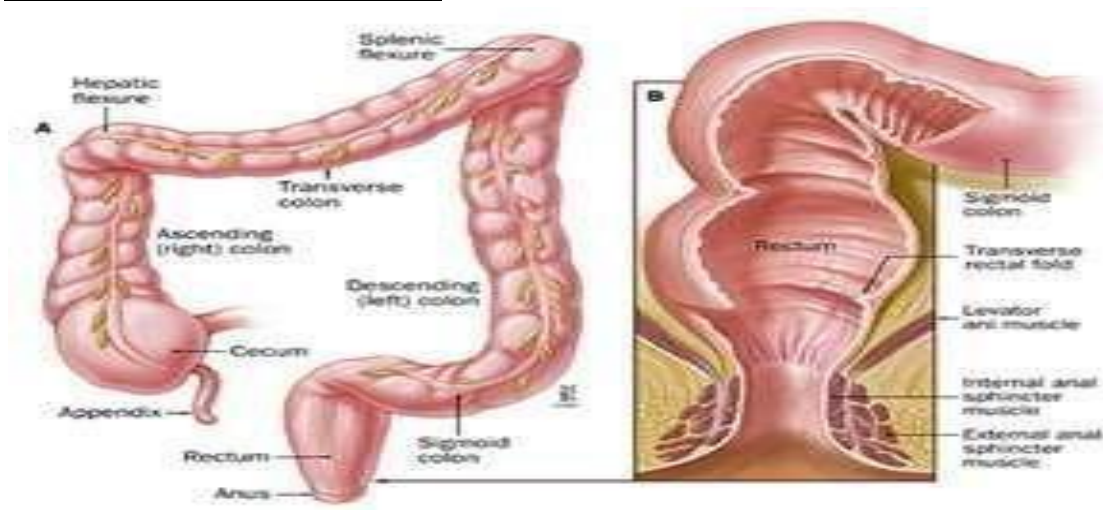


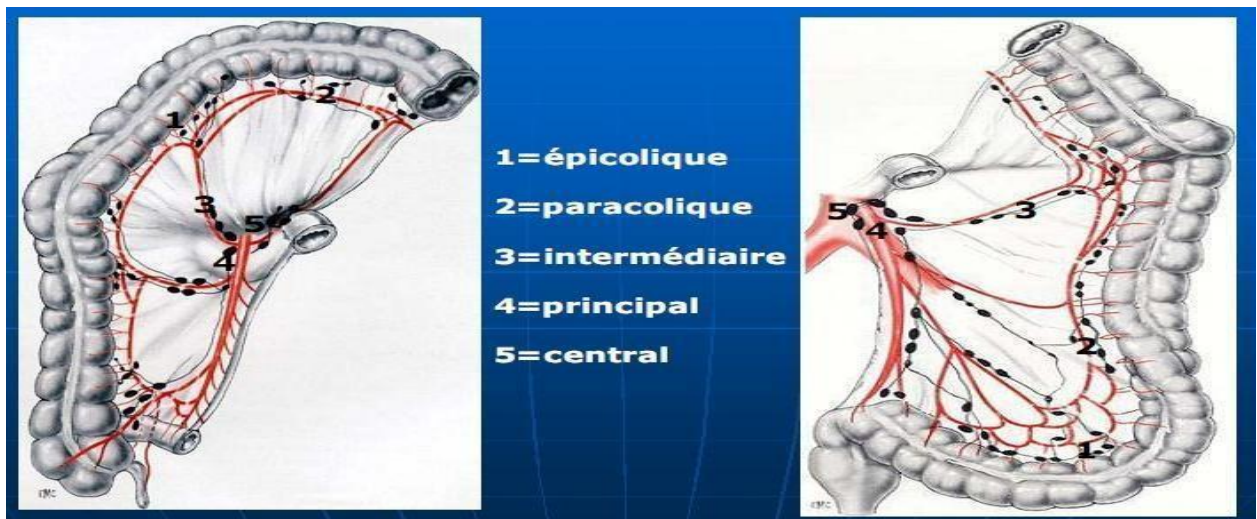
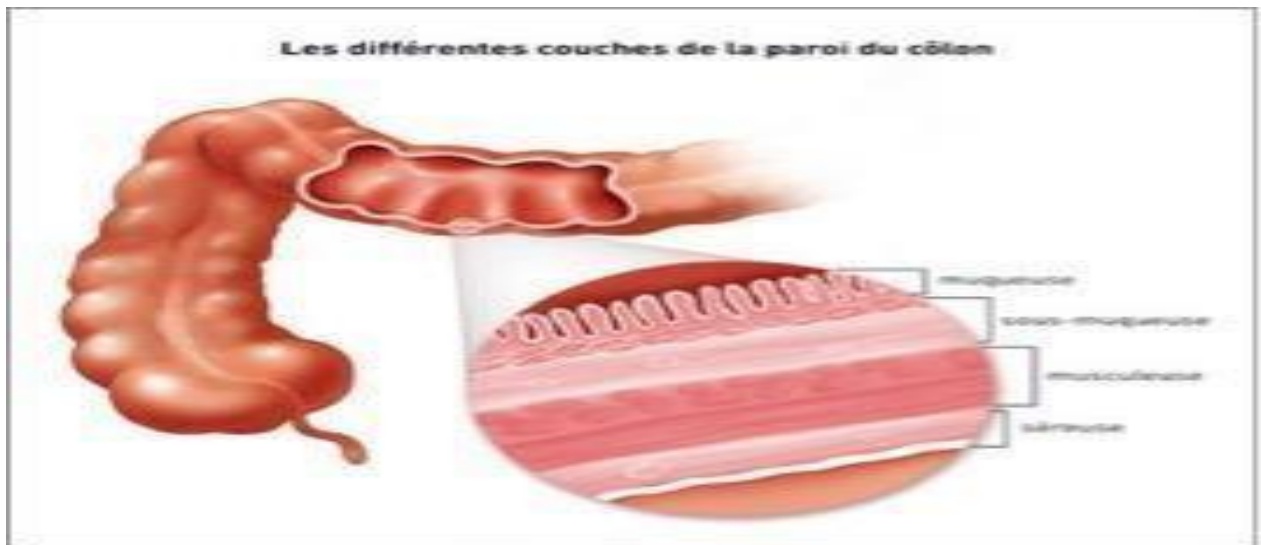
CANCER COLIQUE

I/INTRODUCTION / EPIDEMIOLOGIE

- Les cancers coliques : problème de santé publique par leur fréquence et leur gravité.
- le cancer colique (adénocarcinome) est le premier cancer chez l'homme en Algérie.
- Son incidence a augmenté ces vingt dernières années
- Il représente la deuxième cause de mortalité par cancer.
- La réduction de la mortalité par cancer colorectal grâce au dépistage et au traitement des lésions pré-cancéreuses et des lésions cancéreuses à un stade curable représente actuellement un objectif majeur de santé publique
- Diagnostic : souvent tardif. Il est basé essentiellement sur la coloscopie.
La banalité des symptômes (en dehors des formes compliquées) explique le retard souvent observé dans le diagnostic.
- Traitement :
A l'heure actuelle, la chirurgie reste la pierre angulaire de la prise en charge du cancer colorectal.
La chimiothérapie systémique adjuvante permet de réduire le risque de récurrences dans les stades avancés.
D'importants progrès ont été réalisés dans le traitement chirurgical des formes métastatique, notamment celle des métastases hépatiques.
Pronostic : Après traitement, la survie globale à 5 ans, avoisine 60% en occident.

II/RAPPEL ANATOMIQUE





III/PATHOGENIE

A/Facteurs de risques environnementaux du cancer colorectal ?

Protecteurs

- Activité physique
- Poids normal
- Fibres alimentaires (légumes, fruits)
- Vitamines (A, C, D, E)
- Anti-oxydants

Néfastes

- Sédentarité
- Surpoids
- Apport excessif de calories
- Régimes riches en protéines (notamment viandes rouges, grasses, grillées)
- Régimes riches en graisses (notamment saturées, animales)

Alcool & tabac (sur-risque modéré)

B/ Les états précancéreux

Le cancer colique n'apparaît pratiquement jamais de novo sur une muqueuse saine, mais sur des anomalies préexistantes de l'épithélium colique qui dans 80% sont des polypes.

a. Anomalies génétiques:

Le risque d'avoir un cancer colorectal est plus élevé si un proche a ou a eu un cancer colorectal. Ce risque augmente avec le nombre de personnes atteintes dans une même famille.

On peut donc identifier des familles à risque, présentant des mutations (anomalies génétiques) spécifiques qui prédisposent non seulement au cancer colorectal mais aussi à d'autres cancers digestifs, gynécologiques...

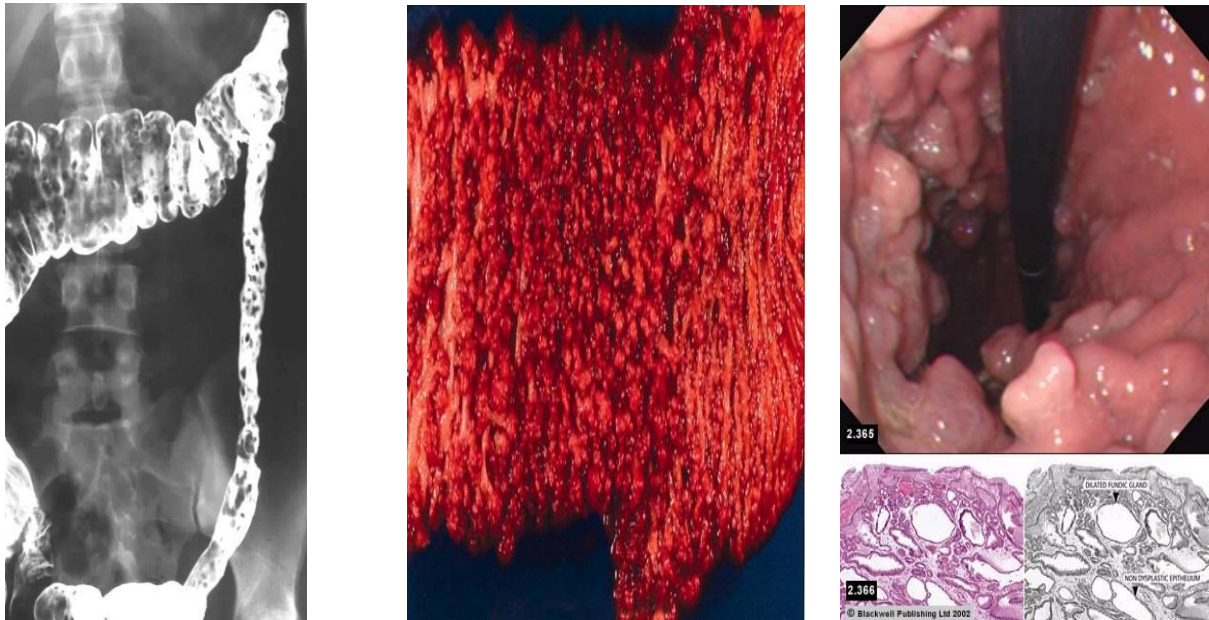
Ces familles ne représentent cependant que 5 % des cancers colorectaux

- **Au cours de la polypose adénomateuse familiale (PAF) :**

Transmise sur le mode autosomique dominant.

Responsable de 0,5 % des CCR, caractérisée par l'apparition de centaines, voire de milliers d'adénomes colorectaux après la puberté.

Le gène muté (gène APC est un gène localisé sur le bras long du chromosome 5).



- **Au cours du syndrome de cancer colique héréditaire sans polypose (HNPCC) : ou syndrome de Lynch. De transmission autosomique dominante . Mutation constitutionnelle d'un des gènes (MLH1-MSH2).**

Ils surviennent vers l'âge de 40 à 50 ans.

responsable que de 3 à 5% des cancers colorectaux.

Les personnes atteintes ont un risque de 60 à 80 % de développer un cancer colorectal au cours de leur vie.

D'autres cancers peuvent être associés : endomètre, ovaires, estomac, hépatobiliaire, urinaire.

FACTEURS DE RISQUE GENETIQUES DU CANCER COLORECTAL

b) Polype – Cancer

Le terme de polype colorectal désigne une tumeur de petite dimension faisant saillie dans la lumière du côlon ou du rectum sans préjuger de sa nature histologique.

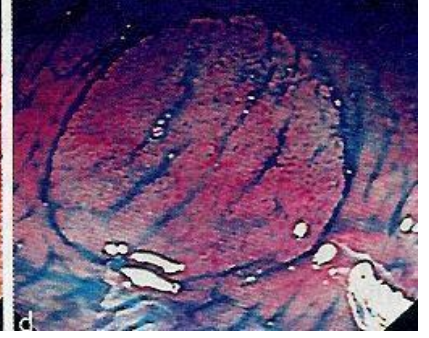
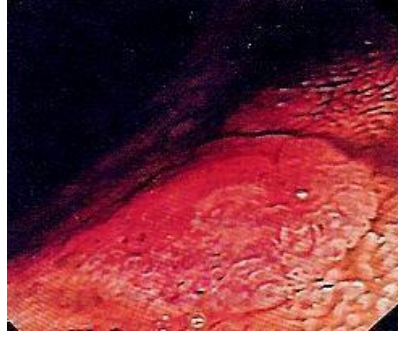
Le polype peut être sessile (comme un verre de montre ou le sommet d'une colline posé sur la paroi, dans sa continuité), pédiculé (comme un champignon ou un battant de cloche, avec une tige et une tête), ou plan (relief peu ou pas perceptible en endoscopie standard), de nature bénigne ou maligne.

Lorsqu'il existe de nombreux polypes (> 10), on parle de polypose.

Polype
pédiculé



Polype
sessile



HISTOLOGIE DES POLYPES

Il existe quatre variétés histologiques de polypes colorectaux bénins, (les polypes hyperplasiques, juvéniles, pseudo-polypes inflammatoires) dont seuls les polypes adénomateux peuvent se transformer en cancers :
– les polypes adénomateux (ou polyadénome ou adénome) résultent de la prolifération des cellules des glandes de Lieberkühn. La classification OMS distingue trois sous-types histologiques :

- l'adénome tubuleux (75 %),
- l'adénome tubulo-villeux (20 %),
- l'adénome villeux (5 %).

Le cancer invasif est précédé par une dysplasie. On décrit deux degrés de dysplasie : bas grade et haut grade.

Tout adénome bénin est par définition en dysplasie de bas grade.

La dysplasie de haut grade correspond au premier stade du cancer (cancer intra-épithélial) .

FILIATION ADÉNOME-CANCER

Le type histologique des cancers colorectaux, l'adénocarcinome, se développe le plus souvent à partir d'un adénome.

Celui-ci peut être pédiculé, sessile ou même être à peine en relief dans le cas de l'adénome plan.

Le risque de cancer croît avec :

le nombre.

la taille de l'adénome (> 1 cm) .

la proportion du contingent villeux.

Les polypes de 2 cm ou plus ont une fréquence de cancérisation d'environ 50 %, contre 1 % pour les adénomes de moins de 1 cm

Les polypes villeux présentent le plus grand risque de cancérisation (40 %).

les polypes tubulaires, le plus faible risque (5 %) .

les polypes tubulovilleux, un risque moyen (22 %).

Polypes Adénomateux

Les polypes adénomateux représentent 10% de tous les polypes du colon.

Plus de 90% sont < 1.5 cm et ont un faible potentiel de malignité.

Les polypes adénomateux plus gros (10%) ont un plus grand potentiel de malignité

Les adénomes sont divisés en 3 catégories : tubuleux, tubulo-villeux et villeux.

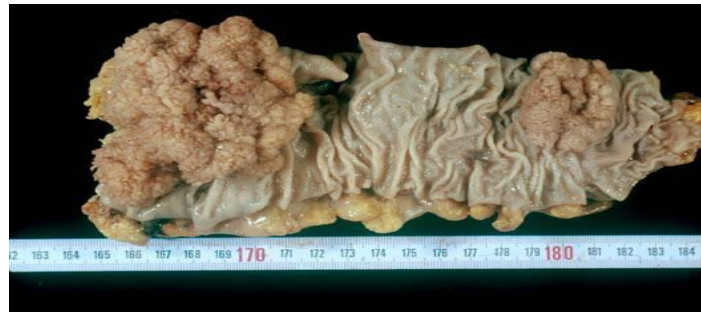
Les tubuleux : fréquents (75%) et se retrouvent partout dans le colon.

Ils peuvent être pédiculés ou sessiles.

Les polypes villeux se rencontrent plus fréquemment au niveau du rectum.

Ils sont plus gros, non-pédiculés avec une surface veloutée ou en chou-fleur.

Ils comportent le plus grand risque de transformation maligne.



Présence de 2 masses sessiles polypoïdes d'aspect vilieux

Règle des 10%

10% de tous les polypes sont adénomateux

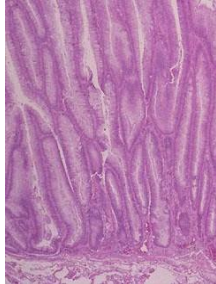
10% des polypes adénomateux sont > 1cm

10% des polypes adénomateux > 1 cm sont cancéreux

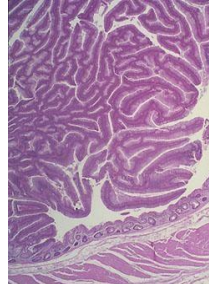
Séquence adénome ? adénocarcinome



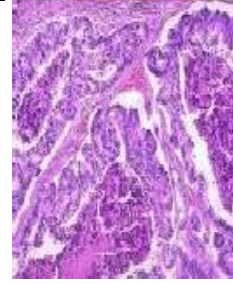
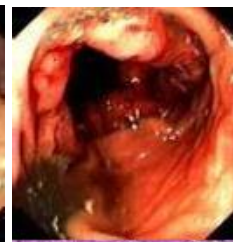
Muqueuse
colorectale
(revêtement de surface
interne) normale



Dysplasie
Modérée
(de bas grade)



Dysplasie
sévère
(de haut grade)



Cancer colorectal

c. Les maladies inflammatoires de l'intestin

La rectocolite ulcéro-hémorragique : Au delà de 10 ans d'évolution, le risque d'apparition d'un cancer

atteint 12%, et au delà de 30 ans, il atteint 30%, en cas de pan-colite.

Les localisations néoplasiques sont souvent multiples.

La maladie de Crohn : Le risque de dégénérescence est accru au delà de 8 ans d'évolution.

IV/Anatomopathologie

A) Formes macroscopiques

*Siege:

- 50% rectosigmoïde
- 15% caecum
- 15% colon ascendant et angle colique droit
- 13% colon descendant et angle colique gauche
- 8% colon transverse

*Aspect:

- ulcéro-infiltrant
- ulcéro-végétant
- végétant pure rare
- linite colique

*Complications:

- sténose
- perforation

B) Extension du cancer :

- **Locale:** envahissement des couches de la paroi colique.
- **Locorégionale:**

envahissement des organes de voisinage et du péritoine .

- **Lymphatique.** Le risque d'extension ganglionnaire augmente avec le degré d'infiltration tumorale en profondeur et avec le grade tumoral
- **Générale:** par voie veineuse vers :foie , poumon, cerveau, os.

V/CLINIQUE

• **Au niveau du côlon**

- 10 % des patients ont un seul symptôme, la plupart ont des symptômes multiples
- 30 % ont des signes d'obstruction chronique : constipation alternant avec diarrhée de vidange surtout lorsque la tumeur est située au niveau du côlon gauche
- 30 % ont des signes d'anémie chronique surtout lorsque la tumeur est située au niveau du côlon droit
- 40 % ont des douleurs abdominales ou pelviennes : pesanteur, douleurs à type de colique, souvent calmées par l'émission de matières ou de gaz
- 15 % ont une altération de l'état général : dénutrition, perte de poids, fatigue
- 8 % ont une complication aiguë inaugurale : péritonite par perforation, tableau d'abcédation, occlusion

VI/ DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

- **Interrogatoire**

L'interrogatoire précise notamment :

Les facteurs de risque.

Les antécédents personnels et familiaux et leur âge de survenue :

De cancer colorectal.

D'adénome colorectal.

D'un cancer appartenant au syndrome de Lynch, de polypose adénomateuse familiale.

- **Examen clinique**

L'examen clinique comprend :

Une évaluation de l'état général et nutritionnel (taille, poids, amaigrissement récent) ;

Un examen de l'abdomen.

Touchers pelviens.

Une palpation des aires ganglionnaires

Le TOUCHER RECTAL (cancer du rectum) : est essentiel à la recherche d'une localisation rectale associée.

- **DIAGNOSTIC POSITIF DE LA TUMEUR PRIMITIVE**

Repose sur l'examen microscopique d'un prélèvement de tumeur :

La biopsie de la coloscopie. Précise le type histologique, le degré de différenciation.

ENDOSCOPIE/ Permet d'effectuer des biopsies pour poser le diagnostic de certitude et d'identifier la différenciation tumorale



K du sigmoïde (douleur et rectorragies)



T colique en lobe d'oreille (Anémie)

LAVEMENT BARYTÉ / N'est plus examen de première intention

BIOLOGIE

Marqueurs tumoraux : seul le dosage de l'antigène carcinoembryonnaire (ACE) peut être réalisé dans le bilan initial du cancer colorectal. L'ACE revêt un intérêt pronostique

Hémogramme.

Tests des fonctions rénale et hépatique

VII/ BILAN D'EXTENSION : vise à répondre aux questions suivantes :

- la tumeur est-elle résécable ou non ?
- la maladie a-t-elle déjà diffusé à distance ?
- y-a-t-il justification à délivrer un traitement préopératoire ?

- **Imagerie**

La **tomodensitométrie thoracoabdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste.**

D'autres examens peuvent être utilisés en complément, notamment :

- **Bilan Clinique**

Etat général (indice OMS)

Un bilan nutritionnel clinique et biologique est réalisé (poids, taille et perte de poids).

Rechercher une HPMG

-GG de Troisier

-carcinose péritonéale au TR.

VIII/ Classification TNM

Tis : intra épithélial
T1 : envahit la sous muqueuse
T2 : envahit la musculuse
T3 : la sous séreuse et/ou le tissu péri-rectal
T4 : structure de voisinage
N1 : 1 à 3 ganglions régionaux
N2 : 4 ganglions ou plus
M0 : pas de méta
M1 : présence de métastase

VIII/ PRINCIPES DU TRAITEMENT

La chirurgie reste la base du traitement des cancers colique, et c'est la seule thérapeutique capable de guérir ce cancer.

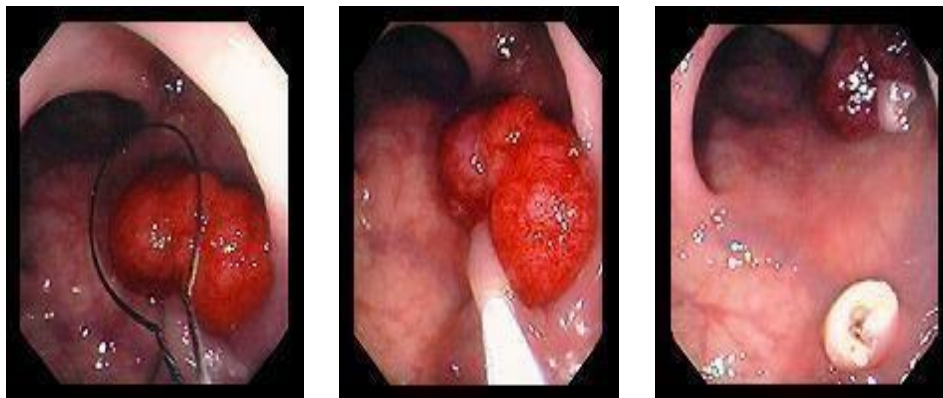
Son principe repose sur l'exérèse de la tumeur primitive avec des marges de côlon saines, associée à l'exérèse des vaisseaux et du mésocôlon contenant les canaux et les ganglions lymphatiques.

PRISE EN CHARGE DES ADENOMES

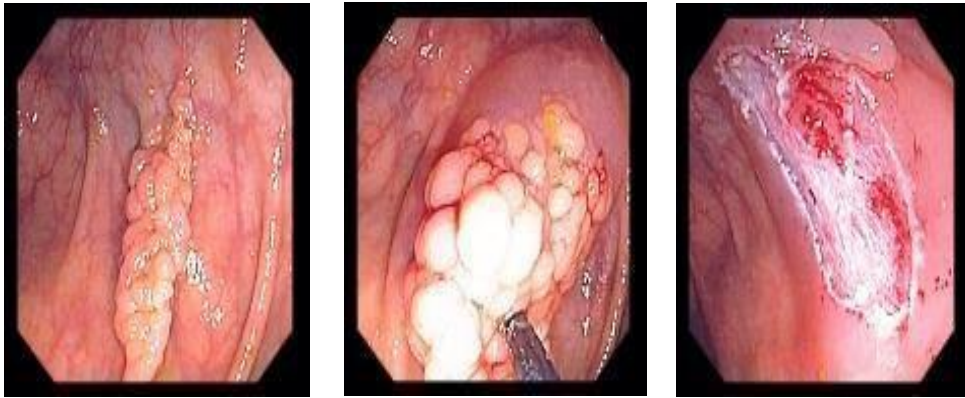
Anse diathermique : pédiculé

Mucosectomie : sessile

Chirurgie : gros polype sessile



Anse diathermique : pédiculé



Mucosectomie : sessile

TRAITEMENT DU CANCER

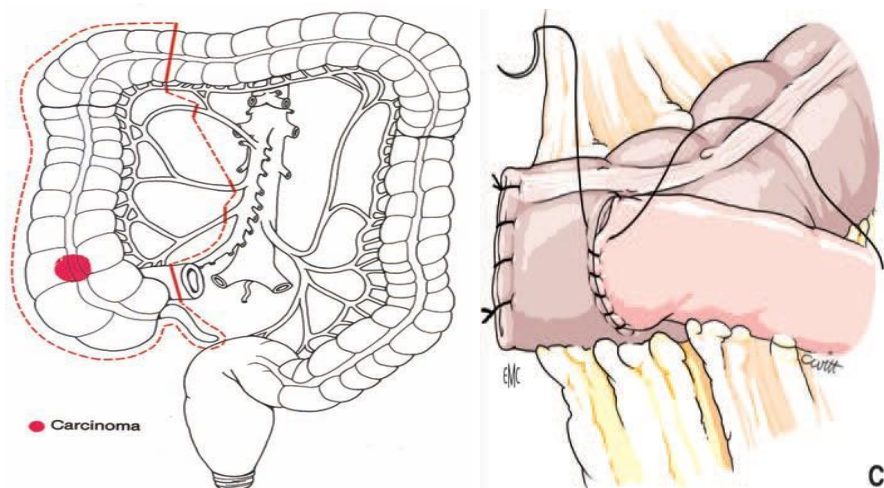
- **Chirurgie:** traitement local
- **Chimiothérapie:** traitement systémique:
 - Pour diminuer la tumeur avant la chirurgie: préopératoire ou néoadjuvante
 - Pour éliminer des éventuelles cellules parties en voyage (« chimio de sécurité »): adjuvante
 - Pour freiner la maladie métastatique: palliative

Une résection oncologique

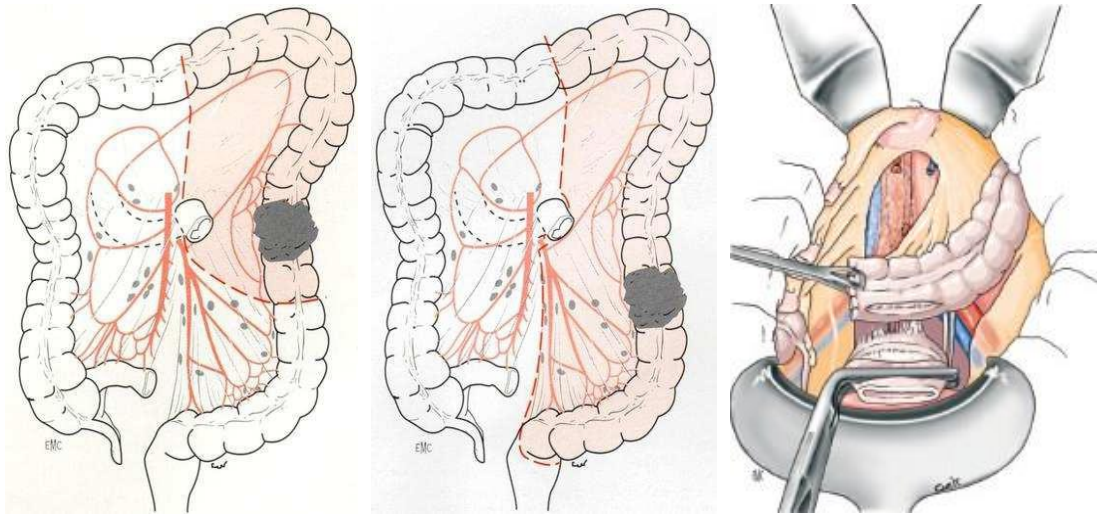
- Exérèse de la tumeur primitive avec une marge saine
- Curage ganglionnaire associé
- Coelioscopie = laparotomie

Chirurgie curative :

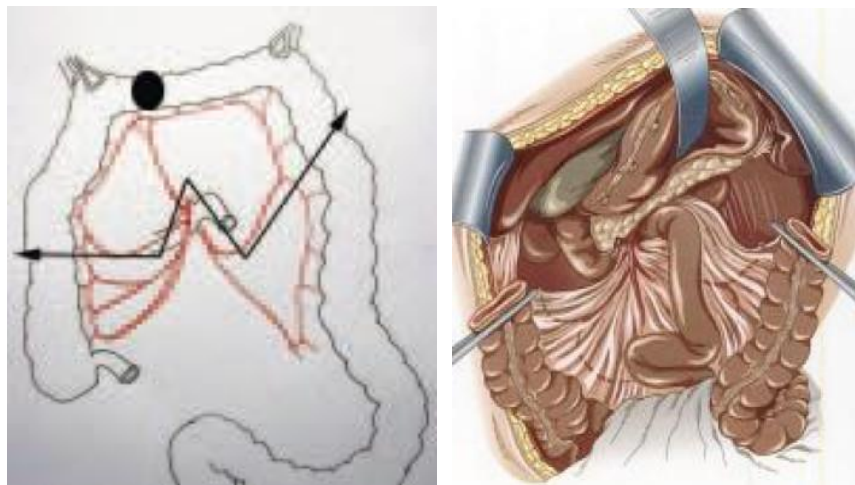
- **Cancer du colon droit:** Hémicolectomie droite +anastomose iléo-transverse



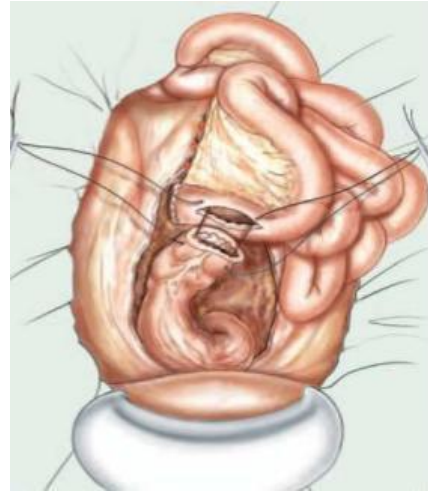
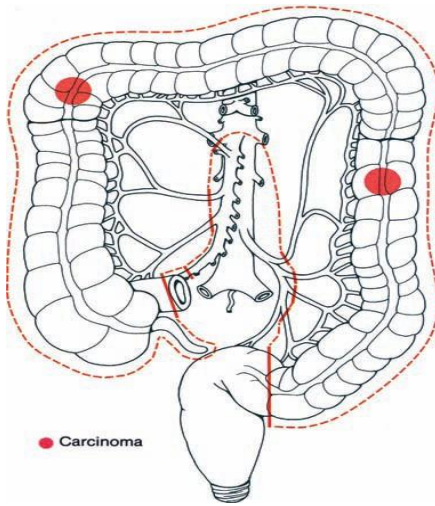
- **Cancer du colon gauche:** Hémicolectomie gauche + anastomose colo-rectale



- **Cancer du colon transverse:** colectomie transverse



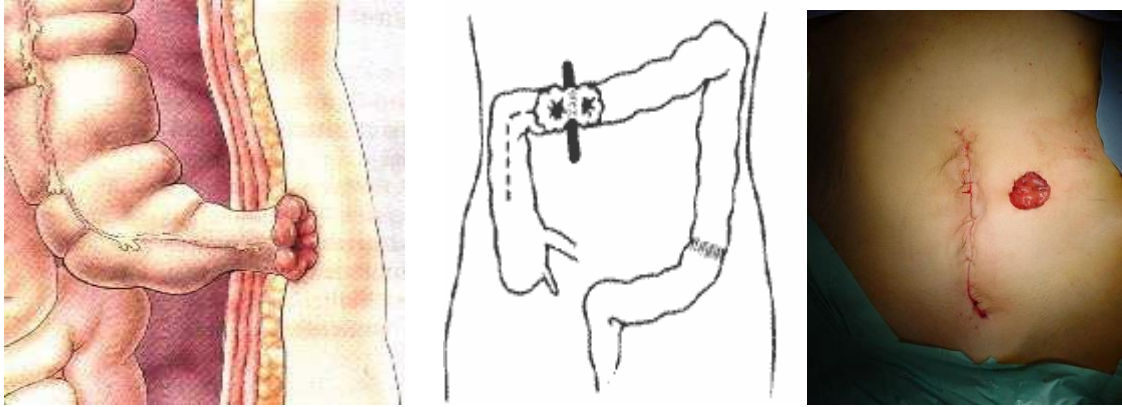
- **Cancer bipolaire:** colectomie totale + anastomose iléorectale.



Les stomies

Types de stomie:

- Organe
- Temporaire – définitive
- Terminale – latérale



Chirurgie palliative:

- **Dérivations internes:**
Anastomose iléo transverse.
Anastomose transverso sigmoïdienne.
Anastomose ileo sigmoïdienne.
- **Dérivations externes:**
Colostomie.
Iléostomie.
- **Résection segmentaire de propreté.**

Chimiothérapie

En postopératoire (adjuvante)

Si T3, T4, ou N+, et/ou si facteurs de mauvais pronostique

5 FU + acide folinique (type FOLFOX4) pendant 6 mois

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES CANCERS COLIQUES COMPLIQUES

Le traitement repose sur le principe d'une intervention en urgence.

- **Occlusion:** l'intervention de choix est une colostomie première, en amont de la tumeur, suivie après 8-15 jours d'une résection avec anastomose emmenant la colostomie.
*L'alternative : résection segmentaire avec lavage colique per-opératoire et anastomose en un temps.
*La mise en place d'une prothèse colique trans-tumorale mise sous contrôle radiologique ou endoscopique à titre provisoire peut être également proposée
- **Perforation:** l'intervention de choix
résection de la tumeur et réalisation d'une ou deux stomies, suivie du rétablissement ultérieur de la continuité

En cas de Métastases Hépatiques : quel traitement ?

- Au stade des métastases (stade IV) : La chimiothérapie
 - Peut rendre les métastases opérables
 - Si les métastases restent inopérables : traitement *bénéfique si*
 - stoppe la progression de la maladie
 - Permet de vivre mieux et longtemps
 - Durée : souvent prolongée plusieurs mois ou années
 - Arrêts temporaires souvent envisageable
- Métastases hépatiques synchrones resecables:
La majorité des auteurs préconisent :
 - Une résection radicale du cancer primitif suivie d'une résection hépatique après chimiothérapie
 - Embolisation
 - Radiofréquence

IX/ SURVEILLANCE POST-THERAPEUTIQUE

Vise à dépister une récurrence.

75 % des rechutes surviennent dans les 3 premières années.

La clinique : symptômes, toucher rectal, recherche hépatomégalie, de ganglions sus claviculaires

- la biologie : L'augmentation de l'ACE peut constituer un élément de surveillance.
- les examens radiologiques visant à dépister les métastases : échographie abdominale, radiographie pulmonaire
- la coloscopie 1an après la chirurgie puis tous les 5ans

X/DEPISTAGE

Le dépistage s'adresse aux personnes asymptomatiques , les personnes à risque moyen de développer un cancer colorectal

Le dépistage repose sur:

Une recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans chez les sujets âgés de 50 à 74 ans (test actuel au gaïac) (Hémocult) , suivie d'une coloscopie totale chez les individus dépistés positifs pour rechercher un cancer ou un adénome.

Devant un test au gaïac positif, la coloscopie est impérative.

Une recherche négative de sang occulte dans les selles ne permet pas d'éliminer l'éventualité d'un cancer colorectal.

En revanche, sa répétition tous les 2 ans entraîne une amélioration de la sensibilité du dépistage.

Le dépistage pour les sujets à risque élevé de cancer colorectal repose sur une coloscopie à partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic chez un apparenté au premier degré de moins de 65 ans.

Le dépistage du cancer dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin fait l'objet d'un protocole de surveillance endoscopique et biopsique spécifique.

Le dépistage pour les sujets à risque très élevé relève d'une prise en charge spécialisée (consultation d'oncogénétique et dépistage endoscopique par chromocoloscopie).

XI/ CONCLUSION

Les cancers colorectaux sont extrêmement fréquents en Algérie comme à l'échelle mondiale.

Il est donc urgent de considérer les cancers colorectaux comme un véritable problème de santé publique pour lequel il faudra désormais apporter des solutions précises aux différents niveaux de prise en charge.

Le traitement a bénéficié ces dernières années d'avancées importantes au plan des techniques chirurgicales de l'anesthésie réanimation, comme sur le plan des de la chimiothérapie adjuvante. Beaucoup de progrès restent faire en matière de dépistage des formes précoces.

CANCER DU RECTUM

Dr ZERROUKI .A

Service de chirurgie oncologique digestive et endocrinienne

CLCC de SIDI BEL ABBES

OBJECTIFS:

1. Identifier les facteurs de risque des cancers colorectaux.
2. Citer les circonstances de découverte des cancers colorectaux.
4. Etablir le diagnostic positif des cancers colorectaux.
5. Indiquer les examens permettant d'établir le bilan d'extension d'un cancer colorectal.
6. Planifier la prise en charge thérapeutique des cancers colorectaux.
7. Enumérer les facteurs pronostiques des cancers colorectaux
8. Décrire les méthodes et stratégies de surveillance d'un patient traité pour cancer colorectal.
9. Planifier le dépistage des cancers colorectaux à l'échelle individuelle et communautaire en fonction des groupes à risque.

DEFINITION/ INTERET:

Le cancer du rectum : toutes les tumeurs malignes qui se développent au dépend de la paroi rectale, étendue de la jonction recto-sigmoïdienne au bord supérieur des releveurs de l'anus

- **La découverte encore bien souvent tardive** malgré leur **accessibilité** au **toucher rectal** et à l'**endoscopie**.
- Le **traitement est essentiellement chirurgical**.
- Le **pronostic**, qui sous réserve d'un **diagnostic précoce**, bénéficie **actuellement de larges possibilités thérapeutiques, amélioré ces dernières années**.
- Leur **prévention** qui passe par le **dépistage de certains facteurs prédisposants** et en particulier de la **polypose adénomateuse**.

ANATOMIE

Le rectum : segment terminal du tube digestif, il présente deux parties :

Rectum pelvien : ampoule rectale

Rectum périnéal: canal anal (2-3cm).

La limite inférieure est la ligne ano-pectinée.

La limite supérieure est la charnière recto-sigmoïdienne.

Chirurgicalement il est divisé en 3 parties.

-Le haut rectum :à plus de 10 cm de la marge anale.

à plus de 7 à 8 cm du bord supérieur du sphincter externe.

-Le moyen rectum: 5 à 10 cm de la marge anale

plus de 2 à 7 du sphincter externe.

-Le bas rectum : 0 à 5 cm de la marge anale.

0 à 2 cm du sphincter externe.

-Le canal anal sur 2 à 3 cm de la marge anale.

Rapport :

Le péritoine tapisse la face antérieure et supérieure du rectum pelvien formant le cul de sac recto-vaginal : chez la femme et recto-vésical : chez l'homme.

Le cul de sac de douglas définit le rectum sus-péritonéal et un rectum sous-péritonéal.

Les rapports du rectum sous-péritonéal :

En arrière fascia pré-sacré (nerfs pelviens plexus hypogastriques, les uretères en arrière)

En avant : l'aponévrose de Denonvilliers chez l'homme et la cloison recto-vaginale chez la femme.

Latéralement, le feuillet pariétal de la paroi latérale qui contient le plexus hypogastrique inférieur, nerf érecteur, nerf parasympathique provenant de S3.

Le méso rectum est le tissu cellulo-grasieux compris entre la musculature rectale et le feuillet viscéral du fascia recti. Développé sur les $\frac{3}{4}$ de la circonférence du rectum s/s péritonéal, c'est là où cheminent les vaisseaux.

Vascularisation

Artérielle : par l'artère rectale supérieure branche AMS.

par l'artère rectale moyenne.

par l'artère rectale inférieure.

par l'artère sacrée médiane.

Veineuse et lymphatique se calquent sur la vascularisation artérielle.

EPIDÉMIOLOGIE

- Les données épidémiologiques concernant les cancers du rectum sont en général indissociables de celles des **cancers du côlon**.
- C'est le **4^e cancer** dans le monde et le **2^e en Algérie**.
- Il représente **40 % des cancers colo-rectaux**.
- Il existe une **prédominance masculine** avec un **sex-ratio** compris entre **1,5 et 2**.
- **L'incidence augmente avec l'âge**, avec un **pic de fréquence** entre **50 et 60 ans**.
- **Fréquence beaucoup plus élevée** dans les **pays industrialisés** et **plus faible** dans les **pays sous-développés**.

EPIDÉMIOLOGIE/ facteurs de risque

✓ Facteurs de risque environnementaux

(Facteurs exogènes)

Protecteurs :

- | | |
|---|--|
| • Activité physique | • Vitamines antioxydantes (A, C, D, E) |
| • Poids normal | • Calcium et vitamine D |
| • Fibres alimentaires (légumes, fruits) | • Anti-oxydants |

Néfastes :

- | | |
|---|---|
| • Sédentarité | • Régimes riches en graisses (notamment saturées, animales) |
| • Surpoids | • Alcool & tabac (sur-risque modéré) |
| • Apport excessif de calories | • Bactéries anaérobies |
| • Régimes riches en protéines (notamment viandes rouges, grasses, grillées) | |

✓ Maladies inflammatoires chroniques :

- Rectocolite ulcéro-hémorragique (40 % de dégénérescence après 25 ans d'évolution).
- Maladie de Crohn (où le risque est bien plus faible) à partir de 8 ans d'évolution, (remise en question par certains auteurs).

✓ **Adénomes (villeux +++)**

- Les patients porteurs de polypes adénomateux ont un risque élevé de développer un cancer colorectal que le reste de la population.
- 60 à 80 % des cancers du rectum se développent à partir de polypes.
- Le terme de polype colorectal désigne une tumeur de petite dimension faisant saillie dans la lumière du côlon ou du rectum sans préjuger de sa nature histologique.
- Il peut être sessile, pédiculé ou plan
- Lorsqu'il existe de nombreux polypes (> 10), on parle de polypose
- les polypes adénomateux (ou polyadénome ou adénome) résultent de la prolifération des cellules des glandes de Lieberkühn.
- seuls les polypes adénomateux peuvent se transformer en cancers

La classification OMS distingue trois sous-types histologiques :

- l'adénome tubuleux (75 %),
- l'adénome tubulo-villeux (20 %),
- l'adénome villeux (5 %).

Le cancer invasif est précédé par une dysplasie. On décrit deux degrés de dysplasie : bas grade et haut grade.

Tout adénome bénin est par définition en dysplasie de bas grade.

La dysplasie de haut grade correspond au premier stade du cancer (cancer intra-épithélial)

.

Le risque de dégénérescence dépend de :

- Type histologique : Villeux > Tubuleux
- Degré de dysplasie : dysplasie de haut grade
- Taille : le risque augmente à partir de 1 cm
- Forme : base sessile, polype plan

Polype Adénomateux

✓ **Facteurs génétiques :**

Au cours de la Polypose Adénomateuse Familiale (PAF) : Maladie héréditaire à transmission autosomique dominant liée à une mutation du gène APC qui a été localisé au niveau du bras long du chromosome 5.

Syndrome de cancer colique héréditaire sans polypose (HNPCC) : Syndrome de Lynch Responsable que de 3 à 5% des cancers colorectaux de transmission autosomique dû à une mutation constitutionnelle d'un des gènes du MMR (MLH1-MSH2).

Ils surviennent vers l'âge de 40 à 50 ans

Risque de 60 à 80 % de développer un cancer colorectal au cours de la vie

ANATOMOPATHOLOGIE:

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
- linitiques et squirrheuses / colloïdes muqueuses.

Microscopie

- Adénocarcinome : 95% des cas (Bien différencié lieberkhuniens, moyennement différencié ,Indifférencié)
- Colloïde ou mucoïde :10 à 12%
- Autres formes plus rares : Carcinomes épidermoïdes / Tm endocrines / sarcomes / Lymphomes.

Voies de dissémination

Extension locale :

Circonférentielle= sténose

Transversale pour atteindre toutes les couches de la paroi rectale puis le graisse péri-rectale puis les organes de voisinage.

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

Extension lymphatique :

Le cancer rectal est **très lymphophile** avec **des métastases ganglionnaires** dès le **franchissement de la musculaire muqueuse, elle se fait de proche en proche**, au niveau des différents relais ganglionnaires.

Extension à distance :

- Métastases hépatiques synchrones 10 à 25% des cas.
- Pulmonaires synchrones 1 %.
- Cérébrales et osseuses et surrénaliennes rares et tardives.

ETUDE CLINIQUE

Circonstances de découverte :

Les signes révélateurs du cancer du rectum sont **variés, trop souvent banalisés**, et sont **négligés** par les patients ou les médecins, **retardant le diagnostic**.

Il peut s'agir de :

- **rectorragies,**
- **écoulements anormaux : glaires ou sécrétions mucopurulentes ;**
- **faux besoins : poussées impérieuses et répétées, sensation de pesanteur, de corps étranger intrarectal ;**
- **manifestations douloureuses : ténésmes et épreintes**

L'association de ces signes cliniques réalise le **syndrome rectal** décrit par **Bensaude**.

Il peut s'agir de signes **moins caractéristiques** tels que :

- **des troubles du transit (diarrhée ou constipation ou alternance des deux),**
- **de douleurs pelviennes ou périnéales,**
- **de troubles urinaires.**

Plus rarement, il s'agit de :

- **métastases révélatrices (hépatiques, pulmonaires ou ganglionnaires [sus-claviculaire gauche]),**
- **une altération de l'état général (asthénie, amaigrissement, fièvre, anémie),** témoignant d'un **cancer déjà évolué.**

EXAMEN CLINIQUE

Toucher rectal :

- Examen essentiel pour le diagnostic, l'évaluation tumorale et l'orientation thérapeutique
- Doit être réalisé en décubitus dorsal et en position genou pectoral, en faisant pousser le patient, l'ampoule rectale vide.
- Après examen du périnée et de la marge anale.
- Lésions accessibles : tumeurs du moyen et du bas rectum.

Permet d'apprécier :

- la taille de la tumeur et son caractère circonscrit
- Son siège : antérieur, postérieur ou latéral
- Son type : bourgeonnant, ulcéré ou infiltrant
- La distance entre le pôle inférieur de la tumeur et le plan des releveurs de l'anus et la marge anale.
- La mobilité sur les plans profonds (sacrum en arrière, filière génitale en avant avec Toucher bidentaire chez la femme)
- La présence éventuelle de nodules de carcinose péritonéale dans le CDS Douglas.

Examen clinique complet :

- **Un interrogatoire soigneux** précise :
- **les antécédents familiaux de cancers** (avec **arbre généalogique**).
- Poids, coloration des conjonctives
- Il recherche une **éventuelle dissémination métastatique** :
- palpation du **foie**,
- palpation de la **région ombilicale** à la recherche d'un **nodule de carcinose**,
- recherche d'une **ascite**,
- palpation des **aires ganglionnaires (inguinales et sus-claviculaires)**.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Rectoscopie avec biopsie :

La coloscopie totale constitue la principale investigation, elle permet :

- Elle seule permet le diagnostic des **tumeurs du haut rectum, inaccessibles au toucher rectal.**
- Elle est effectuée à l'aide d'un **endoscope rigide**, le patient étant placé en **décubitus ventral.**
- D visualiser le processus tumoral.

- De préciser le siège de celle-ci par rapport à la marge anale
- De faire biopsies pour le diagnostic histologique.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:

- Hémorroïdes.
- Tumeurs rectales bénignes (en cas de tumeur végétante).
- Cancer de l'anūs envahissant le rectum.

Chez l'homme :

- Un cancer prostatique (en cas de tumeur rectale de siège antérieure, fixée).
- Nodule de carcinose péritonéal du cul- de- sac de Douglas (en cas de tumeur rectale ulcéro-végétante antérieure).

Chez la femme :

- Un cancer du col ou du vagin (envahissement de la cloison recto-vaginale).
- L'endométriose rectale.
- Les sténoses rectales (en cas de cancer purement infiltrant) :
- Les sténoses inflammatoires rectales; post-radique (après traitement d'un cancer gynécologique), ischémique, amibiase, maladie de Nicolas-Favre.

En cas d'ulcération isolée :

- Ulcère solitaire du rectum.
- Ulcération thermométrique.
- Certaines rectites spécifiques (tuberculose, maladie de Crohn, syphilis).

TRAITEMENT:

Buts :

- Résection de la tumeur et des relais ganglionnaires.
- Rétablir la continuité digestive.
- Si possible préservation sphinctérienne.
- Préservation des plexus nerveux pour diminuer les séquelles sexuels et urinaires.
- Eviter les récidives.
- Augmenter la survie.
- Assurer une meilleure qualité de vie (si traitement palliatif).

Moyens :

- Traitements locaux.
- Traitement chirurgical.
- Traitements adjuvants et néoadjuvants.
- Traitements palliatifs.

a. Résections locales :

Ce sont les tumorectomies par voie trans-anale.

S'adresser à des patients extrêmement sélectionnés, Essentiellement pour les sujets âgés avec un risque opératoire important.

Peuvent êtres proposés chez le sujet jeun en cas de :

- Petite tumeur bourgeonnante de moins de 3 cm
- Absence d'envahissement ganglionnaire à l'écho-endoscopie
- Adénocarcinome bien différencié pT1, enlevé avec une marge de sécurité de 1 cm indemne d'envahissement tumoral,
- l'exérèse locale peut être considérée comme carcinologiquement suffisante
- Le degré d'envahissement de la sous-muqueuse (sm1, 2 ou 3) soit précisé dans le compte rendu anatomopathologique

b. Traitement chirurgical :

La chirurgie reste la base du traitement des cancers rectaux et c'est la seule thérapeutique capable de guérir ce cancer.

Son principe repose sur l'exérèse de la tumeur primitive avec des marges de côlon saines, associée à l'exérèse des vaisseaux et du mésocôlon contenant les canaux et les ganglions lymphatiques.

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 méso-rectum.
- Ligature à leur origine des vx nourriciers.
- Exérèse totale du méso-rectum dans le facs recti.
- Curage ganglionnaire qui doit ramener un minimum de 12 ganglions.

Voies d'abord

Laparotomie : exploration complète de la cavité abdominale.

Chirurgie laparoscopique : de plus en plus pratiquée vu :

- Hospitalisation moins longue
- Déficit pariétal moindre
- Reprise rapide du transit
- Dépression immunitaire moindre.
- Elle est aussi carcinologique que la chirurgie classique
- le type d'intervention dépend du siège de la tumeur par rapport au bord supérieur du sphincter.

On oppose la chirurgie conservatrice à la chirurgie radicale, chirurgie palliative

Tumeurs 10 à 15 cm (haut rectum) : résection antérieure avec anastomose colorectale.

Tumeurs 5 à 10 cm (moyen rectum) : résection totale du rectum et du méso-rectum avec anastomose colo-anale.

Tumeurs 0 à 5 cm (bas rectum) : généralement, amputation abdomino-périnéale avec colostomie définitive

c. Traitements palliatifs :

Les colostomies isolées :

Elles sont exceptionnellement pratiquées :

- patients jugés inopérables,
- cancers inextirpables,
- tumeurs sténosantes,
- fistules rectovaginales.

Elles sont grevées d'une **mortalité importante (20 %)**.

L'intervention de Hartmann :

Elle peut être indiquée chez **les sujets âgés** en cas de **tumeurs du haut ou moyen rectum**.

L'amputation abdominopérinéale palliative :

C'est un **geste excessif** pour **les tumeurs du bas rectum**.

On lui préfère **des gestes locaux** (électrocoagulation, laser , traitement locaux ou radiothérapie de contact).

Cancer en occlusion : colostomie ou prothèse endoscopique.

d. Traitement médical :

- **chimiothérapie néoadjuvante** : une CT d'induction peut être discutée pour les Tm non résécables
- **radio-chimiothérapie concomitante néoadj :**
- **Schéma FUFOL 45** : 45 Gy et 5-FU + acide folinique 4 cures IV sur 2 mois
- **Schéma CAP 45** : 45 Gy et capécitabine 825 mg/m² matin et soir les jours de RT
- **Chimiothérapie adjuvante** : réduit le risque de récurrence métastatique après chirurgie à visée curative
- **Chimiothérapie à visée palliative** : schéma FOLFIRINOX (5-FU + Irinotécan + Oxaliplatine)

FACTEURS PRONOSTIC

Cliniques:

- Âge : < 40 ans est de mauvais pronostic :
- Sexe : L'homme est plus exposé aux RLR après résection des cancers du bas rectum (étroitesse du bassin).
- Siège du cancer : Les cancers du bas rectum seraient de plus mauvais pronostic.
- Cancers révélés par une complication sont de mauvais pronostic (Occlusion, Perforation).

Facteurs anatomopathologiques :

- La qualité de l'exérèse chirurgicale est un facteur pronostique essentiel.
- Degré d'infiltration pariétale.
- L'envahissement ganglionnaire.
- Degré de différenciation tumorale.
- Envahissement tumoral vasculaire (embolies tumorales intravasculaires, lymphatiques ou veineux).
- Engainement tumoral périnerveux.
- Micrométastases ganglionnaires.

SURVEILLANCE:

50 % des opérés vont avoir une reprise évolutive, soit sous forme de métastases, essentiellement hépatiques, ou pulmonaires, soit sous forme de récurrence loco-régionale pelvipérinéale, soit association des deux.

Calendrier de surveillance :

- Examen clinique : tous les 3 à 4 mois.
- Echographie hépatique : tous les 3 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 3 ans.
- Radiographie du thorax : annuelle (ou tous les 6 mois) pendant 5 ans.
- Coloscopie : à 2-3 ans, puis délai fonction de la découverte ou non d'adénomes.
- EER : tous les 3 à 4 mois les 2 premières années, puis tous les ans pendant 3 ans.
- Dosage d'ACE : trimestriel.
- TDM abdomino-pelvienne : en cas d'AAP.

PREVENTION:

DEPISTAGE:

- Le dépistage s'adresse aux personnes asymptomatiques, il concerne les personnes à risque moyen de développer un cancer colorectal et repose sur:
 - Une recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans chez les sujets âgés de 50 à 74 ans (Hémocult).
 - Suivie d'une coloscopie totale chez les individus dépistés positifs pour rechercher un cancer ou un adénome.
 - Une recherche négative de sang occulte dans les selles ne permet pas d'éliminer l'éventualité d'un cancer colorectal.
 - En revanche, sa répétition tous les 2 ans entraîne une amélioration de la sensibilité du dépistage.
- Le dépistage pour les sujets à risque élevé de cancer colorectal repose sur une coloscopie à partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic chez un apparenté au premier degré de moins de 65 ans.
- Le dépistage du cancer dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin fait l'objet d'un protocole de surveillance endoscopique et biopsique spécifique.
- Le dépistage pour les sujets à risque très élevé relève d'une prise en charge spécialisée (consultation d'oncogénétique et dépistage endoscopique par chromocoloscopie).

CONCLUSION:

Le meilleur traitement du cancer rectal reste préventif et ce, grâce à la prévention et à la détection précoce au stade de polype.

Tout médecin doit être capable de le détecter devant le moindre signe d'appel ou dans une population à risque et passer à l'exploration endoscopique au moindre doute.

La chirurgie reste le traitement de base. Cependant, cette prise en charge thérapeutique ne doit se concevoir que dans le cadre d'un protocole multidisciplinaire.

L'amélioration du pronostic est due aux progrès de l'anesthésie-réanimation, des techniques chirurgicales, ainsi que la prise en charge multidisciplinaire, à savoir la radiothérapie surtout préopératoire, associée à la chirurgie, la chimiothérapie...