

Take home message :
proposition de protocole de
radiothérapie préopératoire du
cancer du rectum

Dr BAHRI M, Dr DAOUD J

- La stratégie thérapeutique dépend:
 - Stade
 - CRM
 - Nécessité ou non de downstaging
 - Siège de la tumeur,

- En réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)
- Évaluation de la réponse tumorale clinique après traitement néo adjuvant:
recommandée

T3 avec CRM > 1 mm, ∇ N
T1-2 N+ mésorectum
pas de nécessité de
downstaging

RCT ou RT courte

Chirurgie

T3 avec CRM ≤ 1 mm, ∇ N
T4, ∇ N
N+ iliaque
Atteinte muscle releveur
anus

RCT ou RT courte+ CT

Chirurgie

RT courte avec chirurgie immédiate ou différée

Protocole de RCT

- **CAP 50:** 50 Gy en 25 fractions (2 Gy par fraction)+ chimiothérapie concomitante : capécitabine (1 600 mg/m² les jours de RT), chirurgie ds 6-8 semaines
- **FUFOL 45 Gy:** recommandation de grade A
- **CAP 45**
- **5FU continu**

Protocole de CT avec RT courte

- CT à base **d'oxaliplatine (folfox ou capox)**
- **2 à 4 mois**

Modalités de radiothérapie préopératoire

❖ Techniques :

- Standard : **3D (3 ou 4 champs)**
- IMRT, VMAT : Options pour des situations particulières
Epargnent mieux les OAR (le digestif++)

Modalités de radiothérapie préopératoire

❖ Volumes cibles:

- **GTV:** tumeur primitive et adénopathies
- **CTV:** méso rectum, ganglions pré-sacrés pelviens et iliaques internes

Les ganglions iliaques externes en cas de T4

Les inguinaux **à discuter (cas par cas)**

Les fosses ischio-rectales si atteintes ou si atteintes du sphincter anal externe

- **CTV boost = GTV + 2 cm**
- **PTV= CTV+7-10mm**
- Option « **mésorectal only** » pour les tumeurs T3a N0

Modalités de radiothérapie préopératoire

❖ **OAR:**

- Vessie
- Cavité péritonéale
- Canal anal
- Têtes fémorales

❖ **Les contraintes** : raisonnement en EFC

- PTV: 95-107%
- Têtes fémorales $V_{50Gy} \leq 10\%$
- Des contraintes définies dans l'ESTRO 2017 pour les petites tumeurs (N0, T3a)