

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD
FACULTE DE MEDECINE



جامعة أبو بكر بلقايد
كلية الطب

Tél. - Télécopie : (213) 43 20 68 18

MODULE DE GASTRO-ENTERO-HEPATOLOGIE

4eme année de médecine

CANCER DU RECTUM

Professeur TAOUAGH Nacereddine

Maitre de conférences classe « A »

Chirurgie générale

CHU TLEMSEN

Année universitaire 2017 – 2018

Sommaire

- I. Introduction
- II. Epidémiologie
 - 1. Descriptive
 - 2. Causale
- III. Anatomie pathologique
 - 1. Siege
 - 2. Macroscopie
 - 3. Microscopie
 - 4. Extension
- IV. Diagnostic positif
 - 1. Signes d'appel
 - 2. Examen physique
 - 3. Rectoscopie rigide et biopsies
- V. Diagnostic différentiel
 - 1. Devant une rectorragie
 - 2. Devant une masse intra rectale
 - 3. Devant une sténose rectale
 - 4. Devant une ulcération
- VI. Bilan pré thérapeutique
 - 1. Bilan d'extension
 - 2. Bilan d'opérabilité
- VII. Traitement
 - 1. Moyens
 - 2. Indications
 - 3. résultats
- VIII. surveillance
- IX. conclusion

Cancer du rectum

I. Introduction

- Ensemble des tumeurs malignes de la partie terminale de l'intestin allant de la ligne ano-pectinée à la jonction recto sigmoïdienne (de 3 à 15cm de la marge anale).
- Il s'agit d'un adénocarcinome dans 95% des cas. Les autres types (lymphomes tumeurs endocrine, tumeur stromales...).
- L'adénocarcinome du rectum est un cancer fréquent et grave dont le diagnostic est souvent tardif.
- Son traitement est multidisciplinaire mais reste fondé essentiellement sur l'exérèse chirurgicale qui doit être de qualité. Cette chirurgie est devenue de plus en plus conservatrice.
- La stratégie thérapeutique est décidée lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et après un bilan pré thérapeutique
- Son pronostic s'est sensiblement amélioré grâce aux progrès de la chirurgie et de la radio chimiothérapie. La survie à 5 ans (tous stades confondus) est d'environ 55%.

II. Epidémiologie

1. Epidémiologie descriptive :

1.1. Incidence : Pays de haute incidence : Amérique du Nord, Australie, Europe occidentale

1.2. Age : Le risque apparaît vers 45 ans et augmente de façon régulière avec l'âge.

2. Epidémiologie causale :

2.1. Facteurs diététiques : Un régime hyper protidique au profit des graisses et riche en viandes, un régime pauvre en fibres végétales, Légumes, fruits, calcium et en vitamines (C et D) et l'intoxication alcoolo tabagique seraient des facteurs favorisant le cancer.

2.2. Facteurs familiaux et génétiques :

- Les antécédents familiaux de cancers colo rectaux, de cancer gynécologique « ovaire, utérus, sein » double le risque de survenue de cancer colique
- Gène K. RAS, protéine p 53.

2.3. Etats précancéreux :

- Adénome 60 à 80 % des CCR résultent de la transformation d'adénome.
- Polypose adénomateuse familiale (PAF) : une enquête familiale et une surveillance s'imposent.
- Syndrome de Lynch : HNPCC (Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer). Survient volontiers chez le jeune (45 ans) et s'associe à d'autres cancers (ovaire, utérus, appareil urinaire).
- Maladies inflammatoires intestinales chroniques (MICI). La RCH après 10 ans d'évolution

2.4. Populations à risque : On définit trois niveaux de risque de CCR dans la population

- Risque moyen : Le risque moyen de la population générale d'être atteint d'un CCR avant l'âge de 74 ans est estimé à 3,5 %.
- Risque élevé :
 - Personnes avec des antécédents personnels d'adénome ou de CCR.
 - Sujets ayant un ou plusieurs parent(s) du premier degré atteint(s) de CCR ou d'adénome.

➤ Patients atteints de MICI.

- Risque très élevé : Sujets appartenant à une famille atteinte de cancers à transmission héréditaire autosomique dominante (HNPCC et PAF).

III. Anatomie pathologique

1. Siege : On peut schématiquement diviser le rectum en trois étages :
 - Le bas rectum : 1/3 inférieur (3 à 5 cm de la marge anale)
 - Le Moyen rectum : 1/3 moyen (entre 5cm et 8cm de la marge anale)
 - Le haut rectum : 1/3 sup 75 % des cancers siègent sur les 2 /3 inférieure du rectum.
2. Macroscopie : La forme ulcéro bourgeonnante et infiltrante est la plus fréquente. Parfois la tumeur a un aspect végétant ou polypoïde et rarement un aspect infiltrant (linite)
3. Microscopie : L'adénocarcinome Liéberkuhnien représente 95% des cancers du rectum. Selon le degré de mucosecrétion et le caractère d'organisation des cellules on distingue : l'adénocarcinome bien différencié, moyennement différencié ou peu ou indifférencié
4. Extension :
 - 4.1. Extension Locorégionale
 - Extension longitudinale : Se fait selon 2 voies et conditionne les marges distales de sécurité (mésorectale et pariétale) à respecter lors de l'exérèse chirurgicale.
 - Extension en profondeur (latérale) se fait successivement dans les différentes tuniques de la paroi rectale puis dans le mesorectum et les organes de voisinage.
 - 4.2. Extension ganglionnaire Elle se fait par dans les ganglions péri rectaux juxta tumoraux puis de proche en proche vers les ganglions intermédiaires puis vers les ganglions mésentériques inférieurs. Les ganglions inguinaux peuvent être envahis dans les tumeurs très bas situées
 - 4.3. Extension métastatique
 - Voie Péritonéale : carcinose péritonéale.
 - Voie Hématogène : métastases hépatiques pulmonaires, cérébrales
 - 4.4. Classifications : TNM
 - 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 musculature
 - 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
 - NX : Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies régionales
 - N0 : Pas de métastase ganglionnaire régionale
 - N1 : Métastase dans 1 à 3 ganglions lymphatiques régionaux
 - N2 : Métastase dans ≥ 4 ganglions lymphatiques régionaux
 - M0 : pas de métastase
 - M1 : présence de métastase

IV. Diagnostic positif

1. Signes d'appel:

- 1.1. Rectorragies : c'est le signe d'alarme le plus important et le plus fréquent, provoquées par la défécation, doivent imposer le toucher rectal quelque soit leurs caractéristiques.
- 1.2. Ecoulement anal anormal: Emissions afécales, purulentes ou glaireuses.
- 1.3. Syndrome rectal «Syndrome de **Bensaude**» : associant Emissions afécales, Epreinte, Ténésme et Faux besoins
- 1.4. Autres circonstances révélatrices:
 - Troubles du transit : à type de diarrhée, constipation ou alternance des deux.
 - Signes généraux : Asthénie ; Anorexie ; Amaigrissement ou fièvre ou Anémie inexpliquée
 - Métastases : Ganglion de Troisier, Métastases «hépatiques, Pulmonaires»
 - Complication : Occlusion intestinale, Abscès anal, Perforation tumorale
 - Découverte fortuite lors d'un dépistage ou à l'occasion d'une polypectomie per endoscopique pour polype banal

2. Examen Physique : Se base essentiellement sur le toucher rectal (TR)

2.1. Toucher rectal :

- On peut palper au bout du doigt toutes les tumeurs situées à moins de 9 cm de la marge anale. On apprécie aussi la taille de la tumeur, son aspect macroscopique, sa distance par rapport à la marge anale et à l'appareil sphinctérien
- Le TR participe à l'évaluation de l'extension tumorale en appréciant sa mobilité ou sa fixation qui évoque son extension en circonférence, l'état de la prostate chez l'homme, de la cloison recto vaginale chez la femme (TR Couplé au TV) et la recherche de nodules de carcinose au niveau du cul de sac de douglas

2.2. Le reste de l'examen physique participe à l'évaluation pré thérapeutique.

3. Rectoscopie rigide et biopsies : Elle permet de voir la tumeur et d'en faire les biopsies dont l'analyse histologique confirme le diagnostic

V. Diagnostic différentiel

1. Devant une rectorragie :

- Une amibiase ;
- Une MICI ;
- Des hémorroïdes ;
- Une fissure anale.

2. Devant une masse intra rectale :

- Une tumeur bénigne du rectum (adénome, tumeur villoseuse),
- Un cancer de la prostate chez l'homme ;
- Un cancer du col et l'endométriome chez la femme ;
- Un prolapsus rectal.

3. Devant une sténose rectale : (Radiologique ou endoscopique) : MICI, sigmoïdite

4. Devant une ulcération : ulcère solitaire du rectum.

VI. Bilan pré thérapeutique

1. Bilan d'extension

1.1. Clinique :

L'examen physique doit rechercher : une hépatomégalie métastatique, une ascite, des nodules de carcinose au cul de sac de Douglas et des adénopathies inguinales et sus claviculaires.

1.2. Para clinique:

- Echo endoscopie rectale (EER): pour apprécier l'extension transpariétale.
- IRM pelvienne : est réalisée dans les tumeurs localement évoluées et les tumeurs basses.
- TDM thoraco-abdominopelvienne : à la recherche de métastases hépatiques et pulmonaires.
- Colonoscopie totale : à la recherche d'une autre lésion colique associée sus jacente.
- Autres examens :
 - Cystoscopie: si signes urinaires évoquant un envahissement vésical
 - TEP scan en cas de suspicion de métastases à distances
 - Dosage de L'ACE: intérêt pronostic et élément de référence pour la surveillance

2. Bilan d'opérabilité

2.1. L'âge, sexe

2.2. Score ASA

2.3. L'évaluation de la fonction sphinctérienne anorectale, de la sexualité notamment les dysfonctions érectiles chez l'homme.

VII. Traitement

1. Moyens

1.1. Chirurgie

- Principes d'une résection curative : Exérèse en monobloc du rectum (proctectomie), du mésorectum (TME), des organes envahis et des ganglions (curage ganglionnaire avec Ligature vasculaire première) en respectant les marges de résection recommandées (distale et latérale)
- Les interventions conservant la fonction sphinctérienne :
 - Résection antérieure: Proctectomie partielle et résection de 5cm du mésorectum au dessous du pole inférieur de la tumeur) + anastomose colo rectale voire colo sus anale
 - TME : Exérèse totale du rectum et du mésorectum (par voie abdominale) + anastomose colo anale (par voie périnéale)
 - Résection inter sphinctérienne : Résection rectale élargie à la partie supérieure et interne de l'appareil sphinctérien + anastomose colo anale.
 - Résection locale trans anale (si T1, bas ou moyen rectum, postéro latérale, <3cm, bien différenciée).
- Interventions ne conservant pas la fonction sphinctérienne
 - L'amputation abdomino périnéale terminée par une colostomie iliaque définitive.

1.2. Radio chimiothérapie : Elle Diminue le taux de récurrences locorégionales et augmente le taux de résectabilité R0.

2. Indications :

- Tumeurs du bas rectum : Amputation abdomino périnéale ou résection intersphinctérienne.
- Tumeur du rectum moyen : ETM
- Tumeurs du haut rectum : résection antérieure.
- les métastases hépatiques et pulmonaires ne sont pas considérées comme contre indications à une résection à visée curative.

3. Résultats :

3.1. Mortalité : La mortalité opératoire est faible (< 5 %)

3.2. Morbidité La morbidité postopératoire reste élevée (20 à 40 %).

3.3. Séquelles fonctionnelles « digestives, uro- génitales.

3.4. Survie : La survie à 5 ans tout stade confondu est 50 à 60%.

VIII. Surveillance

Son but est la détection précoce des récurrences locorégionales et des métastases à distance. Elle comporte (Un examen clinique, Dosage ACE et Echographie abdominale) tous les 3 mois pendant deux ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans. Une radiographie du thorax tous les ans pendant 5 ans. Une EER en cas de chirurgie conservatrice ou IRM pelvienne si AAP.

IX. Conclusion

L'adénocarcinome du rectum est fréquent et grave. Son traitement multidisciplinaire a connu d'énormes progrès. La prise en charge thérapeutique du cancer du rectum a largement bénéficié de l'apport de la radio-chimiothérapie néo-adjuvante et de l'amélioration des techniques chirurgicales.