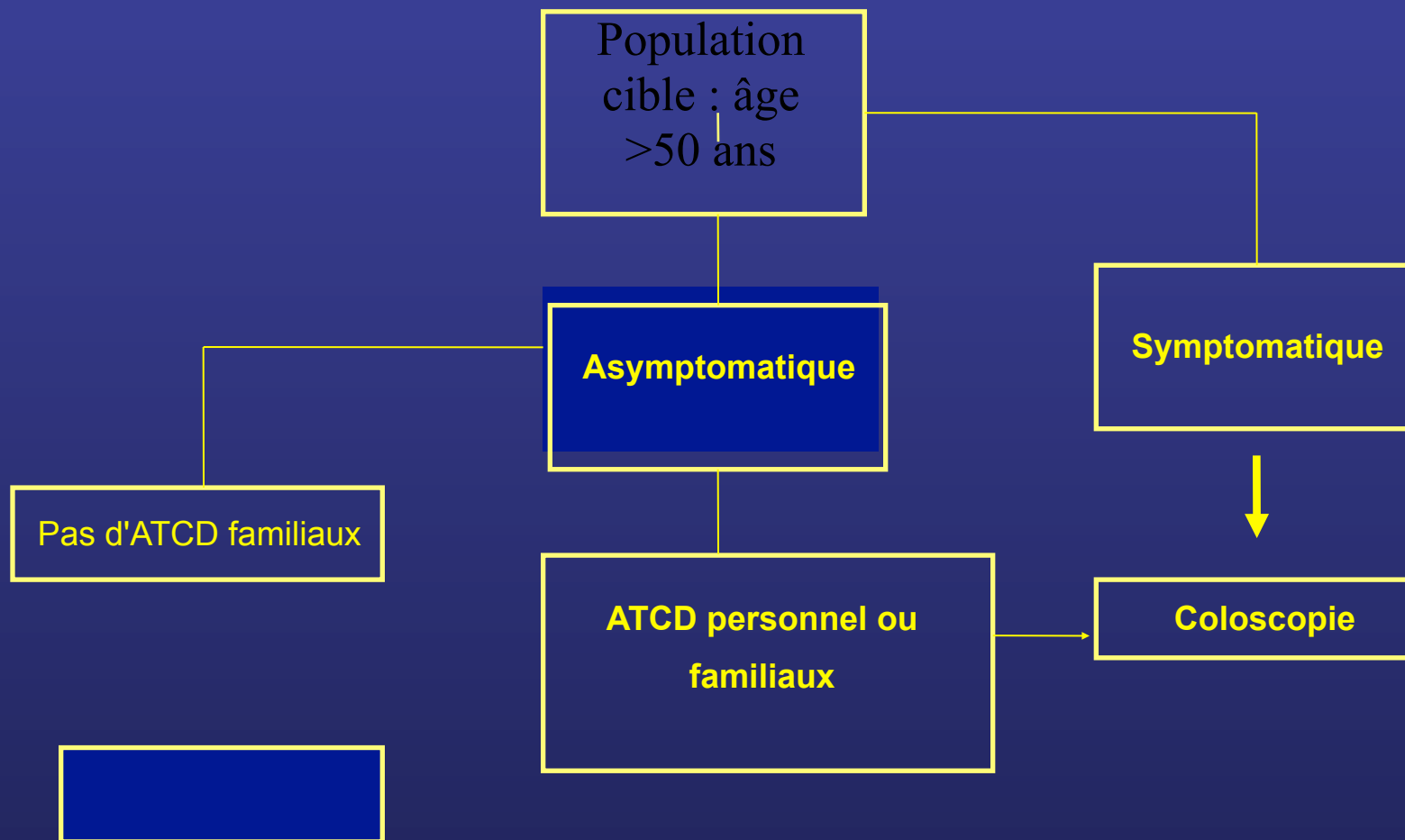




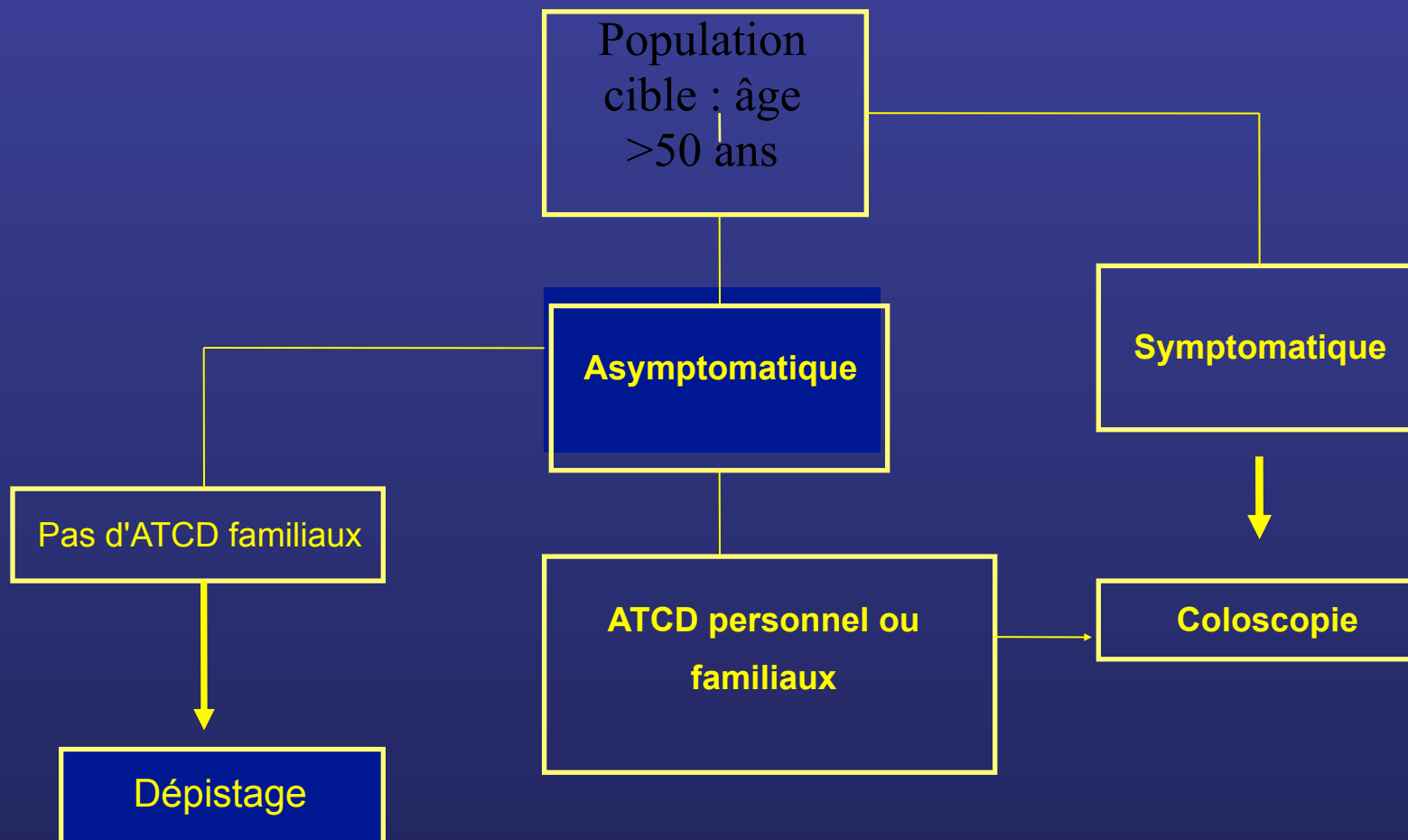
Stratégie de dépistage organisé du CCR basé sur une population cible



Stratégie de dépistage organisé du CCR basé sur une population cible



Stratégie de dépistage organisé du CCR basé sur une population cible



Le dépistage du cancer colo-rectal : une démarche en deux temps (2/2)

La coloscopie en cas de test positif

- La coloscopie permet le diagnostic du cancer, des lésions associées et l'exérèse des adénomes.
- Elle permet également le diagnostic et la réalisation de biopsie pour les cancers.
- Sa sensibilité est de 95 %.

Classification des cancers (2)

Stadification :

Oesophageal <u>Adenocarcinoma</u>				
<u>Prognostic Grouping</u>				
[AJCC adds type & grade]				
	T	N	M	Grade
Stage IA	1	0	0	1, 2, X
Stage IB	1	0	0	3
	2	0	0	1, 2, X
Stage IIA	2	0	0	3
Stage IIB	3 (IIA)	0	0	Any
	1, 2	1	0	Any
Stage IIIA	1, 2	2	0	Any
	3	1	0	Any
	4a	0	0	Any
Stage IIIB, IIIC, & IV...				
Low Stages: AJCC not all = UICC.			Stages IIIB, C & IV:	
AJCC=UICC				

Lippincott Williams & Wilkins

Traitements

2 Objectifs en cancérologie

Guérir
=
Curatif

Chirurgie +++
Radiothérapie
Chimiothérapie +

Améliorer Survie et Qualité Vie
=
Palliatif

Chimiothérapie +
++
Radiothérapie
Chirurgie +

DISCUSSION en Réunion de Concertation

La chimiothérapie (1)

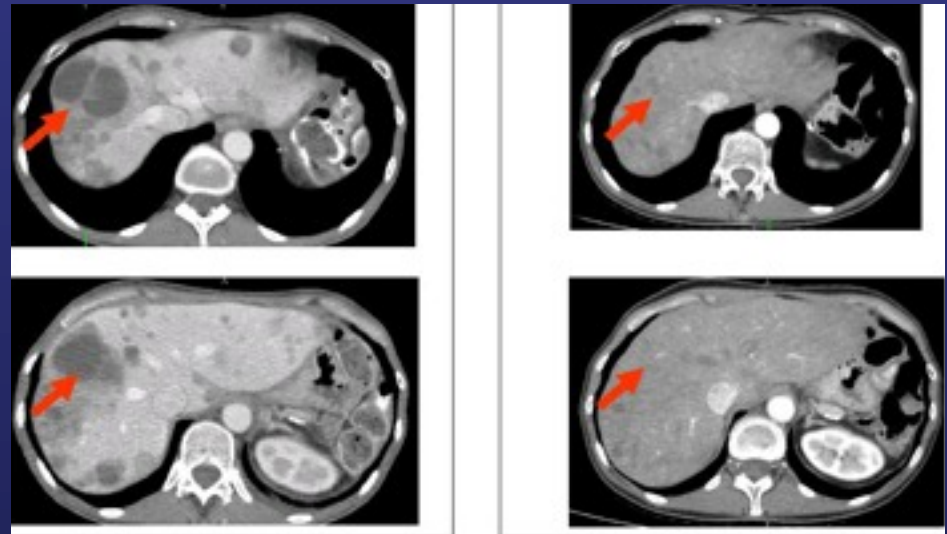
Objectifs :

- Augmenter la survie et qualité de vie : Stratégie palliative
- Permettre la chirurgie : Stratégie néo-adjuvante
- Diminuer les récurrences après chirurgie stratégie adjuvante

Principe :

- Administration d'une ou plusieurs drogues toxiques sur les cellules à renouvellement rapide (Cellules cancéreuses +++)
- Divers schémas thérapeutiques avec doses précises

Vérification efficacité →



La chimiothérapie (2)



Contraintes :

- Produits veinotoxiques ++ : Abord veineux central requis
- Effets secondaires :
 - Asthénie
 - Toxicité digestive : nausées / vomissements
 - Toxicité hématologique
 - +/- chute capillaire

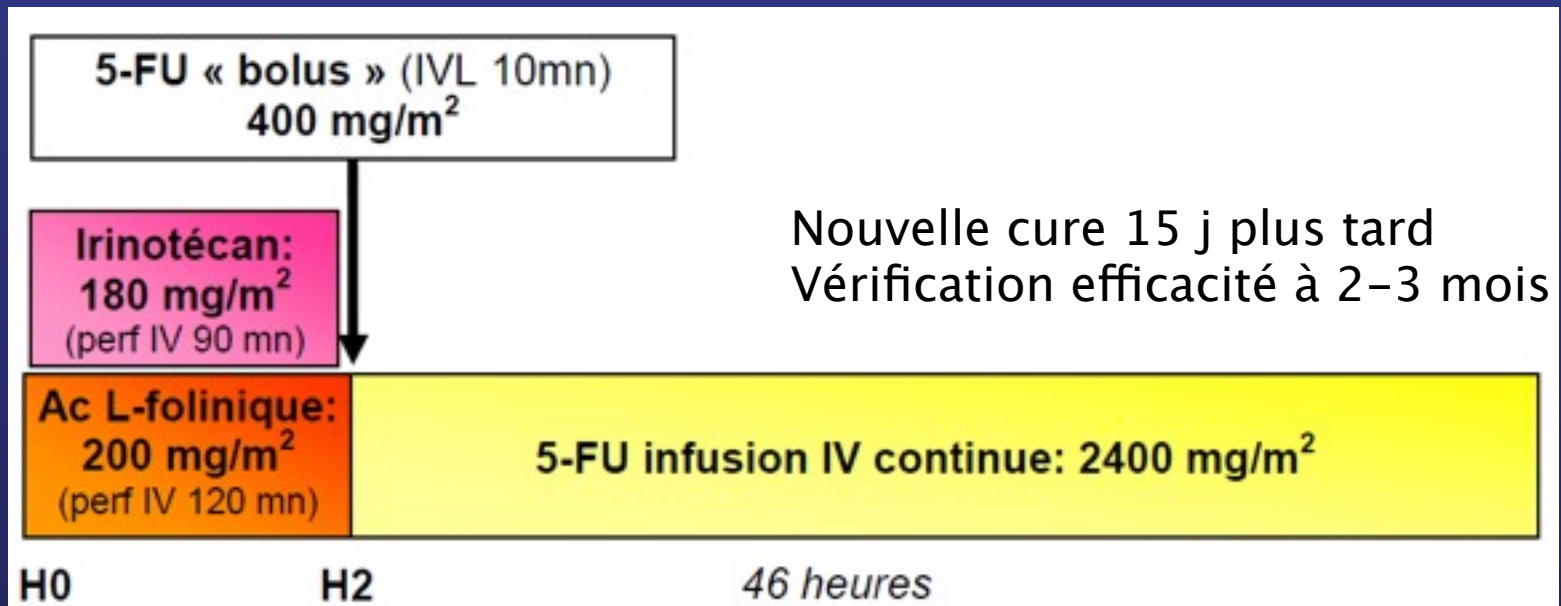
**Trouver bon rapport Efficacité /
Tolérance**



En pratique

- Réalisation de cycles de chimiothérapie
- Comprenant plusieurs cures
- Vérification de l'efficacité après chaque cycle
- Vérification de la bonne tolérance avant chaque cure

Ex : schéma FOLFIRI



Radiothérapie

Principe :

- Destruction du tissu tumoral par irradiation

Contraintes :

- Respect des tissus sains adjacent

Solutions :

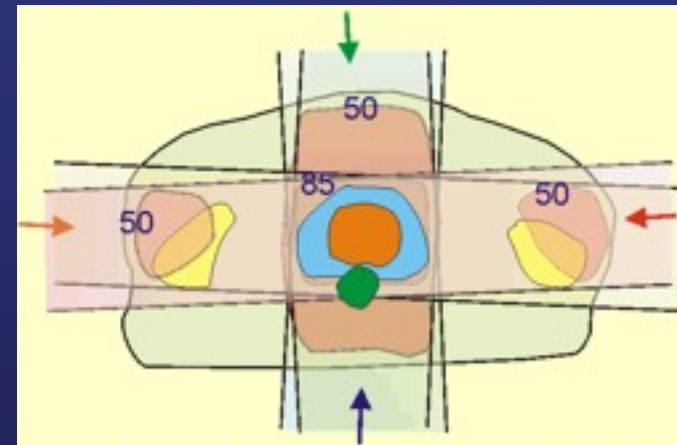
- Etalement et fractionnement des doses
- Immobilité du patient lors administration
- Augmenter nombre de faisceaux

But :

- Stériliser lésion avant chirurgie
- Effet antalgique sur métas osseuses

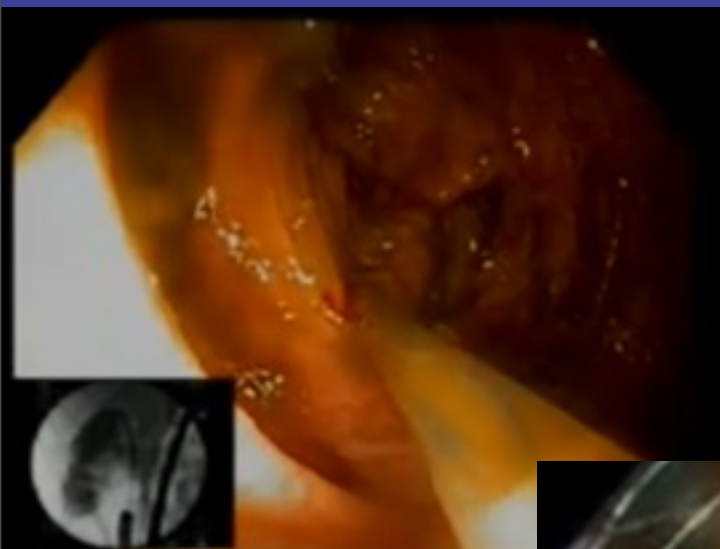
Intérêt en digestif

- Rectum
- Oesophage



Solutions palliatives

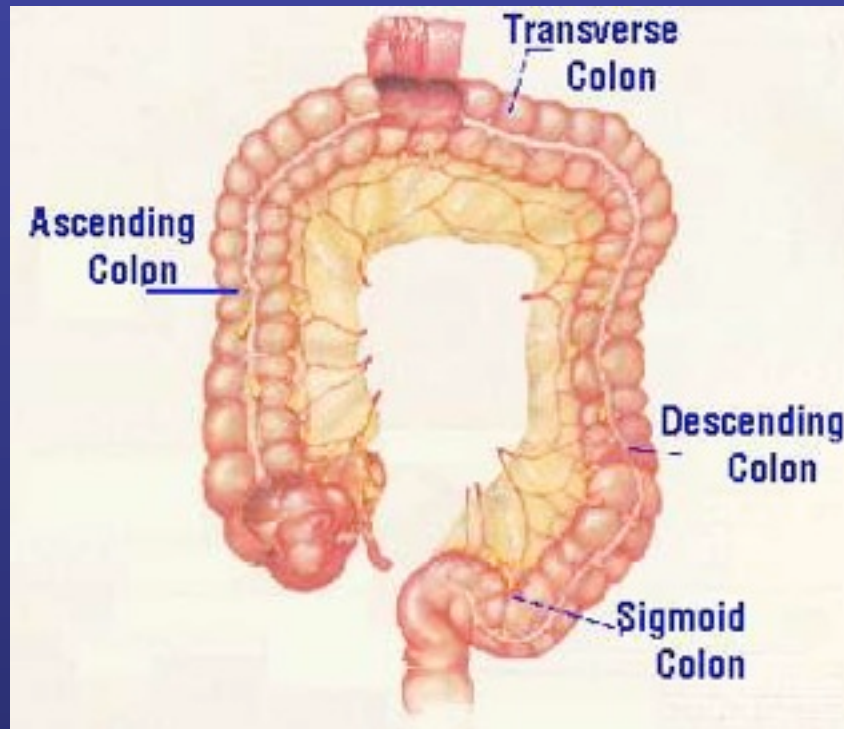
En cas d'obstruction : Mise en place de prothèses possible



Soins de support

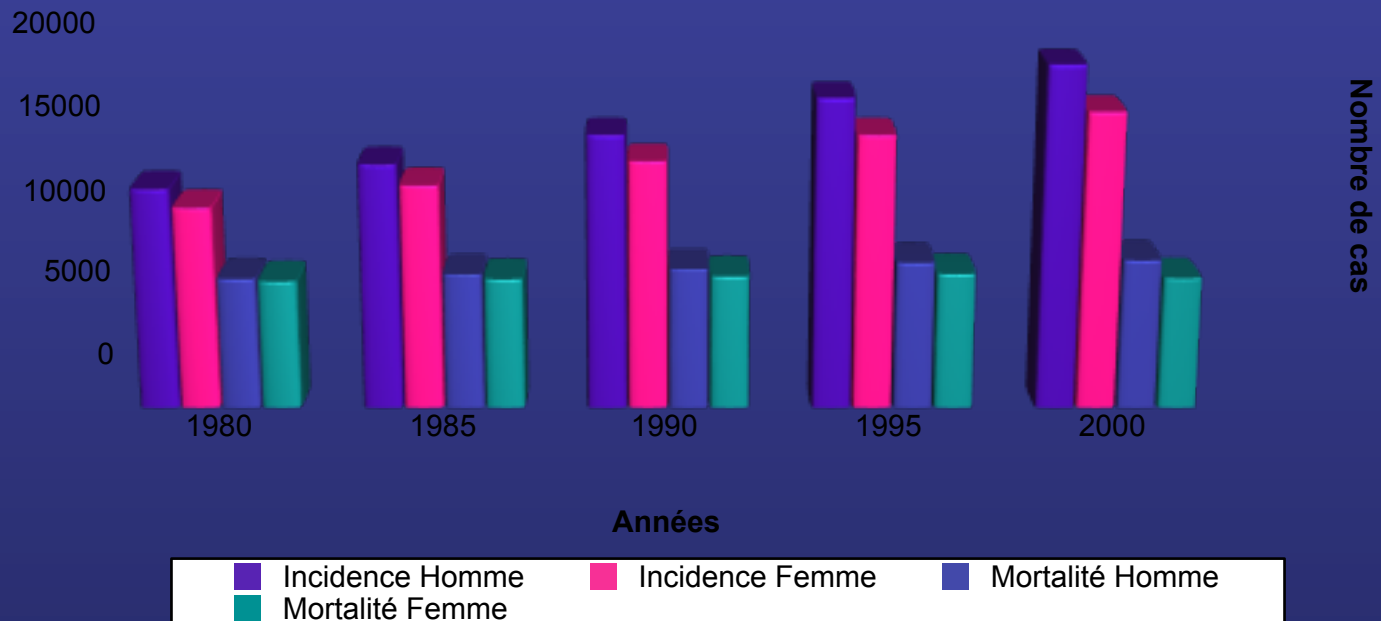
But : Maintien de la **Qualité de vie**

- **Suivi nutritionnel**
 - Surveillance poids, Conseils diététiques
 - Supplémentation
 - Nutrition artificielle
- **Prise en compte de la douleur**
 - Education, Evaluation des traitements antalgiques
- **Prise en charge psychologique**
 - Suivi psy, recherche de signes dépressifs
 - Réassurance
- **Prise en charge sociale**
 - 100%, mise en place aide domicile



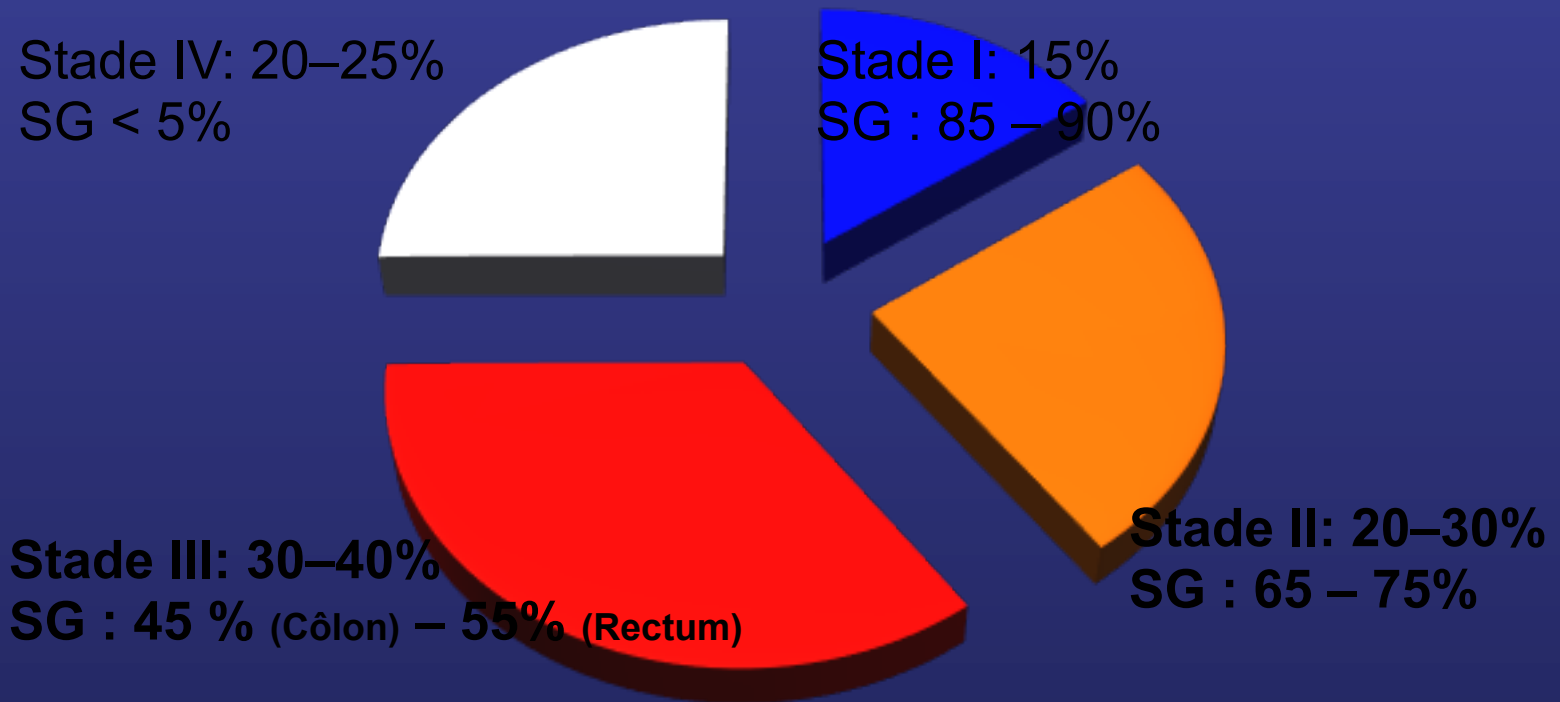
Colon / Rectum

Epidémiologie



Epidémiologie

Stades du cancer colorectal lors du diagnostic et survie globale à 5 ans à chaque stade



Particularités

Les cancers colorectaux :

- Fréquents (1 personne sur 20)
- Souvent asymptomatiques
- Histoire naturelle bien connue (polype – cancer)
- Traitement efficace au stade précoce – peu efficace aux stades tardifs

Mise en place d'une procédure de dépistage

Test hémocult 2

Recherche de traces de sang dans les selles

Tous les 2 ans

Pour patients ASYMPTOMATIQUES

De 50 à 74 ans



Facteurs de risque

Risque Moyen :

Après 50 ans

Risque élevé :

Antécédents familiaux 1^{er} degré de K colique

ATCD personnel de MICI (ex : Crohn, Rectocolite hémorragique)

Risque très élevé :

Polyposes familiales, d'origine génétique

PAF

HNPCC

Protecteur :

Alimentation riche en fibres

Activité physique

Symptomatologie

Cancer du côlon

- douleurs abdominales d'apparition récente
- trouble du transit intestinal d'apparition récente
- anémie ferriprive (cancers du côlon droit surtout)
- méléna / rectorragies
- altération de l'état général
- tumeur abdominale ou un foie métastatique
- occlusion intestinale ou perforation

Cancer du rectum

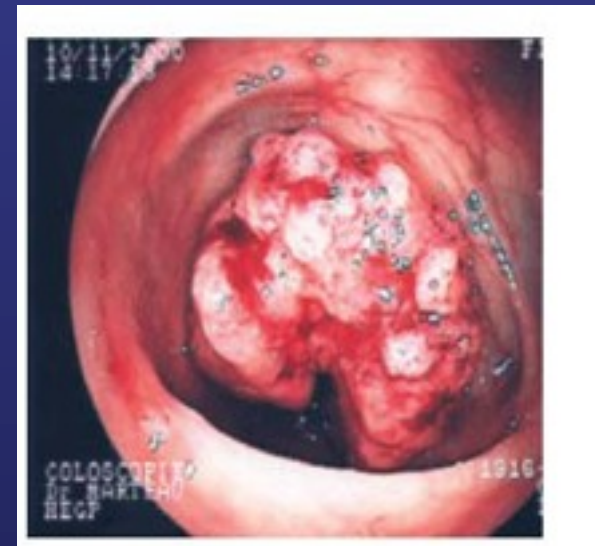
- rectorragies
- syndrome rectal (faux besoins impérieux et fréquents avec émission fécales de glaires et de sang, épreintes, ténésme)
- constipation ou diarrhée récentes
- plus rarement occlusion, anémie, découverte de métastases

Examens complémentaires (1)

Diagnostic :

- **Coloscopie**
- Sous AG, après préparation colique
- Permet réalisation de biopsies pour confirmation
anapath

A réaliser au moindre point
d'appel



Examens complémentaires (2)

Bilan d'extension :

- **Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne**
 - Recherche métastases à distance
 - Adénopathies
- Dosage ACE
- ***Pour les cancers du rectum :***
 - Echoendoscopie si petite tumeur
 - IRM si grosse tumeur

Traitement (1)

Si patient opérable :

Chirurgie

Colectomie gauche

Hémi-colectomie droite

Résection antérieure du rectum

But curatif

Après chirurgie

Analyse anatomopathologique de la pièce opératoire

Classement TNM

Stadification

Si patient stade III (= ganglions) :

Haut risque de récurrence

Proposition de **chimiothérapie adjuvante** pendant 6 mois
(FOLFOX)

Diminue (mais ne supprime pas) le risque de récurrence

Traitement (2)

Pour les patients présentant un cancer du rectum :

- **Radio-chimiothérapie néoadjuvante**
- 5 semaine Radiothérapie
- Associé à chimiothérapie par 5 Fluorouracile
- **Puis chirurgie**

Permet :

Diminution taux de récurrence locale
+/- diminution nombre amputation-
abdominopérinéale

Traitement (3)

Patients métastatiques :

- **Chimiothérapie** si état général conservé
- Parfois si efficacité ++ chimio :
 - Possibilité de résection libre des métastases

Uniquement si :

Maladie stabilisé
Possibilité de TOUT réséquer
Patient apte à supporter intervention