

Cours du module de Gastroentérologie

Année universitaire 2019-2020

Cours : Cancer du rectum

Pr N Arbaoui,

Service de Chirurgie générale, CHU Ibn Rochd, Annaba

CANCERS DU RECTUM

I - INTRODUCTION

Les cancers du rectum font partie des cancers colorectaux (CCR), dominés dans 95% par les adénocarcinomes qui se développent à partir de l'épithélium glandulaire de la muqueuse colorectale.

II- ÉPIDEMIOLOGIE

1- Fréquence :

- Les cancers du rectum représentent environ 35 % des CCR.
- La prédominance masculine est habituelle avec un sex-ratio (H/F) de 1,5.
- Age: c'est un cancer du sujet âgé (près de 80% des cas surviennent après 65 ans).

Le risque apparaît vers 45 ans pour les formes sporadiques et croît régulièrement avec l'âge. Dans les formes familiales, il est plus précoce.

2- Répartition géographique :

Le cancer du rectum est plus fréquent dans les pays industrialisés: Amérique du nord, Europe de l'ouest, Australie.

De faible incidence dans les pays sous-développés : Afrique, Asie et Amérique du sud.

En Algérie, l'incidence des CCR est en constante augmentation. Les CCR se placent à la tête des cancers digestifs, en 3^{ème} position chez l'homme, après les cancers du poumon et de la vessie et en 2^{ème} position chez la femme, après le cancer du sein.

L'incidence du cancer rectal sur le registre des tumeurs d'Alger est de **6,3 /100 000 habitants chez l'homme** et de **5,1/100 000 habitants chez la femme** [1].

L'Algérie représente un pays à risque faible [1,2].

III- PATHOGENIE

1- Facteurs favorisants :

Facteurs alimentaires : les régimes riches en protéines animales (viandes et graisses) et en acides gras saturés pauvres en fibres végétales favoriseraient le cancer colorectal.

Cette alimentation augmenterait la concentration intra-colique en stérols et en acides biliaires secondaires. Ceux-ci stimuleraient la prolifération de l'épithélium colorectal. La consommation de légumes, de fruits, les fibres, l'huile d'olive, diminuerait le risque de

cancer colorectal. De même le calcium, la vitamine C, l'aspirine et les AINS semblent exercer un effet protecteur.

2- Populations à risque

On définit trois niveaux de risque de CCR dans la population :

– risque moyen:

- * c'est le risque moyen de la population générale.
- * le risque moyen net d'être atteint d'un CCR avant l'âge de 74 ans est estimé à 3,5 %.

– risque élevé:

- * concerne les sujets ayant 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. Si le parent avait moins de 45 ans lors du diagnostic du CCR ou si deux parents ont un antécédent de CCR, le risque relatif est alors de 4.
- * les patients atteints de maladie inflammatoire de l'intestin (RCH, maladie de Crohn) sont également exposés sur le long terme.

– risque très élevé:

- * concerne les sujets appartenant à une famille atteinte de cancers à transmission héréditaire autosomique dominante tels le syndrome non polyposique (HNPCC) et la polyadénomatose familiale (PAF).

4- États précancéreux

La lésion initiale est souvent un adénome.

a/ Séquence adénome-cancer :

Dans 60 à 80 % des cas, l'adénocarcinome survient sur un polype préexistant (adénome ou polyadénome) dont la filiation adénome-cancer a été démontrée.

b/ La prévalence des adénomes augmente avec l'âge (10 % entre 40 et 60 ans et 20 % au-delà de 60 ans).

- * un antécédent personnel d'adénome ou de cancer recto-colique augmente le risque de voir apparaître un nouvel adénome.
- * il existe une prédisposition génétique au développement des adénomes: le risque de développer un adénome recto-colique est multiplié par 4 en cas d'antécédent familial (chez un parent du premier degré), d'adénome ou de cancer recto-colique.

c/ Potentiel malin:

- * les adénomes sont des tumeurs bénignes à potentiel malin (10 à 15 % des adénomes sporadiques dégénèrent).
- * le risque de dégénérescence des polypes dépend :
 - de leur type histologique (villeux > tubuleux) et du degré de dysplasie.
 - mais aussi de leur taille: sont le plus à risque de dégénérescence, les adénomes volumineux (1% si polype < 10 mm de diamètre, 50% si > 25mm).
- * le délai pour qu'un polype dégénère est d'au moins trois à cinq ans.

IV- ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1- Macroscopie : dans les adénocarcinomes, on distingue:

- type bourgeonnant ou végétant,
- type ulcéré,
- type infiltrant,
- le plus souvent, il s'agit du type ulcéro-bourgeonnant à base infiltrante (ulcération entourée d'un bourrelet carcinomateux reposant sur une base infiltrée).

2- Histologie :

- Il s'agit le plus souvent d'un adénocarcinome lieberkhunien (dans 80 % des cas), fait de structures glandulaires (tubulaires, acineuses ou papillaires).
- Il peut être bien différencié, moyennement ou peu à indifférencié.
- Dans 15 % des cas, l'adénocarcinome est dit mucineux ou *colloïde muqueux* en raison de la présence de plages étendues de mucus ou *diffus* caractérisé par la présence de cellules en bagues à chaton (cellules à grosse vacuole et noyau excentré baignant dans un stroma dense). Il est de très mauvais pronostic.

3- Extension :

3-1- Extension locale

- l'extension est d'abord pariétale où à partir de la muqueuse, le cancer progresse en envahissant les autres couches de la paroi rectale (sous-muqueuse, musculuse, la graisse mésorectale –mésorectum- et séreuse),
- puis elle devient locorégionale lorsque la tumeur dépasse le mésorectum et la séreuse et progresse vers les organes de voisinage (vessie, vésicules séminales, prostate, utérus et le vagin, les parois pelviennes latérales avec les plexus nerveux hypogastriques supérieurs et inférieurs, le sphincter externe...)

**** Histoire naturelle du cancer invasif :**

Dans la lumière rectale, le cancer est d'abord de type végétant puis en grossissant et du fait des traumatismes répétés, il perd sa partie centrale et devient ulcéré; enfin, il progresse en profondeur et devient infiltrant.

L'extension *en profondeur* s'associe à une extension circonférentielle *en surface* (par rapport aux quatre quadrants de la circonférence rectale) mais aussi à une extension *longitudinale* vers le haut et vers le bas.

3-2- Extension ganglionnaire

Le cancer du rectum est lymphophile.

Dès lors que les cellules tumorales franchissent la musculaire muqueuse et envahissent la sous-muqueuse, il y a un risque d'envahissement ganglionnaire. D'abord vers les ganglions périrectaux juxta-tumoraux, puis vers les ganglions situés à l'origine de l'artère mésentérique inférieure.

3-3- Extension métastatique

- par voie hématogène. Près d'un tiers des patients présentent des métastases au moment du diagnostic.
- il s'agit surtout des métastases hépatiques, puis viennent les localisations pulmonaires, plus rarement osseuses, péritonéales, cérébrales, surrénaliennes.

3-4- Classification TNM (UICC 2009) :

Elle classe les tumeurs en fonction:

- degré d'extension pariétale (T)
- degré d'extension ganglionnaire (N)
- degré d'extension métastatique (M)

Classification TNM AJCC 2009

STADE	TNM		
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	Quel que soit T	N1, N2	M0
Stade IIIA	T1, T2	N1	M0
	T1	N2a	M0
	T3, T4a	N1	M0
Stade IIIB	T2, T3	N2a	M0
	T1, T2	N2b	M0
	T4a	N2a	M0
Stade IIIC	T3, T4a	N2b	M0
	T4b	N1, N2	M0
Stade IVA	Quel que soit T	Quel que soit N	M1a
Stade IVB	Quel que soit T	Quel que soit N	M1b

Statut N+: N1a: 1 ganglion
N1b: 2 à 3 ganglions

N2a: 4-6 ganglions
N2b: 7 ganglions au moins

V- DIAGNOSTIC :

■ Circonstances de découverte :

Le diagnostic du cancer du rectum est tardif en raison de signes cliniques souvent banalisés autant par le patient que par le médecin traitant.

Les signes fonctionnels :

- Troubles du transit :

- * constipation,
- * diarrhées (écoulements glaireux)
- * alternance de diarrhées et de constipation.

Toute modification récente du transit intestinal doit alerter. Surtout après l'âge de 50 ans.

- **Rectorragies** : émission de sang rouge par l'anus, le plus souvent de faible abondance. Emises isolément ou accompagnant les selles.

Trop souvent attribuées à une pathologie proctologique (fissure anale, hémorroïdes).

C'est le signe révélateur le plus fréquent amenant le patient à consulter.

- **Syndrome rectal**, fait de:

- * faux besoins donnant, après maintes poussées, la sensation de n'avoir pas tout évacué, sensation de corps étranger intra-rectal.
- * ténésmes et épreintes à type de spasmes douloureux donnant le besoin d'exonérer et

d'impériosités.

- **Douleurs** pelviennes ou sacrées évoquant un envahissement postérieur, de l'os sacré.
- **Episodes de sub-occlusion** témoignant d'un cancer évolué en pré-sténose ou en sténose. (plus rarement que dans le cancer du côlon gauche proximal).

Les signes généraux à type d'altération de l'état général, d'amaigrissement, d'anorexie et d'anémie clinique.

A l'examen clinique, rarement,

- * hépatomégalie irrégulière en rapport avec un foie métastatique
- * ganglion sus-claviculaire gauche (Troisier)
- * masse palpable de la fosse iliaque gauche par envahissement du sigmoïde
- * ascite avec ou sans nodules palpables

Qui témoignent d'un cancer évolué au stade métastatique.

L'interrogatoire recherche chez le patient la notion de maladie inflammatoire type maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique (RCH), la notion de cancer familial : polyadénomatose familiale (PAF), syndrome non polyposique (HNPCC).

▪ Le diagnostic :

Bilan local :

1/ Il repose avant tout sur le toucher rectal qui est un examen capital.

Celui-ci se fait sur un patient en décubitus dorsal, après vidange vésicale, cuisses fléchies sur le tronc, ou en décubitus latéral droit mais aussi en position genu pectorale.

Il commence par un examen du périnée et de la marge anale à la recherche de fissure, d'hémorroïdes, de fistule anale ou d'un bourgeon tumoral prolabé.

Le doigt imbibé d'un lubrifiant, examine les 4 quadrants de la circonférence rectale; il permet d'explorer le bas et le moyen rectum jusqu'à 8 à 9 cm de la marge anale.

Le toucher rectal apprécie :

- * le caractère végétant, ulcéro-bourgeonnant, ulcéré ou infiltrant de la tumeur.
- * la taille tumorale (extension par rapport aux 4 quadrants de la circonférence (1/4, 1/2, 3/4, 4/4).
- * le siège du pôle inférieur de la tumeur par rapport à la marge anale (en centimètres) et si on demande au patient de contracter l'anus, le siège de la tumeur par rapport au bord supérieur du sphincter anal.
- * sa mobilité par rapport au plan cervico-prostatique chez l'homme, à la cloison recto-vaginale chez la femme, en avant; par rapport au plan sacré, postérieurement.
- * l'extension de la tumeur en hauteur.
- * le toucher rectal est toujours complété par un toucher vaginal chez la femme.

2/ Rectoscopie :

La rectoscopie rigide est l'examen paraclinique de première intention. Elle permet de visualiser la tumeur et d'en préciser les caractères macroscopiques (caractère ulcéro-bourgeonnant..., son caractère hémorragique ou non, son extension en surface et en hauteur et son siège par rapport à la marge anale).

Elle explore les lésions du haut rectum inaccessibles au toucher rectal. Par les biopsies qu'elle permet, elle fait le diagnostic de certitude (diagnostic histologique).

3/ Examens morphologiques : sont représentées par l'échographie endorectale (EER) ou échoendoscopie et l'IRM pelvienne qui sont très contributifs pour la stratégie thérapeutique à adopter.

3-1- L'EER : a l'intérêt de déterminer le degré d'invasion pariétale en fonction des 5 couches de la paroi rectale. Elle est plus performante (sensibilité de 90% et spécificité de 100%) dans les tumeurs localisées (T1, T2) ou de petite taille (tumeurs < ½ circonférence).

Limites : impossible à réaliser en cas de sténose tumorale, peu performante dans les tumeurs volumineuses et dans la détection d'adénopathies périrectales mésorectales.

Précise les indications de résection locale si tumeur du bas rectum.

3-2- IRM pelvienne : est l'examen de référence dans le bilan local des lésions localement avancées.

Elle permet d'apprécier :

- degré d'infiltration pariétale selon les différentes couches, taille tumorale
- envahissement du mésorectum (T3)
- la marge circonférentielle ou clairance latérale définie comme plus petite distance entre le front tumoral (qui peut être la tumeur primitive, un ganglion mésorectal ou un envahissement veineux mésorectal) et le fascia recti qui entoure la graisse mésorectale.
- infiltration du sphincter externe ou du muscle releveur de l'anus (T4)
- envahissement d'un organe de voisinage (T4).
- ganglions régionaux (iliaques internes)

Et de guider les indications d'une radiothérapie néoadjuvante :

- dès lors qu'il s'agit d'une tumeur classée T3, T4, d'une clairance latérale $\leq 1\text{mm}$ sur l'IRM voire d'un envahissement ganglionnaire (N+), il y a indication d'un traitement néoadjuvant.

3-4 : La TDM pelvienne est moins performante que l'IRM pelvienne. Elle garde sa place dans les cas de tumeurs évoluées T4.

Bilan d'extension : comprend :

1- Coloscopie : elle est systématique et doit être complète à la recherche de lésions synchrones possibles : bénignes à type de polype(s) ou d'adénome(s), présents dans 10 à 20% des cas, ou malignes (5%).

En cas de coloscopie incomplète ou impossible, un lavement baryté en double contraste peut être demandé mais c'est surtout le coloscanner, aujourd'hui en plein développement, qui peut de façon fiable remplacer la coloscopie.

2- Tomodensitométrie (TDM) thoraco-abdominale, accompagnant souvent une TDM pelvienne ou une IRM pelvienne, est également systématique, à la recherche de localisations secondaires (hépatiques, pulmonaires...).

3- Le dosage de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE): systématique. Le taux initial servant de référence dans la surveillance au cours des différentes étapes du traitement. Il a un intérêt pronostique plus que diagnostique.

4- La radiographie du thorax et l'échographie abdominale:

Sont souvent demandés par les médecins traitants. Ils peuvent être contributifs dans le diagnostic de métastases hépatiques, ovariennes, d'ascite (carcinose) ou de métastases pulmonaires. Ils trouveront leur place dans le suivi post-traitement de la maladie.

Au terme de ce bilan local et à distance, la tumeur est classée selon la classification TNM (UICC 2009).

VI- TRAITEMENT

La prise en charge du cancer du rectum est multidisciplinaire, impliquant gastro-entérologues et internistes, imageurs, radiothérapeutes, chirurgiens, anatomopathologistes et oncologues médicaux.

La chirurgie garde une place capitale dans cette prise en charge car elle représente le seul traitement radical à même de guérir le patient.

1- Rappel anatomique :

Le rectum mesure 15 cm et s'étend du promontoire à la marge anale. Il comprend 2 parties :

- Le rectum pelvien qui s'étend du promontoire au plancher pelvien ou plan des muscles releveurs. Il est entouré du mésorectum constitué de graisse péirectale contenant des vaisseaux mais aussi des ganglions lymphatiques responsables du drainage lymphatique vers l'artère mésentérique inférieure (AMI)). Ce mésorectum est entouré lui-même d'un fascia résistant appelé fascia recti.

- le rectum périnéal s'étend lui, du plancher pelvien à la marge anale constituant le canal anal.

Le rectum est subdivisé aujourd'hui en 3 tiers : haut rectum (15-10cm), le moyen rectum (10-5cm) et le bas rectum (5-0cm).

2- TRAITEMENT RADICAL :

2-1- Les buts du traitement chirurgical :

1- exérèse rectale emportant le rectum tumoral et le mésorectum avec des marges saines afin de prévenir la récurrence locale et d'allonger la survie.

2- conserver autant que possible la fonction sphinctérienne par un rétablissement de la continuité digestive: la conservation sphinctérienne représente un objectif majeur pour le chirurgien oncologue.

3- assurer une bonne qualité de vie.

2-2- Les principes de la chirurgie carcinologique :

- **exérèse rectale et son mésorectum**, emportant les ganglions juxta-tumoraux et les lymphatiques contenus dans la graisse péirectale du mésorectum,
- **curage ganglionnaire mésentérique inférieur par ligature à l'origine de l'artère mésentérique inférieure** suivie d'une ligature de la veine mésentérique inférieure sous le bord inférieur du pancréas.
- **pour qu'une intervention soit carcinologique**,
 - la marge circonférentielle ou latérale doit être > 1 mm (une marge ≤1mm est considérée comme positive)

- la marge inférieure ou distale doit être globalement ≥ 1 cm (pour les haut et moyen rectum, une marge de 2 cm est toujours possible à obtenir; pour le bas rectum, une limite de 1 cm est admise).

2-3- Les exérèses : il existe 2 types d'exérèses

/ exérèses rectales conservant la fonction sphinctérienne

/ exérèses rectales non conservatrices par amputation abdominopérinéale

▪ **Interventions conservatrices :**

a/ résection antérieure avec anastomose colo-rectale :

Elle consiste en une exérèse rectale et son mésorectum avec section à 5 cm sous le pôle inférieur de la tumeur, suivie d'une anastomose colorectale haute par voie abdominale (stricte).

- Elle concerne les tumeurs du haut rectum.

b/ résection avec anastomose colo-anale :

L'exérèse rectale emportant tout le mésorectum se fait par voie abdominale suivie d'une anastomose coloanale réalisée par voie périnéale ou trans-anale manuellement ou en anastomose colo-sus-anale à la pince mécanique.

- Elle concerne les tumeurs du moyen et du bas rectum.

c/ résection avec anastomose coloanale basse par dissection intersphinctérienne :

C'est une nouvelle technique qui permet d'effectuer des anastomoses coloanales très bas dans le canal anal, par une excision d'une partie (la moitié supérieure) ou la totalité du sphincter interne, sous la condition que la marge inférieure de résection rectale soit d'au moins 1 cm. L'anastomose est réalisée par voie périnéale, sur la ligne pectinée dans la résection intersphinctérienne partielle, au niveau de la marge anale dans la résection intersphinctérienne totale.

Une iléostomie de protection est parfois utile à la cicatrisation de ces anastomoses colo-anales ou colorectales basses.

Toutes ces interventions peuvent être réalisées par chirurgie conventionnelle (Laparotomie médiane) ou par laparoscopie.

d/ Interventions rares : l'intervention de Kraske et Localio.

Elles dépendent de la complexité de la voie d'abord.

Elle consiste en une ligature des vaisseaux mésentériques inférieurs et une dissection du rectum et de son mésorectum par une voie d'abord abdominale première, suivie d'une voie d'abord postérieure trans-sacrée après excision du coccyx, section du sphincter externe, par laquelle l'anastomose est réalisée (le patient étant en décubitus ventral).

▪ **Les exérèses locales :**

Ne s'adressent qu'aux petites tumeurs ≤ 3 cm, de stade T1 (polyadénome tubulo-villeux ou villosus dégénéré au stade in situ ou intra-muqueux, ne dépassant pas la sous-muqueuse) et

bien différenciées. Pour définir de telles tumeurs, l'échoendoscopie avec des sondes >10 MHZ est indispensable. Elles donnent des résultats satisfaisants (85% de survie à 5 ans).

/ Tumorectomie chirurgicale classique :

Réalisée sous AG ou locorégionale, par voie périnéale, la tumeur est réséquée avec une marge de sécurité périphérique d'au moins 1 cm; en profondeur, l'exérèse doit emporter toute l'épaisseur de la paroi rectale, pour être carcinologique.

Si les marges sont insuffisantes ou infiltrées ou s'il existe des embolies veineuses, il y a indication d'urgence d'une chirurgie radicale de rattrapage (exérèse rectale et ACA ou AAP) pour éviter la récurrence précoce.

Elle s'adresse aux tumeurs basses, à moins de 7 cm de la marge anale.

/ Tumorectomie par microchirurgie endoscopique (TEM) :

L'exérèse tumorale se fait par voie périnéale utilisant un appareillage proche de celui de la laparoscopie, est plus précise que l'excision classique. Elle s'adresse aux tumeurs du haut et du moyen rectum. Technique chère.

▪ Les interventions non conservatrices : l'amputation abdominopérinéale ou intervention de Miles :

Elle consiste en l'exérèse en bloc de l'ampoule rectale (avec tout son mésorectum) et de tout le sphincter anal en supprimant l'anus. L'intervention est terminée par une colostomie iliaque gauche définitive ou anus iliaque.

Cette intervention est réalisée par voie abdominale et par voie périnéale. Elle s'adresse aux tumeurs à moins de 3 cm de la marge anale.

C'est une intervention mutilante. Elle est souvent refusée par les patients.

▪ L'Opération de Hartmann :

– Il s'agit d'une résection colorectale sans rétablissement de la continuité intestinale.

– Il est réalisé une colostomie iliaque gauche, et le moignon rectal distal est fermé dans la cavité pelvienne.

– Elle s'applique à certaines situations (âge avancé, comorbidités...).

3- TRAITEMENT NON RADICAL :

- Intervention de Hartmann sans curage ganglionnaire mésentérique inférieur, sans exérèse du mésorectum (proctectomie de propreté).

Elle s'applique à certaines situations d'urgence.

- Colostomie isolée dite « palliative ».

4- TRAITEMENT NEOADJUVANT :

▪ La radiothérapie externe :

Aujourd'hui, le traitement du cancer du rectum est radio-chirurgical.

La radiothérapie préopératoire est un standard dans les cancers du moyen et du bas rectum.

Ceux du haut rectum sont désormais assimilés aux cancers du côlon.

La radiothérapie préopératoire :

- réduit le volume tumoral, rend extirpables des tumeurs fixées.

- diminue le risque de récurrence locale (< 10% à 5 ans)

- doit être indiquée systématiquement dans les cancers localement avancés classés T3, T4 et/ou N+ à l'EER, IRM et/ou TDM.

Elle consiste en une irradiation de 45 grays au moins pendant 5 semaines (5jours /7).

Elle est souvent associée à une chimiothérapie à base de 5 Fluorouracile (5FU), instituée la première et la dernière semaine de la radiothérapie.

La radiochimiothérapie préopératoire est surtout indiquée dans les tumeurs localement avancées (T3,T4 et/ou N+) du moyen rectum et du bas rectum.

Elle peut dans 10 à 30% entraîner une stérilisation tumorale (surtout dans les petites tumeurs). Elle diminue d'avantage le taux de récurrence locale mais expose à une certaine toxicité.

La chirurgie est habituellement faite 6 à 8 semaines après la fin de la radiothérapie, afin d'opérer le patient en dehors des phénomènes inflammatoires secondaires à la radiothérapie.

- **La radiothérapie endocavitaire** ou de contact peut être envisagée comme seul traitement des petites tumeurs basses, avec des doses de 110 à 120 grays par séance. Moins lourde et moins onéreuse que la radiothérapie externe. Elle peut être associée à une curiethérapie.

5- TRAITEMENTS ADJUVANTS :

La chimiothérapie adjuvante ou postopératoire :

- Son but est de diminuer le taux de récurrences métastatiques.
- Mais à ce jour, pas d'intérêt démontré sur la survie sauf dans les cancers du haut rectum assimilés aux cancers du côlon.
- Elle est cependant utilisée dans les tumeurs T4 et les tumeurs avec envahissement ganglionnaire (N+).
- A base de 5FU et d'acide folique, associée ou non à d'autres molécules (exemple : oxaliplatine).

La radiochimiothérapie postopératoire :

Lorsque la radio(chimio)thérapie n'a pas été réalisée en préopératoire pour des tumeurs de stade III qui en nécessitent.

6- INDICATIONS :

Le choix entre les différentes interventions chirurgicales dépend:

- * de l'extension locorégionale de la tumeur.
- * du terrain : âge, comorbidités...
- * du siège de la tumeur (siège du pôle inférieur de la tumeur par rapport à la marge anale et au sphincter anal ou plancher pelvien).

Quand faut-il instituer un traitement néoadjuvant ?

Les tumeurs localement avancées T3,T4 et/ou N+ nécessitent une radio(chimio)thérapie préopératoire.

Pour les tumeurs T1 et T2N0, il n'y a aucun bénéfice.

En fonction du siège tumoral :

Les interventions conservatrices :

- les tumeurs du haut rectum sont traitées par résection antérieure avec exérèse partielle du mésorectum à 5 cm sous le pôle inférieur de la tumeur avec anastomose colo-rectale haute.
- les tumeurs du moyen rectum : résection antérieure avec exérèse totale du mésorectum et anastomose colo-rectale basse. Une iléostomie de protection est indiquée.
- les tumeurs du bas rectum par une résection antérieure avec exérèse totale du mésorectum et anastomose coloanale par voie périnéale. Une iléostomie de protection est indiquée.

L'amputation abdominopérinéale: est indiquée :

- pour les tumeurs < 3 cm de la marge anale
- en cas d'atteinte du sphincter externe et/ou du plancher pelvien
- si une marge inférieure d'au moins 1 cm n'est pas possible.

Les exérèses locales :

Elles ne s'adressent qu'à des tumeurs au stade de début qui ne présentent pas d'envahissement ganglionnaire : tumeurs < 3cm, d'aspect polypoïde, ne dépassant pas la sous-muqueuse, bien différenciée histologiquement, de stade T1N0 en échoendoscopie.

Interventions non radicales : indiquées dans certaines situations.

- Intervention de Hartmann sans curage ganglionnaire mésentérique inférieur: en cas de tumeur symptomatique (hémorragie, perforation, sujets avec comorbidités)
- Colostomie isolée:
 - * dans les cas de tumeur inextirpable, en cas de métastases hépatiques et/ou pulmonaires voire cérébrales, ou en cas de carcinose péritonéale, une simple colostomie de dérivation est la sanction chirurgicale.
 - * dans les tumeurs occlusives.
 - * chez les patients âgés et fragiles, ne pouvant supporter un geste lourd.

Chimiothérapie adjuvante :

- en cas de tumeurs T4 et tumeurs avec un envahissement ganglionnaire (N+)
- si les marges de résection sont positives à l'examen anatomopathologique.

Radio(chimio)thérapie postopératoire: peut être indiquée chez certains patients ayant été opérés sans avoir reçu une radiothérapie préopératoire et qui présentent à l'histologie une tumeur T4, un envahissement ganglionnaire N+ ou des marges positives. Elle donne beaucoup d'effets secondaires.

VII- MORBIMORTALITE

Avec les progrès de la réanimation-anesthésie, l'évaluation préopératoire du risque opératoire, la mortalité postopératoire est < 5%.

La morbidité postopératoire :

La chirurgie du cancer du rectum est difficile et nécessite une expérience chirurgicale.

Les principales complications de la proctectomie sont :

- la fistule anastomotique après intervention conservatrice

- les abcès périnéaux et les déhiscences dans les amputations abdominopérinéales surtout s'il y a eu une radiothérapie.
- les complications fonctionnelles, génito-urinaires liées à des lésions peropératoires du plexus nerveux pelvien autonome. Peut être majoré par la radiothérapie.
- les troubles fonctionnels de la vidange en cas d'anastomose en raison principalement de la perte du réservoir rectal.

VIII- CONCLUSIONS

- le cancer du rectum représente un problème de santé publique
- Il est accessible au toucher rectal mais son diagnostic est trop souvent tardif au stade de tumeurs avancées.
- Son pronostic est mauvais (55% de survie à 5 ans tous stades)
- Le traitement est multidisciplinaire mais la chirurgie reste le traitement le plus radical.
- La radiothérapie préopératoire a grandement facilité la chirurgie et a diminué le taux de récidives locales.
- La conservation sphinctérienne est un objectif très important.
- L'AAP doit rester une indication de nécessité pour les tumeurs très basses ou envahissant le sphincter anal.

1- Registre des tumeurs d'Alger. Incidences brutes et standardisées des cancers d'Alger pour l'année 2006. Hammouda D et al. INSP 2006.

2- Abid L. Épidémiologie des cancers en Algérie : problématique des registres des cancers. J. Afr. Cancer 2009;1:98-103.