

Cancer du rectum

Frikha Mohamed Foued

CHU Habib Bourguiba

Service de Chirurgie Générale et Digestive Sfax

Année 2024-2025

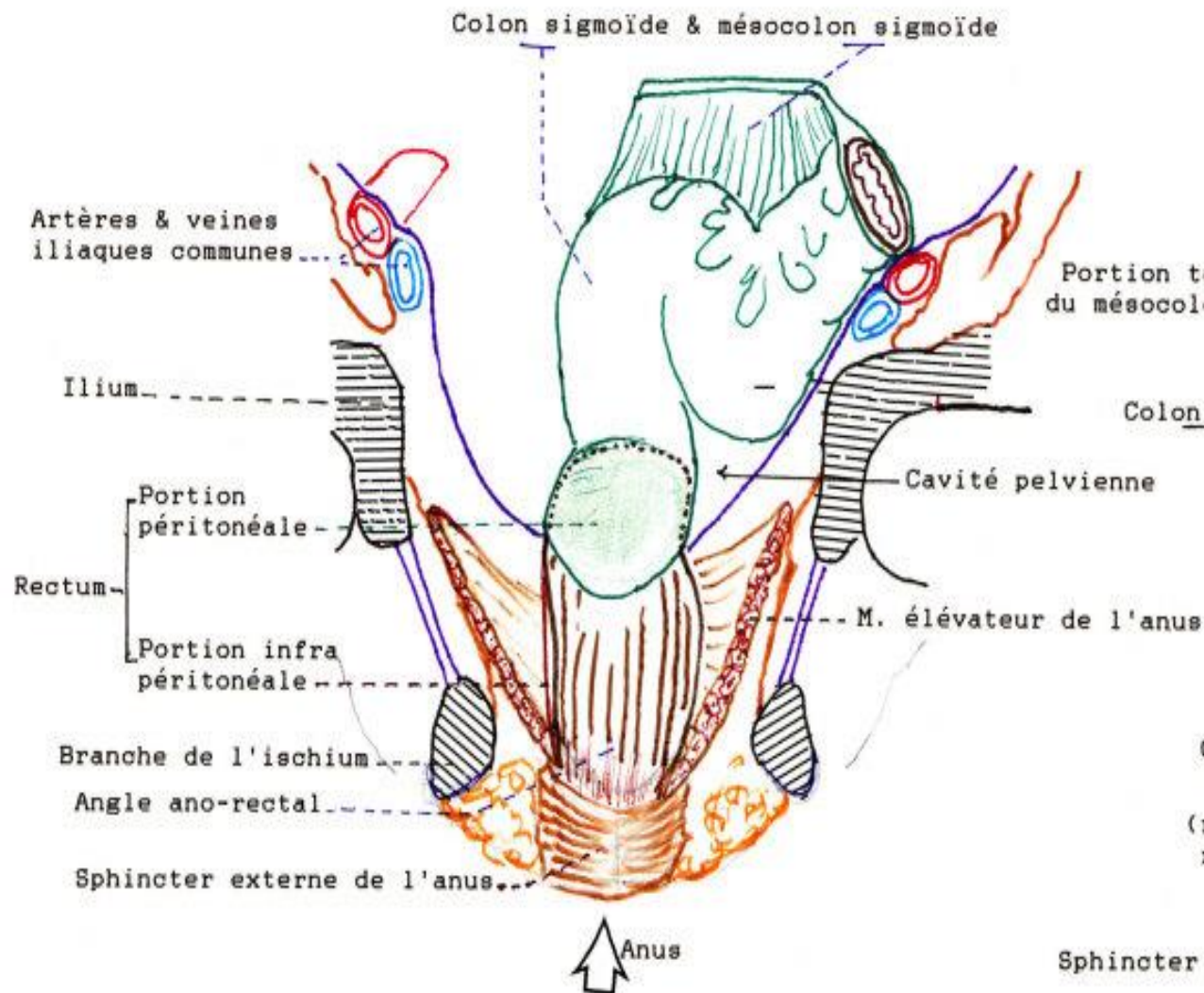
Mail : frikha_sah@yahoo.fr

3^{ème} année médecine

Evaluation par objectif

Faculté de Médecine de Sfax

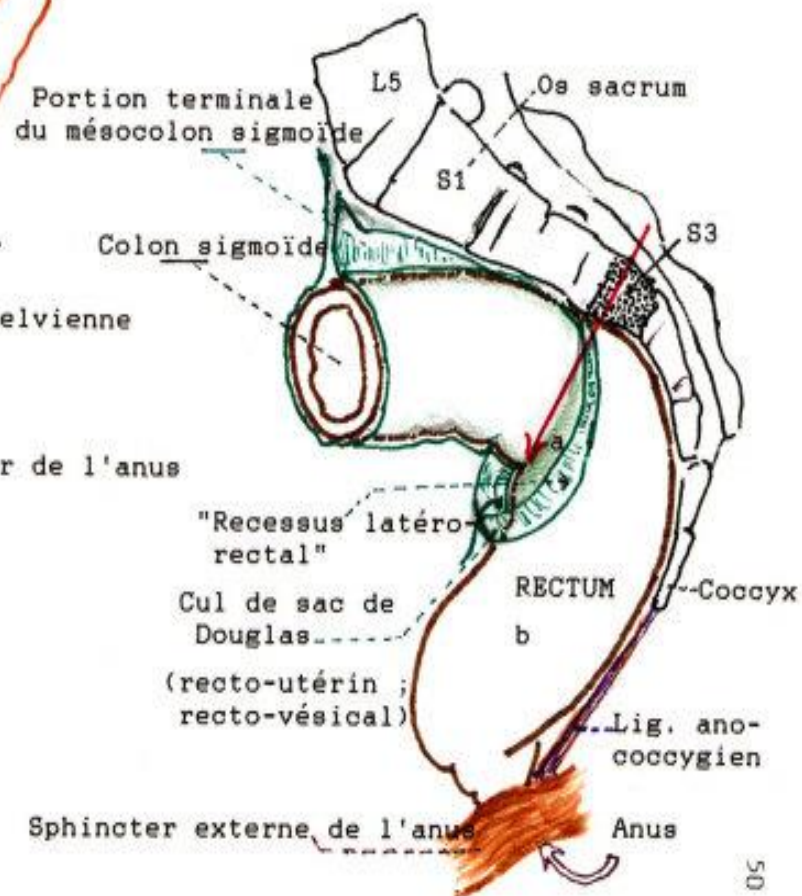
COUPE CORONALE DU PELVIS ;
RECTUM EN VUE ANTERIEURE



VUE LATÉRALE GA DU RECTUM

(Après section sagittale de la
colonne sacro-coccygienne)

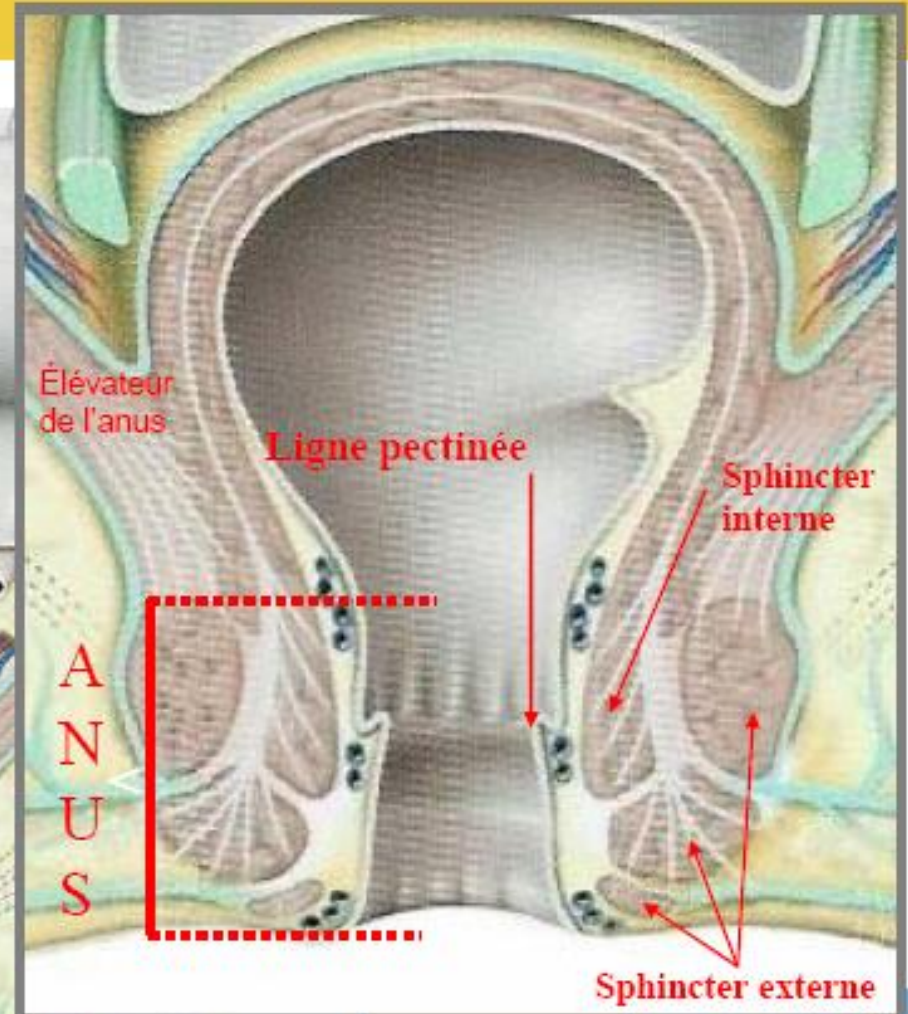
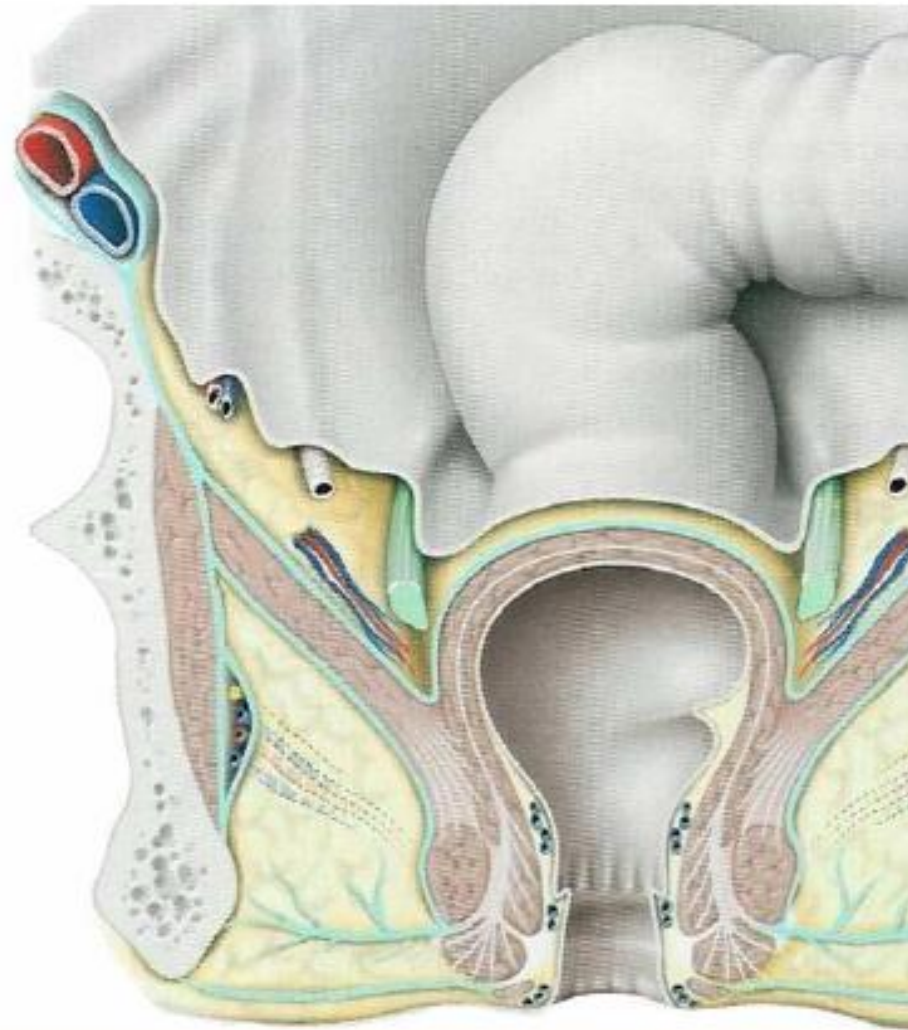
- 2 portions principales du rectum :
- a. Portion péritonéale (petite)
 - b. Portion infra-péritonéale



Cancer rectal

Bonne connaissance de l'anatomie

Définition de la région anale



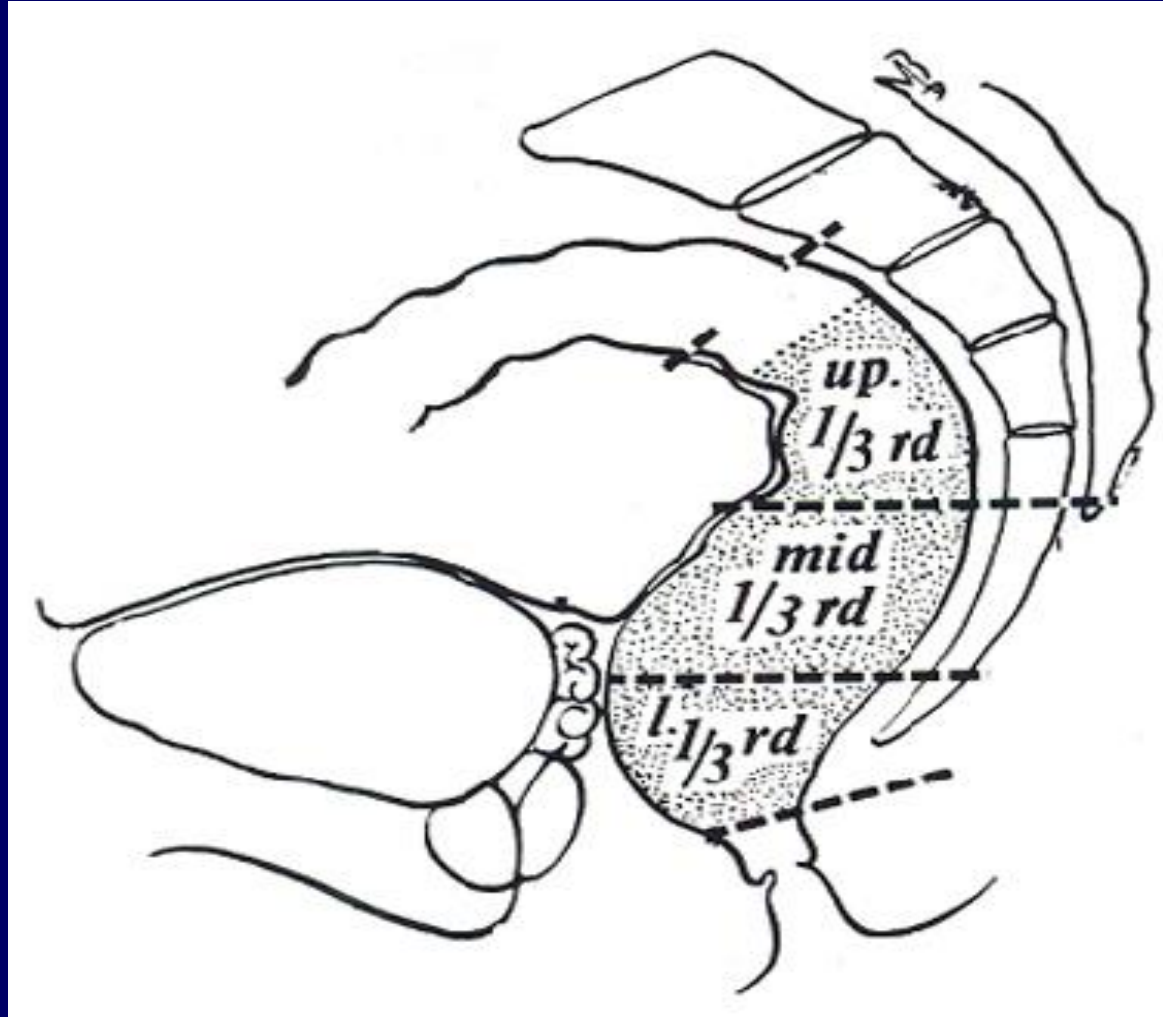
Coupe frontale
du rectum

Classification anatomique

Bas rectum : 0 à 5 cm MA.

Moyen rectum : 5 à 10 cm MA.

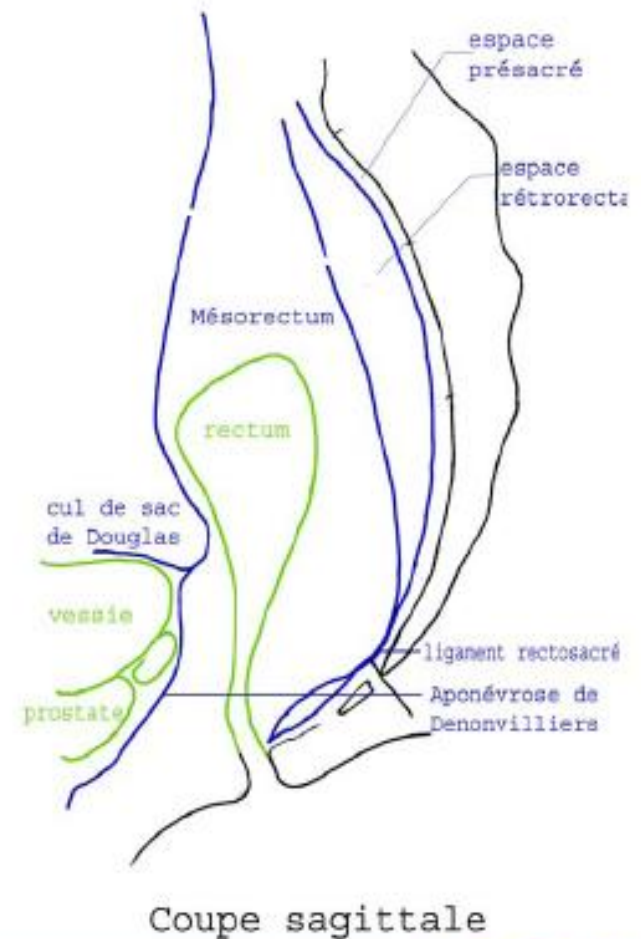
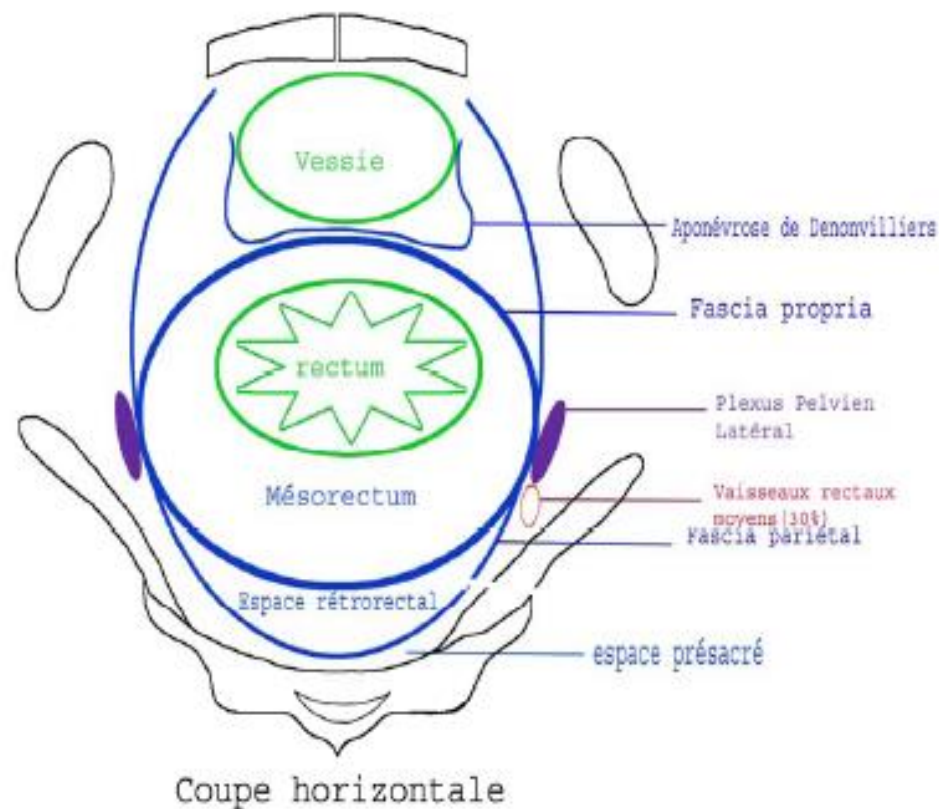
Haut rectum : 10 à 15 cm MA.



Cancer rectal

Bonne connaissance de l'anatomie

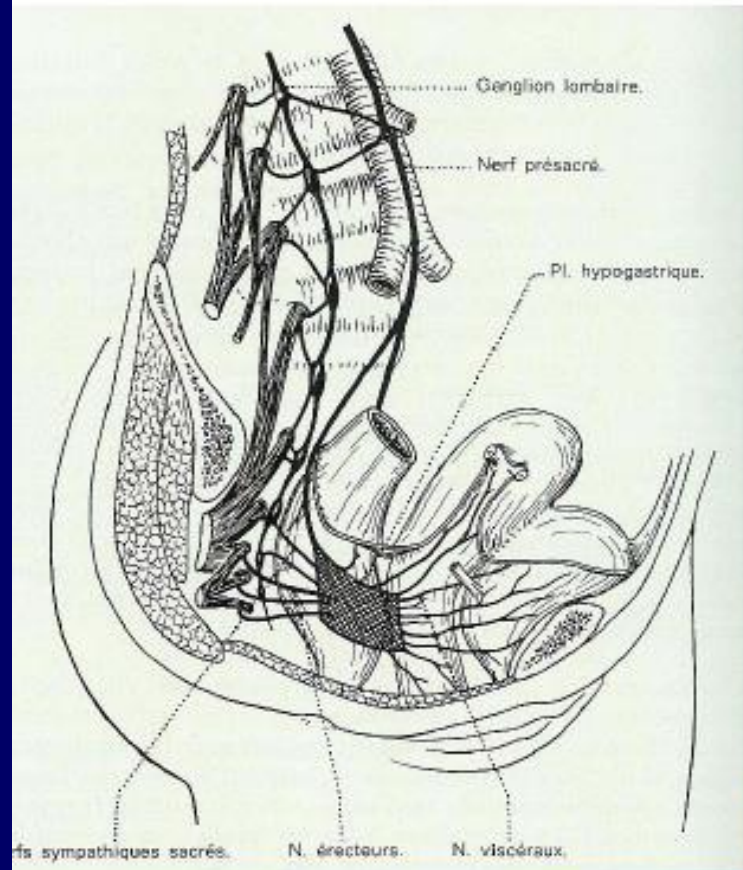
Notion de méso-rectum



Notion de méso-rectum (travaux de **Heald**)

Plexus hypogastrique inférieur (végétatif)

Innervation végétative urinaire et sexuelle à préserver

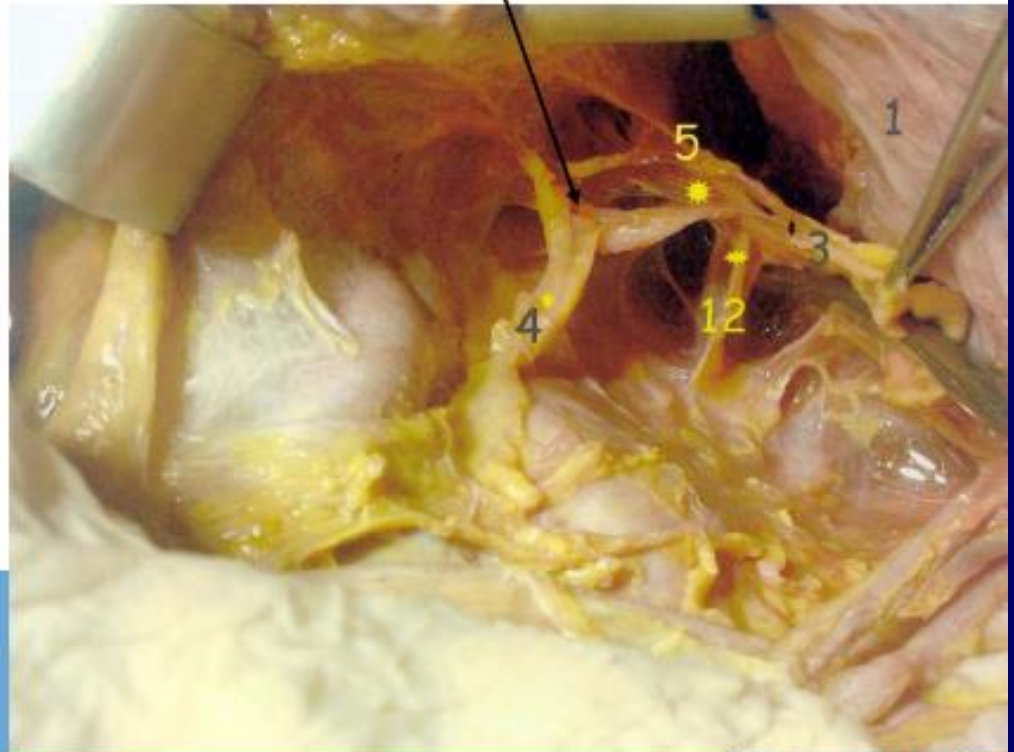


Nerfs et plexus situés hors le
mésorectum

Gauche

Plexus hypogastrique
inférieur

Avant

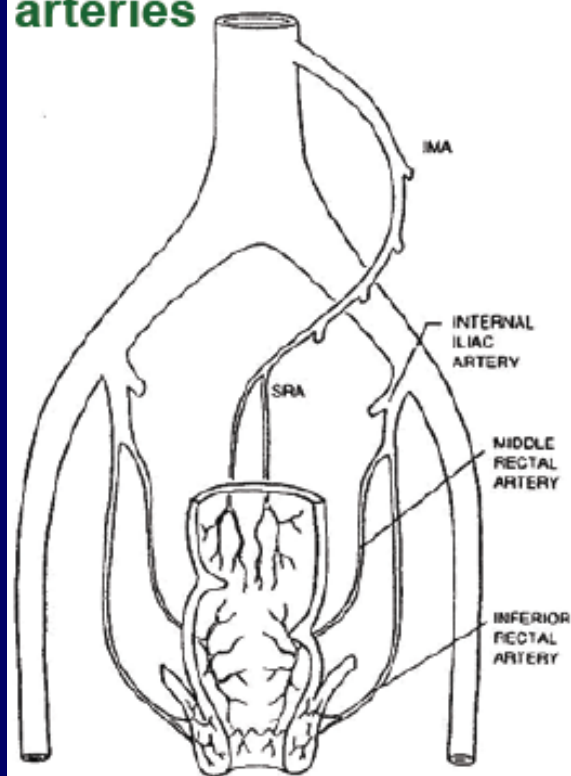


Arrière

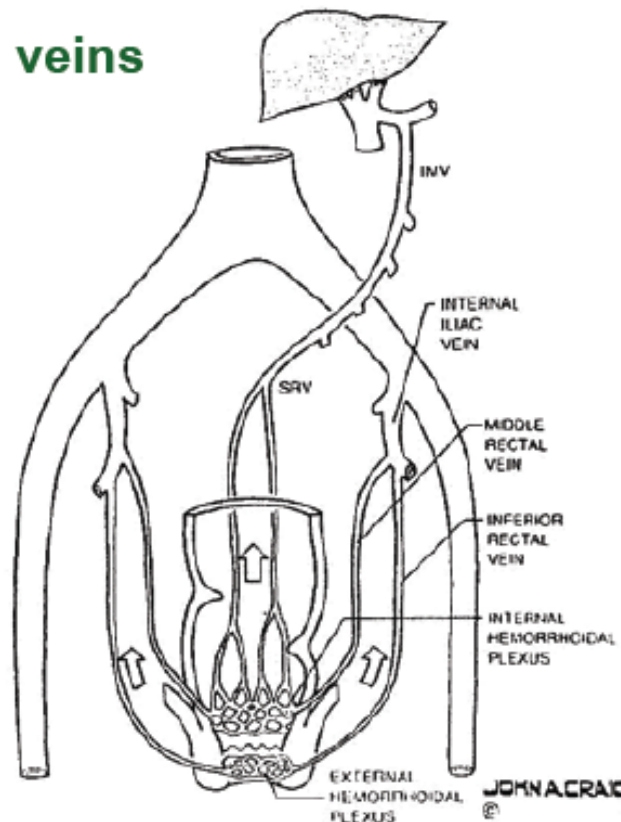
Réseau Onco
Poitou
Droite

Blood Supply & Lymphatics: The Dentate Line as a Watershed

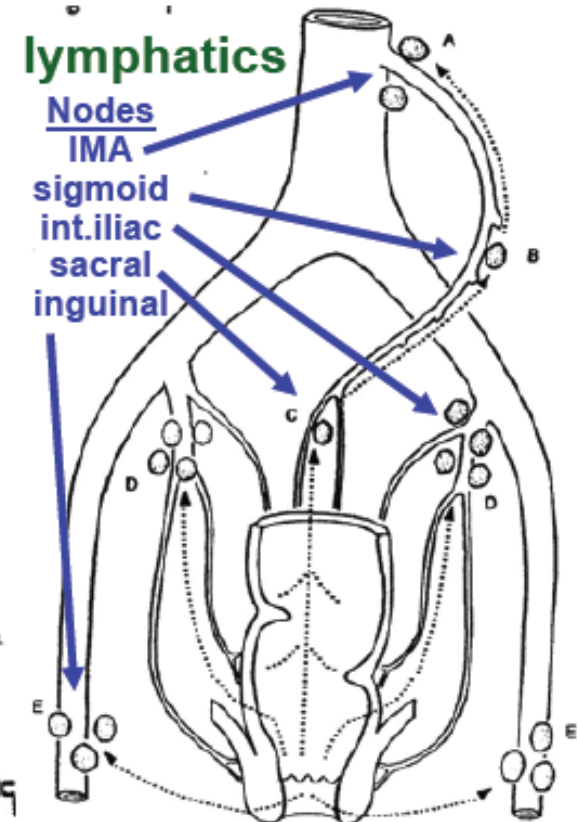
arteries



veins



lymphatics



(anatomists:rectal = surgeons:hemorrhoidal)

1) Décrire les différents aspects épidémiologiques des cancers du rectum : fréquence, terrain, facteurs de risques, les lésions précancéreuses, populations à risque ?

EPIDEMIOLOGIE

A. Age et sexe :

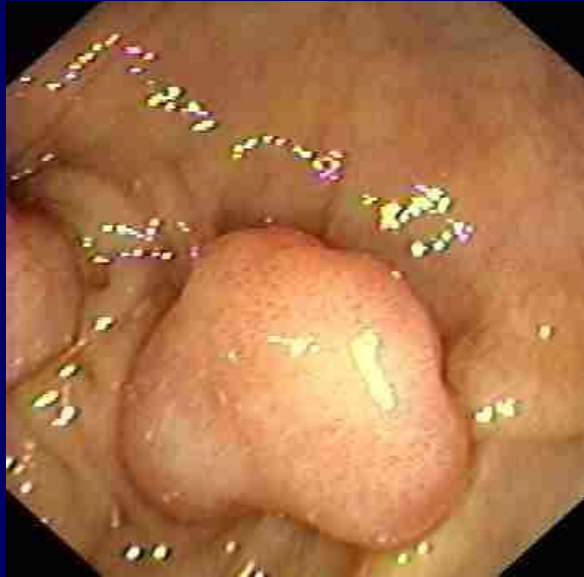
50 - 70 ans

15 % : sujet de moins de 40 ans.

Sexe masculin+++

B. Facteurs étiologiques

Similitude épidémiologique avec cancer du colon :
“ cancer colo-rectal ”.



Polypes rectaux

Tumeur vilieuse du rectum



2) Décrire les différents aspects anatomo-pathologiques des cancers du rectum ?

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

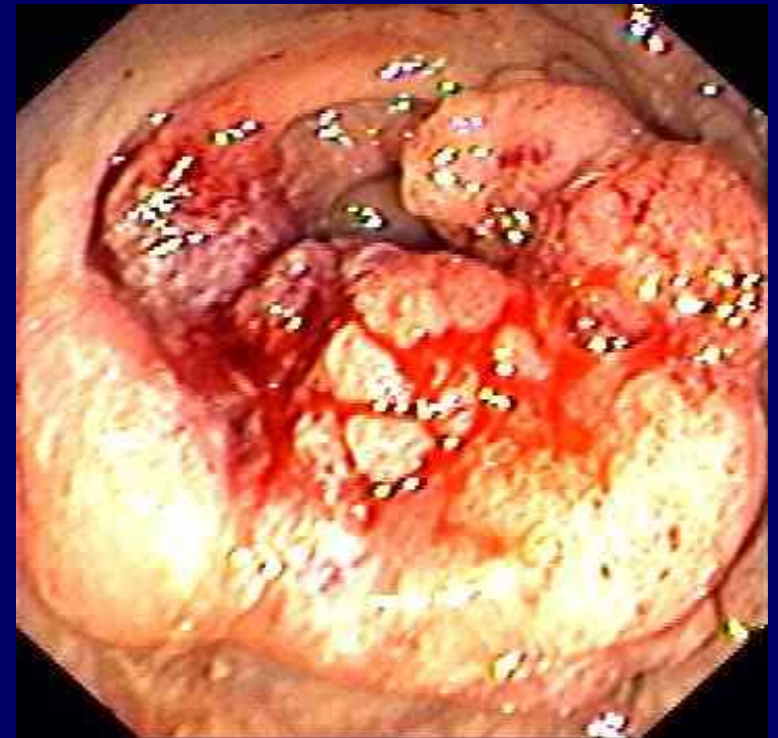
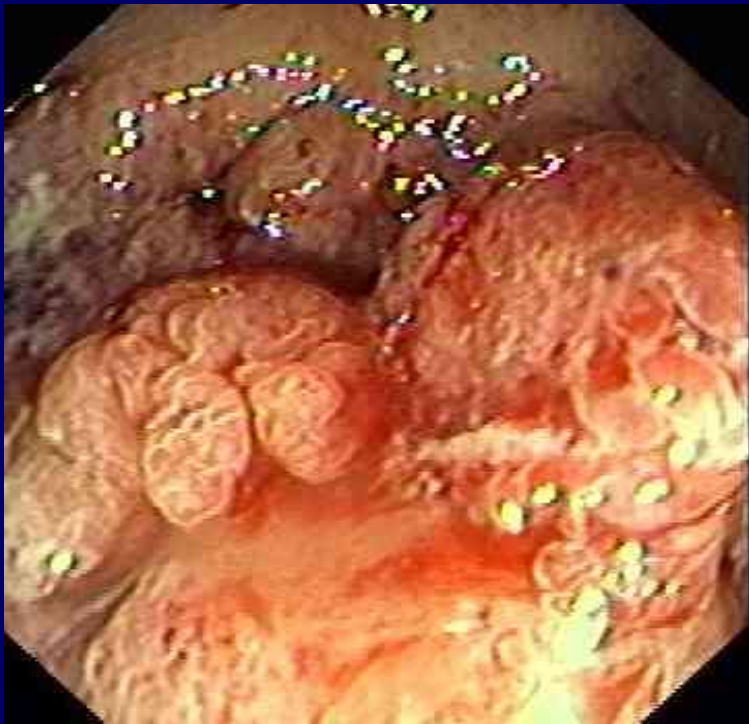
A - Macroscopie

Ulcéro-bourgeonnant+++

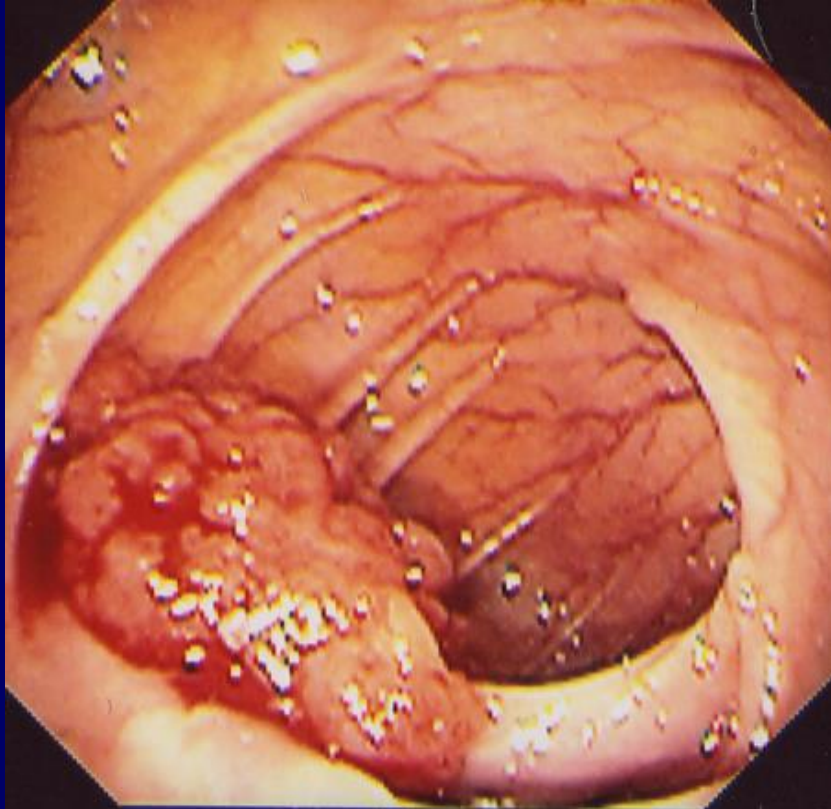
B - Microscopie

Adénocarcinome lieberkühnien

Cancer colloïde muqueux



Formes ulcéro-bourgeonnantes



Formes ulcéro-bourgeonnantes

C. Mode d'extension

1. *Extension intra-murale*

**En profondeur*

**Latéralement : circonférence*

**Extension longitudinale :*

Importance sur le plan thérapeutique :

Etendue de l'exérèse chirurgicale en aval de la tumeur : en cas de tumeur bas située (**conservation sphinctérienne**).

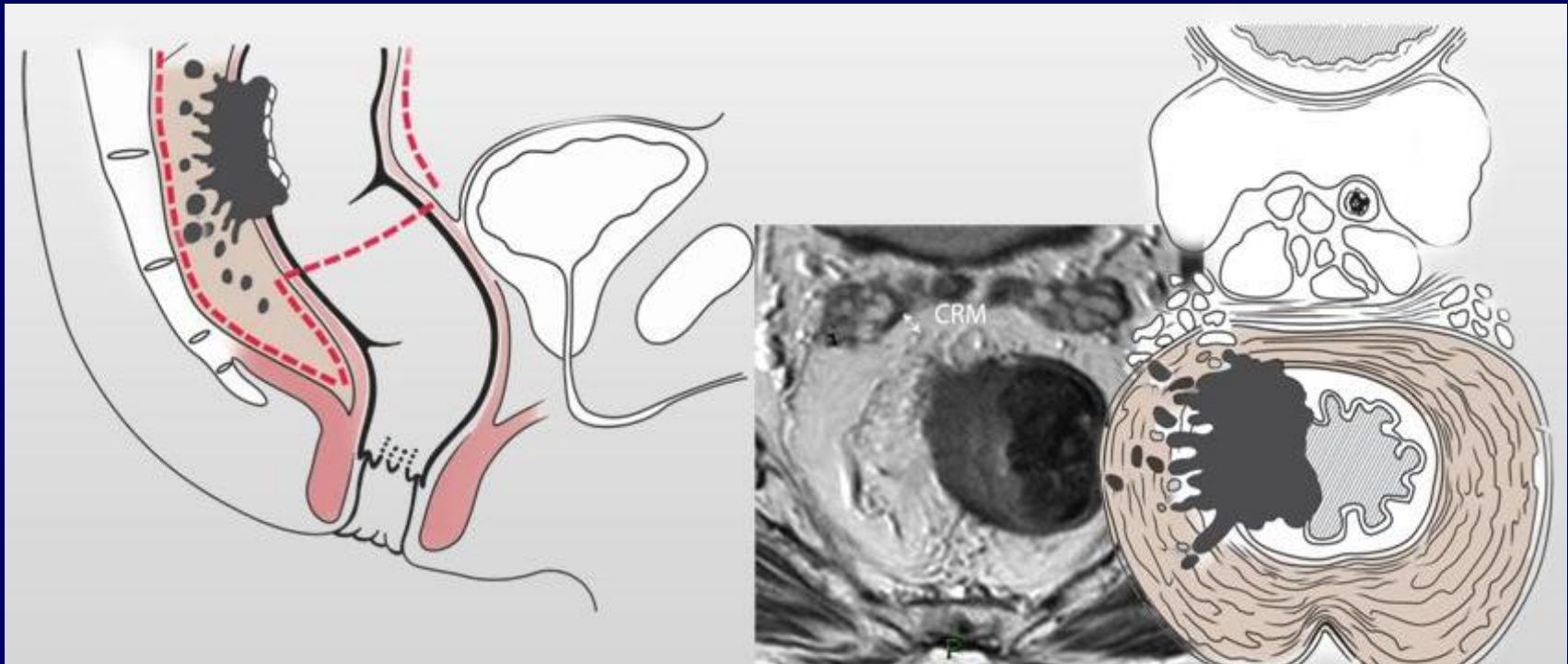
2. *Extension extra-murale*

Examen anatomo-pathologique doit préciser :

Etat de la marge distale

Marge circonférentielle de la résection (clairance)

Intégrité ou non du mésorectum.



D. Classification

Classification TNM.

Stade III :

T3

Métastases ganglionnaires

3) Planifier le dépistage des cancers du rectum à l'échelon individuel ou communautaire ?

Idem colon.

4) Suspecter un cancer du rectum devant les différentes formes cliniques qu'il peut engendrer ?

ETUDE CLINIQUE (*cancer de l'ampoule rectale*)

A - Circonstances de découverte

Longtemps silencieux.

- Dépistage chez une population à risque.
- Découverte au cours de l'examen d'un patient présentant une anémie ou une altération de l'état général.
- Découverte fortuite par l'examen systématique.

B - Manifestations fonctionnelles

Rectorragies :

Syndrome rectal :

- *Faux besoins*
- *Evacuations anormales*
- *Douleurs :*

Epreintes

Ténesmes

Dérèglement intestinal : diarrhée, constipation ou alternance constipation-diarrhée.

C- Examen clinique

a. Toucher rectal.

Masse ulcéro-bourgeonnante irrégulière, friable, reposant sur une large base indurée.

TR peut être normal dans les tumeurs haut situées.



En présence d'une tumeur au TR, il importe de préciser :

- Distance entre le pôle inférieur de la tumeur et la marge anale : (fondamental pour les indications thérapeutiques).
- *Etendue de la tumeur en circonférence.*
- *Sa fixité par rapport aux tuniques du rectum et aux organes avoisinants.*
- *Tonicité du sphincter anal.*

b. Reste de l'examen clinique doit être complet.

FORMES CLINIQUES

A. Cancer de la jonction recto-sigmoïdienne

Symptomatologie plus souvent colique que rectale.

Occlusion intestinale aiguë basse : révélatrice.

B. Cancers multiples synchrones

C. Formes évolutives

1/ Formes débutantes : examen histologique d'une pièce de résection endoscopique d'un polype.

2/ Formes évoluées :

Envahissement du plexus sacré

Envahissement de la vessie : signes urinaires (dysurie, voire hématurie ou fécalurie).

Envahissement du vagin : écoulement de selles par le vagin.

3/ Formes avec métastases

D. Formes anatomo-pathologiques

Tumeurs villeuses dégénérées.

Sarcomes et mélanomes sont rares et de mauvais pronostic.

Lymphomes sont rares, et de meilleur pronostic.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- 1/ Tumeurs rectales bénignes** polypes adénomateux.
- 2/ Endométriose rectale**
- 3/ Sténoses non tumorales du rectum** rectite ischémique, rectite radique.
- 4/ Tumeurs malignes de voisinage** peuvent simuler un cancer du rectum.
cancer du sigmoïde prolabé et fixé dans le cul de sac de Douglas.
cancer de la prostate ou de l'utérus envahissant le rectum.

6) Confirmer, par des éléments para-cliniques, le diagnostic du cancer rectal ?

Diagnostic positif : rectoscopie avec biopsies++

Elle permet :

- 1- mettre en évidence la tumeur.
- 2- préciser les dimensions :
situation par rapport à la
circonférence rectale.
distance entre son pôle inférieur
et la marge anale.
- 3- réaliser des biopsies multiples.



7) Réaliser grâce aux examens para-cliniques appropriés, le bilan d'extension d'une tumeur rectale ?

1. Le bilan d'extension tumorale :

1/ Clinique :

TR : envahissement des organes de voisinage
nodule de carcinose péritonéale dans le cul de sac
de Douglas.

Examen : gros foie métastatique
ascite
ganglion de Troisier.

2/ Echographie endorectale :

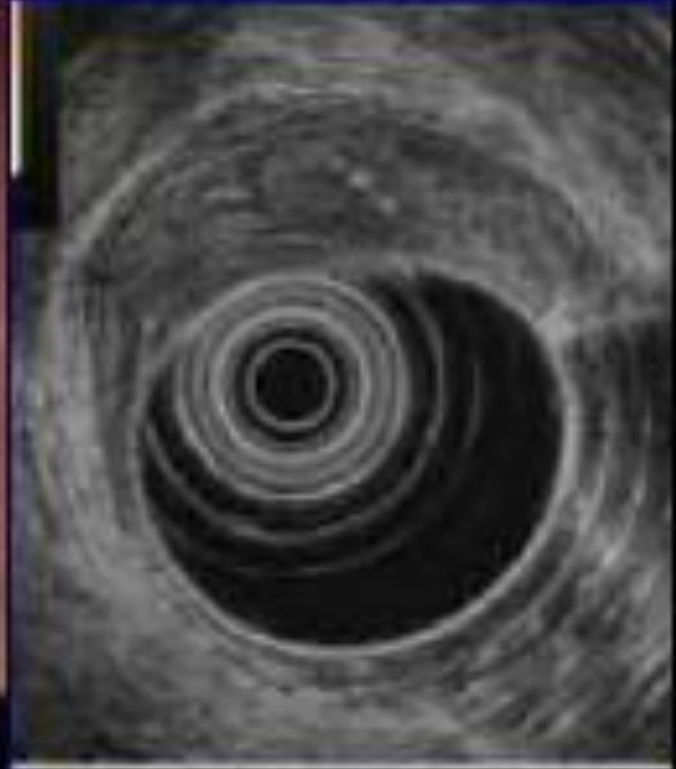
Envahissement de la paroi rectale.

Extension à la graisse périrectale MESORECTUM.

Ganglions péri-rectaux.

Tumeurs peu volumineuses.+++

Early rectal cancer



Echographie endorectale

Classification écho-endoscopique des tumeurs rectales :
importante dans les indications thérapeutiques : Idem TNM.

- T1 : tumeur localisée à la muqueuse et la sous-muqueuse.
- T2 : tumeur envahissant la musculature.
- T3 : tumeur envahissant la graisse péri-rectale.
- T4 : tumeur envahissant un organe de voisinage.
- N0 : pas d'atteinte ganglionnaire.
- N+ : atteinte ganglionnaire péri-rectale.

3/ IRM+++ pelvienne :

Extension locorégionale.

Grosse tumeur T3 ou T4. +++

4/ Coloscopie totale :

Tumeur colique synchrone.

Polypes coliques, polypose.

5/ Echographie abdominale :

Métastase hépatique, ascite.

6/ Radiographie du thorax :

Métastase pulmonaire.

7 / Autres explorations :

- . Angioscanner : métastase hépatique.
- . Scanner thoracique : métastase pulmonaire.

BILAN EXTENSION RECTUM

BILAN INITIAL

COLONOSCOPIE

IRM PELVIS

EUS RECTALE

TDM THXABDMPEL

MARQUEURS



BILAN COMPLEMENTAIRE EVENTUEL

IRM HEPATIQUE

PET SCAN

AUTRES
SCINTI OSS
TDM CERE...

Fascia péri-recti

T3

Fascia envahi

échoendoscopie

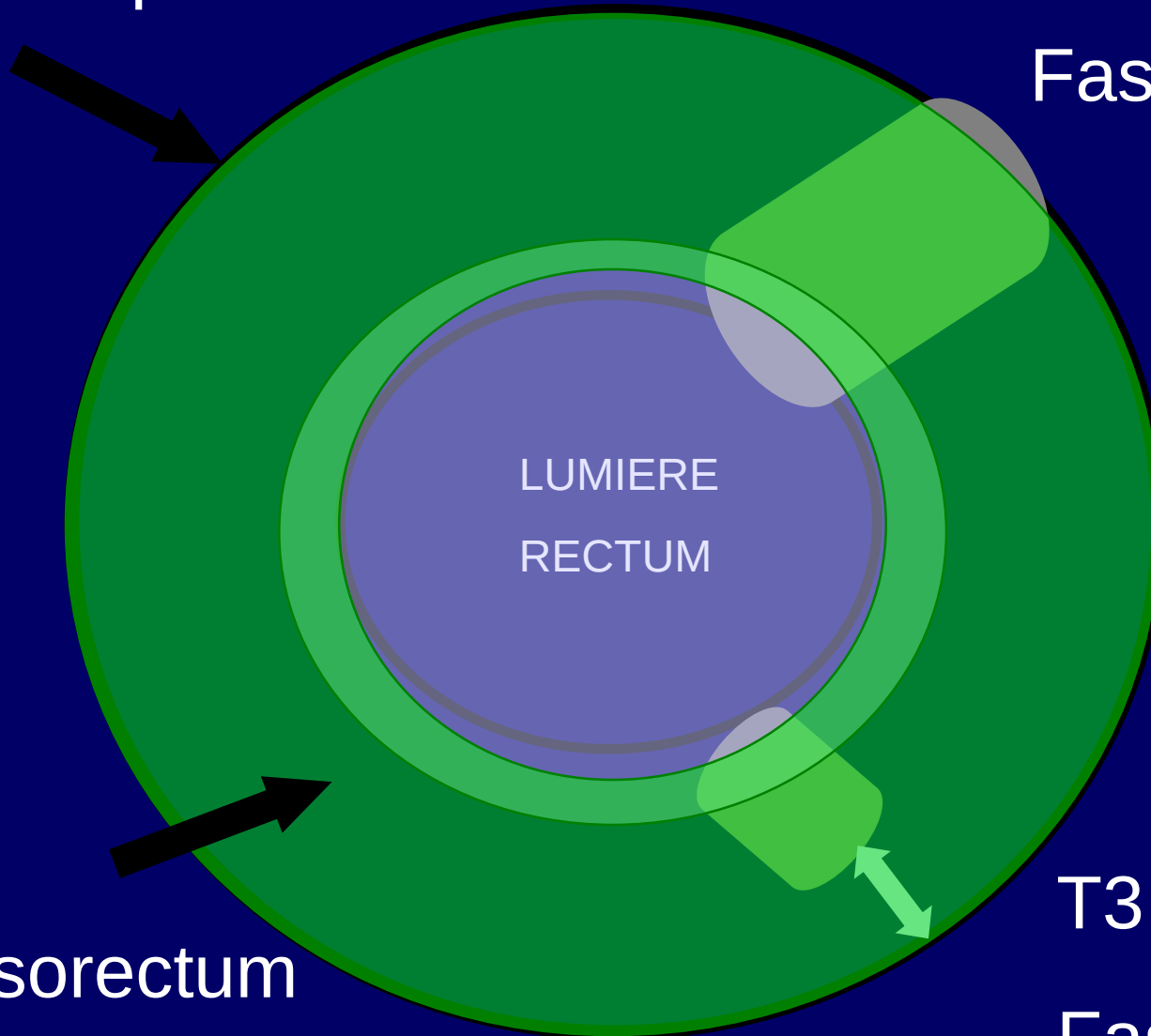
IRM

LUMIERE
RECTUM

Mésorectum

T3

Fascia non envahi

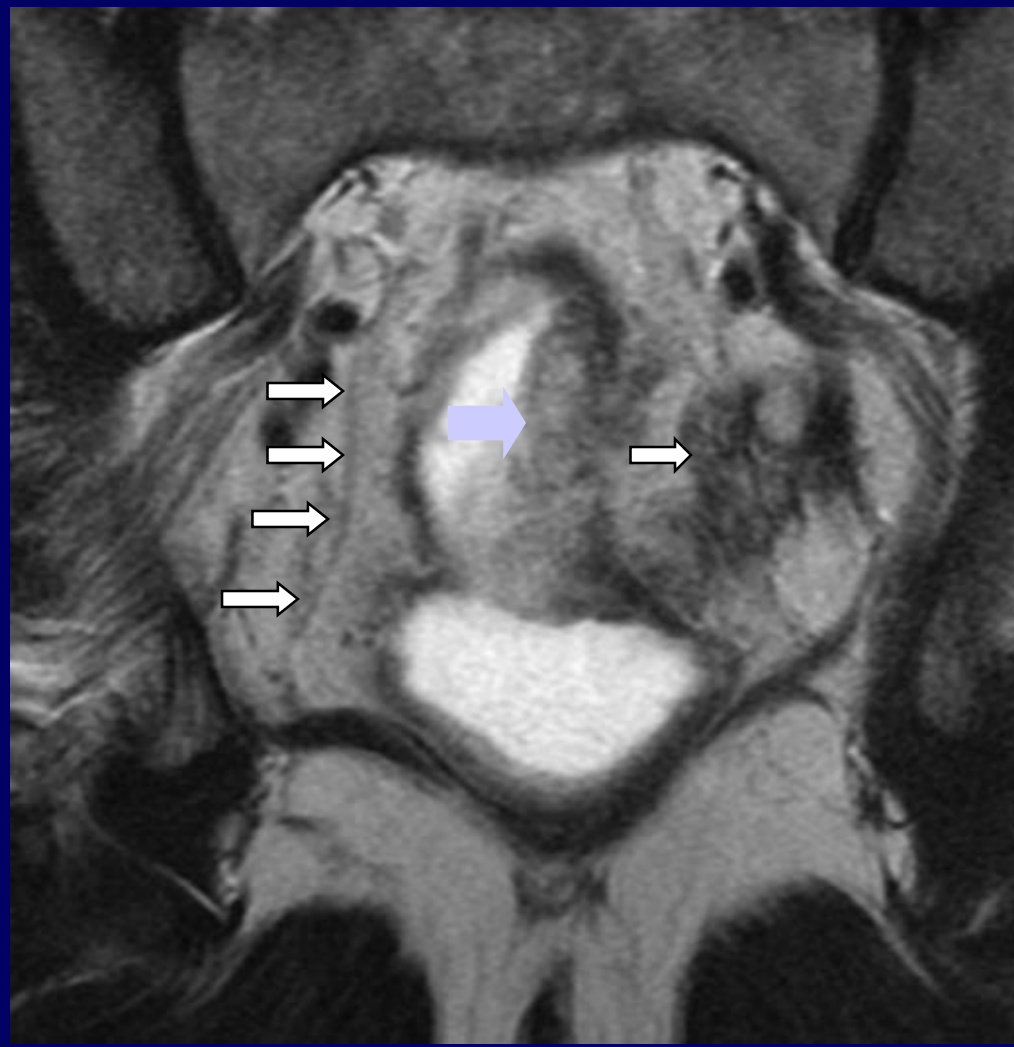
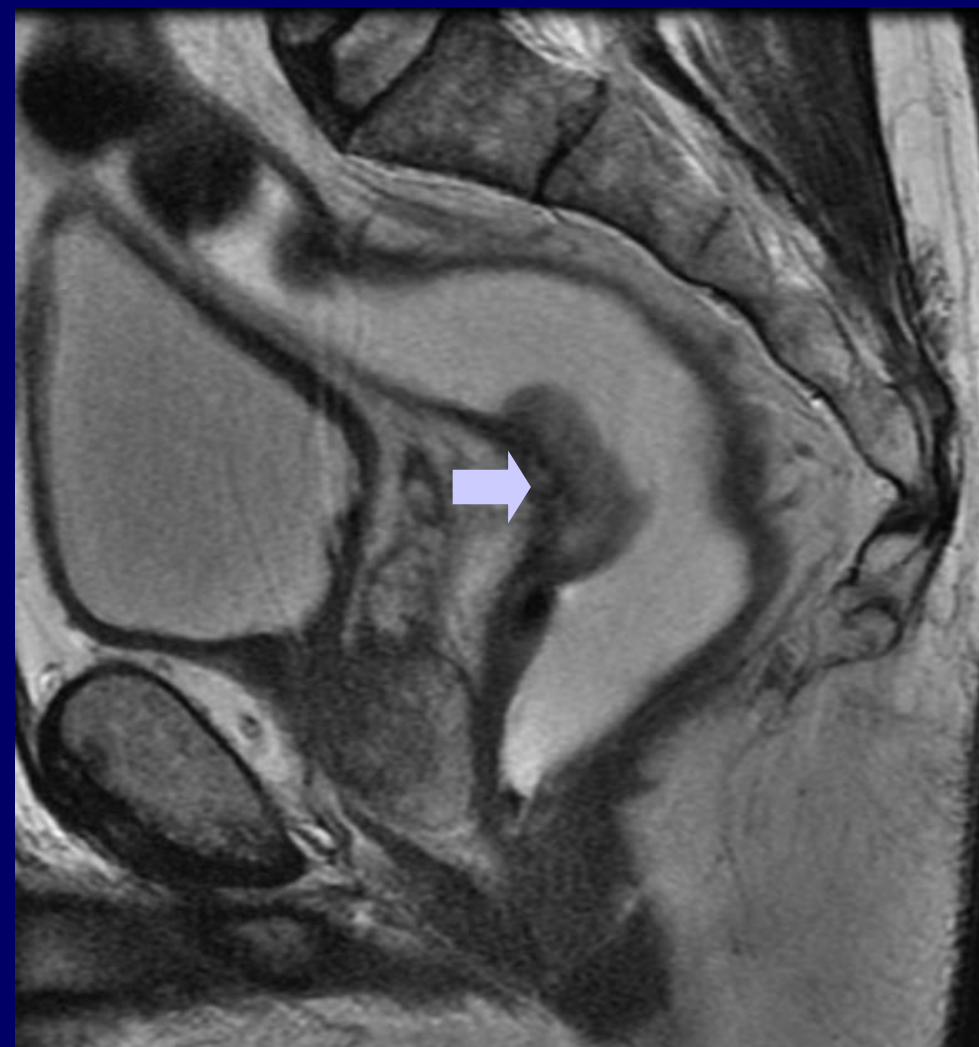


TUMEUR T3 : Fascia péri recti non envahi

FASCIA
TUMEUR T3



TUMEUR moyen rectum : Fascia recti envahi



Tumeur moyen rectum
paroi latérale gauche



Fascia Péri-recti



Envahissement Fascia péri
recti gauche

2. Dosage des marqueurs tumoraux (ACE). (Idem colon)

8) Réunir les arguments cliniques et para-cliniques du pronostic d'un cancer rectal ?

Éléments de pronostiques : Idem colon
Survie à distance et Surveillance postopératoire :
Survie globale à 5 ans est de 50 %.

95 % stade I

80 % stade II

50 % stade III

5 % stade IV

9) Organiser la prise en charge thérapeutique d'un cancer rectal en tenant compte du degré d'évolution de la tumeur et du terrain ?

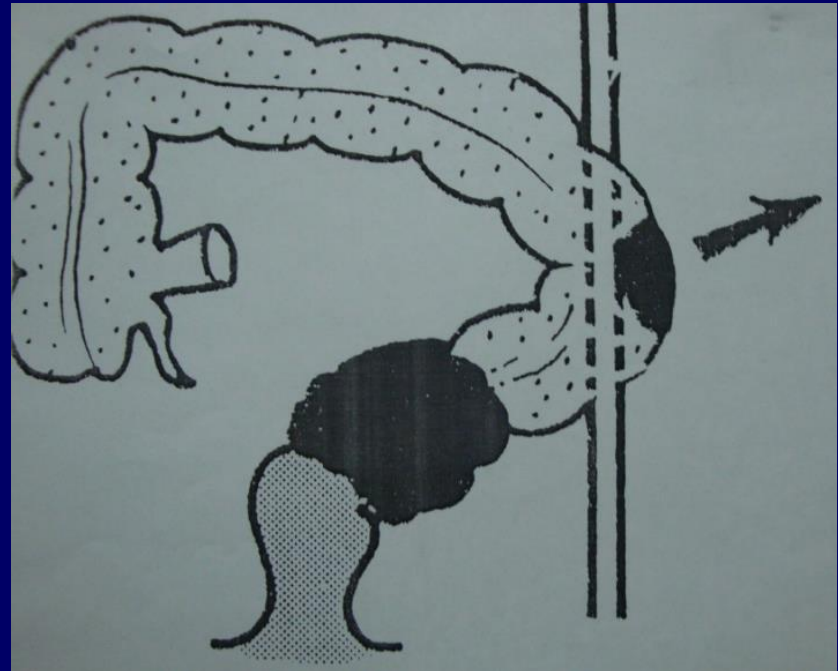
A. Méthodes thérapeutiques

1. La chirurgie

a) *Intervention sans exérèse rectale : la colostomie latérale*

Consiste à réaliser une dérivation externe de l'anse sigmoïde sous forme de colostomie latérale.

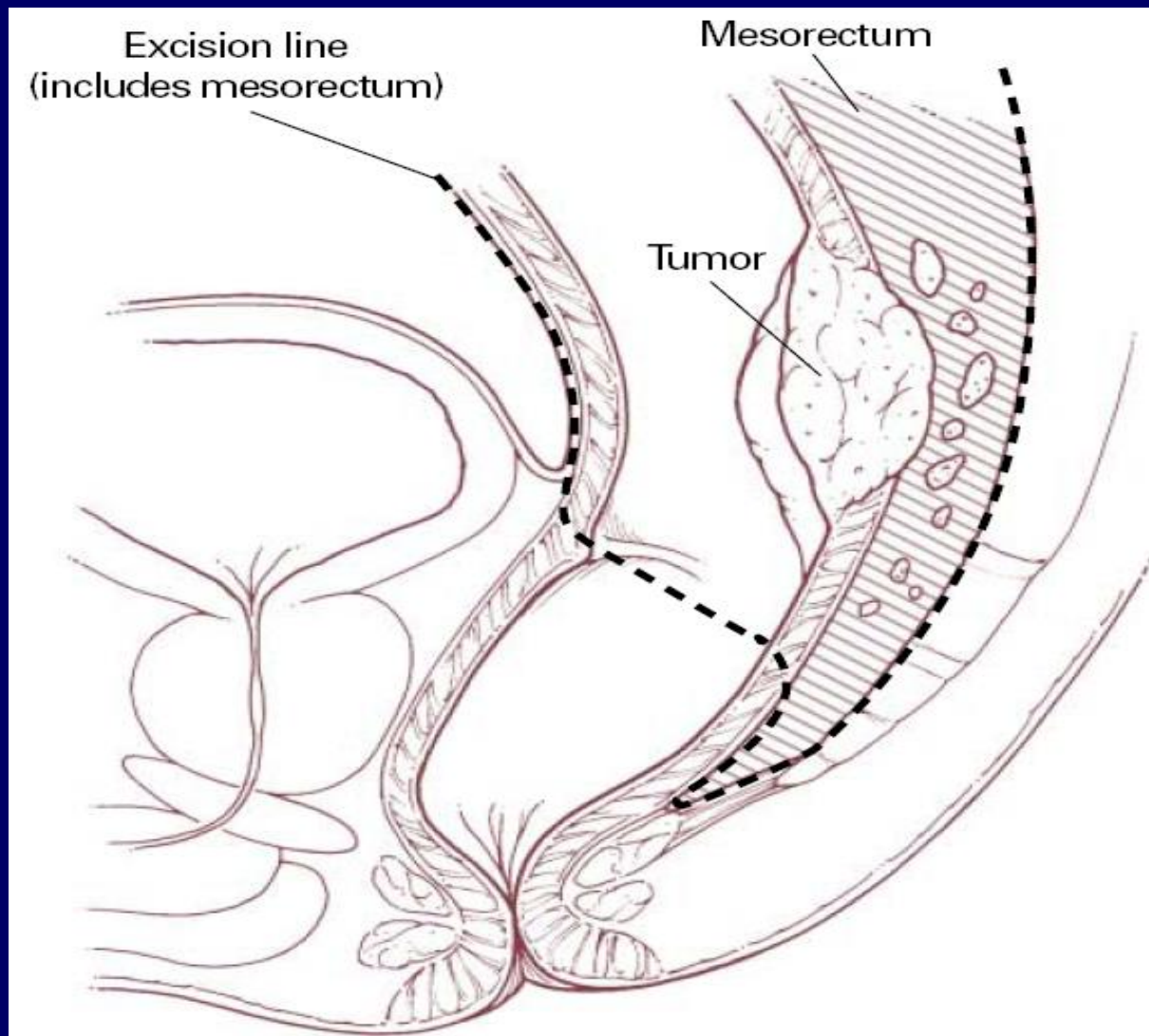
La colostomie est selon les cas temporaire ou définitive.



b) Intervention avec exérèse rectale

1/ Principes communs aux différents procédés d'exérèse

- ◆ **Etendue de l'exérèse rectale à visée curative :**
 - **En aval**, il faut garder une **marge SAINÉ** de sécurité minimale en fonction de la localisation de la tumeur.
 - **En amont**, il faut passer **au large de la tumeur** en emportant les relais ganglionnaires de drainage du segment tumoral.
 - **Latéralement** : **résection complète du MESORECTUM.**



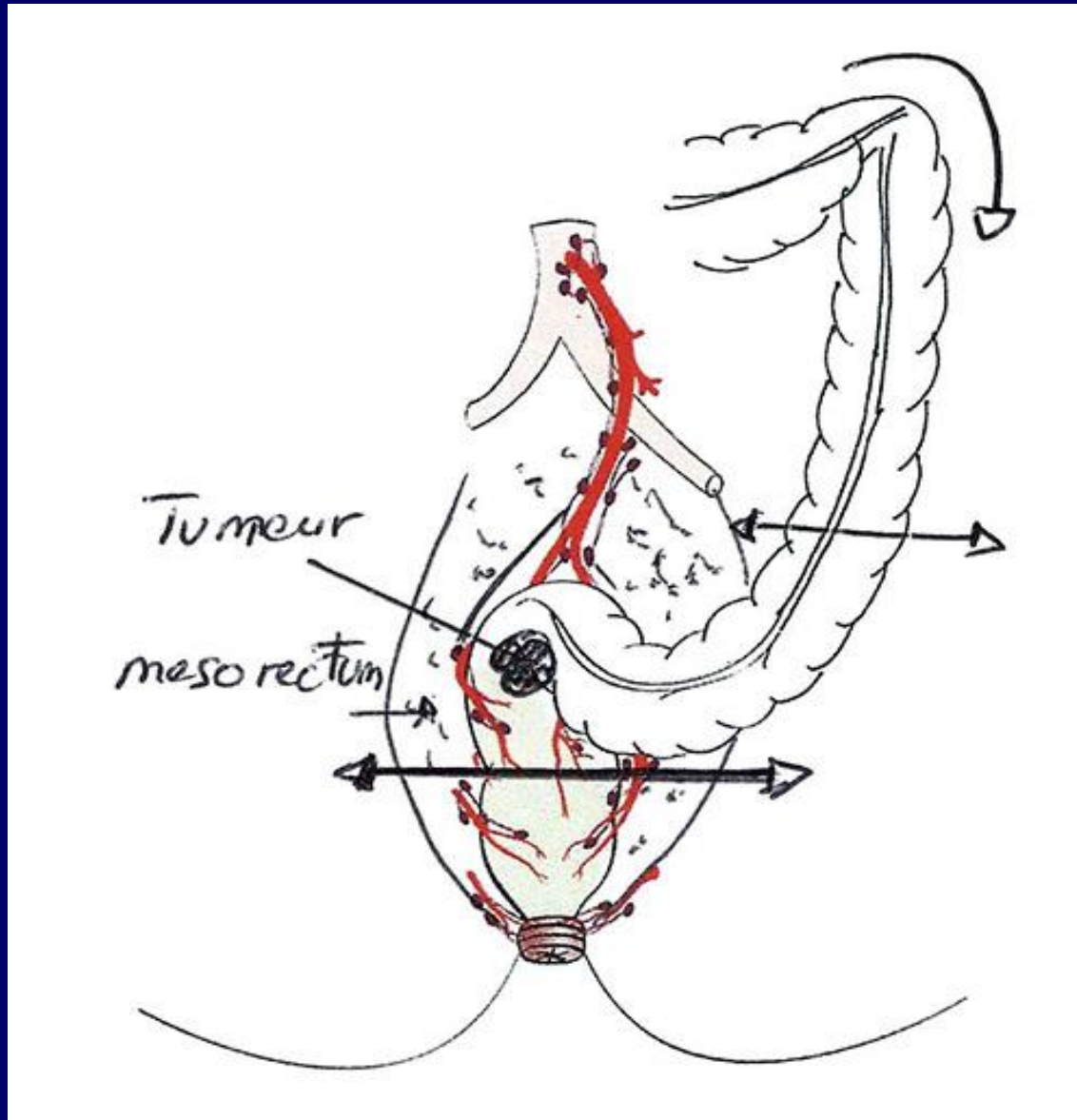
EXERESE TOTALE DU MESORECTUM

2 / Procédés d'exérèse sans sacrifice sphinctérien

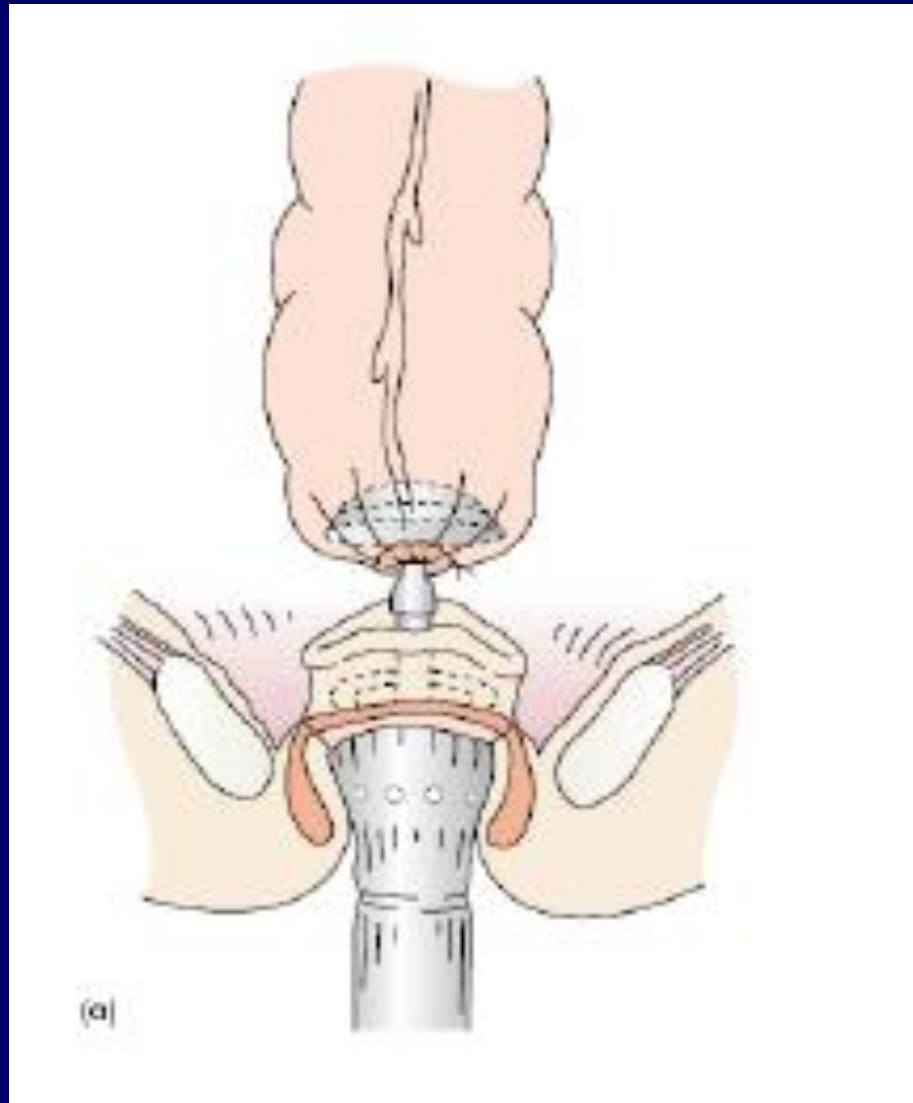
◆ Résection antérieure du rectum : c'est une résection rectosigmoïdienne qui emporte en fonction du siège du pôle inférieur de la tumeur, une partie plus ou moins étendue de l'ampoule rectale.

La continuité digestive est rétablie par une anastomose colo-rectale.

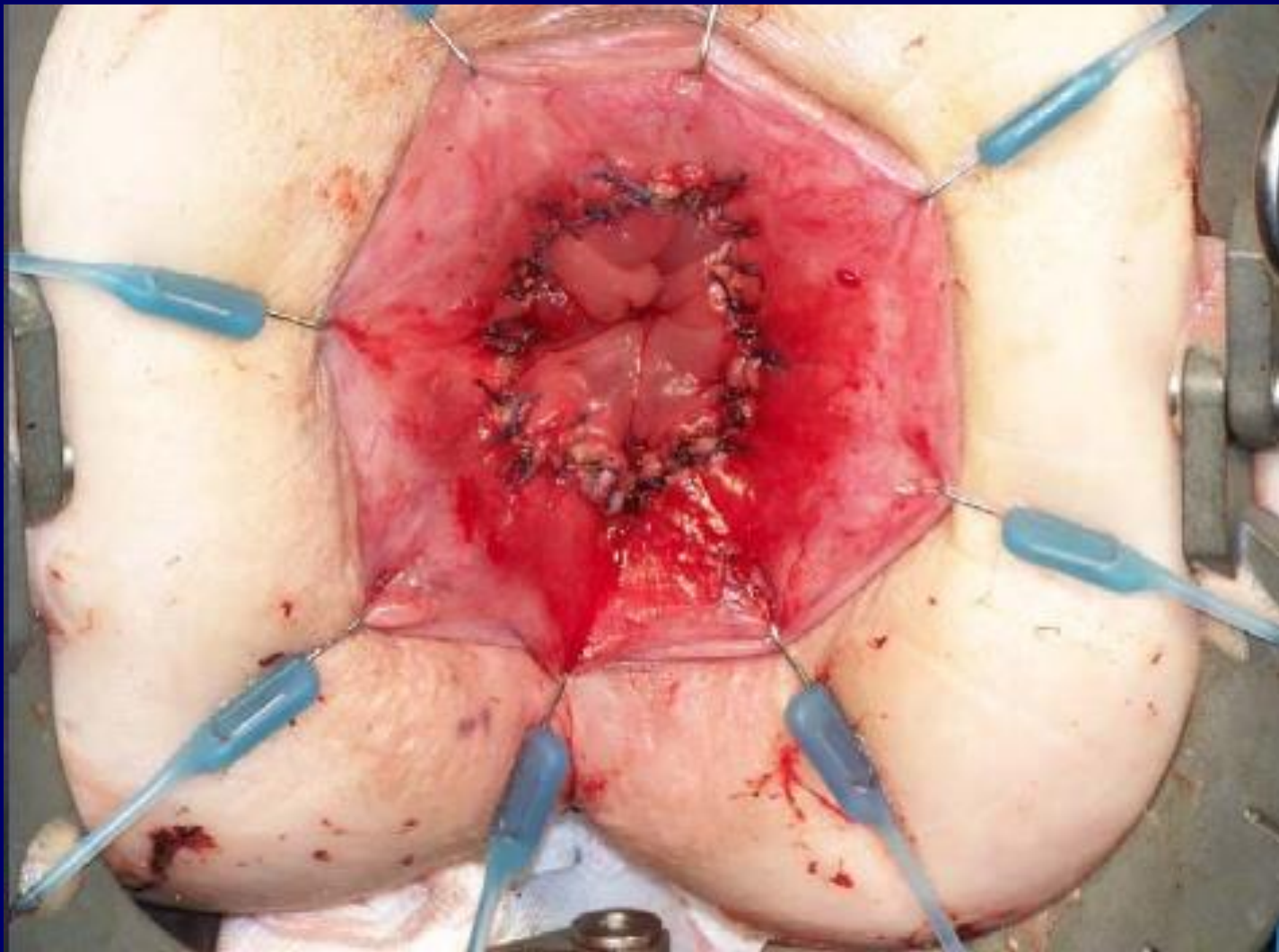
◆ Proctectomie totale avec anastomose colo-anale.



Résection antérieure du rectum



Résection antérieure du rectum

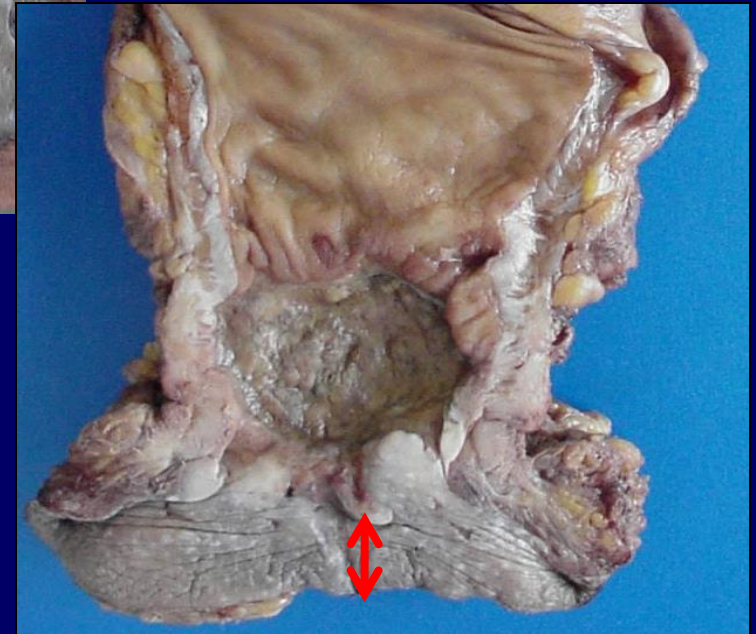


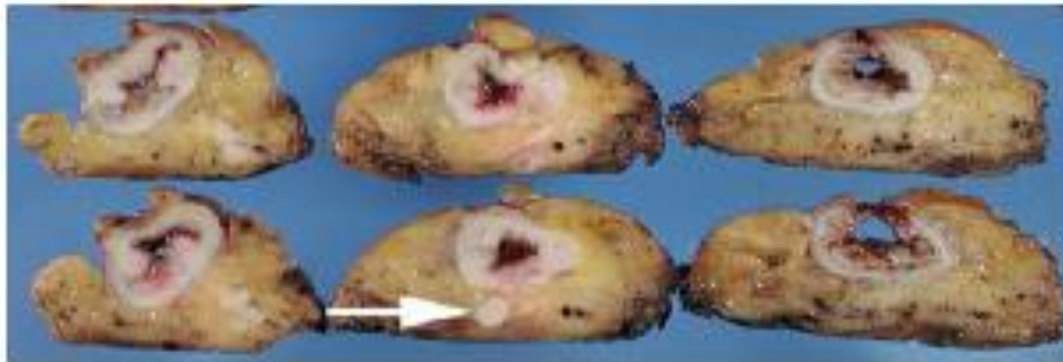
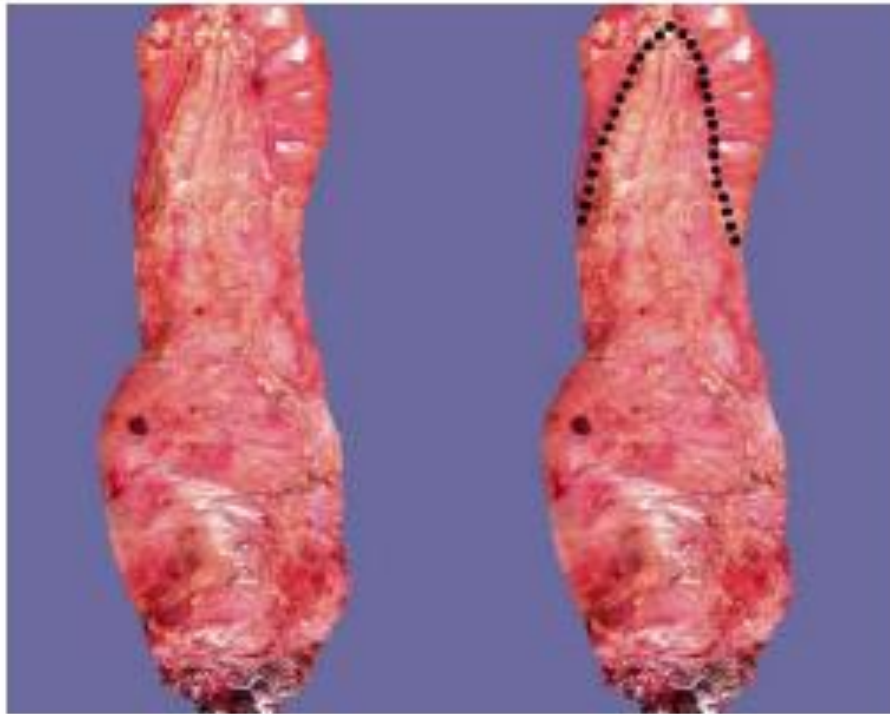
Résection antérieure du rectum

Anastomose colo-anale

Bas rectum → marge longitudinale > 1 cm

**Résection
antérieure**





ProCare

Mésorectum

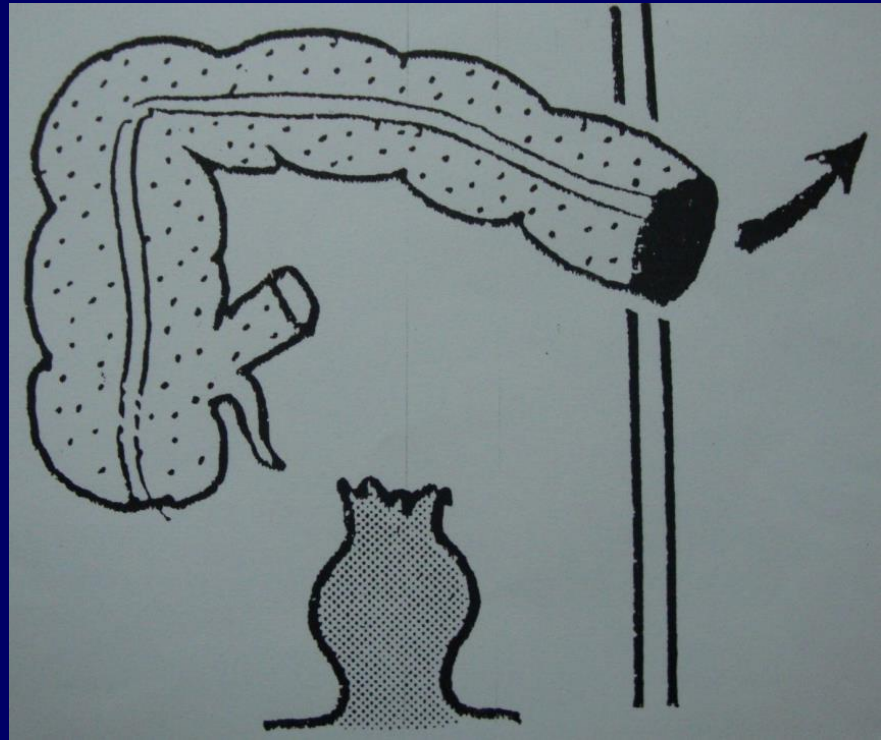
◆ Intervention de Hartmann :

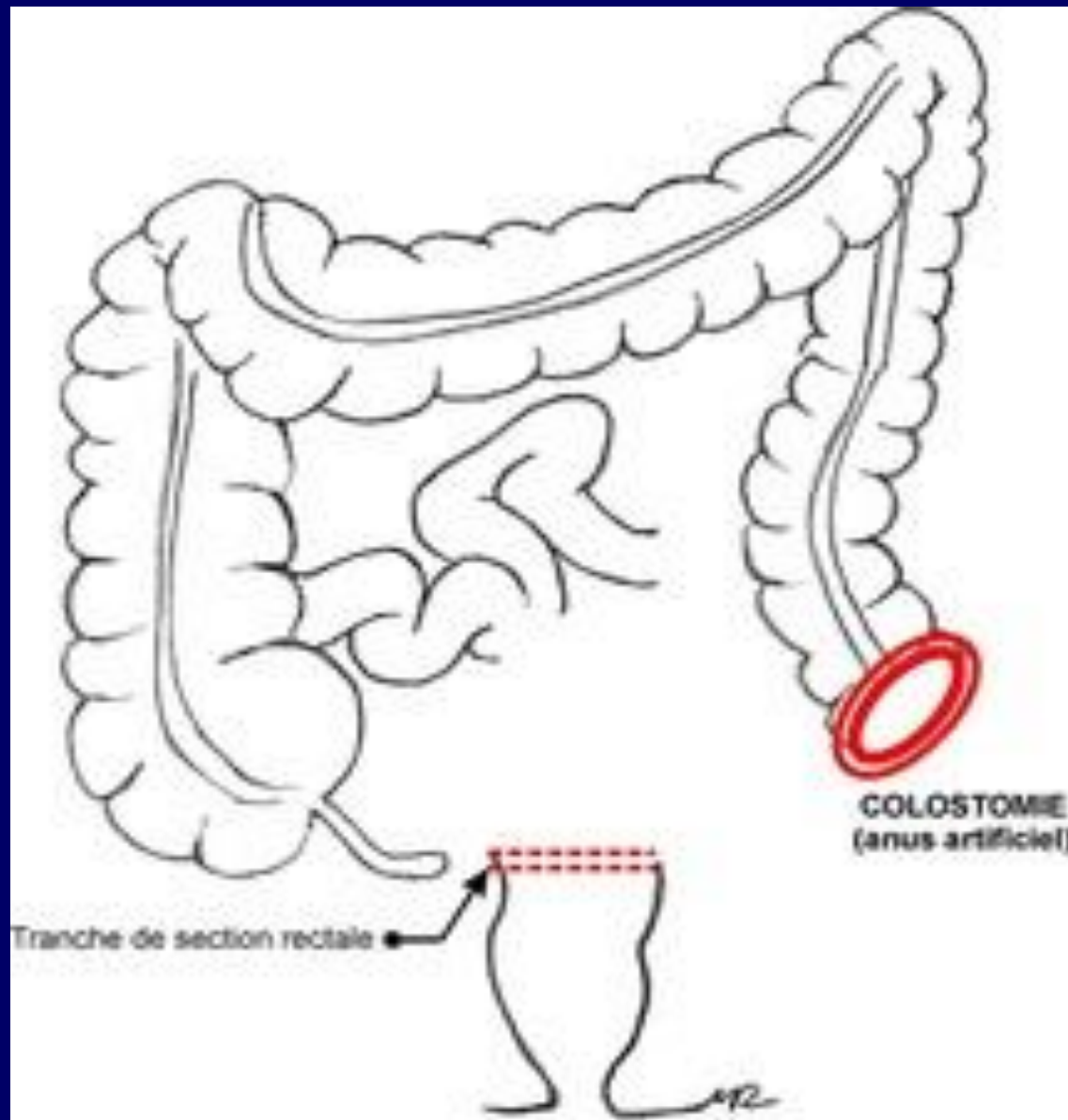
Résection recto-sigmoïdienne sans rétablissement immédiat de la continuité.

Moignon rectal restant est refermé.

Bout colique d'aval est extériorisé en colostomie terminale iliaque gauche.

Le rétablissement de la continuité est réalisé dans un deuxième temps.





Intervention de Hartmann

3 / Exérèse avec sacrifice sphinctérien : **Amputation abdomino-périnéale**

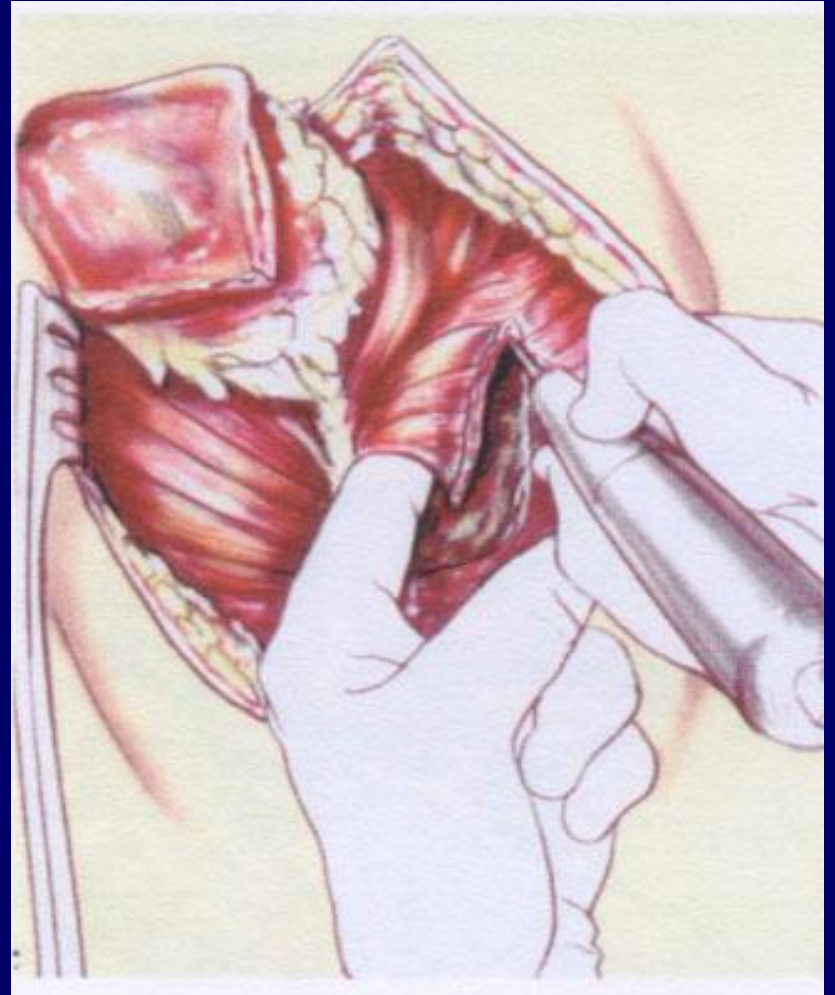
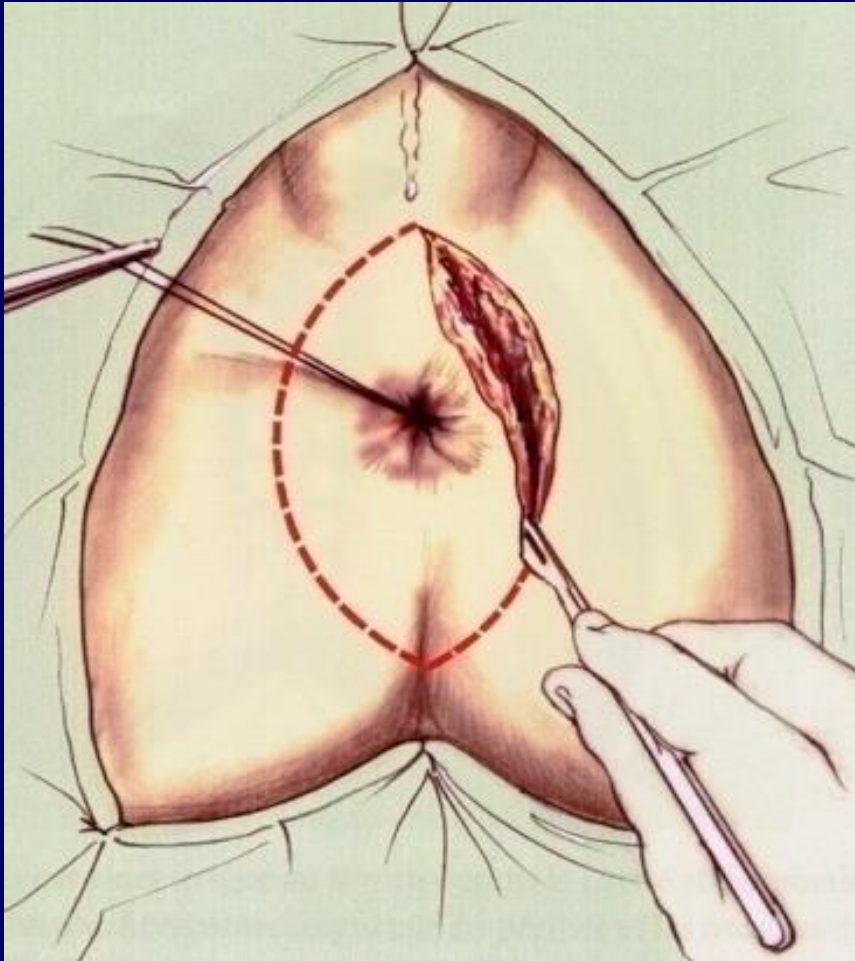
C'est une résection rectosigmoïdienne étendue en aval jusqu'à l'anus.

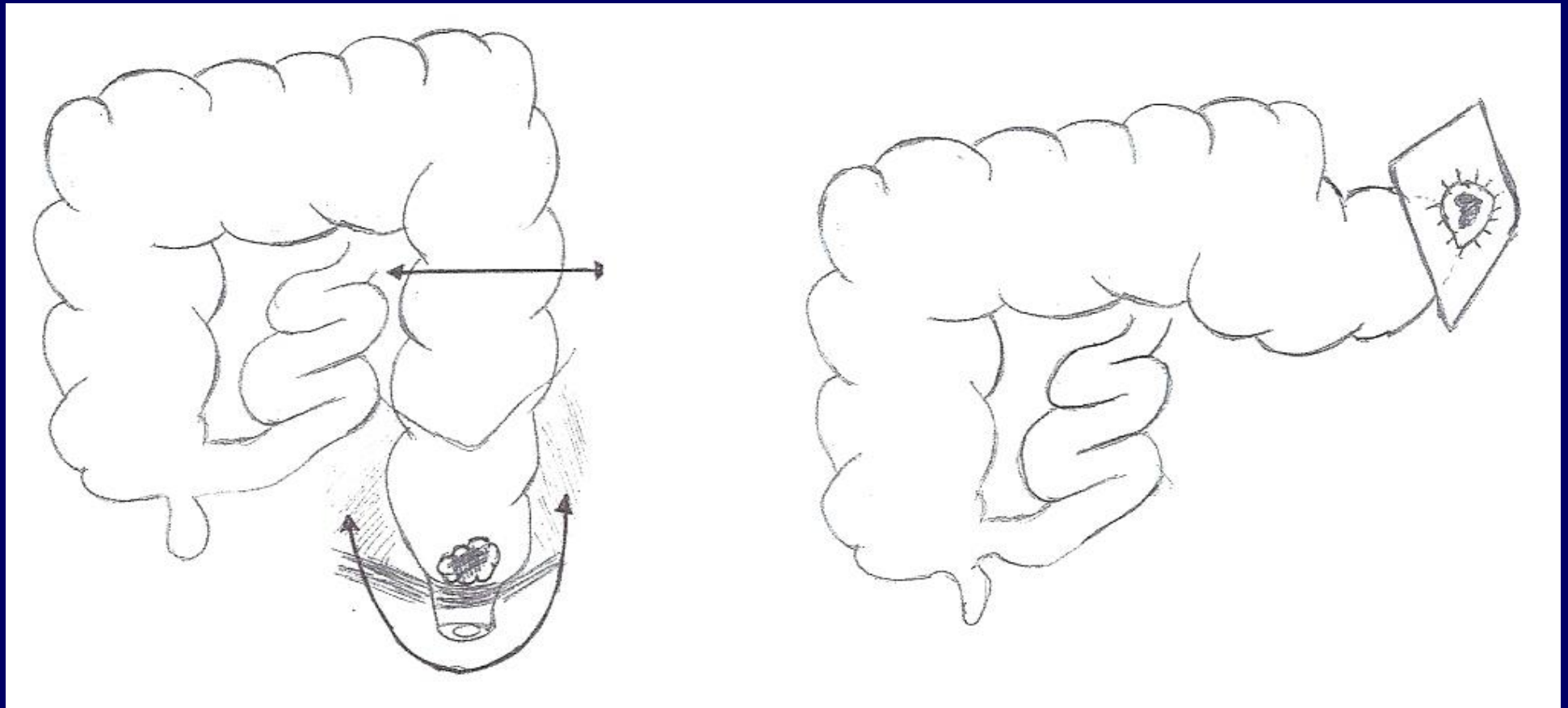
Elle emporte le rectum, le MESORECTUM, le sphincter anal et la marge anale (jonction ano-cutanée).

Le bout colique proximal est extériorisé en colostomie iliaque gauche définitive.

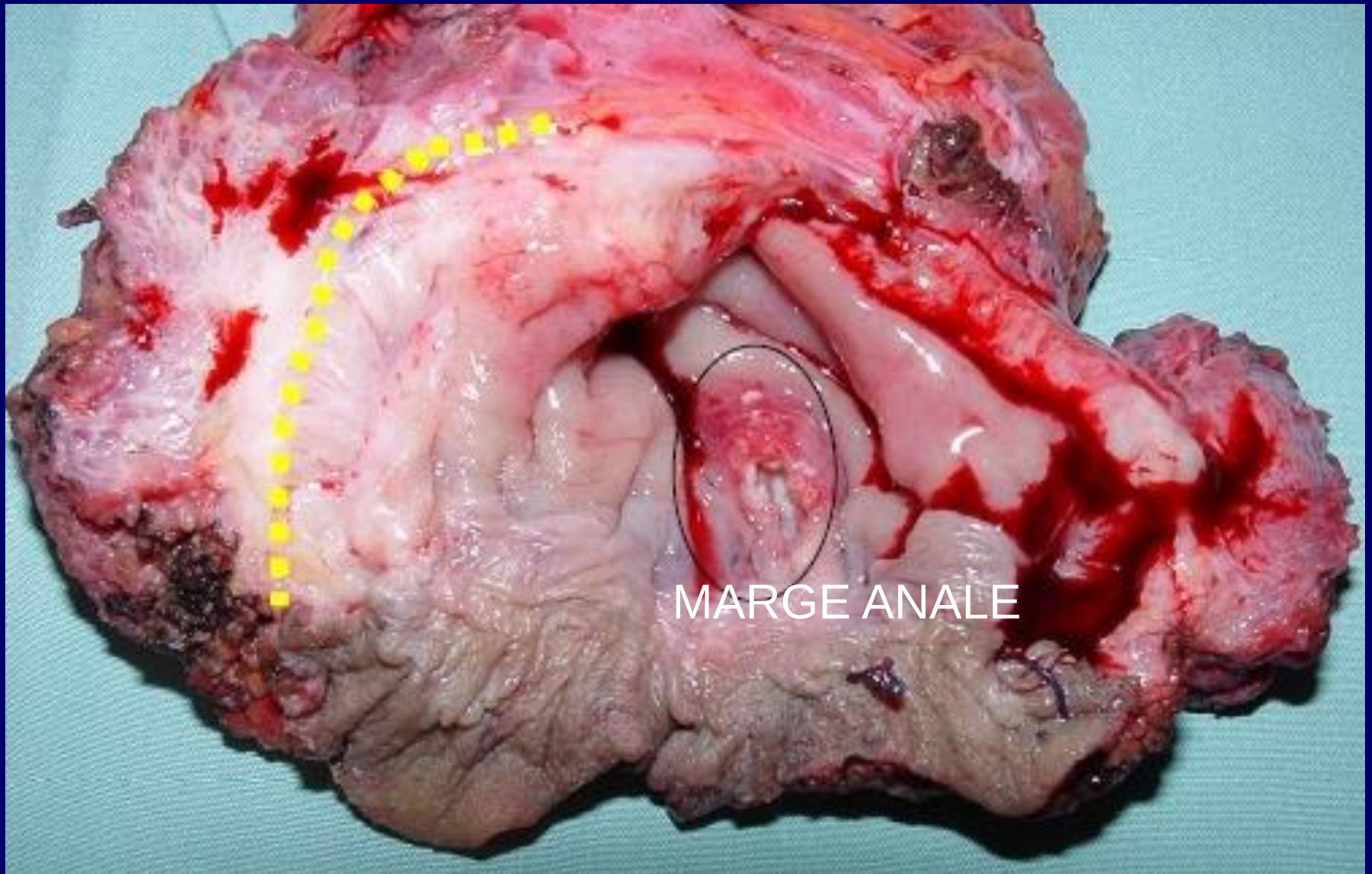
Indication d'amputation

- si pas de marge distale $\geq 1\text{cm}$





Amputation abdomino-périnéale



Amputation abdomino-périnéale



c) Métastase hépatiques

Idem colon

CHIRURGIE

CHIMIO

RADIOFREQUENCE

2) *La radiothérapie*

- ◆ Radiothérapie préopératoire.

- ◆ Chimiothérapie.

- **Protocoles** :

Stratégie discuter en réunion de concertation pluridisciplinaire.

- ☐ **Protocole Rapido** : associant une RT puis CT puis chirurgie.

- ☐ **Protocole Prodige 23** : CT néoadjuvante puis RCT puis chirurgie puis CT adjuvante.

- ☐ **Protocole CAP 50** : RT concomitante à une chimiothérapie puis chirurgie.

B. Indications

1. Tumeurs T1, T2, N0, M0 : résection du rectum

2. Tumeurs **T3** N0 et T1 à T3 **N+**
radiochimiothérapie+chirurgie.

3. Tumeurs T4.

radiochimiothérapie, puis tentative d'exérèse en bloc.

10) Programmer la surveillance clinique et paraclinique d'un cancer rectal opéré ?

Bilan à chaque consultation doit comporter :

examen clinique

échographie abdominale

radio du thorax

dosage des phosphatases alcalines et de l'ACE

TDM/IRM pelvienne

colonoscopie

Evaluation



QCM :

Quel examen doit-on faire pour confirmer l'hypothèse d'un cancer du rectum ?

- A- Echographie pelvienne
- B- Lavement baryté en double contraste
- C- Scanner abdominal
- D- Anuscopie
- E- Rectoscopie associée à une biopsie

Quelle est la forme anatomopathologique la plus fréquente du cancer du rectum ?

- A- Leiomyosarcome
- B- Cancer épidermoïde
- C- Adénocarcinome
- D- Mélanome malin
- E- Lymphome malin

La classification TNM dans les tumeurs du rectum est fonction du :

- A- Nombre d'atypie cyto-nucléaire
- B- Degré de différenciation
- C- Degré d'extension en surface
- D- Degré d'extension en profondeur
- E- Volume tumoral

Cas Clinique :

Un homme de 60 ans présente depuis un mois des rectorragies, accompagnées de ténesme et de faux besoins. Le malade signale un amaigrissement de 5 kg au bout d'un mois. L'examen de l'abdomen ne montre pas de masse palpable. Le foie est normal. Le toucher rectal est normal.

1- Quel est le diagnostic a évoqué en premier ?

- A- Cancer du colon.
- B- Maladie de crohn rectal.
- C- Cancer du rectum.
- D- Diverticuloses coliques.
- E- Recto-colite hémorragique.

2- Quel est l'examen à demander pour confirmer le diagnostic ?

A- Abdomen sans préparation.

B- Échographie abdominale.

C- Scanner abdominal.

D- Recto-sigmoïdoscopie.

E- Autres réponses.

3- L'examen endoscopique montre une lésion bourgeonnante, irrégulière, saignant au contact circonférencielle du rectum, à 12 cm de la marge anale, fixe, de 5 cm de diamètre. Des biopsies sont pratiquées au niveau de cette lésion.

Quel est le résultat anatomo-pathologique le plus probable de cette biopsie ?

- A- Polype adénovilleux.
- B- Adénocarcinome Liberkuhnien.
- C- Adénocarcinome colloïde muqueux.
- D- Carcinome épidermoïde.
- E- Sarcome.

4- Le bilan d'extension de ce malade comporte :

A- Une coloscopie totale.

B- Un dosage antigène carcino-embryonnaire.

C- Une échographie abdominale.

D- Une IRM pelvienne.

E- Une échographie endorectale.

5- Quel traitement envisager-vous :

- A- Amputation abdomino-pelvienne.
- B- Résection antérieure du rectum.
- C- Chirurgie limitée par rectotomie.
- D- Opération de Hartmann.
- E- Radiothérapie de contact.

Les lésions suivantes quelles sont celles qui prédisposent au cancer du rectum ?

- A- La polypose rectocolique familiale
- B- La rectocolite hémorragique
- C- La diverticulose colique
- D- La sigmoïdite
- E- L'adénome villositaire

Le traitement d'un cancer du tiers inférieur du rectum peut comporter en partie :

- A- Une amputation abdomino-périnéale
- B- Une radiochimiothérapie pré-opératoire
- C- Une hémicolectomie droite
- D- Une chimiothérapie uniquement
- E- Une électrocoagulation

Quelles sont parmi les affections suivantes celles qui prédisposent au cancer du rectum ?

- A- Le polype adénomateux
- B- L'ulcère solitaire
- C- La colite ischémique
- D- La maladie de Crohn colique
- E- La rectocolite ulcéro-hémorragique

Quels sont les renseignements fournis par le toucher rectal :

- A- Le siège par rapport à la marge anale
- B- Toujours l'étendue en hauteur
- C- L'étendue en circonférence
- D- La fixité de la tumeur
- E- L'envahissement ganglionnaire

Le traitement d'un cancer du tiers inférieur du rectum peut comporter en partie :

- A- Une amputation abdomino-périnéale
- B- Une radiothérapie préopératoire
- C- Une dérivation interne
- D- Une colostomie d'amont
- E- Une électrocoagulation

L'attitude chirurgicale curative devant un cancer du rectum T3N+Mo situé à 1cm de la marge anale.

- A- Une amputation abdomino-périnéale
- B- Une résection antérieure
- C- Une coloproctectomie
- D- Une résection tumorale par voie basse
- E- Une colostomie de proche amont

Le bilan d'extension du cancer du rectum doit comporter :

- A- Une IRM pelvienne
- B- Un scanner thoraco-abdomino-pelvien
- C- Un toucher rectal
- C- Une colonoscopie
- D- Une échographie de la marge anale

L'étendue de l'exérèse à visée curative d'un cancer du rectum :

- A- En aval il faut avoir une marge saine
- B- En amont il faut passer en plein tumeur
- C- Il faut réaliser un curage ganglionnaire
- D- Latéralement il faut réaliser une résection complète du mésorectum
- E- Il faut emporter toujours la marge anale

Les renseignements fournis par le toucher rectal d'une tumeur située à 3cm de la marge anale sont :

- A- Le bord inférieur
- B- Les métastases ganglionnaires
- C- Le caractère sténosant
- D- La fixité
- E- L'extension à la prostate chez l'homme

La prise en charge thérapeutique d'un cancer du rectum situé à 1cm de la marge anale T3N+Mo. nécessite en parti :

- A- Une amputation abdomino-périnéale
- B- Une radiothérapie
- C- Une chimiothérapie
- D- Une prototomie
- E- Une radiochimiothérapie

Les facteurs de mauvais pronostic d'un adénocarcinome mucineux du rectum classé T4N+M0 ayant eu une résection R0 :

A- Caractère mucineux

B- T4

C- N+

D- M0

E- Ayant une résection R0