

## Questions

### ITEM 298 : Tumeurs du côlon et du rectum

[2005 dossier 7, ECN 2007 dossier 2, ECN dossier 7]

**QCM 1 : Quelles sont les propositions vraies concernant le cancer colorectal ?**

- A. Le premier cancer digestif en termes de fréquence
- B. Le cancer du côlon est plus fréquent que celui du rectum
- C. Le plus souvent un adénocarcinome lieberkühnien
- D. Le 4<sup>e</sup> cancer en France en 2012 en termes de fréquence
- E. Le 1<sup>er</sup> cancer en termes de mortalité

**QCM 2 : Quels sont les signes cliniques révélateurs d'un cancer du côlon ou du rectum ?**

- A. Altération de l'état général
- B. Rectorragies
- C. Anémie ferriprive
- D. Ténésme
- E. Occlusion

**QCM 3 : Quels sont les examens indispensables dans le bilan du cancer du rectum ?**

- A. Scanner thoraco-abdomino-pelvien
- B. Coloscopie totale
- C. Echo-endoscopie
- D. IRM pelvienne
- E. TDM cérébral

**QCM 4 : Quels sont les éléments de dépistage du cancer du côlon pour le fils d'un patient atteint d'un cancer du côlon à 65 ans ?**

- A. Recherche de sang dans les selles à partir de 50 ans
- B. Coloscopie tous les 5 ans à partir de 50 ans
- C. Coloscopie tous les 2 ans à partir de 65 ans
- D. Coloscopie si sang dans les selles
- E. Toucher rectal à partir de 50 ans

**QCM 5 : Quels sont les traitements possibles d'un cancer du côlon droit avec 2 métastases hépatiques chez un patient de 85 ans ?**

- A. Soins palliatifs car métastatique
- B. Colectomie droite et tumorectomies hépatiques dans le même temps
- C. Colectomie droite et Radiofréquence sur les lésions hépatiques
- D. Colectomie droite et radiochimiothérapie
- E. Chimiothérapie adjuvante

**QCM 6 : Quels sont les traitements possibles d'un cancer du rectum à 6 cm de la marge anale classé T2N+M0 ?**

- A. Amputation abdomino-périnéale
- B. Recto-sigmoïdectomie et anastomose colo-anale
- C. Recto-sigmoïdectomie et anastomose colorectale
- D. Radiothérapie néo-adjuvante
- E. Chimiothérapie néo-adjuvante

**QCM 7 : Quels sont les éléments anatomopathologiques de mauvais pronostic ?**

- A. Envahissement ganglionnaire
- B. Marges de résections R0
- C. Envahissement péri-nerveux
- D. Embols vasculaires
- E. Tumeur différenciée

**QCM 8 : Quelle(s) est(sont) la(les) structure(s) envahie(nt) par une tumeur du côlon classée T3 ?**

- A. *Lamina propria*
- B. Sous-muqueuse
- C. Musculeuse
- D. Sous-séreuse
- E. Mésorectum

**QCM 9 : Quelles sont les réponses vraies concernant la polyadénomatose familiale (PAF) ?**

- A. Transmission autosomique récessif
- B. Traitement curatif par coloprotectomie totale à 15 ans
- C. Risque de cancer 100%
- D. Risque de cancer de l'estomac
- E. Coloscopie de dépistage tous les 2 ans à partir de 10 ans

**QCM 10 : Quelles sont les complications post-opératoires à distance d'un cancer du rectum?**

- A. Constipation chronique
- B. Récidive
- C. Troubles sexuels
- D. Impériosité
- E. Fistule anastomotique

## Réponses

**QCM 1 : Quelles sont les propositions vraies concernant le cancer colorectal ?**

- A. Le premier cancer digestif en termes de fréquence
- B. Le cancer du côlon est plus fréquent que celui du rectum
- C. Le plus souvent un adénocarcinome lieberkühnien
- D. Le 4<sup>e</sup> cancer en France en 2012 en termes de fréquence
- E. Le 1<sup>er</sup> cancer en termes de mortalité

Réponses exactes : A, B, C

✓ A retenir :

Le 3<sup>e</sup> cancer le plus fréquent après celui de la prostate et du sein, le 2<sup>e</sup> en termes de mortalité après le poumon.

**QCM 2 : Quels sont les signes cliniques révélateurs d'un cancer du côlon ou du rectum ?**

- A. Altération de l'état général
- B. Rectorragies
- C. Anémie ferriprive
- D. Ténésme
- E. Occlusion

Réponses exactes : B, C, D, E

✓ A retenir :

Altération de l'état général rare et tardive, souvent découverte sur anémie ou directement compliqué.

**QCM 3 : Quels sont les examens indispensables dans le bilan du cancer du rectum ?**

- A. Scanner thoraco-abdomino-pelvien
- B. Coloscopie totale
- C. Echo-endoscopie
- D. IRM pelvienne
- E. TDM cérébral

Réponses exactes : A, B, C, D

✓ A retenir :

IRM et écho-endoscopie seulement dans le cancer du rectum, TDM cérébral seulement sur point d'appel clinique

**QCM 4 : Quels sont les éléments de dépistage du cancer du côlon pour le fils d'un patient atteint d'un cancer du côlon à 65 ans ?**

- A. Recherche de sang dans les selles à partir de 50 ans
- B. Coloscopie tous les 5 ans à partir de 50 ans
- C. Coloscopie tous les 2 ans à partir de 65 ans
- D. Coloscopie si sang dans les selles
- E. Toucher rectal à partir de 50 ans

Réponses exactes : A, D, E

✓ A retenir :

Pas d'antécédent familial de cancer du côlon avant 60 ans donc sujet à risque moyen : recherche de sang dans les selles tous les 2 ans plus toucher rectal à partir de 50 ans et coloscopie si recherche positive.

**QCM 5 : Quels sont les traitements possibles d'un cancer du côlon droit avec 2 métastases hépatiques chez un patient de 85 ans ?**

- A. Soins palliatifs car métastatique
- B. Colectomie droite et tumorectomies hépatiques dans le même temps
- C. Colectomie droite et Radiofréquence sur les lésions hépatiques
- D. Colectomie droite et radiochimiothérapie
- E. Chimiothérapie adjuvante

Réponses exactes : B, C, E

✓ A retenir :

Métastases hépatiques résécables, ne condamne pas le patient aux soins palliatifs, résection ou radiofréquence sur métastases hépatiques dans le même temps si possible. Pas de radiothérapie dans le cancer du côlon.

**QCM 6 : Quels sont les traitements possibles d'un cancer du rectum à 6 cm de la marge anale classé T2N+M0 ?**

- A. Amputation abdomino-périnéale
- B. Recto-sigmoïdectomie et anastomose colo-anale
- C. Recto-sigmoïdectomie et anastomose colorectale
- D. Radiothérapie néo-adjuvante
- E. Chimiothérapie néo-adjuvante

Réponses exactes : B, D

✓ A retenir :

Tumeur > 5 cm de la marge anale donc tumeur du moyen rectum, donc pas d'amputation abdomino-périnéale mais recto-sigmoïdectomie avec anastomose colo-anale. Radiothérapie néo-adjuvante car N+.

**QCM 7 : Quels sont les éléments anatomopathologiques de mauvais pronostic ?**

- A. Envahissement ganglionnaire
- B. Marges de résections R0
- C. Envahissement péri-nerveux
- D. Embols vasculaires
- E. Tumeur différenciée

Réponses exactes : A, C, D

✓ A retenir :

Les marges de résection et les tumeurs très différenciés sont des facteurs plutôt de bon pronostic.

**QCM 8 : Quelle(s) est(sont) la(les) structure(s) envahie(nt) par une tumeur du côlon classée T3 ?**

- A. *Lamina propria*
- B. Sous-muqueuse
- C. Musculeuse
- D. Sous-séreuse
- E. Mésorectum

Réponses exactes : A, B, C, D

✓ A retenir :

Le stade TNM est à savoir dans le cancer colorectal.

**QCM 9 : Quelles sont les réponses vraies concernant la polyadénomatozose familiale (PAF) ?**

- A. Transmission autosomique récessif
- B. Traitement curatif par coloprotectomie totale à 15 ans
- C. Risque de cancer 100%
- D. Risque de cancer de l'estomac
- E. Coloscopie de dépistage tous les 2 ans à partir de 10 ans

Réponses exactes : B, C, D, E

✓ A retenir :

Transmission autosomique dominant.

**QCM 10 : Quelles sont les complications post-opératoires à distance d'un cancer du rectum?**

- A. Constipation chronique
- B. Récidive
- C. Troubles sexuels
- D. Impériosité
- E. Fistule anastomotique

Réponses exactes : B, C, D

✓ A retenir :

La fistule anastomotique est une complication en post-opératoire immédiat et pas à distance.

# TUMEURS DU COLON ET DU RECTUM

- Diagnostiquer une tumeur du colon et une tumeur du rectum.
- Planifier le suivi du patient.

<b>Zéros</b>		<b>1. Introduction :</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risque élevé : ATCD personnels et familiaux, MICI, acromégalie</li> <li>- Risque très élevé : HNPCC et PAF</li> <li>- Syndrome rectal : faux besoins, épreintes, ténésme</li> <li>- Rectorragie</li> <li>- Toucher rectal</li> <li>- Coloscopie</li> <li>- Cancer du rectum : écho-endoscopie rectale + IRM pelvienne</li> <li>- Chimiothérapie postopératoire si N<sup>+</sup></li> <li>- K du rectum : radiothérapie néoadjuvante si T<sub>3</sub> et T<sub>4</sub>; exérèse totale du mésorectum</li> <li>- ACE</li> <li>- HNPCC : surveillance gynécologique et FOGD</li> <li>- Pour tout polype à la coloscopie : résection endoscopique et anapath</li> <li>- Dépistage familial</li> </ul>	<b>Epidémiologie</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3<sup>ème</sup> cancer le plus fréquent tous sexes confondus : 36000 nouveaux cas/an</li> <li>- Age moyen au diagnostic : 70 ans ; survie globale à 5 ans : 60%</li> </ul>	
	<b>Facteurs de risque</b>		<b>Risque moyen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Population générale &gt; <b>50 ans</b></li> <li>- <b>Asymptomatique</b> : absence de trouble du transit, méléna...</li> </ul>
			<b>Risque élevé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Antécédents</b> personnels d'adénome ou de cancer colorectal</li> <li>- Antécédents familiaux au premier degré :               <ul style="list-style-type: none"> <li>1 antécédent <b>avant 65 ans</b> d'adénome ou de cancer colorectal</li> <li>≥ 2 antécédents de cancers colorectaux quelque soit l'âge</li> </ul> </li> <li>- <b>MICI</b> : RCH et maladie de Crohn</li> <li>- <b>Acromégalie</b></li> </ul>
			<b>Risque très élevé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sujet de famille atteint de <b>PAF</b></li> <li>- Syndrome <b>HNPCC</b></li> </ul>
			<b>Autres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Tabac et alcool</b></li> <li>- <b>Alimentation</b> riche en protéines, obésité, sédentarité</li> </ul>
	<b>Histologie</b>		<b>Polype</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumeur bénigne épithéliale fréquente : 20% pour les 65-69 ans</li> <li>- <b>Classification de Vienne</b></li> </ul>
			<b>Cancer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Adénocarcinome</b> : lieberkhünien (73%), mucineux (17%)</li> <li>- Autres : lymphomes, carcinome épidermoïde, léiomyosarcome...</li> </ul>
			<b>Extension</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Locorégionale</b> : Extension en profondeur et transversalement</li> <li>- <b>Vasculaire</b> : veineuse, nerveuse et lymphatique</li> <li>- <b>Métastases</b> : <b>hépatiques</b>, pulmonaires, osseuses, cérébrales</li> </ul>
	<b>2. Diagnostic :</b>			
	<b>Anamnèse</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antécédents personnels médico-chirurgicaux et familiaux</li> <li>- <b>Antécédents</b> de polype ou de cancer colorectal</li> <li>- Recherche des <b>facteurs de risque</b></li> <li>- Signes généraux : <b>altération de l'état général</b></li> <li>- Signes fonctionnels : <b>Troubles du transit</b> : Alternance constipation - diarrhée Syndrome de Koenig</li> <li>- <b>Syndrome rectal</b> : ténésme, épreintes, faux besoins</li> <li>- <b>Rectorragies</b> +/- méléna</li> </ul>	
<b>Examen physique</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen général : poids, taille et IMC</li> <li>- Examen abdominal : Palpation : masse abdominale</li> <li>- <b>Toucher rectal</b> : Recherche de sang Masse : taille et distance du sphincter</li> <li>- Extension : <b>Métastases hépatiques</b> : foie dur, bosselé Métastases ganglionnaires : <b>adénopathie de Troisier</b></li> <li>- Complications : Infection : fièvre oscillante, douleur abdominale</li> <li>- <b>Syndrome anémique</b> (anémie par carence martiale)</li> <li>- <b>Occlusion digestive</b> : cf. item 217</li> </ul>		
<b>Paraclinique</b>		<b>Diagnostic positif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Coloscopie totale</b> avec <b>biopsies multiples</b></li> <li>Tumeurs ulcéro-bourgeonnante saignant au contact</li> <li>- Envoi en <b>anato-pathologie</b> : <b>statut MSI et KRAS</b></li> <li>- Colo-TDM en cas de tumeur non franchissable</li> </ul>	
		<b>Extension</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>TDM TAP</b> : métastases hépatiques et pulmonaires</li> <li>- Rectum : <b>IRM pelvienne</b> ou écho-endoscopie</li> <li>- Option : échographie et/ou IRM hépatique</li> </ul>	
		<b>Biologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NFS : anémie par carence martiale</li> <li>- Marqueurs tumoraux : <b>ACE</b></li> </ul>	
		<b>Pré-thérapeutique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etat général et nutritionnel</li> <li>- Bilan d'opérabilité</li> </ul>	
<b>3. Classification TNM :</b>				
<b>Côlon et haut rectum</b>	<b>TNM</b>	<b>Stade</b>	<b>Moyen et bas rectum</b>	
Muqueuse colique	T <sub>is</sub>	<b>Stade 0</b>	Muqueuse rectale	
Sous-muqueuse colique	T <sub>1</sub>	<b>Stade I</b>	Sous-muqueuse rectale	
Musculeuse	T <sub>2</sub>		Musculeuse	
Sous-séreuse	T <sub>3</sub>	<b>Stade IIA</b>	Graisse péri-rectale : mésorectum	
Séreuse/ graisse péri-colique/ Organes de voisinage	T <sub>4</sub>	<b>Stade IIB</b>	Organes pelviens	
1-3 adénopathies	T <sub>1-2</sub> N <sub>1</sub>	<b>Stade IIIA</b>	1-3 adénopathies	
	T <sub>3-4</sub> N <sub>1</sub>	<b>Stade IIIB</b>		
≥ 4 adénopathies	N <sub>2</sub>	<b>Stade IIIC</b>	≥ 4 adénopathies	
Métastases	M <sub>1</sub>	<b>Stade IV</b>	Métastases	

<p>Polypose adénomateuse familiale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gène APC (Kr 5)</li> <li>- Transmission AD, pénétrance quasi-complète</li> <li>- Polypes : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Colorectaux</li> <li>o Duodénaux</li> </ul> </li> <li>- Tumeur desmoïde</li> <li>- Hypertrophie couche pigmentaire de la rétine → FO</li> <li>- Risque de CCR : 100% à 40 ans</li> <li>- Coloscopies annuelles dès la puberté</li> <li>- Coloproctectomie totale dès que les polypes ne sont plus contrôlables</li> </ul> <p>HNPCC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gène MMR : MLH1 et MSH2</li> <li>- Transmission AD</li> <li>- Spectre étroit : cancer du côlon (&gt; 80%) et de l'endomètre (40%), grêle et voies urinaires</li> <li>- Spectre élargi : ovaires, pancréas, cutanée</li> </ul> <p>- Critères d'Amsterdam :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o ≥ 3 cancers du spectre étroit</li> <li>o Lien au 1<sup>er</sup> degré sur 2 générations</li> <li>o 1 cas &lt; 50 ans</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coloscopie annuelle dès 20 ans</li> <li>- Si CCR : colectomie totale</li> <li>- Biopsies annuelles de l'endomètre dès 35 ans</li> <li>- EOGD : tumeurs duodénales</li> </ul>	<b>4. Prise en charge :</b>							
	<b>RCP + consultation d'annonce + programme personnalisé de soins</b>							
	<b>Cancer du côlon</b>	<b>Chirurgie première</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information du patient du risque de stomie postopératoire</li> <li>- <b>Exploration</b> de la cavité abdominale : recherche carcinose ou métastase</li> <li>- <b>Prélèvements</b> des épanchements et des nodules suspects</li> <li>- <b>Ligature première</b> des vaisseaux</li> <li>- Exérèse tumorale : Côlon droit : Colectomie droite Anastomose iléo-colique transverse Transverse : extension colectomie droite ou gauche Côlon gauche et sigmoïde : Colectomie gauche Anastomose colorectale</li> <li>- Curage ganglionnaire : au moins 12 ganglions</li> <li>- Envoi des pièces en anatomo-pathologie</li> </ul>					
		<b>Chimiothérapie adjuvante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indications : <b>Tumeurs stade II si</b> : Tumeur peu différenciée, T<sub>4</sub> Emboles vasculaires, péri-nerveux Occlusion, perforation &lt; 12 ganglions examinés</li> <li style="text-align: center;"><b>Tumeurs stade III et IV</b></li> <li>- Protocole FOLFOX : 5-FU, oxaliplatine, acide folinique ou capécitabine</li> <li>- <b>Forme métastatique</b>: anti-EGFR (<b>Erbix®</b>) si pas de mutation de KRAS</li> </ul>					
		<b>Métastases</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Résecables : Métastases synchrones : chirurgie 2-3 mois après colectomie Métastases métachrones : Chimiothérapie péri-opératoire Exérèse chirurgicale</li> <li>- <b>Non résecables</b> : chimiothérapie palliative</li> </ul>					
		<b>Complications</b>	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Occlusion</b></td> <td>- Prise en charge : cf. item 217</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Infection</b></td> <td>- Antibiothérapie + drainage sous TDM - Non drainable : intervention de Hartmann</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Perforation</b></td> <td>- Colectomie droite ou gauche en urgence - Anastomose en 1 temps ou en 2 temps</td> </tr> </table>	<b>Occlusion</b>	- Prise en charge : cf. item 217	<b>Infection</b>	- Antibiothérapie + drainage sous TDM - Non drainable : intervention de Hartmann	<b>Perforation</b>
	<b>Occlusion</b>	- Prise en charge : cf. item 217						
	<b>Infection</b>	- Antibiothérapie + drainage sous TDM - Non drainable : intervention de Hartmann						
	<b>Perforation</b>	- Colectomie droite ou gauche en urgence - Anastomose en 1 temps ou en 2 temps						
	<b>Cancer du rectum</b>	<b>Haut rectum</b>	- Idem cancer du sigmoïde					
		<b>Moyen et bas rectum</b>	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Stade I</b></td> <td>- Résection trans-ale</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Stade II et III</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Radio-chimiothérapie néo-adjuvante</b></li> <li>- Tumeur située à plus de 1cm de la ligne pectinée : <b>Proctectomie totale</b> et en voie en anapath Exérèse totale du <b>mésorectum</b> Anastomose colorectale basse ou anale</li> <li>- Tumeur située à moins de 1cm de la ligne pectinée : <b>Amputation abdomino-périnéale</b> Colostomie iliaque définitive</li> </ul> </td> </tr> </table>	<b>Stade I</b>	- Résection trans-ale	<b>Stade II et III</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Radio-chimiothérapie néo-adjuvante</b></li> <li>- Tumeur située à plus de 1cm de la ligne pectinée : <b>Proctectomie totale</b> et en voie en anapath Exérèse totale du <b>mésorectum</b> Anastomose colorectale basse ou anale</li> <li>- Tumeur située à moins de 1cm de la ligne pectinée : <b>Amputation abdomino-périnéale</b> Colostomie iliaque définitive</li> </ul>	
		<b>Stade I</b>	- Résection trans-ale					
		<b>Stade II et III</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Radio-chimiothérapie néo-adjuvante</b></li> <li>- Tumeur située à plus de 1cm de la ligne pectinée : <b>Proctectomie totale</b> et en voie en anapath Exérèse totale du <b>mésorectum</b> Anastomose colorectale basse ou anale</li> <li>- Tumeur située à moins de 1cm de la ligne pectinée : <b>Amputation abdomino-périnéale</b> Colostomie iliaque définitive</li> </ul>					
	<b>Complications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séquelles sexuelles : dysfonction érectile</li> <li>- Cystite et entérite radiques</li> <li>- Troubles du transit avec accident d'incontinence</li> </ul>						
	<b>Mesures associées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pose d'une <b>chambre implantable</b></li> <li>- <b>Soutien psychologique</b> et prise en charge à 100%</li> <li>- Education : entretien de la stomie avec infirmier entéro-stomathérapeute</li> <li>- <b>Dépistage familial +/- consultation d'oncogénétique</b></li> </ul>						
<b>Surveillance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Clinique</b> : <b>Interrogatoire et examen clinique avec toucher rectal</b> Recherche : Signes d'appel de <b>récidive</b> et de second cancer</li> <li style="text-align: center;"><b>Complications des traitements</b></li> <li style="text-align: center;"><b>Fréquence</b> : Tous les 3 mois pendant 3 ans Tous les 6 mois pendant 2 ans Annuelle à vie</li> <li>- Dosage <b>ACE</b> à chaque consultation</li> <li>- <b>TDM TAP</b> tous les 3/6 mois pendant 2 ans puis annuel pendant 3 ans</li> <li>- <b>Coloscopie</b> : A 6 mois si coloscopie initiale de incomplète Côlon : à 3 ans puis tous les 5 ans Rectum : à 1 an puis tous les 5 ans</li> <li>- <b>IRM et PET-scan</b> sur point d'appel clinique ou élévation de l'ACE</li> </ul>							
<b>Polypes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tout polype doit être réséqué avec analyse anatomopathologique</li> <li>- Surveillance : coloscopie à 3 ans puis tous les 5 ans</li> </ul>							
<b>5. Dépistage :</b>								
<b>Très élevé</b>	- <b>Coloscopies annuelles</b> dès la puberté							
<b>Risque élevé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MICI : coloscopie à partir de <b>8 ans d'évolution</b></li> <li>- Antécédent familial de cancer : <b>coloscopie à 45 ans</b> ou 5 ans avant la maladie</li> <li>- Antécédent familial + polype : coloscopie à <b>3 ans</b> puis tous les <b>5 ans</b></li> </ul>							
<b>Risque moyen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toucher rectal annuel après 50 ans</li> <li>- Recherche de sang occulte dans les selles : <b>Test immunologique</b> Tous les 2 ans de <b>50 à 74 ans</b> <b>Coloscopie si test positif</b></li> </ul>							
<p><b>Marges d'exérèse</b></p> <p>Côlon :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5cm chaque côté</li> </ul> <p>Rectum :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5cm au dessus</li> <li>- Au moins 1 cm en dessous</li> </ul>								