

# Compte-rendu structuré- RCP

Pr C.Hoeffel, Reims

# Compte-rendu Radiologique

- Buts
  - Obligatoire, valeur médico-légale et engage son rédacteur
  - Doit être utile au clinicien

# Compte-rendu Radiologique- Médecins impliqués

- Radiologie et sa signature
  - **Au plan légal et réglementaire**, le Code civil a été modifié par une loi du 13 mars 2000 pour donner à la signature électronique (avec quelques caractéristiques techniques précises pour en assurer la validité) une valeur identique à celle de la signature manuscrite sur une feuille de papier.
  - **Au plan pratique**  
Au delà de cette réponse théorique, il reste cependant à définir dans chaque service et établissement les *protocoles* d'utilisation pratique de ces systèmes, après avoir soigneusement considéré les besoins des patients et des confrères demandeurs d'examens pour produire les documents qu'ils nécessitent pour fonctionner au quotidien, sans oublier qu'en cas de litige, l'archive électronique pourra faire foi.

# Compte-rendu Radiologique

- Normalement, c'est l'aboutissement de
  - Acceptation de la demande par le radiologue responsable
- Correspond à
  - Organisation de l'acte répondant à la question posée et à l'examen demandé
    - Réalisation de l'examen, acquisition images, posttraitement, analyse
    - Rédaction, mise en forme, validation, transmission images et texte

# Compte-rendu Radiologique

- Doit comprendre
  - Éléments identité patients
    - Nom prénom, sexe, DDN
  - Caractéristiques examens
    - Date, type, description technique du protocole
    - Numéro et nom éventuel protocole recherche
    - Côté
    - Dosimétrie tête cou TAP
    - Date mise en route appareil, numéro agrément
    - Type et quantité PDC, numéro lot

# Compte-rendu Radiologique

- Informations médicales
  - Renseignements cliniques et motifs
  - Justification examen si risques
  - Eventuels motifs de substitution ou d'addition d'examen
- Résultats
  - Description précise, claire, organisée et exhaustive des anomalies significatives
  - Conclusion courte, claire, répondant à la question posée avec hypothèses diag cohérentes et, si besoin, proposition ou organisation CAT

# Compte-rendu Radiologique

- Problèmes
  - Techniques
  - Effets indésirables
  - Pb transport pour retard prise en charge
  - Moyens mis en œuvre pour les corriger
- Mesures prises pour contacter médecin référent si urgence ou pour prendre un avis
  - Obligation de moyens
- Mesures à prendre éventuelles par rapport à l'examen effectué

- Ex femme enceinte

- Syndrome occlusif évoluant depuis le mardi 9 janvier 2018 chez une patiente, primigeste, enceinte de 34 semaines d'aménorrhée. Douleurs abdominales, vomissements et arrêt des matières et des gaz. Augmentation du volume de l'abdomen. Anémie à 8,3 g/l le 09/01/2018 ayant nécessité la transfusion de deux culots globulaires et l'injection intraveineuse de Venofer.
- La patiente a été informée, avant la réalisation de l'exploration tomodensitométrique, des risques potentiels en particulier ceux pour le fœtus liés à la réalisation de l'examen : les effets dus à l'exposition aux **rayons X** et les conséquences de l'administration du **produit de contraste iodé**, et des bénéfices attendus de cette exploration.

Il convient de procéder à la surveillance de la fonction thyroïdienne de l'enfant après la naissance à la recherche de la survenue d'une **dysthyroïdie** (plutôt de type hypothyroïdie).



# Compte-rendu Radiologique

- De plusieurs types
  - Structuré
  - Libre
  - Lettre (synthèse, expertise)
  - Informatisé (forme concise avec items prédéfinis possible qd classif type ACR, LIRADS)

# Compte Rendu Structuré

- « Cases ou items » à remplir préalablement définis
- Pourquoi?
  - CR habituels difficiles à déchiffrer et à comprendre
  - Informations manquantes
  - Standardisation facilite la recherche clinique en rétrospectif
  - Apport pédagogique
  - Peut s'appliquer à un grand nombre de pathologie mais long à construire

# Ex: suivi en oncologie

- Comptes Rendus parfois erronés
  - Reconnaissance vocale...

# Ex: suivi en oncologie

## – Comptes Rendus souvent difficiles à déchiffrer

- Mélangeant les lésions tumorales et non tumorales
- Privilégiant l'organisation anatomique (à l'étage thoracique...) aux détriments de l'organisation oncologique

## – Comptes Rendus souvent difficiles à comprendre

- On ne sait pas si les lésions sont certaines ou douteuses (« suspect dans le contexte », « compatible avec... »)
- On sait avec quel examen on a comparé, mais pas comment se situe cet examen de référence dans l'histoire du patient (Baseline ? Nadir ? Précédent ?)
- Des antécédents importants ne sont pas signalés (chirurgie de la tumeur initiale, radiothérapie)

# Compte-rendu Structuré

## Links from PubMed

Items: 1 to 20 of 103

<< First < Prev Page 1 of 6 Next > Last >>

- ☐ [Structured reporting of MRI of the shoulder - improvement of report quality?](#)  
1. Gassenmaier S, Armbruster M, Haasters F, Helfen T, Henzler T, Alibek S, Pförringer D, Sommer WH, Sommer NN.  
Eur Radiol. 2017 Oct;27(10):4110-4119. doi: 10.1007/s00330-017-4778-z. Epub 2017 Mar 13.  
PMID: 28289942  
[Similar articles](#)
- ☐ [Structured Reporting of Rectal Magnetic Resonance Imaging in Suspected Primary Rectal Cancer: Potential Benefits for Surgical Planning and Interdisciplinary Communication.](#)  
2. Nörenberg D, Sommer WH, Thasler W, D'Haese J, Rentsch M, Kolben T, Schreyer A, Rist C, Reiser M, Armbruster M.  
Invest Radiol. 2017 Apr;52(4):232-239. doi: 10.1097/RLI.0000000000000336.  
PMID: 27861230  
[Similar articles](#)
- ☐ [Structured vs narrative reporting of pelvic MRI for fibroids: clarity and impact on treatment planning.](#)  
3. Franconeri A, Fang J, Carney B, Justaniah A, Miller L, Hur HC, King LP, Alammari R, Faintuch S, Mortelet KJ, Brook OR.  
Eur Radiol. 2017 Dec 15. doi: 10.1007/s00330-017-5161-9. [Epub ahead of print]  
PMID: 29247353  
[Similar articles](#)
- ☐ [Structured reports of videofluoroscopic swallowing studies have the potential to improve overall report quality compared to free text reports.](#)  
4. Schoeppe F, Sommer WH, Haack M, Havel M, Rheinwald M, Wechtenbruch J, Fischer MR, Meinel FG, Sabel BO, Sommer NN.  
Eur Radiol. 2018 Jan;28(1):308-315. doi: 10.1007/s00330-017-4971-0. Epub 2017 Jul 28.

## Structured vs narrative reporting of pelvic MRI for fibroids: clarity and impact on treatment planning

Andrea Franconeri<sup>1</sup> · Jieming Fang<sup>2</sup> · Benjamin Carney<sup>2</sup> · Almamoon Justaniah<sup>3</sup> · Laura Miller<sup>2</sup> · Hye-Chun Hur<sup>2</sup> · Louise P. King<sup>2</sup> · Roa Alammari<sup>2</sup> · Salomao Faintuch<sup>2</sup> · Koenraad J. Mortelet<sup>2</sup> · Olga R. Brook<sup>2</sup>

Received: 21 July 2017 / Revised: 19 October 2017 / Accepted: 27 October 2017  
© European Society of Radiology 2017

reporting template for procedural  
planning

Eur Radiol

### MRI REPORTING OF UTERINE FIBROIDS

**Patient:**

**MR:**

**Clip:**

**UTERUS:**

The uterus is [anteverted / mid-positioned / retroverted] measuring [ ] x [ ] x [ ] cm.

Endometrium: [could not be identified / homogeneous / heterogeneous] measuring [ ] mm.

Junctional zone: [ ] mm [without focal thickening / with focal thickening at \_\_\_\_].

**FIBROIDS:**

Fibroid burden: [none / (specify # between 1-5) / 6-10 / 11-15 / >15 / too many to count]

Fibroid enhancement: [none / homogenous / heterogeneous]

Submucosal fibroids (all submucosal fibroids are listed below):

1. none
2. Size [ ] x [ ] x [ ] cm, [location], with thinnest portion of overlying myometrium extending from fibroid to serosa measuring [ ] mm.

In addition, the three dominant fibroids are:

1. size [ ] x [ ] x [ ] cm, [enhancement], [clinical type], [location]
2. size [ ] x [ ] x [ ] cm, [enhancement], [clinical type], [location]
3. size [ ] x [ ] x [ ] cm, [enhancement], [clinical type], [location]

No evidence of cornual or cervical fibroids.

Vascular supply to the uterus: [Uterine arteries / Uterine and ovarian arteries].

**OVARIES:**

[Normal ovarian size with normal follicular activity bilaterally / Normal size without follicular activity].

[No evidence of free fluid / Physiological amount of free fluid].

# Compte-rendu Structuré

- CR type, uniformisé
  - Items à cocher, texte libre
  - Guide
  - Améliore CRR
  - Améliore communication
  - Facilite suivi
  - Facilite recherche

<p><b>Location*:</b> <input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Middle <input type="checkbox"/> Upper</p> <p>Distance from anal verge ___ cm</p> <p><b>Relative to puborectalis muscle (low tumors):</b>  <input type="checkbox"/> above <input type="checkbox"/> at or below top border</p> <p><b>Relative to peritoneal reflection:</b>  <input type="checkbox"/> above <input type="checkbox"/> involves/straddles <input type="checkbox"/> below</p> <p><b>Tumor length:</b> ___ cm at ___ o'clock</p> <p><b>Mucinous:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>T stage for tumors above puborectalis<sup>#</sup>:</b>  <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T2/early T3 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4</p> <p><b>T-stage for low tumors at or below puborectalis<sup>+</sup>:</b>  <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4</p> <p><b>Anal sphincter involvement (low tumors):</b>  <input type="checkbox"/> spares <input type="checkbox"/> internal only  <input type="checkbox"/> internal and external <input type="checkbox"/> invades organs</p>	<p><b>Distance of tumor to MRF:</b>          ___ cm <input type="checkbox"/> N/A (involves the peritonealised portion of the rectum)</p> <p><b>Discontiguous deposit OR spiculation in mesorectum:</b>  <input type="checkbox"/> Yes, deposit: _____ cm from MRF  <input type="checkbox"/> Yes, spiculations: _____ cm from MRF</p> <p><b>EMD of most penetrating part of tumor:</b>          ___ cm <input type="checkbox"/> N/A (stage T1/T2)</p> <p><b>EMVI:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Equivocal</p> <p><b>LYMPH NODES:</b> <input type="checkbox"/> Mesorectal  <input type="checkbox"/> Extramesorectal          Location _____          Shortest distance to CRM _____ cm</p> <p><b>BONE involvement:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p>*Low = 0 to 5cm, Mid = 5-10 cm High = 10-15 cm</p> <p><sup>#</sup> Staging for low tumors <b>above puborectalis</b>, middle and upper rectum</p> <p>T1 = confined to the submucosa; no definite involvement of internal sphincter</p> <p>T2 = invasion into muscularis propria; confined to internal sphincter</p> <p>T2/early T3 = through the internal sphincter and intersphincteric fat; possible or definite involvement of the external sphincter</p> <p>T3 = invasion into muscularispropria and subserosa or nonperitonealized perirectal tissue; involvement of external sphincter</p> <p>T4 = invasion through the mesorectal fascia and into adjacent organs or structures including the bladder, ureters, prostate, uterus, vagina, pelvic side wall, levator ani, bones and vessels; through external sphincter into adjacent organs</p>	<p>+ T staging for low tumors <b>at or below puborectalis</b></p> <p>T1 = confined to the submucosa</p> <p>T2 = invasion into the muscularis propria</p> <p>T3 = invasion into muscularis propria and into the subserosa or nonperitonealized perirectal tissue</p> <p>T4 = invasion through the mesorectal fascia and into adjacent organs or structures including the bladder, ureters, prostate, uterus, vagina, pelvic side wall, levator ani, bones and vessels</p>



Tutorials

– M. supraspinatus

NAD N/A Remarkable

– Rupture of the SSP-Tendon

n/a

No rupture

Partial thickness - bursa side +

Partial thickness - joint side +

Partial thickness - intratendinous +

Full thickness +

Others +

Rupture localisation on sagittals (Multiselection)

n/a

Ventral fibre bundle

Mid fibre bundle

Dorsal fibre bundle

All fibre bundles

Others +

Rupture localisation on coronals

n/a

Foot print

Critical zone (~1cm prox. footprint)

Musculotendinous transition zone

Others +

Coronal lesion length (mm)

20

Sagittal lesion length (mm)

10

n/a

**Fig. 2** Screenshot of the decision tree of the reporting software. The user can select from the possibilities of ruptures of the supraspinatus tendon (SSP) displayed and specify it regarding the exact localization and length

of the rupture. Additionally, classifications of Bateman, Davidson and Burkhart, and Patte are available

# Recommandations pour CR

- Savoir parler au patient et lui demander des renseignements
- Eviter le « parapluie » et les compte-rendus flous
- Eviter de renvoyer le correspondant à ses responsabilités, qui sont aussi les vôtres et ne protègent pas si pb
  - A comparer à, à confronter à, en l'absence de renseignements cliniques

# Recommandations pour CR

- Eviter les
  - Légèrement, plutôt, probable, « solution de continuité », ne peut être affirmé, à noter présence de
- Alerter et communiquer
  - Conclusion doit intégrer mots clés ( tumeur, centre spé, prise en charge urgente)

# Recommandations pour CR

- Mise en forme reflète analyse
- Mauvaise rédaction peut être à l'origine d'un défaut de compréhension et de communication
  - Prioriser, ordonner, phrases concises et claires, ne pas s'appesantir sur les éléments mineurs, supprimer mots inutiles, respecter orthographe et syntaxe

# Recommandations pour CR

- Faire court
- « Pas de » uniquement si examen incomplet, ou si participe à une réflexion étiologique, sinon pas d'autre anomalie
  - Exemple: épaissement sur 5 cm de la dernière anse grêle 2 cm après la valvule de Bauhin, asymétrique. Pas d'adénopathies de taille significative. Pas d'occlusion. Pas d'infiltration du méso adjacent. Pas d'ascite.
- Eviter jargon radiologique: hyposignal T1/T2, ADC chute etc..
- Pas de syndrome de masse évident...

# Exemple

- **INDICATION :**

Surveillance du cholangiocarcinome

scanner de la base de la baseline: 15/06/2017

- **TECHNIQUE :**

Acquisitions hélicoïdales au temps artériel sur le thorax puis au temps portal sur l'abdomen et pelvis, suivies de reconstructions multiplanaires.

- **RESULTAT :**

- **THORAX**

Il n'y a pas d'épanchement pleural ou péricardique, Le ganglion lymphatique sclérolipomateux pour partie calcifié de la loge de Baretty est retrouvé, Il en va de même du trouble ventilatoire du segment médial du lobe moyen

- **ABDOMEN PELVIS**

Le grand axe de la lésion infiltrante du hile hépatique est mesurée à 59 mm versus 48 mm (17/08/2017), 47 mm (14/06/2017). La lésion infiltrante du tumorale entoure la veine cave inférieure. Une thrombose de la veine hépatique médiane est possible. La dilatation des voies biliaires intrahépatiques est stable. Les lumières de la veine porte et des branches portales droites et gauches sont perméables. Les petits axes des ganglions lymphatiques sont infracentimétriques. Il n'y a pas d'épanchement.

- **CONCLUSION**

Par comparaison avec l'examen du 14/06/2017 (baseline) l'augmentation du grand axe de la lésion infiltrante du hile hépatique est supérieure à 20%. Il n'y a pas de nouvelle lésion



# Résultats - Organisation Générale

## 1. Méthode de comparaison

## 2. Les lésions cibles

Donner le chiffre brut du diamètre total des cibles et rappeler les diamètres antérieurs utiles (Baseline, Nadir, à défaut Précédent..).

## 3. Les lésions non cibles

Ont-elles indiscutablement progressé ou ont-elles disparu?

## 4. Les nouvelles lésions

Y a t-il d'indiscutables nouvelles lésions?

## 5. Les images à surveiller

Y a-t-il des images à surveiller ?

## 6. Les images pertinentes non tumorales

Y a t-il des lésions nécessitant une prise en charge active (urgente , ou simplement accélérer une procédure)

RCP



# Autorisation repose sur 6 mesures transversales de qualité

- 1. La mise en place du **dispositif d'annonce**
  - Ce dispositif garantit un meilleur accompagnement de la personne malade et de ses proches lors de l'annonce de la maladie.
- 2. La mise en place de la **concertation pluridisciplinaire**
  - La concertation pluridisciplinaire garantit à la personne malade que le traitement qu'on lui propose est le fruit d'une réflexion entre plusieurs professionnels de santé.
- 3. La remise au malade **d'un programme personnalisé de soins**
  - Ce programme détaille les traitements proposés et leur calendrier de mise en œuvre.
- 4. Le suivi des **référentiels de bonne pratique clinique**
  - Les référentiels de bonne pratique clinique indiquent le meilleur traitement pour une maladie donnée, à un stade donné.
- 5. L'accès pour le malade à des **soins « de support »**
  - Ces soins de support comprennent la prise en charge de la douleur, le suivi nutritionnel, le soutien psychologique, l'accès aux services sociaux...
- 6. L'accès pour le malade aux **traitements innovants et aux essais cliniques**

# Multidisciplinarité

- Création dans le cadre du plan cancer des CCC (ou 3C)
  - Comité de Coordination en Cancérologie
  - Une des missions de l'INCA
- Existent depuis le plan Cancer 2003-2007, consolidées par le plan cancer [2014-2019](#).
- Enjeu actuel: appréhender les parcours de santé des personnes atteintes de cancer pour identifier les pertes de chance et mieux comprendre les inégalités face au cancer dans toutes leurs composantes, tant géographiques que socioéconomiques.
- Mais ne sont pas exclusives à l'oncologie

## Développement professionnel continu

**Réunion de concertation pluridisciplinaire  
(RCP)**

Fiche technique méthode

- Document de travail – 31 janvier 2013

**DESCRIPTION**

- En oncologie, la RCP s'impose pour la prise de décision de tous les malades et se déroule dans un ES ou groupement d'ES ou un réseau de cancérologie, dans le cadre des Centres de Coordination en Cancérologie (3C).
- En cas de situation clinique faisant l'objet d'une prise en charge standard de validité incontestable, celle-ci peut être mise en route sans attendre une réunion de concertation, mais le dossier devra être ultérieurement présenté pour être entériné et cette prise en charge enregistrée et archivée.
- Une RCP implique que soient représentées toutes les disciplines indispensables pour le diagnostic (clinicien concerné, et, selon les spécialités : anatomo-pathologiste, radiologue, bactériologiste ou virologue, biologiste...) et pour le traitement (médecin, chirurgien, radiothérapeute...).
- En oncologie, pour être jugée valable, une RCP à visée diagnostique ou thérapeutique doit se faire en présence d'au moins 3 médecins de spécialités différentes permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées. Dans le cas contraire, le dossier doit être représenté avec le spécialiste

# Qui est membre d'une RCP?

Trio fossile indispensable



- Un oncologue médical ou un spécialiste d'organe
- Un radiothérapeute
- Un chirurgien



- Anatomopathologiste
- Radiologue Dg/interventionnel
- Endoscopiste
- Généticien
- Biologiste – Pharmacien
- Gériatre
- Anesthésiste réanimateur

# Organisation pratique

- Une RCP doit pouvoir :
  - Prendre des décisions de traitements difficiles
  - Evaluer précisément malade et maladie :
    - Aspects médicaux
      - Dossiers
      - Biologie
      - Anapath
      - **Imagerie**
    - Aspects socio-culturels
    - Aspects psychologiques

# Organisation pratique

- Minimum 1 tous les 15 jours en oncologie
- Nécessité
  - D'un coordonateur qui établit la liste des patients dont le dossier doit être analysé, d'avertir les membres permanents de la RCP et de convoquer les représentants des disciplines utiles pour les discussions envisagées
  - Secrétariat
  - Traçabilité des décisions (archivage)

- Le même dossier doit/peut être présenté régulièrement
  - Réponse à la chimiothérapie et stratégie
  - Meilleur moment de la chirurgie ?
  - Meilleur moment de la RI ?
  - Traitement adjuvant/complémentaire une fois une réponse  $\pm$  complète obtenue avec un traitement Ou si les possibilités de ce traitement atteintes

# Indicateurs de la RCP

## Indicateurs de qualité

Quorum et sa conformité  
Temporalité de la RCP  
Référentiels  
Anatomopathologie  
Délais

## Indicateurs de traçabilité

Fiches RCP et DU  
Consultation d'annonce  
Programme personnalisé de soins  
État OMS  
TNM



# RESULTATS

- Très nette amélioration de
  - taux d'inclusion dans les RCP
  - la complétude des renseignements demandés
- Mais Chronophage!!!!

# Role du radiologue

- En amont: préparation pour une lecture rapide des images, adaptée à la RCP
  - si possible étude des dossiers (40 dossiers environ/RCP), et intégration avant la RCP de tous les dossiers d'imagerie sur le PACS (examens d'imagerie effectués à l'extérieur)
  - Juger de la qualité image
  - Liens internet se généralisent mais nécessitent équipements informatiques performants et fastidieux pour le radiologue
- Pendant:
  - Interpréter/caractériser image
  - Synthèse des données d'imagerie
  - Proposer outils diagnostiques voire thérapeutiques en fonction
  - Proposer surveillance et meilleurs outils ou outils d'évaluation de la réponse
- Après:
  - Coordonner avec autres traitements: stratégies combinées
  - Organiser suivi

# Role du radiologue

- Anticiper décisions- expérience clinique de la pathologie
- Coopération clinicien radiologue importante pour éviter de faire perdre du temps aux membres de la RCP et bonne prise en charge du patient
- Valeur pédagogique
  - Augmente l'appréhension globale d'une pathologie
  - Permet une mise à niveau « en temps réel » des innovations dans d'autres spécialités
  - Permet de faire des CR de radio pragmatiques

Type de résultat: RCP Onco Hépatogastro-entérologie  
Date de résultat: 31 janvier 2017 12:00  
Etat du résultat: Validé  
Intitulé de résultat: RCP Onco Hépatogastro-entérologie  
Effectué par:  
Vérifié par:

RCP Onco Hépatogastro-entérologie

RCP ONCOLOGIE DIGESTIVE RESCOD  
Secrétariat : 03-26-78-76-10 ou 03-26-78-71-72  
Télécopie : 03-26-78-78-00

RCP du 31/01/2017 animée par  
Motif : Décision de traitement

PATIENT CONCERNE

Monsieur né le  
Nouveau patient : Oui

MEDECINS

Médecin Référent :  
Médecin Traitant :  
Médecins Correspondants:

HISTOIRE DE LA MALADIE

CANCER ACTUEL

Nouvelle tumeur Date du diagnostic : 14/11/2016  
Siège : Tumeur maligne du rectum  
Code CIM-10 : C20

RESUME CLINIQUE

Adénocarcinome du bas rectum révélé par douleurs anales et rectorragies  
\* octobre 2016 : 1<sup>ère</sup> coloscopie à Château Thierry  
\* scanner abdomino-pelvien (7/11/16) : normal sans image thoracique.  
\* 14/11/2016 5Château Thierry): lésion anorectale retirée par mucosectomie avec 4 fragments  
\* douleurs de plus en plus importantes au niveau de l'anus irradiant vers les testicules.  
\* toucher rectal: lésion ulcéro-végétante du bas rectum d'environ 3 cm de diamètre en latéral droit.  
\* coloscopie courte CHU 17/1/17: lésion ulcéo-végétante => biopsies = adénocarcinome  
\* IRM pelvienne (CHU 19/1/17) : T2 N0 du bas rectum avec envahissement du sphincter interne mais sans extension du méso-rectum.  
\* scanner TAP (20/1/17) : pas de métastase (bulles d'emphysème pulmonaire droite)

ETAT GENERAL - CO-MORBIDITES

Capacité de vie (score OMS) : 0

poids :

Taille :

Co-morbidités : kyste pilonidal opéré en 2014 et ulcère du bulbe hémorragique en novembre 2016 ; sur le plan familial cancer du côlon chez son père à 56 ans, cancer de l'ovaire chez une grand-mère maternelle à 55 ans.

CLASSIFICATION TNM

Stade T : +

Stade M : 0

AUTRE SYSTEME DE CLASSIFICATION

Système utilisé : rm

Stade : T2N0

## DESCRIPTIF HISTOLOGIQUE

=====

Prélèvements effectués : Biopsie tumeur/ganglion  
Résultats : 1) adénocarcinome infiltrant la musculaire muqueuse  
moyennement différencié R1 et phénotype MSS.  
2) adénocarcinome

## QUESTION POSEE

Chirurgie ?

## PROPOSITION THERAPEUTIQUE - SUIVI

## PROPOSITION / BILAN

Nature de la proposition : Mise en traitement  
Type de proposition : Discussion dans cadre référentiel

## CONCLUSION DE LA RCP

Résection de type TME avec si possible conservation du sphincter  
par résection trans-sphinctérienne et iléostomie de protection.  
Coloscopie de dépistage chez les apparentés du premier degré à  
partir de 29 ans. Consultation d'oncogénétique.

Original adressé à :

Double adressé à :