

Complications en oncologie du tube digestif

Dr. Dragean C.A. group abdominal - UCL

Maladie de base aiguë non-infectieuse

Neurologique

- ° Sdr. compression médullaire
- ° HT intracran/Hydrocephalie

Thoracique

- ° EP
- ° Sdr. Cave Sup.
- ° Epanch. Pleural/Péricard

Abdominal

- ° Obstruction:
 - t. digestif
 - voie biliaire
 - voie urinaire
- ° Thrombose
- ° Hémorragie

Complications abdominales

Thérapie non-chirurgicale

° Chimiothérapie

° Immunothérapie

° Radiothérapie

Complications hépatiques Chimiothérapie



Surcharge:

- graisse (CASH-stéatose/stéatohépatite)
 - *sein- Tamoxifen/Xeloda
- fer

Digestif:

- Irinotecan/Gemcitabine
- Folfiri (Irinotecan+5-FU+ac.folique)

Importance:

- dans la sélection initiale de la thérapie
 - * âge, maladie chronique hépatique préexistante, charge Mts.
- resecabilité Mts hépatiques (cancer colo-rectal) - stéatose >30% - > morbidité , le vol. résiduel de min 40% du foie

Imaging-based Quantification of Hepatic Fat: Methods and Clinical Applications¹

CME FEATURE

See the questionnaire on pp 1537–1544.

Xiaozhou Ma, MD • Nagaraj-Setty Holalkere, MD • Avinash Kambadakone R, MD • Mari Mino-Kenudson, MD • Peter F Hahn, MD, PhD • Dushyant V. Sahani, MD



NIH Public Access

Author Manuscript

Magn Reson Imaging Clin N Am. Author manuscript; available in PMC 2011 August 1.

Published in final edited form as:

Magn Reson Imaging Clin N Am. 2010 August 1; 18(3): 337–357. doi:10.1016/j.mric.2010.08.013.

Quantification of Liver Fat with Magnetic Resonance Imaging

Scott B. Reeder, MD, PhD^{1,2,3,4} and Claude Sirlin, MD⁵

¹Liver Imaging Research Program, Department of Radiology, University of Wisconsin, Madison, WI

²Liver Imaging Research Program, Department of Medical Physics, University of Wisconsin, Madison, WI

³Liver Imaging Research Program, Department of Biomedical Engineering, University of Wisconsin, Madison, WI

⁴Liver Imaging Research Program, Department of Medicine, University of Wisconsin, Madison, WI

⁵Liver Imaging Group, Department of Radiology, University of California San Diego, CA

Abstract

Intracellular fat accumulation is common feature of liver disease. Intracellular fat (steatosis) is the histological hallmark of non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) but also may occur with alcohol abuse, viral hepatitis, HIV and genetic lipodystrophies, and chemotherapy. This article reviews emerging magnetic resonance imaging techniques that attempt to quantify liver fat. The content provides an overview of fatty liver disease and diseases where fat is an important disease feature. Also discussed is the current use and limitation of non-targeted biopsy in diffuse liver disease, and why quantitative non-invasive biomarkers of liver fat would be beneficial.

Keywords

fat quantification; magnetic resonance imaging; hepatic steatosis; quantitative biomarkers

Fatty Liver Disease: MR Imaging Techniques for the Detection and Quantification of Liver Steatosis¹

TEACHING POINTS

See last page

Fiona Hughes Cassidy, MD • Takeshi Yokoo, MD, PhD • Lejla Aganovic, MD • Robert F Hanna, BS • Mark Bydder, PhD • Michael S. Middleton, MD, PhD • Gavin Hamilton, PhD • Alyssa D. Chavez, BS • Jeffrey B. Schwimmer, MD • Claude B. Sirlin, MD

Complications hépatiques Chimiothérapie

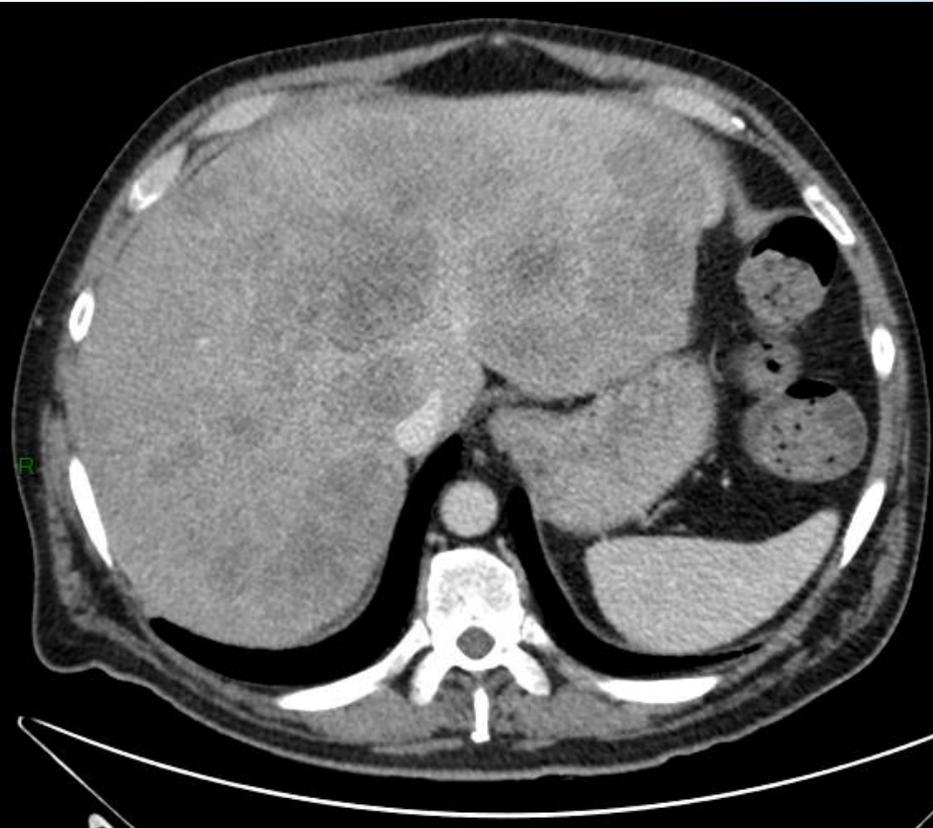


Complications hépatiques Chimiothérapie



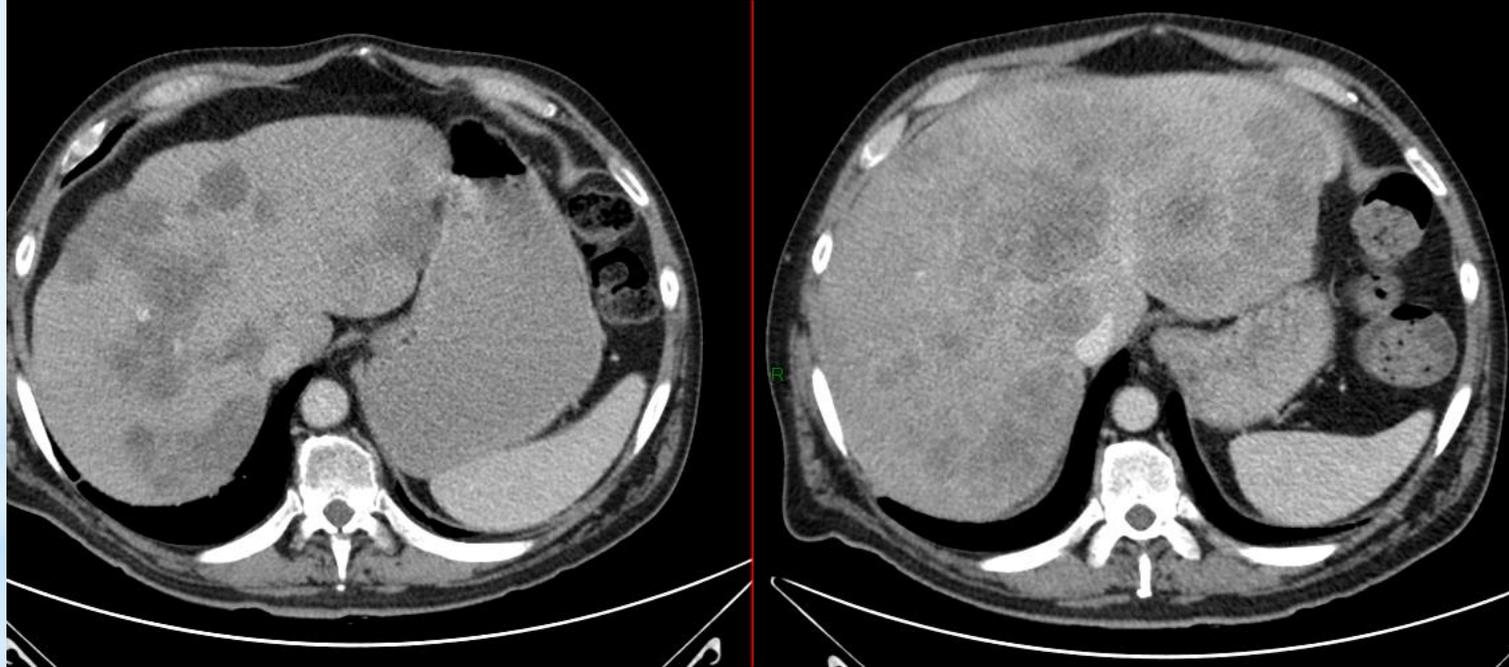
05.2011

Cancer du colon



03.2011

Complications hépatiques Chimiothérapie



Hepar lobatum carcinomatosus (pseudocirrhose)

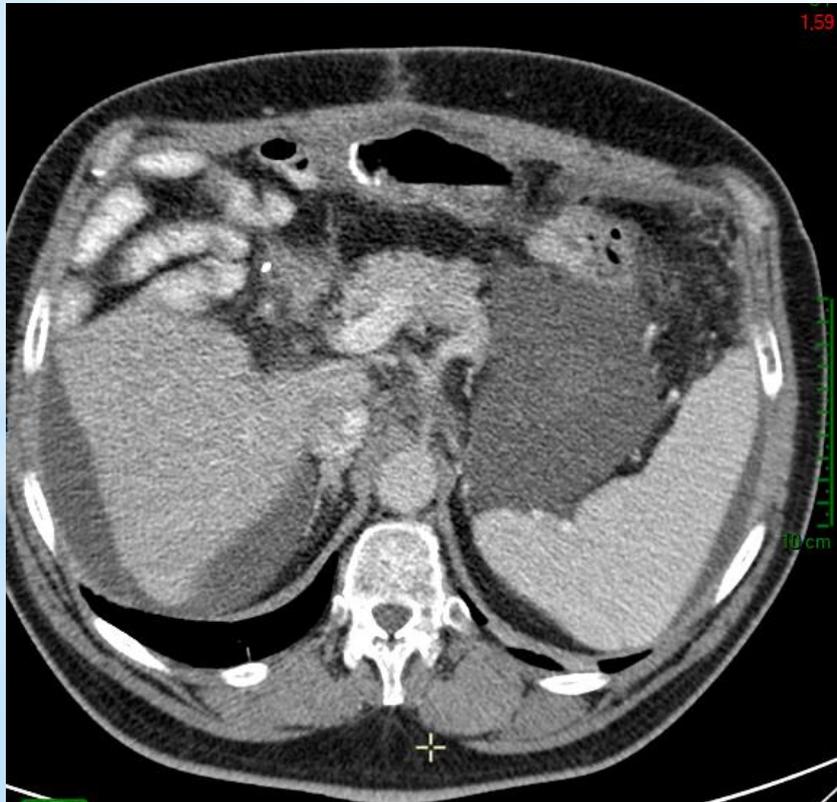
- dysmorphisme hépatique secondaire au remplacement de mts par de tissu cicatriciel
- plus fréquent dans le cancer de sein 50% de pers avec mts hépatiques traitée par chimioth.
- plus rarement de signes de HTTP (splénomégalie, varices, ascite)

Complications hépatiques Chimiothérapie

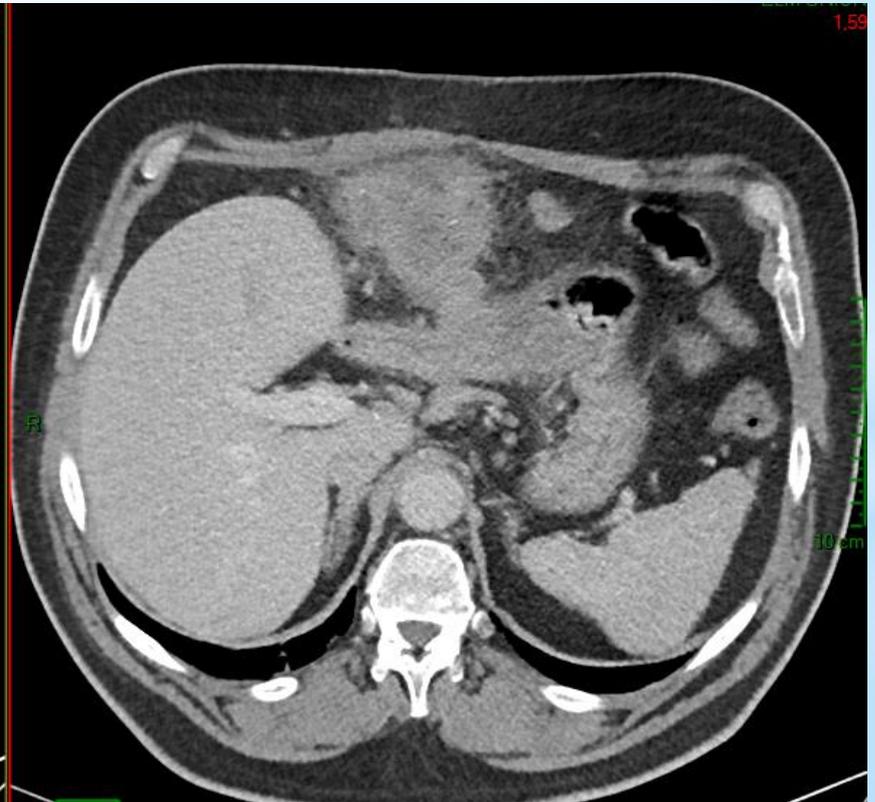


Hepar lobatum carcinomatosus

Complications hépatiques Chimiothérapie



08.2016



06.2016

Cancer du colon

Complications hépatiques Chimiothérapie



Maladie veno-occlusive/Sdr. d'obstruction sinusoidale

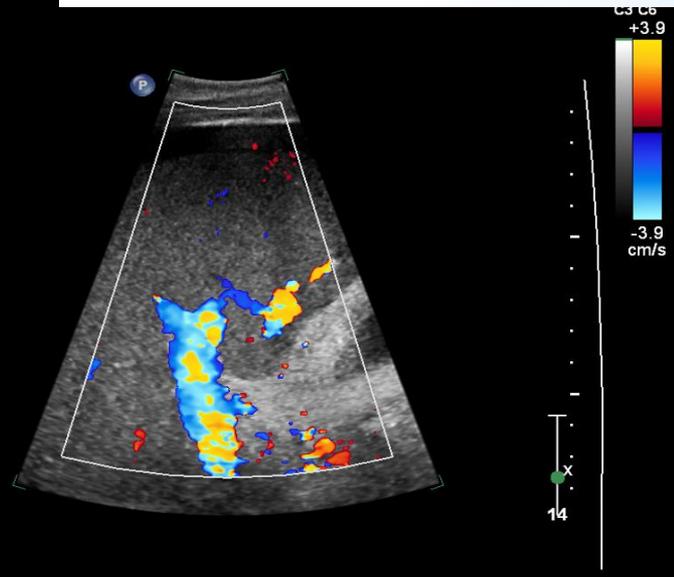
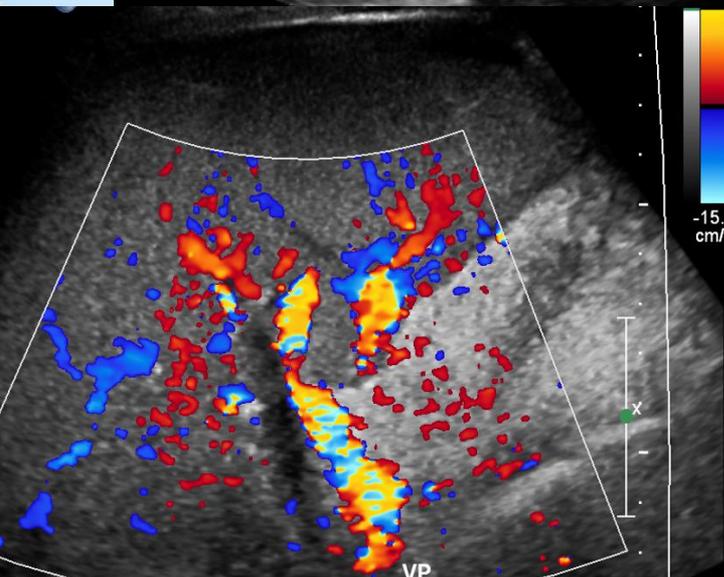
- Splénomégalie +/- ascite +/- hépatomégalie
- Rehaussement hétérogène et marqué du parenchyme hépatique en phase portale ou tardive
- 54% de patients traitée pour mts CCR avec **Oxaliplatin**/ Bevacizumab (Avastin)

Complications hépatiques Chimiothérapie

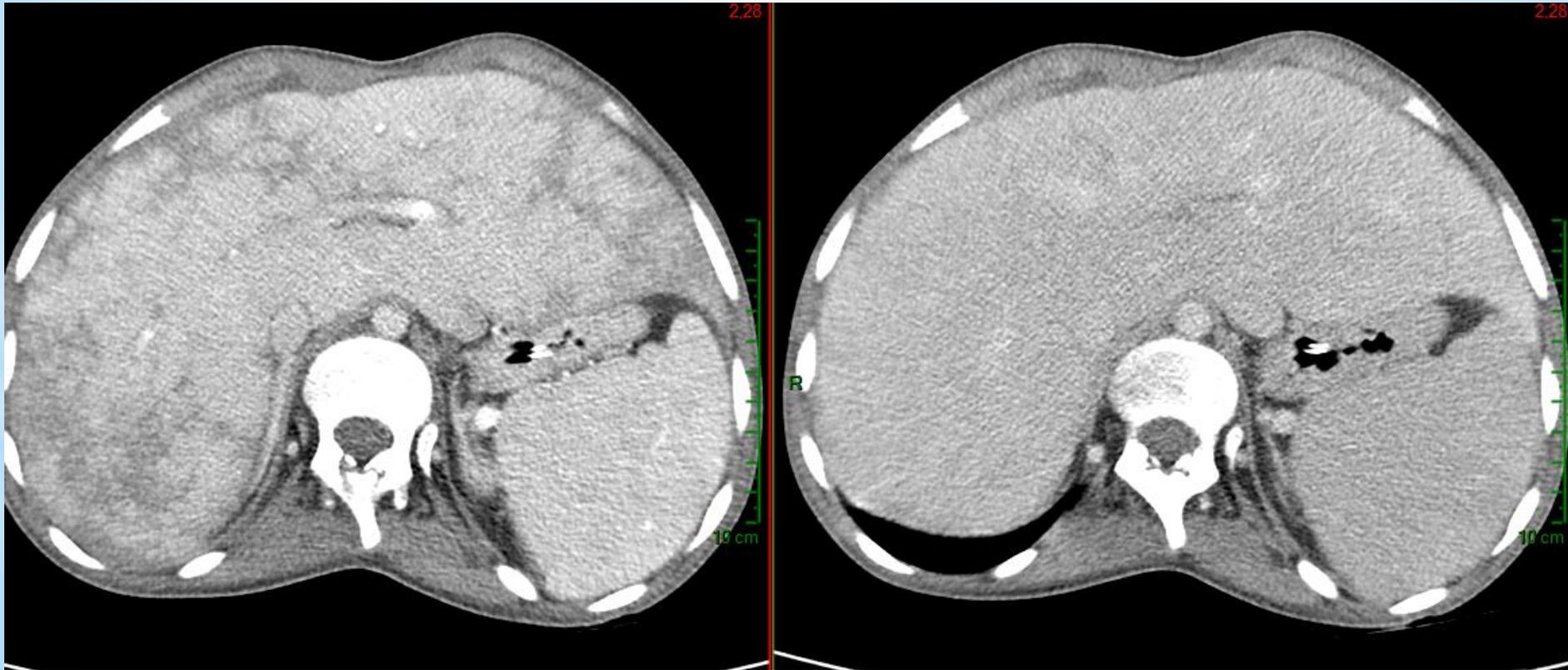


SOS

- ° Hépatomégalie hétérogène +/- splénomégalie
- ° Œdème de la paroi vésiculaire et péri-portal
- ° Diminution du flux portal/inversion
- ° Artérialisation hépatique compensatrice



Complications hépatiques Chimiothérapie



Congestion hépatique/cardiaque - foie en mosaïque

- ° Glivec (Imatinib) - GIST - congestion hépatique
- ° Votrient (Pazopanib) - Carcinome à cellule claire/Sarcome de tissu mou - insuffisance cardiaque

Complications tube digestif Chimiothérapie



Entérite

- ° cancer du colon D opérée
- ° Xeloda-Oxaliplatine-Avastin

Complications tube digestif Chimiothérapie



Entérite

- ° cancer du colon D opérée
- ° Xeloda-Oxaliplatine-Avastin

VEGF - vascular endothelial growth factor
EGFR - epidermal growth factor receptors

Antiangiogénique ➡

- Bevacizumab (Avastin)
- Ramucirumab (Cyramza)
- Ziv-aflibercept (Zaltrap)

Complications tube digestif Chimiothérapie



Complications tube digestif Chimiothérapie

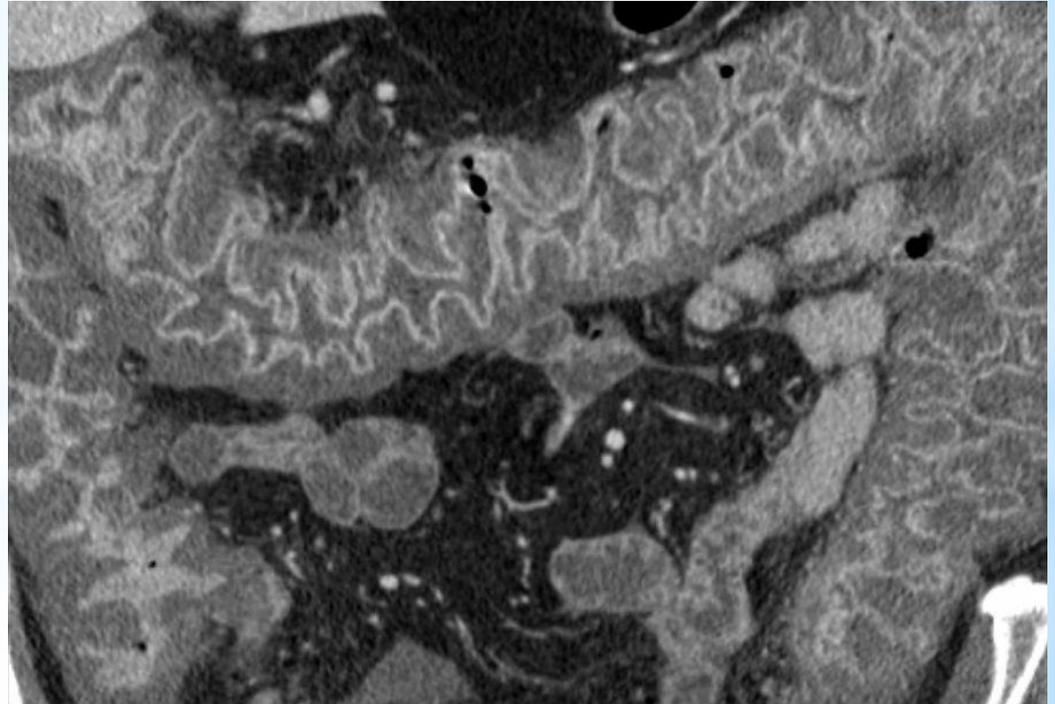


Pneumatose bénigne(kystique)- PKCI

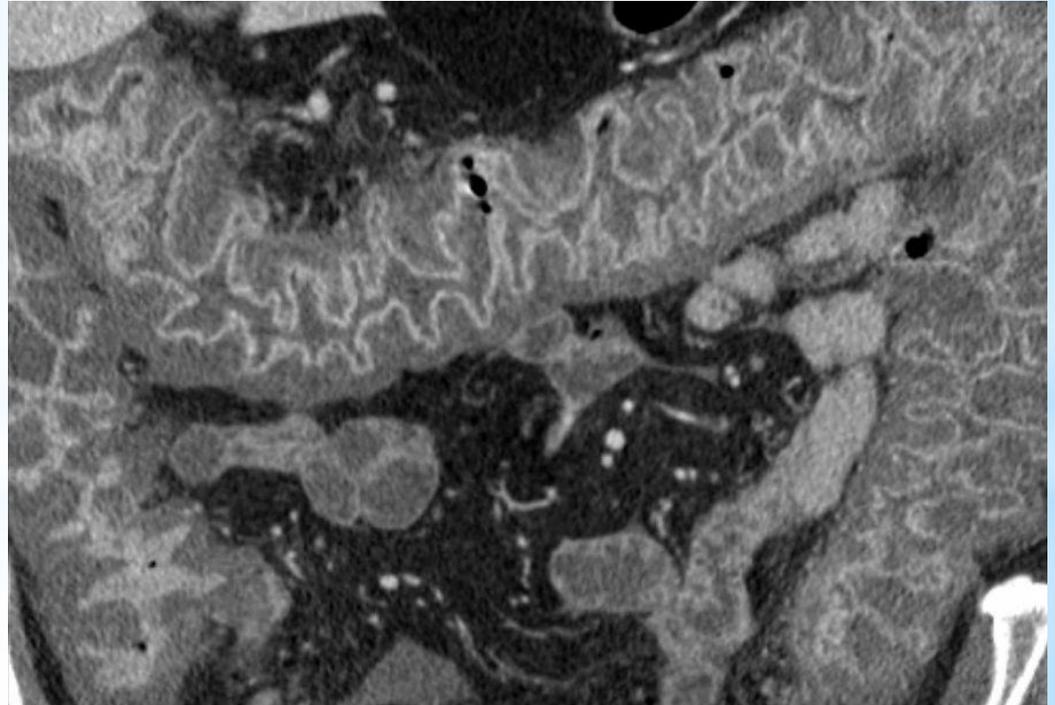
- asymptomatique,
- peut être associé avec pneumopéritoine,
- dissection aérique kystique de la sous-muqueuse
- traitement conservateur

Bevacizumab, cetuximab, docetaxel, etoposide, 5-fluorouracil, leucovorin, irinotecan

Complications tube digestif Chimiothérapie



Complications tube digestif Chimiothérapie



Colites - thérapie angiogénique

- Pseudomembraneuse - pancolite, épaisseur >10 mm, aspect « en accordéon »
- Neutropénique - colite D, épaissement moins marqué, œdème sous-muqueux

Megacolon toxique

Complications tube digestif



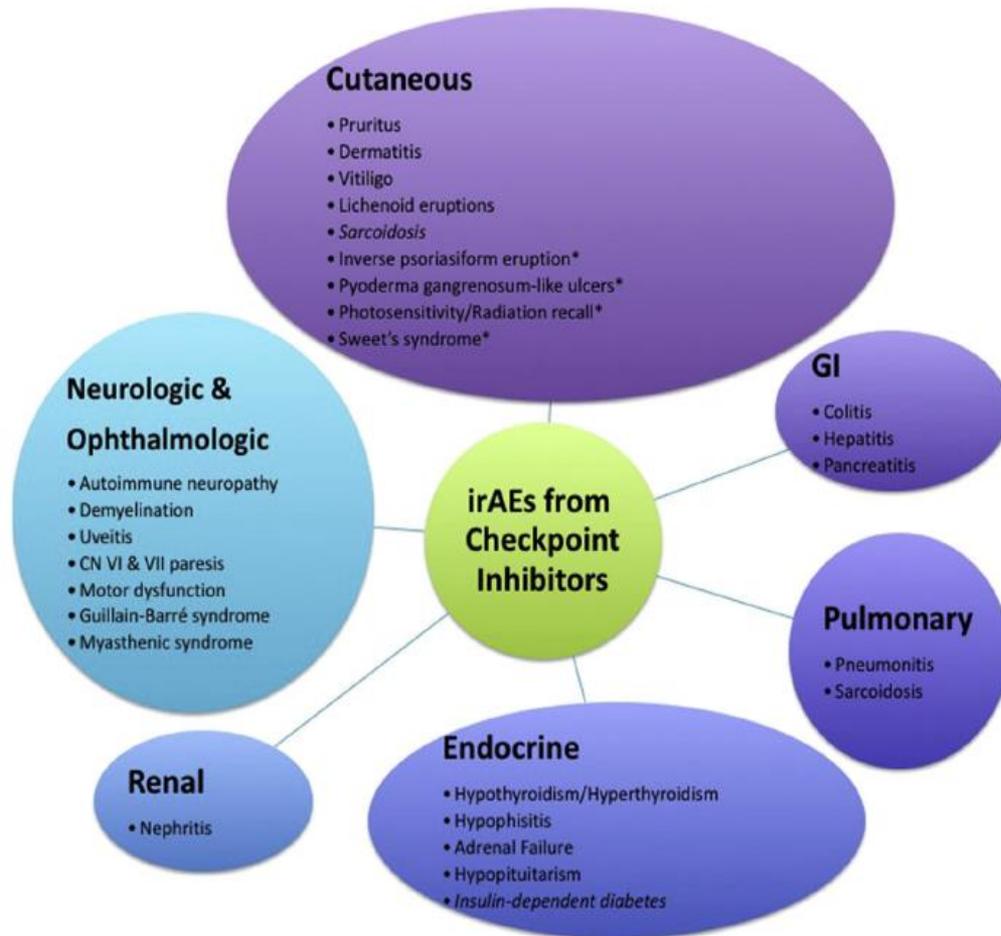
Complications tube digestif



GVH atteinte digestive diffuse
- greffe médullaire >100 jours post greffe

Complications

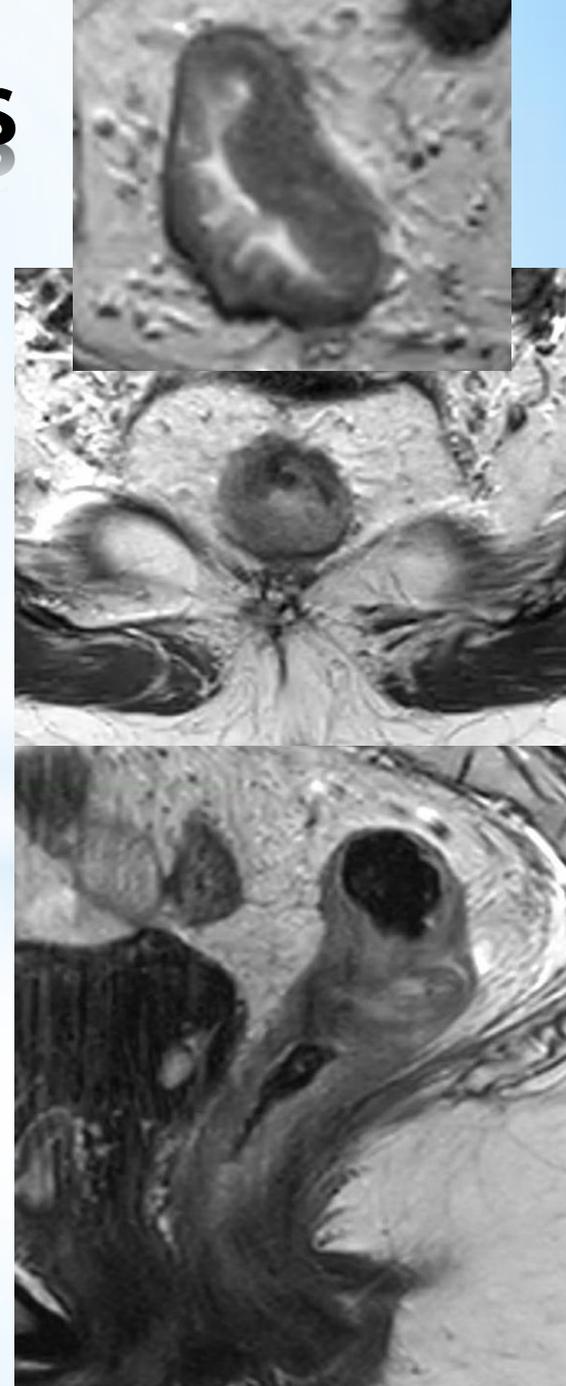
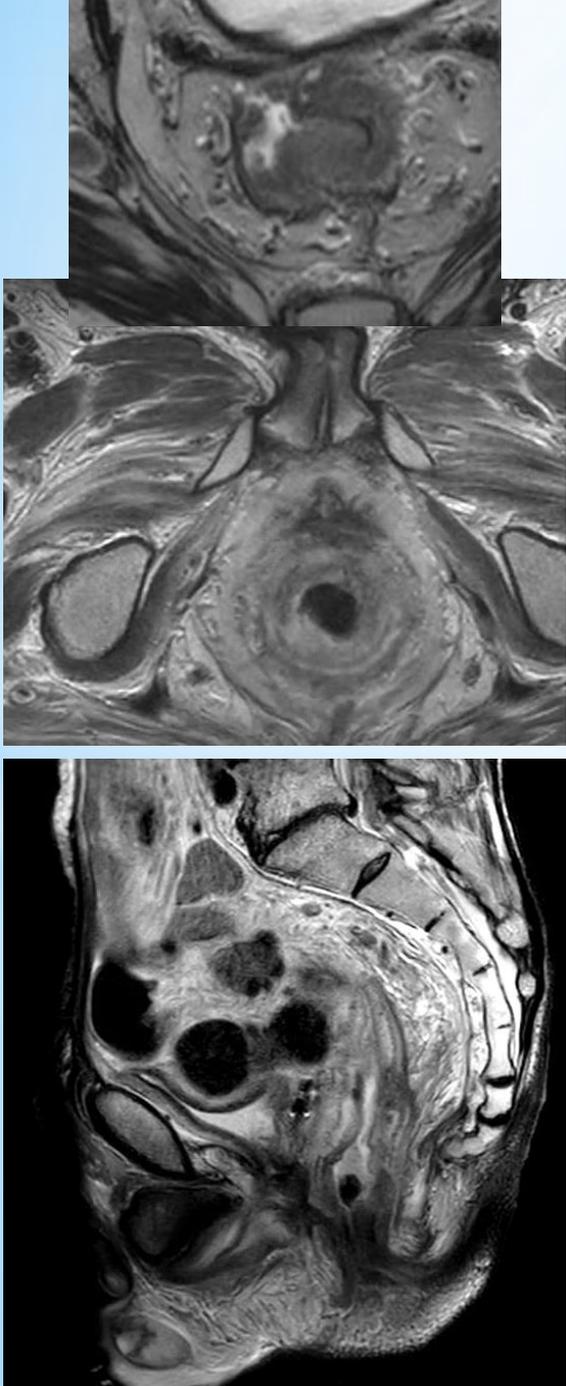
Immunothérapie



CTLA-4 inhibition (Ipilimumab)

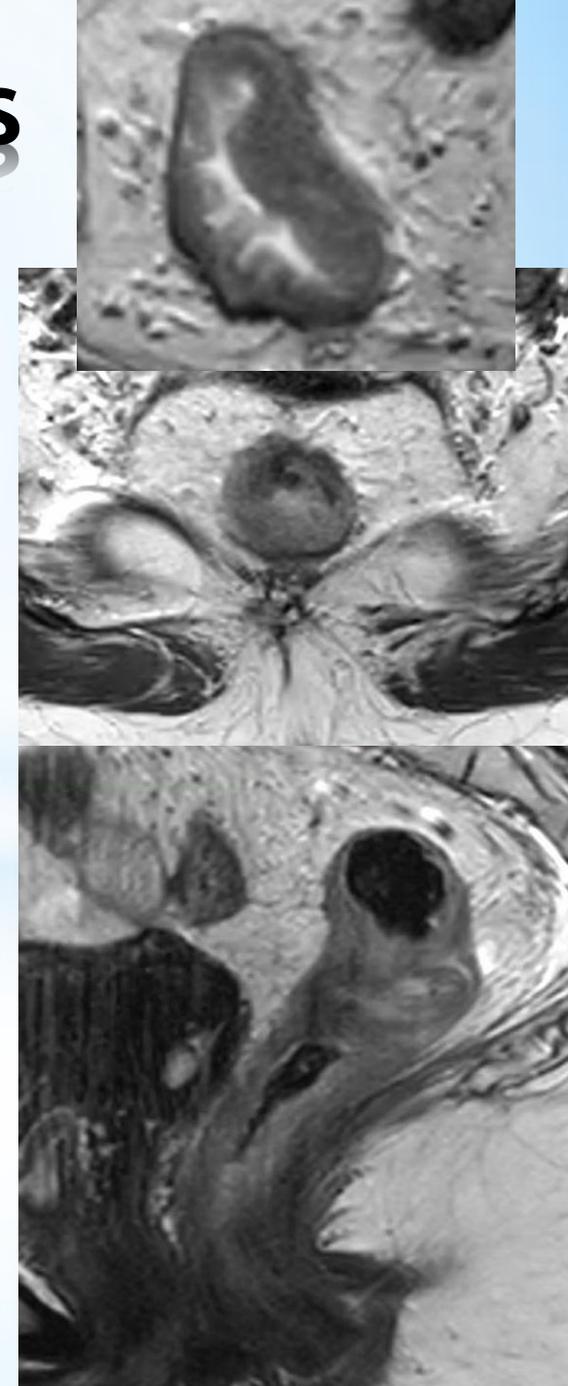
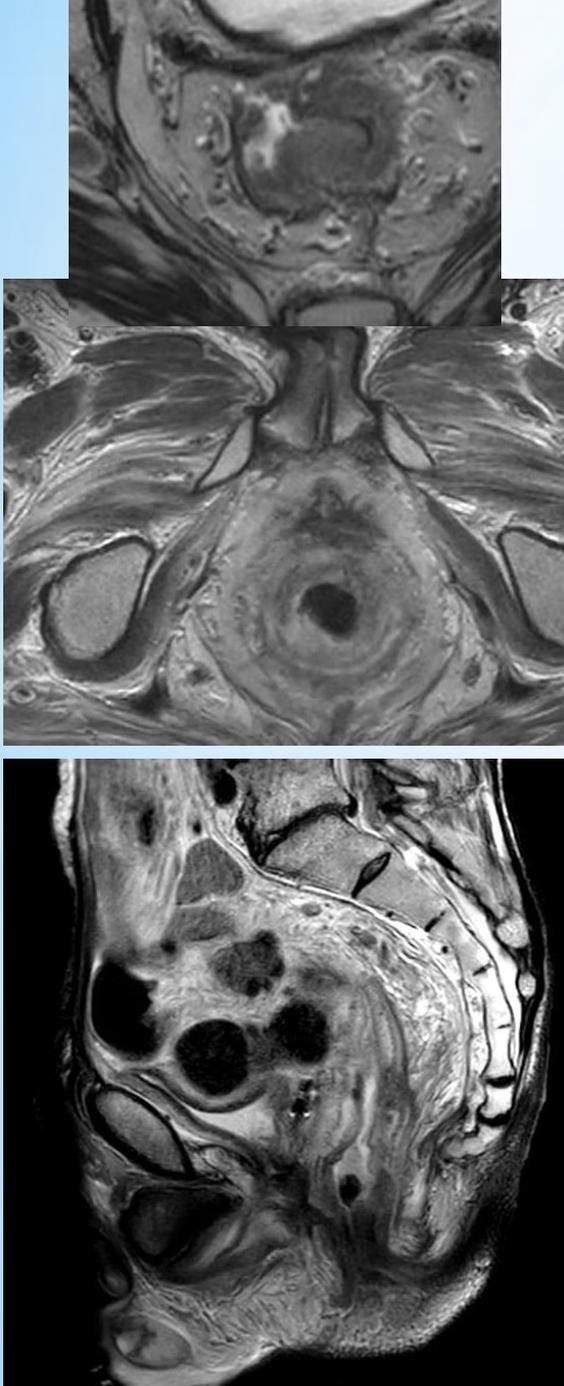
PD -1 (Nivolumab)

Complications *Radiothérapie*



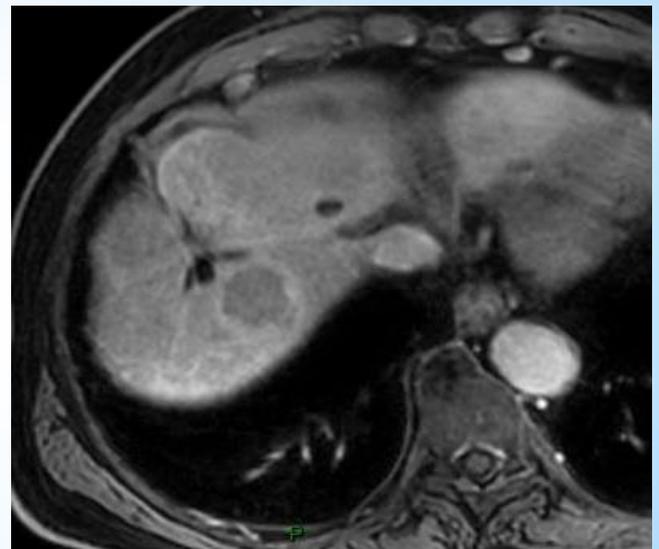
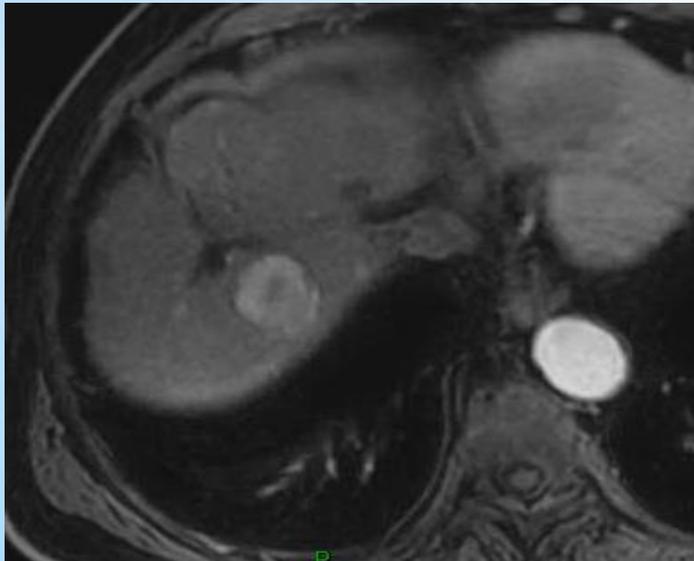
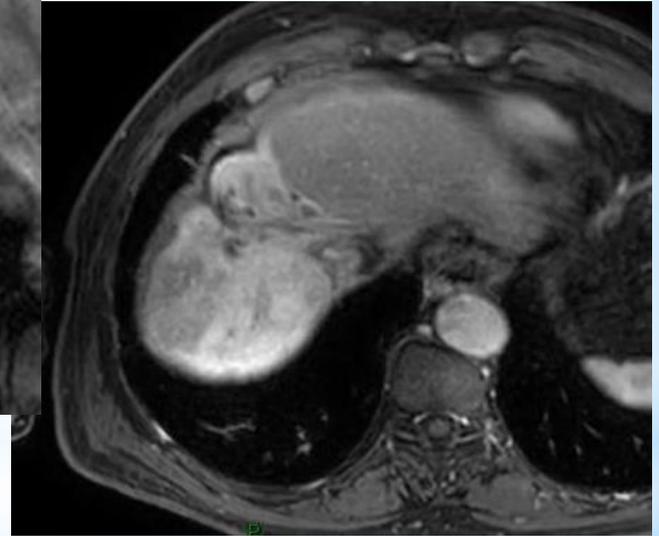
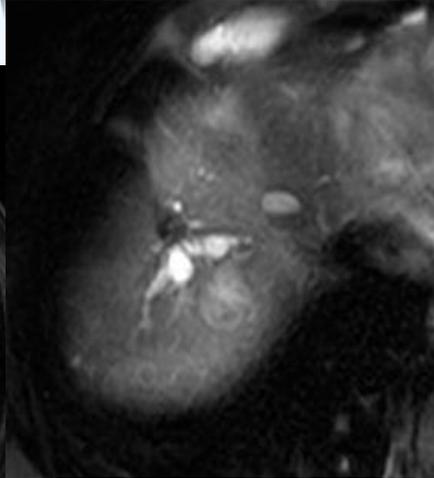
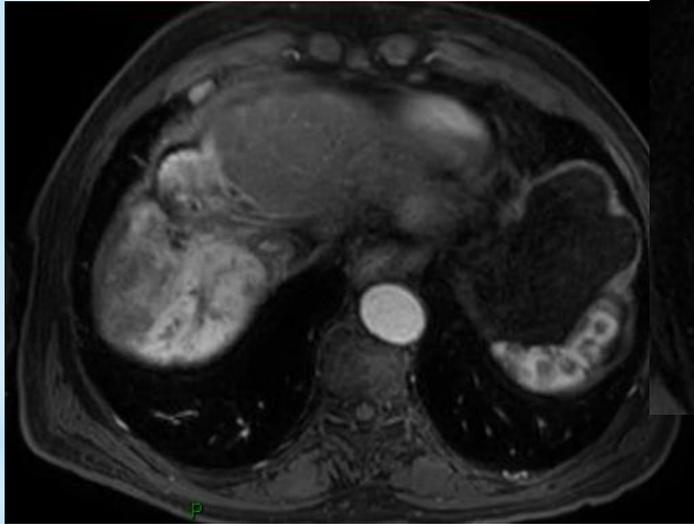
Complications *Radiothérapie*

Œdème
Fibrose
+/- Tissue résiduel



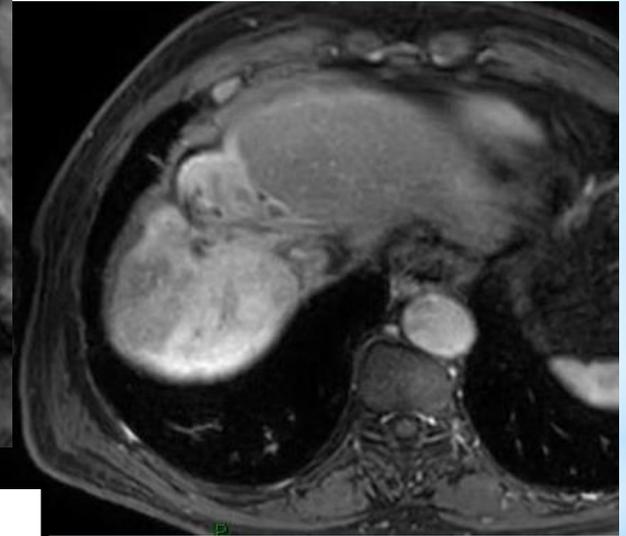
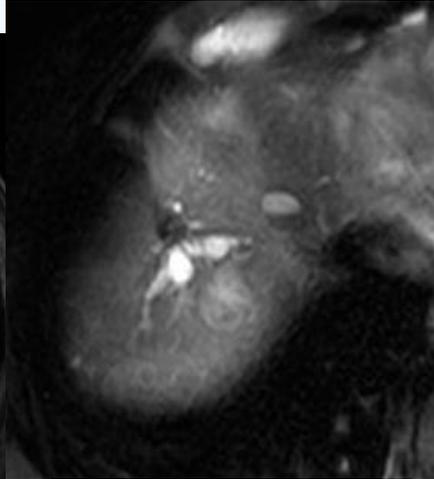
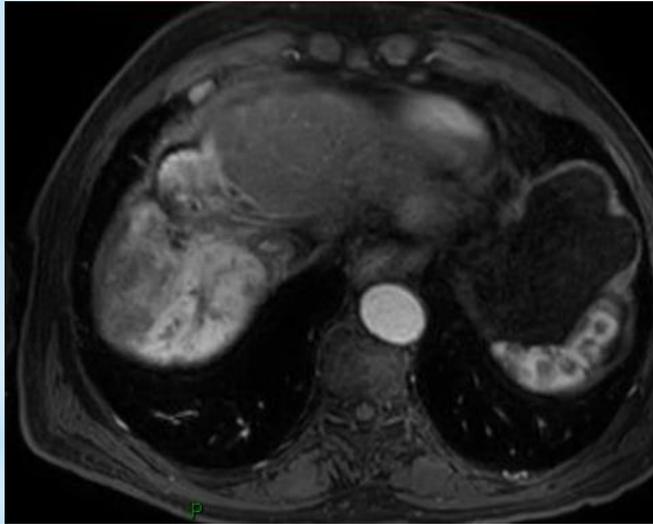
Complications

Radiothérapie

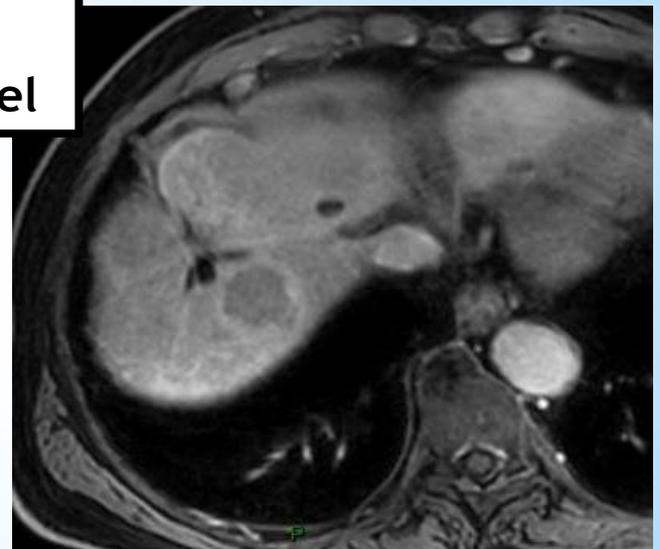
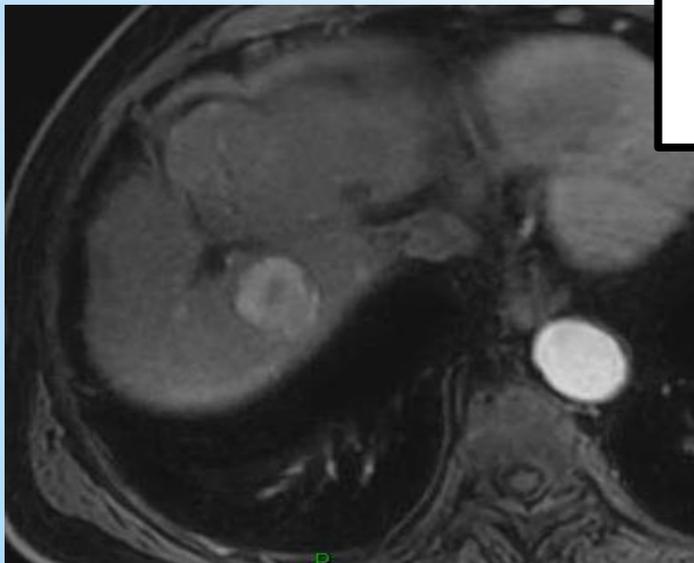


Complications

Radiothérapie

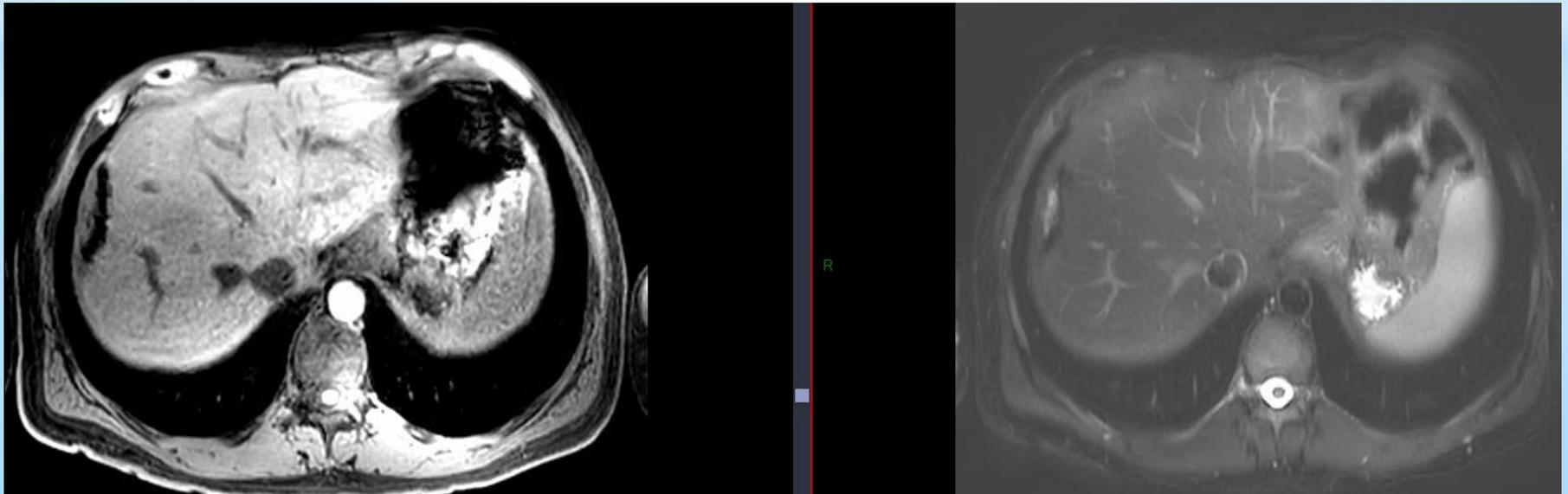
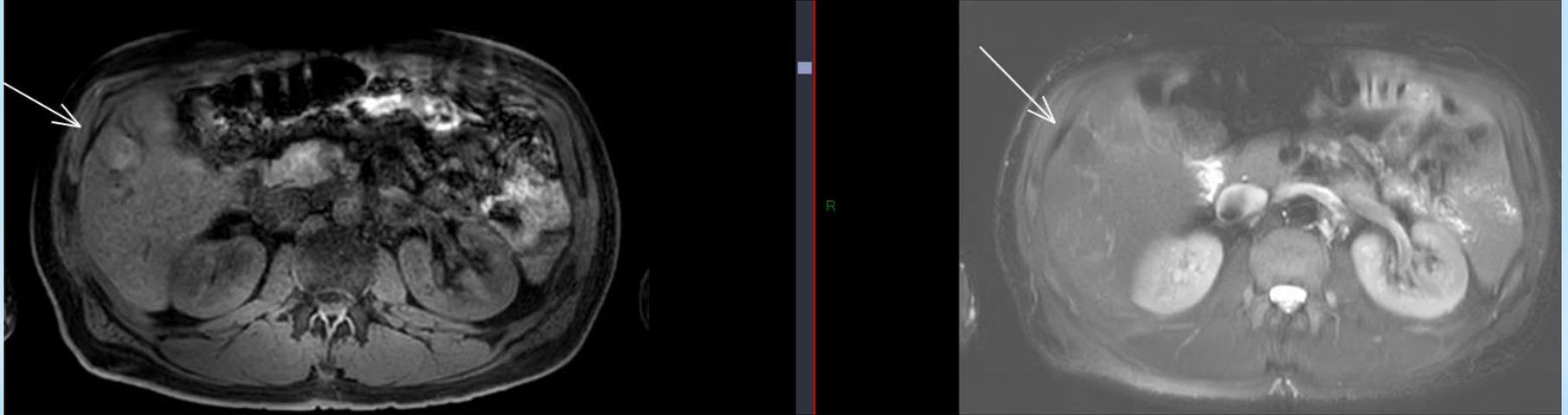


Œdème
Fibrose
+/- Tissu résiduel



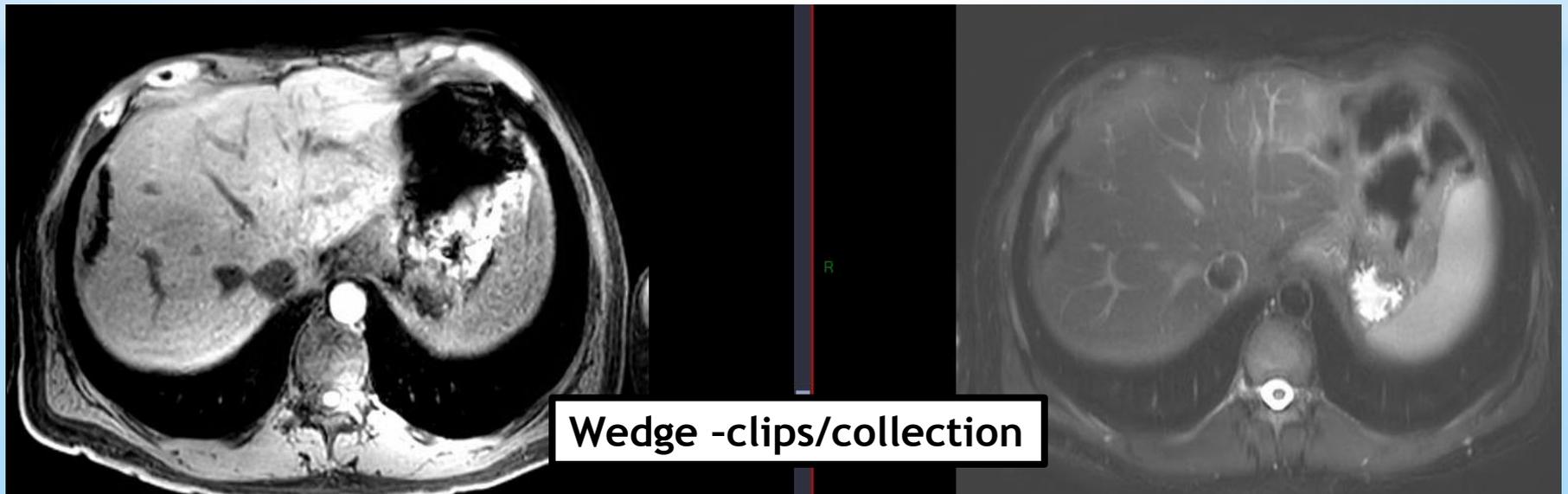
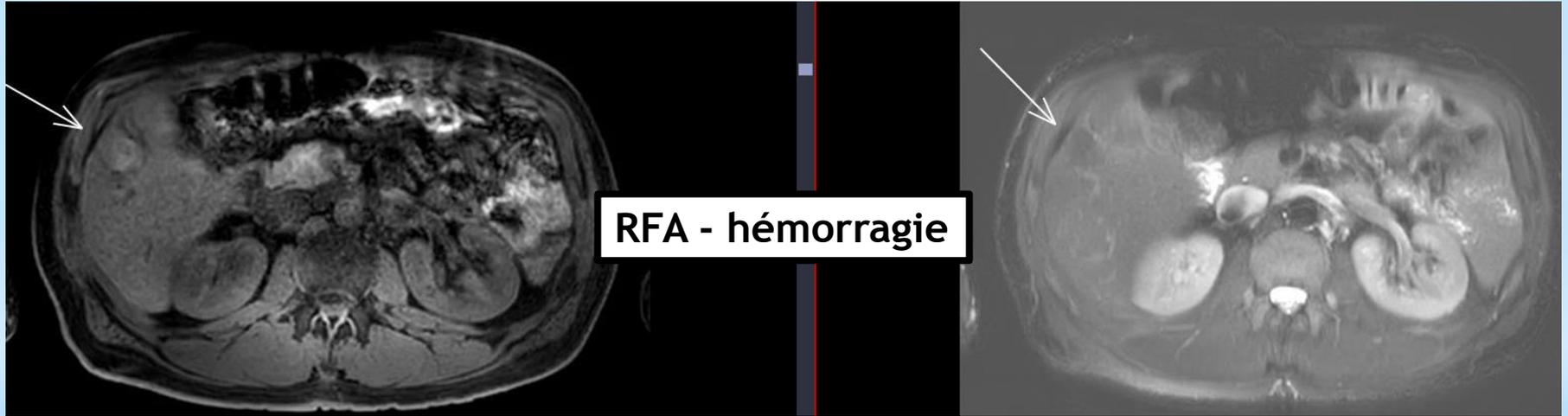
Complications

Thérapie combinée



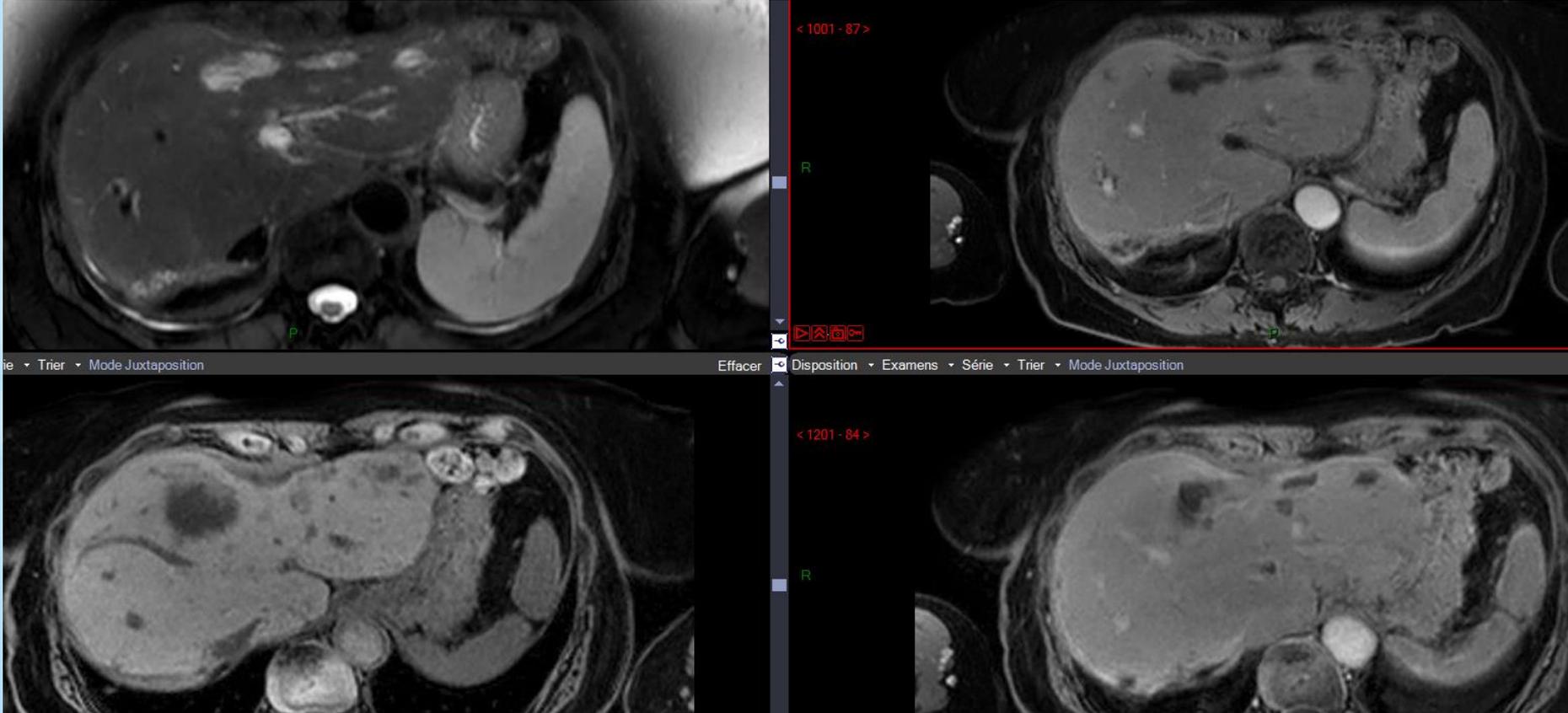
Complications

Thérapie combinée



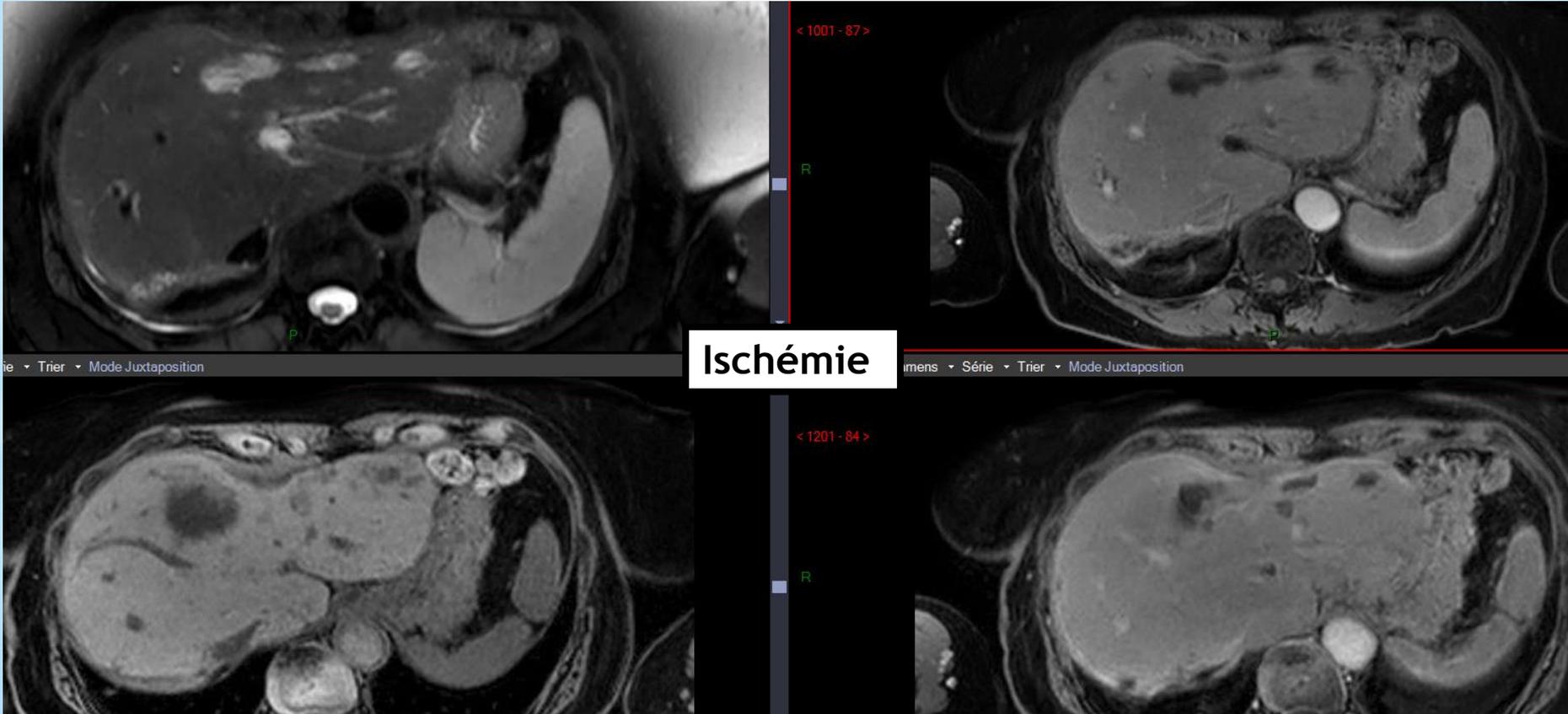
Complications

Thérapie combinée



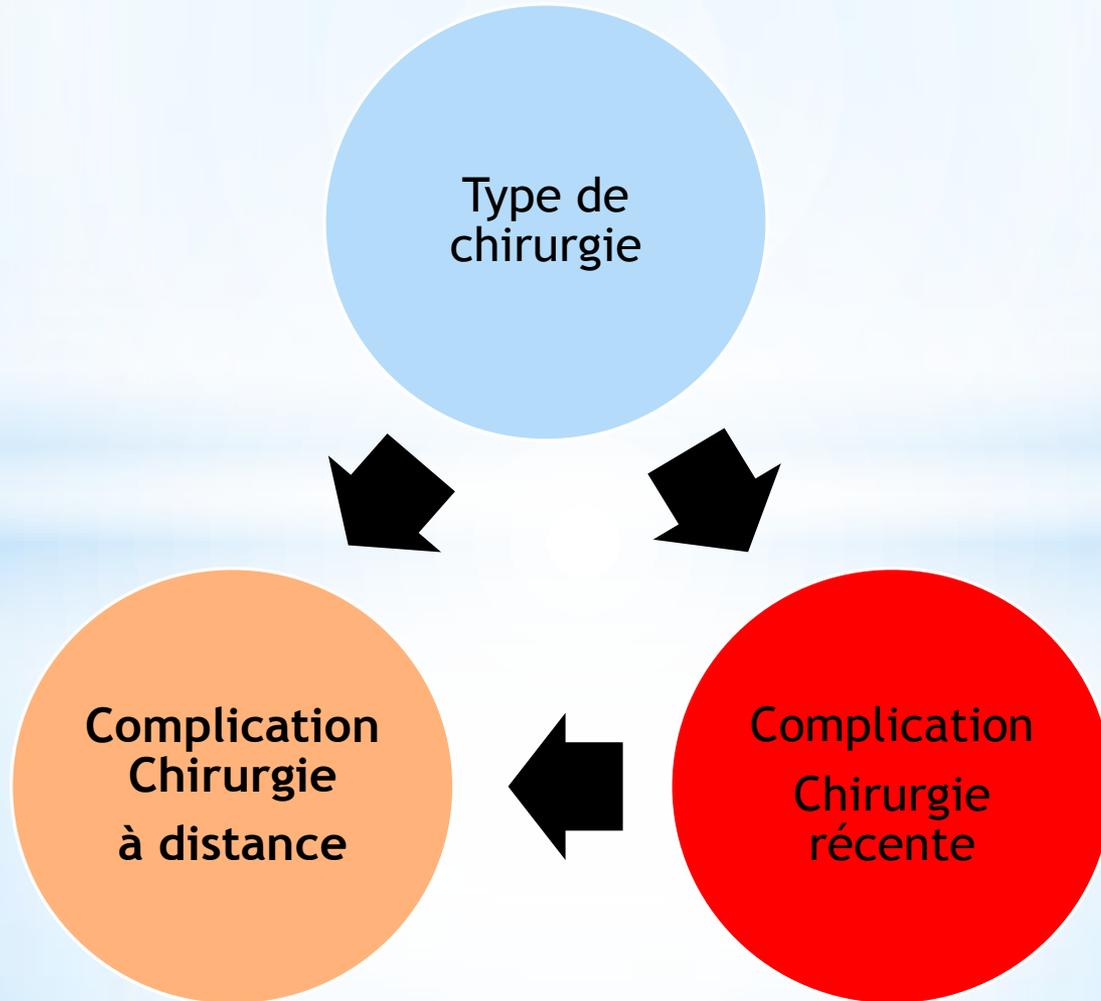
Complications

Thérapie combinée



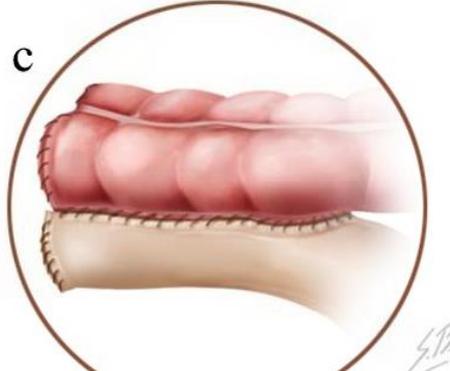
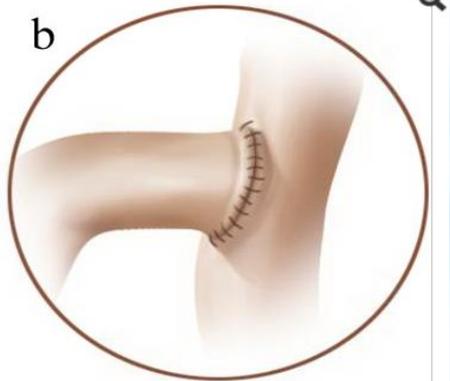
Complications abdominales

Thérapie chirurgicale



Complications abdominales

Thérapie chirurgicale



Segment du tube digestif

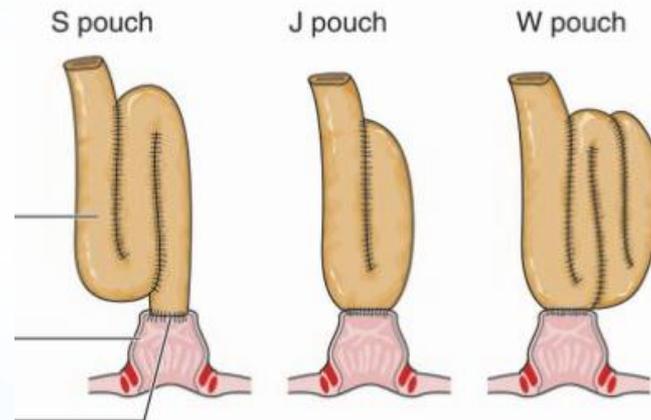
- Type d'anastomose :

° mécanique ou manuelle

° termino-terminale/termino-latérale/latéro-latérale

° avec ou sans réservoir

° distance par rapport l'angle de Treitz/
valvule iléo-caecale/marge anale



Complications abdominales

Thérapie chirurgicale

Récente	A distance
Lâchage anast. - péritonite	Fistule chronique
Ischémie montage	Sténose anast.
Hémorragie	Récidive locale
<i>Collection/Hématome</i>	
<i>Iléus/Occlusion</i>	

Complications

Thérapie chirurgicale - Cancer Œsophage

Etape I - Oesophagectomie

- ° thoracotomie latérale D
- ° résection partielle/totale

Etape II - Curage ganglionnaire

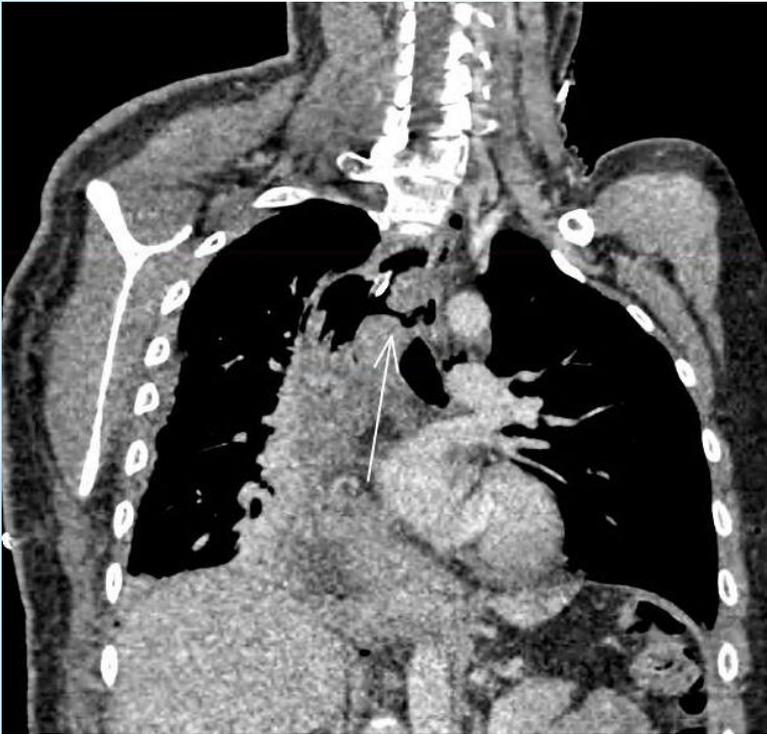
- ° 2 voie -abd.+thor.inf.
- ° 3 voie -2voie+ cerv.-thor.sup

Etape III - Reconstruction (plastie)

- ° gastrique/*colique*,
- ° localisation -med.post./ant.(*rétro-sternale*) ou *pré-sternale*

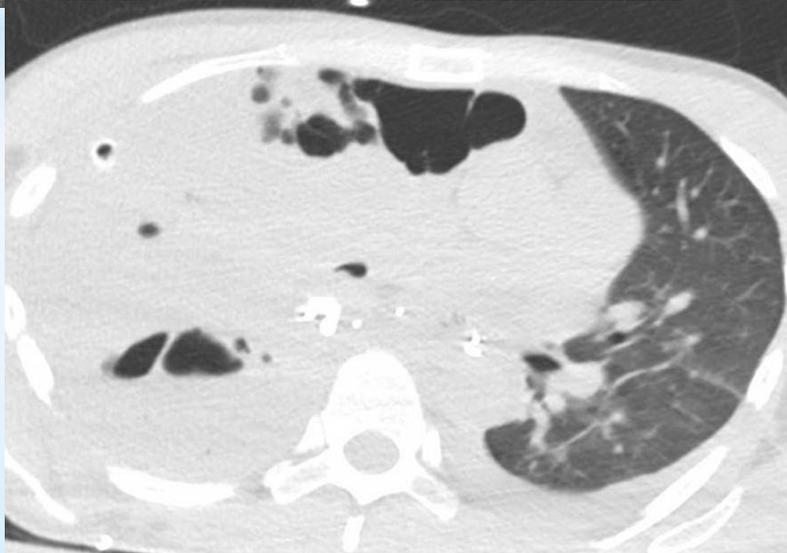
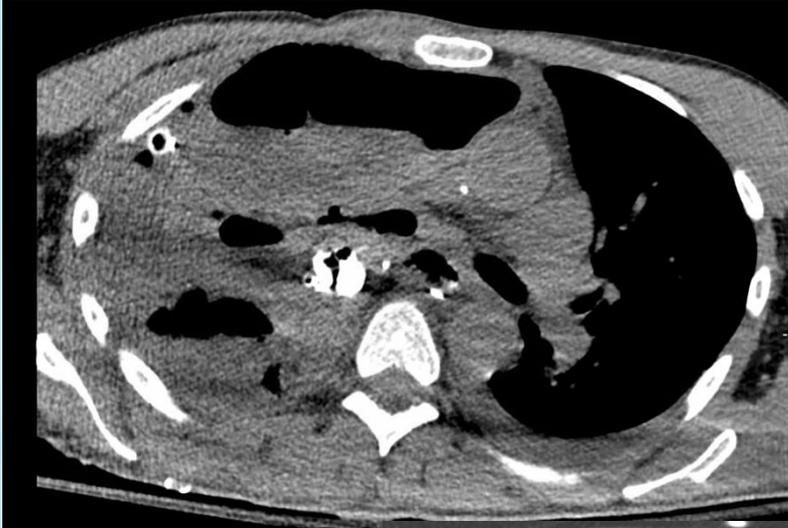
Complications

Thérapie chirurgicale - Cancer Œsophage



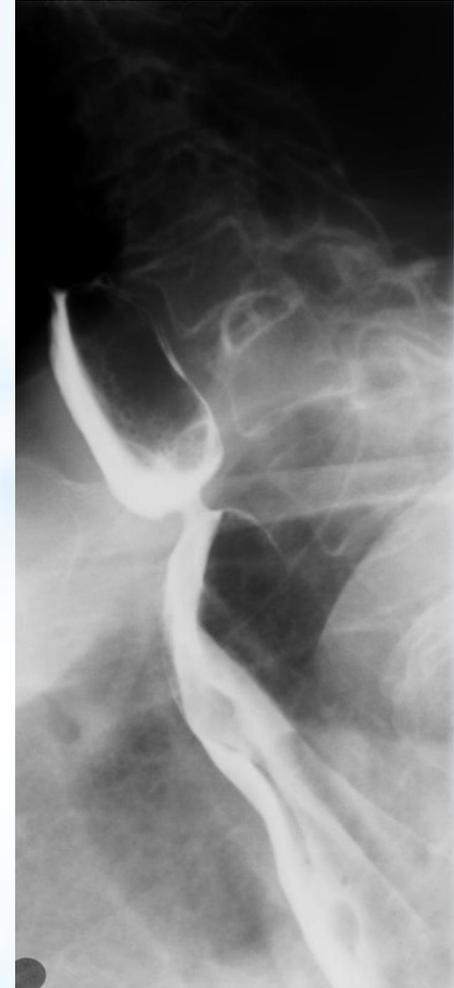
Complications

Thérapie chirurgicale - Cancer Œsophage



Complications

Thérapie chirurgicale - Cancer Œsophage



Complications

Thérapie chirurgicale - Cancer Œsophage

Tableau 1 Fréquence des complications postopératoires.

Nature des complications	Fréquence (%)
<i>Médicales</i>	
Pulmonaires	
Atélectasies et épanchements pleuraux	65–85
Pneumopathie ^a	15–35
Détresse respiratoire ^b	15–30
SDRA	10–20
Syndrome inflammatoire systémique	70–100
Choc septique	4–15
Cardiaque ^c	5–22
Insuffisance rénale	2–6
<i>Chirurgicales</i>	
Lâchage anastomotique	3–11 (anastomose thoracique) 13–45 (anastomose cervicale)
Sténose anastomotique	14–25 (anastomose thoracique) 50 (anastomose cervicale)
Chylothorax	3–8
Paralysie récurrentielle	5–10 (anastomose thoracique) 30–50 (anastomose cervicale)
Infection de paroi	5–10

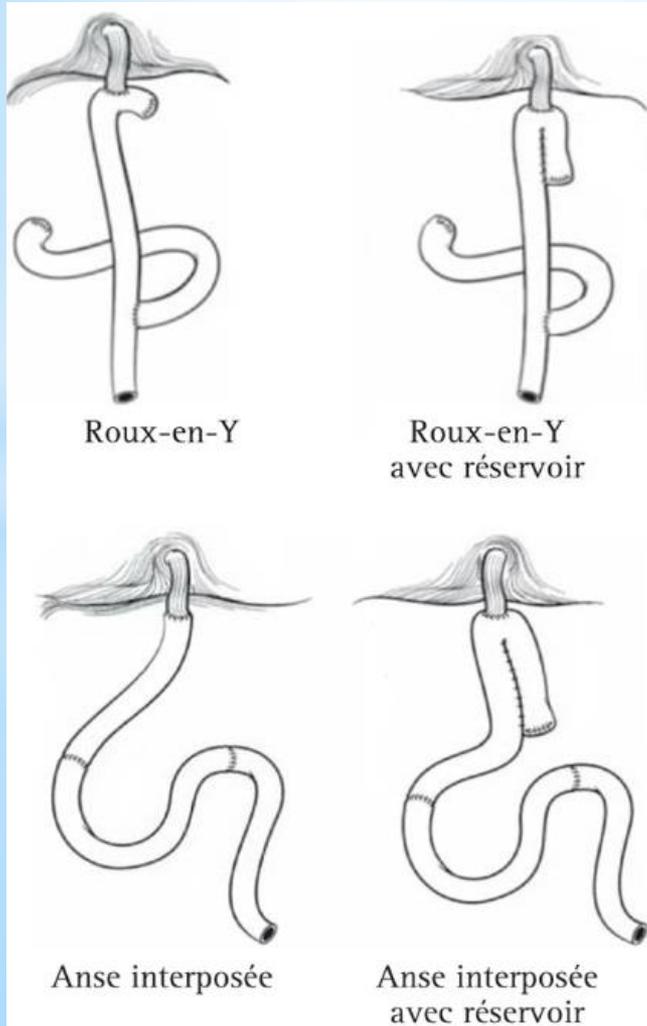
^a Pneumopathie : pneumopathies d'inhalation et infectieuses primitives.

^b Détresse respiratoire : nécessité de réintubation ou de poursuite d'une ventilation artificielle supérieure à 48 heures.

^c Complications cardiaques : complications ischémiques ou rythmiques.

Complications

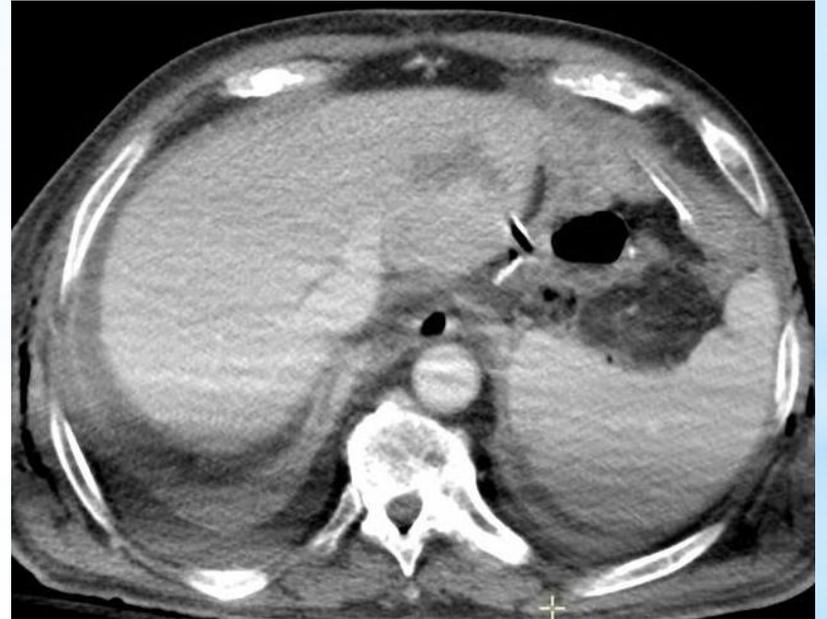
Thérapie chirurgicale - Cancer Gastrique



Anastomose oeso-jéjunale avec anse en Y

Complications

Thérapie chirurgicale - Cancer Gastrique



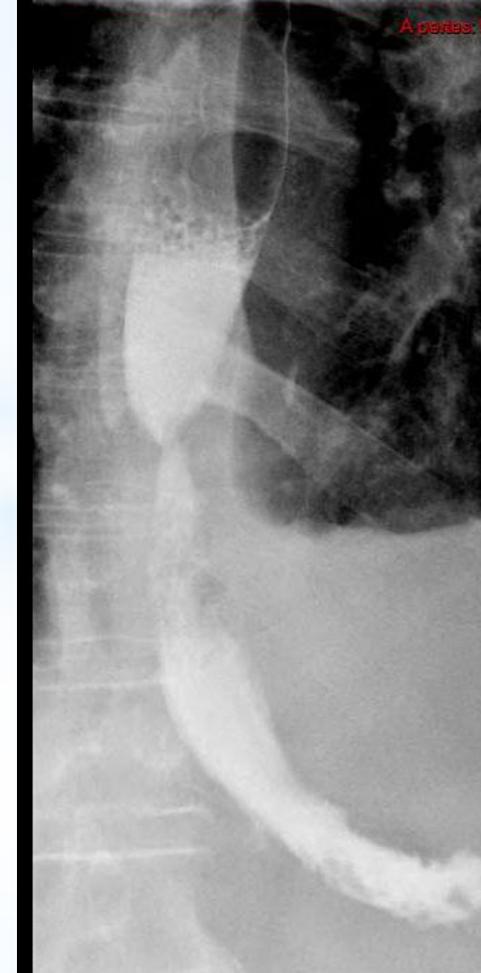
Complications

Thérapie chirurgicale - Cancer Gastrique



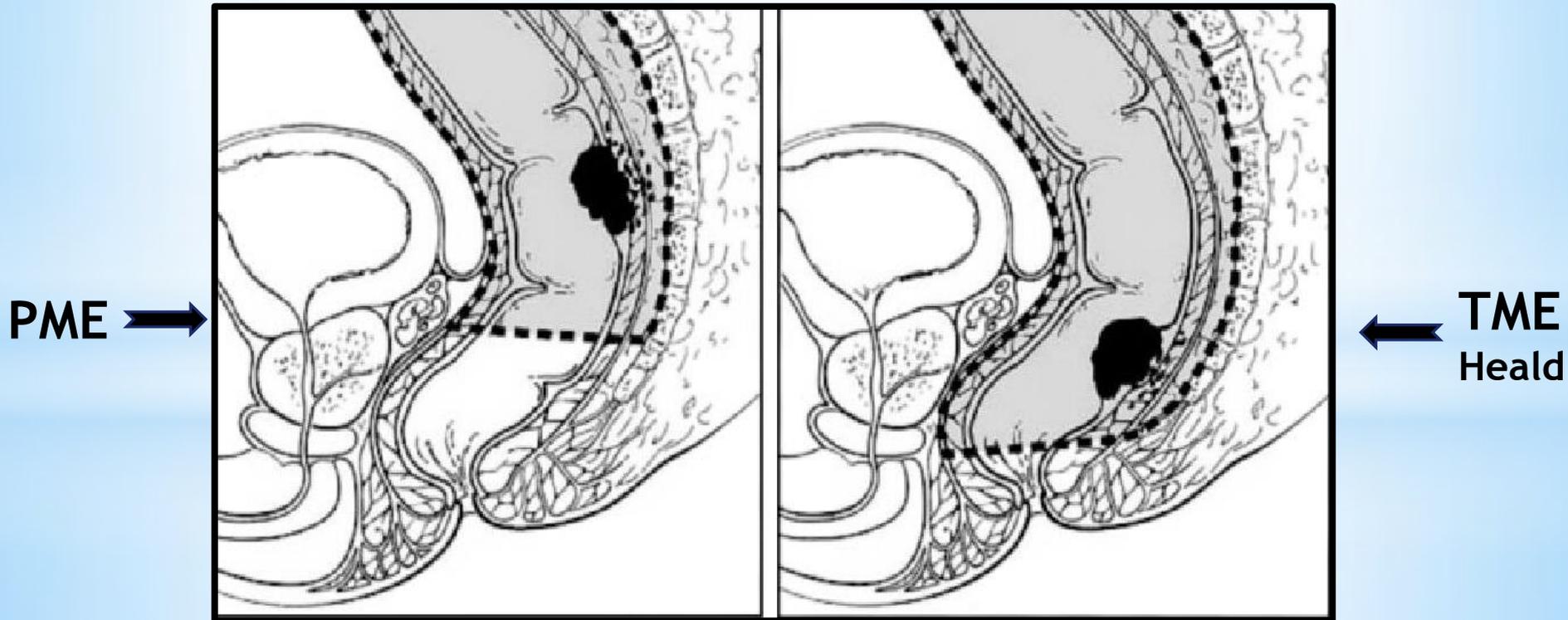
Complications

Thérapie chirurgicale - Cancer Gastrique



Complications

Thérapie chirurgicale - Cancer Rectum



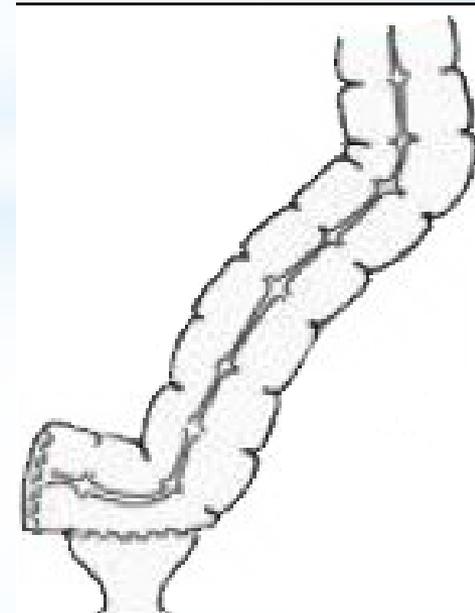
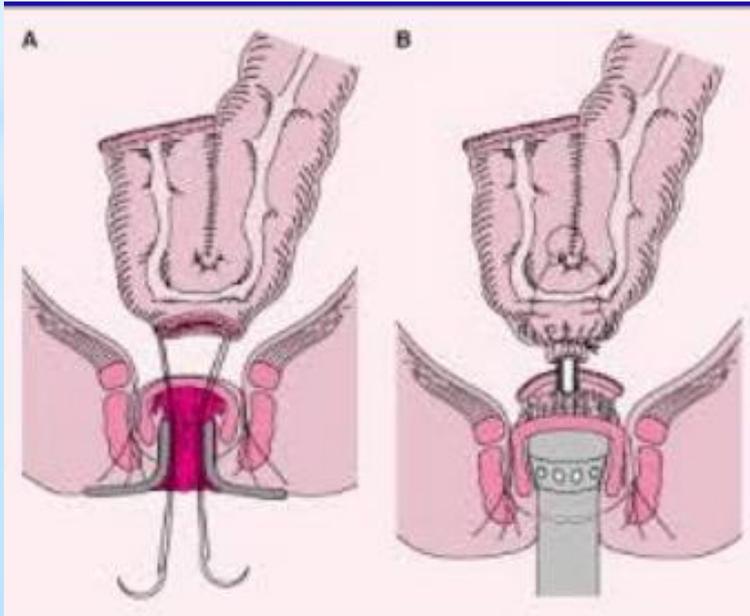
Complications

Thérapie chirurgicale - Cancer Colo-Rectal

Colectomie partielle (D/G) ou résection rectum

- anastomose iléo-colique termino-latérale (D)
- anastomose ° colo-rectale T-T /T-L sans/ avec réservoir en J
- ° colo-anales T-T sans / avec réservoir en J
- amputation abdomino-périnéale

Rectum/Colon G



Complications

Thérapie chirurgicale - Cancer Rectum



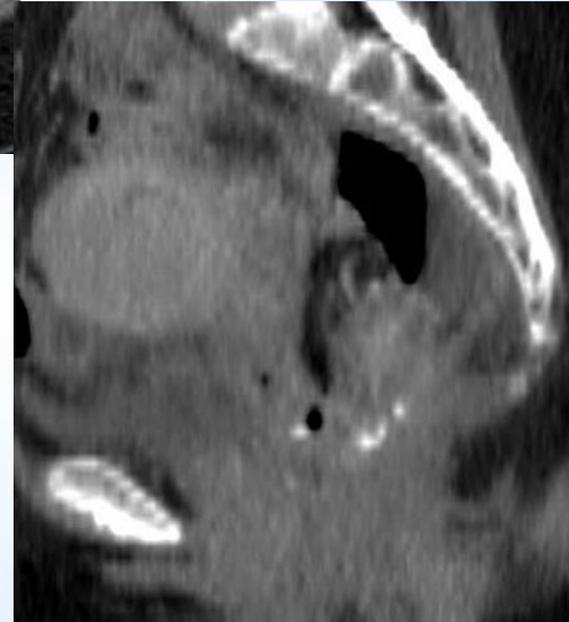
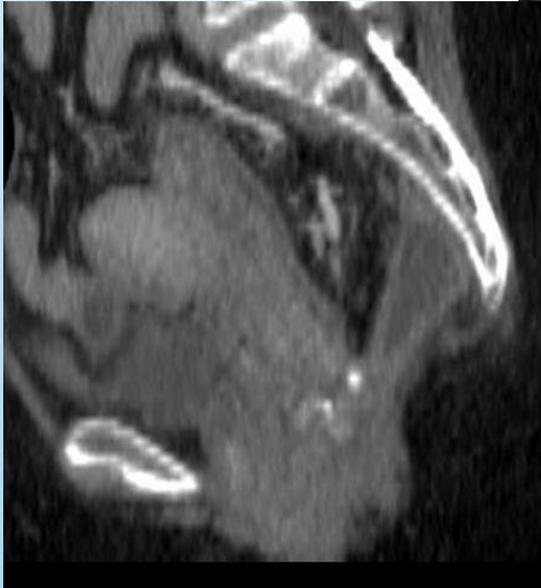
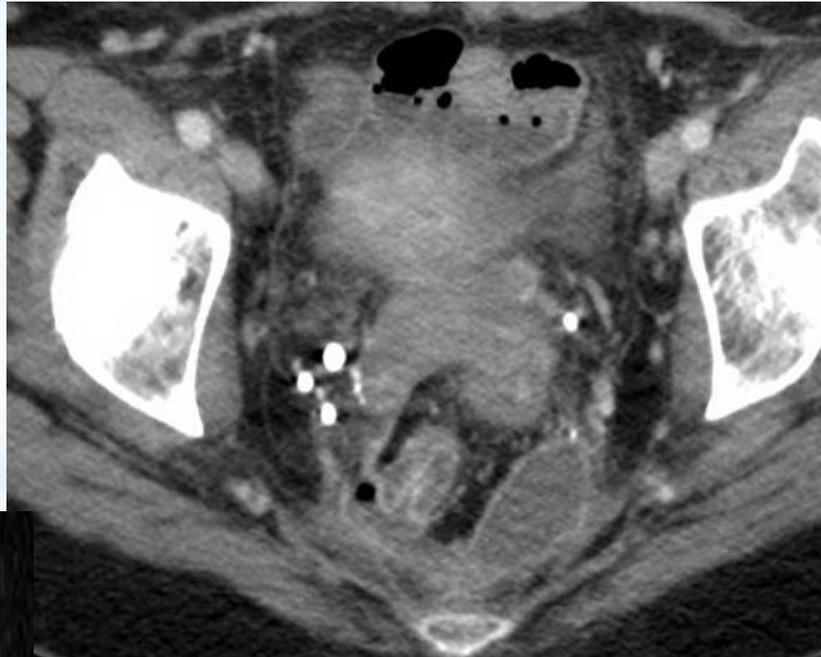
Anast. colo-anale manuelle T-T sans réservoir en J



Anast. colo-anale mécanique T-T avec réservoir en J

Complications

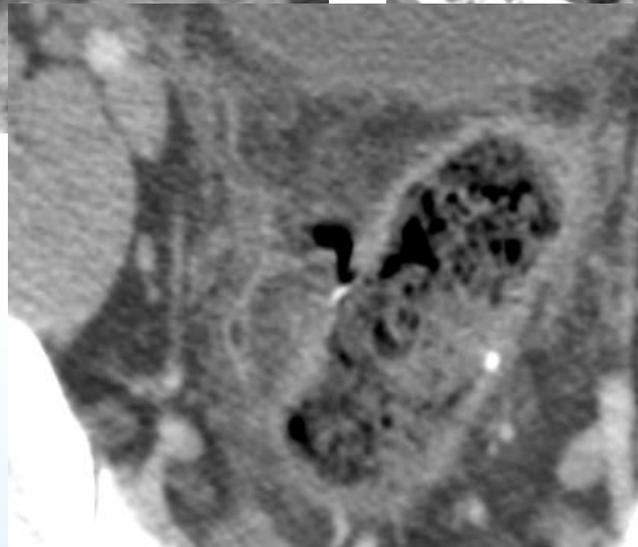
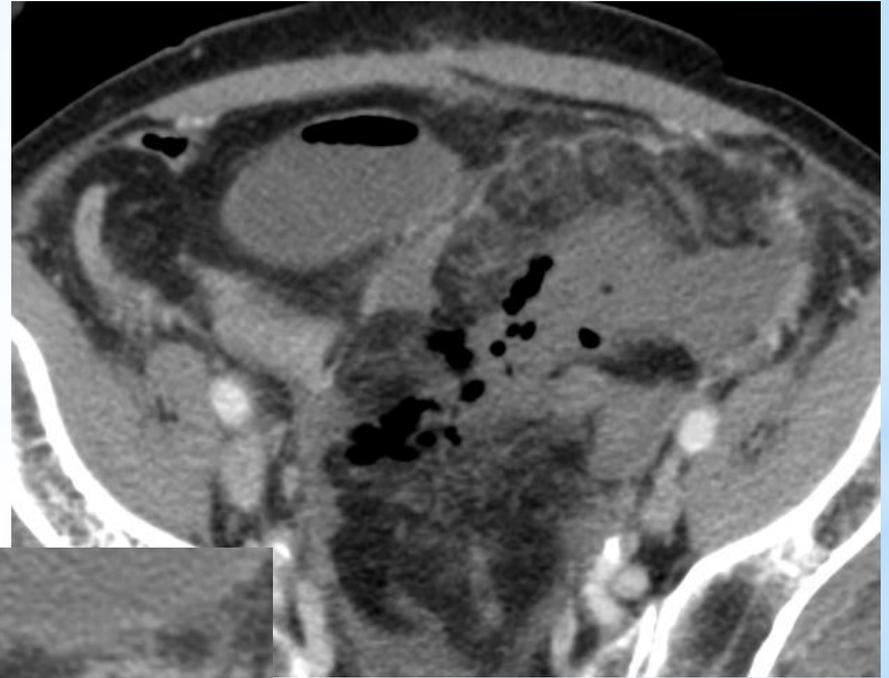
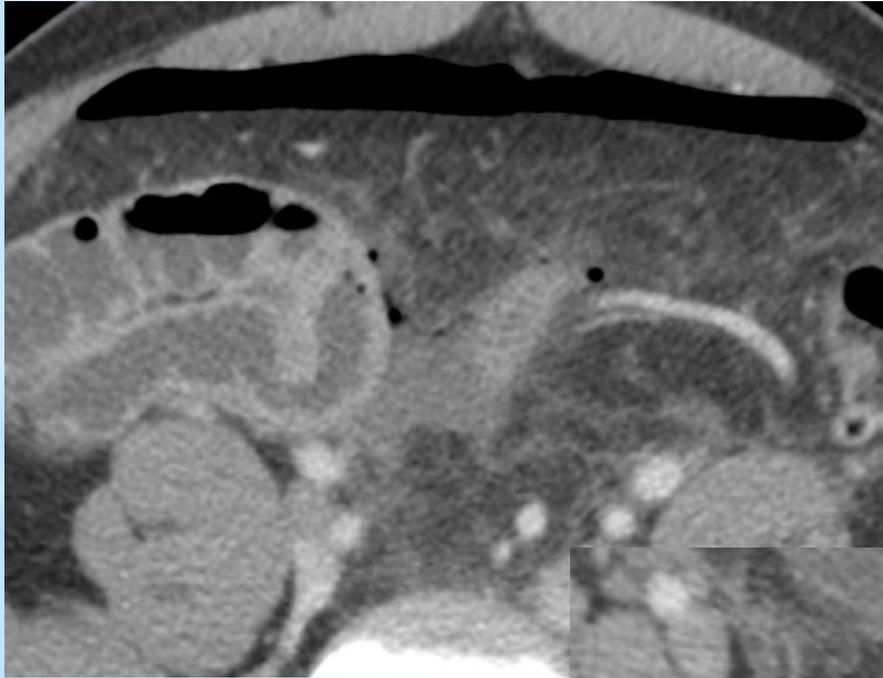
Thérapie chirurgicale - Cancer Rectum



Fistule moignon réservoir en J

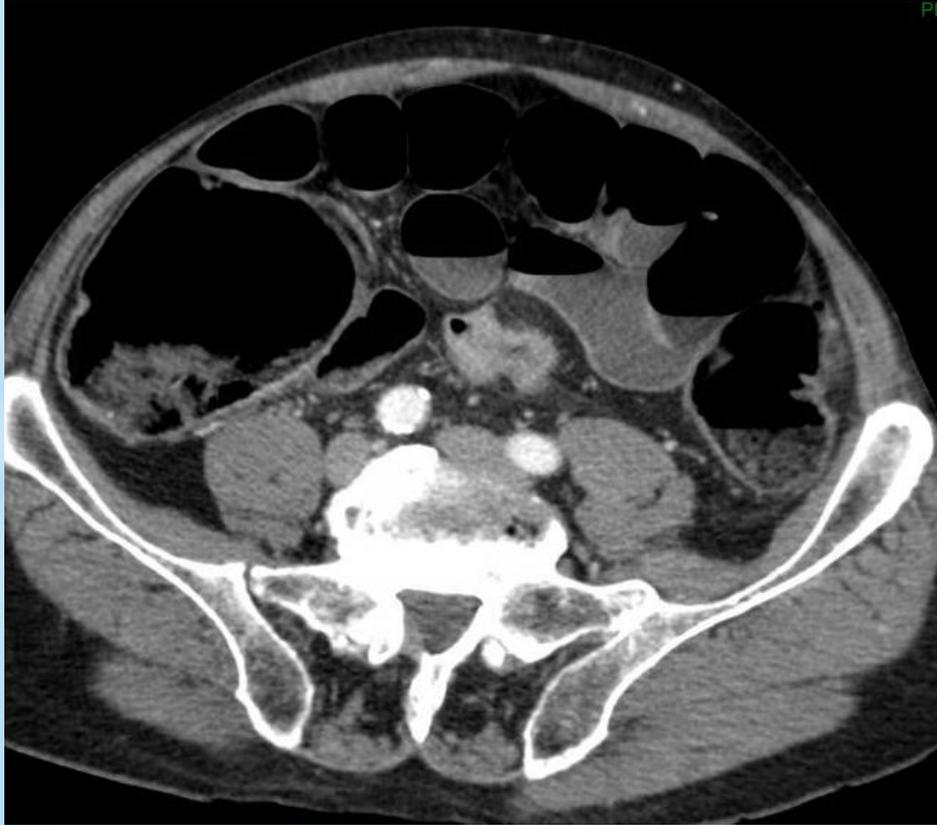
Complications

Thérapie chirurgicale - Cancer Colo-Rectal



Complications

Thérapie chirurgicale - Cancer Colo-Rectale

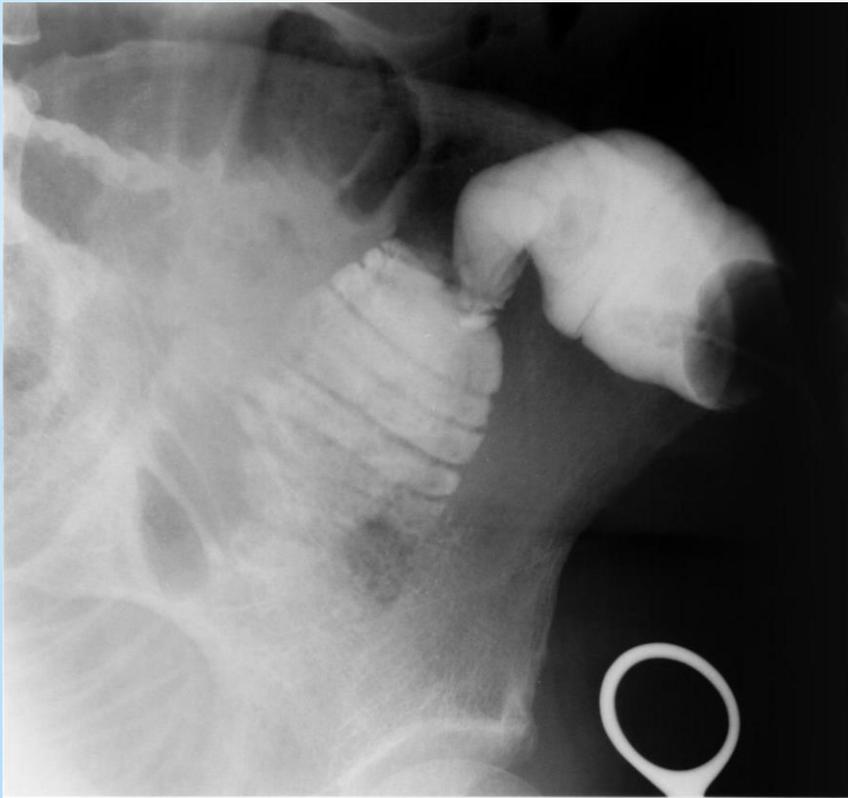


Sténose



Complications

Thérapie chirurgicale - Cancer Colo-Rectale



Sténose bénigne iléostomie terminale

Sténose maligne colon D -iléostomie de décharge

Complications

Thérapie chirurgicale

Cancer du canal anal/bas rectum

Amputation abdomino-périnéale avec
reconstruction par lambeau musculo-cutanée du Taylor

Annales de chirurgie plastique esthétique (2018) 63, 222–228



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte

www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Reconstruction par lambeau de Taylor après amputation abdomino-périnéale : à propos de 68 cas



*Reconstruction of abdo-perineal resection by Taylor flap:
About 68 patients*

D. Boccara*, K. SerroR, J. Lefevre, M. Mimoun, M. Chaouat

Plastic, Reconstructive and Cosmetic and Burn Surgery unit, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Vellefaux, 75010
Paris, France

Cas

