Enquête de pratique nationale française intergroupe sur la prise en charge des cancers du rectum en cas de situations complexes (AFC, AGEO, FCVD, FFCD, FRENCH, GERCOR, GRECCAR, SFCD, SFRO, SNFCP, SNFGE)

Jérémie Lefevre, Stéphane Benoist

► To cite this version:

Jérémie Lefevre, Stéphane Benoist. Enquête de pratique nationale française intergroupe sur la prise en charge des cancers du rectum en cas de situations complexes (AFC, AGEO, FCVD, FFCD, FRENCH, GERCOR, GRECCAR, SFCD, SFRO, SNFCP, SNFGE). *Journal de Chirurgie Viscérale*, 2015, 152 (5), pp.A12. 10.1016/S1878-786X(15)30021-8 . hal-01370675

HAL Id: hal-01370675

<https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-01370675>

Submitted on 27 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Enquête de pratique nationale française intergroupe sur la prise en charge des cancers du rectum en cas de situations complexes (AFC, AGEO, FCVD, FFCD, FRENCH, GERCOR, GRECCAR, SFCD, SFRO, SNFCP, SNFGE)

Jérémie H. Lefevre ¹ (MD. PhD). Stéphane Benoist ² (MD. PhD).

¹ Department of General and Digestive Surgery. Hôpital Saint Antoine (AP-HP). Paris VI University. Paris. France.

² Department of general and digestive Surgery. Hôpital Kremlin-Bicetre (AP-HP). Paris XI University. Paris. France

Corresponding author:

Pr Jérémie H. Lefèvre. Department of Digestive Surgery. Hôpital Saint-Antoine. Assistance Publique Hôpitaux de Paris. Université Pierre et Marie Curie. Paris VI. 184 rue du Faubourg Saint-Antoine. 75012. Paris. France. Tel: 0033 1 49 28 25 47. Fax: 0033 1 49 28 25 48. e-mail: jeremie.lefevre@aphp.fr

Mots clés: Cancer du rectum. Enquête de pratique. Radiothérapie. Chirurgie

Key words : Rectal cancer, Practice pattern, Radiotherapy, surgery.

Nombre de mots: 3613

RESUME :

But de l'étude : Rapporter les pratiques de praticiens français sur la prise en charge des cancers du rectum.

Méthodes : 19 situations cliniques et 4 modalités de surveillance ont été proposées à un panel de participants via 11 sociétés savantes. Les réponses de 48 experts ont été comparées aux autres participants de même que l'impact de la spécialité sur les choix thérapeutiques.

Résultats : 722 praticiens (chirurgiens=319 (44%), gastro-oncologues=305 (42%), radiothérapeutes=98 (14%)) ont participé à cette étude. Le nombre moyen de réponses par question était de 500. Un consensus a été observé pour 19 situations cliniques. Les approches selon la spécialité du praticien étaient similaires pour une majorité de situations. Dans 7 cas, la stratégie thérapeutique différait significativement (délai entre la fin de la radiochimiothérapie et la chirurgie, prise en compte de la réponse au traitement néo-adjuvant, traitement d'une tumeur uT1N0 ou d'une tumeur pT1sm2 après résection endoscopique, traitement adjuvant pour une tumeur pT3N1, délai de fermeture de la stomie de protection et fréquence des consultations de suivi). Entre les experts et les non-experts, 3 prises en charge étaient différentes (contre-indication à la radiochimiothérapie néoadjuvante, prise en compte de la réponse au traitement néo-adjuvant et date de fermeture de la stomie de protection).

Conclusion : Cette enquête de pratique donne un aperçu des pratiques actuelles d'un échantillon sélectionné de praticiens Français. La bonne connaissance des données récentes publiées et la discussion de chaque cas de cancer rectal avec l'ensemble des spécialités impliquées en réunion multidisciplinaire sont indispensables. Certains cas complexes devraient être présentés à des centres experts pour validation d'une approche thérapeutique.

INTRODUCTION

Le cancer du rectum (CR) est l'un des cancers les plus fréquents en France. De nombreux progrès ont été réalisés pour sa prise en charge au cours des 20 dernières années, en particulier en ce qui concerne l'évaluation de son extension et de son traitement [1-4]. D'autre part, comme le traitement du CR est en perpétuelle évolution, des efforts ont été réalisés au cours des dix dernières années pour essayer d'en standardiser les pratiques. Ainsi, plusieurs recommandations françaises pour la prise en charge du CR ont été établies et publiées par différents groupes scientifiques et sont mises à jour régulièrement [5, 6]. Ce même effort de standardisation a été réalisé dans différents pays de l'Europe [7], si bien que récemment **des recommandations européennes ont été établies** par un panel d'experts internationaux représentant chacun un groupe scientifique ou une société savante **impliqués** dans le CR [8]. Malgré cet énorme effort d'uniformisation des pratiques, il persiste des situations complexes sans aucune recommandation. Pour ces situations complexes, il n'existe généralement pas de données suffisantes dans la littérature pour pouvoir recommander une attitude plutôt qu'une autre, et le plus souvent les experts impliqués dans les différentes conférences de consensus étaient trop peu nombreux pour permettre de dégager une attitude formelle consensuelle. Pourtant si ces situations sont complexes, elles ne sont pas rares en pratique clinique et en l'absence de recommandations claires, leur prise en charge reste très variable d'un centre à l'autre. Nous avons précédemment soumis ces situations complexes à 48 experts français permettant de dégager un consensus dans plus des $\frac{3}{4}$ des cas [9]. Nous avons étendu l'enquête à un niveau national en soumettant ces cas à tous les praticiens faisant parti d'une société savante ou d'un groupe scientifique impliqués dans la prise en charge du CR. Le but de cette enquête nationale inter-groupes était de juger en 2015 de l'uniformité ou de la disparité de prise en charge entre les différentes équipes de ces situations complexes, de comparer les réponses entre les experts et les non experts et enfin d'évaluer les différences de prise en

charge en fonctions de la spécialité des praticiens, à savoir radiothérapeutes, gastro-oncologues et chirurgiens.

MATERIEL ET METHODE

Questionnaire (Appendice 1)

L'enquête consistait en un questionnaire relatant 23 situations créées et validées par les auteurs, concernant la prise en charge du CR. Pour chaque situation, les participants devaient choisir une seule réponse parmi les réponses suggérées d'un nombre variant de 2 à 6 en fonction des situations. Les questionnaires étaient envoyés dans un premier temps au président ou secrétaire général de 11 sociétés savantes ou groupe scientifique impliqués qui décidaient en interne de soumettre ou non le questionnaire à l'ensemble de **leurs membres**. En cas d'acceptation, il était envoyé à chaque membre par courrier électronique un lien informatique permettant d'accéder au questionnaire hébergé sur un site web (<http://MonkeySurvey.com>). Sur le site web, les participants devaient déclarer leur spécialité et pouvaient ensuite répondre à **tout** ou partie des questions proposées, de manière totalement anonyme. Les participants appartenant à plusieurs ~~des~~ sociétés ~~solicités~~ étaient invités à ne répondre qu'une seule fois au questionnaire. L'enquête n'était ouverte que deux mois à partir du 9 janvier 2015. Au cours de cette période, 2 courriers électroniques de relance ont été envoyés aux différents membres par chacune des sociétés participantes. Une précédente enquête utilisant le même questionnaire avait été menée de Juin à Juillet 2014 auprès de 48 experts sélectionnés selon leur publication et/ou leur implication dans la rédaction ou la relecture des recommandations française et/ou leur appartenance, pour les chirurgiens, au groupe scientifique GRECCAR. Ces 48 experts ont tous été contactés pour ne pas répondre à

nouveau à cette enquête. Les réponses de ces 48 experts ont été intégrées et ajoutées aux réponses obtenues dans cette présente enquête.

Analyse statistique des réponses au questionnaire

Toutes les données collectées sur le site internet ont été ensuite exportées et analysées sur une base Excel. Une attitude était considérée comme consensuelle uniquement si elle était recommandée par plus de 50% des participants. Un consensus était considéré comme modéré si plus de 50% mais moins de 75% des participants étaient d'accord et comme fort si plus de 75% des participants étaient d'accord pour recommander la même attitude. L'analyse statistique de la comparaison des réponses entre les experts et les non-experts et entre les différents spécialistes (gastro-oncologue, radiothérapeute et chirurgiens) était réalisée en fonction de l'effectif à l'aide du test de Chi carré ou du test non paramétrique de Fischer.

RESULTATS

Toutes les sociétés savantes ou groupe scientifique contactés ont accepté de participer.

Pour cette enquête menée sur deux mois, 674 praticiens ont accepté de participer. Avec l'ajout des réponses des 48 experts ayant participé à la première enquête, 722 questionnaires ont pu être ainsi analysés. Parmi les 722 participants, 319 étaient des chirurgiens (44,2%), 305 étaient des gastro-oncologues (42,2%) et 98 étaient des radiothérapeutes (13,6%). Le temps médian pour répondre au questionnaire était de 12 minutes (IQR=3-19 min). Seul 365 participants ont répondu à l'ensemble des situations proposées dans le questionnaire et le nombre moyen de réponse pour chacune des 20 situations proposées était de $499,9 \pm 34,2$.

Traitement néo-adjuvant

Sept questions étaient dédiées aux indications et aux types de traitement néo-adjuvant.

En cas de tumeur cT3N0 avec une marge circonférentielle prévisible de 3 mm à l'IRM, il existait un consensus pour réaliser une radio-chimiothérapie (RCT) hypo-fractionnée associant 50 grays à une chimiothérapie par 5FU quel que soit l'âge. Ce consensus était modéré (52,3%) pour les patients âgés de 75 ans et également (70%) pour les patients jeunes de moins de 50 ans. De même il existait un consensus fort pour réaliser une RCT en cas de tumeur cT3N+ quel que soit l'âge (80% pour les patients de 75 ans et 72,8% pour les patients jeunes de 45 ans). En cas de tumeur cT2N+ à l'imagerie pré-opératoire (écho-endoscopie + IRM), il existait un consensus modéré (70,6%) pour réaliser une RCT hypo-fractionnée avec du 5-FU.

En cas de tumeur classée cT3N+ avec une bonne marge circonférentielle prévisible à l'IRM chez un patient ayant une contre-indication à la RCT, il existait un consensus modéré (53,5%) pour réaliser une chirurgie d'emblée sans traitement néo-adjuvant. Néanmoins dans cette situation, 40,5% des participants proposaient une chimiothérapie néoadjuvante par Folfox. Enfin, aucun consensus n'a pu être trouvé concernant le type de traitement néo-adjuvant à administrer en cas de tumeur classée cT4N+ infiltrant le sphincter externe. Dans cette situation, 34,9% des participants proposaient de ne pas modifier leur prise en charge standard et de réaliser une RCT standard alors qu'au contraire 29,1% proposaient d'intensifier le traitement néo-adjuvant en réalisant une chimiothérapie d'induction par FOLFOX avant la RCT standard.

Impact de la réponse tumorale après radiochimiothérapie

Pour une tumeur du bas rectum classée initialement T3N+ qui était en réponse complète après la RCT en imagerie et en endoscopie, il existait un consensus modéré (58,9%) pour réaliser de principe une proctectomie avec anastomose coloanale. Une stratégie de conservation du rectum n'était proposée que par 22,4% des participants. En effet, 13% proposait une exérèse

locale de la cicatrice tumorale et 9,4% une simple surveillance. Une des questions concernait la prise en charge d'une tumeur cT4 envahissant le sphincter et nécessitant initialement une amputation abdomino-périnéale (AAP), qui après la RCT avait réduit de taille et n'envahissait plus le sphincter. Dans cette situation, aucun consensus n'a pu être obtenu et 42,4% des participants ne tenaient pas compte de la réponse et maintenaient l'indication initiale d'AAP, alors qu'au contraire 36,8% des participants considéraient qu'il était possible de réaliser une dissection intersphinctérienne avec anastomose coloanale conservant ainsi le sphincter. Enfin en ce qui concerne le délai entre la fin de la RCT et la chirurgie, il y avait un consensus fort (77,8%) pour ne pas opérer les patients au-delà de 8 semaines.

Management des petits cancers du rectum

En cas d'une tumeur mobile de 3 cm de diamètre classée uT1N0, il y avait un consensus pour proposer une exérèse locale (65,5%) plutôt qu'une proctectomie (27,7%) ou une exérèse endoscopique par dissection sous muqueuse (6,8%). Parmi ceux qui avaient préconisé une exérèse locale, il y avait un consensus fort (75,6%) pour réaliser l'exérèse locale par la technique d'exérèse trans-anale par microchirurgie endoscopique (TEM) [10] plutôt que par une exérèse trans-anale classique. Il n'y avait pas de consensus pour la prise en charge d'une tumeur classée pT1sm2 après une exérèse endoscopique complète. En effet, 45,7% des participants préféraient plutôt proposer une proctectomie avec exérèse totale du mésorectum de principe alors que 39,5% recommandaient au contraire une simple surveillance. Enfin en cas de tumeur classée pT1sm1 avec une marge latérale envahie après une exérèse endoscopique, il y avait un consensus modéré (52,2%) pour proposer une reprise locale de la zone d'exérèse par TEM plutôt qu'une proctectomie avec exérèse totale du mésorectum (26,2%).

Traitement adjuvant

Dans le questionnaire, cinq questions étaient dédiées au traitement adjuvant du cancer du rectum. En cas de tumeur classée pT3N1 après une résection R0 sans RCT pré-opératoire, il existait un consensus modéré (64,7%) pour administrer en adjuvant une chimiothérapie par Folfox plutôt qu'une RCT (29,8%). Après une RCT et une chirurgie R0, en cas de tumeur classée ypT2N0 avec présence de ganglions stérilisés attestant que la tumeur était N+ avant traitement, il existait un consensus modéré (56,9%) pour proposer une surveillance simple sans traitement adjuvant. En revanche, si dans la même situation la tumeur était classée ypT3N0 avec ganglions stérilisés, il n'y avait plus de consensus et 46,4% des participants proposaient une surveillance seule alors que 29,8% proposait une chimiothérapie adjuvante par Folfox.

Après une chirurgie classée R1 sans RCT pré-opératoire, il y avait un consensus modéré pour réaliser une amputation abdomino-périnéale de rattrapage lorsque la marge distale de résection était envahie (58,7%) et une RCT complémentaire lorsque la marge circonférentielle était ≤ 1 mm (62,3%). En ce qui concerne le délai pour fermer l'iléostomie de protection chez un patient devant recevoir une chimiothérapie adjuvante, il y avait un consensus fort (93%) pour démarrer la chimiothérapie avant la fermeture de la stomie. En revanche il n'y avait pas de consensus sur le nombre minimum de cycle de chimiothérapie à administrer avant la fermeture de la stomie : 43,8% des participants proposaient d'administrer l'ensemble de la chimiothérapie alors que 39,5% ne proposaient d'administrer que 4 cycles

Surveillance

Quatre questions étaient dédiées à la surveillance. Il existait un consensus pour voir les patients tous les 3 mois dans les 2 premières années (52%), de réaliser en alternance un scanner et une échographie hépatique plutôt qu'un scanner systématique (65%), de doser

systématiquement les marqueurs tumoraux à chaque consultation (75%) et de réaliser précocement la première coloscopie de contrôle un an après la chirurgie (58%).

Impact de la spécialité du participant sur les résultats aux différentes questions

Les réponses prioritaires des participants en fonction de leur spécialité sont résumées dans le tableau 1. Il existait des différences significatives entre les différentes spécialités pour 14 questions. Cependant ces différences aboutissaient à un changement majeur de prise en charge que dans sept situations. En particulier, en cas de tumeur nécessitant initialement une AAP et ayant très bien répondu à la RCT, 52,4% des gastro-oncologues maintenaient l'indication de l'APP, alors que 58,2% des chirurgiens et 63,8% des radiothérapeutes étaient en faveur d'une intervention conservatrice. En cas d'une petite tumeur uT1N0, 57,9% des radiothérapeutes étaient en faveur d'une proctectomie immédiate alors que 72,8% des chirurgiens et 58,4% des gastro-oncologues recommandaient une exérèse locale. De même, après exérèse endoscopique d'une tumeur classée pT1sm2, 52,6% des chirurgiens et 60,8% des gastro-oncologues étaient en faveur d'une proctectomie avec exérèse totale du mésorectum alors que 60,4% des radiothérapeutes recommandaient une surveillance seule. Enfin, en cas de tumeur classé pT3N1 après une chirurgie seule sans RCT pré-opératoire, la majorité des chirurgiens (81,2%) et des gastro-oncologues (63,4%) recommandaient une chimiothérapie adjuvante par Folfox alors que les radiothérapeutes (55,7%) étaient en faveur d'une RCT adjuvante.

Comparaison des réponses entre les praticiens experts et non experts

Les différentes réponses des experts et non experts sont résumées dans le tableau 2. Il y avait une différence significative entre les experts et les non experts pour 9 questions. Ces différences n'avaient de conséquences sur la prise en charge (majorité différente) que dans 3

situations. En cas de tumeur classée T3N+ chez un patient ayant une contre-indication à la RCT, les experts recommandaient une chimiothérapie néoadjuvante par Folfox alors que les non experts réalisaient une intervention d'emblée. En cas de tumeur nécessitant initialement une AAP et ayant très bien répondu à la RCT, une AAP était recommandée par uniquement 28,9% des experts contre 46,4% des non experts. Enfin, la fermeture de stomie était proposée après 4 cycles de FOLFOX par les experts et après la fin de chimiothérapie pour les non-experts. Pour deux situations **cliniques**, une majorité d'experts recommandait une prise en charge précise alors que pour les non-experts, aucun consensus ne se dégagait. Les tumeurs pT1sm2 après exérèse locale nécessitaient une chirurgie complémentaire avec exérèse du méso-rectum pour obtenir un curage ganglionnaire pour les experts alors que les non experts étaient partagés entre une surveillance ou la chirurgie complémentaire. En cas de tumeur traitée par RCT néo-adjuvante avec une stérilisation ganglionnaire (ypT3N0), une majorité d'experts privilégiait la simple surveillance (60%) alors que les non-experts proposaient une chimiothérapie adjuvante par FOLFOX ou une surveillance dans les mêmes proportions.

Discussion

Cette enquête de pratique Française a permis d'obtenir une vision des modalités de traitement des cancers du rectum de plus de 500 praticiens. C'est une des premières études réalisées pour cette pathologie avec une analyse par spécialités, ce qui est nécessaire au vu du traitement multimodal des cancers rectaux.

Les indications de radiochimiothérapie étaient assez consensuelles parmi les participants qui suivaient les RPC actuelles. Les cancers avec suspicion d'envahissement ganglionnaire en **IRM où infiltration du mésorectum (même** avec une marge circonférentielle considérée par certains auteurs comme suffisante [11, 12]), bénéficiaient d'une RCT néoadjuvante. Il n'existait pas de différence entre les 3 spécialités pour les indications de traitement. Seul le

délai d'attente différait entre les Gastro-oncologues (6 semaines, 58%) et les chirurgiens/radiothérapeutes (8 semaines, 66% et 57%). L'unique différence entre les experts et les non experts concernait le cas difficile d'une contre-indication à la RCT. Il n'existe peu de données sur ce cas mais les experts recommandaient la réalisation d'une chimiothérapie néo-adjuvante. Les cas de réponse de la tumeur rectale au FOLFOX en cas de métastases hépatiques synchrones expliquent ce choix thérapeutique [13].

La prise en compte de la réponse à la RCT quant au type de résection reste débattue. La plupart des participants proposaient de réaliser une AAP à une tumeur ayant bien répondu au traitement. Les experts proposaient à l'inverse de conserver le sphincter et de réaliser soit une anastomose colo-anale manuelle soit une résection inter-sphinctérienne. Il s'agit de la différence la plus impactante pour les patients de cette enquête de pratique. Si aucune étude randomisée n'a pu confirmer que la RCT néoadjuvante permettait d'augmenter le taux de conservation sphinctérienne, les experts se basent sur les travaux d'Habr-Gama et son approche de conservation rectale avec simple surveillance en cas de réponse clinique complète ou sur les études en cours sur la résection locale après RCT [14, 15]. En revanche, la simple surveillance en cas de réponse clinique complète n'était pas encore privilégiée par les participants, la majorité proposant une exérèse totale du mésorectum.

De très nombreuses séries ont montré qu'une exérèse locale pouvait être proposée en première intention en cas de tumeur mobile, de moins de 3 cm de diamètre, occupant moins d'une hémicirconférence et classée uT1N0 en échoendoscopie [8, 16, 17]. Si l'examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse locale montre la présence d'une tumeur finalement localement plus évoluée ($>pT1sm2$) ou des facteurs histologiques de mauvais pronostic (mauvaise différenciation, embolus lymphatique ou vasculaire, ou « budding »), une proctectomie avec exérèse totale du mésorectum de rattrapage est recommandée sans attendre la survenue d'une récurrence locale [6, 8]. Néanmoins il a été suggéré récemment que ces

proctectomies de rattrapage réalisées après une exérèse locale avaient de moins bons résultats opératoires[18-20] et oncologiques[20, 21] qu'une proctectomie réalisée d'emblée; si bien que cette stratégie pouvait être une perte de chance pour un malade ayant une tumeur classée cT1N0. Malgré les inquiétudes concernant les résultats oncologiques de ces proctectomies de rattrapage, il y avait un consensus parmi les praticiens, qu'ils soient experts ou non, pour proposer une exérèse locale en cas de petite tumeur mobile cT1N0M0 chez un sujet jeune. D'un point de vue technique, la grande majorité des participants recommandait l'exérèse trans-anale par microchirurgie endoscopique (TEM)[10]. Ceci s'explique par le fait que toutes les études ayant comparé la TEM à l'exérèse trans-anale classique ont montré que la TEM permettait de diminuer le taux de résection R1 et ainsi le risque de récurrence *in situ* [22-24]. Lorsque l'examen anatomopathologique montre la présence d'une tumeur pT1sm2 sans aucun autre facteur histologique défavorable après une exérèse locale complète chirurgicale ou endoscopique, il n'existe aucune donnée dans la littérature permettant de choisir entre une surveillance armée ou une proctectomie complémentaire de principe. Ceci explique pourquoi il n'a pas été possible de trouver un consensus pour une attitude thérapeutique standard pour ce type de tumeur parmi les praticiens. Néanmoins, dans cette situation, les experts, contrairement au non experts, recommandaient plutôt une proctectomie qu'une simple surveillance chez un sujet jeune. Ceci était probablement dû au fait que pour une petite tumeur stade I, la proctectomie sous coelioscopie est peu morbide et offre d'excellents résultats oncologiques à très long terme avec un risque de récurrence locale à 10 ans de moins de 3% [25]. De même, il n'existe pas de donnée dans la littérature concernant la conduite à tenir la plus appropriée après une résection endoscopique R1 latérale d'une tumeur pT1sm1. En théorie, il est recommandé une proctectomie de rattrapage après une résection endoscopique R1 d'une tumeur du rectum, en raison du risque de dissémination tumorale [8, 26]. Cette attitude agressive est justifiée par le fait, qu'en cas de proctectomie de rattrapage,

l'examen anatomopathologique montre la persistance de cellules tumorale viables dans 35% des cas [27]. Néanmoins si cette attitude systématique paraît justifiée en cas de marge de résection envahie en profondeur traduisant le plus souvent la présence d'une tumeur localement plus évoluée que prévu, elle peut paraître disproportionnée en cas de marge latérale envahie pour une tumeur superficielle ayant un faible risque d'envahissement lymphatique. C'est probablement la raison pour la quelle la majorité des praticiens, quelque soit leur spécialité ou leur expertise, recommandait une nouvelle exérèse locale de la cicatrice avant de décider d'une éventuelle proctectomie.

Pendant longtemps, le bénéfice d'une chimiothérapie adjuvante en cas de tumeur du rectum classée pN+, qu'il y ait eu ou non une radiochimiothérapie pré-opératoire, n'était pas clairement démontré [6]. Récemment, un essai coréen a montré qu'une chimiothérapie adjuvante par oxaliplatine permettait une amélioration de la survie sans récidence particulièrement chez les patients ayant une tumeur classée ypN+ après une radiochimiothérapie néoadjuvante [28]. Les résultats de cet essai justifient le consensus observé dans cette étude parmi les praticiens, qu'ils soient expert ou non, pour l'administration d'une chimiothérapie par Folfex en cas de tumeur classée pT3N1 après une proctectomie sans traitement noadjuvant. En cas de tumeur classée ypN0 après une radiochimiothérapie mais avec la présence de ganglions stérilisés attestant que la tumeur était initialement N+ avant traitement, la question qui se pose est de savoir si la chimiothérapie par 5FU administrée au cours de la radiochimiothérapie est suffisante ou si elle doit être complétée par une chimiothérapie adjuvante. En l'absence de données dans la littérature, il existait un consensus parmi les praticiens pour ne pas réaliser de chimiothérapie complémentaire en cas de tumeur ypstage I (ypT1-T2N0) avec ganglions stérilisés alors qu'en cas de tumeur ypstage II (ypT3N0) avec ganglions stérilisés, il n'existait pas de consensus

entre une surveillance simple et une chimiothérapie adjuvante par Folfex, qui était proposée par près d'un tiers des d'entre eux.

Par analogie au côlon, lorsqu'une chimiothérapie adjuvante est indiquée, il est recommandé de l'administrer dans les 2 mois qui suivent la proctectomie [29]. Dans ce contexte, il n'est donc pas surprenant qu'il existait parmi les praticiens un consensus fort pour démarrer la chimiothérapie avant la fermeture de la stomie. En ce qui concerne le nombre de cycle à administrer, les chirurgiens et les radiothérapeute préféraient interrompre la chimiothérapie après 4 cycles alors que les gastro-oncologues étaient plutôt enclins à réaliser l'ensemble de la chimiothérapie avant la fermeture de la stomie.

Les résections R1 (distale ou circonférentielle) posent un problème de prise en charge adjuvante. En l'absence de traitement néo-adjuvant, 3 options thérapeutiques sont possibles (reprise chirurgicale, RCT ou chimiothérapie). La crainte des participants était dominée par la récurrence locale expliquant l'amputation de rattrapage pour une marge distale envahie ou la RCT adjuvante pour une marge circonférentielle insuffisante. Deux séries récentes ont analysé le pronostic de ces tumeurs R1. Le risque était dominé par la récurrence à distance notamment pulmonaire et peu par la récurrence locale [30, 31]. Ces données devraient peut être modifier les pratiques, notamment pour la RCT adjuvante qui est associée à une toxicité importante notamment pour le résultat fonctionnel [32].

En ce qui concerne la surveillance oncologique, cette enquête montre que la conférence de consensus de 1998 est obsolète et que la grande majorité des praticiens surveillent plus intensément les patients que recommandé et en particulier ne se contentent pas d'une simple imagerie pulmonaire à 1 an et d'une coloscopie à 3 ans [8].

Une des limites de cette étude est l'absence de données sur le volume de cancers du rectum traités par les participants ou dans leur structure qui aurait pu permettre d'autres analyses. De plus, il est difficile d'avoir une estimation de la représentativité de notre échantillon sur la

population des praticiens français traitant des cancers du rectum et il est possible que l'avis de praticien traitant des cancers du rectum n'ait pas été pris en compte dans cette étude. Il est probable qu'en moyenne, notre échantillon ne représente en moyenne pour chaque spécialité que 8-10% de l'ensemble des praticiens inscrit à l'ordre dans cette spécialité. Néanmoins, dans chaque spécialité, un grand nombre de praticien ne traite pas de façon courante des cancers du rectum si bien que notre échantillon doit être quand même assez représentatif des praticiens impliqués dans le cancer du rectum. La bonne connaissance des données récentes publiées et la discussion de chaque cas de cancer rectal avec l'ensemble des spécialités impliquées en réunion multidisciplinaire sont indispensables. Certains cas complexes devraient être présenté à des centres experts pour validation d'une approche thérapeutique.

REFERENCES

1. Petrelli F, Coinu A, Lonati V, Barni S. A systematic review and meta-analysis of adjuvant chemotherapy after neoadjuvant treatment and surgery for rectal cancer. *Int J Colorectal Dis* 2015; 30: 447-57.
2. Onyeuku NE, Ayala-Peacock DN, Russo SM, Blackstock AW. The multidisciplinary approach to the treatment of rectal cancer: 2015 update. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2015; 9: 507-17.
3. Fung-Kee-Fung SD. Therapeutic approaches in the management of locally advanced rectal cancer. *J Gastrointest Oncol* 2014; 5: 353-61.
4. Vignali A, De Nardi P. Multidisciplinary treatment of rectal cancer in 2014: where are we going? *World J Gastroenterol* 2014; 20: 11249-61.
5. Portier G. [Recommendations for clinical practice. Therapeutic choices for rectal cancer. How should neoadjuvant therapies be chosen?]. *Gastroenterol Clin Biol* 2007; 31 Spec No 1: 1S23-33, 1S89-91.
6. (2013) *Cancer du Rectum (TNCD)*.
7. Nielsen LB, Wille-Jorgensen P. National and international guidelines for rectal cancer. *Colorectal Dis* 2014; 16: 854-65.
8. van de Velde CJ, Boelens PG, Tanis PJ, Espin E, Mroczkowski P, Naredi P, et al. Experts reviews of the multidisciplinary consensus conference colon and rectal cancer 2012: science, opinions and experiences from the experts of surgery. *Eur J Surg Oncol* 2014; 40: 454-68.
9. Lefevre JH, Benoist S. Controversies in the management of rectal cancer. A survey of French surgeons, oncologists and radiotherapists. *Colorectal Dis* 2015
10. Jamal W, Benoist S. Transanal endoscopic microsurgery. *J Visc Surg* 2010; 147: e161-5.
11. Taylor FG, Quirke P, Heald RJ, Moran B, Blomqvist L, Swift I, et al. Preoperative high-resolution magnetic resonance imaging can identify good prognosis stage I, II, and III rectal cancer best managed by surgery alone: a prospective, multicenter, European study. *Ann Surg* 2011; 253: 711-9.
12. Frasson M, Garcia-Granero E, Roda D, Flor-Lorente B, Rosello S, Esclapez P, et al. Preoperative chemoradiation may not always be needed for patients with T3 and T2N+ rectal cancer. *Cancer* 2011; 117: 3118-25.
13. Bensignor T, Brouquet A, Dariane C, Thiot-Bidault A, Lazure T, Julie C, et al. Pathological response of locally advanced rectal cancer to preoperative chemotherapy without pelvic irradiation. *Colorectal Dis* 2015; 17: 491-8.
14. Habr-Gama A, Perez RO, Nadalin W, Sabbaga J, Ribeiro U, Jr., Silva e Sousa AH, Jr., et al. Operative versus nonoperative treatment for stage 0 distal rectal cancer following chemoradiation therapy: long-term results. *Ann Surg* 2004; 240: 711-7; discussion 7-8.
15. Rullier E, Vendrely V. Can mesorectal lymph node excision be avoided in rectal cancer surgery? *Colorectal Dis* 2011; 13 Suppl 7: 37-42.

16. You YN, Baxter NN, Stewart A, Nelson H. Is the increasing rate of local excision for stage I rectal cancer in the United States justified?: a nationwide cohort study from the National Cancer Database. *Ann Surg* 2007; 245: 726-33.
17. Bhangu A, Brown G, Nicholls RJ, Wong J, Darzi A, Tekkis P. Survival outcome of local excision versus radical resection of colon or rectal carcinoma: a Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) population-based study. *Ann Surg* 2013; 258: 563-9; discussion 9-71.
18. Piessen G, Cabral C, Benoist S, Penna C, Nordlinger B. Previous transanal full-thickness excision increases the morbidity of radical resection for rectal cancer. *Colorectal Dis* 2012; 14: 445-52.
19. Morino M, Allaix ME, Arolfo S, Arezzo A. Previous transanal endoscopic microsurgery for rectal cancer represents a risk factor for an increased abdominoperineal resection rate. *Surg Endosc* 2013; 27: 3315-21.
20. van Gijn W, Brehm V, de Graaf E, Neijenhuis PA, Stassen LP, Leijtens JW, et al. Unexpected rectal cancer after TEM: outcome of completion surgery compared with primary TME. *Eur J Surg Oncol* 2013; 39: 1225-9.
21. Hompes R, McDonald R, Buskens C, Lindsey I, Armitage N, Hill J, et al. Completion surgery following transanal endoscopic microsurgery: assessment of quality and short- and long-term outcome. *Colorectal Dis* 2013; 15: e576-81.
22. de Graaf EJ, Burger JW, van Ijsseldijk AL, Tetteroo GW, Dawson I, Hop WC. Transanal endoscopic microsurgery is superior to transanal excision of rectal adenomas. *Colorectal Dis* 2011; 13: 762-7.
23. Christoforidis D, Cho HM, Dixon MR, Mellgren AF, Madoff RD, Finne CO. Transanal endoscopic microsurgery versus conventional transanal excision for patients with early rectal cancer. *Ann Surg* 2009; 249: 776-82.
24. Moore JS, Cataldo PA, Osler T, Hyman NH. Transanal endoscopic microsurgery is more effective than traditional transanal excision for resection of rectal masses. *Dis Colon Rectum* 2008; 51: 1026-30; discussion 30-1.
25. van Gijn W, Marijnen CA, Nagtegaal ID, Kranenbarg EM, Putter H, Wiggers T, et al. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer: 12-year follow-up of the multicentre, randomised controlled TME trial. *Lancet Oncol* 2011; 12: 575-82.
26. Morino M, Risio M, Bach S, Beets-Tan R, Bujko K, Panis Y, et al. Early rectal cancer: the European Association for Endoscopic Surgery (EAES) clinical consensus conference. *Surg Endosc* 2015; 29: 755-73.
27. Gagliardi G, Newton TR, Bailey HR. Local excision of rectal cancer followed by radical surgery because of poor prognostic features does not compromise the long term oncologic outcome. *Colorectal Dis* 2013; 15: e659-64.
28. Hong YS, Nam BH, Kim KP, Kim JE, Park SJ, Park YS, et al. Oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin versus fluorouracil and leucovorin as adjuvant chemotherapy for locally advanced rectal cancer after preoperative chemoradiotherapy (ADORE): an open-label, multicentre, phase 2, randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2014; 15: 1245-53.

29. Biagi JJ, Raphael MJ, Mackillop WJ, Kong W, King WD, Booth CM. Association between time to initiation of adjuvant chemotherapy and survival in colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2011; 305: 2335-42.
30. Debove C, Maggiori L, Chau A, Kanso F, Ferron M, Panis Y. What happens after R1 resection in patients undergoing laparoscopic total mesorectal excision for rectal cancer? A study in 333 consecutive patients. Colorectal Dis 2015; 17: 197-204.
31. Tilly C, Lefevre JH, Svrcek M, Shields C, Flejou JF, Tiret E, et al. R1 rectal resection: look up and don't look down. Ann Surg 2014; 260: 794-9; discussion 9-800.
32. Sauer R, Fietkau R, Wittekind C, Rodel C, Martus P, Hohenberger W, et al. Adjuvant vs. neoadjuvant radiochemotherapy for locally advanced rectal cancer: the German trial CAO/ARO/AIO-94. Colorectal Dis 2003; 5: 406-15.

REMERCIEMENTS

Les auteurs voudraient remercier les participants à cette étude ainsi que les présidents ou secrétaires des différentes sociétés savantes qui accepté de faire diffuser ce questionnaire.

- AFC: Patrick PESSAUX
- AGEO: Julien TAIEB
- FCVD: Alain DELEUZE, Jean-François GRAVIE
- FFCD : Jean-Francois SEITZ, Martina SCHNEIDER, Marie MOREAU
- FRENCH : Christophe MARIETTE
- GERCOR : Sylvie JOLIVET, Thierry ANDRE
- GRECCAR: Yves PANIS, Jean-Jacques TUECH
- Réseau ONCOLOR : Thierry CONROY, Samia RHOUMI
- SFCD: Arnaud ALVES, Christophe PENNA, Diane GOERE
- SFRO: Séverine RACADOT, Philippe MAIGNON, Mary HITTINGER
- SNFCP: François PIGOT, Jean-Luc FAUCHERON
- SNFGE : Frank ZERBIB

Cas	Propositions	Chirurgien	Gastro-onco	Radio-thérapeute	p
Traitement néo-adjuvant					
45 ans, cT2N+	RCT 50Gy + 5FU	78,2%	88,3%	96,1%	0,0003
	RCT+ FOLFOX	21,8%	11,7%	3,9%	
Contre-indication RCT	Chirurgie immédiate	57,4%	53,9%	62,5%	0,4202
	Chimiothérapie FOLFOX	42,6%	46,1%	37,5%	
68 ans, cT4N+	RCT 50Gy + 5FU	53,1%	51,9%	63,9%	0,2611
	FOLFOX puis RCT	46,9%	48,2%	36,1%	
45 ans, cT3N0, CRM=3mm	RCT 50Gy+5FU	80,5%	81,9%	95,8%	0,0092
	Chirurgie immédiate	19,5%	18,1%	4,2%	
75 ans, cT3N0, CRM=3mm	RCT 50Gy + 5FU	54,3%	52%	62%	0,0003
	Chirurgie immédiate	27,8%	23%	5%	
45 ans, cT3N+, CRM=3mm	RT 25 Gy	18,0%	25%	33%	0,0006
	RCT 50Gy + 5FU	67,1%	79,8%	85,2%	
75 ans, cT3N+, CRM=3mm	RCT + FOLFOX	32,9%	20,2%	14,8%	0,2742
	RCT 50Gy + 5FU	87,8%	90,6%	93,9%	
Défai RCT - chirurgie	RT 25 Gy	12,2%	9,4%	6,1%	<0,0001
	8 semaines	65,5%	42,1%	56,7%	
	6 semaines	34,5%	57,9%	43,3%	
Réponse au traitement néo-adjuvant					
Excellente réponse, cT4→cT3	AAP	58,2%	47,6%	63,8%	0,0372
	TME+RIS	42,8%	52,4%	36,2%	
Réponse Clinique complète	TME+ACA	76,3%	90,3%	82,6%	0,0063
	Exérèse locale de la cicatrice	23,7%	9,7%	17,4%	
Petit cancer du rectum					
45 ans, uT1N0	TEM	72,8%	58,4%	42,1%	<0,0001
	TME + ACA	27,2%	41,6%	57,9%	
Résection endoscopique, pT1sm2	TME + ACA	52,6%	60,8%	35,2%	0,0042
	Surveillance	47,4%	39,2%	64,8%	
Résection endoscopique, pT1sm1R1	Résection locale cicatrice	73%	64,1%	50,9%	0,0068
	TME + ACA	26,9%	35,9%	49,1%	
Traitement adjuvant					
Après TME, pT3N1R0	FOLFOX	81,2%	63,4%	44,3%	<0,0001
	RCT 50Gy + 5FU	18,8%	36,6%	55,7%	
Après TME, pT3N0 R1distale	AAP rattrapage	72,9%	59,6%	51,5%	0,0017
	RCT50 Gy + 5FU	27,1%	40,5%	48,5%	
Après TME, pT3N0R1, CRM<1mm	RCT 50 Gy + 5FU	74%	76%	84,4%	0,2420
	Surveillance	26%	24%	15,6%	
Après TME, ypT3N0, ganglions stérilisés	Surveillance	66,7%	58,0%	50,9%	0,0661
	FOLFOX	33,3%	42,0%	49,2%	
Après TME, ypT2N0, ganglions stérilisés	Surveillance	74,3%	69,1%	60,3%	0,1156
	FOLFOX	25,7%	30,9%	39,7%	
Défai fermeture de stomie	Après 4 cycles	50,8%	41,8%	52,9%	0,1412
	Après la fin de la chimiothérapie	49,2%	58,2%	47,1%	
Suivi					
Scanner	Systématique	62,1%	73,9%	81,3%	0,0037
	Alternance avec écho	37,8%	26,1%	18,8%	
Dosage ACE	Systématique	77,1%	79,0%	74,1%	0,7329
	Jamais	22,9%	21,0%	25,9%	
Première coloscopie	1 an après la chirurgie	68,2%	60,0%	73,1%	0,0919
	3 ans après la chirurgie	31,8%	40,0%	26,9%	
Fréquence consultation	Tous les 4 mois	61,5%	74,6%	36,8%	<0,0001
	Tous les 3 mois	38,5%	25,4%	63,2%	

RCT=radiochimiothérapie, CRM=marge circonférentielle tumorale, AAP=amputation abdomino-périnéale, TME=exérèse totale du mésorectum, RIS=résection inter-sphinctérienne, ACA=Anastomose colo-anale.

Table 1. Réponses des participants aux questions selon leurs spécialités.

Cas	Propositions	Experts	Non experts	p
Traitement néo-adjuvant				
45 ans, cT2N+	RCT 50Gy + 5FU	72,9%	70,4%	0,0324
	RCT+ FOLFOX	2,1%	13,2%	
	Chirurgie immédiate	12,5%	5,4%	
Contre-indication RCT	Chirurgie immédiate	46,8%	54,1%	0,1349
	Chimiothérapie FOLFOX	53,2%	39,3%	
68 ans. cT4N+	RCT 50Gy + 5FU	44,7%	33,9%	0,0089
	FOLFOX puis RCT	42,6%	27,8%	
45 ans, cT3N0. CRM=3mm	RCT 50Gy+5FU	74,5%	69,6%	0,3831
	Chirurgie immédiate	17%	13,6%	
75 ans, cT3N0. CRM=3mm	RCT 50Gy + 5FU	46,8%	53,2%	0,1452
	Chirurgie immédiate	19,2%	21,8%	
	RT 25 Gy	34%	21,2%	
45 ans, cT3N+. CRM=3mm	RCT 50Gy + 5FU	81,3%	71,9%	0,0001
	RCT + FOLFOX	8,3%	26%	
75 ans, cT3N+. CRM=3mm	RCT 50Gy + 5FU	72,9%	80,7%	0,0026
	RT 25 Gy	16,7%	8,2%	
	RCT+ FOLFOX	2,1%	9,2%	
Délai RCT - chirurgie	8 semaines	39,6%	42,7%	0,4604
	6 semaines	29,2%	36,5%	
Réponse au traitement néo-adjuvant				
Excellente réponse, cT4→cT3	AAP	28,9%	46,4%	0,0002
	TME+RIS	28,9%	37,6%	
	TME+ACA	35,6%	12,3%	
Réponse Clinique complète	TME+ACA	67,4%	58,1%	0,0074
	Exérèse locale de la cicatrice	23,9%	12%	
	AAP	4,4%	20%	
Petit cancer du rectum				
45 ans, uT1N0	TEM	72,3%	47,1%	0,0055
	TME + ACA	10,6%	29,5%	
Résection endoscopique, pT1sm2	TME + ACA	60,9%	44,1%	0,0415
	Surveillance	37%	39,8%	
Résection endoscopique, pT1sm1R1	Résection locale cicatrice	65,2%	50,9%	0,1199
	TME + ACA	28,3%	26%	
Traitement adjuvant				
Après TME, pT3N1R0	FOLFOX	87,5%	62,2%	0,0044
	RCT 50Gy + 5FU	10,4%	31,9%	
Après TME, pT3N0 R1distale	AAP rattrapage	58,1%	58,7%	0,8534
	RCT50 Gy + 5FU	30,2%	33%	
Après TME, pT3N0R1, CRM<1mm	RCT 50 Gy + 5FU	55,6%	63%	0,1102
	Surveillance	15,6%	20%	
	FOLFOX	28,9%	15,5%	
Après TME, ypT3N0, ganglions stérilisés	Surveillance	60,4%	44,9%	0,1184
	FOLFOX	27,1%	43,2%	
Après TME, ypT2N0, ganglions stérilisés	Surveillance	68,8%	55,7%	0,1646
	FOLFOX	18,7%	33,9%	
Délai fermeture de stomie	Après 4 cycles	47,9%	38,6%	0,3886
	Après la fin de la chimiothérapie	39,6%	44,2%	
Suivi				
Scanner	Systématique	35,4%	30%	0,4435
	Alternance avec écho	64,6%	70%	
Dosage ACE	Systématique	75%	77,8%	0,6648
	Jamais	25%	22,2%	
Première coloscopie	1 an après la chirurgie	58,3%	66,5%	0,2609
	3 ans après la chirurgie	41,7%	33,5%	
Fréquence consultation	Tous les 4 mois	47,9%	35,6%	0,0952
	Tous les 3 mois	52,1%	64,4%	

Appendice n°1

Enquête de pratique inter-groupe

Situations **complexes** dans la prise en charge des cancers du rectum.

Vous êtes :

- ☐ Chirurgien Colorectal
- ☐ Radiothérapeute
- ☐ Oncologue **gastro-intestinal**

Indications de traitement néo-adjuvant :

1°) Pour une tumeur postérieure du moyen rectum, chez un **homme** de **45 ans**, évaluée sur les examens (IRM et écho-endoscopie) **T3N0** avec une **marge circonférentielle de 3 mm**, vous proposeriez en RCP :

(Une seule réponse possible à cocher)

- ☐ Une radiothérapie courte 25 Gy
- ☐ Une radio-chimiothérapie 50Gy + 5FU
- ☐ Une radio-chimiothérapie 50Gy + FOLFOX
- ☐ Chirurgie carcinologique d'emblée
- ☐ Autre, préciser :

Remarques:.....

2°) Pour une tumeur postérieure du moyen rectum, chez un **homme** de **75 ans**, évaluée sur les examens (IRM et écho-endoscopie) **T3N0** avec une **marge circonférentielle de 3 mm**, vous proposeriez en RCP :

(Une seule réponse possible à cocher)

- ☐ Une radiothérapie courte 25 Gy
- ☐ Une radio-chimiothérapie 50Gy + 5FU
- ☐ Une radio-chimiothérapie 50Gy + FOLFOX
- ☐ Chirurgie carcinologique d'emblée
- ☐ Autre, préciser :

Remarques:.....

3°) Pour une tumeur postérieure du moyen rectum, chez un **homme** de **45 ans**, évaluée sur les examens (IRM et écho-endoscopie) **T3N+** avec une **marge circonférentielle de 3 mm**, vous proposeriez en RCP :

(Une seule réponse possible à cocher)

- ☐ Une radiothérapie courte 25 Gy
- ☐ Une radio-chimiothérapie 50Gy + 5FU
- ☐ Une radio-chimiothérapie 50Gy + FOLFOX
- ☐ Chirurgie carcinologique d'emblée
- ☐ Autre, préciser :

Remarques:.....

4°) Pour une tumeur postérieure du moyen rectum, chez un **homme de 75 ans**, évaluée sur les examens (IRM et écho-endoscopie) **T3N+** avec une **marge circonférentielle de 3 mm**, vous proposeriez en RCP :

(Une seule réponse possible à cocher) :

- ☐ Une radiothérapie courte 25 Gy
- ☐ Une radio-chimiothérapie 50Gy + 5FU
- ☐ Une radio-chimiothérapie 50Gy + FOLFOX
- ☐ Chirurgie carcinologique d'emblée
- ☐ Autre, préciser :

Remarques:.....

5°) Pour une tumeur antérieure du moyen rectum, chez un **homme de 45 ans**, évaluée sur les examens (IRM et écho-endoscopie) **T2N+**, vous proposeriez en RCP :

(Une seule réponse possible à cocher)

- ☐ Une radiothérapie courte 25 Gy
- ☐ Une radio-chimiothérapie 50Gy + 5FU
- ☐ Une radio-chimiothérapie 50Gy + FOLFOX
- ☐ Chirurgie carcinologique d'emblée
- ☐ Ponction sous écho-endoscopie du ganglion et RCT ou RT si N+ confirmé
- ☐ Autre, préciser :

Remarques:.....

6°) Pour une tumeur du bas rectum, dont le pôle inférieur est 2 cm au dessus du sphincter, chez un **homme de 68 ans, ayant déjà reçu il y a 5 ans une radiothérapie pour un cancer de prostate**, évaluée sur les examens (IRM et écho-endoscopie) **T3N+ avec une marge circonférentielle de 3 mm**, vous proposeriez en RCP :

(Une seule réponse possible à cocher) :

- ☐ Curiethérapie
- ☐ Chimiothérapie néo-adjuvante 2 mois par FOLFOX
- ☐ Chimiothérapie néo-adjuvante 2 mois par 5FU
- ☐ Chirurgie carcinologique d'emblée
- ☐ Autre, préciser :

Remarques:.....

7°) Pour une tumeur circonférentielle du bas rectum, étendue sur 7 cm de hauteur, chez un **homme de 68 ans**, évaluée sur les examens (IRM et écho-endoscopie) **cT4N+ avec envahissement du sphincter externe**, vous proposeriez en RCP comme traitement néo-adjuvant:

(Une seule réponse possible à cocher) :

- ☐ Une radiothérapie courte 25 Gy
- ☐ Une radio-chimiothérapie 50Gy + 5FU
- ☐ Une radio-chimiothérapie 50Gy + FOLFOX
- ☐ 4 cures de FOLFOX puis radio-chimiothérapie 50 Gy + 5FU/FOLFOX
- ☐ Une radio-chimiothérapie 50Gy puis FOLFOX pendant l'intervalle d'attente
- ☐ Autre, préciser :

Remarques:.....

Prise en charge chirurgicale :

8°) Après radio-chimiothérapie néo-adjuvante 50 Gy + 5FU, la tumeur initialement classé cT4N+ et dont le pôle inférieur était **sur la ligne pectinée** avec une **infiltration du sphincter externe** sur l'IRM est maintenant cT3Nx, avec un sphincter externe respecté et un pôle inférieur tumoral situé 2 cm **au dessus** du sphincter. La tumeur est fixée.

Quelle intervention prévoyez-vous ?

(Une seule réponse possible à cocher) :

- ☐ Une Amputation abdomino-périnéale
- ☐ Une Anastomose colo-anale avec résection inter-sphinctérienne 1 cm sous la ligne pectinée
- ☐ Une Anastomose colo-anale manuelle sur la ligne pectinée
- ☐ Une Anastomose colo-anale mécanique
- ☐ Autre, préciser

Remarques:.....

9°) Après radio-chimiothérapie néo-adjuvante 50Gy + 5FU, une tumeur du bas rectum initialement classé **cT3N+** et dont le pôle inférieur était sur la ligne pectinée est en **réponse clinique complète** : IRM normale, examen clinique ne trouvant plus de lésion résiduelle, endoscopie : simple cicatrice de 1 cm fibreuse, le reste de la muqueuse normale. Le patient est âgé de 54 ans.

Quelle prise en charge initiale proposez-vous ?

(Une seule réponse possible à cocher) :

- ☐ Une surveillance armée tous les 3 mois sans intervention
- ☐ Une exérèse totale du mésorectum et anastomose colo-anale
- ☐ Une exérèse totale du mésorectum avec amputation abdomino-périnéale
- ☐ Une exérèse locale de la cicatrice
- ☐ Autre, préciser :

Remarques:.....

10°) Pour une tumeur **antérieure** du moyen rectum palpable à bout de doigt et mobile, mesurant 3 cm de hauteur, héli-circonférentielle et classée en endoscopie **usT1N0** chez un homme de 45 ans :

Quelle prise en charge initiale proposez-vous ?

(Une seule réponse possible à cocher) :

- ☐ Une exérèse totale du mésorectum et anastomose colo-anale
- ☐ Une exérèse locale classique par voie trans-anale-périnéale
- ☐ Une exérèse locale selon la technique de la TEM (Transanal Endoscopic Microsurgery)
- ☐ Une dissection sous-muqueuse endoscopique
- ☐ Autre, préciser :

Remarques:.....

11°) Une tumeur antérieure du moyen rectum a été réséquée endoscopiquement chez un homme de 45 ans. L'examen anatomopathologique conclut : lésion adénocarcinomeuse bien différenciée, **pT1sm2**, sans embolie lymphatique ou vasculaire, ni budding, **résection complète R0**.

Quelle prise en charge proposez-vous ?

(Une seule réponse possible à cocher) :

- ☐ Une exérèse totale du mésorectum et anastomose colo-anale dès que possible
- ☐ Une exérèse totale du mésorectum et anastomose colo-anale en cas de récurrence uniquement
- ☐ Une surveillance armée
- ☐ Une radiochimiothérapie 50 Gy + 5FU seule
- ☐ Autre, préciser :

Remarques:.....

12°) Une tumeur antérieure du bas rectum a été réséquée endoscopiquement chez un homme de 45 ans. L'examen anatomopathologique conclut : lésion adénocarcinomeuse bien différenciée, **pT1sm1**, sans embolie lymphatique ou vasculaire, ni budding, avec une **marge latérale envahie**.

Quelle prise en charge proposez-vous ?

(Une seule réponse possible à cocher) :

- ☐ Une exérèse totale du mésorectum et anastomose colo-anale dès que possible
- ☐ Une reprise de la cicatrice par voie locale (trans-anale classique ou TEM)
- ☐ Une surveillance armée endoscopique
- ☐ Une radiochimiothérapie 50 Gy + 5FU seule

- ☐ Une radiochimiothérapie 50 Gy + 5FU puis une exérèse totale du mésorectum et anastomose colo-anale
☐ Autre, préciser :

Remarques:.....

13°) Une tumeur du moyen rectum évaluée initialement **T3N+** est traitée par radiochimiothérapie néo-adjuvante (50 Gy + 5FU). Un mois après la fin du traitement, vous réévaluez la lésion. Elle a bien répondu (**diminution d'environ 50% de la taille**). Vous **programmez** l'intervention pour une durée totale entre la fin des rayons et la chirurgie de :

(Une seule réponse possible à cocher) :

- ☐ 6 semaines
☐ 8 semaines
☐ 10 semaines
☐ 12 semaines
☐ Au delà de 12 semaines

Traitement adjuvant :

14°) Une tumeur du bas rectum évaluée initialement (clinique + IRM + EE) comme étant cT3N0 a été traitée par **chirurgie seule** avec une exérèse totale du mésorectum et anastomose colo-anale. L'examen anatomopathologique définitif conclue en l'existence d'une tumeur **pT3N1 (1 ganglion sur 15)** avec des marges R0.

Que recommandez-vous en RCP ?

(Une seule réponse possible à cocher) :

- ☐ Surveillance simple
☐ Chimiothérapie adjuvante par FOLFOX
☐ Chimiothérapie adjuvante par 5FU
☐ Une radio-chimiothérapie 50 Gy + 5FU adjuvante
☐ Autre, préciser :

Remarques:.....

15°) Une tumeur du bas rectum évaluée initialement (clinique + IRM + EE) comme étant cT3N0 a été traitée par **chirurgie seule** avec une exérèse totale du mésorectum et anastomose colo-anale manuelle. L'examen anatomopathologique définitif conclu en l'existence d'une tumeur **pT3N0** (20 ganglions retirés) avec une **marge distale envahie** (résection R1).

Que recommandez-vous en RCP ?

(Une seule réponse possible à cocher) :

- ☐ Surveillance simple
☐ Chimiothérapie adjuvante par FOLFOX
☐ Chimiothérapie adjuvante par 5FU
☐ Une radio-chimiothérapie 50 Gy + 5FU adjuvante
☐ Une reprise chirurgicale précoce pour réalisation d'une amputation abdomino-périnéale
☐ Autre, préciser :

Remarques:.....

16°) Une tumeur du bas rectum évaluée initialement (clinique + IRM + EE) comme étant cT3N0 a été traitée par **chirurgie seule** avec une exérèse totale du mésorectum et anastomose colo-anale manuelle. L'examen anatomopathologique définitif conclu en l'existence d'une tumeur **pT3N0** (20 ganglions retirés) avec une **marge circonférentielle de 0,5 mm** (résection R1) mais une **marge distale saine**.

Que recommandez-vous en RCP ?

(Une seule réponse possible à cocher) :

- ☐ Surveillance simple
☐ Chimiothérapie adjuvante par FOLFOX

- ☐ Chimiothérapie adjuvante par 5FU
☐ Une radio-chimiothérapie 50 Gy + 5FU adjuvante
☐ Autre, préciser :

Remarques:.....

17°) Une tumeur du bas rectum évaluée initialement (clinique + IRM + EE) comme étant **cT3N+** a été traitée par **radiochimiothérapie 50 Gy+5FU**. Une exérèse totale du mésorectum et anastomose colo-anale manuelle a ensuite été réalisée. Les suites opératoires sont simples. L'examen anatomopathologique définitif conclu en l'existence d'une tumeur **ypT3N0** avec **20 ganglions examinés**. Sur ces 20 ganglions, 2 présentent de la fibrose et une réaction macrophagique attestant qu'ils étaient initialement envahis et **qu'ils ont été stérilisés**. Les marges de résections (distales et circonférentielle) sont R0.

Que recommandez-vous en RCP ?

(Une seule réponse possible à cocher) :

- ☐ Surveillance simple
☐ Chimiothérapie adjuvante par FOLFOX 6 mois
☐ Chimiothérapie adjuvante par FOLFOX 4 mois
☐ Chimiothérapie adjuvante par 5FU 6 mois
☐ Chimiothérapie adjuvante par 5FU 6 mois
☐ Autre, préciser :

Remarques:.....

18°) Une tumeur du bas rectum évaluée initialement (clinique + IRM + EE) comme étant **cT3N+** a été traitée par **radiochimiothérapie 50 Gy+5FU**. Une exérèse totale du mésorectum et anastomose colo-anale manuelle a ensuite été réalisée. Les suites opératoires sont simples. L'examen anatomopathologique définitif conclu en l'existence d'une tumeur **ypT2N0** avec **20 ganglions examinés**. Sur ces 20 ganglions, 2 présentent de la fibrose et une réaction macrophagique attestant qu'ils étaient initialement envahis et **qu'ils ont été stérilisés**. Les marges de résections (distales et circonférentielle) sont R0.

Que recommandez-vous en RCP ?

(Une seule réponse possible à cocher) :

- ☐ Surveillance simple
☐ Chimiothérapie adjuvante par FOLFOX 6 mois
☐ Chimiothérapie adjuvante par FOLFOX 4 mois
☐ Chimiothérapie adjuvante par 5FU 6 mois
☐ Chimiothérapie adjuvante par 5FU 6 mois
☐ Autre, préciser :

Remarques:.....

19°) Une tumeur du moyen rectum évaluée initialement T3N+ est traitée par radiochimiothérapie néo-adjuvante (50 Gy + 5FU). Une exérèse totale du mésorectum a été réalisée. Les suites opératoires ont été simples. L'examen anatomopathologique a confirmé l'existence d'une lésion classée **ypT3N1R0** et un traitement adjuvant a été décidé en RCP : FOLFOX 6 mois. **Comment organisez-vous la fermeture de la stomie de protection?**

(Une seule réponse possible à cocher) :

- ☐ Réalisation de la chimiothérapie complète puis fermeture de la stomie
☐ Fermeture précoce (dans les 10 jours) puis réalisation de la chimiothérapie
☐ 2 cycles (1 mois) de FOLFOX puis fermeture de la stomie
☐ 4 cycles (2 mois) de FOLFOX puis fermeture de la stomie

Remarques:.....

Surveillance

20°) Une tumeur du moyen rectum évaluée initialement T3N+ est traitée par radiochimiothérapie néo-adjuvante (50 Gy + 5FU). Une exérèse totale du mésorectum a été réalisée. Les suites opératoires ont été simples.

L'examen anatomopathologique a confirmé l'existence d'une lésion classée **ypT3N0R0** et aucun traitement adjuvant n'a été décidé en RCP. **Comment organisez-vous la surveillance ?**

(3 réponses possibles)

- ☐ TDM thoraco-abdominal systématique à chaque consultation
- ☐ TDM thoraco-abdominal en alternance avec une échographie abdominale + Radiographie thoracique
- ☐ Dosage ACE à chaque consultation
- ☐ Pas de dosage systématique de l'ACE
- ☐ Première endoscopie à 1 an
- ☐ Première endoscopie à 3 ans

Remarques:.....

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION