**Module gastroentérologie 2016 - 2017**

**Cancers du rectum**

**I- Définition-généralités :**

Ce sont toutes les tumeurs malignes siégeant sur la portion allant de la jonction recto sigmoïdienne au bord supérieur des releveurs de l’anus.

Ces cancers tiennent leur intérêt de :

Leur fréquence

De leur découverte encore bien souvent tardive malgré leur accessibilité au toucher rectal et à l’endoscopie.

Leur traitement essentiellement chirurgical dominé par le problème de la conservation de la fonction sphinctérienne.

Leur pronostic qui sous réserve d’un diagnostic précoce bénéficie actuellement de large possibilité thérapeutique.

Leur prévention qui passe par le dépistage de certains facteurs prédisposant et en particulier le polype adénomateux.

**II- Épidémiologie**

**1-Fréquence :**

**En France** Le plus fréquent des cancers digestifs (25%)

6% de tous les cancers.

40% des cancers colorectaux

Incidence:15000 nouveaux cas /an avec une incidence qui se stabilise par rapport à celle des cancers coliques qui augmente.

**En Algérie** Incidence: 7,8/100000 habitants (les 2 sexes).

Premier rang des cancers digestifs.

Chez la femme: 3e cancer après celui du sein et du col.

Chez l’homme: 2e après le cancer du poumon.

**2-Age et sexe :**

Ce cancer survient à tous les âges mais surtout entre 40 et 60 ans

Il est deux fois plus fréquent chez l’homme que chez la femme

**3-Les facteurs de risque :**

Il est fondamental d'identifier les patients présentant un risque élevé de cancer rectal, afin de poser l'indication d'une coloscopie ou d'une rectosigmoïdoscopie.

 **a- Facteurs environnementaux :**

 Rôle favorisant des graisses et des viandes animales (protecteur des fibres végétales) dans la cancérogenèse en augmentant le taux des acides biliaires dans les selles.

 L’exposition professionnelle à l'amiante, aux acrylonitrites.

 Géographiques : Plus grande fréquence dans les pays industrialisés : Amérique du nord, Europe de l’ouest, avec faible fréquence dans les pays sous-développés : Afrique, Asie et Amérique du sud.

 **b- Lésions inflammatoires chroniques :**

Rectocolite ulcéro-hémorragique: Le taux de cancérisation atteindrait 20 à 30% après 20 ans d’évolution de la maladie.

 **c- Certaines tumeurs bénignes :**

* Polypes adénomateux : (à différencier des polypes juvéniles et des polypes hyperplasiques) qui sont de véritable état précancéreux.

Le risque de dégénérescence est fonction :

1. Du type histologique : Plus grand pour l’adénome villeux que pour l’adénome tubuleux.

2. Du degré de dysplasie.

3. De la taille : 50% des cas d’adénome> 20mm.

4. De la durée de l’évolution.

* Les polyposes adénomateuses familiales :

 Le plus souvent héréditaires à transmission autosomale dominante qui dégénèrent inéluctablement avant la trentaine, caractérisées par de multiples adénomes diffus dans le côlon et le rectum apparaissant à la puberté généralement asymptomatique

 **d- Prédisposition génétique :**

Le cancer colorectal héréditaire en **dehors de la polypose** a été défini par Lynch.

Le syndrome de Lynch ou **HNPCC (**hereditary non-polyposis colorectal cancers), est défini par les critères d’Amsterdam :

3 sujets atteints de CCR ou de cancer du spectre HNPCC dont 2 parents au 1er degré.

Deux générations successives concernées.

Diagnostic avant 50 ans chez un des patients.

Il se caractérise par les antécédents familiaux de cancer colorectal, l’âge moyen de survenue du premier cancer de 45 ans, l’association à d’autres localisations colo-rectales synchrones ( 18% ) ou métachrones (25%).

Le gène responsable de la maladie a été identifié, il siège sur le chromosome 5.

L’ensemble de ces données aboutit à l’identification de sujets à risque présentant les critères suivants :

- hommes de plus de 50 ans

- porteurs d’adénome de diamètre > 15 mm

- sujets déjà traités pour cancer ou adénome colorectal

- antécédents familiaux de cancer colorectal

- adénomatose recto-colique familiale

- patients atteints de RCH.

Le risque est considéré comme très élevé chez les patients ayant des antécédents familiaux de polypose adénomateuse familiale ou de syndrome de Lynch.

**III- Anatomie pathologique**

**1- Topographie :**

**En hauteur** bas rectum : 0 à 5 cm du bord supérieur du sphincter (30%).

Moyen rectum : 5 à 10 cm du bord supérieur du sphincter (45%).

Haut rectum : 10 à 15 cm du bord supérieur du sphincter (25%).

**En circonférence** Plus souvent antérieur et postérieur que latéral.

**2- Macroscopie :**

- les **formes végétantes** (35 %) sont des masses exophytiques largement implantées.

- les **formes ulcérovégétantes** (30 %).

- les **formes ulcéro-infiltrantes** (35 %) réalisent une ulcération limitée par un bourrelet d'extension, circulaire. Les deux bourrelets d'extension latéraux peuvent se rejoindre, se souder pour constituer une virole et donner un rétrécissement serré.

- Les **cancers infiltrants** sont rares (1 %).

**3- Microscopie :**

**L’adénocarcinome**, à point de départ glandulaire est la forme histologique la + fréquente (90% des cas).

Il peut être bien différencié : 75 % des cas, moyennement différencié : 10 à 20 %, peu différencié : 5 %, mucoïde ou colloïde, ou constitué par des cellules indépendantes, en bague à chaton, réalisant une linite rectale.

**L’épithélioma malpighien** est à point de départ anal

**Les sarcomes** sont rares : léiomyosarcomes, mélanosarcomes, tumeurs carcinoïdes.

Ils se développent à partir de la sous-muqueuse ou de la musculeuse.

**4- Extension tumorale**

 **a- Extension locale :**

Horizontale: elle se fait en profondeur à travers la paroi rectale : la musculeuse est envahie, puis la graisse péri rectale puis les organes de voisinage.

Verticale: plus importante vers le haut que vers le bas

L’envahissement histologique dépasse peu (autour de 2 cm), l’extension verticale apparente de la tumeur.

 **b- Extension extra pariétal ou locorégionale :**

Se faisant par contiguïté et par propagation lymphatique.

* Latéralement : Vers la graisse périrectale, les ailerons rectaux et les releveurs et fosses ischiorectales.
* En arrière : Vers le tissu celluleux retrorectal et le sacrum mais l’envahissement osseux est tardif retardé par la présence de la lame hypogastrique et de l’aponévrose présacrée.
* En avant : Vers les organes génito-urinaires
* Chez l’homme l’aponévrose de Denonvillier réalise une barrière toujours plus importante que la cloison rectovaginale chez la femme.

 **c- Extension lymphatique :**

Elle est précoce et se fait par voie ascendante avec un envahissement ganglionnaire de proche en proche relais par relais.

 **d- Extension veineuse :**

Le chorion étant vascularisé, dès qu'une lésion l‘envahit, le risque d'invasion vasculaire existe.

Cependant. La présence d'emboles tumoraux dans la lumière des veines expose au risque métastatique.

 **e- Extension métastatique :**

Elle est d'abord hépatique du fait du retour veineux portal, Elle peut être ensuite pulmonaire, osseuse.

**5- Classification :** *Classification TNM (UICC* 7éme édition 2009*)*

***Tumeur primitive(T)***

TX Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive

T0 Pas de signe de tumeur primitive

Tis Carcinome in situ : intra-épithélial ou envahissant la lamina propria

T1 Tumeur envahissant la sous-muqueuse

T2 Tumeur envahissant la musculeuse

T3 Tumeur envahissant la sous-séreuse ou les tissus péri-rectaux non péritonisés

T4 Tumeur envahissant directement les autres organes ou structures et/ou perforant le péritoine viscéral

T4a Tumeur perforant le péritoine viscéral

T4b Tumeur envahissant directement les autres organes ou structures2-3

***Ganglions régionaux (N)***

NX Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies régionales

N0 Pas de métastase ganglionnaire régionale

N1 Métastase dans 1 à 3 ganglions lymphatiques régionaux

N1a Métastases dans 1 ganglion lymphatique régional

N1b Métastases dans 2-3 ganglions lymphatiques régionaux

N1c Nodule(s) tumoral, satellite(s) dans la sous-séreuse, ou dans les tissus non-péritonisés péri-coliques ou péri-rectaux sans métastase ganglionnaire régionale

N2 Métastase dans ≥ 4 ganglions lymphatiques régionaux

N2a Métastase dans 4-6 ganglions lymphatiques régionaux

N2b Métastase dans ≥ 7 ganglions lymphatiques régionaux.

***Métastases (M)***

 M0 : pas de métastase

 M1 : présence de métastase(s) à distance

M1a Métastase localisée à un seul organe (foie, poumon, ovaire, ganglion(s) lymphatique(s) autre que régional)

M1b Métastases dans plusieurs organes ou dans le péritoine.

***Avec la classification TNM, on utilise habituellement un regroupement en stades :***

Stade 0 Tis N0 M0

Stade I T1, T2 N0 M0

Stade II T3, T4 N0 M0

Stade IIA T3 N0 M0

Stade IIB T4a N0 M0

Stade IIC T4b N0 M0

Stade III tous T N1, N2 M0

Stade IIIA T1, T2 N1 M0

T1 N2a M0

Stade IIIB T3, T4a N1 M0

T2, T3 N2a M0

T1, T2 N2b M0

Stade IIIC T4a N2a M0

T3, T4a N2b M0

T4b N1, N2 M0

Stade IVA tous T tous N M1a - Stade IVB tous T tous N M1b.

**IV- Étude clinique**

**1- Circonstances de découverte :**

Les cancers à expression clinique peuvent se traduire par différents signes fonctionnels

Rectorragies dans 70 % des cas

Elles sont isolés sans spécificité et doivent faire évoquer le diagnostic d’emblée.

Parfois c’est des hémorragies occultes révélées par l’hémoculture.

Les troubles du transit à type de faux besoins ,de sensation de plénitude rectale ,d’épreintes et de ténesme constituant un *syndrome rectal* qui s’observe essentiellement dans les tumeurs bas situées.

Les tumeurs hautes peuvent se révéler par une alternance diarrhée constipation.

Une occlusion intestinale basse avec arrêt précoce des matières et des gaz et des vomissements tardifs.

Hématurie ou fécalurie et pneumaturie évocatrices d’une fistule rectovésicale

Métrorragies ou écoulement vaginal fécaloide traduisant une fistule rectovaginale.

Altération de l’état général, asthénie ou des douleurs pelviennes.

L’interrogatoire**,** cherche des antécédents familiaux pouvant évoquer un syndrome de Lynch.

**2- Examen physique :**

L’examen clinique est basé sur le toucher rectal.

Après inspection du périnée, il est effectué sur le patient en décubitus dorsal puis en position genu-pectorale, et permet d’explorer toutes les faces du rectum sur une hauteur de 8 à 10 cm.

Le TR permet d’apprécier la taille de la tumeur, son siège par rapport aux parois rectales et par rapport à la marge anale et surtout par rapport au bord supérieur du sphincter, son caractère mobile ou fixé par rapport aux parois pelviennes et aux structures pelviennes antérieures

Ce TR permet d’explorer le CDS de Douglas découvrant parfois un nodule témoin d’une carcinose péritonéale.

Il sera compléter chez la femme par un TV appréciant la cloison recto-vaginale, chez l’homme il peut découvrir un adénome de prostate associé

En dehors des complications occlusives, l’examen de l’abdomen ne permet pas de retrouver de signe spécifique.

La découverte d’une hépatomégalie irrégulière est évocatrice de métastases hépatiques.

+ La palpation des creux inguinaux, recherche des adénopathies.

**3- Les examens complémentaires:**

**La rectoscopie** par rectoscope rigide, précédée d'une anuscopie.

**La recto-sigmoïdoscopie** par endoscope souple.

Elles permettent de visualiser la tumeur dont l’aspect macroscopique peut évoquer d’emblée le diagnostic : lésion dure, irrégulière, bourgeonnante, hémorragique.

De faire des biopsies.

**La biopsie**

Permet le diagnostic de cancer, précise son type histologique.

son degrés de différenciation (bien, moyennement ou peu différencié).

Doit être périphérique et superficielle en évitant la profondeur sous peine de perforation

Si la biopsie est négative, les prélèvements devront être répétés

**Le lavement opaque**

Peut montrer les tumeurs non accessibles au toucher rectal.

Il est nécessaire d'effectuer des clichés de profil du rectum.

Son intérêt est limité, il garde quelques indications en cas d’occlusion basse.

La tumeur se présente comme une sténose irrégulière, excentrée, avec perte du liseré de sécurité, ou comme une lacune intra-rectale.

**V- Bilan d’extension**

**1- Extension locorégionale :**

* Le toucher rectal : il évalue :

la distance de la tumeur par rapport à la marge anale et à la sangle pubo-rectale ;

l’extension circonférentielle.

* L'écho endoscopie rectale :

Est le meilleur examen.

Permet un bilan d’extension précis de l’extension en profondeur.

Permet de mesurer la distance entre le pole inférieur de l’infiltration tumorale et le plan du plancher pelvien.

Elle utilise une classification uTN dérivée du TNM (uT1: muqueuse et sous muqueuse, uT2 : musculeuse, uT3 : graisse péri rectale, uT4 : organe de voisinage).

Elle apprécie avec plus de sécurité l'envahissement à travers la paroi rectale (87%) que l'envahissement des ganglions du méso rectum (76%)

* Scanner hélicoïdal abdomino pelvien:

Sa sensibilité est inférieure à celle de l’écho endoscopie, Apprécie l’extension tumorale vers la graisse péri rectale, Peut renseigner sur l’existence d’adénopathies.

Ainsi que l’extension aux organes de voisinage.

* L’imagerie par résonance magnétique (IRM) : Faite en cas de grosse tumeur suspectée d’être T3 ou T4 et dont la résécabilité R0 n’est pas certaine à l’issue des explorations précédentes.

Elle montre le fascia recti et mesure la distance entre la marge latérale de la tumeur ou d’un ganglion et ce fascia.

Si la plus petite distance est < 1 mm, la résection chirurgicale risque de rester incomplète.

* La coloscopie totale :

Nécessaire afin de vérifier l’absence de cancer colique synchrone ou d'adénomes.

**2- Extension à distance :**

Interrogatoire et examen physique : Recherche d’une douleur lombosacrée, Une hépatomégalie; Une ascite; Une adénopathie inguinale ou sus claviculaire gauche de Troisier.

TDM thoraco abdominale : Systématique, Recherche des métastases hépatiques et pulmonaires

Echographie abdominale et radiographie de thorax : Si le scanner thoraco-abdominal est difficilement accessible.

La tomographie par émission de positons : En cas de récidive tumorale ou de doute sur la nature métastatique d’une lésion.

**VI- Diagnostic différentiel**

Tumeurs villeuses rectales : tumeurs bénignes à potentiel évolutif malin,

Adénomes rectaux

Ulcère solitaire du rectum, superficiel, à fond grisâtre et bords irréguliers.

Maladie de Crohn

Ulcération vénérienne

Sténoses post-radique, ischémique

Envahissement par des lésions de voisinage : Cancer de prostate, Cancer de l’utérus.

**VII- Traitement :**

Il est essentiellement chirurgical

Son but est de : Guérir le malade par exérèse totale du tissu néoplasique et cellulo-ganglionnaire

Éviter les récidives.

Conserver si possible la fonction sphinctérienne.

Améliorer la survie et le confort du malade.

**1- Le bilan d’opérabilité compte :**

- L’âge, Le sexe et la morphologie du patient, le score ASA et la fonction sphinctérienne ano-rectale.

**2- Règles d’exérèse carcinologique du cancer du rectum :**

Avant l’exérèse, une exploration complète de la cavité péritonéale avec biopsie de toute lésion suspecte.

* Le curage ganglionnaire par ligature de l’artère mésentérique inférieure
* L’exérèse du méso rectum: exérèse circonférentielle, qui passe dans le plan avasculaire, située entre le fascia pariétal qui recouvre les parois du petit bassin et le fascia viscéral « fascia récti », qui enveloppe le méso rectum.
* Marge de sécurité : une marge pariétale distale sous tumoral de 5 cm (voir 2cm pour les lésions du moyen rectum).

 En amont ; elle correspond au sommet de la boucle sigmoïdienne

 Mais, pour des lésions très bas situées, où peut se discuter un sacrifice sphinctérien, une marge de sécurité digestive de 1 cm est suffisante.

 La marge circonférentielle est de > 2 mm (R0).

**3- Les méthodes chirurgicales**

**L’amputation abdomino-périnéale :** emporte la totalité du rectum, l’atmosphère cellulo-lymphatique péri-rectale, les muscles releveurs de l’anus, l’anus et son appareil sphinctérien avec

confection d’une colostomie terminale iliaque gauche.

**L’intervention de Hartmann :** Résection sans rétablissement de la continuité, Se termine par une colostomie proximale, Le moignon rectale est suturé et abandonné dans le pelvis.

**Résection antérieure :** Emporte tout le rectum supra tumoral et le rectum sain infra tumoral sur une longueur d’au moins 2 cm. La continuité digestive est rétablie par une anastomose colorectale termino- terminale ou termino- latérale.

**Chirurgie palliative**: Les colostomies, Exérèse de propreté.

**4- Radiothérapie :**

Elle peut être

Exclusive, la dose délivrée atteignant 50 Grays. à visée palliative si tumeurs inopérables ou inextirpables

Ou associée à la chirurgie : En préopératoire : Permet Une diminution du volume de la tumeur avant la chirurgie, Une réduction de la dissémination lymphoganglionnaire et Une réduction des récidives locorégionales.

En postopératoire : Indiquée si l’exérèse chirurgicale est carcinologiquement incomplète.

Réduit les récidives locales.

**5- Chimiothérapie**

**Chimiothérapie adjuvante (postopératoire) :** Sa durée est habituellement de six mois.

**Chimiothérapie palliative du cancer colorectal :** La chimiothérapie retarde l'apparition des symptômes et améliore la survie.

**6- Radio chimiothérapie**

**Radio chimiothérapie préopératoire :** Elle s'applique aux tumeurs inextirpables d'emblée.

 **Radio chimiothérapie postopératoire :** Elle augmente la réponse tumorale et diminue de moitié le taux de récidive locale à 5 ans.

**7- Les indications thérapeutiques :**

Les contre indications à la chirurgie

- Age physiologique très avancé, Cachexie majeure, ganglion de Troisier et Tares majeures décompensées.

L’indication dépend de :

- siège de la tumeur (distance séparant le pole inférieur de la tumeur de la marge anale),

l'extension loco-régionale , le morphotype du patient, l’existence ou non de métastases, et le terrain (âge, tares, morphotype et degré d’obésité)

**VIII- Le pronostic :**

La survie à 5 ans tous stades et traitements confondus, hors protocoles, est de 35 à 40 % :

- T1 T2 N0 : 80 % - T3 T4 N0 : 50-60 % - N+ musculeuse non dépassée : 45-80 % - N+ musculeuse dépassée : 25-30 %

**IX- Surveillance :**

Examen clinique tous les 3 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans

Dosage de l’ACE tous les 3 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans

TDM thoraco-abdomino-pelvien dans les 6mois post-opératoire puis une fois par an pendant 5 ans (ou échographie abdominale + Radio du thorax)

Dans les 2 à 3 ans si coloscopie totale puis tous les 5 ans si normale effectuée initialement.

Dans les 6 mois, si coloscopie initiale incomplète, puis dans les 2 à 3 ans.

FIN