

Fiche RCP

Tumeurs digestives

13/08/2023

Identification du patient - Correspondants

Madame Paulette Besnard 24/03/1939 (84 ans) Adresse : Sainte Léon 2B213 TARGE Domicile : 07-02-62-32-71 Portable : (33) 03 44 66 67 21	Médecin traitant Docteur Mathilde Mercier Sainte ÉmileVille 2B213Bigot
---	---

Médecin déclarant initial : Docteur Laurent Berthelot (Chirurgie viscérale et digestive)
Autres correspondants : Docteur Roland Sauvage (Gastro-entérologie et hépatologie)

Contexte de la RCP

Demandeur de l'avis : Docteur Laurent Berthelot (Chirurgie viscérale et digestive, Riviere-les-Bains)
Animateur de la RCP : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale)

Présents :

- Motif de la RCP**
- Avis diagnostique
 - Première proposition de traitement
 - Ajustement thérapeutique
 - Surveillance
 - Recours
 - Autre :

Situation clinique

Antécédents / Co-morbidités / Traitement au long cours

Antécédents médicaux-chirurgicaux :

- Hypertension artérielle sous monothérapie,
- Découverte de FA sur ECG de mars 2024,
- Notion de " para-phlébite " de la jambe gauche en janvier 2024, traitée par APIXABAN pendant un mois.

Stade OMS (0-4) : 1 : Patient symptomatique mais ambulatoire

Allergies : pas d'allergie connue.

Antécédents familiaux : pas d'antécédent familial particulier, notamment pas d'antécédent néoplasique.
Mode de vie : vit avec son mari à domicile. 2 fils et 1 fille. Les deux fils vivent à proximité, sa fille vit à Tours. 4 petits-enfants. Aucune aide au domicile, sauf les enfants pour les courses. Totalement autonome jusqu'alors. Travaillait dans la maroquinerie. Pas d'intoxication alcoololo-tabagique.

Traitement à l'entrée :

? ACATAND 8 mg : 1 cp par jour

Tumeur

Siège : Tumeur maligne du côlon, sans précision

CIM-10 : C189

Latéralité : Sans objet

cTNM :

Autre(s) classification(s) :

Histoire de la maladie

Majoration du périmètre abdominal remarquée en Octobre 2023 par Mme Jourdan et son époux.

Mode de découverte

- Dépistage organisé
- Dépistage individuel
- Manifestation clinique
- Découverte fortuite

Phase de la maladie

- Phase initiale
- Rechute

Progression

- Progression locale
- Progression régionale
- Progression à distance

Phase du traitement

- Non traité
- Déjà traité
- En cours de traitement

TDM AP 25/05/2024

volumineuse masse abdomino-pelvienne cloisonnée de 243x127x157 mm d'allure annexielle.
masse tissulaire nécrotique du flanc gauche de 75x56 mm évoquant en premier une carcinose péritonéale envahissant le côlon en regard, responsable d'une fistulisation avec formation d'une collection de la gouttière pariéto-colique de 104x49 mm

Le dossier est discuté avec les Gynécologues, qui ne retiennent pas d'indication opératoire.

Introduction d'AUGMENTIN devant l'abcès.

Mme Jourdan sort contre avis médical.

Le 28/05 : Récidive des douleurs abdominales, et consultation aux urgences de Riviere-les-Bains
Un avis est pris auprès des Chirurgiens viscéraux qui ne retiennent pas d'indication chirurgicale en urgence, de même que les Gynécologues consultés .
Modification de l'antibiothérapie par CEFOTAXIME et METRONIDAZOLE, et prise en charge antalgique multimodale. Hospitalisation en Médecine interne pour la suite de la prise en charge.

Le 01/06 après discussion entre les équipes de chirurgie viscérale et gynécologique, décision de réaliser une laparotomie exploratrice.

La patiente s'entretient Dr Berthelot qui lui explique les tenant et aboutissant de la chirurgie qu'elle accepte

Intervention chirurgicale : Le 01/06/2024 (Dr Berthelot) ; laparotomie exploratrice : - annexectomie bilatérale – stomie d'amont de la zone colique lésionnelle – évacuation et drainage d'un abcès de la gouttière pariéto-colique pas de carcinose peritoneale

Tumeur séreux borderline ovarienne gauche.

Adénofibrome séreux ovarien droit.

coloscopie post opératoire 12/07/2023

Progression jusqu'à 25-30cm de la marge anale dans un colon bien préparée. A 30cm dans le colon sigmoïde, volumineuse lésion bourgeonnante, fragile, occupant au moins la 1/2 de la circonférence de la lumière colique. Réalisation de multiples biopsies pour analyses anatomopathologique. La lésion n'est pas franchie en raison de douleurs abdominales importantes. Conclusion **Lésion fortement suspecte de néoplasie à 30cm de la marge anale. Biopsies multiples pour analyse anatomopathologique**

Microscopie

Les prélèvements ont intéressé un tissu en grande partie nécrotique. Les rares structures épithéliales résiduelles correspondent à de l'adénome tubulo-villeux en dysplasie de bas grade.

CONCLUSION

Matériel d'ulcération peu représentatif ne rapportant que quelques glandes en dysplasie de bas grade ne permettant pas d'affirmer le caractère malin.

De nouvelles biopsies sont fortement recommandées dans ce contexte de lésion suspecte.

TDM TAP 03/07/2023

Conclusion : formation intrapéritonéale à l'union du flanc et de la fosse iliaque gauche évoquant en première hypothèse un nodule de carcinose sur lésion probablement primitivement ovarienne. Absence d'ascite, de localisation hépatique ou pulmonaire. Petits épanchements pleuraux déclives.

ace ca 19.9 non dosés

ca125 343

Bilan Oncogériatrique

Documents disponibles via la plateforme K-Process

Descriptif histologique

Date du prélèvement : 12/07/2023

Nature et localisation du prélèvement :

Type histologique :

Résidu tumoral après chirurgie

- Pas de résidu
- Résidu microscopique
- Résidu macroscopique
- Inconnu

pTNM :

Descriptif histologique

Date du prélèvement : 01/06/2024

Nature et localisation du prélèvement :

Type histologique :

Résidu tumoral après chirurgie

- Pas de résidu
- Résidu microscopique
- Résidu macroscopique
- Inconnu

pTNM :

Question posée

Synthèse et question :

pas d histologie

lesions annexielles border line

refaire colo ou ponction sous echo avant chimio

Proposition de prise en charge

Précision sur la nature de l'avis :

Description du plan de traitement :

- Mise en traitement
- Décision reportée

Nature de l'avis

- Examens complémentaires
- Dossier non présent

Surveillance
 RCP de recours

Autre

Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique

Oui

Non

Patient incluable dans un essai clinique

Oui

Non

Plan du traitement

Chimiothérapie

Radiologie interventionnelle

Chirurgie

Radiothérapie

Curiethérapie

Suivi post thérapeutique alterné

Endoscopie

Soins de support

Hormonothérapie

Soins palliatifs

Immunothérapie

Thérapie ciblée

Irathérapie

Autre :

Allogreffe

Autogreffe / CAR-T Cell

Proposition émise sous réserve des éléments transmis par le médecin rédacteur de la fiche

Fiche RCP

Tumeurs digestives

13/08/2023

Identification du patient - Correspondants

Monsieur Claire Michaud né(e) AUDEBERT
04/06/1956 (67 ans)
Adresse :
97 654CHIZE
Domicile : 06 62 52 01 46
Portable : +61643073647

Médecin traitant
Docteur Hugues Morvan
Maillet
97 654Chizé

Médecin déclarant initial : Docteur Adèle Diallo (Chirurgie viscérale et digestive, Riviere-les-Bains)
Autres correspondants : Docteur Mathilde Leblanc (Oncologie option médicale)

Contexte de la RCP

Demandeur de l'avis : Docteur Mathilde Leblanc (Oncologie option médicale, Riviere-les-Bains)
Animateur de la RCP : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale)

Présents :

Motif de la RCP

- Avis diagnostique
- Première proposition de traitement
- Ajustement thérapeutique
- Surveillance
- Recours
- Autre :

Situation clinique

Antécédents / Co-morbidités / Traitement au long cours

Antécédents chirurgicaux :

- Pontage aorto-coronarien x 5 en 1990,
- Recalibrage L4-L5 (arthrose) en 2016,
- Ischémie aigue membre URGENCE _ stent AFS le 17/12/2018,
- Fracture cheville gauche (2 vis).

Stade OMS (0-4) : 1 : Patient symptomatique mais ambulatoire

Antécédents médicaux :

- AOMI,
- HTA,
- Dyslipidémie,
- DT2.

Traitement à l'entrée poursuivi pendant l'hospitalisation :

- TINZAPARINE 14 000UI le soir,
- KARDEGIC 75 mg /j,
- ATORVASTINE 40 mg/j,
- BISOPROLOL 2.5 mg/j,
- LEVEMIR 20 UI le soir.

Tumeur

Siège : Tumeur maligne de la tête du pancréas

CIM-10 : C250

Latéralité : Droite

cTNM :

Autre(s) classification(s) :

Histoire de la maladie

Il s'agit d'un patient de 66 ans chez qui on a mis en évidence devant un tableau d'ictère une lésion pancréatique céphalique de 13 mm.

Mode de découverte

- Dépistage organisé
- Dépistage individuel
- Manifestation clinique
- Découverte fortuite

Phase de la maladie

- Phase initiale
- Rechute

Progression

- Progression locale
- Progression régionale
- Progression à distance

Phase du traitement

- Non traité
- Déjà traité
- En cours de traitement

Le 23/01/2023 : [scanner abdomino-pelvien](#) montre une masse céphalique pancréatique cause de double dilatation canalaire.

Le 31/01/2023 : une [IRM hépatique](#) qui n'a pas montré de contre-indication chirurgicale, pas de métastases hépatiques.

Une [écho-endoscopie](#) et [ponction](#) qui a montré des cellules atypiques de cette lésion avec un échec de cathétérisme de la voie biliaire principale donc un drainage biliaire a été fait par une anastomose cholédocho-biliaire par une prothèse type AXIOS.

Devant une importante perte de poids récente le patient était suivi récemment par les collègues nutritionnistes qui lui ont indiqué une nutrition parentérale ce qui a amélioré son état nutritionnel avec une reprise pondérale de 2 kg pendant une période de quinze jours pré-opératoire.

Le 09/09/2023 : duodenopancréatectomie céphalique compliquée en post opératoire d'une fistule chyleuse traitée médicalement.

Découverte sur un scanner post opératoire d'une thrombose de l'aorte nécessitant une anticoagulation curative.

Le 11/10/2023 : réhospitalisation devant altération de l'état général.

Scanner abdomino-pelvien : épanchement péritonéale non spécifique.

Le 11/11/2023 : ponction de liquide d'ascite, culture positive, antibiothérapie.

Bilan de la lésion de la vessie en cours avec RTUV à programmer.

Proposition de prise en charge de la RCP de Tumeurs digestives (Fleury

Lemaire-sur-Wagner- webconférence possible) du 26/05/2023

Nature de l'avis : Mise en traitement

Description du plan de traitement : Chimiothérapie en fonction de l'état général.

Consultation en Oncologie Médicale prévue le 18/04/204 à 15h00 avec le Dr Leblanc .

Le rendez-vous sera transmis au patient par le Dr Diallo .

Entre temps diagnostic d'une Tumeur papillaire urothéliale de haut grade selon l'OMS 2015, infiltrant au minimum le chorion profond (pT1),

Discussion en RCP uro : Indication théorique à une BCG thérapie.

Au vu de l'état général du patient peut être privilégier une surveillance endoscopique pour l'instant.

Patient hospitalisé en oncologie pour multiples problèmes: déséquilibre diabète, ascite sur cirrhose, hypotension, hematurie avec deglobulisation....

Au scanner de référence du 08/07/2020 découverte d'un lacher de ballon et ascite diffuse

Documents disponibles via la plateforme K-Process

Descriptif histologique

Date du prélèvement : 09/09/2023

Nature et localisation du prélèvement :

Type histologique : Adénocarcinome canalaire de haut grade, avec engainements péri nerveux et emboles tumoraux.

0N+/- 10N. 2N péri pancréatique envahi localement par contiguïté.

Score CPS: <1

Absence de perte d'expression des protéines MMR en faveur d'un phénotype de type mismatch repair négatif (MMR-). Ceci n'écarte pas une instabilité des microsatellites.

Résidu tumoral après chirurgie

Pas de résidu

Résidu microscopique

Résidu macroscopique

Inconnu

pTNM :

Question posée

Synthèse et question :

Amélioration état général en hospit

Relecture du scanner pour recherche de carcinose

Intérêt de biopsier les lésions pulmonaires? car atypique pour AdKc pancréatique des M+ pulmo isolée, et idem pour tumeur vessie....

Rediscussion en RCP uro PEC car deglobulisation sur hematurie

Place d'un Gemzar monothérapie pour AdKC pancréas adjuvante+/- méta et vessie?

Proposition de prise en charge

Précision sur la nature de l'avis :

Description du plan de traitement :

Mise en traitement

Examens complémentaires

Décision reportée

Dossier non présenté

Surveillance

Autre

RCP de recours

Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique

Oui

Non

Oui

Non

Plan du traitement

Chimiothérapie

Radiologie interventionnelle

Chirurgie
 Curiethérapie
 Endoscopie
 Hormonothérapie
 Immunothérapie
 Irathérapie
 Allogreffe
 Autogreffe / CAR-T Cell

Radiothérapie
 Suivi post thérapeutique alterné
 Soins de support
 Soins palliatifs
 Thérapie ciblée
 Autre :

Proposition émise sous réserve des éléments transmis par le médecin rédacteur de la fiche

Fiche RCP

Tumeurs digestives

13/08/2023

Identification du patient - Correspondants

Monsieur Isaac Marie 08/06/1947 (76 ans) Adresse :	Médecin traitant Docteur Grégoire Renaud Sainte Thierry-les-Bains 97 172Usson-du-Poitou
--	--

Médecin déclarant initial : Docteur Guy Bertin (Gastro-entérologie et hépatologie, Rivière-les-Bains)
Autres correspondants :

Contexte de la RCP

Demandeur de l'avis : Docteur Adèle Diallo (Chirurgie viscérale et digestive, Rivière-les-Bains)
Présentateur : Docteur Adèle Diallo (Chirurgie viscérale et digestive, Rivière-les-Bains)
Animateur de la RCP : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale)
Présentateur : Docteur Adèle Diallo (Chirurgie viscérale et digestive, Rivière-les-Bains)
Présents :

- Motif de la RCP**
- Avis diagnostique
 - Première proposition de traitement
 - Ajustement thérapeutique
 - Surveillance
 - Recours
 - Autre :

Situation clinique

Antécédents / Co-morbidités / Traitement au long cours

Antécédents : - Cure hernie inguinale bilatérale, - Legionellose en 2002, - Episodes de TVP et embolie pulmonaire (dernier en 2019) sous ELIQUIS, - DT2 sous ADO.	Stade OMS (0-4) : 1 : Patient symptomatique mais ambulatoire
Traitements : - ELIQUIS 5 x 2, - METFORMINE, - GLICLAZIDE.	

Tumeur

Siège : Tumeur maligne de la tête du pancréas Latéralité : Sans objet Autre(s) classification(s) :	CIM-10 : C250 cTNM :
--	-------------------------

Histoire de la maladie

Contexte de perturbation du bilan hépatique. <u>TDM TAP le 19/01/2023</u> : probable TIPMP du canal pancréatique principal avec initialement écrire de surcharge chirurgicale d'emblée. <u>Bili-IRM le 25/02/2023</u> : lésions tissulaires d'allure évolutive de la tête du pancréas avec une restriction de la séquence de diffusion mesurée à 32 x 36 mm. Il en évidence une dilatation des voies biliaires intra et extrahépatiques modérée avec un cholédoque à 11 mV. Mise en évidence au niveau hépatique de trois lésions suspectes dans le contexte du segment VII la plus grande mesurant 14 mm. <u>EEH bilio-pancréatique le 28/02/2023</u> : TIPMP avec une atteinte du canal pancréatique principal mesuré à 14 mm. Il existait une lésion hypo-échogène tissulaire céphalique d'environ 30 mm ponctionnée. Mise en évidence avec masse sur la voie biliaire principale. <u>Anapath</u> négative. <u>Relecture de l'IRM (Dr Fontaine)</u> avec lésions hépatiques non typiques de lésions secondaires, faisant suspecter des abcès en première intention. En l'absence d'ictère : pas de CPRE retenue (risque de PA). Proposition d'antibiothérapie probabiliste par AUGMENTIN pendant 14 jours avec réévaluation par imagerie de manière rapprochée le 26/03/2023 par IRM. GGT à 1371 UI/L, PAL à 375 UI/L, bilirubine normale, CA 19-9 à 3105, ACE normal.	Mode de découverte <input type="checkbox"/> Dépistage organisé <input type="checkbox"/> Dépistage individuel <input checked="" type="checkbox"/> Manifestation clinique <input type="checkbox"/> Découverte fortuite Phase de la maladie <input type="checkbox"/> Phase initiale <input type="checkbox"/> Rechute Progression <input type="checkbox"/> Progression locale <input type="checkbox"/> Progression régionale <input type="checkbox"/> Progression à distance Phase du traitement <input type="checkbox"/> Non traité <input type="checkbox"/> Déjà traité <input type="checkbox"/> En cours de traitement
--	--

possible) du 09/10/2023 :

IRM de réévaluation prévue le 26/03/2022

Faire TEP scan.

A représenter avec les résultats.

IRM de réévaluation le 26/03/2022 :

- Régression totale des prises de contraste nodulaires du segment VII, après antibiothérapie, en faveur d'un antécédent d'abcès hépatique.
- TIPMP mixte avec transformation au niveau céphalique sans extension à distance visible sur cet examen.

TEP scan prévu le 02/04/2023.

Proposition de prise en charge de la RCP de Tumeurs digestives (Fleury

Lemaire-sur-Wagner- webconférence possible) du 31/03/2023

Nature de l'avis : Mise en traitement

Description du plan de traitement : DPC sous réserve du TEP TDM et TDM TAP actualisé.

DPC le 29/02 : Duodénopancréatectomie céphalique : exérèse complète, avec des marges chirurgicales saines (R0),
d'un adénocarcinome canalaire moyennement différencié de grade 2 selon l'OMS 2016 céphalique pancréatique mesurant 4x3,5x2,5 cm dans ses plus grands axes, infiltrant focalement la graisse péripancréatique (pT2). Présence au voisinage de la tumeur, des lésions de TIPMP en dysplasie de haut garde.

Sur les neuf ganglions examinés, tous d'aspect réactionnel (0N+/9N).

Bilan Oncogériatrique

Documents disponibles via la plateforme K-Process

Question posée

Synthèse et question :

Chimiothérapie adjuvante au CHU

Proposition de prise en charge

Précision sur la nature de l'avis :

Description du plan de traitement :

- Mise en traitement
 Décision reportée
 Surveillance
 RCP de recours

- Examens complémentaires
 Dossier non présenté
 Autre

Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique

Oui

Non

Patient incluable dans un essai clinique

Oui

Non

Plan du traitement

- Chimiothérapie
 Chirurgie
 Curiethérapie
 Endoscopie
 Hormonothérapie
 Immunothérapie
 Irathérapie
 Allogreffe
 Autogreffe / CAR-T Cell

- Radiologie interventionnelle
 Radiothérapie
 Suivi post thérapeutique alterné
 Soins de support
 Soins palliatifs
 Thérapie ciblée
 Autre :

Proposition émise sous réserve des éléments transmis par le médecin rédacteur de la fiche

Fiche RCP

Tumeurs digestives

13/08/2022

Identification du patient - Correspondants

Madame Thibault Schneider
18/02/1986 (37 ans)
Adresse : Lejeune
39 358FROZES
Portable : (33) 7 3 2 5 4 5 4 0 4
E-mail : clotilde-86@live.fr

Médecin traitant
Docteur Marianne Meunier
Baron-sur-Mer
39 358Ayron

Médecin déclarant initial : Docteur Emmanuel Meyer (Gastro-entérologie et hépatologie)
Autres correspondants : Docteur Patricia Leblanc (Chirurgie viscérale et digestive), Docteur Marianne Meunier (Médecine Générale)

Contexte de la RCP

Demandeur de l'avis : Docteur Emmanuel Meyer (Gastro-entérologie et hépatologie)
Animateur de la RCP : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale)

Présents :

Motif de la RCP

- Avis diagnostique
- Première proposition de traitement
- Ajustement thérapeutique
- Surveillance
- Recours
- Autre :

Situation clinique

Antécédents / Co-morbidités / Traitement au long cours

Antécédent familial de cancer généralisé avant 50 ans chez une tante paternelle.

Stade OMS (0-4) : 1 : Patient symptomatique mais ambulatoire

Antécédents personnels :

- Kyste pilonidal,
- Une interruption de grossesse,
- Pas de traitement,
- Pas d'allergie.

Tabagisme.

Pas de consommation boissons alcoolisées.

Tumeur

Siège : Tumeur maligne du corps du pancréas

CIM-10 : C251

Latéralité : Sans objet

cTNM :

Autre(s) classification(s) :

Histoire de la maladie

Depuis 18 mois à deux ans : douleurs épisodiques du flanc gauche, continues, parfois nocturnes, majorées en période post-prandiale ce qui l'a conduite à réduire son alimentation, d'où l'amaigrissement (86 kg en 2022, 68 kg en février 2022, 65 kg le 04/06/2023).

Mode de découverte

- Dépistage organisé
- Dépistage individuel
- Manifestation clinique
- Découverte fortuite

Phase de la maladie

- Phase initiale
- Rechute

Progression

- Progression locale
- Progression régionale
- Progression à distance

Phase du traitement

- Non traité
- Déjà traité
- En cours de traitement

Le 06 mars 2024, violentes douleurs épigastriques transfixantes, irradiant à gauche en antérieur et postérieur, vomissements. Admission aux Urgences, ECBU en faveur d'une infection urinaire à Escherichia coli, antibiothérapie dans les suites, 11 400 blancs, bilan hépatique CRP et lipase sans anomalie, et hyponatrémie liée à ses vomissements. Pas d'explorations complémentaires, retour à domicile avec un diagnostic d'infection urinaire.

Revient aux Urgences le 15 mars pour une symptomatologie similaire. 12300 blancs, bilan biologique par ailleurs parfaitement normal (notamment bilan hépatique et lipase), leucocyturie sans germe.

Scanner le 16 mars 2024 : collection liquide du corps pancréatique 52 x 18 mm limitée par une fine paroi inflammatoire, suspicion de communication avec le Wirsung caudal qui lui est fin, infiltration péri-pancréatique notamment caudale et péri-céphalique postérieure. Pas de pathologie biliaire manifeste (sludge vésiculaire?).

Echographie le 26 mars 2024 : vésicule biliaire alithiasique, un petit polype cholestérolique de 6 mm, et aspect de dilatation du canal pancréatique corporéal.

IRM le 25/06/2023 image kystique pancréatique corporéale correspond à une dilatation du Wirsung corporéal, mesurant par elle-même 42 x 16 mm, se prolongeant par une dilatation du Wirsung caudal entre 3 et 5 mm avec une dilatation des canaux secondaires. Pas d'anomalie notamment à droite du pancréas, pas

d'anomalie loco-régionale.

[Scanner Thorax le 01/07/2023](#) : normal.

Le 04/06/2023 : palpation abdominale douloureuse en regard du flanc gauche.

ACE, CA 19.9, Chromogranine A : Normaux.

Proposition de prise en charge de la RCP de Tumeurs digestives (Fleury Lemaire-sur-Wagner- webconférence possible) du 07/07/2023

Nature de l'avis : Examens complémentaires

Description du plan de traitement : Echo-endoscopie afin de mieux caractériser la lésion avant la prise en charge chirurgicale.

Echoendoscopie déjà faite le 01/07/2023 (mise dans la présentation initiale)

Indications : kyste pancréatique corporéo caudal, bilan

Positionnement en regard de la région cœliaque, absence d'adénopathie, absence d'ascite, absence de lésion au niveau du foie gauche.

Positionnement dans D3, repères vasculaires en place.

Aspect parfaitement sain du parenchyme pancréatique du crochet jusqu'à la partie droite du corps.

Plus à gauche, aspect hypoéchogène du parenchyme évoquant de la pancréatite.

Dans la tête et la partie droite du corps, wirsung fin et absence d'anomalie.

Au niveau du corps, structure kystique allongée mesurant jusqu'à 14 à 16 mm de large jusqu'à environ 50 mm de long. Il semble bien s'agir d'une dilatation du canal principal mais on ne peut l'affirmer de manière formelle.

Entre le raccordement de cette structure kystique et le wirsung corporéal, le contenu n'est pas tout à fait hypoéchogène et transonore évoquant des végétations endocanalaires. Pas de prise de contraste significative après injection de Sonovue à ce niveau.

Au sein de la structure/canalaire dilatée, aspect un peu végétant des parois avec prise de contraste en Sonovue + doppler HI tant en antérieur qu'en postérieur.

En amont au niveau de la queue, le wirsung est dilaté entre 3 et 5 mm, quelques structures canalaires secondaires également dilatées et un parenchyme pancréatique fortement hypoéchogène évoquant de la pancréatite.

La voie biliaire principale est fine alithiasique. Vésicule alithiasique à parois fines.

Papille normale.

Conclusion : très probable élargissement pseudo kystique du wirsung corporéal avec prise de contraste pariétale, dilatation canalaire caudale et pancréatite caudale. Pas de ponction ce jour.

Discuter fortement une pancréatectomie gauche devant cette forte suspicion de TIPMP avec atteinte du canal principal, responsable de la pancréatite, des douleurs et de l'altération de l'état général.

Documents disponibles via la plateforme K-Process

CR de consultation

CR opératoire

CR d'examen complémentaire

CR d'analyses biologiques

Question posée

Synthèse et question :

nouvelle présentation avec le CR d'échoendo (aspect compatible avec une TIPMP du canal principal)

Pancréatectomie gauche confirmée?

Proposition de prise en charge

Précision sur la nature de l'avis :

Description du plan de traitement :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mise en traitement | <input type="checkbox"/> Examens complémentaires |
| <input type="checkbox"/> Décision reportée | <input type="checkbox"/> Dossier non présenté |
| <input type="checkbox"/> Surveillance | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> RCP de recours | |

Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Patient incluable dans un essai clinique

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Plan du traitement

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Radiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Curiethérapie | <input type="checkbox"/> Suivi post thérapeutique alterné |
| <input type="checkbox"/> Endoscopie | <input type="checkbox"/> Soins de support |

Hormonothérapie
 Immunothérapie
 Irathérapie
 Allogreffe
 Autogreffe / CAR-T Cell

Soins palliatifs
 Thérapie ciblée
 Autre :

Proposition émise sous réserve des éléments transmis par le médecin rédacteur de la fiche

Fiche RCP

Tumeurs digestives

13/08/2023

Identification du patient - Correspondants

Madame Laure Neveu
18/07/1958 (64 ans)
Adresse : 43 rue du Lt colonnel biraud BAT B
86000 Riviere-les-Bains

Médecin traitant
Docteur Philippe Dumas
Gillesboeuf
09 660MIGNE AUXANCES

Médecin déclarant initial : Docteur Patricia Leblanc (Chirurgie viscérale et digestive)

Autres correspondants : Docteur Dominique Pascal (Gastro-entérologie et hépatologie), Docteur Jérôme Jean Générale) (Médecine

Contexte de la RCP

Demandeur de l'avis : Docteur Patricia Leblanc (Chirurgie viscérale et digestive)

Animateur de la RCP : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale)

Présents :

Motif de la RCP

- Avis diagnostique
- Première proposition de traitement
- Ajustement thérapeutique
- Surveillance
- Recours
- Autre :

Situation clinique

Antécédents / Co-morbidités / Traitement au long cours

Antécédents personnels : cancer au niveau des 2 seins (chimiothérapie+ radiothérapie), avec une reconstruction mammaire.	Stade OMS (0-4) : 0 : Activité normale
--	--

Tumeur

Siège : Tumeur maligne du canal anal

CIM-10 : C211

Latéralité : Sans objet

cTNM :

Autre(s) classification(s) :

Histoire de la maladie

L'histoire clinique est en rapport avec une gène + douleur anale + incontinence fécale depuis 2 mois L'examen clinique met en évidence une lésion douloureuse végétante, antérieure avec rectorragie. Poids : 77 kg, Taille : 170 cm.

Mode de découverte

- Dépistage organisé
- Dépistage individuel
- Manifestation clinique
- Découverte fortuite

Phase de la maladie

- Phase initiale
- Rechute

Progression

- Progression locale
- Progression régionale
- Progression à distance

Phase du traitement

- Non traité
- Déjà traité
- En cours de traitement

Scanner Thoraco-Abdomino-Pelvien du 30/06/2023 :

- la lésion rectale est difficilement identifiable en TDM
 - pas d'occlusion ni signe de perforation
 - pas de lésion suspecte décelable par ailleurs
 - à noter la présence de micronodules pulmonaires bilatéraux (5) dont les plus volumineux de 4 mm sont situés au niveau du lobe moyen et du lobe inférieur gauche.

IRM du rectum du 03/07/2023: anomalie de signal suspecte de lésion tissulaire évolutive primitive de la partie basse du rectum et du canal anal estimée T2N0.

Rectosigmoidoscopie du 07/07/2023 : lésion canal anal

Anapath du 07/07/2023 : carcinome épidermoïde infiltrante P16+

Documents disponibles via la plateforme K-Process

CR opératoire

CR d'examen complémentaire

CR de consultation

Descriptif histologique

Date du prélèvement : 07/07/2023

Résidu tumoral après chirurgie

- Pas de résidu
- Résidu microscopique
- Résidu macroscopique
- Inconnu

pTNM :

Question posée

Synthèse et question :
C.A.T?

Proposition de prise en charge

Précision sur la nature de l'avis :

Description du plan de traitement :

Nature de l'avis	
<input type="checkbox"/> Mise en traitement	<input type="checkbox"/> Examens complémentaires
<input type="checkbox"/> Décision reportée	<input type="checkbox"/> Dossier non présenté
<input type="checkbox"/> Surveillance	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> RCP de recours	
Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Patient incluable dans un essai clinique	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Plan du traitement	
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle
<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Radiothérapie
<input type="checkbox"/> Curiethérapie	<input type="checkbox"/> Suivi post thérapeutique alterné
<input type="checkbox"/> Endoscopie	<input type="checkbox"/> Soins de support
<input type="checkbox"/> Hormonothérapie	<input type="checkbox"/> Soins palliatifs
<input type="checkbox"/> Immunothérapie	<input type="checkbox"/> Thérapie ciblée
<input type="checkbox"/> Irathérapie	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Allogreffe	
<input type="checkbox"/> Autogreffe / CAR-T Cell	
Proposition émise sous réserve des éléments transmis par le médecin rédacteur de la fiche	

Fiche RCP

Tumeurs digestives

13/08/2023

Identification du patient - Correspondants

Madame Bernadette Hamomé(e) BUSNEL 03/02/1943 (80 ans) Adresse :	Médecin traitant Docteur Adélaïde Jacquet Leclercnec 31841 Yzeures-sur-Creuse
--	--

Médecin déclarant initial : Docteur Emmanuelle Delanno (Gastro-entérologie et hépatologie)

Autres correspondants :

Contexte de la RCP

Demandeur de l'avis : Docteur Noël Bonneau (Gastro-entérologie et hépatologie, Châtelaerault)

Animateur de la RCP : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale)

Présents :

Motif de la RCP

- Avis diagnostique
- Première proposition de traitement
- Ajustement thérapeutique
- Surveillance
- Recours
- Autre :

Situation clinique

Antécédents / Co-morbidités / Traitement au long cours

Traitement par SIMVASTATINE.

Stade OMS (0-4) : 2 : Alitement < 50% du temps diurne

Tumeur

Siège : Tumeur maligne du rectum

CIM-10 : C20

Latéralité : Sans objet

cTNM :

Autre(s) classification(s) :

Histoire de la maladie

Douleurs abdominales + anémie 10 g.

Mode de découverte

- Dépistage organisé
- Dépistage individuel
- Manifestation clinique
- Découverte fortuite

Phase de la maladie

- Phase initiale
- Rechute

Progression

- Progression locale
- Progression régionale
- Progression à distance

Phase du traitement

- Non traité
- Déjà traité
- En cours de traitement

Coloscopie par le Dr Jérôme.

A 15 cm environ présence d'une lésion bourgeonnante sténosante occupant les 3/4 de la circonférence d'allure tumorale saignotant facilement, biopsies multiples.

Histologie : adénocarcinome moyennement différencié/bas grade. **Pas d'instabilité microsatellites.**

TDM TAP : pas de lésion secondaire.

IRM le 18/03/2022:

- Volumineuse lésion tissulaire circonférentielle de la charnière recto-sigmoïdienne, étendue sur 9 cm de longueur, responsable d'une sténose modérée de la lumière digestive, sans syndrome occlusif et digestif d'amont. Pôle inférieur lésionnel situé à 12 cm de la marge anale.
- Important envahissement tumoral du mésorectum, et rétropéritonéal pelvien discrètement latéralisé à droite, responsable d'une dilatation des cavités pyélocalicielles droites (pyélon à 15 mm) sur envahissement urétéral droit. Intérêt d'un avis urologique rapide.
- Adénopathies méso-rectales, et ilio-obturatrices restant infracentimétriques.

RCP des Tumeurs digestives (Lemaire-sur-Wagne) du 16/06/2022 :

Chimiothérapie première par Folfox puis radio - chimiothérapie.

A représenter après 3 mois de Folfox pour statuer sur radio - chimiothérapie exclusive ou radio - chimiothérapie pré - opératoire.

Faire scanner et IRM à 3 mois.

La patiente sera vue par le Dr Jérôme à Bigot pour la chimiothérapie.

Chimiothérapie débutée début octobre avec c1j1 FOLFOX.

TDM TAP refait fin septembre 2023 car premier TDM ancien d'août 2023 : doute sur 3 lésions hépatiques d'allure secondaire.

IRM hépatique le 17/12/2022 : 3 lésions hépatiques confirmées des segments VI VII VIII mesurant 24 x 25 x

21 mm puis 28 x 27 x 23 mm puis 18 x 10 mm respectivement.

RAS muté, pas d'instabilité des microsatellites.

RCP des Tumeurs digestives (Lemaire-sur-Wagne) du 23/12/2022 :

Si symptomatologie pré occlusive : stomie.

Sinon : poursuite du Folfox sans Avastin (risque de fistule ou de complication en cas d'occlusion).

Merci de transférer les images sur le PACS du CHU pour rediscussion à 3 mois de Folfox des possibilités de chirurgie.

3 MOIS DE FOLFOX.

OMS 1.

BONNE TOLERANCE CLINIQUE ET BIOLOGIQUE.

Nette diminution des marqueurs tumoraux avec ACE passant de 17 à 7 entre septembre 2023 et décembre 2023

b6A 19-9 passant de 415 à 48.

2023

TDM TAP le 25/02 : réponse partielle avec nette régression de la lésion recto colique et des lésions secondaires hépatiques.

IRM hépatique le 04/03 : NETTE DIMINUTION DES LESIONS HEPATIQUES DES SEGMENTS VI VII VIII mesurant respectivement 12 mm contre 26 mm 11 mm contre 18 mm et 9 mm contre 18 mm.

Proposition de prise en charge de la RCP de Tumeurs digestives (Fleury

-

Lemaire-sur-Wagner- webconférence possible) du 09/10/2023

Nature de l'avis : Mise en traitement

Description du plan de traitement :

Evaluation en onco gériatrie.

Adresser la patiente en consultation au Dr Gilles et au Dr Berthelot avec les CD d'imagerie.

Poursuite de la chimiothérapie dans le même temps.

Dernière cure de chimio folfox le 08/05/2023

irm hépatique préopératoire diminution encore en taille des 3 lésions connues

chir hépatique dr Gilles le 12/05/2023

resection segments vi vii et radiofréquence segment VIII

suites simples

REVUE ce jour en cs

oms 2 fatiguée

perte de 5 kg 43 à 38 kg ce jour

dl pelvienne avec syndrome rectal glaires tenesmes

garde une tox neurologique des mains et pieds

bio tdm tap demandée

Bilan Oncogériatrique

Documents disponibles via la plateforme K-Process

Question posée

Synthèse et question :

tox neuro résiduelle apres chimio pour permettre résection 3 meta foie sur adc rectal

tumeur RAS mutée

reprise LV5FU2 AVASTIN ,,,?????

BIO TDM TAP DEMANDES

NB A UNE ILEOSTOMIE DE PROTECTION , CHIR HEPATIQUE 12/05/2023

Proposition de prise en charge

Précision sur la nature de l'avis :

Description du plan de traitement :

Nature de l'avis

- Mise en traitement
- Décision reportée

- Examens complémentaires
- Dossier non présent

Surveillance
 RCP de recours

Autre

Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique

Oui

Non

Patient incluable dans un essai clinique

Oui

Non

Plan du traitement

Chimiothérapie

Radiologie interventionnelle

Chirurgie

Radiothérapie

Curiethérapie

Suivi post thérapeutique alterné

Endoscopie

Soins de support

Hormonothérapie

Soins palliatifs

Immunothérapie

Thérapie ciblée

Irathérapie

Autre :

Allogreffe

Autogreffe / CAR-T Cell

Proposition émise sous réserve des éléments transmis par le médecin rédacteur de la fiche

Fiche RCP

Tumeurs digestives

13/08/2023

Identification du patient - Correspondants

Monsieur Guy Merle
08/06/1955 (68 ans)
Adresse :

Médecin traitant
Docteur Éléonore Barbe
Andre-sur-Pinto
2B213Bigot

Médecin déclarant initial : Docteur David Laporte (Hématologie, Rivière-les-Bains)
Autres correspondants :

Contexte de la RCP

Demandeur de l'avis : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale, Rivière-les-Bains)
Animateur de la RCP : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale)

Présents :

Motif de la RCP

- Avis diagnostique
- Première proposition de traitement
- Ajustement thérapeutique
- Surveillance
- Recours
- Autre :

Situation clinique

Antécédents / Co-morbidités / Traitement au long cours

Pas d'antécédent notable.

Stade OMS (0-4) : 2 : Alitement < 50% du temps diurne

Tumeur

Siège : Tumeur maligne des organes digestifs, de sièges autres et mal définis

CIM-10 : C26

Latéralité : Sans objet

cTNM :

Autre(s) classification(s) :

Histoire de la maladie

atteinte ganglionnaire, surrénalienne bilatérale et suspicion de carcinose secondaire à un adénocarcinome du côlon transverse en place diagnostiquée en août 2018

- Dépistage organisé
- Dépistage individuel
- Manifestation clinique
- Découverte fortuite

MSS, RA Ssauvage, BRAF sauvage. Réarrangement de NTRK et FGFR demandé mais prélèvement insuffisant pour la recherche.

- Phase initiale
- Rechute

Phase de la maladie

Le patient a reçu plusieurs lignes de chimiothérapie depuis le diagnostic en août 2018 par FOLFOX, FOLFIRI-AVASTIN, FOLFIRI-VECTIBIX ou FOLFOX puis LONSURF en cours sans avastin car ischémie myocardique récente

- Progression locale
- Progression régionale
- Progression à distance

ADP inguinale droite compressive et oedème majeur du membre inférieur droit

- Non traité
- Déjà traité

- En cours de traitement

Documents disponibles via la plateforme K-Process

Question posée

Synthèse et question :

Possibilité de RTE à visée décompressive ?

Proposition de prise en charge

Précision sur la nature de l'avis :

Description du plan de traitement :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mise en traitement | <input type="checkbox"/> Examens complémentaires |
| <input type="checkbox"/> Décision reportée | <input type="checkbox"/> Dossier non présent |
| <input type="checkbox"/> Surveillance | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> RCP de recours | |

Nature de l'avis

- Oui
- Non

Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique

Patient incluable dans un essai clinique

Oui

Non

Plan du traitement

- Chimiothérapie
- Chirurgie
- Curiethérapie
- Endoscopie
- Hormonothérapie
- Immunothérapie
- Irathérapie
- Allogreffe
- Autogreffe / CAR-T Cell

- Radiologie interventionnelle
- Radiothérapie
- Suivi post thérapeutique alterné
- Soins de support
- Soins palliatifs
- Thérapie ciblée
- Autre :

Proposition émise sous réserve des éléments transmis par le médecin rédacteur de la fiche

Fiche RCP

Tumeurs digestives

13/08/2023

Identification du patient - Correspondants

Madame Dorothee Allain 10/11/1939 (84 ans) Adresse :	Médecin traitant Docteur Bernad Cousin BD Victor Hugo 86270 LA ROCHE POSAY
--	---

Médecin déclarant initial : Docteur Colette Fernandes (Chirurgie viscérale et digestive)

Autres correspondants : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale), Docteur Philippe Wagner (Oncologie option radiothérapie)

Contexte de la RCP

Demandeur de l'avis : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale, Riviere-les-Bains)

Animateur de la RCP : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale)

Présents :

Motif de la RCP

- Avis diagnostique
- Première proposition de traitement
- Ajustement thérapeutique
- Surveillance
- Recours
- Autre :

Situation clinique

Antécédents / Co-morbidités / Traitement au long cours

HTA.

Stade OMS (0-4) : 1 : Patient symptomatique mais ambulatoire

Tumeur

Siège : Tumeur maligne du côlon ascendant

CIM-10 : C182

Latéralité : Sans objet

cTNM :

Autre(s) classification(s) :

Histoire de la maladie

Patiante présentant une occlusion grelo-colique en rapport avec une lésion tumorale du colon ascendant.

Mode de découverte

- Dépistage organisé
- Dépistage individuel
- Manifestation clinique
- Découverte fortuite

Phase de la maladie

- Phase initiale
- Rechute

Progression

- Progression locale
- Progression régionale
- Progression à distance

Phase du traitement

- Non traité
- Déjà traité
- En cours de traitement

Pas de lésion métastatique au [TDM abdomino pelvien](#) fait en urgence.

Colectomie droite avec rétablissement de la continuité digestive le 16/01/2023. Pas de carcinose, ascite inflammatoire (pas d'élément suspect à [l'anapath](#)).

Suites simples.

[Anapath](#) : adénocarcinome colique droit moyennement à peu différencié circonférentiel de 30 mm infiltrant la sous séreuse.

exérèse complète.

Présence d'emboles lymphatiques et veineux.

1N +/15N.

PT3N1.

Absence de perte d'expression des protéines du MMR.

Pas d'instabilité microsatellite.

Patiante en excellent état général.

RCP des Tumeurs digestives (Lemaire-sur-Wagne) du 19/04/2022 :

Consultation en Oncogériatrie.

Consultation en Oncologie Médicale avec le DR FERRU à Bigot pour évaluer possibilité de chimiothérapie adjuvante.

cTNM : T3N1M0.

FOLFOX débuté le 02/01/2023.

Scanner TAP le 18/05/2022 : nodule pulmonaire unique infracentimétrique à gauche.

TEP scan le 28/01/2023 : hypermétabolisme modéré du nodule pulmonaire lobaire supérieur gauche compatible avec une origine secondaire dans ce contexte.

RCP des Tumeurs digestives (Lemaire-sur-Wagne) du 03/02/2023 :

Radiothérapie stéréotaxique sous réserve de l'éventuelle diminution sous chimiothérapie.
Consultation en Radiothérapie prévue le 19/07/2022 à 12h15 avec le Dr Nathalie Wagner .
Le rendez-vous sera transmis au patient par le Dr Gosselin la patiente n'a pas souhaité se rendre à ce RDV car ne voulait pas d'examen en décembre.

FOLFOX bien toléré.

Scanner TAP le 01/04/2023 : conclusion : réticulations sous pleurales au contact de la scissure gauche apparues et majorées en sous pleural bilatéral bibasal avec bronchectasies : pneumopathie interstitielle ? Ostéodéminéralisation diffuse. Fracture tassemement plateau inférieur de T12 T11 : ostéoporose fracturaire probable. diminution du nodule pulmonaire.

Proposition de prise en charge de la RCP de Tumeurs digestives (Fleury

-

Lemaire-sur-Wagner- webconférence possible) du 07/04/2023

Nature de l'avis : Mise en traitement

Description du plan de traitement :

Poursuite de la chimiothérapie pour 6 mois au total puis réévaluation.

Le nodule est trop petit pour être traité immédiatement par radiothérapie stéréotaxique sans fiduciaire.

Scanner TAP le 30.04 :

Nodule de 9 mm LSG unique discrètement progressif

Bilan Oncogériatrique

Documents disponibles via la plateforme K-Process

Question posée

Synthèse et question :
RTE stéréotaxique ?

Proposition de prise en charge

Précision sur la nature de l'avis :

Description du plan de traitement :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mise en traitement | <input type="checkbox"/> Examens complémentaires |
| <input type="checkbox"/> Décision reportée | <input type="checkbox"/> Dossier non présenté |
| <input type="checkbox"/> Surveillance | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> RCP de recours | |

Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Patient incluable dans un essai clinique

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Radiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Curiethérapie | <input type="checkbox"/> Suivi post thérapeutique alterné |
| <input type="checkbox"/> Endoscopie | <input type="checkbox"/> Soins de support |
| <input type="checkbox"/> Hormonothérapie | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie | <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée |
| <input type="checkbox"/> Irathérapie | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Allogreffe | |
| <input type="checkbox"/> Autogreffe / CAR-T Cell | |

Proposition émise sous réserve des éléments transmis par le médecin rédacteur de la fiche

Fiche RCP

Tumeurs digestives

13/08/2023

Identification du patient - Correspondants

Monsieur Alexandre Hamel
25/01/1946 (77 ans)
Adresse : Samson-les-Bains
09 660MIGNE AUXANCES
Domicile : 0074523435
E-mail : ggdebiais@orange.fr

Médecin traitant
Docteur Agnès Benard
PLACE PETROZAVODSK
17000 La Rochelle

Médecin déclarant initial : Docteur Laurent B t (Chirurgie viscérale et digestive)
Autres correspondants : Docteur Mathilde LeAdélaïde (Oncologie option médicale)

Contexte de la RCP

Demandeur de l'avis : Docteur Mathilde LeAdélaïde (Oncologie option médicale, Riviere-les-Bains
Animateur de la RCP : Docteur Chantal G (Oncologie option médicale)

Présents :

Motif de la RCP

- Avis diagnostique
- Première proposition de traitement
- Ajustement thérapeutique
- Surveillance
- Recours
- Autre :

Situation clinique

Antécédents / Co-morbidités / Traitement au long cours

Antécédents chirurgicaux :

- Plastie tendons pouce gauche sous anesthésie générale en 1979,
- Neurochirurgie hypophyse par voie transphénoidale le 22/12/2014,
- Prostatectomie + curage robot le 20/12/2019.

Stade OMS (0-4) : 0 : Activité normale

Antécédents médicaux :

- Macroadénome hypophysaire avec insuffisance gonadotrope, thyrotrope, somatotrope et corticotrope suivi par le Dr Adélaïde (dernière consultation en février 2021),
- Dernière consultation en Endocrinologie (Dr Hugues) insuffisance gonadotrope séquellaire substitué en octobre 2019,
- Insuffisance corticotrope de réserve non substitué,
- Dyslipidémie,
- Dernière consultation en Cardiologie par le Dr Rémy en mai 2019,
- ECG de repos : RS,
- ETT : FEVG : 65%,
- EE : négative cliniquement et électriquement.

Traitements :

- Lescol 40 mg le matin,
- Androtardyl 250 mg / 6 semaine.

Tumeur

Siège : Tumeur maligne du côlon descendant

CIM-10 : C186

Latéralité : Sans objet

cTNM :

Autre(s) classification(s) :

Histoire de la maladie

Test Hemoccult positif.

Mode de découverte

- Dépistage organisé
- Dépistage individuel
- Manifestation clinique
- Découverte fortuite

Phase de la maladie

- Phase initiale
- Rechute

Progression

- Progression locale
- Progression régionale
- Progression à distance

Docteur Lefevre [coloscopie le 30/05/2021](#) retrouvant une lésion à 45 cm de la marge anale ulcéro-végétante hémorragique et sténosante non franchissable. Mise en place de clips et biopsie.
Adénocarcinome ulcéré, infiltrant.

ACE à 2,4.CA19-9 à 6.

[TDM TAP le 13/03/2021](#) retrouvant plusieurs images hypodenses hépatiques.

[IRM le 14/04/2021](#) : kystes hépatiques simples. Pas de localisation secondaire.

Phase du traitement

- Non traité
 Déjà traité
 En cours de traitement

Chirurgie le 20/07/2021 : colectomie gauche.

Retour à domicile.

Adénocarcinome lieberkühnien moyennement différencié.
Nombre de ganglions examinés sur la pièce opératoire : 18.
Nombre de ganglions métastatiques : 9 (sans rupture capsulaire).
Dépôt tumoral dans la sous-séreuse : non.
Emboles vasculaires : oui, lymphatiques.
Infiltration péri-nerveuse : non.
Budding : non.
Autres lésions : non.
Autres prélèvements :
- Collerette rectale : saine.
- Collerette colique : saine.
Stade TNM (UICC 2016, 8ème édition) : **pT3 N2b R0**.

RCP des Tumeurs digestives (Lemaire-sur-Wagne) du 06/08/2021 :

Chimiothérapie adjuvante.
Proposer protocole ADAGE.
Consultation en Oncologie Médicale prévue le 23/08/2021 à 15h avec le Dr Leblanc .
Le rendez-vous sera transmis au patient par le Dr Berthelot .

Consultation avec le Dr Leblanc le 05/12/2022 :

ACE à 3, CA19.9 à 37.
[Echographie, rp](#) : RAS.

Coloscopie en aout 2023 annulée pour décès de l'épouse.

Coloscopie en décembre 2023 par le Dr Laurent :

2 polypes du bas fond caecal.
Lésion jonction caecum colon droit 4/3 cm.
Biopsie de la lésion adénomateuse tubulo villeuse avec foyer de dysplasie de haut grade.

TDM le 01/04/2023 :

Parenchyme :

Pas d'apparition de nodule ni de masse pulmonaire suspecte.

Stabilité des rares formations micro-nodulaire aspécifiques des 2 champs pulmonaires de taille < 5 mm.

Apparition de plusieurs hypodensités aux contours mal limités :

- 34 mm à jonction des segments VII et VIII.
- 18 mm à la jonction des segments V et VI.
- 12 mm au sein du segment III.
- 7 mm sous-capsulaire du segment VII.
- 21 mm à la jonction des segments II et IV (difficilement différenciable d'une stéatose focale).

Stabilité des formations kystiques et micro kystiques hépatiques précédemment décrites.

CA 19.9 à 229.
ACE à 16.1.

Patient vu en consultation le 07/04/2023.
Information donnée sur évolution métastatique.
RCP et RDV de consultation pour chimiothérapie.

Proposition de prise en charge de la RCP de Tumeurs digestives (Fleury Lemaire-sur-Wagner- webconférence possible) du 07/04/2023

Nature de l'avis : Mise en traitement

Description du plan de traitement :

IRM hépatique.

Biopsie hépatique pour biologie moléculaire.

Chimiothérapie adaptée à la biologie moléculaire des métastases.

A représenter à 3 mois de chimiothérapie pour discuter stratégie chirurgicale (foie et colon droit).

Consultation d'Oncologie Médicale prévue le 24/04/2023, à 16h00, avec le Dr Leblanc .
Le rendez-vous sera transmis au patient par le Dr Berthelot .

Après 2 mois de chimio par FOLFOX : stabilité selon RECIST sur TAP + IRM hépatique, réduction de 7% des M+ hépatiques qui sont au nombre de 4B
Onne tolérance de la chimio
Ajout de l'ERBITUX pour prochaine chimio aux vues du statut RAS sauvage

Bilan Oncogériatrique

Documents disponibles via la plateforme K-Process

Question posée

Synthèse et question :

Rediscuter stratégie chirurgicale (foie et colon droit) et résécabilité

Consultation Dr Patricia prévue le 24/07/2023

Proposition de prise en charge

Précision sur la nature de l'avis :

Description du plan de traitement :

- | Nature de l'avis | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mise en traitement | <input type="checkbox"/> Examens complémentaires |
| <input type="checkbox"/> Décision reportée | <input type="checkbox"/> Dossier non présenté |
| <input type="checkbox"/> Surveillance | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> RCP de recours | |

Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Patient incluable dans un essai clinique

- | Plan du traitement | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Radiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Curiethérapie | <input type="checkbox"/> Suivi post thérapeutique alterné |
| <input type="checkbox"/> Endoscopie | <input type="checkbox"/> Soins de support |
| <input type="checkbox"/> Hormonothérapie | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie | <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée |
| <input type="checkbox"/> Irathérapie | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Allogreffe | |
| <input type="checkbox"/> Autogreffe / CAR-T Cell | |

Proposition émise sous réserve des éléments transmis par le médecin rédacteur de la fiche

Fiche RCP

Tumeurs digestives

13/08/2023

Identification du patient - Correspondants

Monsieur Timothée Dupuy 09/06/1970 (53 ans) Adresse : Besnard 97440 ROUILLE Portable : 0751061711	Médecin traitant Docteur Constance Langlois 26 R MELUSINE 97440 Rouillé
---	--

Médecin déclarant initial : Docteur Louise Clerc (Chirurgie générale)
 Autres correspondants : Docteur Constance Langlois (Médecine Générale) , Docteur Adrien Monnier (Gastro-entérologie et hépatologie)

Contexte de la RCP

Demandeur de l'avis : Docteur Louise Clerc (Chirurgie générale) Animateur de la RCP : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale) Présents :	Motif de la RCP <input checked="" type="checkbox"/> Avis diagnostique <input type="checkbox"/> Première proposition de traitement <input type="checkbox"/> Ajustement thérapeutique <input type="checkbox"/> Surveillance <input type="checkbox"/> Recours <input type="checkbox"/> Autre :
---	--

Situation clinique

Antécédents / Co-morbidités / Traitement au long cours	Patient âgé de 53 ans, présentant un ADK sigmoïdien avec épaissement de 45 mm au TDM ?	Stade OMS (0-4) : 0 : Activité normale
Antécédents personnels :	- HH, - HTA, - Fissure anale	
Antécédents familiaux : frère : cancer ORL		
Tumeur		
Siège : Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne	CIM-10 : C19	
Latéralité : Sans objet	cTNM :	
Autre(s) classification(s) :		
Histoire de la maladie		
L'examen clinique : ras, pas de Troisier, pas d'HSM, TR : nl pas de sang, amaigrissement de 3 kg, un ventre souple, pas de problème urinaire, transit : nl		Mode de découverte <input type="checkbox"/> Dépistage organisé <input type="checkbox"/> Dépistage individuel <input type="checkbox"/> Manifestation clinique <input type="checkbox"/> Découverte fortuite
Poids : 75kg, Taille : 165cm, IMC: 27.55		Phase de la maladie <input type="checkbox"/> Phase initiale <input type="checkbox"/> Rechute
<u>Coloscopie du 03/06/2023</u> dans le sigmoïde une tumeur en lobe d'oreille hémicoïdienne dont le pôle inférieur se situe à environ 25 cm de la marge anale et le pôle supérieur 4 cm au dessus (biopsies). Pose d'un clip de repérage au pôle inférieur de la tumeur. Le rectum est normal.		Progression <input type="checkbox"/> Progression locale <input type="checkbox"/> Progression régionale <input type="checkbox"/> Progression à distance
<u>Anapath du 06/06/2023</u> Adénocarcinome lieberkühnien de bas grade, au minimum intramuqueux dans la limite du prélèvement biopsique.		Phase du traitement <input type="checkbox"/> Non traité <input type="checkbox"/> Déjà traité <input type="checkbox"/> En cours de traitement
<u>SCAN TAP du 08/05/2023</u> Epaissement pariétal du sigmoïde sur environ 45 mm, suspect. Pas d'autre lésion par ailleurs.		
Marqueurs :		
ACE : 8.3		
<u>INTERVENTION REALISEE LE 26/06/2023</u> RESECTION RECTO-SIGMOIDIENNE SOUS COELIOSCOPIE AVEC RETABLISSEMENT IMMEDIAT DE LA CONTINUITÉ		
<u>Anapath du 04/07/2023</u> Adénocarcinome lieberkühnien infiltrant la sous-séreuse de haut grade avec une composante mucineuse. Les limites d'exérèse sont passées en zone saine. 6 ganglions lymphatiques métastatiques. 3 nodules tumoraux dans la sous-séreuse. Stade pTNM 2017 / 8ème édition. pT3 N2a Mx. Expression normale des protéine de réparation de l'ADN.		
Documents disponibles via la plateforme K-Process		

Descriptif histologique

Date du prélèvement : 06/06/2023
Nature et localisation du prélèvement :
Type histologique :

- Résidu tumoral après chirurgie**
- Pas de résidu
 - Résidu microscopique
 - Résidu macroscopique
 - Inconnu
- pTNM :

Descriptif histologique

Date du prélèvement : 04/07/2023
Nature et localisation du prélèvement :
Type histologique :

- Résidu tumoral après chirurgie**
- Pas de résidu
 - Résidu microscopique
 - Résidu macroscopique
 - Inconnu
- pTNM :

Question posée

Synthèse et question :
C A T ?

Proposition de prise en charge

Précision sur la nature de l'avis :
Description du plan de traitement :

- Nature de l'avis**
- Mise en traitement
 - Décision reportée
 - Surveillance
 - RCP de recours
 - Examens complémentaires
 - Dossier non présenté
 - Autre
- Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique**
- Oui
 - Non
- Patient incluable dans un essai clinique**
- Oui
 - Non
- Plan du traitement**
- Chimiothérapie
 - Chirurgie
 - Curiethérapie
 - Endoscopie
 - Hormonothérapie
 - Immunothérapie
 - Irathérapie
 - Allogreffe
 - Autogreffe / CAR-T Cell
 - Radiologie interventionnelle
 - Radiothérapie
 - Suivi post thérapeutique alterné
 - Soins de support
 - Soins palliatifs
 - Thérapie ciblée
 - Autre :
- Proposition émise sous réserve des éléments transmis par le médecin rédacteur de la fiche

Fiche RCP

Tumeurs digestives

13/08/2023

Identification du patient - Correspondants

Madame Jacqueline Bourgeois 10/03/1947 (76 ans) Adresse :	Médecin traitant Docteur Franck Adam Blanc 43507 Bressuire
Médecin déclarant initial : Docteur Guy Techer Autres correspondants : Docteur Mathilde Leblanc	(O.R.L et chirurgie cervico-faciale, Rivière-Je-S-Bains) (Oncologie option médicale), Docteur Hélène Cordier (Oncologie option radiothérapie)

Contexte de la RCP

Demandeur de l'avis : Docteur Mathilde Leblanc (Oncologie option médicale, Rivière-Je-S-Bains) Animateur de la RCP : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale) Présents :	Motif de la RCP <input type="checkbox"/> Avis diagnostique <input type="checkbox"/> Première proposition de traitement <input type="checkbox"/> Ajustement thérapeutique <input type="checkbox"/> Surveillance <input type="checkbox"/> Recours <input type="checkbox"/> Autre :
--	---

Situation clinique

Antécédents / Co-morbidités / Traitement au long cours	
Antécédents : - Carcinome épidermoïde de la région sous amygdalienne, du carrefour des 3 replis et de la partie supérieure du versant externe du sinus piriforme à gauche classée T2 N2b M0, prise en charge par radiochimiothérapie en 2013, - HTA, - Dyslipidémie, - Cardiopathie ischémique: angor en 2007 sans IDM, - Tabagisme 5PA, - Pas d'éthylosme chronique. - Avril 2024 : AVC ischémiques multiples sur thrombose à 90% du bulbe carotidien, très peu de sequelles	Stade OMS (0-4) : 2 : Alitement < 50% du temps diurne
Tumeur	
Siège : Tumeur maligne du tiers inférieur de l'oesophage Latéralité : Sans objet Autre(s) classification(s) :	CIM-10 : C155 cTNM :
Histoire de la maladie	
Patiente prise en charge par radio-chimiothérapie pour un carcinome épidermoïde hypo-oropharyngé, classé T3-N2b-M0, en réponse complète après trois cures de chimiothérapie d'induction par TPF.	Mode de découverte <input type="checkbox"/> Dépistage organisé <input type="checkbox"/> Dépistage individuel <input type="checkbox"/> Manifestation clinique <input type="checkbox"/> Découverte fortuite Phase de la maladie <input type="checkbox"/> Phase initiale <input type="checkbox"/> Rechute Progression <input type="checkbox"/> Progression locale <input type="checkbox"/> Progression régionale <input type="checkbox"/> Progression à distance Phase du traitement <input type="checkbox"/> Non traité <input type="checkbox"/> Déjà traité <input type="checkbox"/> En cours de traitement
En 17/05/2021 dysphagie basse aux solides avec perte de 7 kg. Pas de dysphonie pas de dyspnée.	
<u>TEP TDM le 22/06/2021</u> : Épaississement hypermétabolique intense du bas œsophage et de la jonction oeso-gastrique, suspect. Adénopathies hypermétaboliques médiastinales et coeliaque supérieure. Plage hypermétabolique sous capsulaire hépatique du segment VI, suspecte.	
--> <u>FOGD le 05/07/2021</u> :	
--> IRM hépatique demandée.	
RCP de Tumeurs ORL du 06/07/2021 :	
Dossier à discuter en RCP Tumeurs Digestives. L'aspect TEP n'est pas évocateur d'une évolution métastatique d'un carcinome ORL. Faire score CPS.	

RCP de Tumeurs digestives du 14/04/2021 :

Proposer ORIENT 15.

Finalement pas d'inclusion dans Orient 15 possible (car clairance inférieure à 60 ml/min) donc C1J1 de traitement par LV5FU2 CDDP le 13/10/2021.

Au [TDM d'évaluation du 25/09/2021](#) : diminution en taille des adénopathies et de la lésion œsophagienne.

Mais cliniquement majoration des difficultés de déglutition.

Donc [TOGD le 15/05/2021](#) : Réduction de la lumière du bas œsophage avec stagnation du produit de contraste en amont, persistante sur les clichés très tardifs.

Proposition de prise en charge de la RCP de Tumeurs digestives (Fleury

Lemaire-sur-Wagner- webconférence possible) du 15/10/2021

Radiothérapie à visée décompressive.

Renouveler la demande de score TPS en anapath.

Consultation en Radiothérapie prévue le 15/12/2021 à 10h avec le Dr Cordier.

Le rendez-vous sera transmis au patient par le Dr Leblanc .

Score CPS = 15

RTE decompressive du 07/11/2021 au 16/11/2021

Aout 2023 : progression métastatique pulmonaire et hépatique : 2eme ligne par TAXOL hebdomadaire, patiente OMS 2

Janvier 2024

2 nouvelle progression notamment pulmonaire, essai de Pembrolizumab en L3

Janvier 2024

A 3 mois de traitement nouvelle progression pulmonaire hépatique et ggr (pas de recidive locale)

PAtiente OMS 2, poids stable, pas de séquelle de ses AVC

Bilan Oncogériatrique

Documents disponibles via la plateforme K-Process

Question posée

Synthèse et question :

Essai reprise Carbo 5FU? (pas de Cisplatine car creat à 150 umol, OMS 2 et ne veut pas d'HDS)

Proposition de prise en charge

Précision sur la nature de l'avis :

Description du plan de traitement :

- | Nature de l'avis | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mise en traitement | <input type="checkbox"/> Examens complémentaires |
| <input type="checkbox"/> Décision reportée | <input type="checkbox"/> Dossier non présenté |
| <input type="checkbox"/> Surveillance | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> RCP de recours | |

Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Patient incluable dans un essai clinique

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Radiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Curiethérapie | <input type="checkbox"/> Suivi post thérapeutique alterné |
| <input type="checkbox"/> Endoscopie | <input type="checkbox"/> Soins de support |
| <input type="checkbox"/> Hormonothérapie | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie | <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée |
| <input type="checkbox"/> Irathérapie | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Allogreffe | |
| <input type="checkbox"/> Autogreffe / CAR-T Cell | |

Proposition émise sous réserve des éléments transmis par le médecin rédacteur de la fiche

Fiche RCP

Tumeurs digestives

13/08/2023

Identification du patient - Correspondants

Monsieur Louis Joseph 05/06/1936 (87 ans) Adresse : Robin 36961 CHAUVIGNY Portable : 03-73-43-10-04	Médecin traitant Docteur Isaac Evrard 23 R DE PEURON 36961 CHAUVIGNY
---	---

Médecin déclarant initial : Docteur Léon Rossi (Chirurgie générale)
 Autres correspondants : Docteur Dominique Pascal (Gastro-entérologie et hépatologie) , Docteur Philippe Wagner (Oncologie option radiothérapie) , Docteur David Perrier (Oncologie option médicale)

Contexte de la RCP

Demandeur de l'avis : Docteur Philippe Wagner (Oncologie option radiothérapie, Rivière-les-Bains)
 Animateur de la RCP : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale)
 Présents :

- Motif de la RCP**
- Avis diagnostique
 - Première proposition de traitement
 - Ajustement thérapeutique
 - Surveillance
 - Recours
 - Autre :

Situation clinique

Antécédents / Co-morbidités / Traitement au long cours

HTA TDR	Stade OMS (0-4) : 1 : Patient symptomatique mais ambulatoire
------------	--

Tumeur

Siège : Tumeur maligne du côlon sigmoïde Latéralité : Sans objet Autre(s) classification(s) :	CIM-10 : C187 cTNM :
---	-------------------------

Histoire de la maladie

Altération de l'état général - troubles du transit.	Mode de découverte
Coloscopie : volumineuse tumeur haut rectum charnière franchissable : adénocarcinome.	<input type="checkbox"/> Dépistage organisé <input type="checkbox"/> Dépistage individuel <input checked="" type="checkbox"/> Manifestation clinique <input type="checkbox"/> Découverte fortuite
ACE à 1,7, CA 26/1 à 2,9.	Phase de la maladie
TDM TAP : pas de métastase.	<input type="checkbox"/> Phase initiale <input type="checkbox"/> Rechute
Rectosigmoidectomie coelioscopique le 10/01/2022.	Progression
Anapath : adénocarcinome bas grade T3. N0 (17) emboles lymphatiques +. T3 N0 M0.	<input type="checkbox"/> Progression locale <input type="checkbox"/> Progression régionale <input type="checkbox"/> Progression à distance
RCP des Tumeurs digestives (Lemaire-sur-Wagne) du 11/01/2022 : Surveillance.	Phase du traitement
TDM TAP le 10/02/2023 : en comparaison du scanner du 07/11/2021 : majoration en taille du nodule lobaire moyen droit, para-cardiaque, de 13 mm versus 10 mm (+ 30%). Pas de lésion suspecte ou évolutive par ailleurs.	<input type="checkbox"/> Non traité <input type="checkbox"/> Déjà traité <input type="checkbox"/> En cours de traitement
TEP le 10/09/2023 : on retrouve donc un hypermétabolisme net pour le nodule lobaire moyen, mais pas d'autre plage hypermétabolique décelable sur les champs pulmonaires ou sur le reste de l'examen corps entier.	
RCP des Tumeurs digestives (Lemaire-sur-Wagne) du 26/05/2023 : Consultation d'oncogériatrie. Consultation en Oncologie Médicale pour évaluer la faisabilité d'une chimiothérapie par 5FU. Consultation en Radiothérapie pour cyberknife.	
Uroscanner le 12/12/2023 : lésion tissulaire de l'uretère pelvien gauche (étendue sur 2,5 cm), responsable	

d'une dilatation des voies urinaires gauches d'amont (pyélon gauche à 31 mm), en rapport avec le foyer fixant sur le TEP scanner, **suspect**.

A noter, radiothérapie stéréotaxique la lésion pulmonaire prévue à partir du 02/07/2023.

RCP de Tumeurs digestives du 23/06/2023

Biopsie pulmonaire si bon état général.

Biopsie de la lésion urétérale si non faite pendant l'urétéroscopie.

Biopsie pulmonaire 26/06: métastase d'un ADK d'origine colorectale

Biopsie ureterale pelvienne gauche 03/07/2023 métastase ureterale d'un ADK moyennement différencié d'origine recto sigmoidienne

Bilan Oncogériatrique

Documents disponibles via la plateforme K-Process

CR opératoire

CR d'examen complémentaire

Descriptif histologique

Date du prélèvement : 10/01/2022

Nature et localisation du prélèvement :

Type histologique :

Résidu tumoral après chirurgie

- Pas de résidu
- Résidu microscopique
- Résidu macroscopique
- Inconnu

pTNM :

Descriptif histologique

Date du prélèvement : 10/01/2022

Nature et localisation du prélèvement :

Type histologique : adénocarcinome bas grade T3

N0 (17) emboles lymphatiques +

Résidu tumoral après chirurgie

- Pas de résidu
- Résidu microscopique
- Résidu macroscopique
- Inconnu

pTNM : T3 N0 M0

Question posée

Synthèse et question :

Chimiothérapie?

Ttmt local uretere pelvien?

cs oncogeriatrice

Proposition de prise en charge

Précision sur la nature de l'avis :

Description du plan de traitement :

- Mise en traitement
- Décision reportée
- Surveillance
- RCP de recours

Nature de l'avis

- Examens complémentaires
- Dossier non présenté
- Autre

Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique

- Oui
- Non

Patient incluable dans un essai clinique

- Oui
- Non

Plan du traitement

- Chimiothérapie
- Chirurgie
- Curiethérapie
- Endoscopie
- Hormonothérapie
- Immunothérapie
- Irathérapie
- Allogreffe
- Autogreffe / CAR-T Cell
- Radiologie interventionnelle
- Radiothérapie
- Suivi post thérapeutique alterné
- Soins de support
- Soins palliatifs
- Thérapie ciblée
- Autre :

Proposition émise sous réserve des éléments transmis par le médecin rédacteur de la fiche

Fiche RCP

Tumeurs digestives

13/08/2023

Identification du patient - Correspondants

Monsieur Denis Boyer 13/07/1958 (64 ans) Adresse :	Médecin traitant Docteur Léon Blot Gilles 25370 Bélâbre
--	--

Médecin déclarant initial : Docteur Laurent Berthelot Autres correspondants : Professeur Aimé Philippe (radiothérapie)	(Chirurgie viscérale et digestive, Rivière-Je-S-Bains (Gastro-entérologie et hépatologie), Docteur Hélène Cordier (Oncologie option
---	---

Contexte de la RCP

Demandeur de l'avis : Docteur Hélène Cordier (Oncologie option radiothérapie, Rivière-Je-S-Bains Animateur de la RCP : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale) Présents :	Motif de la RCP <input type="checkbox"/> Avis diagnostique <input type="checkbox"/> Première proposition de traitement <input checked="" type="checkbox"/> Ajustement thérapeutique <input type="checkbox"/> Surveillance <input type="checkbox"/> Recours <input type="checkbox"/> Autre :
--	--

Situation clinique

Antécédents / Co-morbidités / Traitement au long cours	
Antécédents médicaux : - Appendicectomie en 1970, - Sevrage tabagique à 30 paquets/année en 2012, - Diabète de type II, - Découverte en juin 2014 d'un syndrome d'apnée du sommeil équipé par PPC, - Le patient a un IMC à 38,6,	Stade OMS (0-4) : 0 : Activité normale
Antécédents familiaux : polypes chez son père et chez son frère.	
Tumeur	
Siège : Tumeur maligne du canal anal Latéralité : Droite Autre(s) classification(s) :	CIM-10 : C211 cTNM :
Histoire de la maladie	
Hémoccult positif en novembre 2019 <u>Coloscopie totale (Dr Techer) le 02/02/2019 : résection électrocoagulation de 14 polypes</u> dont un au niveau du bas colon droit et les autres dans le sigmoïde qui est diverticulaire. Présence d'une masse probablement transformée à 2 cm environ de la marge anale sur la face postérieure droite. <u>Anapath</u> : 1 polype au niveau de la valvule iléo-cæcale : adénome festonné. Plusieurs polypes situés au niveau du sigmoïde ne présentant pas d'anomalie et étant toujours de type festonné. 1 polype lenticulaire à 30 cm de la marge anale : pseudo-polype. 2 polypes festonnés sont également retrouvés l'un à 10 cm de la marge anale, l'autre au niveau de celle-ci. Tumeur ulcérée (adénocarcinome) située à 4 cm de la marge anale ayant 3 cm de grand axe x 1,5 cm de largeur. Au toucher rectal on retrouve : tumeur sur la face droite du rectum, non sténosante. Elle est située vraisemblablement à 4 cm de la marge anale mais il semble exister une marge entre le sphincter interne et le pôle inférieur de la tumeur. <u>TDM TAP du 25/03/2019</u> : Pas d'adénopathie coelio-mésentérique, para lombo-aortique ou iliaque décelée. Pas de densification pathologique de la graisse péritonéale. Diverticulose sigmoidienne. Pas d'épaississement pariétal colo-rectale évident. Pas de distension des anses digestives. Pas de lésion secondaire objectivée. <u>IRM le 02/04/2019</u> : pas de compte rendu disponible. <u>Echo endoscopie le 08/04/2019</u> : Conclusion : Lésion antérieure du bas / moyen rectum us T2N0.	Mode de découverte <input checked="" type="checkbox"/> Dépistage organisé <input type="checkbox"/> Dépistage individuel <input type="checkbox"/> Manifestation clinique <input type="checkbox"/> Découverte fortuite Phase de la maladie <input type="checkbox"/> Phase initiale <input type="checkbox"/> Rechute Progression <input type="checkbox"/> Progression locale <input type="checkbox"/> Progression régionale <input type="checkbox"/> Progression à distance Phase du traitement <input type="checkbox"/> Non traité <input type="checkbox"/> Déjà traité <input type="checkbox"/> En cours de traitement
RCP des Tumeurs digestives du 10/05/2019	

Chirurgie première.

Chirurgie le 23/04/2019 : Proctectomie totale, anastomose colo-anale, iléostomie de protection, résection anastomose pour plaie de grêle.

Anapath : Adénocarcinome bas rectum, moyennement différencié, 1.7 x 1.5 cm , envahissant la partie superficielle de la musculeuse.

pT2N0 R0.

MSS.

Pas de mutation RAS ou BRAF.

RCP de Tumeurs digestives du 12/04/2019 :

Surveillance.

TDM TAP 29/11/2019 : Majoration en taille d'une lésion nodulaire postéro-basale droite mesurant 6,5 mm vs 3 mm.

Pas d'apparition d'autre anomalie significative.

Marqueurs tumoraux du 24/11/2020 normaux.

TEP TDM 30/12/2019 : Ganglions modérément hypermétaboliques iliaques internes bilatéraux et de la graisse périanastomotique, ainsi qu'en iliaque commun gauche, suspects (probables N+ du carcinome rectal). Hypermétabolisme du canal anal, restant peu spécifique, à confronter à l'examen clinique dans le contexte. Pas d'hypermétabolisme significatif du nodule pulmonaire de 6 mm postéro-basal droit.

RCP de Tumeurs digestives du 20/04/2019 :

Scanner TAP de contrôle à faire fin décembre.

Marqueurs fin décembre 2020 : ACE augmenté à 13 (vs 5), CA 19.9 normal.

TDM TAP 08/01/2021 :

Au niveau pulmonaire : lésion cible passée à 8 mm.

Au niveau abdominal : stabilité apparente des ADP iliaques et périanastomotiques mais non mentionné sur le CR.

Un nouveau TEP était prévu fin février 2021.

H° pour occlusion sur bride fin janvier (traitement médical).

TDM TAP 07/04/2020 : prise de contraste focale de 5 mm aspécifique du dôme hépatique, non caractérisable avec précision sur cet examen.

Adénomégalie de 15 mm de petit axe iliaque interne droite déjà visible sur le scanner du 11 janvier 2021.

Infiltration locorégionale de la graisse mésentérique au contact du côlon gauche, aspécifique, mesuré à 25 x 16 mm en axial compatible avec une lésion de carcinose péritonéale.

RCP de Tumeurs digestives du 09/10/2020 :

Consultation en onco génétique.

Coloscopie complète : recherche d'une éventuelle autre lésion colique primitive.

Chimiothérapie.

En l'absence d'autres localisations coliques à la coloscopie, on considèrera que l'évolution actuelle est liée à l'adénocarcinome rectal qui est RAS SAUVAGE BRAF SAUVAGE MSS.

Pas de possibilité de biopsie des lésions pulmonaires et péritonéales de trop petites tailles.

Proposer protocole OPTIPRIME.

Dossier à rediscuter de principe avec le TEP pour statuer sur un projet chirurgical ou pas.

Consultation en oncologie médicale prévue le 24/04/2020 à 8h45 avec le Dr Philippe .

Le rendez-vous sera transmis au patient par le Dr Barbe .

Protocole OPTIPRIME.

Réponse partielle.

1M+ pulm 4 mm.

1M+ gg 10 mm.

Proposition de prise en charge de la RCP de Tumeurs digestives du 15/11/2020

Radiochimiothérapie avec de la CAPECITABINE jusqu'en 17/12/2020

été 2021 radiothérapie pulmonaire stéréotaxique (nodule lobe sup G avec pose de fidu) et nodule lobe inf droit

très gêné par le résultat fonctionnel digestif: en attente colostomei définitive Dr Margot (cs 25/06)

ilan avril 2024; progression nodule pulm Linf droit traité

atelectasie d'aval en lobe sup G
appairtion plage suspecte du dome hépatique
ACE en progression à 24 conter 17 en novembre

IRM foie le 10/07
TEP le 13/07

Documents disponibles via la plateforme K-Process

Question posée

Synthèse et question :

IRM hépatique le 10/07

TEP le 13/07

consultation en onco med au décours

Proposition de prise en charge

Précision sur la nature de l'avis :

Description du plan de traitement :

- | Nature de l'avis | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mise en traitement | <input type="checkbox"/> Examens complémentaires |
| <input type="checkbox"/> Décision reportée | <input type="checkbox"/> Dossier non présenté |
| <input type="checkbox"/> Surveillance | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> RCP de recours | |

Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique

- | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <u>Patient incluable dans un essai clinique</u> | |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Radiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Curiethérapie | <input type="checkbox"/> Suivi post thérapeutique alterné |
| <input type="checkbox"/> Endoscopie | <input type="checkbox"/> Soins de support |
| <input type="checkbox"/> Hormonothérapie | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie | <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée |
| <input type="checkbox"/> Irathérapie | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Allogreffe | |
| <input type="checkbox"/> Autogreffe / CAR-T Cell | |

Plan du traitement

Proposition émise sous réserve des éléments transmis par le médecin rédacteur de la fiche

13/08/2023

Identification du patient - Correspondants

Monsieur Élodie Guillou 29/12/1969 (53 ans) Adresse : Médecin déclarant initial : Docteur William Le Goff (Gastro-entérologie et hépatologie, Rivière-les-Bains)	Autres correspondants :
---	-------------------------

Contexte de la RCP

Demandeur de l'avis : Docteur William Le Goff (Gastro-entérologie et hépatologie, Rivière-les-Bains)	Animateur de la RCP : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale)
Présents :	

Motif de la RCP

- Avis diagnostique
- Première proposition de traitement
- Ajustement thérapeutique
- Surveillance
- Recours
- Autre :

Situation clinique

Antécédents / Co-morbidités / Traitement au long cours

Antécédent : - Cirrhose mixte d'origine alcoolique et virale (VHC traité par EPLUSA avec contrôle PCR en attente) découverte en 2021. - Hémorragie digestive sur VO, Dernière FOGD le 17/12 : VO de grades 3 ligaturées (7 élastiques) et ulcère Forrest III. - Thrombose porte anticoagulée par Eliquis. - Pose TIPS le 23/01/2023 avec plusieurs épisodes d'encéphalopathies post-TIPS et multiples hospitalisation sur mauvaise observance thérapeutique.	Stade OMS (0-4) : 0 : Activité normale
--	--

Allergies : aucune.

Mode de vie :

- Patient géorgien. SDF avec un projet de retour en Géorgie,
- Toxicomanie sevrée,
- Alcool sevré,
- Tabac : 12 cigarettes par jour,
- Ne parle pas français.

Traitements habituels

- DUPHALAC 10 g/15 mL, 3 sachets le matin le midi et le soir pendant 6 mois,
- TIATAR 550 mg 2 fois par jour pendant 6 mois (à récupérer à la pharmacie de l'hôpital),
- PROPRANOLOL 40 mg : 1 comprimé le matin,
- ELIQUIS 5 mg 1-0-1,
- Compléments nutritionnels oraux : 1 le matin à 10h et 1 le soir à 22h.

Tumeur

Siège : Tumeur maligne de l'antrum pylorique

CIM-10 : C163

Latéralité : Sans objet

cTNM :

Autre(s) classification(s) :

Histoire de la maladie

Patient cirrhotique éthylique sevré décompensé CHILD B8 compliqué d'une HTP sévère avec nécessité de TIPS. Il a présenté depuis de multiples hospitalisations pour encéphalopathie post-TIPS sur mauvaise observance thérapeutique.

Le 10/04/2023 réalisation d'une [endoscopie digestive haute](#) pour contrôle d'un ulcère gastrique retrouvant après [biopsie](#) :

- Majoration en taille d'une ulcération antrale avec réalisation de biopsie concluant à un **adénocarcinome gastrique peu différencié**, envahissant au minimum la musculaire muqueuse. **Phénotype RER négatif (dMMR)**. Statut MSI et score CPS/PDL1 en attente. Perte de PMS2.
- Gastrite antrale et fundique avec atrophie diffuse et métaplasie antrale.

Mode de découverte

- Dépistage organisé
- Dépistage individuel
- Manifestation clinique
- Découverte fortuite

Phase de la maladie

- Phase initiale
- Rechute

Progression

- Progression locale
- Progression régionale

RCP des Tumeurs digestives (Fleury possible) du 31/03/2023 :**- Lemaire-sur-Wagner- webconférence**

- Echo-endoscopie pour bilan d'extension local et évaluation de la résécabilité endoscopique.
- Faire TEP scanner.

- Progression à distance
Phase du traitement
 Non traité
 Déjà traité
 En cours de traitement

[Endoscopie digestive haute par endoscopiste expert le 21/05/2023](#) : lésion antrale de 2,5–3 cm largement ulcérée en son centre, en faveur d'une infiltration profonde néoplasique connexe III, sans possibilité de résection endoscopique.

[Echo-endoscopie le 21/05/2023](#) : lésion gastrique sus pylorique de la petite courbure us T2 (voir T3) N+.

RCP de Tumeurs digestives (Fleury possible) du 26/05/2023**- Lemaire-sur-Wagner- webconférence**

Faire statut MSI.

- Si MSS : soins de support.
- Si MSI : à rediscuter pour de l'immunothérapie.

Documents disponibles via la plateforme K-Process

Question posée

Synthèse et question :

Nouvelle présentation suite à la présentation des résultats : "On retrouve dans la tumeur analysée une instabilité des microsatellites (MSI-) avec hyperméthylation du promoteur du gène MLH1. L'immunohistochimie des protéines de réparation montre une absence d'expression de PMS2 isolée"

Proposition de prise en charge

Précision sur la nature de l'avis :

Description du plan de traitement :

Nature de l'avis	
<input type="checkbox"/> Mise en traitement	<input type="checkbox"/> Examens complémentaires
<input type="checkbox"/> Décision reportée	<input type="checkbox"/> Dossier non présenté
<input type="checkbox"/> Surveillance	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> RCP de recours	
Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Patient incluable dans un essai clinique	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Plan du traitement	
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle
<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Radiothérapie
<input type="checkbox"/> Curiethérapie	<input type="checkbox"/> Suivi post thérapeutique alterné
<input type="checkbox"/> Endoscopie	<input type="checkbox"/> Soins de support
<input type="checkbox"/> Hormonothérapie	<input type="checkbox"/> Soins palliatifs
<input type="checkbox"/> Immunothérapie	<input type="checkbox"/> Thérapie ciblée
<input type="checkbox"/> Irathérapie	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Allogreffe	
<input type="checkbox"/> Autogreffe / CAR-T Cell	
Proposition émise sous réserve des éléments transmis par le médecin rédacteur de la fiche	

Fiche RCP

Tumeurs digestives

13/08/2023

Identification du patient - Correspondants

Monsieur Honoré Moulin 17/08/1969 (53 ans) Adresse : Jourdan 84900 JAUNAY CLAN Domicile : +33 2 05 12 26 75 E-mail : oheral@yahoo.fr	Médecin traitant Docteur Odette Lopes Begue-les-Bains 84900 Jaunay-Marigny
---	---

Médecin déclarant initial : Docteur Adrien Monnier (Gastro-entérologie et hépatologie)
Autres correspondants :

Contexte de la RCP

Demandeur de l'avis : Docteur Adrien Monnier (Gastro-entérologie et hépatologie)
Animateur de la RCP : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale)

Présents :

- Motif de la RCP**
- Avis diagnostique
 - Première proposition de traitement
 - Ajustement thérapeutique
 - Surveillance
 - Recours
 - Autre :

Situation clinique

Antécédents / Co-morbidités / Traitement au long cours

Hypertension	Stade OMS (0-4) : 0 : Activité normale
--------------	--

Tumeur

Siège : Tumeur maligne du côlon sigmoïde Latéralité : Sans objet Autre(s) classification(s) :	CIM-10 : C187 cTNM :
---	-------------------------

Histoire de la maladie

Coloscopie totale dans le cadre d'un FIT positif. Exérèse d'un adénome tubulo villosus avec un foyer de carcinome intra muqueux d'exérèse complète

- Mode de découverte**
- Dépistage organisé
 - Dépistage individuel
 - Manifestation clinique
 - Découverte fortuite
- Phase de la maladie**
- Phase initiale
 - Rechute
- Progression**
- Progression locale
 - Progression régionale
 - Progression à distance
- Phase du traitement**
- Non traité
 - Déjà traité
 - En cours de traitement

Documents disponibles via la plateforme K-Process

CR opératoire

CR anatomopathologique

Question posée

Synthèse et question :
surveillance endoscopique

Proposition de prise en charge

Précision sur la nature de l'avis :
Description du plan de traitement :

- Mise en traitement
- Décision reportée
- Surveillance
- RCP de recours

Nature de l'avis

- Examens complémentaires
- Dossier non présent
- Autre

Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel

de pratique clinique

Oui

Non

Patient incluable dans un essai clinique

Oui

Non

Plan du traitement

- Chimiothérapie
- Chirurgie
- Curiethérapie
- Endoscopie
- Hormonothérapie
- Immunothérapie
- Irathérapie
- Allogreffe
- Autogreffe / CAR-T Cell

- Radiologie interventionnelle
- Radiothérapie
- Suivi post thérapeutique alterné
- Soins de support
- Soins palliatifs
- Thérapie ciblée
- Autre :

Proposition émise sous réserve des éléments transmis par le médecin rédacteur de la fiche

Fiche RCP

Tumeurs digestives

13/08/2023

Identification du patient - Correspondants

Madame Éric Gillet 02/11/1957 (65 ans) Adresse :	Médecin traitant Docteur Aurélie Becker 70 R GRAND RUE 86370 VIVONNE
--	---

Médecin déclarant initial : Docteur Marie Jacob (Oncologie option médicale)
Autres correspondants :

Contexte de la RCP

Demandeur de l'avis : Docteur Marie Jacob (Oncologie option médicale)
Présentateur : Docteur Marie Jacob (Oncologie option médicale)
Animateur de la RCP : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale)
Présentateur : Docteur Marie Jacob (Oncologie option médicale)
Présents :

- Motif de la RCP**
- Avis diagnostique
 - Première proposition de traitement
 - Ajustement thérapeutique
 - Surveillance
 - Recours
 - Autre :

Situation clinique

Antécédents / Co-morbidités / Traitement au long cours

Antécédents :	Stade OMS (0-4) : 0 : Activité normale
- HTA. - SAHOS.	

Tumeur

Siège : Tumeur maligne de l'estomac Latéralité : Sans objet Autre(s) classification(s) :	CIM-10 : C16 cTNM :
--	------------------------

Histoire de la maladie

Prescription d'un scanner par le médecin traitant pour l'aggravation d'une constipation depuis quelques semaines. <u>Scanner le 11/10/2023</u> : lésion développée au dépens de la grande courbure gastrique exophytique 85 x 80 x 66 mm : évoquant une GIST en première intention. Deux lésions hépatiques d'allure secondaire de 10 et 3.7 cm. <u>IRM hépatique le 21/05/2023</u> : Syndrome de masse mixte au contact de la grande courbure gastrique pouvant évoquer en première intention un GIST associé à deux images d'allure secondaire de 102 et 38 mm des segments VIII et IV hépatiques.	Mode de découverte <input type="checkbox"/> Dépistage organisé <input type="checkbox"/> Dépistage individuel <input type="checkbox"/> Manifestation clinique <input type="checkbox"/> Découverte fortuite Phase de la maladie <input type="checkbox"/> Phase initiale <input type="checkbox"/> Rechute Progression <input type="checkbox"/> Progression locale <input type="checkbox"/> Progression régionale <input type="checkbox"/> Progression à distance Phase du traitement <input type="checkbox"/> Non traité <input type="checkbox"/> Déjà traité <input type="checkbox"/> En cours de traitement
---	---

Proposition de prise en charge de la RCP de Tumeurs osseuses et sarcomes - (Rivière-les-Eaux - Beaugency)

(Fleury - Lemaire-sur-Wagner webconférence possible) du 12/10/2023

Nature de l'avis : Examens complémentaires

Description du plan de traitement : Biopsie hépatique sous échographie.

Patiente vue en consultation le 17/06 :

Excellent état général

Asymptomatique en dehors d'une douleur épigastrique

Pas d'AEG

Revue le 09/07 avec les résultats de la biopsie : Prolifération tumorale maligne peu différenciée à grandes cellules, présentant une intense activité proliférative dont l'expression phénotypique est réduite à la positivité significative de l'anticorps anti-CKAE1/AE3, marqueur des cellules épithéliales. Les marqueurs neuroendocrines (synaptophysine cd56 et chromogranine) sont négatifs. Il n'existe pas d'argument morphologique en faveur d'une tumeur stromale métastatique. Une

scanner TAP le 10/07

demande de CPS PDL1 HER2 BCL 10 faite

FOGD echo endoscopie demandée auprès du Dr Bousquet

Documents disponibles via la plateforme K-Process

Question posée

Synthèse et question :

avis diagnostic ? consultation en oncologie médicale d'oncologie digestive ?

Proposition de prise en charge

Précision sur la nature de l'avis :

Description du plan de traitement :

- Mise en traitement
- Décision reportée
- Surveillance
- RCP de recours

Nature de l'avis

- Examens complémentaires
- Dossier non présenté
- Autre

Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique

Oui

Non

Oui

Non

Patient incluable dans un essai clinique

- Chimiothérapie
- Chirurgie
- Curiethérapie
- Endoscopie
- Hormonothérapie
- Immunothérapie
- Irathérapie
- Allogreffe
- Autogreffe / CAR-T Cell

Plan du traitement

- Radiologie interventionnelle
- Radiothérapie
- Suivi post thérapeutique alterné
- Soins de support
- Soins palliatifs
- Thérapie ciblée
- Autre :

Proposition émise sous réserve des éléments transmis par le médecin rédacteur de la fiche

Fiche RCP

Tumeurs digestives

13/08/2022

Identification du patient - Correspondants

Madame Thibault Ruiz né(e) GAGNADOUX
23/09/1935 (87 ans)
Adresse :

Médecin traitant
Docteur Gilles Rousseau
Mahe-sur-Remy
67 845 Availles limouzine

Médecin déclarant initial : Interne Interne gastro-enterologie (Jan. 2022 - Avril 2024) (Gastro-entérologie et hépatologie)
Autres correspondants :

Contexte de la RCP

Demandeur de l'avis : Interne Interne gastro-enterologie (Jan. 2022 - Avril 2024) (Gastro-entérologie et hépatologie)

Animateur de la RCP : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale)

Présents :

Motif de la RCP

- Avis diagnostique
 Première proposition de traitement
 Ajustement thérapeutique
 Surveillance
 Recours
 Autre :

Situation clinique

Antécédents / Co-morbidités / Traitement au long cours

Elle présente pour principaux autres antécédents :

- Rhumatisme articulaire aigu (enfance)
- Coqueluche
- Ostéite post infiltration de corticoïde du pied droit
- Adénomectomie mammaire bilatérale
- Tumeurs bénignes bilatérales des cuisses

Stade OMS (0-4) : 1 : Patient symptomatique mais ambulatoire

Elle ne prend pas de traitement de manière habituelle.

Madame Lebreton vit avec son mari et est totalement autonome au domicile. C'est une ancienne commerçante à la retraite. Elle n'a pas d'enfant et ne présente pas d'intoxication alcooloo-tabagique.

Tumeur

Siège : Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne

CIM-10 : C19

Latéralité : Sans objet

cTNM :

Autre(s) classification(s) :

Histoire de la maladie

Dans un contexte de diarrhée non glairo-sanglante évoluant depuis 2 semaines sans altération de l'état général (asthénie sans perte de poids) réalisatio d'une TDM-TAP le 27/06/2023 retrouvant une lésion recto-sigmoïdienne suspectes avec atteinte hépatique et pulmonaire d'allure secondaire.

Mode de découverte

- Dépistage organisé
 Dépistage individuel
 Manifestation clinique
 Découverte fortuite

Phase de la maladie

- Phase initiale
 Rechute

Progression

- Progression locale
 Progression régionale
 Progression à distance

Phase du traitement

- Non traité
 Déjà traité
 En cours de traitement

Bilan Oncogériatrique

FOG (07/07/2023) : 0 - Pas de consultation oncogériatrique

Documents disponibles via la plateforme K-Process

Question posée

Proposition de prise en charge

Précision sur la nature de l'avis :

Description du plan de traitement :

		<u>Nature de l'avis</u>
<input type="checkbox"/>	Mise en traitement	<input type="checkbox"/> Examens complémentaires
<input type="checkbox"/>	Décision reportée	<input type="checkbox"/> Dossier non présenté
<input type="checkbox"/>	Surveillance	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/>	RCP de recours	
<u>Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique</u>		
<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Patient incluable dans un essai clinique</u>		
<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/> Non
		<u>Plan du traitement</u>
<input type="checkbox"/>	Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle
<input type="checkbox"/>	Chirurgie	<input type="checkbox"/> Radiothérapie
<input type="checkbox"/>	Curiethérapie	<input type="checkbox"/> Suivi post thérapeutique alterné
<input type="checkbox"/>	Endoscopie	<input type="checkbox"/> Soins de support
<input type="checkbox"/>	Hormonothérapie	<input type="checkbox"/> Soins palliatifs
<input type="checkbox"/>	Immunothérapie	<input type="checkbox"/> Thérapie ciblée
<input type="checkbox"/>	Irathérapie	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/>	Allogreffe	
<input type="checkbox"/>	Autogreffe / CAR-T Cell	
Proposition émise sous réserve des éléments transmis par le médecin rédacteur de la fiche		

Fiche RCP

Tumeurs digestives

13/08/2023

Identification du patient - Correspondants

Monsieur Alex Guillou 30/11/1964 (58 ans) Adresse :	Médecin traitant Docteur Bernad Cousin BD Victor Hugo 86270 LA ROCHE POSAY
---	---

Médecin déclarant initial : Docteur Adèle Diallo (Chirurgie viscérale et digestive)

Autres correspondants :

Contexte de la RCP

Demandeur de l'avis : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale, Rivière-les-Bains)

Animateur de la RCP : Docteur Chantal Gosselin (Oncologie option médicale)

Présents :

Motif de la RCP

- Avis diagnostique
- Première proposition de traitement
- Ajustement thérapeutique
- Surveillance
- Recours
- Autre :

Situation clinique

Antécédents / Co-morbidités / Traitement au long cours

Antécédents :

- Diabète.
- SAOS.

Stade OMS (0-4) : 1 : Patient symptomatique mais ambulatoire

Allergie OXALIPLATINE

Tumeur

Siège : Tumeur maligne de l'ampoule de Vater

CIM-10 : C241

Latéralité : Sans objet

cTNM :

Autre(s) classification(s) :

Histoire de la maladie

Ictère dont le bilan a mis en évidence une lésion ampullaire.

Mode de découverte

- Dépistage organisé
- Dépistage individuel
- Manifestation clinique
- Découverte fortuite

Phase de la maladie

- Phase initiale
- Rechute

Progression

- Progression locale
- Progression régionale
- Progression à distance

Phase du traitement

- Non traité
- Déjà traité
- En cours de traitement

La biopsie réalisée retrouve une **dysplasie de haut grade**. La lésion n'est pas réséquable endoscopiquement.

Le 12/09/2020 : pose de prothèse métallique couverte permettant une bonne résolution clinique de l'ictère. Bonne reprise alimentaire et préparation pour la chirurgie satisfaisante.

Le 15/10/2020 : duodénopancréatectomie céphalique par Dr Diallo.

Toujours hospitalisé le 23/10/2020 mais bonne évolution clinique.

Anapath :

Duodénopancréatectomie céphalique : **adénocarcinome ampullaire** de type intestinal avec une composante pancréatobiliaire, mesurant 2,2 x 2 x 1 cm et envahissant partiellement la sous-muqueuse duodénale.

Présence d'engainement périnerveux.

Statut ganglionnaire : 0N+/14N.

Recoupe pancréatique saine.

Recoupe biliaire envahie par des structures adénocarcinomateuses, avec présence d'emboles périnerveux (R1).

TNM (UICC 2016) : pT1b N0.

RCP de Tumeurs digestives du 23/10/2020 :

Compte tenu de la composante mixte intestinal et pancréato biliaire, on proposerait une chimiothérapie de type GEMOX, au plus près du domicile.

GEMOX puis GMZ (allergie oxali)

Actuellement en suivi avec bon état général.

[IRM le 20/08/2021](#) sans particularité en particulier pas d'anomalie de l'anastomose bilio digestive.

RCP des Tumeurs digestives du 14/01/2022 :

Pas de radiothérapie.

Surveillance.

[Scanner TAP le 15/02/2022](#) : épaississement circonférentiel du canal hépatique gauche en amont de l'anastomose sans anomalie par ailleurs.

Marqueurs normaux, BH normal.

[BilirRM le 17/06/2021](#) : probable récidive.

RCP de Tumeurs digestives (Fleury) du 17/12/2021 :

Evaluation en consultation chirurgicale pour discuter hépatectomie gauche.

Avis Pr Louis : pas de chirurgie en première intention : chimiothérapie.

[TEP scan](#) : pas de fixation (mais fait après le début de la chimiothérapie).

GEMCIS du 19/07/2021 au 09/12/2022 : bonne tolérance clinique mais toxicité hématologique.

[BilirRM le 03/05/2022](#) : stabilité de l'épaississement mais majoration de la dilatation des voies biliaires.

TDM TAP le 06/05/2022 :

Conclusion :

Stabilité de la prise de contraste du cholédoque difficilement mesurable de manière reproductible.

Majoration de la dilatation des voies biliaires intéressant les segments V et II ce jour. Pas de complication aigüe liée à la pathologie.

RCP de Tumeurs digestives (Fleury) - Lemaire-sur-Wagne du 06/05/2022 :

Evaluation chirurgicale en centre expert.

Biologie moléculaire sur la tumeur initiale.

[Scanner TAP du 06/05/2022](#) : Pas d'anomalie thoracique, pas d'anomalie hépatique. Extension des troubles perfusionnels hépatiques, prise de contraste d'allure stable au niveau de la voie biliaire gauche à aspect de dilatation des voies biliaires un peu plus marqué au niveau du segment II et du segment IV. Pas de thrombose porte.

Le dossier est rediscuté en RCP à la Pitié Salpêtrière et il a été retenu un traitement adjuvant par CAPECITABINE 6 mois.

CAPECITABINE débutée le 14/05/2022 à dose de 2 000mg matin et soir deux semaines sur trois.

[Scanner de référence TAP du 14/05/2022](#) pas de signe de récidive.

[Scanner TAP du 09/07/2023](#) : aucun signe de récidive. Stigmate de DPC d'hépatectomie gauche.

[Scanner TAP le 30/04/2023](#) réalisé suite à l'appel de son médecin traitant, M.RENAUDET se plaignant de troubles digestifs : Comparativement à l'examen du 09/07/2023 :

Apparition d'une volumineuse masse nécrotique en regard de la tranche d'hépatectomie mesurant 60 x 56 mm envahissant le hile hépatique, compatible avec une récidive tumorale, responsable d'une dilatation des voies biliaires intrahépatiques et d'une sténose du tronc porte qui reste perméable.

Stabilité du nodule tissulaire de la gouttière pariéto-colique droite de 8 mm de grand axe.

Biologie : apparition d'une cytolysé <2N, bili normale, GammaGT 282, PALC 198.

Proposition de prise en charge de la RCP de Tumeurs digestives (Fleury) -

Lemaire-sur-Wagner- webconférence possible) du 05/05/2023

Nature de l'avis : Mise en traitement

Description du plan de traitement : GEMCIS DURVALUMAB ou FOLFIRI HERCEPTIN selon le statut HER2.

HER2-

GEMCIS durvalumab 2 mois

Hospitalisé pour sepsis sévère

Question posée

Synthèse et question :
CAT ?

Proposition de prise en charge

Précision sur la nature de l'avis :

Description du plan de traitement :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mise en traitement | <input type="checkbox"/> Examens complémentaires |
| <input type="checkbox"/> Décision reportée | <input type="checkbox"/> Dossier non présenté |
| <input type="checkbox"/> Surveillance | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> RCP de recours | |

Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Patient incluable dans un essai clinique

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Plan du traitement

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Radiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Curiethérapie | <input type="checkbox"/> Suivi post thérapeutique alterné |
| <input type="checkbox"/> Endoscopie | <input type="checkbox"/> Soins de support |
| <input type="checkbox"/> Hormonothérapie | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie | <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée |
| <input type="checkbox"/> Irathérapie | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Allogreffe | |
| <input type="checkbox"/> Autogreffe / CAR-T Cell | |

Proposition émise sous réserve des éléments transmis par le médecin rédacteur de la fiche

