

Le cancer du rectum

Pr N Arbaoui

Service de Chirurgie Générale

CHU Annaba

Module de Gastroentérologie, 2019-2020

Plan

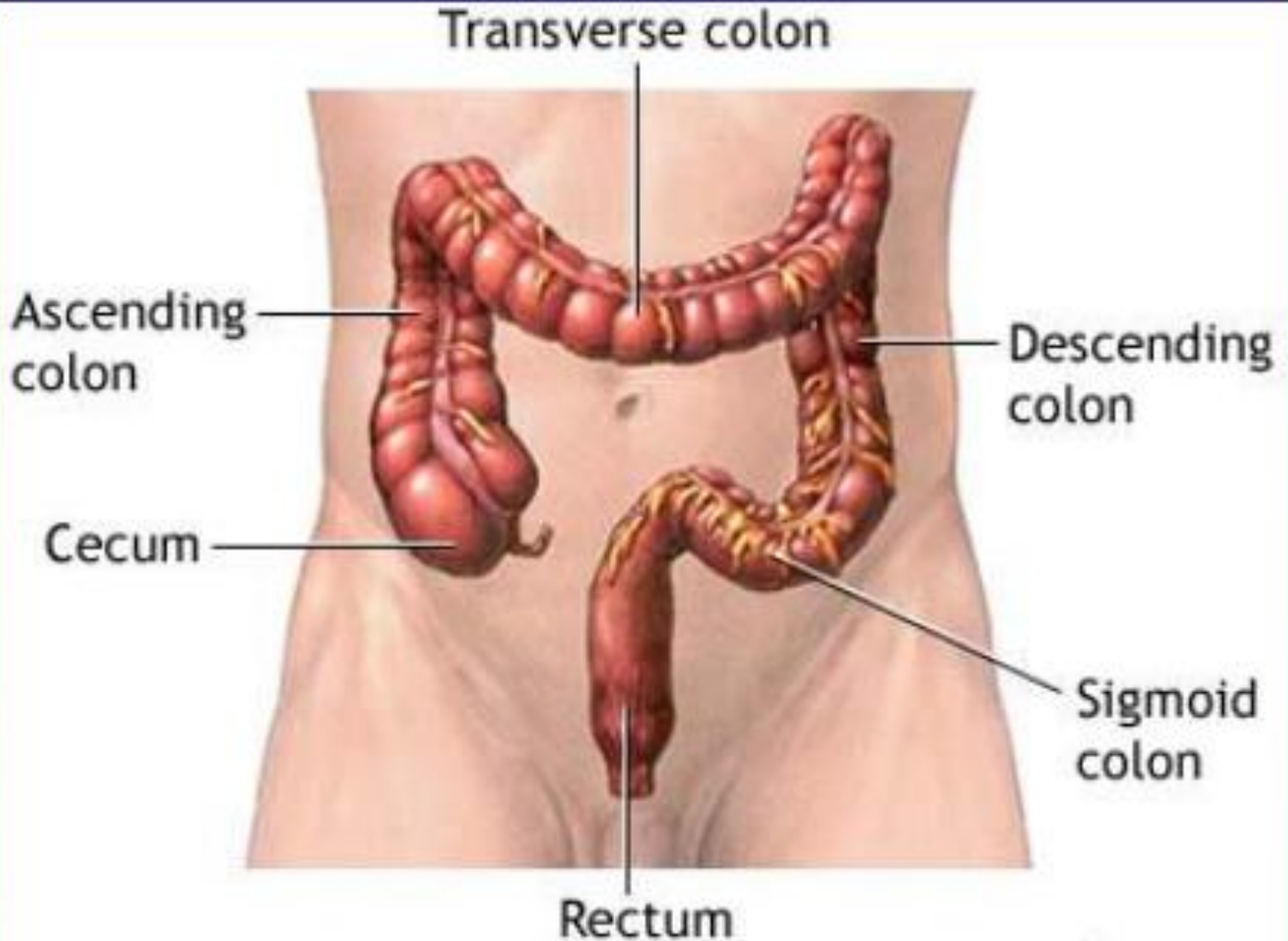
- Introduction
- Bases anatomiques
- Epidémiologie
- Pathogénie
- Anatomie pathologique
- Diagnostic
- Traitement
- Indications
- Suites opératoires
- conclusions

Introduction

- **Le cancer du rectum est dominé par les adénocarcinomes (90%) développés à partir de l'épithélium glandulaire de la paroi rectale.**
- **Progrès considérables ces 30 dernières années, grâce:**
 - meilleure connaissance de l'anatomie chirurgicale avec définition du mésorectum
 - meilleur pronostic par la standardisation de l'exérèse totale du mésorectum (TME)
 - indications plus pesées des thérapeutiques néoadjuvantes.
- **Diagnostic encore trop souvent tardif : stades localement avancés (T3,T4,N+)**
- **Prise en charge longue , pluridisciplinaire**
- **Pronostic mauvais : récidives locales → radiothérapie +++**
- **Les progrès sont aussi venus de la conservation sphinctérienne, grâce**
 - revue à la baisse de la marge de résection distale → moins d'AAP (50% en 1980, 15% en 2012)
 - abord trans-anal et l'agrafage mécanique → anastomoses coloanales basses
 - technique de dissection intersphinctérienne → anastomoses ultra-basses
- **En Algérie, la TME est de plus en plus réalisée mais le taux d'AAP est encore trop élevé (50%)**

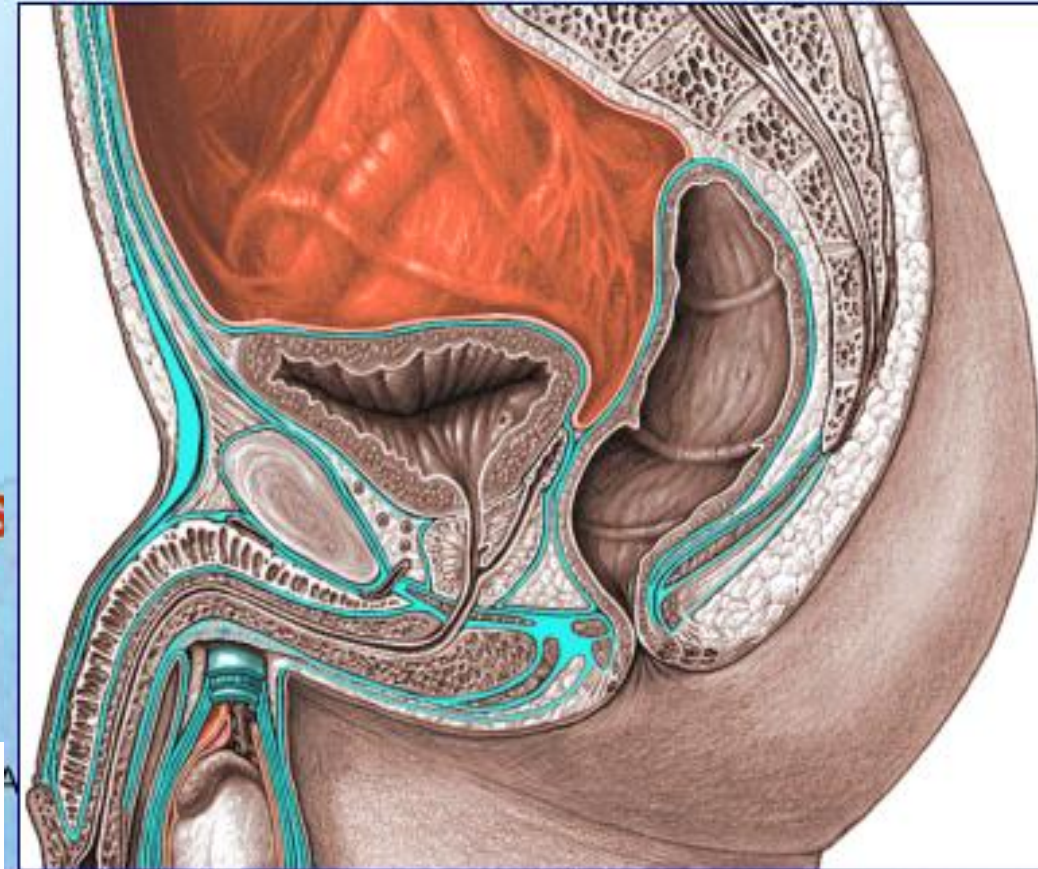
Car les patients pour beaucoup, refusent l'AAP

Bases anatomiques



Situation et limites

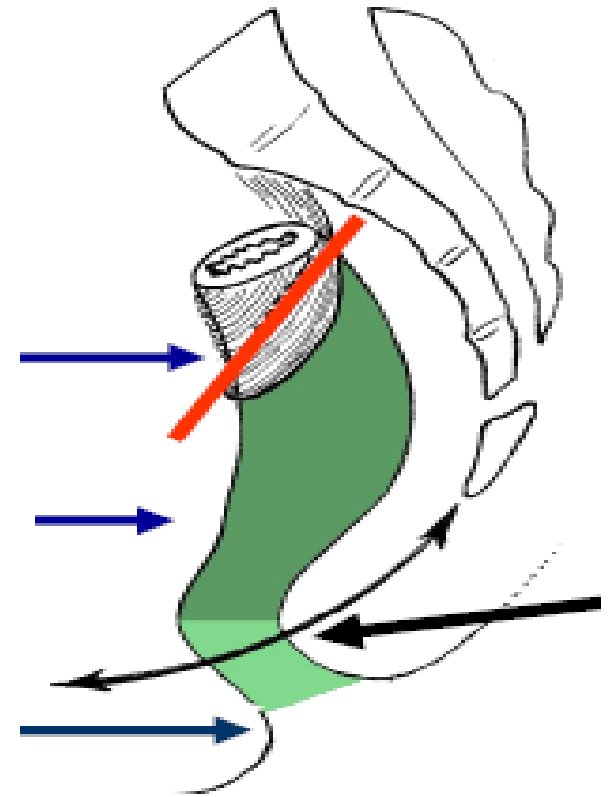
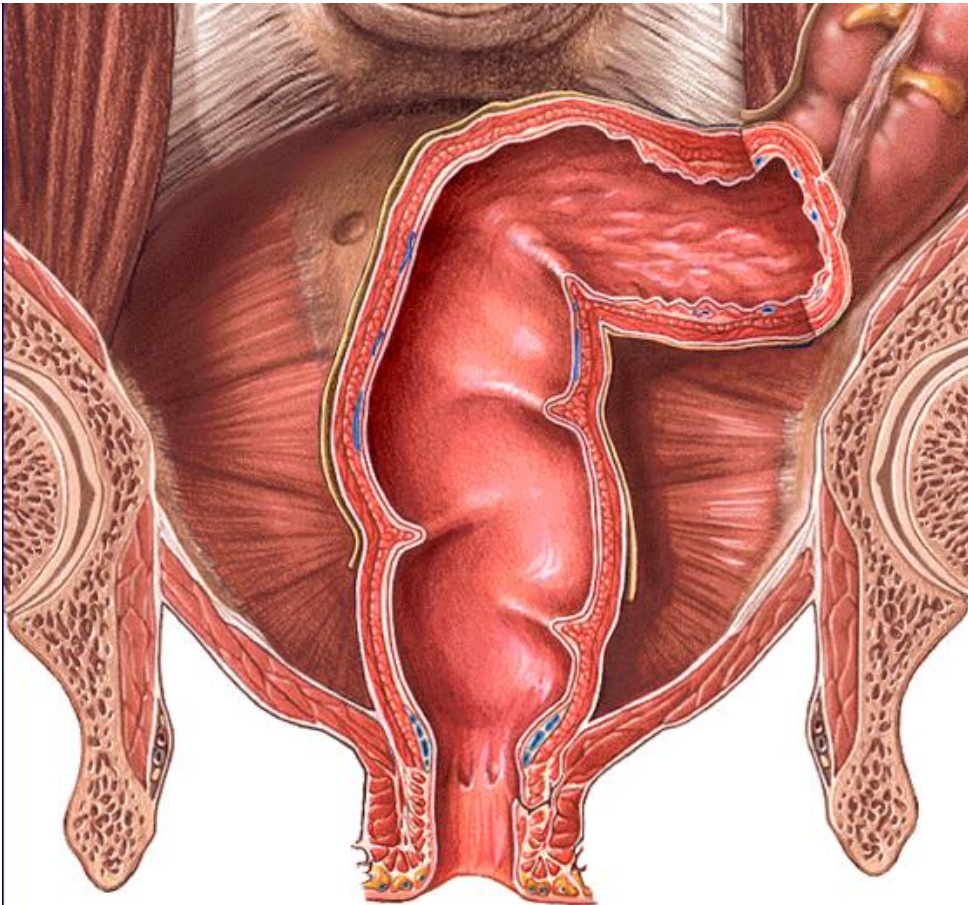
- Le rectum est situé dans **le petit bassin**.
- Fait suite au **colon ilio-pelvien** au niveau de **S3**.
- Il se termine à **la jonction ano-cutanée**.
- S'ouvre par **l'anus**



Définition

Anatomiquement, 2 parties :

- ampoule rectale ou rectum pelvien
- canal anal ou rectum périnéal



Définition

Anatomiquement, 2 parties :

- ampoule rectale ou rectum pelvien
- canal anal ou rectum périnéal

Pour les chirurgiens et les thérapeutes, 3 tiers:

15cm – 10 cm

Haut rectum

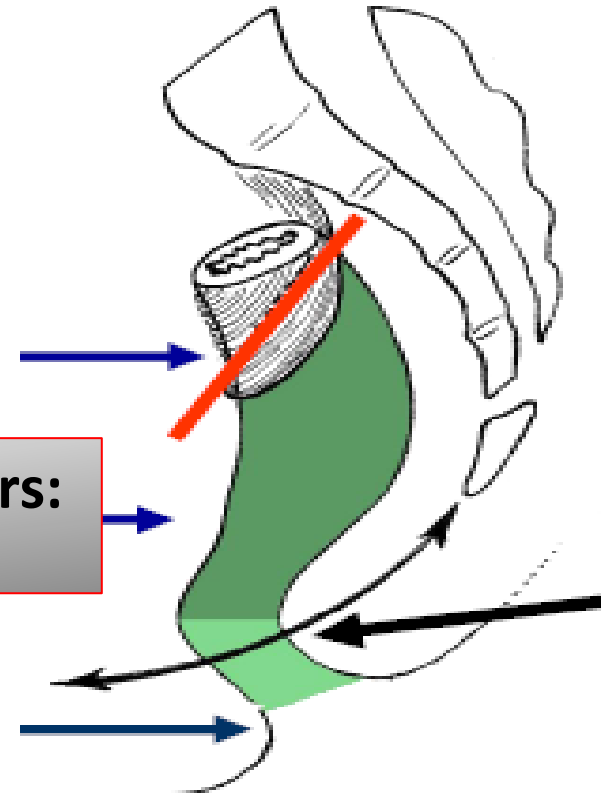
10 cm – 5 cm

moyen rectum

5cm - 0 cm

Bas rectum

→ en oncologie, **stratégie thérapeutique différente pour chaque tiers**

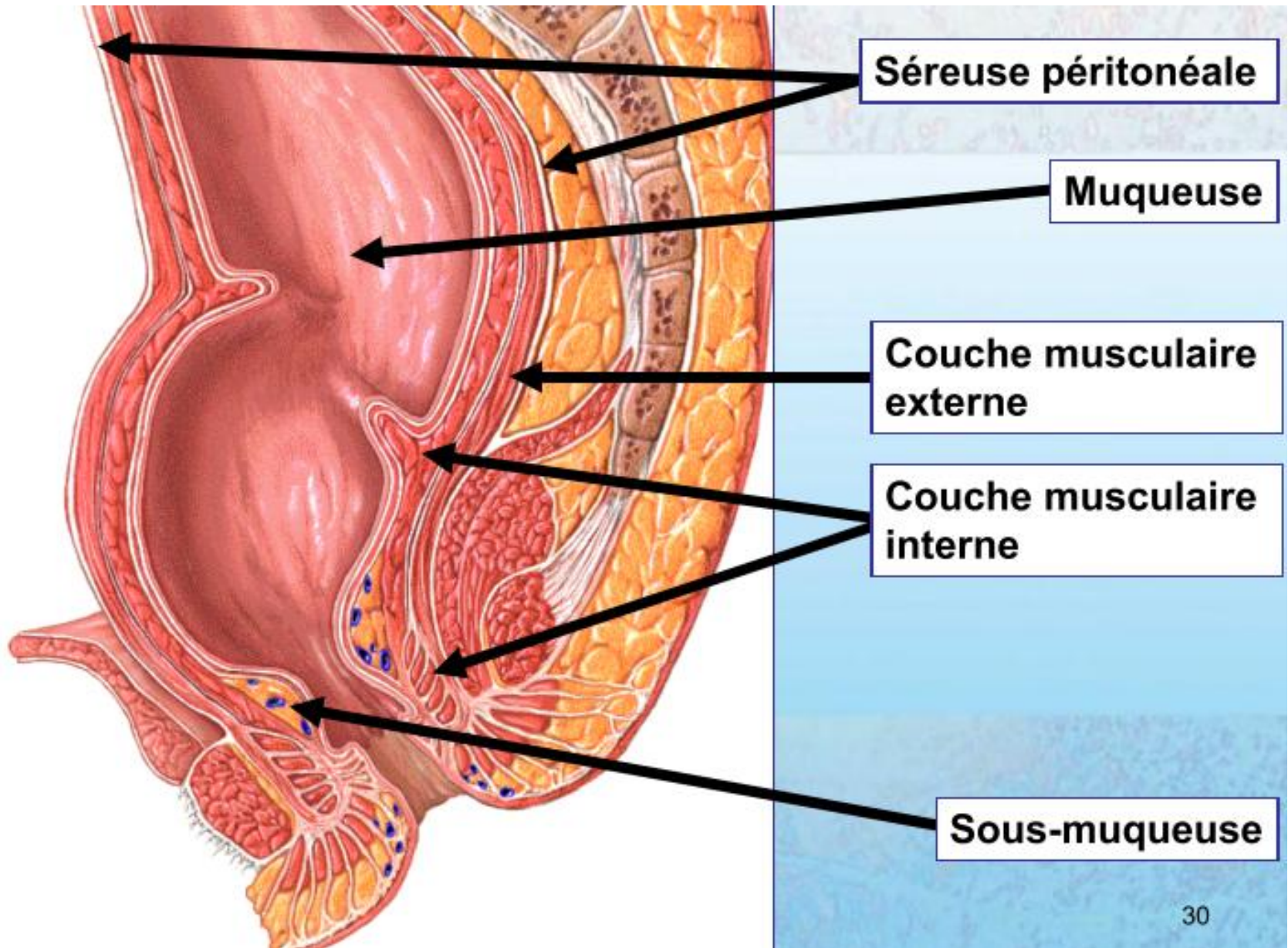


Structure

- **4 tuniques**, de la superficie à la profondeur:
 - **séreuse péritonéale**
 - **tunique musculaire**: 2 couches:
 - * externe, la couche musculaire lisse longitudinale
 - * interne, la couche musculaire lisse circulaire qui se continue avec le sphincter interne lisse du canal anal.
 - **sous-muqueuse**
 - **muqueuse**

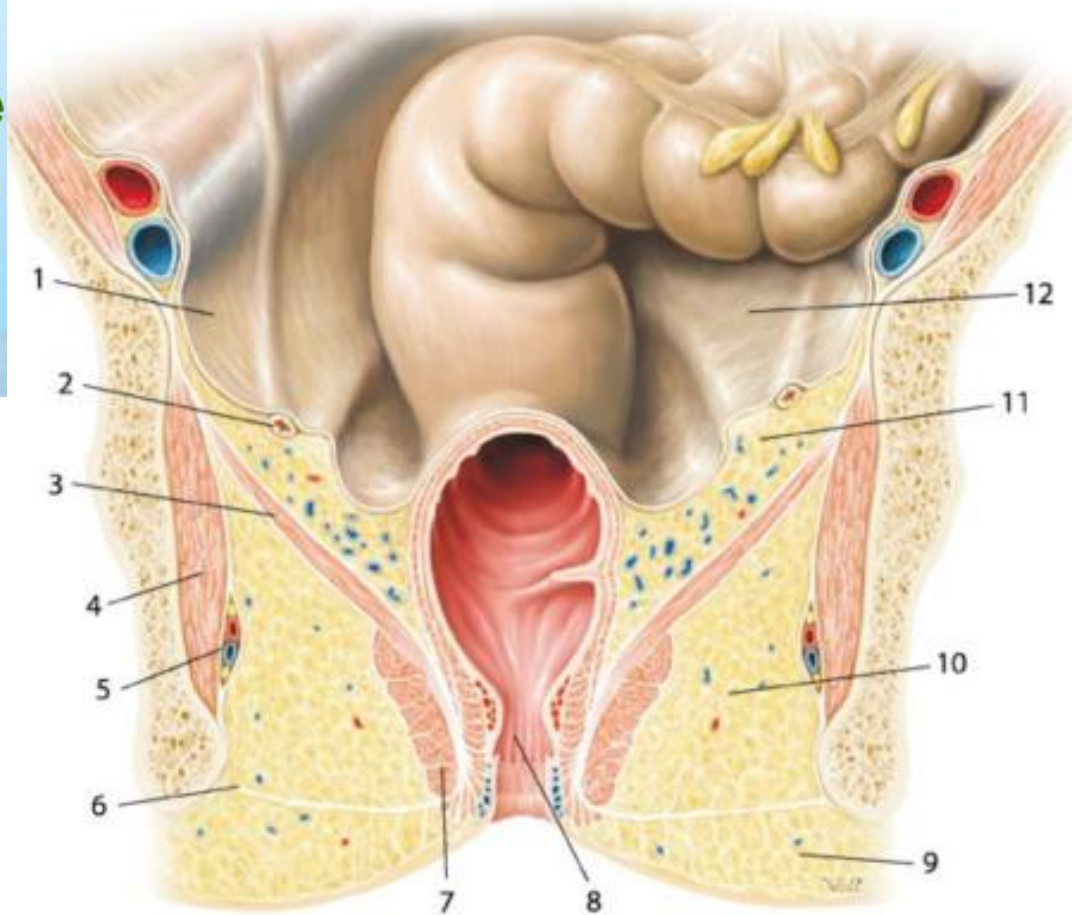


Structure

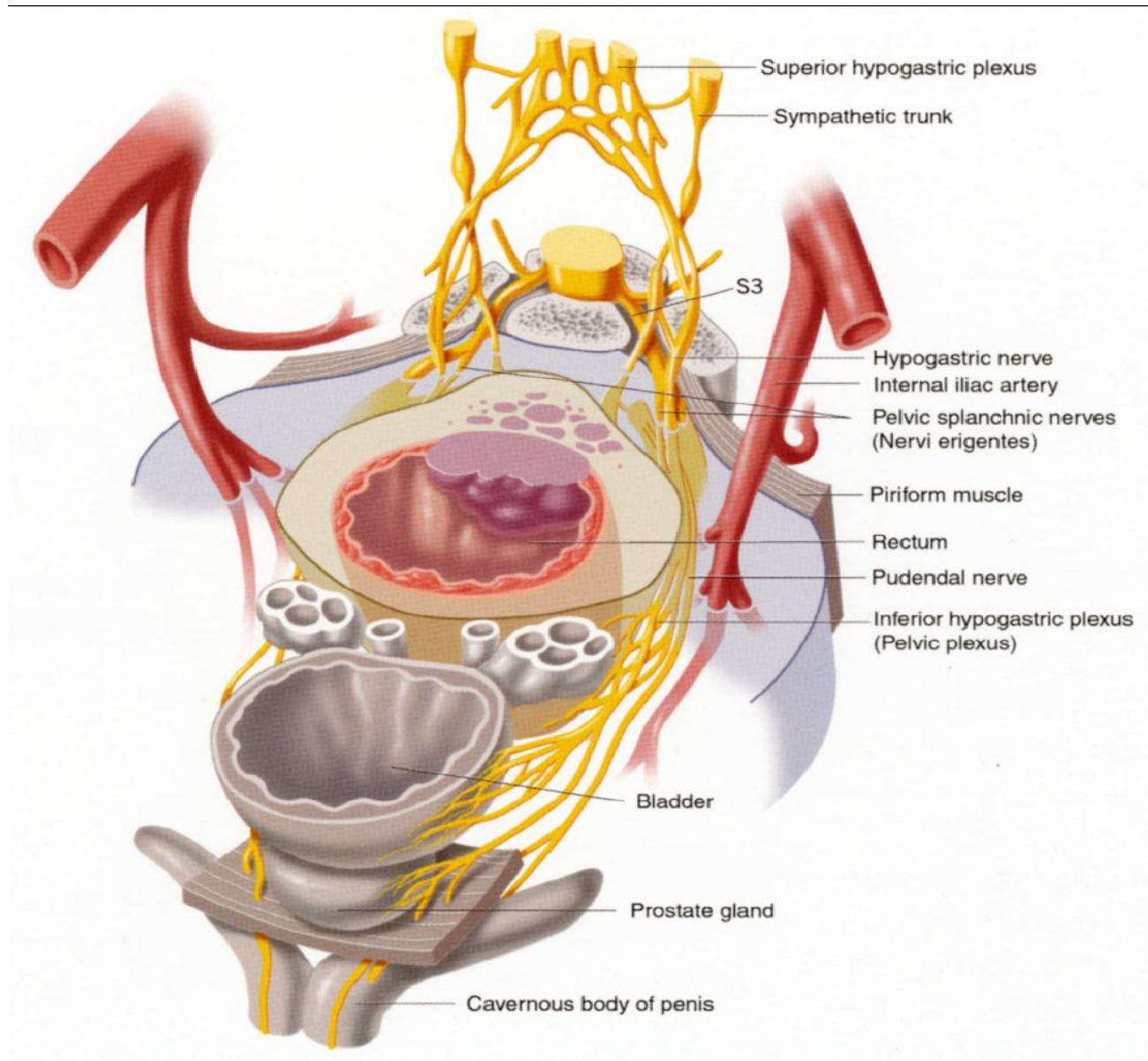


Rapports du rectum pelvien

- Le péritoine tapisse **la partie supérieure des faces antérieure et latérales du rectum.**
- **La face postérieure et la partie inférieure des faces antérieure et latérales** sont sous-péritonéales.

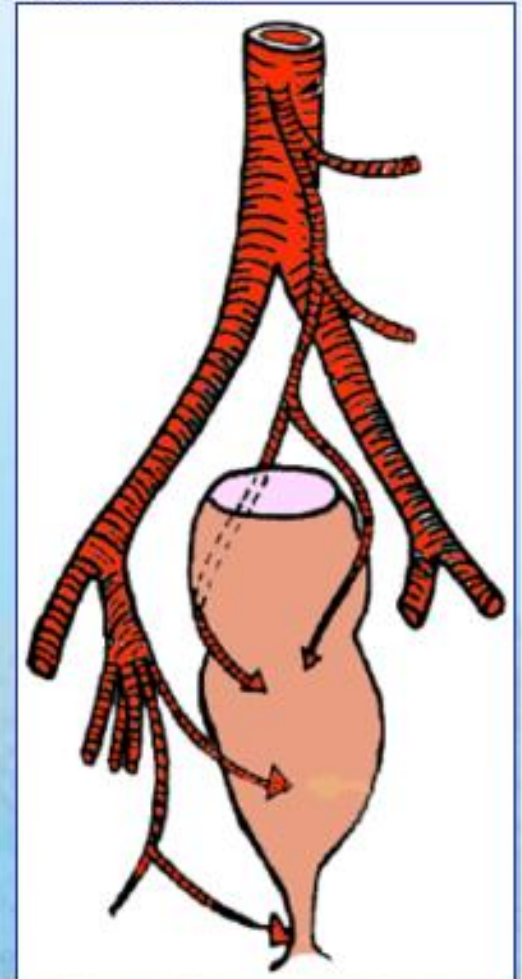


Rapports

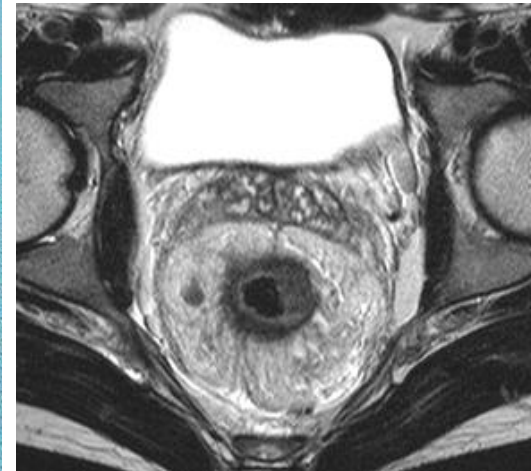
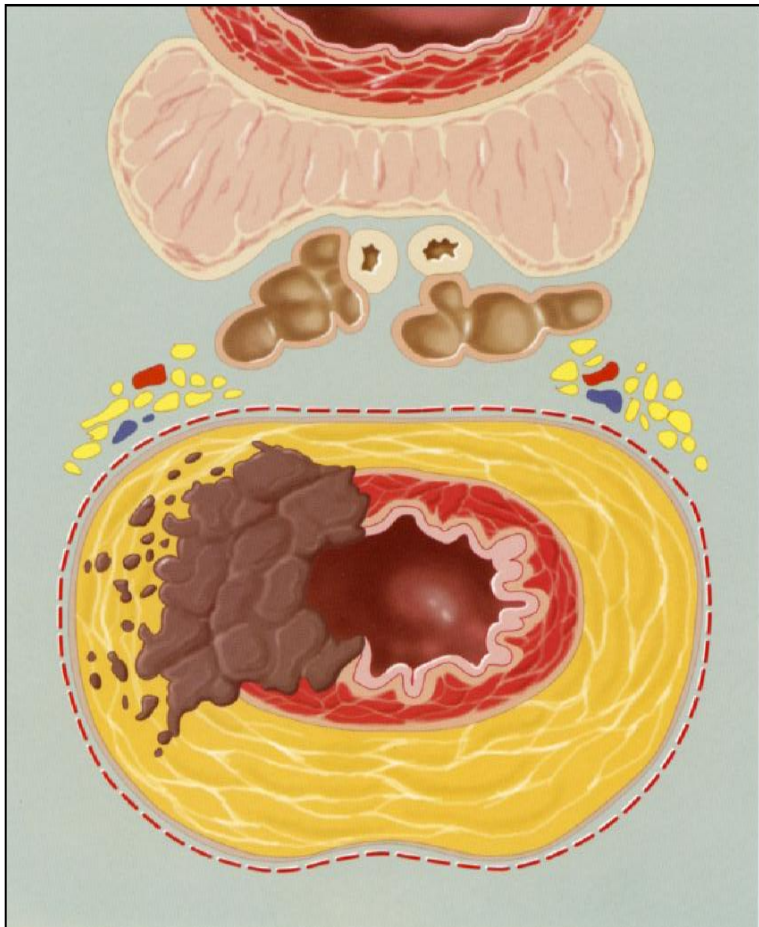


Vascularisation artérielle

- Assurée, essentiellement, par 3 artères :
 - **Artère rectale (hémorroïdale) supérieure.**
 - **Artère rectale (hémorroïdale) moyenne.**
 - **Artère rectale (hémorroïdale) inférieure.**



mésorectum



Epidémiologie

1- Fréquence

- Les cancers du rectum représentent environ **35 % des CCR**
- Le sex-ratio (H/F) est de **1,5 - 2**.
- 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, âge de survenue plus jeune.

Epidémiologie

- Incidence des CCR est faible mais en augmentation depuis 1985
 - 1- Cancers du poumon
 - 2- **cancers colorectaux (17,5/100 000)**
 - 3- cancers de la vessie
 - 1- cancers du sein
 - 2- **cancers colorectaux (13,4/100 000)**
 - 3- cancers du col
- Taux les plus élevés: Amérique du Nord (USA,Canada), Australie, Japon et Europe O.
 - Au Maghreb et les pays arabes, nette augmentation*

Rectum: 6,3 /100 000 chez l'homme, 5,1/100 000 chez la femme

Algérie = faible risque mais taux → 1/3 population

Japon, Tchéquie, Australie, Amérique du nord : risque +++ [11-20] H et [6-10] F

Afrique et Amérique latine: risque +

Pathogénie

1- Facteurs favorisants

Facteurs alimentaires :

- les régimes riches en graisses animales (cholestérol) et pauvres en fibres végétales: ↗ **risque**
- La consommation de légumes, les fibres, l'huile d'olive diminueraient le risque de cancer colorectal.
- De même que le calcium et la vitamines C: ↓ **risque**

Autres facteurs:

- * sédentarité, obésité
- * aliments riches en sucre
- * tabac, alcool

Pathogénie

2- Etats précancéreux

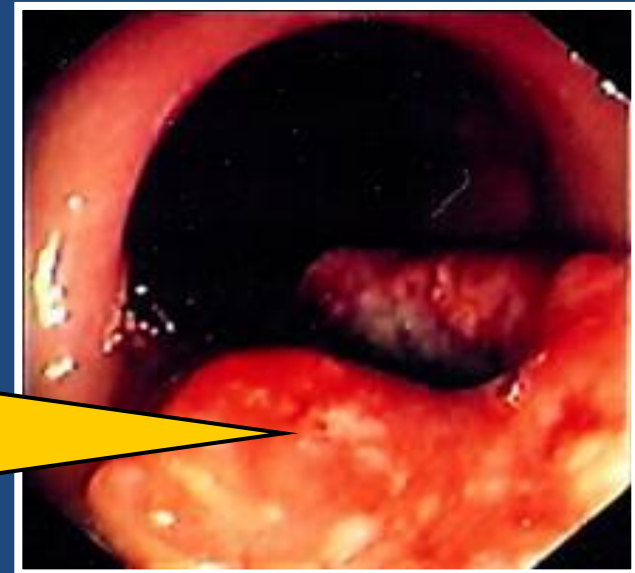
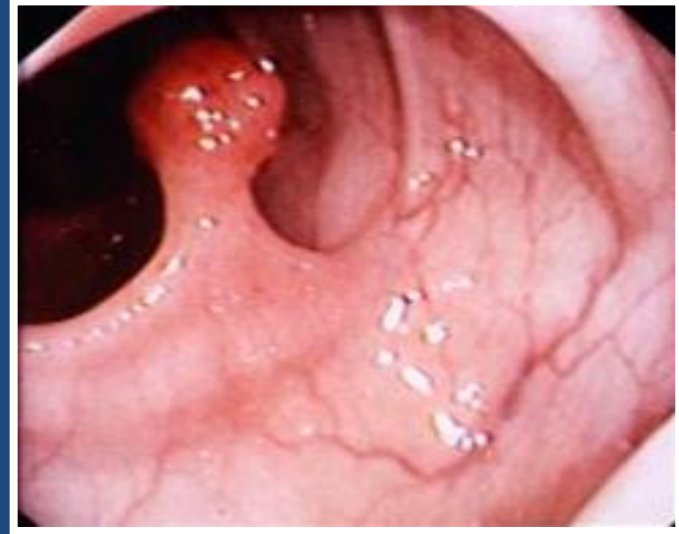
La lésion initiale est un adénome.

a/ adénome = Tm bénigne à potentiel malin

→ 10-15%

Séquence adénome – cancer :

→ dans 60 à 80 % des cas



Adénome > 1 cm
(1% si <1 cm, 50% si >2,5cm).
Composante villeuse
Dysplasie sévère

Adénome

Cancer

10 ans



1 000

100

25

Adénome: lésion initiale

Facteurs de risque: carcinome /adénome

Taille	Type histologique	dysplasie
<1cm = 0,2%	tubulaire = 5%	DBG = 6%
1-2 cm = 5-10%	T-villeux = 20%	DBG = 18%
>2 cm = 30%	villeux = 30%	DHG = 35%

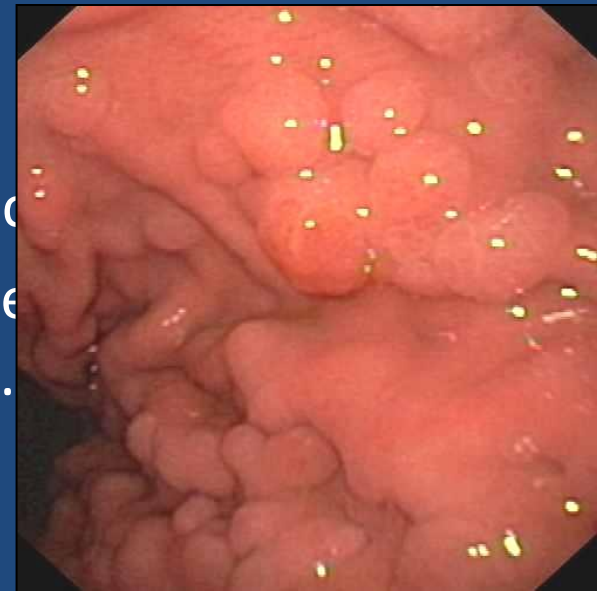
Pathogénie

2- Etats précancéreux

b/ Cancers à transmission héréditaire autosomique dominante :

- *Polyadénomatoase familiale (PAF):*

- ** rare, **1 %** de tous les CCR.
- ** 100 à plusieurs milliers d'adénomes sur le recto-colon.
- ** maladie héréditaire, autosomique dominante.
50 % des membres d'une fratrie sont atteints.
concerne le bras long du chromosome 5.
- ** dégénérescence: âge moyen 39 ans
- ** dès le diagnostic d'un cas, une enquête familiale doit être réalisée (coloscopie,...).
- ** traitement: coloproctectomie totale prophylactique ou curative



Polyadénomatosose familiale (PAF)



Pathogénie

2- Etats précancéreux

c/ Cancers à transmission héréditaire autosomique dominante :

- **Formes familiales héréditaires sans polypose ou HNPCC :**

(*Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer*) ou syndrome de Lynch.)

** cancer héréditaire à transmission autosomique dominante

** responsable de **1 à 5%** de tous les CCR

** préférentiellement dans le côlon droit

** survient plus précocement que la forme sporadique (vers 45 ans) et s'associe volontiers à d'autres cancers (utérus, app. urinaire, ovaires...).

** Les anomalies géniques portent sur des gènes impliqués dans les fonctions de réparation de l'ADN (gènes HNPCC: 4 mutations ont été décrites).

Spectre étroit : CCR + endomètre ou voies urinaires ou grêle

Spectre large: CCR + ovaires ou estomac

Pathogénie

2- Etats précancéreux

c/ Cancers à transmission héréditaire autosomique dominante :

• *Formes familiales héréditaires sans polypose ou HNPCC :*

- 3 cas ou plus de CCR histologiquement prouvés dans les antécédents familiaux, dont l'un est lié au premier degré avec les autres
- 1 CCR touchant au moins 2 générations
- Au moins 1 CCR diagnostiqué avant 50 ans
Syndrome de Lynch 2: associations de cancers extracoliques (plusieurs associations au CCR)

Spectre étroit : CCR + endomètre ou voies urinaires ou grêle

Spectre large: CCR + ovaires ou estomac

Pathogénie

2- Etats précancéreux

- *Formes familiales héréditaires + rares:*

- ✓ **Syndrome de Gardner** : polyadénomatoose colique familiale + tumeurs conjonctives des tissus mous et osseux.
- ✓ **Syndrome de Turcot** : polyadénomatoose familiale + tumeurs malignes du SNC.
- ✓ **Polyposes hamartomateuses** .
- ✓ **Syndrome de Peutz-Jeghers** : polypose diffuse du tube digestif + lentiginose péri-orificielle (buccale et anale).
- ✓ **Polypose juvénile** : entre 7 et 15 ans, touche essentiellement le cadre colorectal avec risque de dégénérescence dans sa forme mixte (hamartome + adénome) .

Pathogénie

2- Etats précancéreux

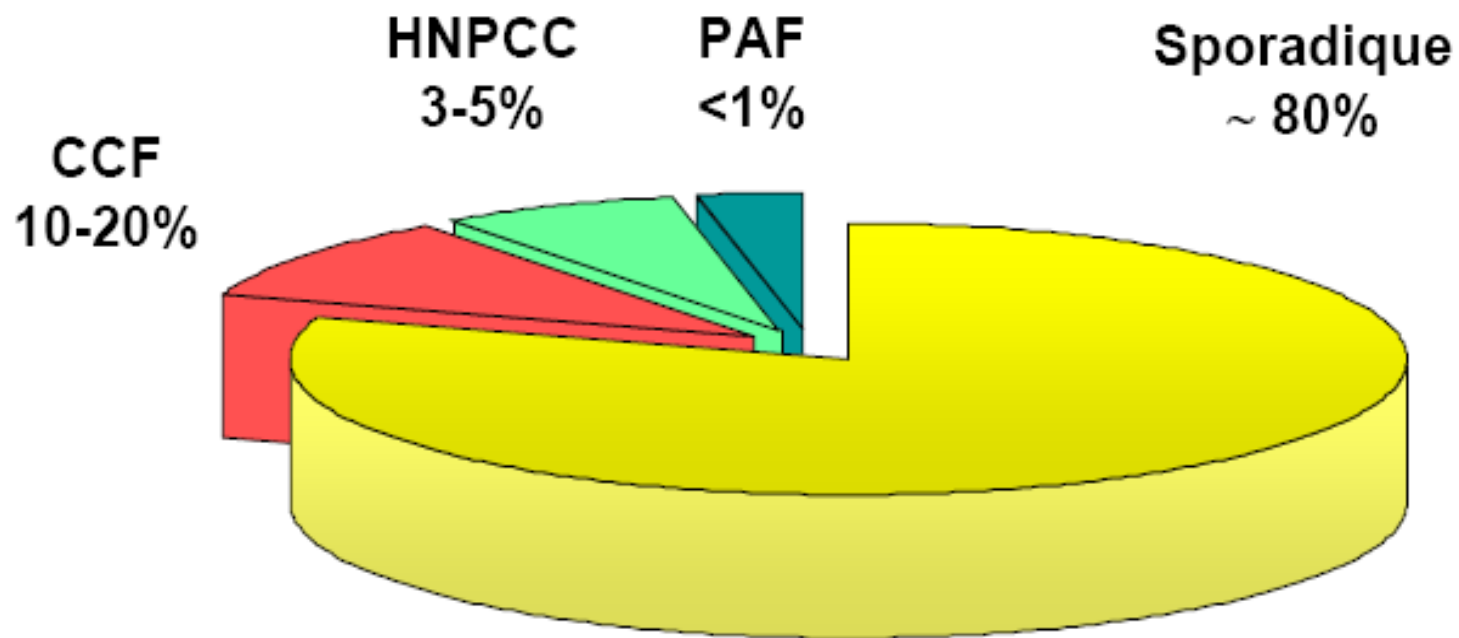
c/ Maladies inflammatoires intestinales (MICI)

- Le risque de cancer du côlon et du rectum est augmenté en cas d'antécédent personnel de colite inflammatoire.

Ce risque est bien connu pour la RCH

- _ il existe également pour les formes recto-coliques de maladie de Crohn.

Circonstances de survenue



- PAF: Polypose Adénomateuse Familiale
- HNPCC: Cancer Colorectal Héritaire sans Polypose
- CCF: Autres cancers colorectaux familiaux

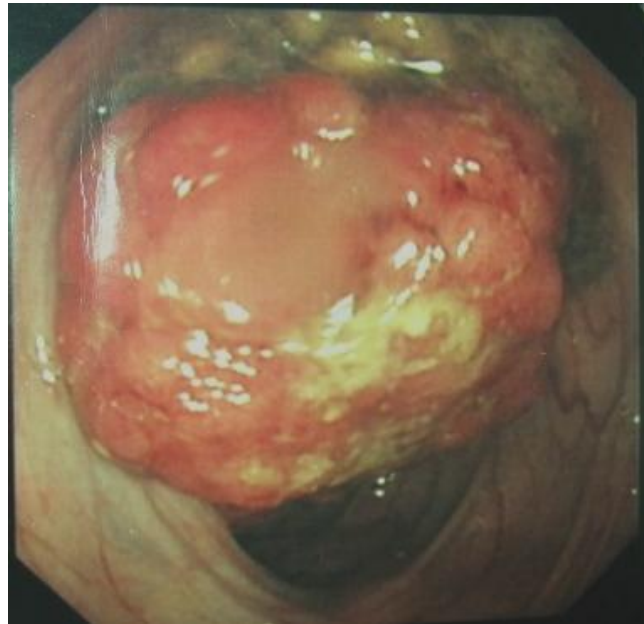
Groupes à risque

- **Risque moyen** (*risque net moyen CCR < 74 ans = 3,5 %*)
 - sujets de plus de 50 ans des 2 sexes
- **Risque élevé** (*risque = 6-10%*)
 - ATCD personnel d'adénome ou de CCR
 - ATCD au premier degré de CCR ou d'adénome > 1 cm
 - RCH et MC en cas de pancolite
- **Risque très élevé**
 - Polypose adénomateuse familiale
 - Cancers héréditaires sans polypose (HNPCC)

Anatomie pathologique

Macroscopie

- **Forme bourgeonnante ou végétante ou polypoïde**
- **Forme ulcéro-bourgeonnante**
- **Forme infiltrante** → ADK peu différenciés (colloïdes muqueux et avec cellules en « bague à châton »).



Anatomie pathologique

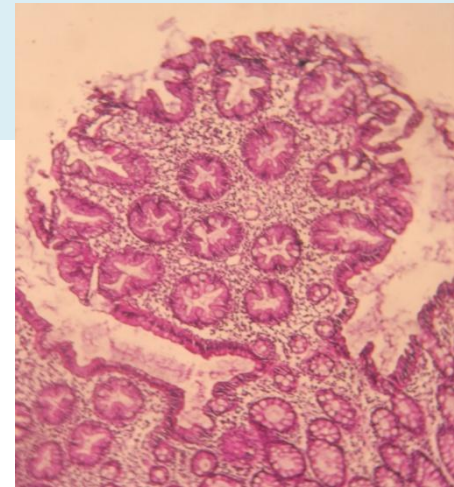
Microscopie

Classification de l'OMS:

- **95%** → **adénocarcinomes**
- Carcinomes médullaires, épidermoïdes, adénosquameux et à petites cellules : rares et indifférenciés.
- **ADK festonné**: rare:7,5% des CCR et de pronostic sombre.

Adénocarcinomes lieberkhuniens: 80%

- ADK bien différenciés
- ADK moyennement différenciés
- ADK peu à indifférenciés



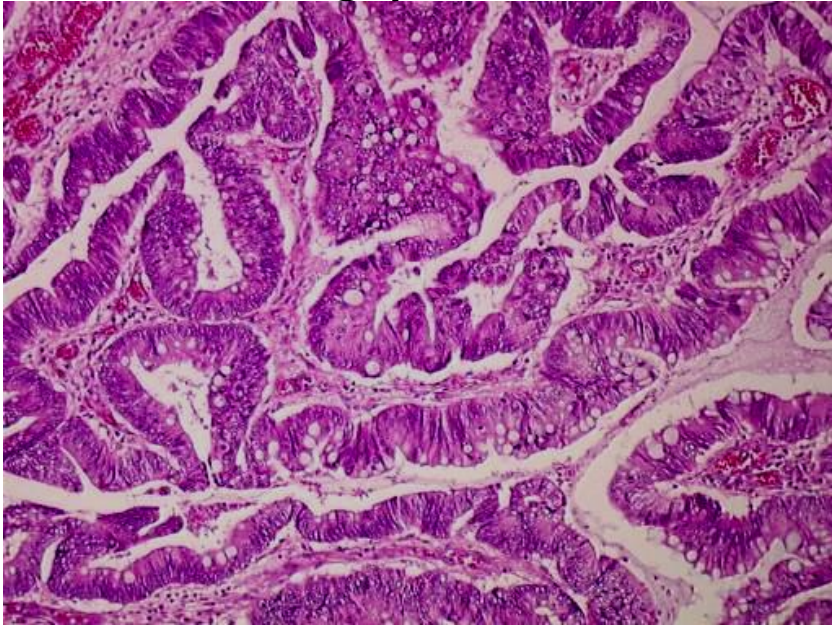
Carcinomes colloïdes muqueux (CCM): **10 à 15%** des ADK.

Définis par la présence de plus de 50% de composante mucineuse.

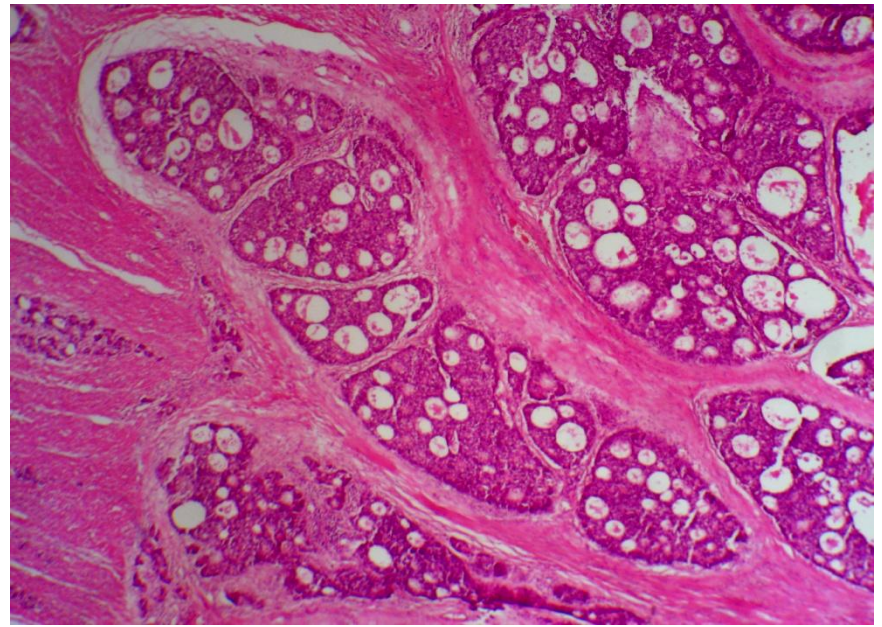
Carcinomes à cellules en "bague à châton" ou carcinomes à cellules isolées ou carcinomes à cellules indépendantes.

Rares, ils représentent environ

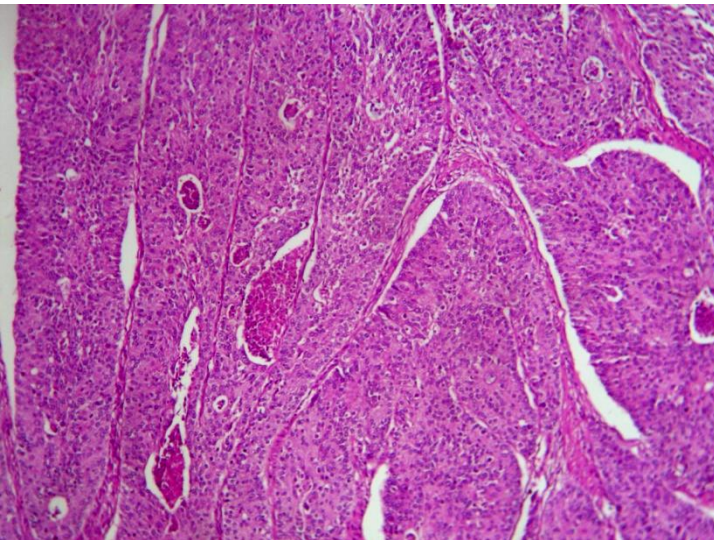
Grade histologique:



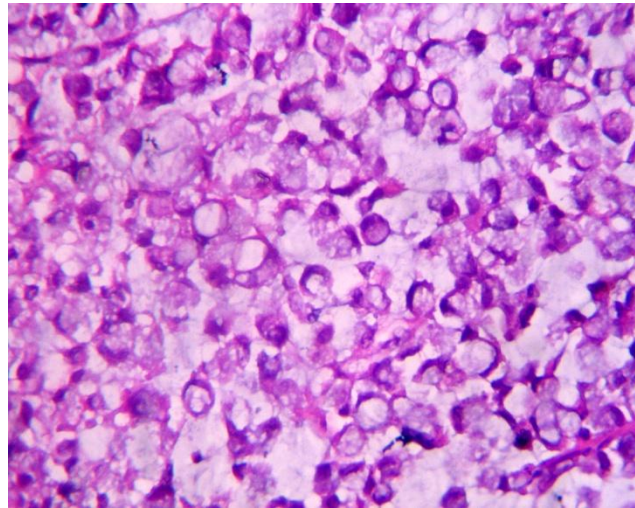
ADK bien différencié (95% de glandes)



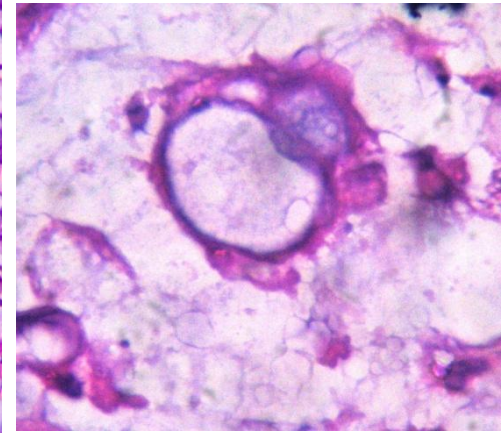
ADK moyennement différencié (50-95% glandes):
aspect cribriforme avec massifs creusés de lumières glandulaires.



ADK peu différencié (5- 50% glandes)



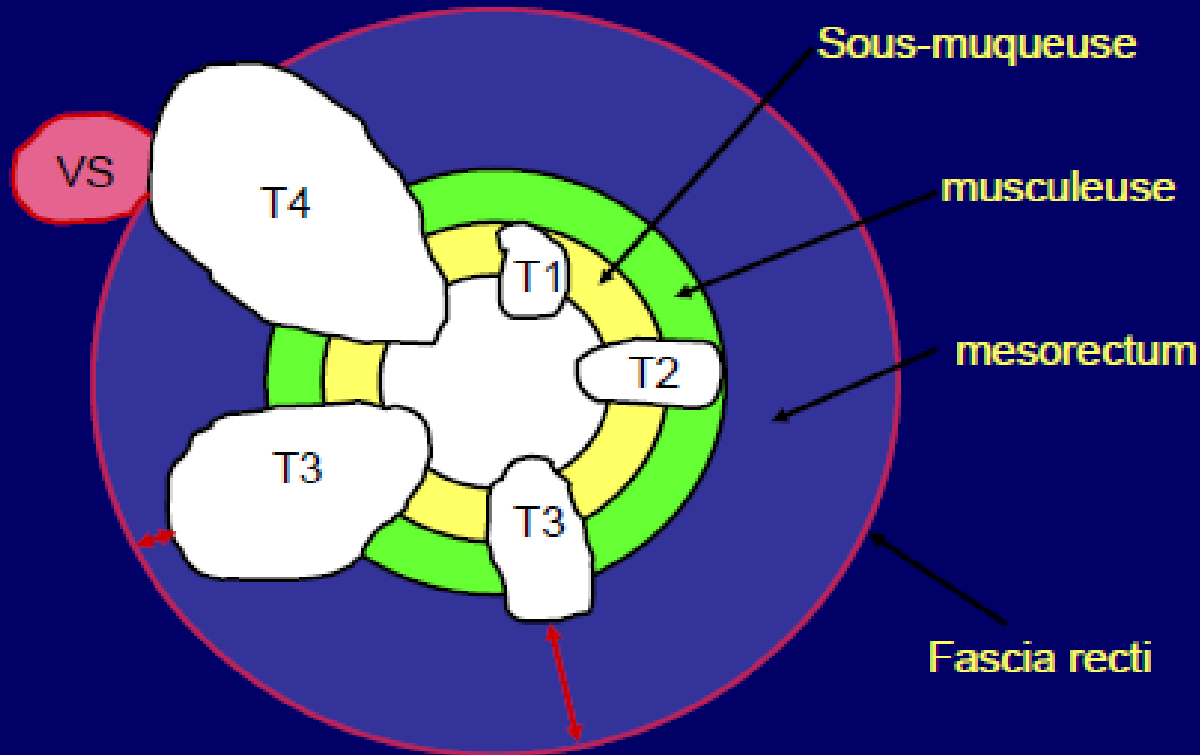
Carcinome à cellules isolées (bague à chaton)



Anatomie pathologique

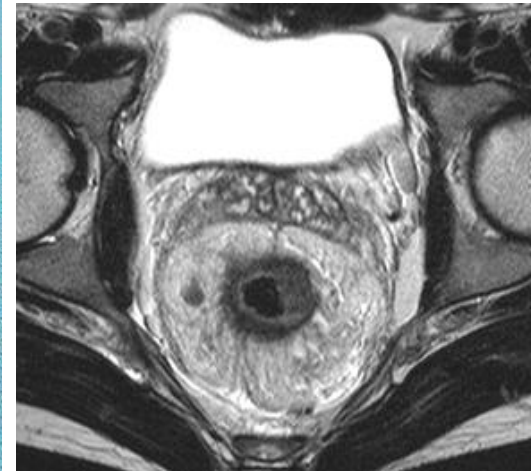
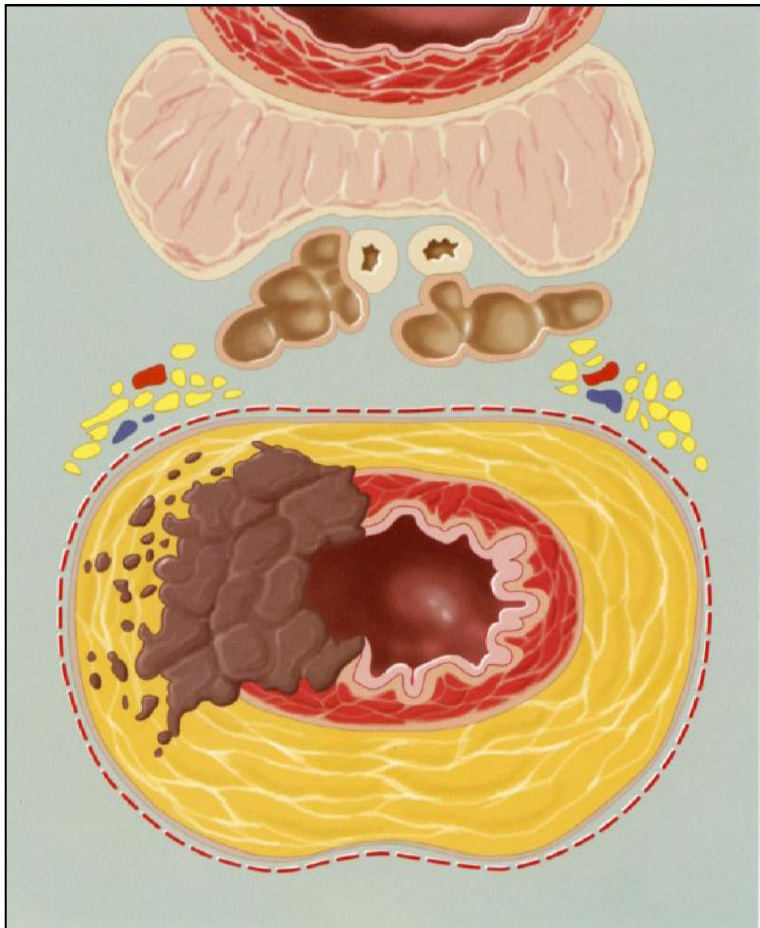
Extension

- *Extension pariétale:*



Anatomie pathologique

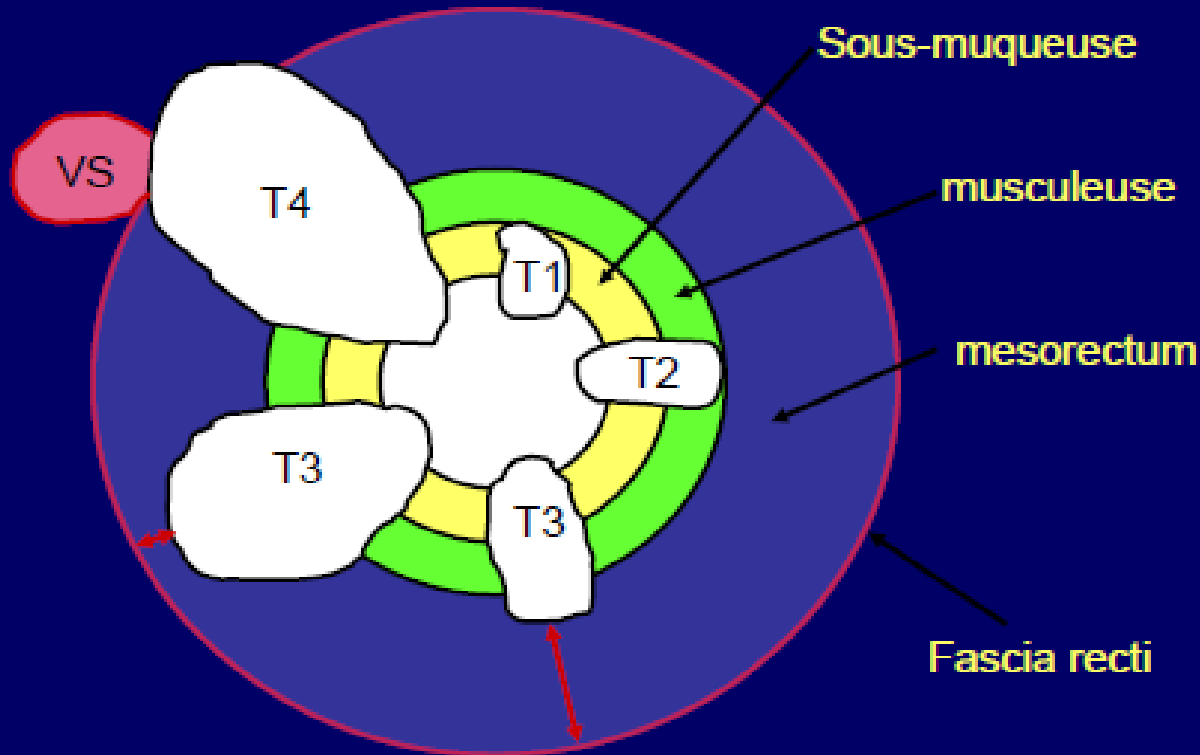
Extension



Anatomie pathologique

Extension

- *Extension pariétale:*



Carcinome
In situ

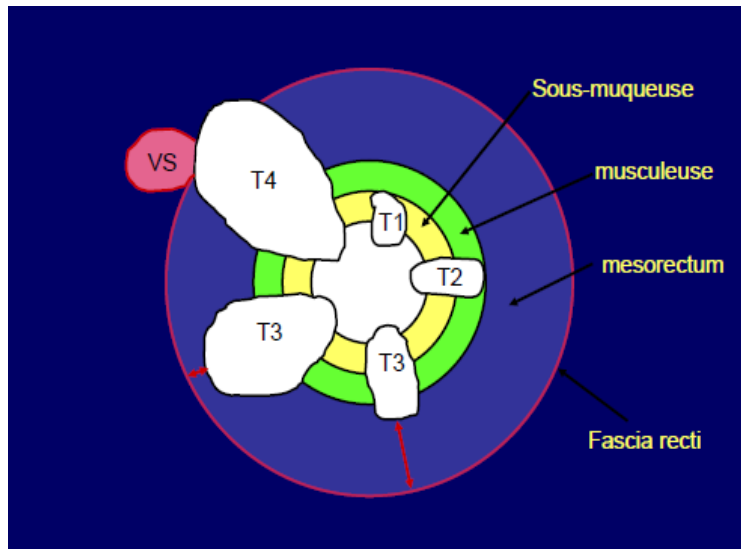


Carcinome
invasif

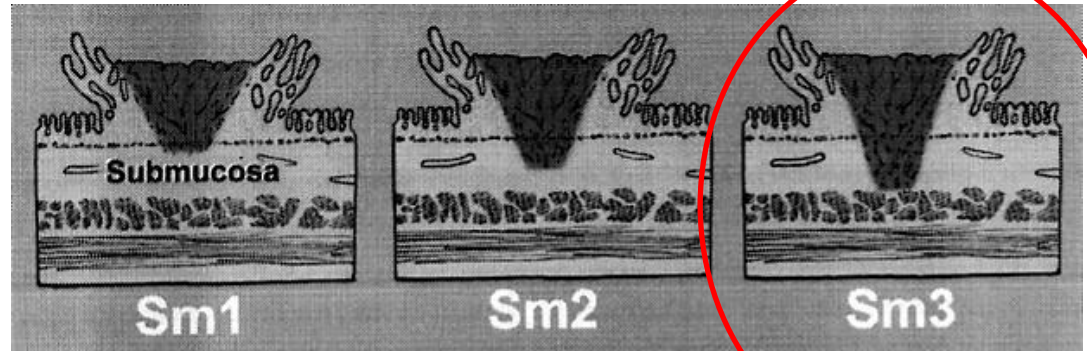
Anatomie pathologique

Extension

- *Extension pariétale:*



1



Risque d'envahissement ganglionnaire: dans 13% des cas

Plus important: lésions Sm3 (+++): 23%

Avec des emboles vasculaires ou lymphatiques
Surtout dans le 1/3 inférieur du rectum

2

Tumeurs dépassant la musculuse et atteignant le mésorectum: T3

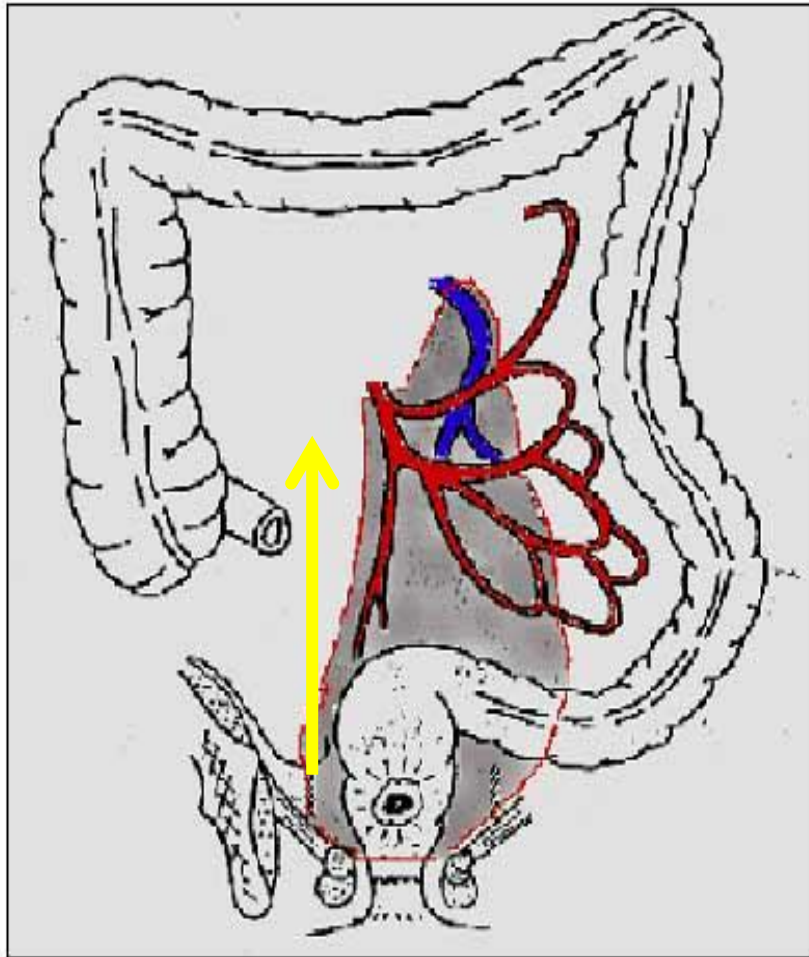


Indication d'une radiothérapie préopératoire (avec chimiothérapie combinée)

Anatomie pathologique

Extension

- *Extension ganglionnaire: *conditionne le pronostic*
**conditionne l'indication d'une RT*



Artère Mésentérique Inférieure



Artère rectale supérieure



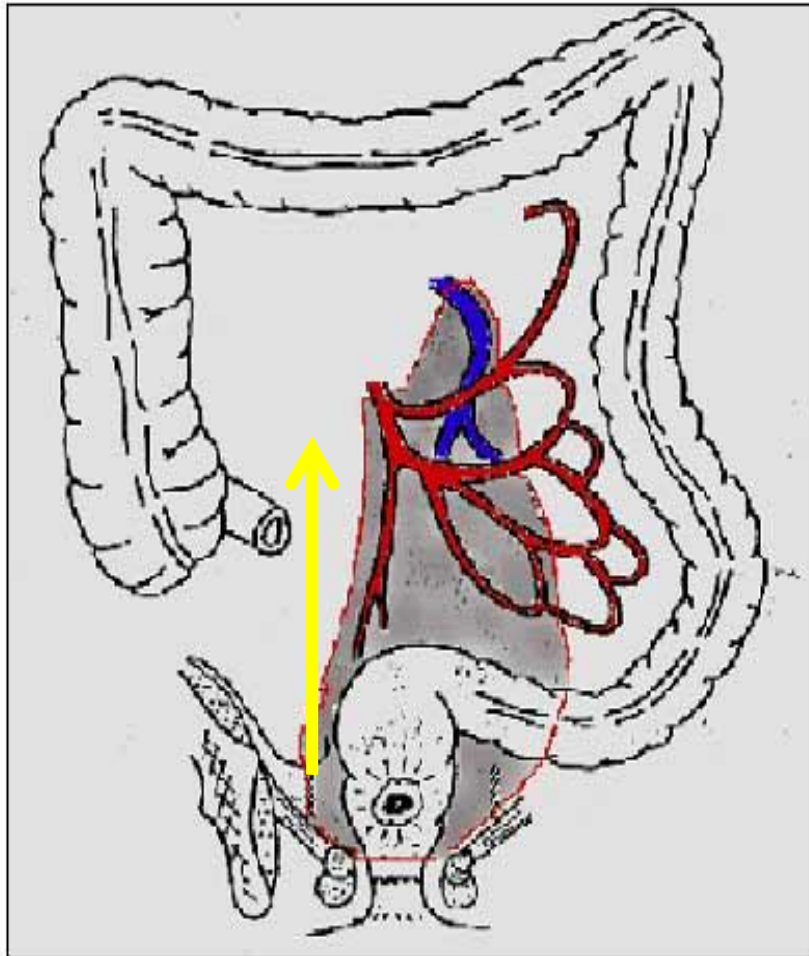
Ganglions péirectaux



Anatomie pathologique

Extension

- *Extension ganglionnaire: *conditionne le pronostic*
**conditionne l'indication d'une RT*



Artère Mésentérique Inférieure



Artère rectale supérieure



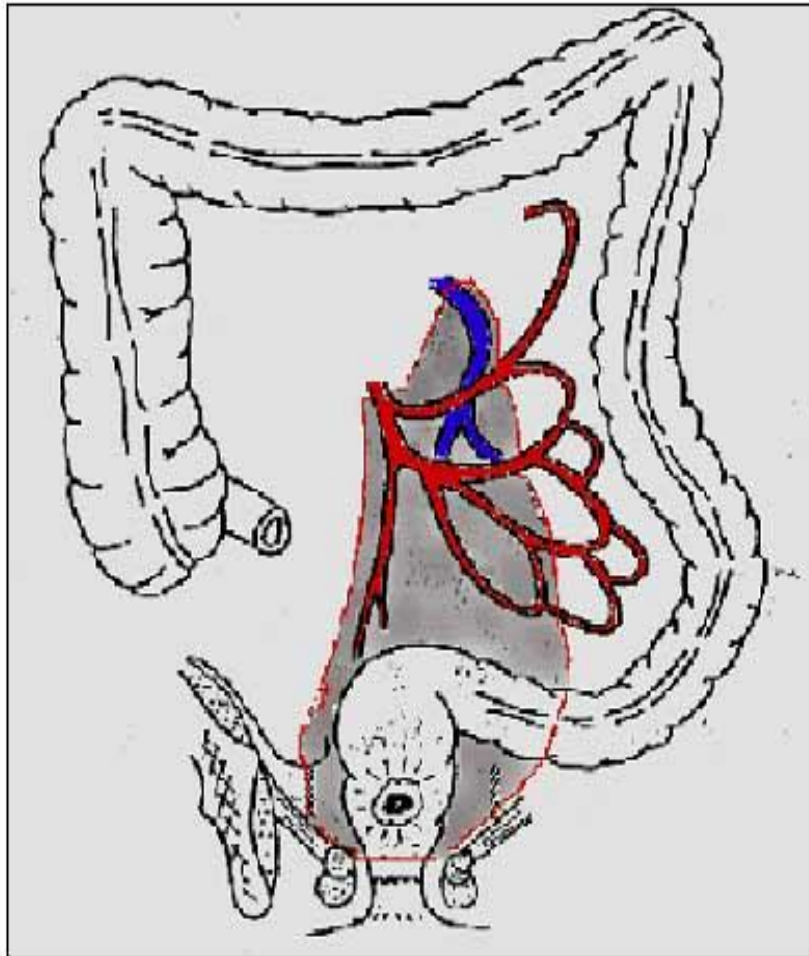
Ganglions péirectaux

Mais aussi:
vers les chaînes iliaques ... MOYEN RECTUM
Vers l'artère rectale interne ... BAS RECTUM

Anatomie pathologique

Extension

- *Extension ganglionnaire: *conditionne le pronostic*
**conditionne l'indication d'une RT*



Artère Mésentérique Inférieure



Artère rectale supérieure

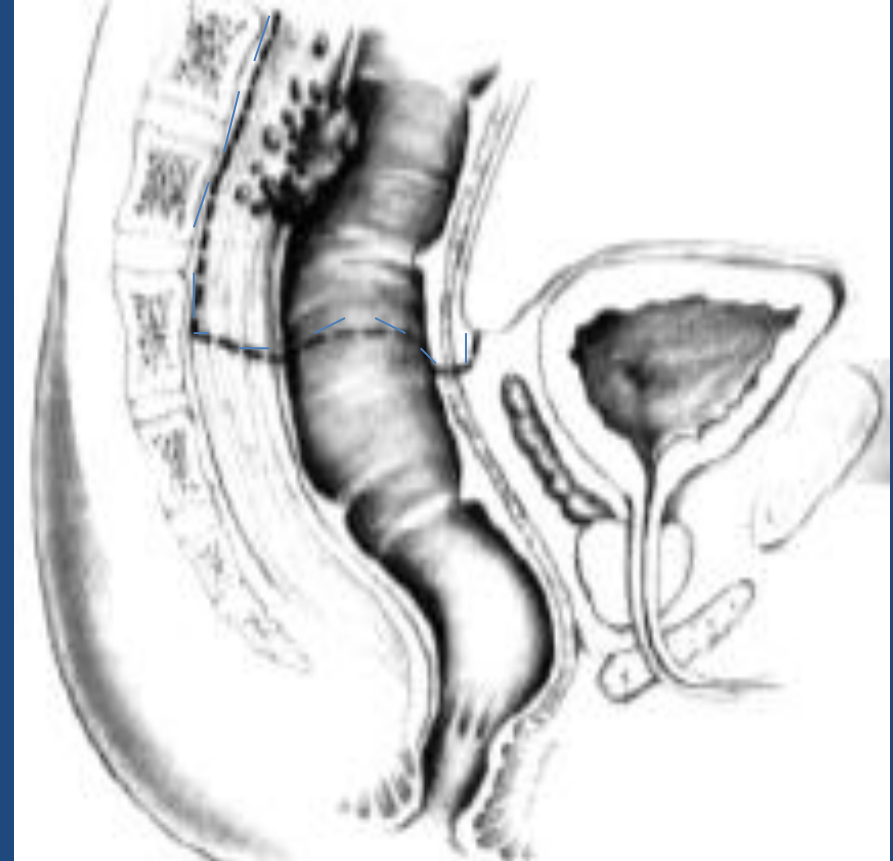
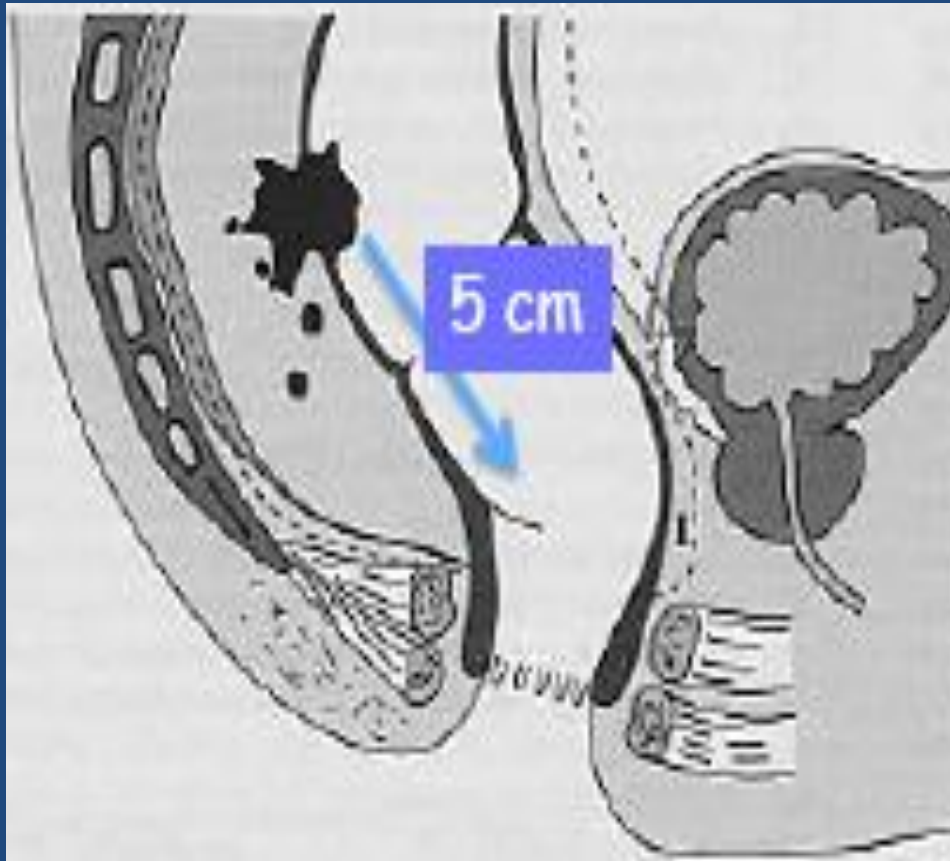


Ganglions péirectaux

N0: survie à 5 ans de 68%

N+: survie à 5 ans de 44%

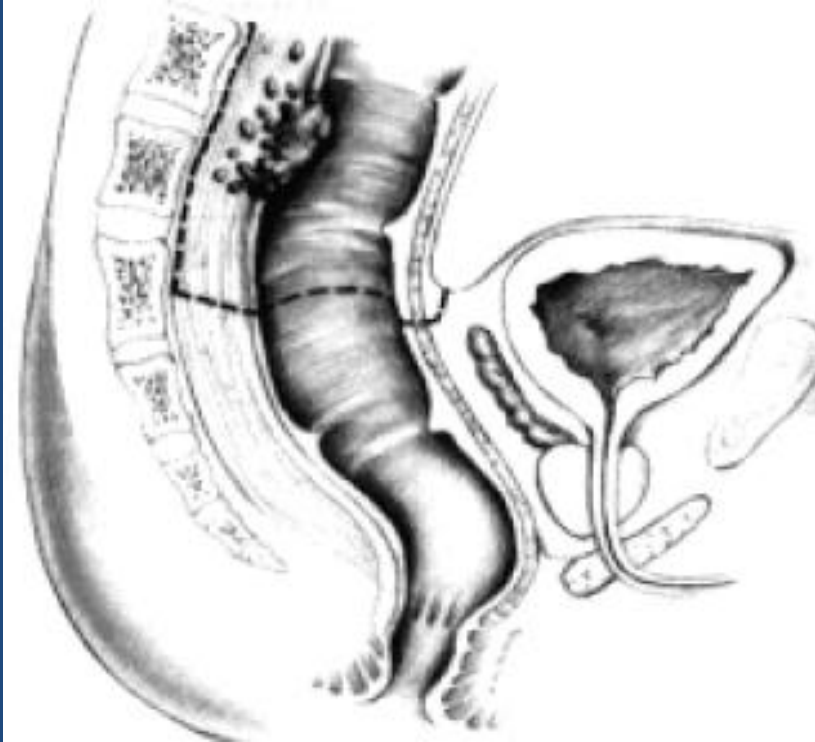
Le mésorectum : entité oncologique



Ilôts sous-tumoraux à 4 cm
dans 20%*

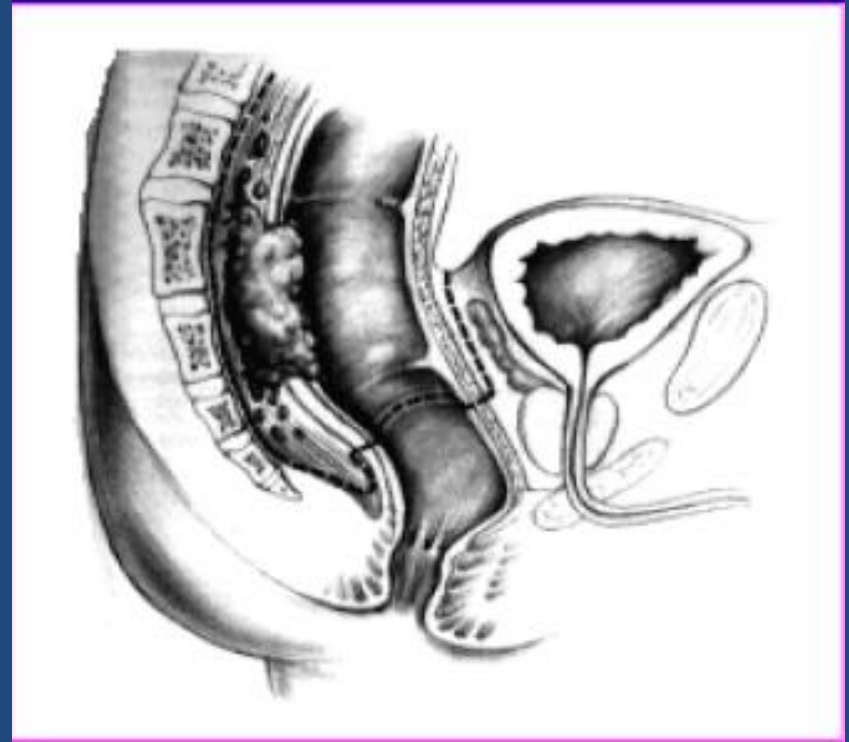
* Heald RJ. Br J Surg 1982;69:613-6.

Exérèse extrafasciale



TME partielle
T haut rectum

Heald RJ Bjs 1982
Hida J JACS 1997



TME totale
T moyen et bas
rectum

TME= 4% de RL , stades B2 et C DUKES**

** Mac Farlane JK. Lancet 1993; 341:457-60.

Anatomie pathologique

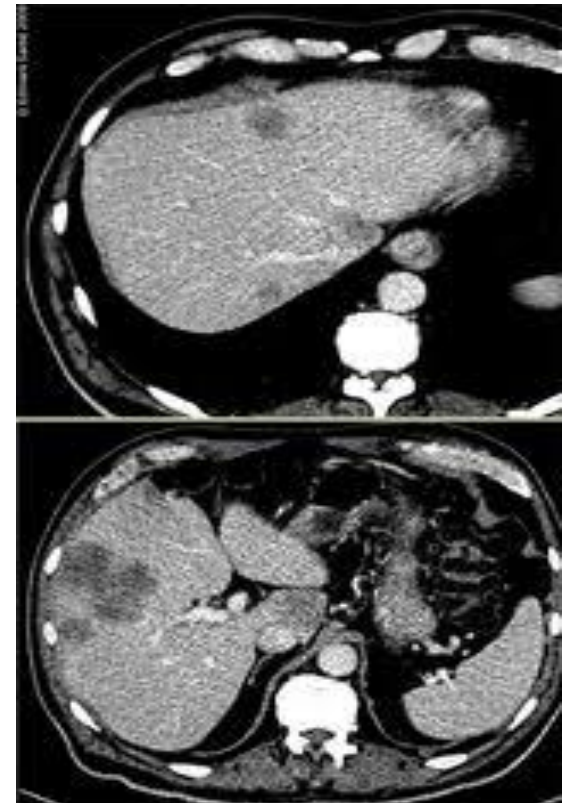
Extension

- *Extension métastatique:* * par voie hématogène
 - * **foie surtout**
 - * poumons, surrénales, os, cerveau

Classification TNM (AJCC 2009):

Elle classe les tumeurs en fonction:

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



Diagnostic: signes cliniques

Signes généraux : amaigrissement, asthénie plus ou moins marquée

Troubles du transit :

- Constipation récente (plutôt dans les localisations gauches).
- Diarrhée (plutôt dans les localisations droites).
- Alternance de diarrhée et de constipation.
- Modification récente du transit.

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

Signe le plus révélateur +++

Evacuations anormales de glaires et/ou sang fréquentes et impérieuses.
OU

Syndrome rectal: épreintes, ténesmes et faux besoins.++++

Douleurs dans la région périnéale ou sacrée: qui évoquent un envahissement pelvien

OIA en cas de sténose: plus rares que dans le cōlon gauche proximal.

Diagnostic

Interrogatoire

- recherche des antécédents personnels et familiaux de cancer colorectal (PAF, HNPCC), d'adénomes et d'autres cancers.
Mais également, rechercher la notion de RCH, de Crohn.

Examen clinique complet

- recherche des métastases hépatiques,
 - * une adénopathie sus-claviculaire gauche (GG de Troisier),
 - * une carcinose péritonéale (nodules au TR, ascite).

Diagnostic: examen clinique

Toucher rectal

- EXAMEN CAPITAL
 - FACILE, NON COUTEUX
 - Perçoit les tumeurs du bas rectum et du moyen rectum (< 10 cm de la marge anale)
 - se fait en DD, ou en DLG mais aussi en genu pectoral
-
- caractère bourgeonnant, ulcéré, ulcéro-bourgeonnant, voire infiltrant
 - étendue en surface (4/4 de la circonf.)
 - 1/4 circonférence = 3cm
 - mobilité/ fixité
 - / au sacrum,
 - / à la cloison recto-vaginale,
 - / au plan cervico-prostatique
 - / aux parois pelviennes
 - combiné au toucher vaginal
 - qualité du tonus sphinctérien +++



Diagnostic: explorations

Rectoscopie

- _ La rectoscopie au tube rigide peut être faite en consultation.
- _ Elle fait le diagnostic des cancers du rectum inaccessibles au toucher rectal. en
- _ Précise les caractéristiques macroscopiques de la tumeur
- _ Permet des biopsies et donc le **DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE DE CERTITUDE.**
- _ Doit être complétée par une coloscopie

Coloscopie

Examen de référence.

- Elle nécessite une préparation colique rigoureuse.
- _ Permet de visualiser la tumeur et de faire des biopsies.
- _ Doit toujours s'efforcer d'être complète afin de rechercher sur le reste du cadre colique des polypes associés (15 à 30%) ou un cancer synchrone (5%).
- _ Si impossible en cas de sténose, la faire en postopératoire .

Coloscanner

Diagnostic: explorations

Rectoscopie

- _ La rectoscopie au tube rigide peut être faite en consultation.
- _ Elle fait le diagnostic des cancers du rectum inaccessibles au toucher rectal. en
- _ Précise les caractéristiques macroscopiques de la tumeur
- _ Permet des biopsies et donc le **DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE DE CERTITUDE**.
- _ Doit être complétée par une coloscopie

Coloscopie

Examen de référence.

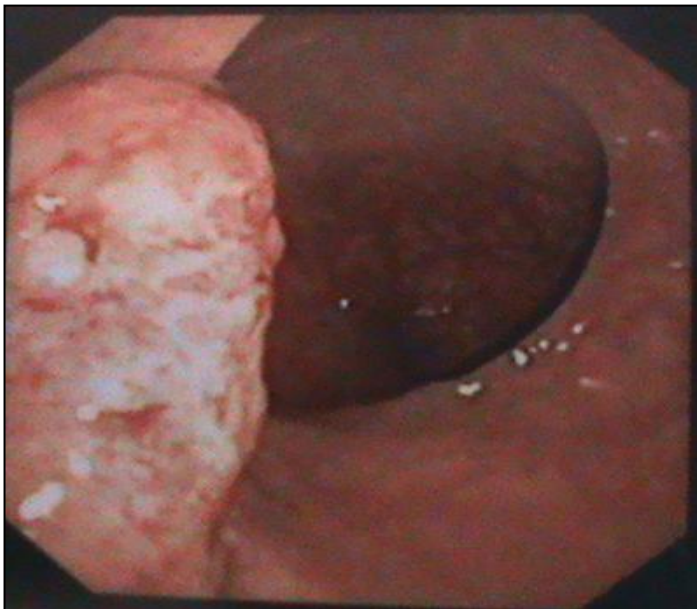
- Elle nécessite une préparation colique rigoureuse.
- _ Permet de visualiser la tumeur et de faire des biopsies.
- _ Doit toujours s'efforcer d'être complète afin de rechercher sur le reste du cadre colique des polypes associés (15 à 30%) ou un cancer synchrone (5%).
- _ Si impossible en cas de sténose, la faire en postopératoire .

Coloscanner

Diagnostic: explorations

Echoendoscopie

- Permet un examen endoscopique
- Simple, rapide, reproductible, décrit les 5 couches de la paroi rectale
- Limites: impossible en cas de sténose tumorale et peu performante dans les tumeurs volumineuses.
- Précise les indications de résection locale si tumeur du bas rectum
- Précise les indications de radiothérapie néoadjuvante



Diagnostic: explorations

IRM pelvienne:

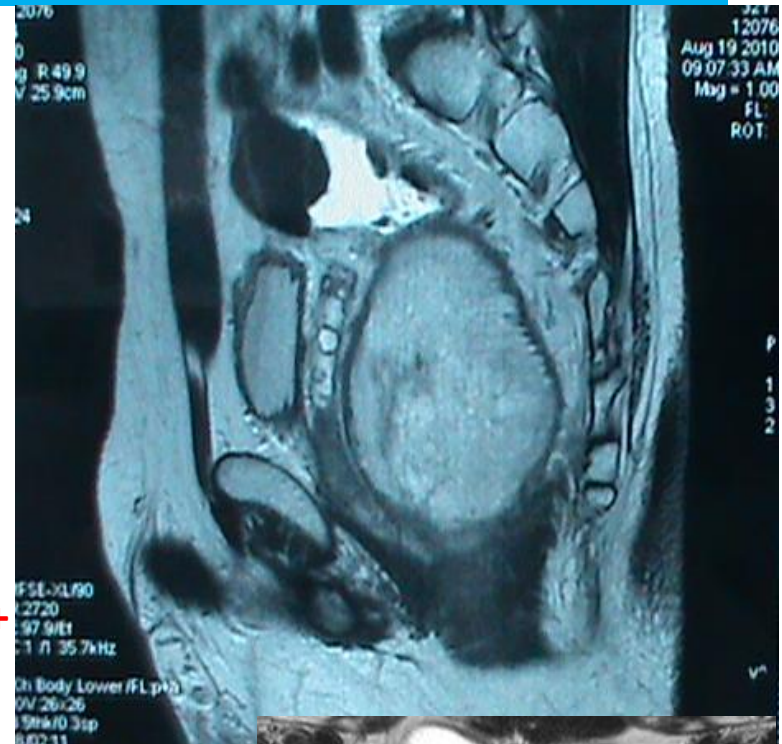
- introduite depuis 2007
- systématiquement depuis 2009

Les informations attendues:

- degré d'extension pariétale (T)
- Les ganglions mésorectaux (N)
- **évaluation de la marge latérale (5mm) +++**
- situation de la tumeur/ au plancher pelvien
- atteinte du sphincter externe ou du puborectal
- ganglions régionaux (iliaques internes)
- *mr*TNM
- **réévaluation en cas de traitement néoadjuvant (réponse tumorale) y mrTNM**

TDM pelvienne:

Performant uniquement pour l'extension dans et au delà de la graisse péirectale



Bilan de la maladie avant tout traitement

Bilan local:

interrogatoire

examen clinique :

... toucher rectal +++

évaluation paraclinique:

- rectoscopie + biopsies
- échoendoscopie (EER)
- IRM pelvienne +++
- TDM pelvienne

Bilan d'extension à distance:

- coloscopie
- échographie abdominale
- radiographie pulmonaire
- TDM thoraco-abdominale +++
- dosage de l' ACE



**Classer la tumeur
(Staging) en c TNM**

Bilan du malade avant tout traitement

Préparation du malade:

- **Consentement**
- **Information**
- **Préparation:**
- **psychologique: colostomie +++**
- **Préparation générale :**
 - ▶ Bilan biologique, ECG, échocardiographie...
 - ▶ Consultation de pré-anesthésie : évaluer le risque opératoire, corriger d'éventuels troubles métaboliques (Hypoalbuminémie, diabète, anémie...)
 - ▶ ASA, OMS, BMI
- **Préparation colique** : laxatifs osmotiques
 - ▶ la veille
 - ▶ Fortrans *: 1sachet dans 1L d'eau X4 + liquides autorisés

Traitement

Traitement pluridisciplinaire +++

Le traitement chirurgical

Seul traitement radical à même de guérir le patient

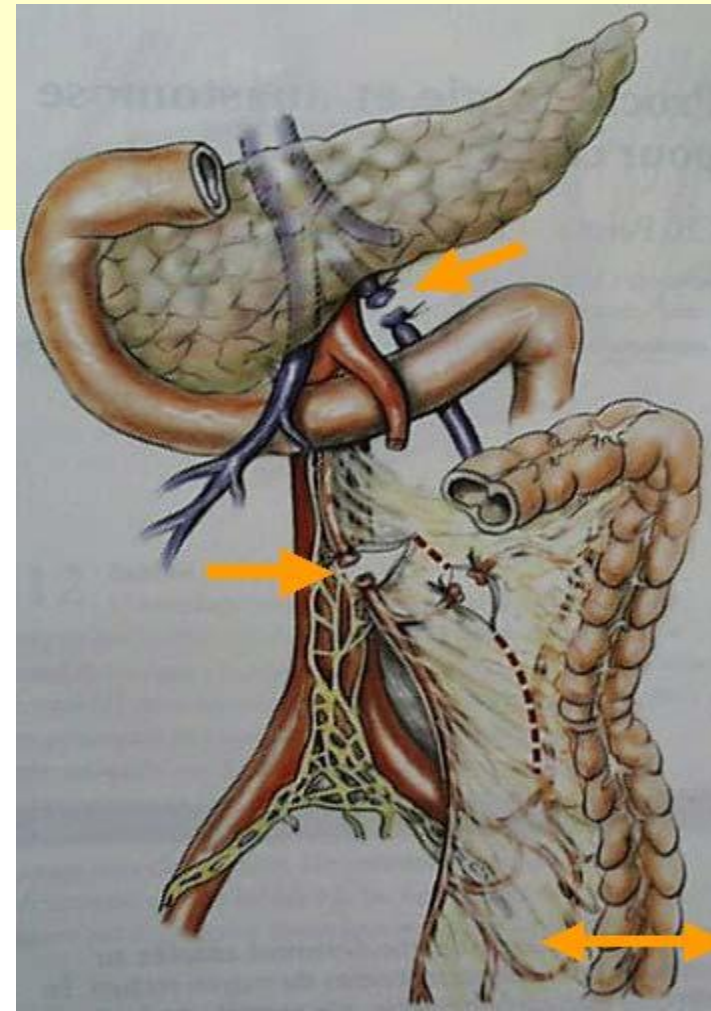
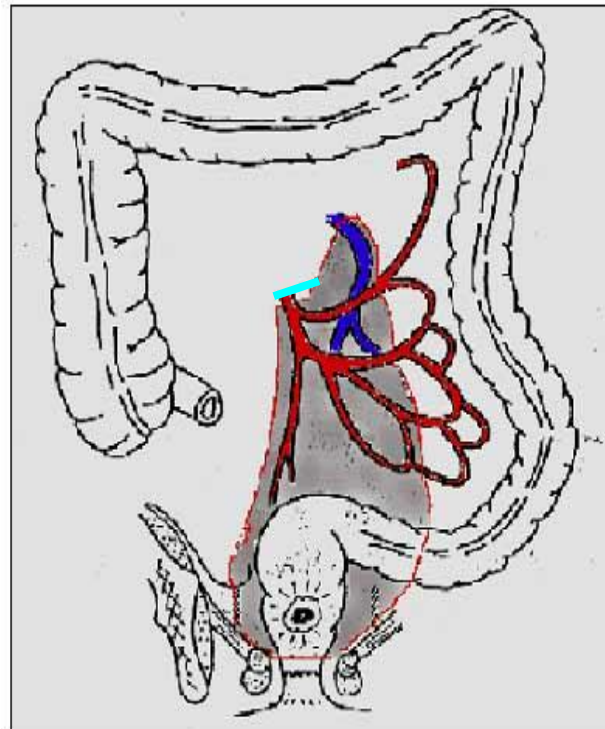
BUTS :

- **sur le plan carcinologique**, de retirer la tumeur avec des marges saines:
 - afin de prévenir la récurrence locale et d'allonger la survie
- la préservation si possible du sphincter anal,
 - qui représente un objectif important pour le chirurgien oncologue ET LE VŒU DU PATIENT.

Traitement chirurgical

Règles carcinologiques :

- ❑ Exploration abdominale: ascite, métas hépatiques (Écho per op)
- ❑ Ligature vasculaire de l'AMI, VMI et curage ganglionnaire
- ❑ Exérèse du mésorectum



Principes communs

RE-UCUQEFEBUCOD

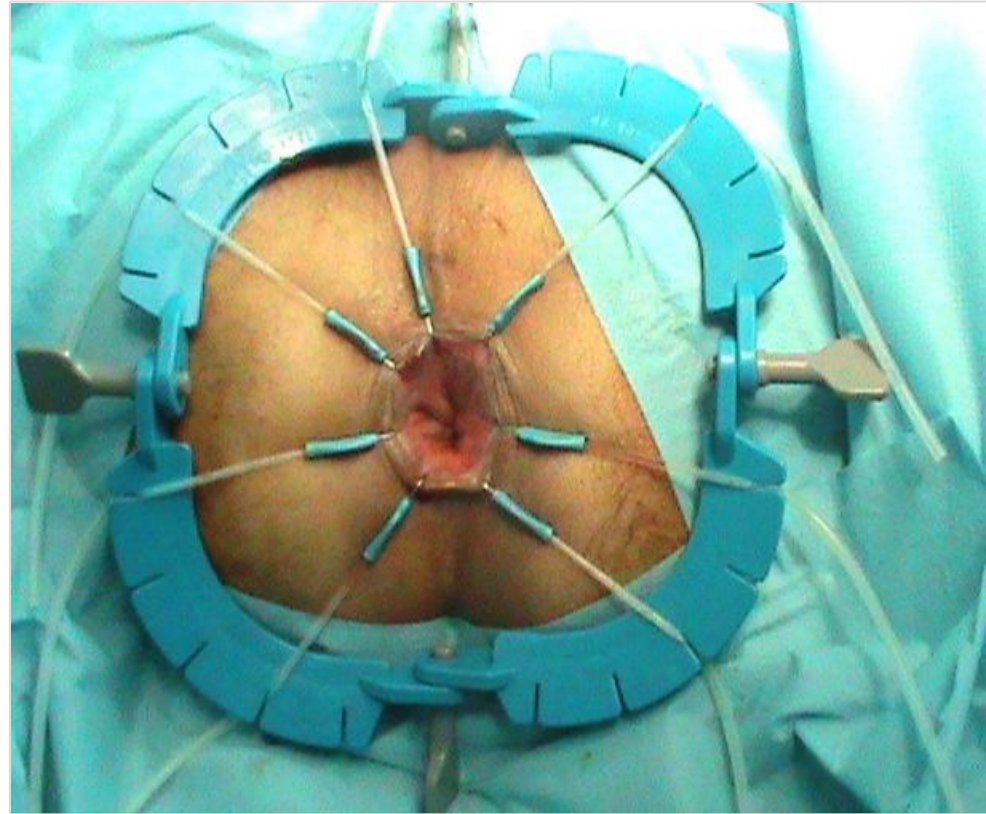


- sous AG, antibioprophylaxie (céphalosporines+ métronidazole à l'induction)
- cathéter de péridurale
- sondage urinaire
- couverture chauffante sur le tronc en per opératoire

Pour le temps périnéal



Écarteur de Lone-star



Traitement chirurgical

Interventions radicales:

Résection antérieure :

1/ contrôle vasculaire mésentérique inférieur: **curage gangl.**

2/ exérèse rectale avec son mésorectum :

- 5cm sous la tumeur pour le haut rectum (15-10cm)

3/ rétablissement de la continuité avec anastomose colorectale

Résection antérieure basse:

2/ exérèse rectale avec exérèse totale du mésorectum (TME):

- pour les tumeurs du moyen (10- 5cm) et du bas rectum (5- 0cm)

3/ rétablissement de la continuité avec anastomose coloanale.

Traitement chirurgical

Interventions radicales:

Résection antérieure :

1/ contrôle vasculaire mésentérique inférieur: **curage gangl.**

2/ exérèse rectale avec son mésorectum :

- 5cm sous la tumeur pour le haut rectum (15-10cm)

3/ rétablissement de la continuité avec anastomose colorectale

Résection antérieure basse:

2/ exérèse rectale avec exérèse totale du mésorectum (TME):

- pour les tumeurs du moyen (10- 5cm) et du bas rectum (5- 0cm)

3/ rétablissement de la continuité avec anastomose coloanale.

Une iléostomie de protection est recommandée:

- dans tous les cas d'anastomoses basses avec moins de 4 cm de rectum restant.
- pour une bonne cicatrisation de l'anastomose

Traitement chirurgical

Interventions radicales:

amputation abdominopérinéale :

1/ contrôle vasculaire mésentérique inférieur: **curage gangl.**

2/ exérèse rectale avec son mésorectum :

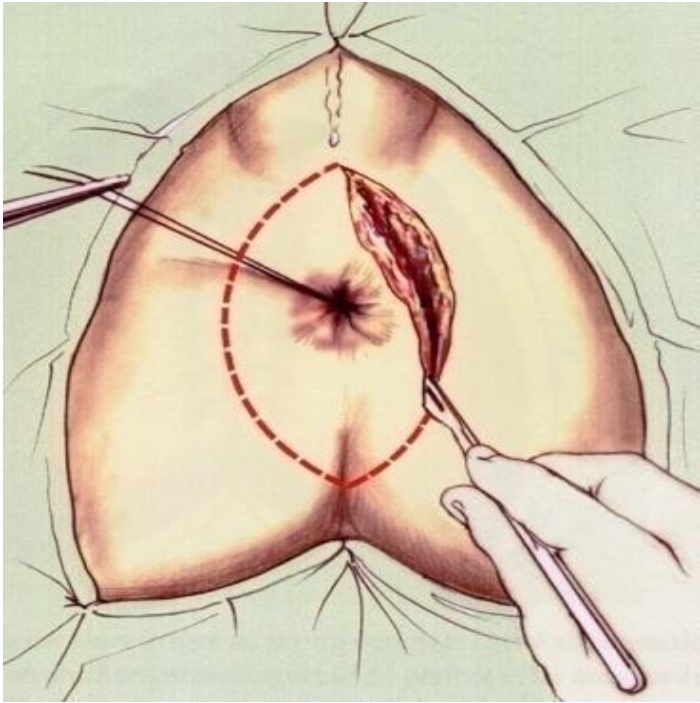
~~3/ conservation du sphincter anal avec anastomose colorectale ou coloanale.~~

3/ elle supprime l'anوس et le sphincter anal avec exérèse en bloc du rectum et du «mésorectum».

4/ une colostomie iliaque gauche définitive est réalisée.

L'AAP * est une intervention mutilante .

* concerne les cancers du très bas rectum (< 3cm de la marge anale).



Traitement chirurgical

Interventions non radicales:

intervention de Hartmann :

1/ contrôle vasculaire mésentérique inférieur: **curage**

2/ exérèse rectale avec son mésorectum :

3/ ~~conservation du sphincter anal avec anastomose colorectale ou coloanale.~~

➔ résection colorectale sans rétablissement de la continuité intestinale.

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

Elle s'applique *aux sujets âgés, fatigués, avec comorbidités
* et dans le cadre de l'urgence (OIA, perforation)

Traitement chirurgical

Interventions non radicales:

colostomie iliaque gauche « palliative » :

1/ ~~contrôle vasculaire mésentérique inférieur: curage gangl.~~

2/ ~~exérèse rectale avec son mésorectum :~~

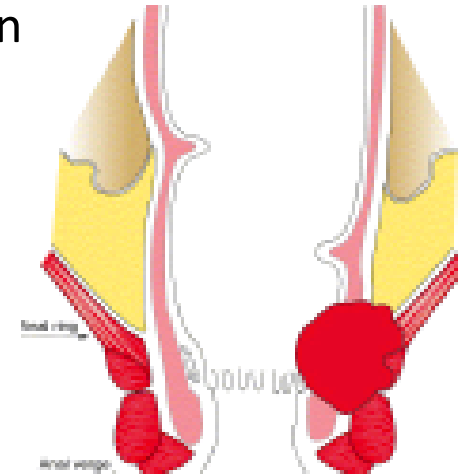
3/ ~~conservation du sphincter anal avec anastomose colorectale ou coloanale.~~

Dans les cas où la tumeur est inextirpable ou carcinose ou métastases hépatiques et/ou pulmonaires et/ou cérébrales

Indications

- Le choix entre ces différentes interventions 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

AAP: * tumeurs inférieures à 3 cm
* ou en cas d'atteinte du sphincter anal



Sinon:

Exérèse rectale avec son mésorectum et anastomose colorectale ou coloanale

Tumeurs c T3, T4 et/ou N+ → radiothérapie préopératoire

Thérapeutiques néoadjuvantes

Radiothérapie préopératoire: standard (cancers du bas et moyen rectum).

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

- **diminue le risque de récurrence locale ++++**

- **indiquée dans les cancers localement avancés T3 ou T4 ou N+**

- **La radiochimiothérapie préopératoire:**

- * **surtout dans les tumeurs localement avancées du bas rectum et certains moyens rectum**

- * à base de 5 FU (1ère et 5ème semaine de la radiothérapie (45 Gy pendant 5 semaines)

La radiochimiothérapie peut entraîner une stérilisation dans les petites tumeurs.

Chimiothérapie adjuvante ou postopératoire:

- * pas d'intérêt démontré sauf dans le cancer du haut rectum (= côlon)

- * est cependant utilisée dans les tumeurs pT4 et N+

Surveillance et modalités de surveillance

Surveillance postopératoire immédiate et soins péri opératoires:

TA, température
diurèse
drainages
état de la stomie
+ examen clinique

Antibiothérapie jusqu'à J5
Antalgiques (voie péridurale, ou parentérale)
Anticoagulation par HBPM:
..... prolongée pendant 1 mois

Déambulation et alimentation orale précoces

- **LMS0:** - changement de pansement à partir de J4 si non souillé
- ablation du drain rétro-anastomotique entre J6 - J10
- **Plaie périnéale (AAP) :**
 - pansements quotidiens
 - ablation des lames à partir de J10 si pas de problèmes

complications post opératoires précoces:

Les complications chirurgicales:

- hémorragies
- fistule anastomotique – abcès pelvien
- sepsis périnéaux – déhiscence de la plaie périnéale (AAP)
- problèmes liés à la stomie
- fistule urinaire

Les complications médicales :

essentiellement,

- accidents thromboemboliques

Surveillance oncologique

- A 1 mois
- tous les 3 -4 mois au cours des 2 premières années,
- tous les 6 mois à partir de la 3 ème année puis annuellement

Examen clinique: prise du poids,
touchers pelviens → **récidive muqueuse**

Échographie abdominale et radiographie pulmonaire, *en alternance avec* :

TDM thoraco-abdomino-pelviene → * **métastase(s) hépatique(s),**
* **pulmonaire(s)**

ACE tous les 3-4 mois

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.**
- **Les résultats de la chirurgie ont été améliorés grâce à la TME.**

- **La radiothérapie préopératoire a grandement facilité la chirurgie et a diminué le taux de récurrences 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.**