

QUELLE IMAGERIE POUR DECIDER DU TRAITEMENT DU CANCER COLORECTAL : CAS CLINIQUES

Professeur Iradj Sobhani,

Pôle d'Oncologie, Transplantation et Immunologie
CHU Henri Mondor
51 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny,
94010 CRETEIL
iradj.sobhani@hmn.ap-hop-paris.fr

CRC: Place de l'imagerie moderne

- La chirurgie, seule ou associée au traitement médical, est la principale méthode thérapeutique
- Le Cancer Recto-colique (CRC) est fréquent et de mauvais pronostic.
- Les récidives restent fréquentes dans les stades III ou VI totalement réséqués (R0) nécessitant le recours à des traitements de 2de et de 3e ligne
- La détection précoce des rechutes permet, de nouveau, un recours chirurgical optimal (R0)

Cas cliniques

- Mr. Xer.. → un train en cache un autre
- Mr. Sco.. → Jusqu'ou aller
- Me Ham.. → Contexte d'iatrogénie
- Mr. Eto.. → Histoire naturelle

Cas n° 1 : Quelle imagerie ?

Mr. Xer... 42 ans, sans ATCD personnel, deux frères opérés (39 et 48 ans) d'une tumeur colique, présente depuis quelques mois une difficulté défécatoire (dyschésie suivie de débâcle diarrhéique) avec rectorragie. La coloscopie → sténose infranchissable du sigmoïde; biopsie : ADC bien différencié

Quelle imagerie ?

- Echographie abdominale
- Rx Pulmonaire
- Scanner
- TEP-Scanner
- IRM



Cas n° 2 : Quelle imagerie ?

Mr. Sco... 63 ans, DNID, tumeur colique opérée en 2004 (T3,N1,M1) totalement réséquée (R0).

En 2007 (Bilan de surveillance) : coloscopie Nle, Biologie RAS

Cas clinique

Quelle est la première décision ?

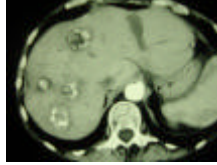
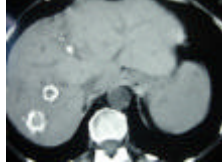
- A. Reprise de résection chirurgicale ?
- B. Radiofréquence?
- C. Reprise de chimiothérapie ?
- D. Autre ?

cas n° 3 : Mme Ham...

Femme 61 ans sans ATCD particulier

- Octobre 2003 → ADK bien différencié charnière recto-sigmoïdienne suites à des rectorragies

Bilan : marqueurs Ca19-9 nl; ACE 560;



Chimiothérapie première : FOLFIRI x 6 cycles

- Jan. 2005 → colo-protectomie per coelioscopie avec anastomose sus anale + ligature portale droite, métastasectomie (II, III, IV et radiofréquence du II Profond et sous capsulaire inférieur du segment III; ligature portale droite Suites post-op : compliquées de fistule + collection pelvienne → Résection sus anastomotique; fermeture en Hartmann

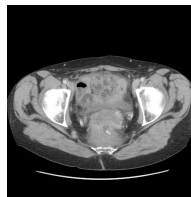
- Mars 2004 : ACE =2,1; stomie fonctionnelle, écoulement anal pas de rétablissement de continuité

Chimiothérapie post-opératoire : FOLFIRI x 6 cycles

- Mai 2004 : Hépatectomie droite élargie au segment IV

- Avril 2006 → Rétablissement de continuité impossible : adhérences

Bilan de Juin 2006



Quelle imagerie ?

- Scanner
- Echoe endo rectale
- Echo Hépatique
- TEP-Scan
- IRM hépatique
- IRM Pelvienne

Que faire ?

- A. Chirurgie
- B. Chimiothérapie
- C. Surveillance
- D. Autre

A. Chirurgie : Non, difficile (danger) ; nécessite certitude diagnostique

B. Chimiothérapie : Non, nécessite certitude diagnostique

C. Surveillance : possible

D. Autre : Retenu

- Echoendoscopie par voie basse + ponction biopsie (cytologie, culture)
- Cytologie (-); culture (+)
- Antibiothérapie et surveillance

Cas n° 4 : Mr. Ett...

Mr Et..., 62 ans est opéré en urgence d'une tumeur occlusive du colon transverse droit

En macroscopie : tumeur 12 cm/8 cm

Avec nodule de pénétration → ADK peu différencié T4N1M0

Traitement : FOLFOX adjuvant x 6 cycles

Un an après troubles du transit

ACE = 49 ; CA 19-9 = 39

Coloscopie : pas de tumeur

Quelle imagerie ?

- A. Scanner
- B. TEP-Scan
- C. Echo hépatique
- D. IRM pelvienne

Quelle attitude ?

- A. Chimiothérapie
- B. Refaire le TEP-Scanner dans 3 mois
- C. Faire une échographie plus biopsie
- D. Simple surveillance

Contribution de l'imagerie moderne

- Meilleure inventaire des lésions dans des cas difficiles
- Détection précoce des récurrences
- Ré orientation diagnostique et du bilan d'extension
- Outil peu invasif de surveillance
- Evaluation médico-économique est nécessaire