

# Cancer du rectum

**DR Y. NACEREDDINE**

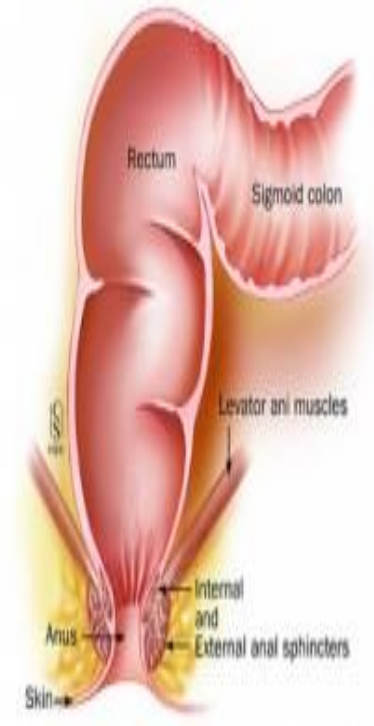
Maitre assistant en chirurgie générale  
Service de chirurgie oncologique  
Centre Anti Cancer de Sétif

# Définition

- Cancers épithéliaux de la paroi rectale représentés essentiellement par les **adénocarcinomes**
- On exclue: Carcinomes épidermoïdes, Tumeurs mésenchymateuses, Mélanomes malins

# Rappel anatomique

- La dernière portion du tube digestif entre 15-18 cm de longueur. Allant de la charnière recto sigmoïdienne (S3) jusqu'à la marge anale
- Le rectum est divisé en 3 portions:
  - **Bas Rectum** : [0-5 cm ] ou  $\leq 2$  cm du Bord supérieur du sphincter
  - **Moyen Rectum** : [5-10 cm ] ou 2 à 7 cm du bord supérieure sphincter
  - **Haut Rectum** : [10-15 cm ] ou  $> 7$  cm du Bord supérieur du sphincter



# Intérêts de la question

- Fréquence : 1<sup>e</sup> cancer digestif
- Diagnostic: tardif, malgré l'accessibilité au TR et l'endoscopie
- Traitement: essentiellement chirurgical, posant le problème de conservation sphinctérienne
- Pronostic: dépend de la précocité Dgc et de la qualité du TRT
- Prévention: qui passe par le dépistage précoce des lésions précancéreuses

# Epidémiologie(1)

- Fréquence : 1<sup>er</sup> Kc digestif
- 3<sup>e</sup> chez la femme après sein et col, chez l'homme 2<sup>e</sup> après celui du poumon
- Terrain :
  - Age et sexe : 2H /1F. 45-60ans
- Il peut survenir avant 40ans chez le sujet jeune avec une évolution rapide particulière
- FACTEURS DE RISQUE (identiques à ceux des cancers coliques)
  - Adénomes colorectaux
  - La rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH)

# Epidémiologie(2)

-Autres facteurs prédisposant:

- Facteurs diététiques et métaboliques : l'alimentation riche en graisses animales, et pauvre en fibres végétales (cellulose), favoriserait la cancérogenèse en augmentant le taux des acides biliaires dans les selles  
la consommation excessive de bière
- Géographique Pays développés
- Professionnel l'exposition à l'amiante, aux acrylonitriles
- Lésions précancéreuses:
- **PAF**
- **HNPCC** Le cancer héréditaire sans Polypose

# Anatomopathologie (1)

## 1. Macroscopie :

- La forme Ulcéro-bourgeonante, 80%
- La forme Végétante souple et repose sur une base dure
- La forme ulcéreuse pure est rare
- La forme Infiltrante squameuse, en virole

## 2. Microscopie

- Adénocarcinome : 95% des cas (Bien différencié lieberkhuniens, moyennement différencié ,Indifférencié )
- Colloïde ou mucoïde :10 à 12%

# Anatomopathologie (2)

## 4. Extension

- Extension tumorale locale T
  - Extension circonférentielle= sténose
  - Extension en profondeur à travers la paroi de la muqueuse à la séreuse
  - Extension longitudinale en haut et en bas
- Extension ganglionnaire N lymphatique
- Extension à distance ou métastatique M
  - Péritonéale -hépatique -pulmonaire

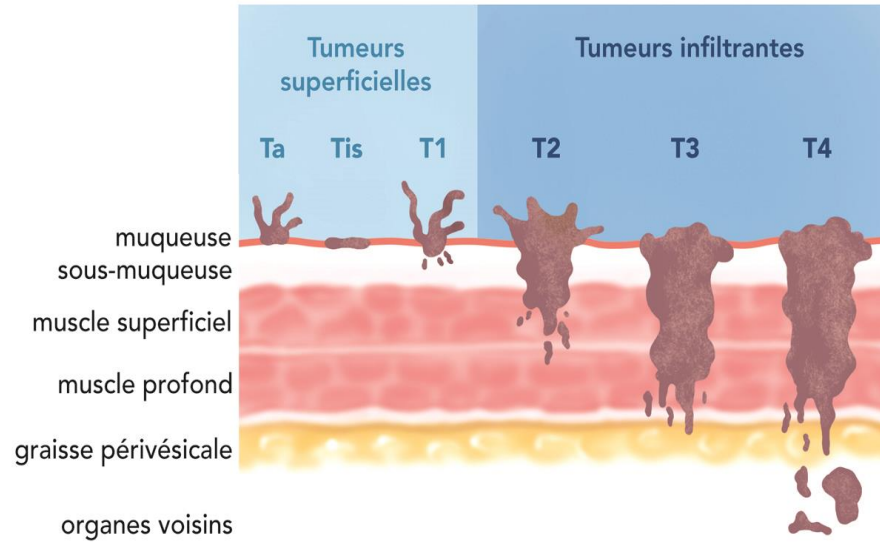


# Anatomopathologie (3)

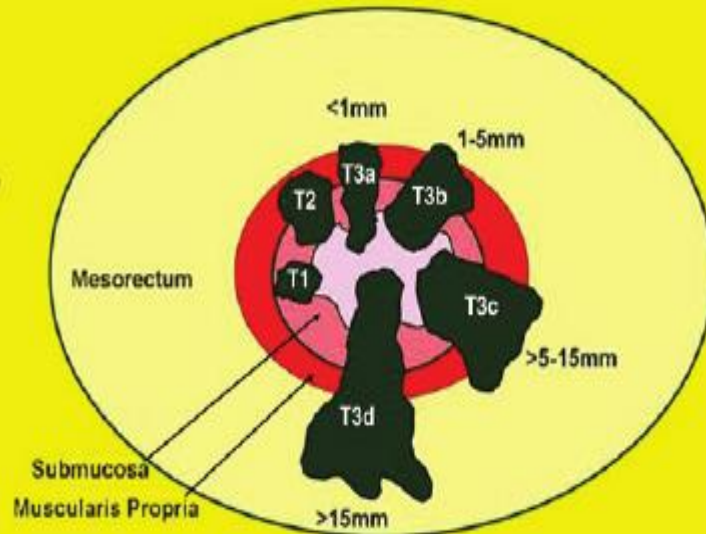
## 5. CLASSIFICATIONS TNM

- **T<sub>x</sub>** : profondeur de l'atteinte pariétale non spécifiée
- **T<sub>is</sub>** : cancer in situ (intra épithélial)
- **T<sub>1</sub>** : atteinte de la sous-muqueuse
- **T<sub>2</sub>** : atteinte de la musculeuse
- **T<sub>3</sub>** : atteinte de la séreuse (rectum péritonéale), la graisse péri-rectale MESORECTUM (rectum sous péritonéal)
- **T<sub>4</sub>** : Tumeur envahissant au moins un organe de voisinage
  
- **N<sub>x</sub>** : atteinte ganglionnaire non précisée
- **N<sub>o</sub>** : ganglions non atteints
- **N<sub>1</sub>** : atteintes **1** à **3** ganglionnaires régionaux
- **N<sub>2</sub>** : atteintes **4** ou **plus** ganglionnaires régionaux
  
- **M<sub>x</sub>** : atteinte non précisée
- **M<sub>o</sub>** : absence de métastases
- **M<sub>1</sub>** : métastases présentes. (L'atteinte des gg iliaques externes ou iliaques communs est considérée comme M<sub>1</sub> ainsi que Gg de troisier)

# Les stades du cancer



Tx	Primary tumor cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumor
T1	Tumor invades submucosa but does not extend into circular muscle layer
T2	Tumor invades but does not penetrate MP
T3	Tumor invades subserosa through MP
T3a	• Tumor extends <1mm beyond MP
T3b	• Tumor extends ≥1-5mm beyond MP
T3c	• Tumor extends >5-15mm beyond MP
T3d	• Tumor extends >15mm beyond MP
T4	Tumor invades:
T4a	• Peritoneal reflection
T4b	• Others organs



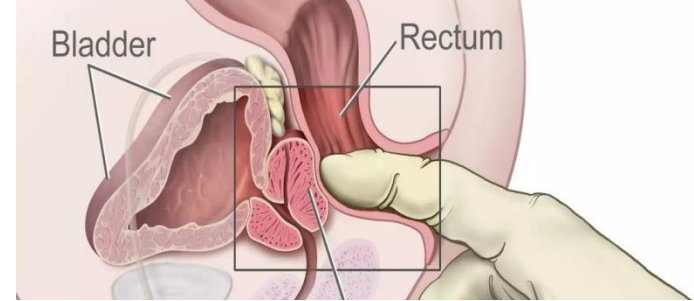
# Diagnostique positif(1)

## A. Clinique: 1. signes fonctionnels:

- Rectorragies : signe d'alarme+++
- Syndrome rectal de Bensaude:
  - Ténésme: sensation de corps étranger intra rectal
  - Epreintes: douleurs rectale avant l'exonération
  - Faux besoins: envie impérieuse d'aller à la selle avec émission de glaires parfois sanglantes
- Troubles du transit: diarrhée ou constipation ou alternance des 2
- Troubles urinaire

## 2. signes généraux: souvent absent AEG

# Diagnostique positif(2)



## 3. Examen physique: -toucher rectal ++++++

- En DD sur plan dur, Cuisse fléchie, faisant pousser le patient, l'ampoule rectale étant vide
- On peut explorer le bas et le moyen rectum ,apprécie:
- **le type** de tumeur: ulcérovégétante, bourgeonnant, chou-fleur irrégulier, friable, sessile à base indurée,
- la **taille** de la tumeur, **siège exact** par rapport aux parois rectales et par rapport à la marge anale –
- le **caractère infiltrant** de la tumeur, son **caractère mobile ou fixé** par rapport aux parois pelviennes et aux structures pelviennes antérieures
- -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
- Permet d'explorer le CDS de Douglas découvrant parfois un nodule **de Carcinose** péritonéale

# Diagnostique positif(3)

- Examen général: pâleur, HPM, gg troisier
- Autres modes de révélation:
  - Complications: hémorragies digestive, occlusion, perforation, métastase
  - Syndrome paranéoplasique: fièvre à long court, TVP, neuropathie périphérique, acanthosis nigricans

# Diagnostique positif(4)

## B. Examens complémentaires:

- **rectosigmoidoscopie** à tube rigide + biopsies multiples

**DIAGNOSTIC** : Repose sur le TR, endoscopie et biopsie



# Bilan d'extension(1)

## A. Clinique:

- **loco régional:** TR( fixité de la tumeur, tumeur pelvienne, signes urogénitaux
- **Général:** HPM, ascite, Carcinose, GG troisièr, Ex pulmonaire et osseux

## B. Par acinique:

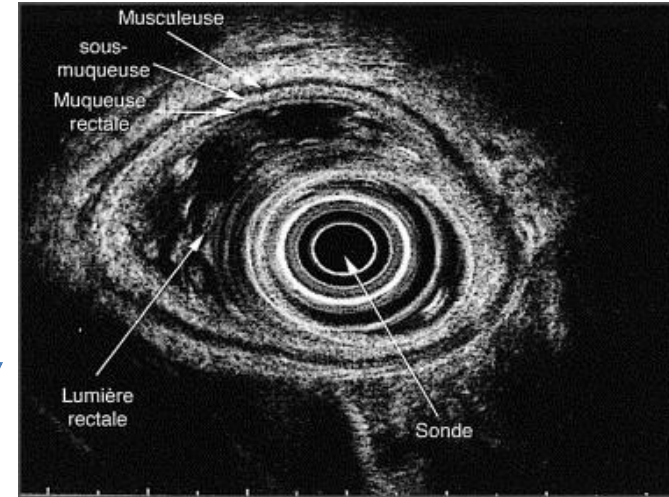
1. **Echo endoscopie:** +++extension pariétale,+organes de voisinage, distance au sphincter, extension gg péri rectale, extension en hauteur
2. **IRM pelvienne:** ++infiltration du mésorectum, gg régionaux, sphincter anal (tumeurs T3,T4)
3. **TDM thoraco abdomino pelvienne**
4. **Colonoscopie totale:** cancer colique synchrone ou polype
5. **En fonction des symptômes:** scintigraphie osseuse, uroscan,cystoscopie



# Bilan d'extension(2)

## 1. EXTENSION LOCALE

- TR
- Rectoscopie rigide
- Echoendoscopie rectale
- IRM pour les tumeurs classées T3,T4: marge circonférentielle +++



## 2. EXTENSION A DISTANCE

- TDM Thoraco-abdomino-pelvienne

3. COLOSCOPIE Totale (systématique) si tumeur non sténosante, si non colo scanner



# Bilan d'opérabilité

1. **Terrain:** l' âge physiologique, comorbidité
2. **Etat nutritionnel:** perte de poids, albumémie, protides totaux
3. **Marqueurs tumoraux:** ACE, suivi post opératoire
4. **Bilan pré opératoire standard**

# Diagnostique différentiel

1. hémorroïdes
2. cancer prostatique
3. cancer du col de l'utérus ou du vagin envahissant la cloison recto-vaginale
4. l'endométriose rectale
5. les sténoses inflammatoires rectales : radiques (après trt d'un cancer gynécologique), ischémiques, amibiases, maladie de Nicolas – Favre.
6. ulcère solitaire du rectum ou certaines rectites spécifiques (tuberculose, maladie de Crohn, syphilis)

# Traitement(1)

❑ Buts: résection carcinologique de la tumeur(marges saines+ curage gg)

❑ Moyens

1. **Médicaux**: réanimation( correction des tares, ATB )
2. **Radiothérapie**: diminution de la taille de la tumeur et le taux de récidence
3. **Chimiothérapie systémique**: diminution des taux de récidence et de métastases
4. **Chirurgie**:. Enlever la tumeur et ses relais ganglionnaires
  - .Rétablir la continuité digestive
  - .Préserver la fonction sphinctérienne
  - .Eviter les récidentes
  - .Préserver la qualité de vies

# Traitement(2)

## □ Indications:

1. Radiothérapie préopératoire /radio chimiothérapie pré op: pour les tumeurs du tiers moyen et inférieur en cas d'atteinte du mésorectum ou en cas de présence d'adénopathie

## 2. Chirurgie:

- Amputation abdomino périneale : Exérèse en totalité de l'ampoule rectale, de l'appareil sphinctérien et du canal anal dans le cas des tumeurs proches de l'appareil sphinctérien (moins de 1 cm du sphincter)
- Résection par voie abdominale: résection antérieure du rectum, Le rectum sera sectionné au dessous de la tumeur en respectant une marge de sécurité de 5 cm et la continuité digestive sera rétablie par une anastomose colorectale
- Résections inter sphinctérienne :Exérèse en totalité de l'ampoule rectale avec respect du sphincter externe+ anastomose colo anale
- Intervention de Hartmann : résection sans rétablissement de continuité+ colostomie iliaque gauche
- Le type de l'intervention est dicté par le siège de la tumeur par rapport à l'appareil sphinctérien

# Facteurs pronostique

## 1. Cliniques :

- . Age : les formes des sujets jeunes (< 40 ans) seraient de plus mauvais pronostic,
- . Siège du cancer : les cancers du bas rectum sont de mauvais pronostic
- . Cancer révélé par une complication :occlusion  
Perforations

## 2. Anatomopathologie :

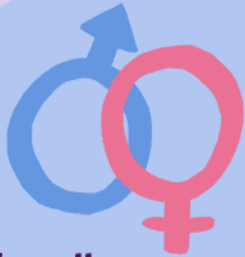
- Degré de différenciation de la tumeur
- Degré d'infiltration pariétale
- Envahissement ganglionnaire
- Engainement tumoral périnerveux

# Conclusion

- Le trt du cancer du rectum a évolué au cours de ces dernières années
- Intérêt du TR dans le diagnostic précoce
- La Radiothérapie diminue le risque de récurrence locorégionales
- Intérêt de la prévention

# Colon Cancer

# Rectal Cancer



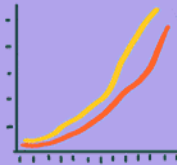
Equally common in both genders



Radiation not commonly used



Easier surgical treatment



Incidence rates



Risk factors



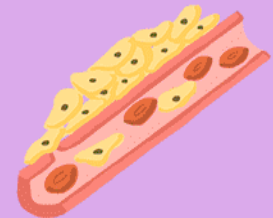
Genetic makeup



Symptoms



More common in men



Metastasizes more easily



More difficult to cure

LIMITER LA CONSOMMATION  
DE VIANDES ROUGES  
ET CHARCUTERIES

LIMITER LA CONSOMMATION  
DE BOISSONS SUCRÉES

LIMITER LA CONSOMMATION  
D'ALCOOL

NE PAS CONSOMMER  
DE COMPLÉMENTS  
ALIMENTAIRES POUR  
LA PRÉVENTION  
DES CANCERS

POUR LES MÈRES :  
SI POSSIBLE,  
ALLAITER  
SON ENFANT

APRES UN DIAGNOSTIC  
DE CANCER :  
SI POSSIBLE, SUIVRE CES  
RECOMMANDATIONS

LIMITER LA CONSOMMATION DE  
«FAST FOOD» ET AUTRES ALIMENTS  
TRANSFORMÉS RICHES  
EN MATIÈRE GRASSE,  
AMIDON OU SUCRE

World  
Cancer  
Research  
Fund



American  
Institute for  
Cancer  
Research

# RECOMMANDATIONS POUR LA PRÉVENTION DES CANCERS

Pour réduire le risque de cancer, il est aussi important de ne pas fumer, de ne pas être exposé à la fumée du tabac, et d'éviter l'exposition excessive au soleil.

Suivre ces recommandations permet également de réduire les apports en sel, en acides gras trans et saturés. Ensemble, elles contribuent à prévenir d'autres maladies chroniques.

MAINTENIR UN  
« POIDS SANTÉ »

ETRE  
PHYSIQUEMENT  
ACTIF

AVOIR UNE  
ALIMENTATION  
RICHE EN  
CÉRÉALES COMPLÈTES,  
LÉGUMES SECS  
ET EN FRUITS  
ET LÉGUMES