

CANCER DU RECTUM

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 – 2018
SAMEDI 12 MAI 2018

Conférence destinée aux internes

Pr D. BENAIBOUCHE
SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE CHU BEO

DEFINITION - INTRODUCTION

- Cancers épithéliaux de la paroi rectale → Adkc +++
- Fqt ++ → 2^{eme} cause de mortalité dans le monde
- Dc → TR +++ endoscopie et Bx
- Progrès Rx (IRM) et Echo endoscopie → Resecabilité KC bas rect
- Trt : - Chirurgie +++ trt curateur
 - Progrès chgie : anastomose mécanique basse + dissection inter sphinctérienne → conservation sphincter +++
 - RCT néo adjuvante → √ Taille Tm (Tm resecable)
 - Progrès chirurgie hépatique , réa Rx fqce : Pc Meta hep
- Pc précocité DC et tt
- Prévention +++ Dépistage pop à risques : √ Mortalité CCR

EPIDEMIOLOGIE I

- Fqt +++ (1^{er} Kc digestif ; 3^{eme} H ; 2^{eme} F)
 - H + / F > 50ans ↗ âge , mvais Pc sujet jeune
 - Données epide → Pop à risque → Dépistage → ↘ mortalité CCR
 - Risque Moyen → H ou F > 50 ans
 - Risques Elevés :
 - Parent 1^{er} degrés CCR
 - Atcd Familiaux Adénome CCR
 - Atcd personnel Tm CR
 - Maladie inflammatoire chronique
- RCUH : +++ 35 années d'évolution → 35% Kc
MC Kc → jeune âge , étendue lésions

ÉPIDÉMIOLOGIE II

- Sujets à risque très élevé : 3% CCR → Syn héréditaire
 - H N P C C ou Syndrome Lynch , P A F

Syndrome Lynch : HNPCC

- Mut gène réparation mésappariement ADN (MMR) → [RER+MSI+]
- Autosomique dominante → chromosome 2 ou 3

- Clinique : Critères Amsterdam +++

- Au moins 3 sujets Kc HNPCC dont un uni aux 2 autres 1 degré
- Au moins 2 générations successives
- Au moins 1 Kc Dqué avant 50 ans

Polypose Adénomateuse Familiale :

DC + : > 100 polypes , suspect : > 15

Altération gène APC ou MYH

Kc HNPCC : Kc : ureteres Voies excrétrices , colon , rectum , endometre , ovaire , grele

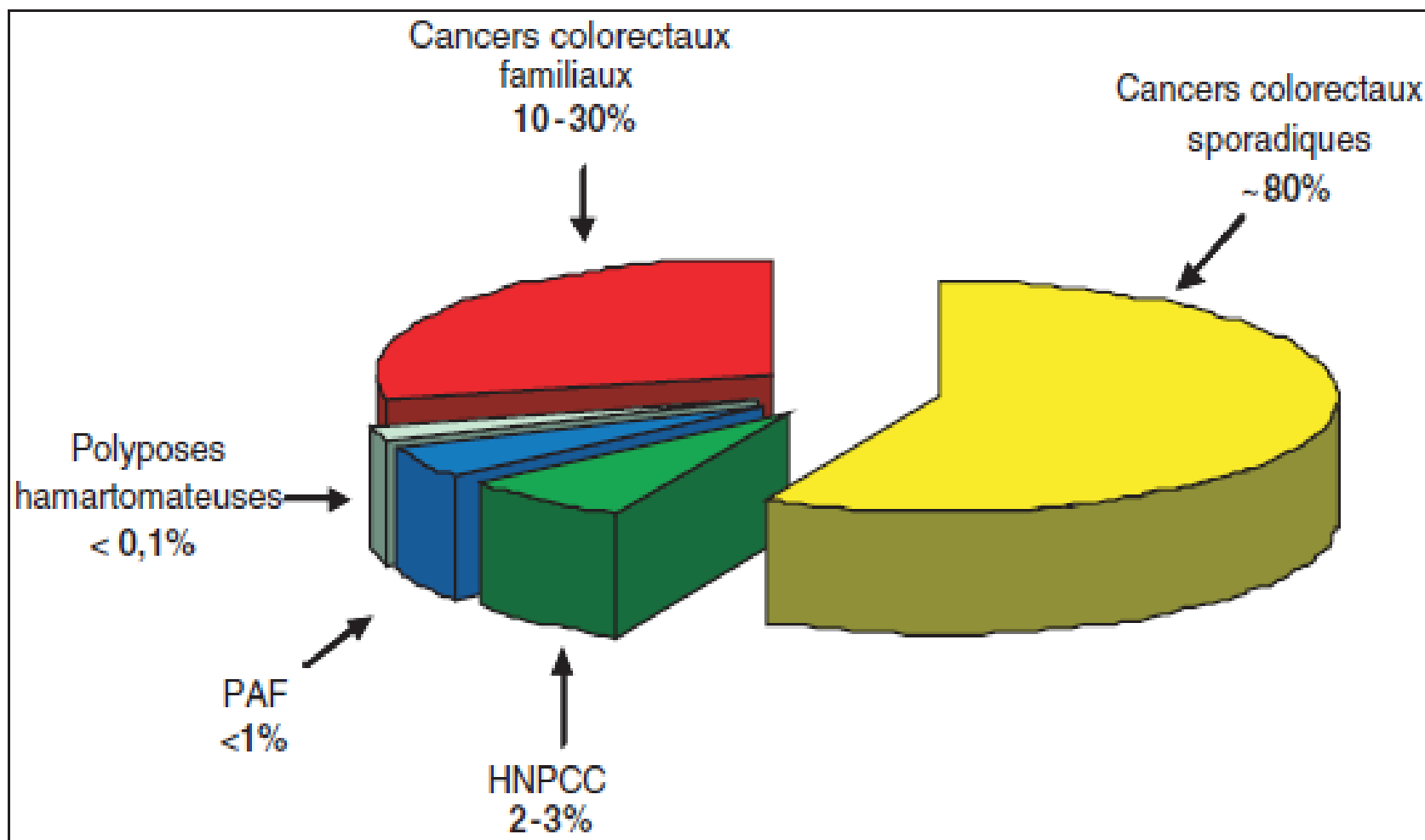
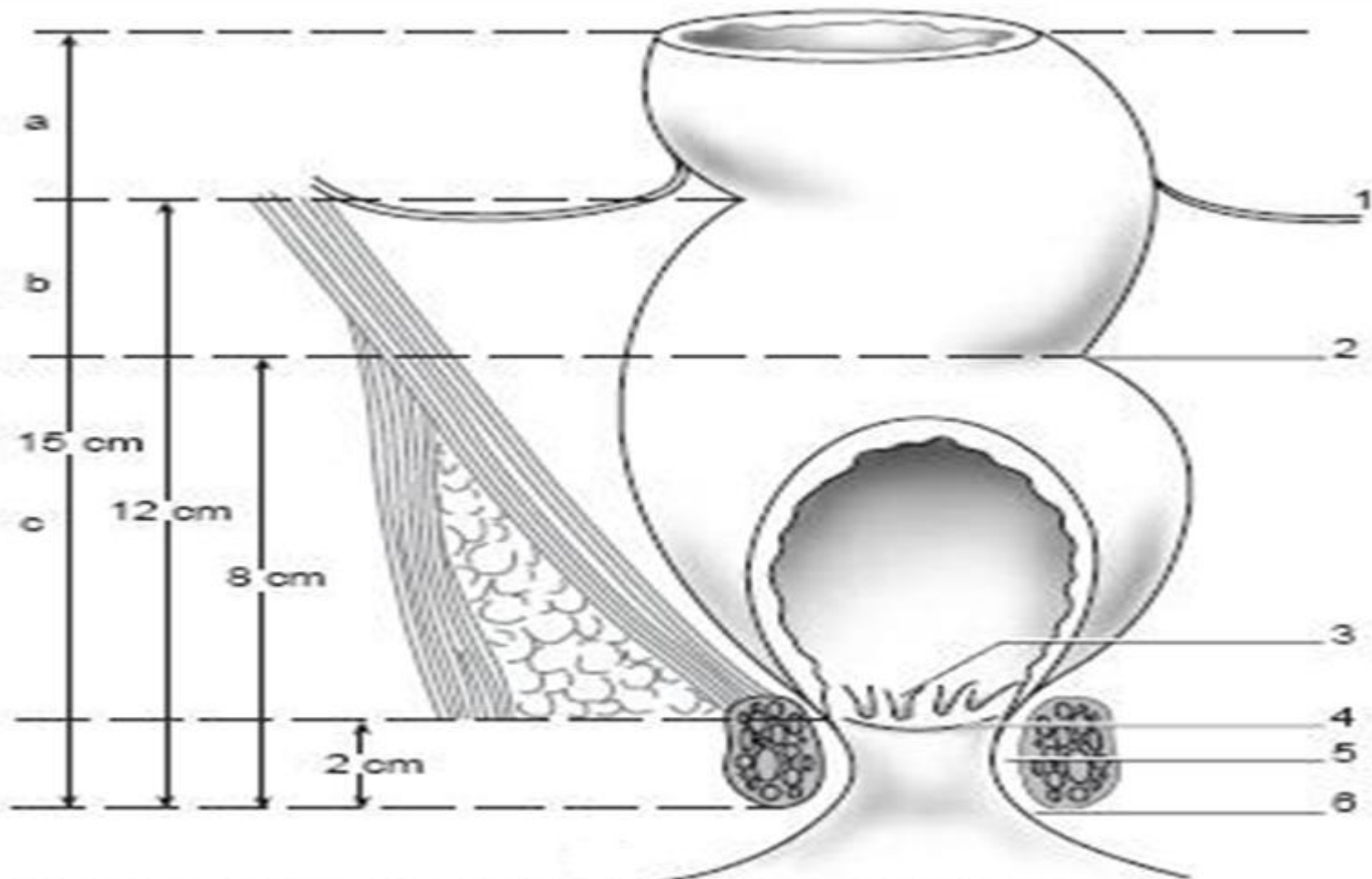
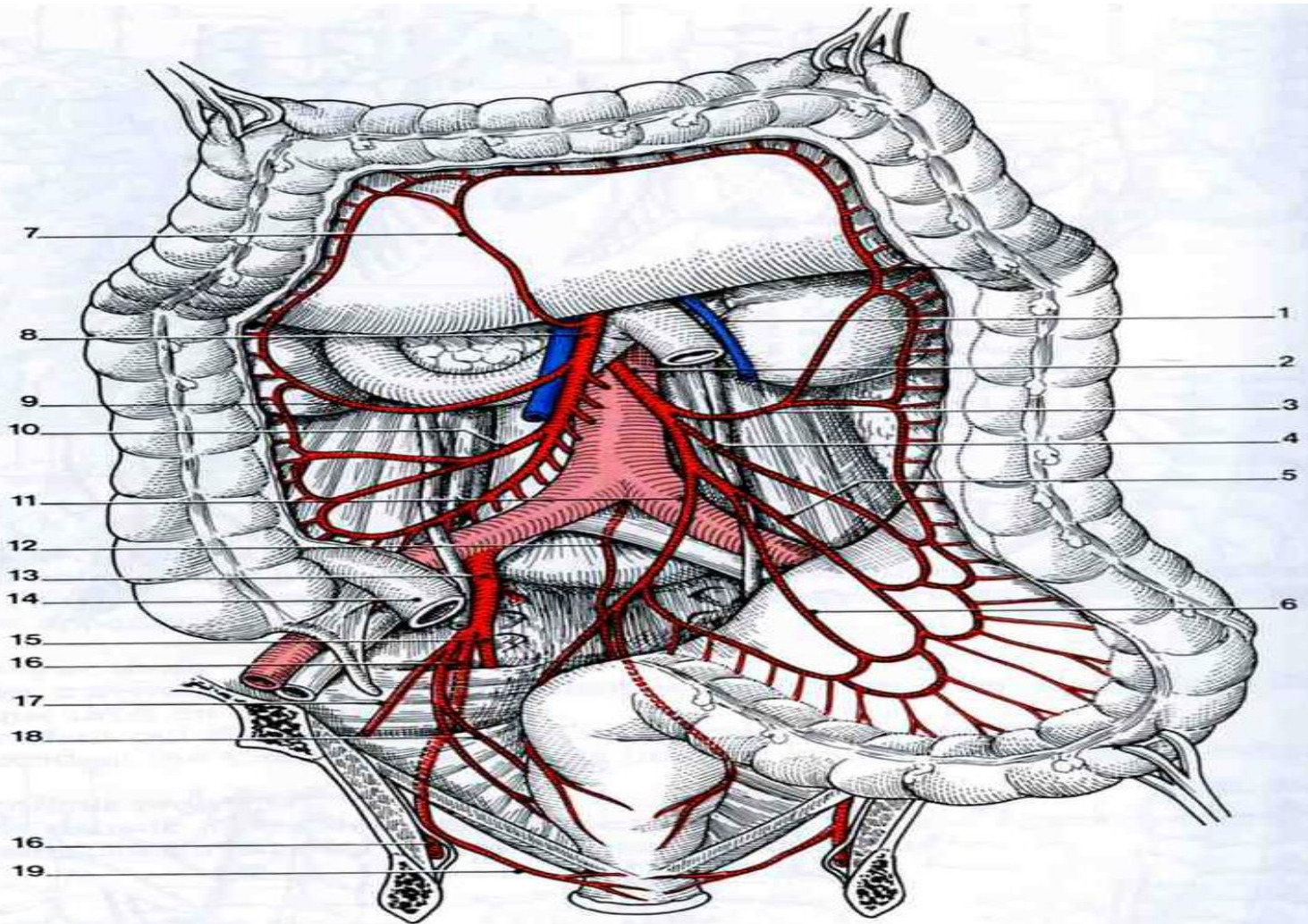


Figure 1 : Répartition épidémiologique des cancers colorectaux [1].

ANATOMIE



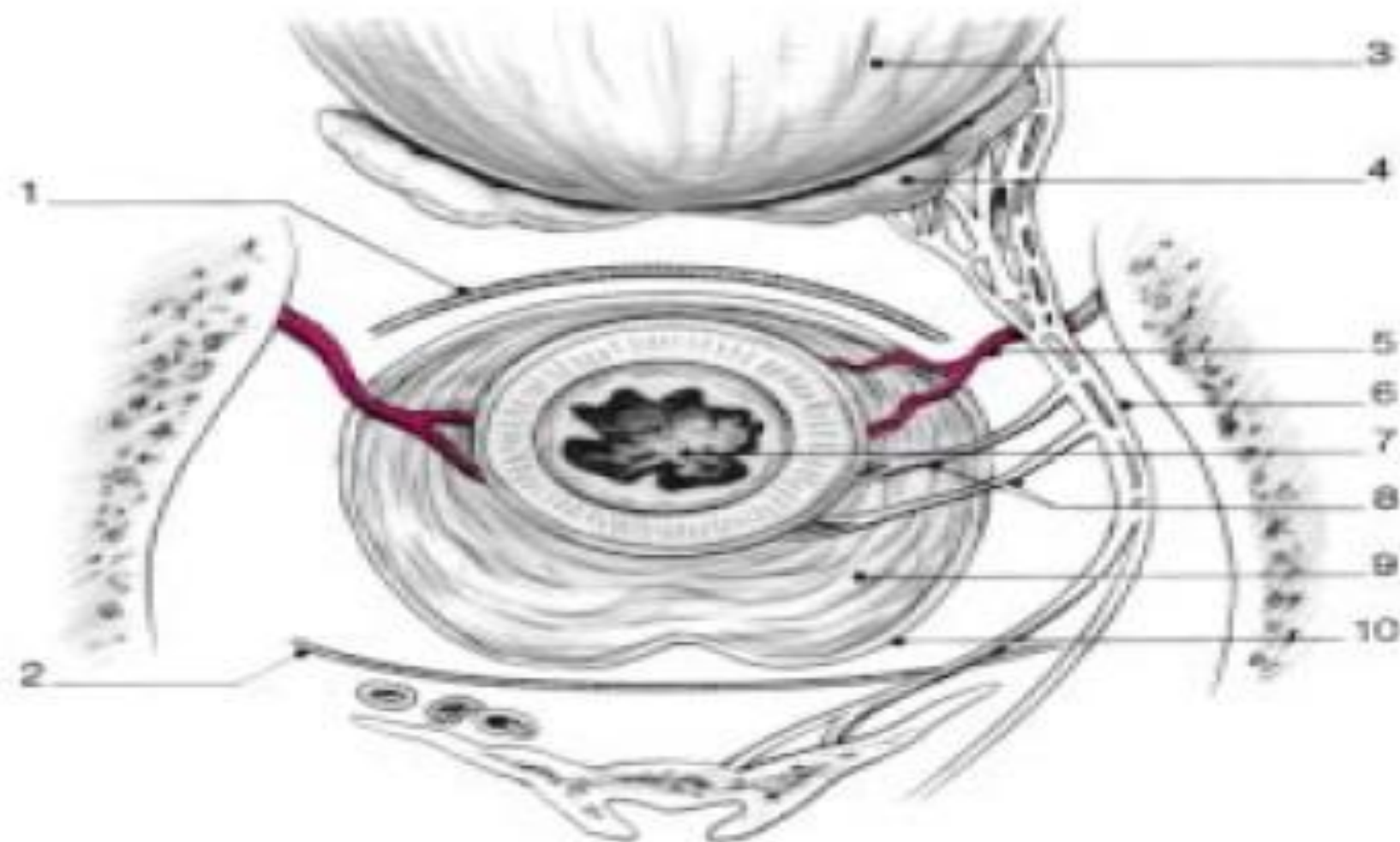
1 Schématisation anatomoclinique des différentes parties du rectum.
1. Péritoine ; 2. première valvule de Houston ; 3. valvules de Morgagni ; 4. ligne pectinée ; 5. canal anal ; 6. marge anale ; a. tiers supérieur ; b. tiers moyen ; c. tiers inférieur.



Artères mésentériques

- 1 - *V. mésentérique inférieure*
- 2 - *A. mésentérique inférieure*
- 3 - *A. colique gauche*
- 4 - *A. sigmoïdienne supérieure*
- 5 - *A. sigmoïdienne moyenne*
- 6 - *A. sigmoïdienne inférieure*
- 7 - *A. colique moyenne*
- 8 - *A. mésentérique supérieure*
- 9 - *A. colique droite*

- 10 - *A. iléo-colique*
- 11 - *A. rectale supérieure*
- 12 - *A. sacrale médiane*
- 13 - *A. iliaque interne*
- 14 - *Iléum*
- 15 - *A. glutéale inférieure*
- 16 - *A. honteuse interne*
- 17 - *A. obturatrice*
- 18 - *A. rectale moyenne*
- 19 - *A. rectale inférieure*



1 Coupe transversale du pelvis montrant les rapports du rectum et de son méso avec les différents fascias et les nerfs et plexus.

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. feuillet viscéral.

ANATOMO PATHOLOGIE

Adénocarcinome de type lieberkhunien 95 %

Grading pour les adénocarcinomes OMS

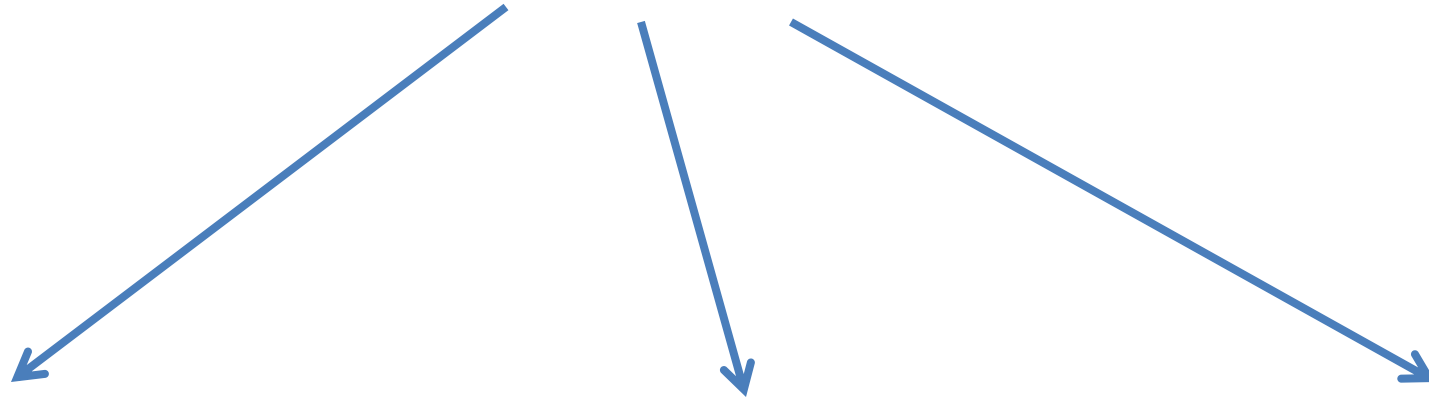
Les tumeurs G1 sont bien différenciées.

les G2 modérément.

les G3 peu et les G4 sont indifférenciées

Type histologique	Grade
Adénocarcinome	1 à 3
Adénocarcinome mucineux (mucine > 50 % extracellulaire)	1 à 3
Carcinome à cellules en bague à chaton	3
Carcinome indifférencié	4

Extension de la tumeur



- Circon → Sténose
- Prof : Marge latérale
d pole <Tm Fascia recti
- Long
< 2cm Tm non méta

N
gg régionaux → AMI → A iliaque ext
Statut ggnaire : 12 ggs

méta : foie , poumon , perit

→ Classification TNM (7^{eme} édition 2009) → Pc +++ (Cancer du rectum THESAURUS 2012)

Survie en fonction du nombre de ganglions tumoraux

Auteurs [références]	nombre	≤3N+ SV (%)	>3N+ SV (%)	P
Stocchi et al.	673	61	44	NP
Moran et al.	109	58	17	<0,05
Cohen et al.	306	66	37	<0,05
Tang et al.	538	69	44	<0,05

Survie en fonction du nombre de ganglions examinés pour les tumeurs stades B (N0)

Nbre de GG examinés	survie(%)
0	37
1 à 5	50
> 6	60

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.

T4a : Tumeur perforant le péritoine viscéral.

T4b : Tumeur envahissant directement les autres organes ou structures.

Tm qui est adhérente macroscopiquement à d'autres organes ou structures est classée cT4b

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.

N2 : Métastase dans ≥ 4 ganglions lymphatiques régionaux.

N2a : Métastase dans 4-6 ganglions lymphatiques régionaux.

N2b : Métastase dans ≥ 7 ganglions lymphatiques régionaux

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 péritonéales

➤ La classification R0, R1, R2 :

- R0 : absence de résidu tumoral : marge résection saine .
- R1 : marge de résection envahie microscopique
- R2 : résection macroscopique incomplète

Les classifications TNM, pTNM, R0 R1 R2 servent à définir une stratégie thérapeutique, à l'établissement du pronostic et à comparer les résultats.

DIAGNOSTIC

➤ Circonstance de découverte :

a) Rectorragies +++

b) Syndrome rectal

c) Complications : Occlusions , FRV , Meta hépatique .

▪ Examen clinique :

Interrogatoire : Atcd familiaux et personnel de Tm colo rectale ,
et KC spectre HNPCC

xamen abdomen : état gle : BMI ; bilan d'extension : HPM ,
ascite , CVC , masse , ADP .

TR+++ → DC ++ et resecabilité (Tm fixé : nn resecable)

Tm : Siege ; taille ; d/ MA , extension circonfer , mobilité , sphin

Examens para clinique

➤ Rectoscopie rigide + Bx → DC

✓ Bilan d'extension :

- IRM pelvienne +++ → Resecabilité et sphincter

Tm suspecte T3 ; T4 bas et moyen rectum

- Stade cT , d / pole < Tm et bord sup sphincter

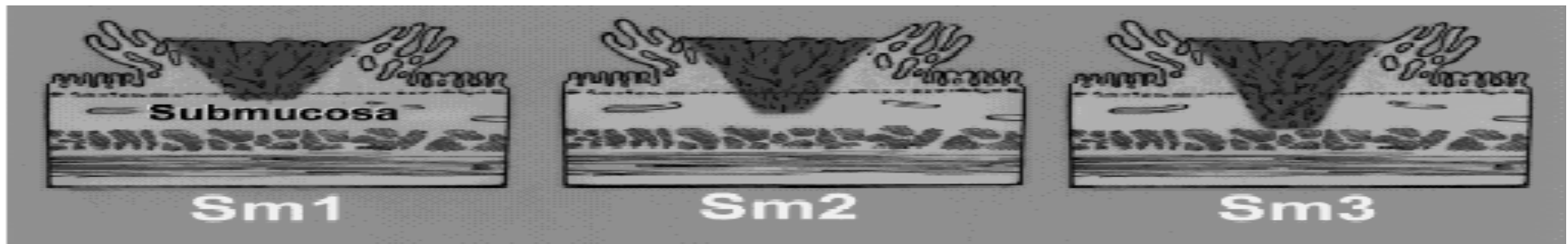
- Marge latérale d entre Tm et fascia recti (non resec si <1mm)

- Réponse Tm RCT néo adjuvante

- Echo endoscopie endo rectale → uTN (Tm superficielle +++

Sonde hte fquence (15à30Mhz) → Tm intra muq / Tm s/muq = sm1 , sm2 , sm3

sm1 → trt local .



Examens para clinique

- Coloscopie totale :
 - Refaire 3 à 6 mois si incomplète pré op.
- TLT , Echographie abdomino pelvienne → TDM TAP +++
- IRM , PET Scanner → caractérisation lésion

Au terme du bilan pré op cTNM → Reseca (Tm temp ou définitive)
RCP +++

TRAITEMENT

□ MEDICAL

- ✓ Générale : Opérer le patient bonnes conditions
 - Stabilisation des tares pré existante (ASA)
 - Correction des perturbations biologique

- ✓ Locale : Opérer colon vide , propre et plat
 - Régime sans résidu +++
 - PEG → lâchage anastomotique ? (1)

- ✓ Psychologique

TRAITEMENT

□ CHIRURGICAL

- Buts :
 - Enlever Tm et relai ggnaire
 - Rétablir la continuité digestive
 - ↗ taux survie , ↘ RLR ; bonne qualité de vie

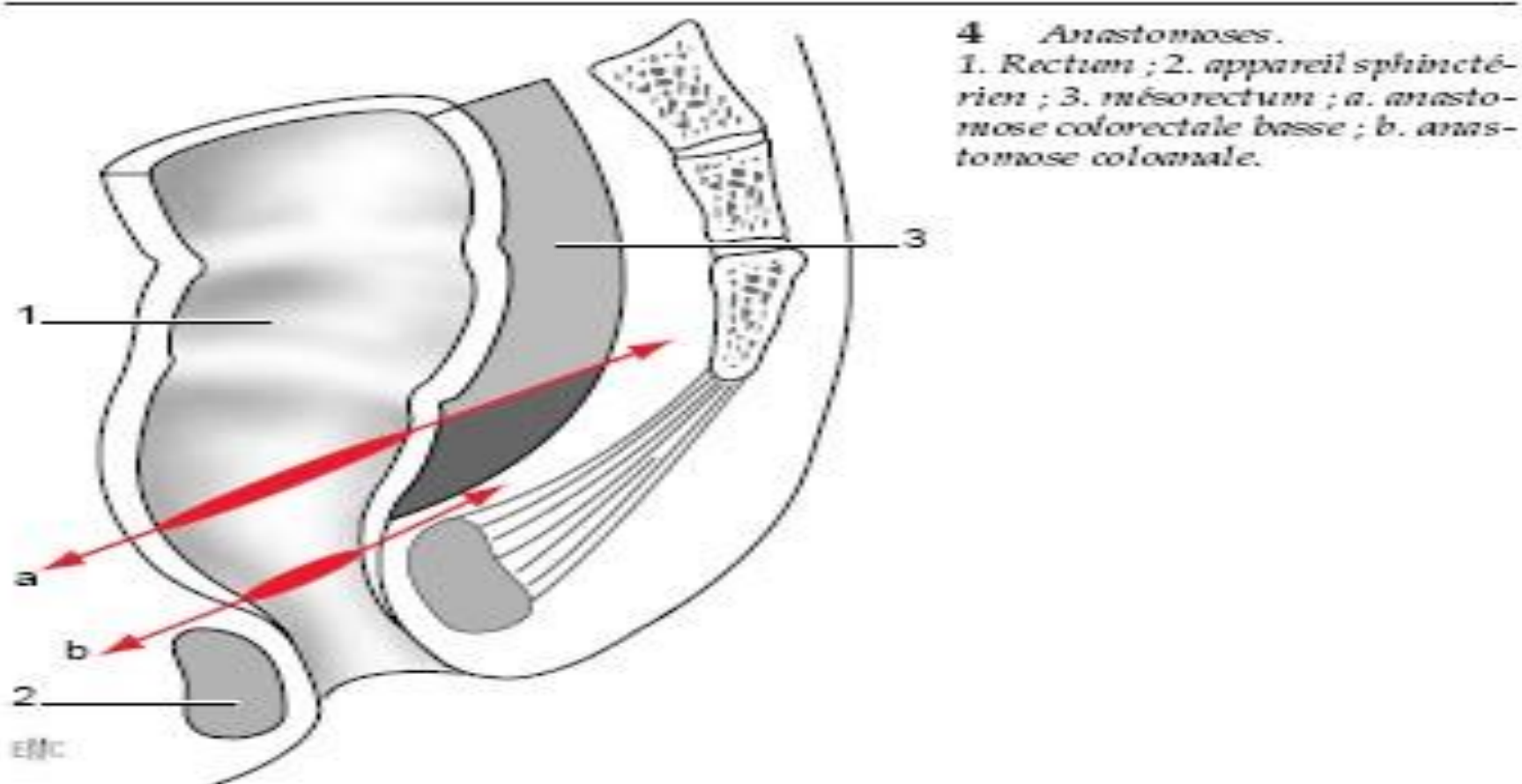
- Voie d'abord :
 - Laparotomie
 - Laparoscopie
- Exploration per opératoire

- Exérèse du rectum tumorale
- Siege , extension loco régionale , Terrain , état sphincter
- Règles carcinologiques :
 - exérèse de la totalité du méso rectum +++
 - curage mésentérique <
 - marge de sécurité distale 1cm

☐ Méthodes conservatrices :

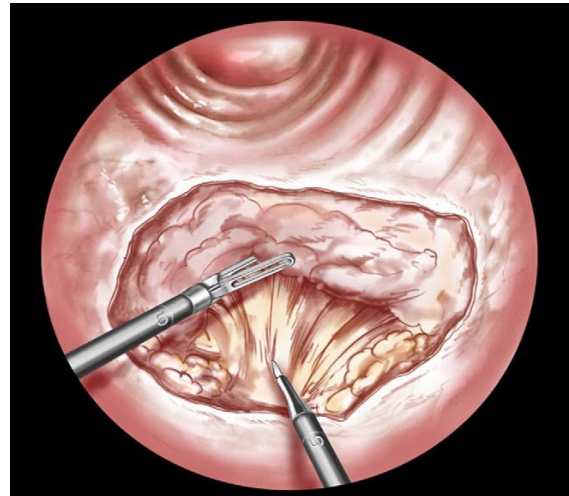
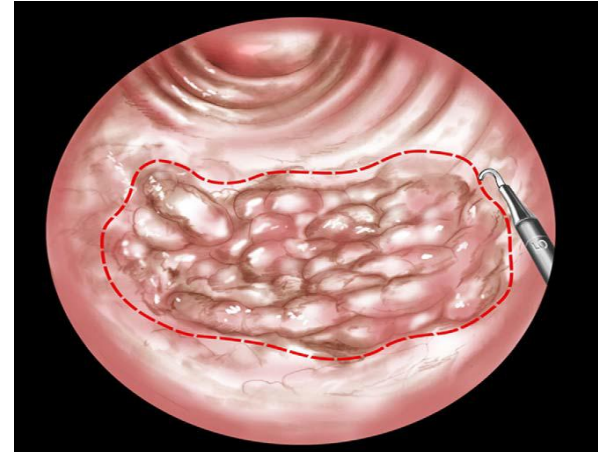
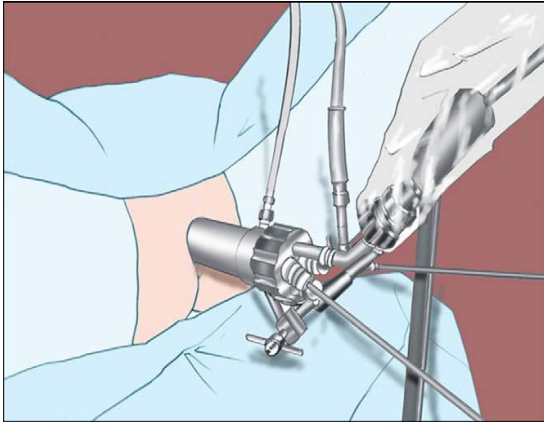
- Résection antérieure : $T_m > 2\text{cm}$

Resec rectale + Anatomose colo rectale ou colo anale + stomie



- Exérèse locale par voie trans-anale

Moyen et bas rectum superficielle sm1 , < 3cm , mobile , Adkc bien
≠cié , T1N0 , surveillance ++



□ Méthodes non conservatrices

➤ Amputation abdomino périnéale

- Envahissement du si pas de marge distale ≥ 1 cm

- Plancher pelvien et/ou du canal anal

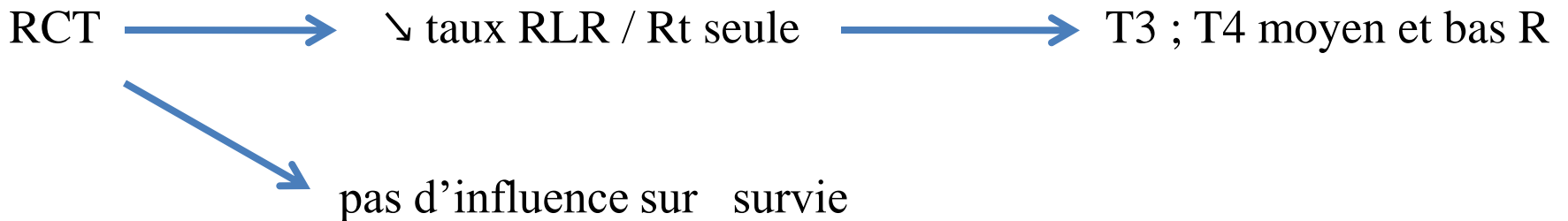
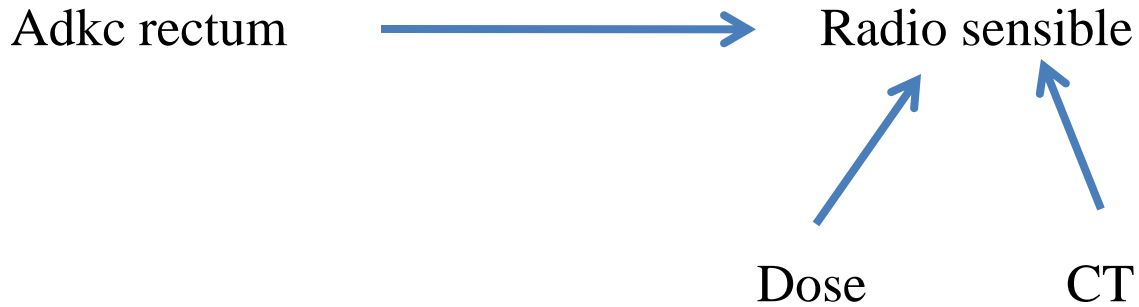
- Avis d'un chirurgien expert cas de doute la conservation sphin.

➤ Intervention de type Hartmann

- Exérèse rectale sans RDC

- Colostomie iliaque

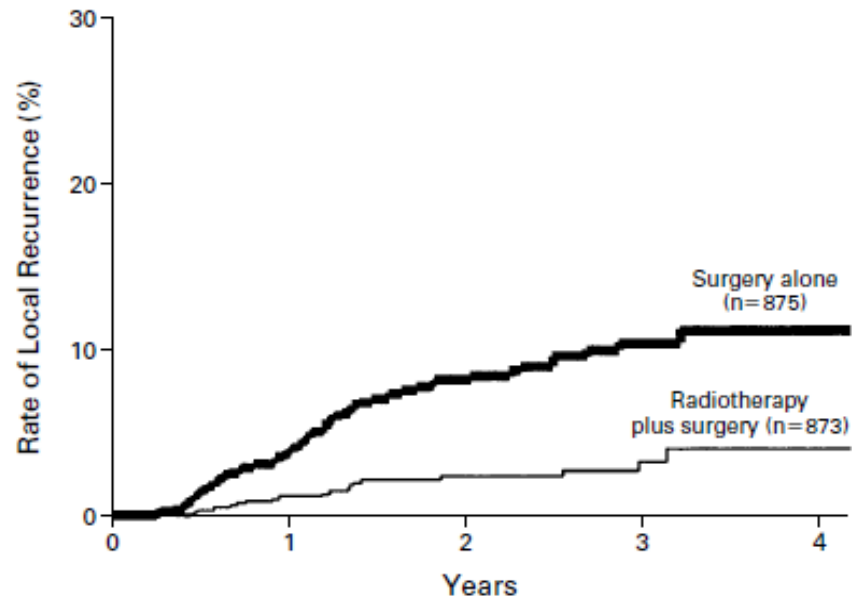
Radiothérapie (RT) et radio chimiothérapie (RCT)



Pré opératoire +++ , post opératoire .

Cycle long : 5FU + AF + 45 Gy en 25 séances + chirurgie 4 à semaines après

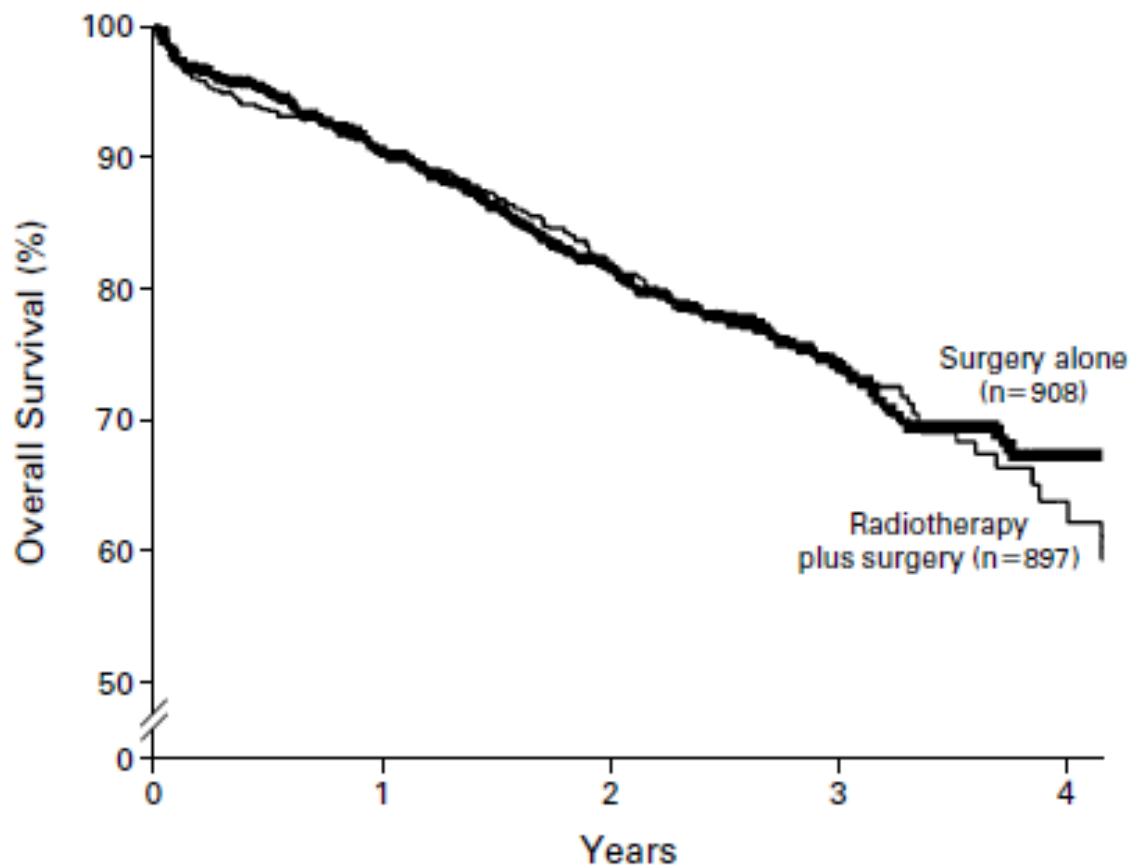
Cycle court 5FU + AF + 25 Gy en 5 jrs + chirurgie 1 semaine après



No. AT RISK	0	1	2	3	4
Radiotherapy plus surgery	873	691	407	170	30
Surgery alone	875	688	406	173	37

Figure 2. Rates of Local Recurrence in the Population of 1748 Eligible Patients Who Underwent Macroscopically Complete Local Resection, According to Treatment Group.

At two years, the rate of local recurrence was 2.4 percent in the group assigned to radiotherapy and surgery and 8.2 percent in the group assigned to surgery alone ($P < 0.001$).

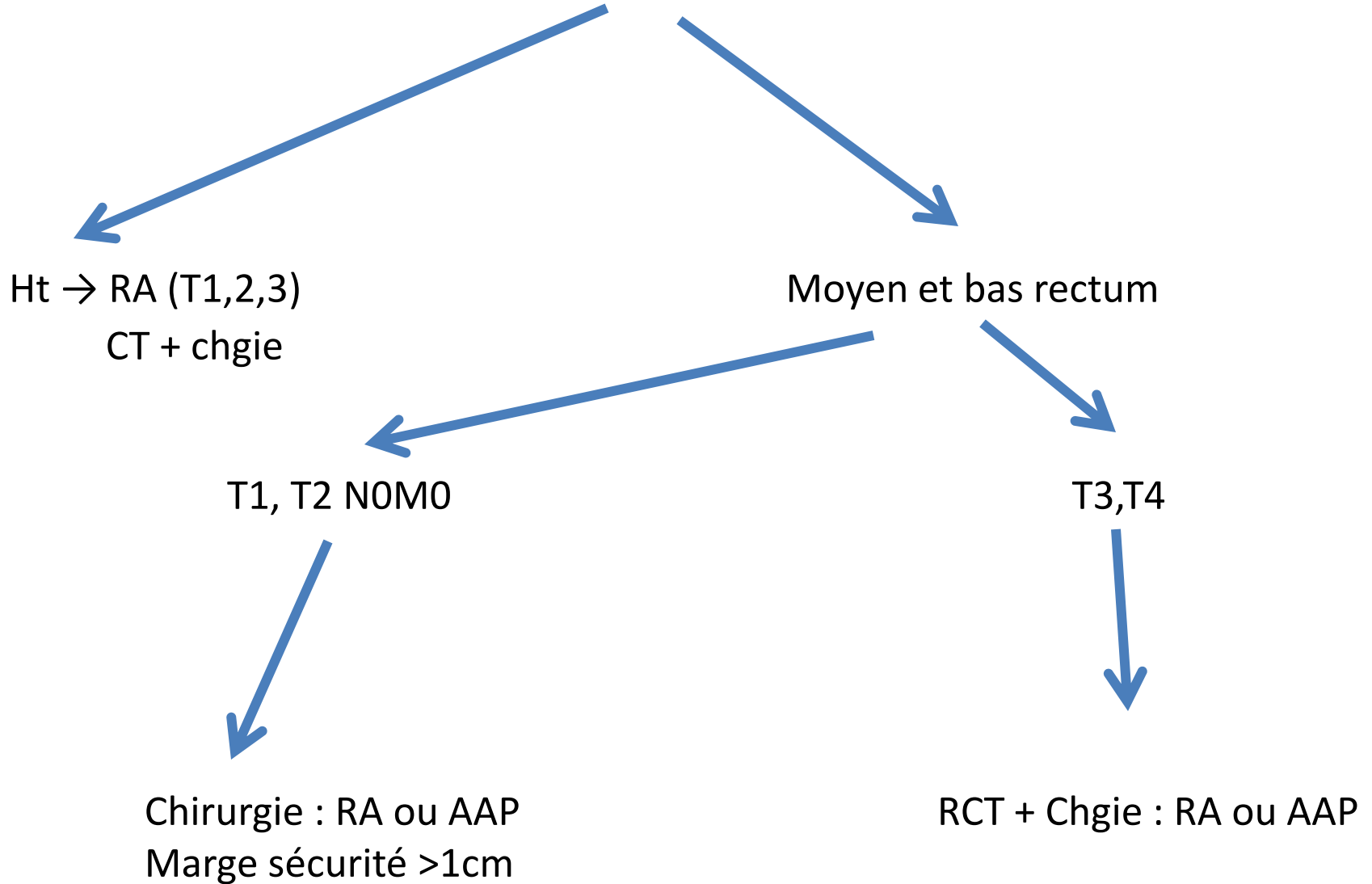


No. AT RISK					
Radiotherapy plus surgery	897	741	435	192	41
Surgery alone	908	744	454	207	42

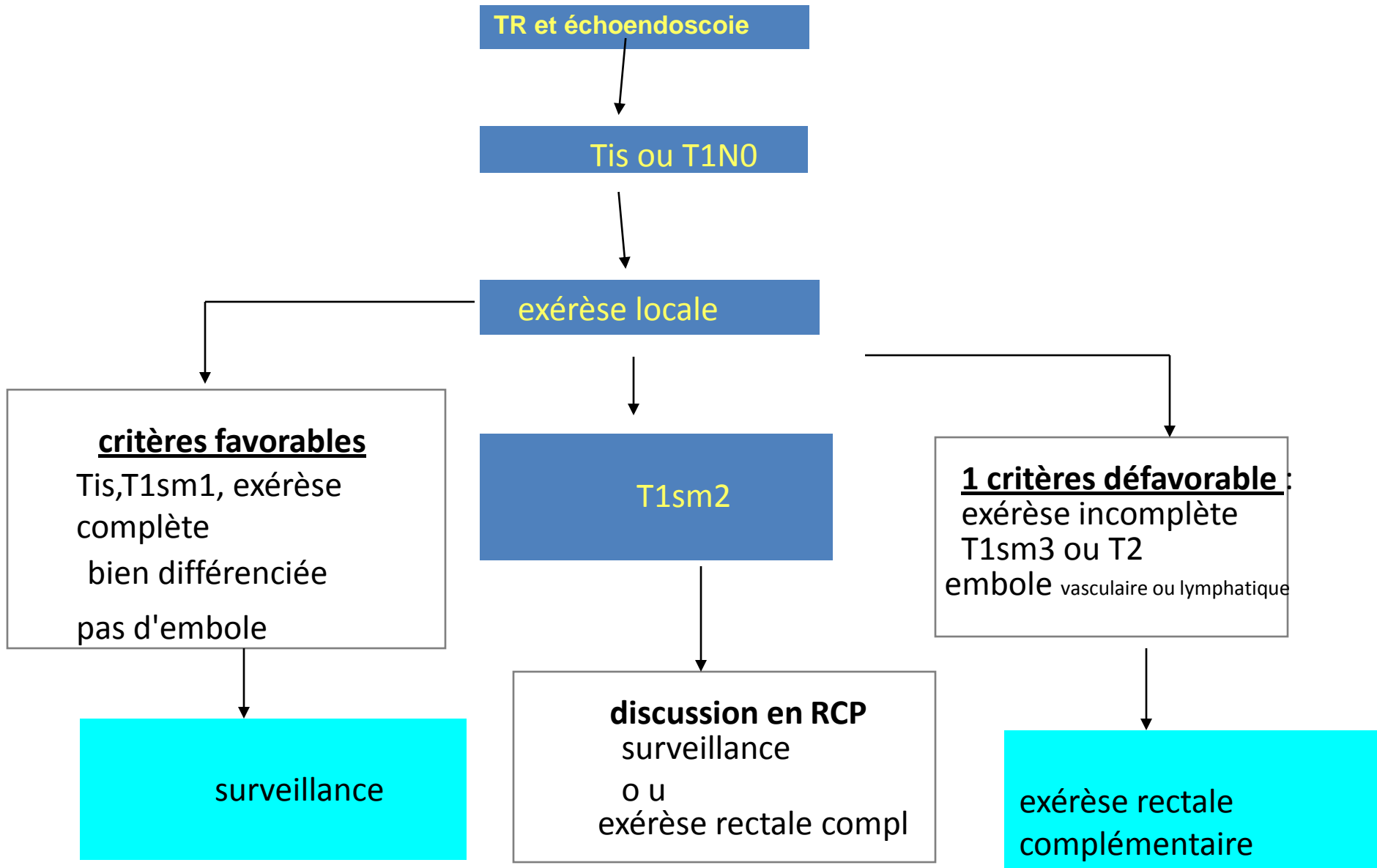
Figure 1. Rates of Overall Survival in the Population of 1805 Eligible Patients, According to Treatment Group.

At two years, the rate of overall survival was 82.0 percent in the group assigned to radiotherapy and surgery and 81.8 percent in the group assigned to surgery alone ($P=0.84$).

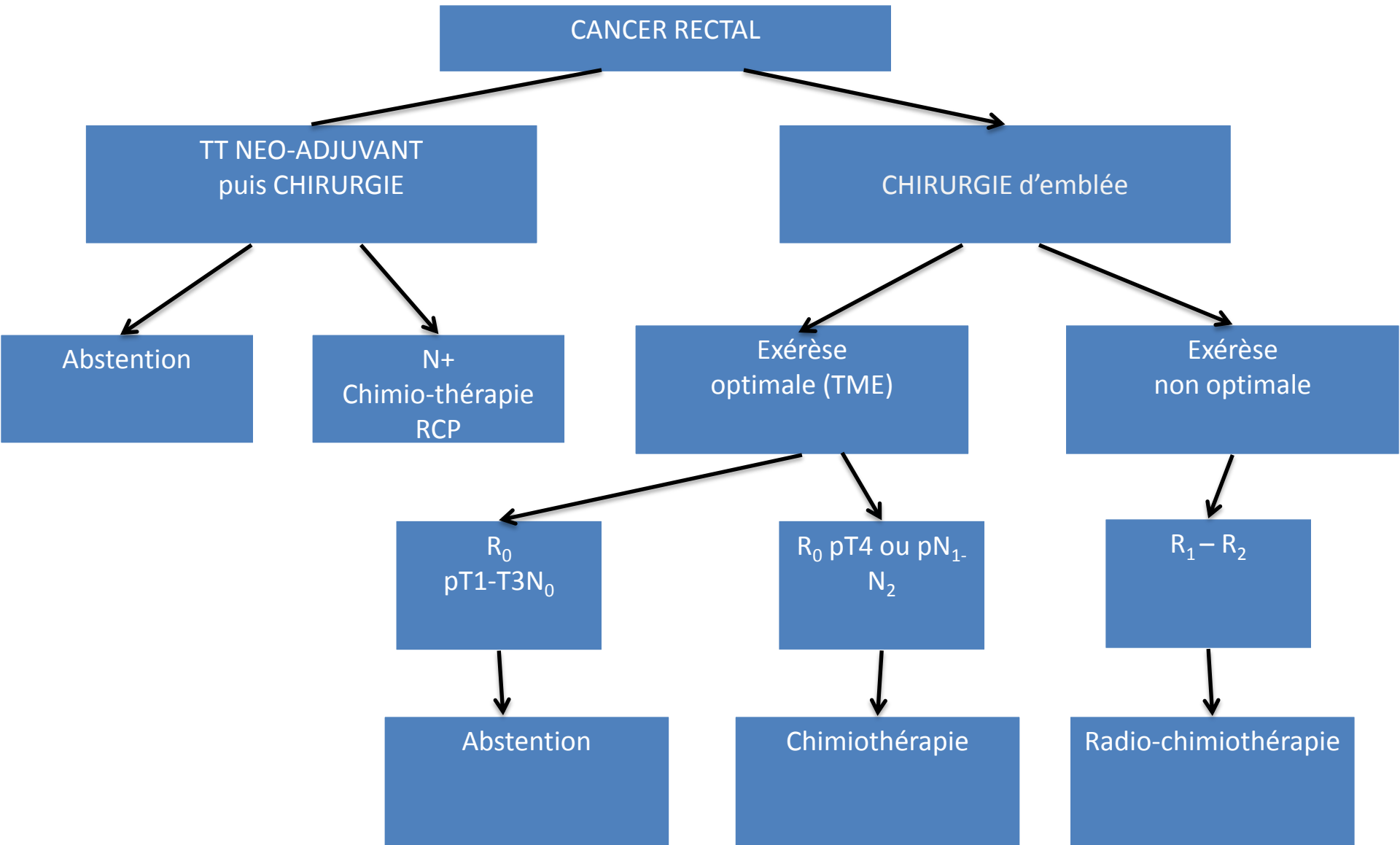
INDICATION



EXERESE LOCALE



TRAITEMENT ADJUVANT



Surveillance

- Examen clinique tous les 3 mois pd 3 ans puis tous les 6 mois pd 2 ans.
- ACE / 3 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans.
- Echographie abd /3 mois pendant 3 ans puis 1 fois par an pd 2 ans en alternance avec la TDM (si échographie non contributive, TDM hépatique tous les 6 mois pendant 3 ans).
- TDM thoraco-abdomino-pelvien dans les 6mois post op puis une fois par an pendant 5 ans
- Coloscopie à 3 ans (si coloscopie complète en préopératoire , 6mois) puis tous les 5ans si elle est normale. Si la coloscopie initiale a montré 3 adénomes ou plus, dont l'un mesure plus de 1 cm ou a un contingent vilieux la coloscopie sera faite à 1 an.
- Après 75 ans en cas de coloscopie normale, surveillance endoscopique est discutée au cas par cas.

CONCLUSION

- La chirurgie du cancer du rectum a fortement évolué au cours des dernières années. L'introduction du concept chirurgical de l'exérèse totale et systématique du «mésorectum» a permis de réduire de manière drastique le risque de récidives locales avec un minimum de séquelles genito urinaire .
- Le recul des limites de sécurité pour la résection rectale permet d'envisager une conservation de l'appareil sphinctérien et de la fonction anale dans la majorité des cas.
- L'exérèse locale des petites tumeurs est devenue plus précise grâce à l'utilisation de l'écho- endoscopique.
- Ces techniques chirurgicales nouvelles doivent être intégrées dans une approche pluri- ou mieux, interdisciplinaire du traitement moderne du cancer du rectum.