

# ONCOLOGIE DIGESTIVE



## PRÉSENTATION DU SERVICE

**Patients** : adultes de tout âge, majorité de cancers du côlon, du pancréas et des cancers œsogastriques

*Initialement vous voyez les patients en binôme avec un médecin ou un interne puis si vous êtes à l'aise vous allez les voir seul, vous préparez l'observation type puis vous revoyez le patient avec le médecin ou l'interne.*

**Service** : arrivée à 8h30, staff à 9h tous les matins

Hospitalisation de jour (15 lits) -> patients autonomes (score OMS 0 à 2) venant suivre leur cure de chimiothérapie (chimioT)

Hospitalisation de semaine (6 lits) -> patients venant pour prise en charge des complications de la chimioT ou son initiation (*pose de PAC*)

Consultations -> voir surtout les patients qui sont en surveillance après leurs ttt



## LEXIQUE

ADK = adénocarcinome

CHIP = chimiothérapie hyperthermique intra-péritonéale

CIAH = chimiothérapie intra-artérielle hépatique

CPRE = cholangiopancreatogra-

phie rétrograde

DPC = duodéno-pancréatectomie céphalique

EMSP = équipe mobile de soins palliatifs

GIST = tumeur stromale gastro-intestinale

LA = localement

avancé

PAC = port-à-cathéter

Picc-line = cathéter veineux central

RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire

RF = radiofréquence

SPG = spléno-pancréatectomie gauche

TIPMP = tumeurs intracanales papillaires et mucineuses du pancréas

TNE = tumeur neuroendocrine

TTT = traitement





## RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

**Anatomie** : Tube digestif (TD) -> conduit de la bouche à l'anus + 2 organes impliqués dans le métabolisme et la digestion (*foie, pancréas*).

Contenu notamment dans le péritoine.

Double vascularisation artérielle et veineuse par le système porte (*le foie++*)

**Histologie** : muqueuse -> épithélium cylindrique simple (*sauf cavité buccale, œsophage, canal anal*) et glandulaire

**Physiologie** : rôle du GALT -> défense immunologique

rôle du TD -> transporter, transformer (*digestion*), assimiler (*absorption*) et évacuer les aliments

rôle du foie, pancréas, cellules neuroendocrines du système endocrinien diffus (SED) -> sécrétion exocrine et endocrine



## PRINCIPALES PATHOLOGIES

### Principales pathologies :

Cancer colorectal (CCR), cancer du pancréas, cancer gastrique/œsophage +++  
Cancer canal anal, carcinome hépato-cellulaire (CHC), cholangiocarcinome (*tumeur des voies biliaires*)

### Démarche diagnostique en cancérologie :

Découverte fortuite, sur symptomatologie, dans le cadre d'un dépistage

Diagnostic de certitude histologique -> examen anatomopathologie sur biopsie ou pièce d'exérèse chirurgicale

Bilan d'extension (BE) loco-régional et à distance -> classification TNM (*spécifique à chaque pathologie*) = taille de la tumeur, présence ou non d'une extension ganglionnaire, présence ou non de métastases (M+)

Classification en 4 stades -> permet une stratification du pronostic, aide à la prise en charge (PEC). Stade I pour cancer (K) localisé, II pour K localement étendu, III pour K loco-régio étendu et IV pour K métastatique (M+)

Type de métastase -> prévalente (*révélatrice du cancer*), synchrones (*découvertes d'emblée lors du BE ou < 6M après le diag*) ou métachrones (*secondaires, > 6M*)

**Bilan pré-thérapeutique** : RCP qui détermine la PEC (*curative ou palliative*)

Consultation d'annonce ± d'oncogénétique. Surveillance et suivi !\



## EXAMEN CLINIQUE

Examen clinique complet : cf fiche urgences/médecine interne, ici spécifique

### INTERROGATOIRE

**Objectifs** : évaluer la tolérance au TTT (*recherche de toxicités*)

Guidé par questionnaire type et échelles pour grader les effets indésirables (EI) (*durée, intensité*) -> nausées/vomissements (N/V), diarrhées, toxicité cutanée/unguéale, aphtes, paresthésies...

Évaluer la **réponse ou la progression tumorale** : palpation des masses tumorales, de l'extension ganglionnaire etc...

**État général** : score OMS++ (0 normal à 4 *alité permanent*), poids++, asthénie, fièvre, signes hémato

### EXAMEN PHYSIQUE

**Cardio-pulmonaire** : auscultation, recherche d'oedème des membres inférieurs (OMI) et des pouls périphériques (PP)

**Dig** : palpation, percussion, auscultation +++ -> recherche d'hépatomégalie (HMG), de carcinose péritonéale (CP)

**Aires ganglionnaires** : palpation pour recherche d'adénopathies (ADNP) cervicales, axillaires, inguinales

**Autre** : inspection cutanée et des phanères (*ongles, cheveux*), examen ORL (*aphtes et mucite +++*), recherche de neuropathies (*EI de certains ttt*)



### A NOTER SUR L'OBSERVATION EN CAS D'EXAMEN NORMAL

Noter les **signes cliniques présents + tous ceux recherchés**.

**Cardio-pneumo** : bruits du cœur audibles et réguliers, pas de souffle, murmure vésiculaire (MV) bilatéral et symétrique, pas de bruit surajouté, pas d'OMI

**Dig** : pas de N/V, pas de troubles du transit, abdomen souple, dépressible et indolore (ASDI), bruits hydro-aériques (BHA) +

**Aires ganglionnaires** : libres

*Les observations sont relues par les seniors ou les internes et les patients sont réexaminés avec l'étudiant pour des explications de sémiologie : hépatomégalie, ascite, adénopathie etc...*



## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

**Bio** : NFS (*anémie, neutropénie, thrombopénie ?*), bilan hépatique (*TGO/TGP, PAL, GGT, LDH, bilirubine totale et directe*), bilan rénal (*créatininémie, DFG*)  
Bilan dénutrition chronique (*albumine*), ionogramme, calcémie, CRP  
Marqueurs tumoraux -> ACE (*colon*), CA19.9 (*pancréas/voies biliaires*)

**Imagerie** : TEP scan -> Bilan d'extention (BE) surtout  
TDM TAP +/- injecté -> BE et suivi réponse au TTT (*rééval après 6/12 cures de chimioT*). ADNP profondes ou M+ viscérales (*hépatiques, pulmonaires ++*)  
Écho et IRM hépatique                      IRM pelvienne                      Écho-endoscopie



## THÉRAPEUTIQUES

**Chirurgie** : visée curative si K localisé ou peu étendu, parfois palliative (*peut concerner tous les organes : colectomie gastrectomie pancréatectomie...*)

**Radiothérapie (RT)** : K œsophage et rectum surtout

**Chimiothérapie cytotoxique** :

TTT néoadjuvant -> réduire la masse tumorale avant chirurgie

TTT adjuvant -> réduire le risque de rechute après chirurgie et/ou RT

TTT palliatif -> atténuer les douleurs dues aux dysfonctions d'organe

Toxicités communes des chimioT -> asthénie, digestive (*N/V, diarrhées*), cutanéomuqueuse, hématologique, hépato-rénale et allergique.

Une liste synthétique des EI est disponible dans le service.

Différents protocoles de TTT -> combinaison chimioT cytotoxique classique et thérapie ciblée +++ (ex : *FOLFOX-AVASTIN*)

**Thérapie ciblée/Immunothérapie** : approche de biologie moléculaire

**Soins de support** : moyen humain ++, importance de l'équipe paramédicale (*psy, sophro, stomatologue, socio-esthéticienne, assistante sociale*) et l'EMSP

**Aspect médicamenteux** : Antalgiques de ≠ paliers, corticoïdes, anxiolytiques, facteurs de croissance (*GCS-F en prévention du risque de neutropénie*)

Antiémétiques -> Aprepitant, Ondansétron, Granisétron, Métoproclamide

NOTES

