

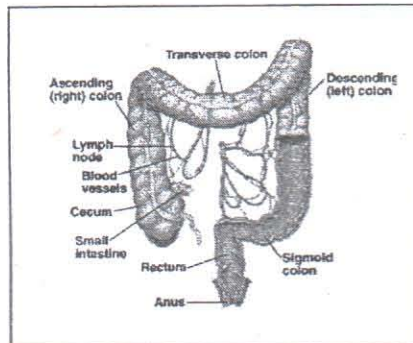
Cancer du rectum

I. Introduction

- Le cancer du rectum est le plus fréquent des cancers digestifs, on compte 15000 nouveaux cas par an en Algérie.
- Il s'agit d'un adénocarcinome dans 95% des cas, développé aux dépens de la muqueuse rectale.
- Le diagnostic repose sur le toucher rectal, la rectoscopie ; les biopsies.
- La gravité tient à une mortalité élevée vue la fréquence des formes métastatiques et les récurrences locales.
- La prise en charge est multidisciplinaire repose sur la résection chirurgicale souvent associée à une radiothérapie pré opératoire et à une chimiothérapie soit préopératoire concomitante à l'irradiation, soit post opératoire.

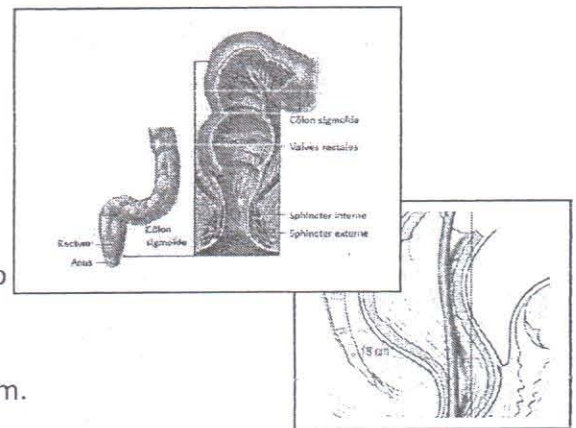
II. Rappel anatomique

- Le rectum, segment terminal du tube digestif, fait suite au colon sigmoïde au niveau de la troisième vertèbre sacrée et se termine à la ligne anocutanée ou marge anale.



- Il comporte deux parties totalement différentes:

- **Rectum pelvien** : ampoule rectale, mesure 12 à 15 cm, dérivé de l'intestin primitif ayant un méso dorsal (mésorectum).



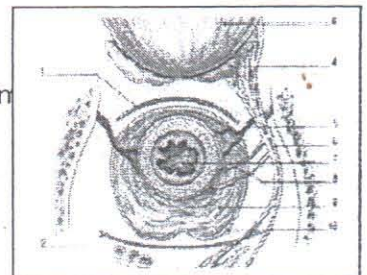
- **Rectum périnéal** : ou canal anal, qui mesure 3-4 cm.

- Diamètre variable, étroit au niveau de sa jonction avec le côlon sigmoïde, plus large ensuite
- En avant du plan osseux constitué par le sacrum et le coccyx
- En arrière de l'appareil uro-génital (vessie, prostate chez l'homme, et vagin et utérus chez la femme).

Mésorectum :

- Le tissu cellulo-graisseux, entoure les faces latérales et postérieures du rectum
- Le mésorectum contient : vaisseaux et lymphatiques péri-rectaux.

1-Aponévrose de Denonvilliers. 2-fascia pariétal. 3-vessie. 4-vésicule séminale. 5-artère rectale moyenne. 6-plexus pelvien latéral. 7-rectum. 8-branches nerveuses à destinée rectale. 9-mésorectum. 10-feuille viscéral.



III. Physiologie

Le rectum et le canal anal sont responsables du stockage et l'évacuation contrôlée de matières fécales par des mécanismes sophistiqués du sphincter neuromusculaires.

IV. Epidémiologie

- ✚ Sex-ratio H > F = 1,5.
- ✚ Age : il s'agit essentiellement d'un cancer de l'âge mûr, près de 85 % des cas survenant après 65 ans.
- ✚ Incidence : KC du rectum = 40 % des KC colorectaux et 6% de tous les cancers.
IL croit avec l'âge, faible avant 30 ans, double chaque décennie à partir de l'âge de 40 ans.
- ✚ Facteurs de risque environnementaux :
 - Toxiques : alcool, tabac.
 - Nutritionnels : thé, café, viande rouge, graisse.
- ✚ Affections prédisposantes :
 - formes familiales ≈ 30 % : PAF – Σd de Lynch
 - ✓ **Polypose adénomateuse familiale**: héréditaire, autosomique dominante ⇨ multiples adénomes colorectaux dès l'enfance ⇨ **Cancérisation**
Dc: enquête familiale + recherche de la mutation des gène et des manifestations extra coliques- adénome. duodéнал.-anomalies dentaires
Trt: coloprotectomie totale prophylactique + anasto. iléo anale.
 - ✓ **Syndrome de Lynch** : autre forme héréditaire de Kc colorectal par mutation d'un gène réparateur de l'ADN. Se traduit par la précocité de survenue du Kc colorectal et d'un risque élevé de Kc associés : estomac, voies biliaires, ovaires, endomètre.
Dc : enquête familiale, génétique et analyse moléculaire T.
CAT : surveillance endos. / An. Chirurgie si Kc diagnostiqué.
 - Autres formes héréditaires: 25%
 - ✚ Sd.de Gardner : polyadénomatoze famil. + Tum os, conjonct.
 - ✚ Sd de Peutz-Jeghers: Polypose diffuse du tube digestif
 - ✚ Polypose juvénile: 7/15ans. Touche le cadre colique ⇨ Kc.
Filiation adénome/cancer :18% polype adén./hyperplasique
Maladies inflam: R.C.H - CROHN ds 3/5% si évolution >10ans.

Répartition géographique :

Fréquent dans les pays industrialisés (Amérique du nord, Europe de l'ouest).
Faible fréquence dans les pays sous-développés (Afrique, Asie et Amérique du sud).
Ce qui suggère l'existence de facteurs favorisants propres à ces pays.
En Algérie, sa fréquence est en constante augmentation et se place actuellement à la tête des cancers digestifs.

V. Anatomopathologie

1. Microscopie :

Types histologiques

Adénocarcinomes → 90 % des cancers colorectaux,

Rarement, il peut s'agir de tumeurs endocrines, stromales, sarcomes ou de lymphomes.

2. Macroscopie : Souvent, il s'agit d'une tumeur ulcéro-bourgeonnante

- ✓ **Formes végétantes ou bourgeonnantes** : souvent nécrosées et infectées à développement endo-luminal, font saillie dans la lumière et sont rarement infiltrantes.
- ✓ **Formes ulcérées pures** : elles sont exceptionnelles
- ✓ **Formes infiltrantes** : Infiltrantes et sténosantes, épaississant et rigidifiant la paroi rectale.

3. Extension :

- ❖ **Locale** : vers les ≠ couches de la paroi rectale et de façon circonférentielle (sténose).
- ❖ **Locorégionale** : vers les organes de voisinage, sacrum en AR filière uro-génitale en AV, graisse périrectale, uretères et muscles releveurs. longitudinale se voit dans 10%.
En hauteur, se fait dans la sous-muqueuse dépasse rarement 1 cm. Une marge de sécurité de 4 à 5 cm est en principe suffisante
- ❖ **Lymphatique** : de proche en proche, au niveau du mésorectum puis dans différents relais ganglionnaires de AMI.
La classification TNM recommande d'examiner au minimum 12 ganglions pour un staging adéquat
L'exérèse complète du mésorectum est nécessaire dans les Kc du bas rectum.
- ❖ **Métastatique** par voie portale, péritonéale (carcinose) et systémique. Les métastases hépatiques synchrones peuvent se voir dans 10 à 25% des cas. Pulmonaires synchrones sont observées dans 1 %. Cérébrales et osseuses sont exceptionnelles.

L'examen ana-path de la pièce d'exérèse rectale permet de classer la tumeur selon le stade pTNM avec étude d'au moins 12 ggs.

VI. Clinique

- 1) **Circonstances de découverte**: variées. Les symptômes souvent négligés ou banalisés par le malade retardent le diagnostic.
- **Signes fonctionnels**
 - **Rectorragies minimes et isolées** signe fréquent, TR ++ et rectoscopie.
 - **Troubles du transit** : diarrhée / constipation ou alternance.
 - **Syndrome rectal** : ++
 - **Epreintes** : douleurs abdominale type colique avec contraction douloureuse et répétitive.
 - **Ténesmes**: tension douloureuse et inefficace qui accompagne des efforts de défécation.
 - **Faux besoins** : Envie impérieuse de déféquer mais en vain.
 - **Écoulements glaireux**
 - **Douleurs périnéales/pelviennes**
- **Signes généraux**
 - ✓ **Anémie** : en cas de saignement occulte avec pâleur, ferriprive.
 - ✓ **Altération de l'état général** : amaigrissement, anorexie, fièvre au long cours
 - ✓ **Hépatomégalie** : avec hépatalgie, ictère ou ascite évoque des métastases hépatiques.
 - ✓ **Adénopathie de Troisier** : doit être recherchée
 - ✓ **Ascite ou masses abdominales** : peuvent révéler une carcinose péritonéale
 - ✓ Enfin, Les touchers pelviens pour mettre en évidence une tumeur prolabée dans le cul-de-sac de Douglas, ou des nodules de carcinose péritonéale ou tumeur du bas rectum associée.

2) L'examen clinique :

A. Toucher rectal : après examen de la marge anale et du périnée,

- C'est l'examen essentiel, réalisé après avoir demandé au malade de vider le rectum et doit être fait en position de Décubitus Dorsal et en genu-pectoral en faisant pousser le patient.
- L'ampoule rectale étant vide, on peut ainsi explorer le bas et le moyen rectum (8/9 cm).
- Permet de situer le pôle inférieur de la tumeur par rapport à la marge anale, d'apprécier la **fixité** de la tumeur et donc son **extirpabilité**, d'apprécier l'**extension** circonférentielle.
- Le siège antérieur, postérieur, latéral sur le rectum.
- Son type ulcéré, infiltrant, bourgeonnant.
- La distance pôle<T/plan des releveurs; mobilité /plans profonds
- TR+TV, la présence de nodules de carcinose dans le Douglas.
- Le TR normal ne permet pas d'éliminer une tumeur du rectum (petite tumeur ou tumeur haut située).

Ces données irremplaçables évaluent les possibilités de Résection / fixité de la T. et les possibilités de conservation sphinctérienne : pôle < T / bord > de l'appareil sphinctérien.

B. Rectoscopie : Indispensable au diagnostic, elle permet

- De visualiser la lésion, et de pratiquer des biopsies.
- De préciser le siège de celle-ci par rapport à la marge anale.
- De faire biopsies pour le diagnostic histologique.
- Colonoscopie : doit être systématiquement demandée à la recherche d'une seconde tumeur colique. En cas de tumeur sténosante, elle sera réalisée après l'intervention (3 mois après)

C. Bilan d'extension :

➤ Extension-locoregionale

a / Echoendoscopie ou échographie endorectale:

Évalue l'envahissement pariétal. $S=90\%$. $Sp=100\%$
visualise les ADP péirectales si > 5-10mm.

b / IRM: examen de référence .La taille tumorale, précise les rapports de la tumeur avec les organes de voisinage et l'infiltration lymphatique notamment le mésorectum.
La base de l'indication d'un traitement préop Rx /Chimio.

c / TDM abdomino-pelvienne : Permet de préciser l'extension au-delà de la paroi rectale, métastases, ADP.

➤ L'extension à distance est appréciée par :

- a) L'examen clinique / Troisième, ascite, nodules péritonéaux.
- b) L'échographie abdomino-pelvienne : recherche les métastases hépatiques, peut déceler des métastases péritonéales, ovariennes ou ganglionnaires rétro-péritonéales. Plus performante en peropératoire pour la détection des métastases hépatiques.
- c) Un scanner T A P / systématiquement demandée, c'est l'examen de référence en préopératoire recherche les méta hépatiques, leurs nombre, siège et taille ; des métastases surrenaliennes, ovariennes et péritonéales ; des méta pulmonaires.
- d) Une coloscopie totale / Kc synchrones, polypes (10 %).
- e) Rx thoracique.

Bilan biologique

Marqueurs tumoraux : ACE et CA 19-9 intérêt réside essentiellement dans la surveillance des patients opérés

VII. Diagnostic différentiel

Rectorragies: Hémorroïdes +++, Polypes, RCH → TR / rectoscopie

Lésions atypiques : Lésions post-radiques, Ulcère solitaire du rectum, rectites (ATCD+biopsies).

VIII. Formes cliniques

1- Formes topographiques :

- Tumeurs de la jonction rectosigmoïdienne
- Tumeurs de l'ampoule rectale
- Tumeurs rectales basses

2- Formes selon terrain :

- Kc de la femme : TR et TV. Extension ant. Vers la cloison recto-vaginale, paroi post du vagin.
- Kc sur lésions pré-existantes : polypes.

IX. Traitement

A- But

- Exérèse de la tumeur avec ses relais ganglionnaires.
- Rétablir la continuité digestive.
- Etablir une stratégie thérapeutique visant à prendre en charge les formes métastatiques.
- Lever l'obstacle en cas d'impossibilité de résection
- Assurer aux patients une qualité de survie.

B- Principes du traitement chirurgical en situation élective

- ✚ Assurer une marge distale d'au moins 2 cm sur la paroi rectale et au moins 5 cm pour le mésorectum.
- ✚ Ligature à leur origine des vx attenants à la tumeur
- ✚ Exérèse totale du mésorectum.
- ✚ Curage ganglionnaire qui doit ramener un minimum de 12 ganglions selon l'UICC pour une évaluation optimale du statut ganglionnaire.

C- Bilan d'opérabilité

➤ Préparation du malade :

- **Examen clinique :** évaluation de la fonction respiratoire, cardio circulatoire, l'état nutritionnel, déceler et équilibrer des tares surtout chez les sujets âgés
- **Bilan biologique** hémogramme, un bilan pré transfusionnel, un bilan de coagulation, un ionogramme plasmatique, une fonction rénale, une glycémie)
- Adapter la technique anesthésique et évaluer le risque opératoire au mieux par le score de "l'American Society of Anesthésiologistes" classifie le statut physique des patients et est corrélé à la mortalité péri-opératoire

➤ Préparation mécanique colique :

Un colon propre, plat et vide permet le rétablissement immédiat en toute sécurité

Régime sans fibres pendant une semaine alimentation liquide stricte durant les dernières 36h

Laxatif osmotique 48h avant l'intervention

Lavement à la polyvidone iodée la veille de l'intervention

D- Voies d'abord

Laparotomie : exploration complète de la cavité abdominale. Médiane +++ , Transversale

Chirurgie laparoscopique : de plus en plus pratiquée

E- Méthode

Fait appel à ≠ modalités TTT : Chirurgie - Radiothérapie - Chimiothérapie

Réunion de concertation pluridisciplinaire obligatoire

➤ **Chirurgie** : deux types d'exérèses radicales : mutilantes - conservatrices

❖ **Mutilantes**: L'amputation **abdomino-périnéale**:

Exérèse totale du rectum, mésoectum, releveurs de l'anus de l'appareil sphinctérien et du canal anal / double voie d'abord et colostomie iliaque gauche définitive, si T du bas rectum juxta sphincter.

❖ **Conservatrices**:

a) **La résection antérieure**:

Par voie abdominale pure, destinée aux tumeurs hautes à 10-15cm de la marge anale.
Anastomose colo rectale.

b) **Résection avec anastomose colo-anale**:

S'adresse aux tumeurs du moyen rectum et de la partie sup. du bas rectum

c) **Interventions palliatives**:

L'opération de HARTMAN: c'est une résection sans rétablissement de la continuité digestive.

Indiquée en urgence / occlusion , perforation.T

Les colostomies isolées : malades inopérables , cancers inextirpables.

d) **Autres méthodes palliatives**: Endoprothèses - destruction au laser ...

➤ **Radiothérapie**:

Réduit le volume tumoral, stérilise les ganglions, diminue le taux de récurrences loco-régionales, est réalisée en pré ou en post-opératoire.

➤ **Chimiothérapie**:

Diminue le taux de récurrences métastatiques.

L'adjonction d'agents cytotoxiques plus récents- irinotécan- donne une bonne réponse tumorale et une médiane de survie à 20 mois.

50-60%

L'association de thérapies ciblées -cétuximab/bévacizumab – bons résultats avec un taux de réponse de 70% et une médiane de survie de 24 à 30 mois

F- Surveillance :

- **Objectifs** : rechercher une récurrence locale ou métastatique et dépister une lésion colique métachrone.
- **Surveillance** : examen clinique + écho/scan tous les 4 mois pdt 2 ans puis tous les 6 mois jusqu'à 5 ans. radio ou scanner du thorax annuel, coloscopie dans l'année qui suit l'intervention /récurrences.

G- Conclusion

Le cancer du rectum compte parmi les plus fréquents en.

Son Dc repose sur le TR complété par la rectoscopie

Un bilan pré thérapeutique est indispensable.

Le traitement chirurgie, RxT et chimioT. Et doit être discuté en RCP.

L'exérèse chirurgicale carcinologique du rectum et du mésoectum +++ permet la préservation de l'appareil sphinctérien dans plus de 80 % des cas avec un taux de survie à 10 ans entre 60 et 70 % en France.