



UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2016

Thèse N°020/16

LES CANCERS DU RECTUM: ETUDE ANALYTIQUE

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15/01/2016

PAR

Mlle. AMAL AKAMMAR

Née le 15 Mai 1989 à Meknès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Cancer du rectum – Epidémiologie – Diagnostic – Traitement

JURY

M. OUSADDEN ABDELMALEK PRESIDENT
Professeur de Chirurgie Générale

M. AIT LAALIM SAID..... RAPPORTEUR
Professeur agrégé de Chirurgie Générale

Mme. TOUGHRAI IMANE..... } JUGES
Professeur agrégé de Chirurgie Générale

Mme. MELLOUKI IHSANE..... }
Professeur agrégé de Gastro-entérologie

PLAN

INTRODUCTION.....	6
MATERIELS.....	9
1. Type de l'étude.....	10
2. Fiche d'exploitation.....	11
RESULTATS.....	15
I .Les données épidémiologiques :.....	16
1. Le recrutement annuel.....	16
2. Age.....	18
3. Sexe :.....	20
4. Origine.....	21
II.Etudes cliniques :.....	22
1. délai de consultation :.....	22
2. Antécédent :.....	22
3. signes fonctionnels :.....	25
4. Les signes généraux :.....	26
III . diagnostic.....	26
1. Toucher rectal.....	27
2. Rectoscopie :.....	27
3. Caractéristiques de la tumeur :.....	27
4. biopsie :.....	31
IV . Bilan d'extension :.....	32
1. TDM thoraco–abdomino–pelvienne:.....	32
2. coloscopie :.....	35
3. IRM pelvienne :.....	37
4. Résécabilité :.....	37
V. Bilan préopératoire.....	38

1. Bilan biologique.....	38
2. Bilan pleuropulmonaire :.....	39
3. Bilan cardiovasculaire	40
5. Conclusion clinique et biologique :	41
VI .Traitement :	42
1. traitement curatif	42
2. Chimiothérapie adjuvante	48
3. traitement palliatif :.....	48
VII. Suite opératoire:.....	49
1. Mortalité :	49
2. Morbidité	49
3. Rétablissement de continuité:	50
4. Récidive:.....	50
XIV. Survie :.....	51
DISCUSSION	52
I.EPIDEMIOLOGIE :	53
II. ETUDE CLINIQUE:.....	56
1. Délai de consultation :	56
2. Antécédents :	56
3. signes fonctionnels.....	57
3. siège de la tumeur :.....	59
III. Bilan d'extension.....	60
1. TDM thoraco–abdomino–pelvienne :	60
2. IRM :	61
3. Coloscopie	62
4. l'EER.....	63

IV. Marqueurs tumoraux :.....	64
V . traitement :.....	65
VI .suite opératoire:.....	69
1. Mortalité :	69
2. Morbidité :	69
VII.Survie :.....	70
CONCLUSION	71
Résumé	73
Bibliographie.....	76

LISTE DES ABREVIATIONS

RTU	: rétention aigue d'urine
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ADK	: adénocarcinome
ADP	: Adénopathies
MA	: marge anale
TR	: toucher rectal
TDM	: Tomodensitométrie
IRM	: imagerie par résonance magnétique
ACE	: Antigène carcino-embryonnaire
CCR	: cancer colorectal
EER	: échoendorectale
CA19-9	: Carbohydrate Antigen 19-9
EFR	: exploration fonctionnelle respiratoire
VEMS	: volume expiratoire maximal seconde
ECG	: électrocardiogramme
FE	: fraction d'éjection
RCC	: Radio-chimiothérapie concomitante
RIS	: résection intersphéctérien
RAR	: résection antérieure du rectum
AAP	: Amputation abdomino pelvienne
CPC	: colostomie périnéale pseudocontinente
ACA	: anastomose coloanale
TNM	: tumor - nodes - métastases
RC	: rétablissement de continuité

INTRODUCTION

Le cancer colorectal est classé parmi les cancers les plus fréquents au monde (3eme rang après le cancer du sein et celui de la prostate), cependant son incidence dans notre pays reste moins élevée que celle des pays occidentaux.

Le diagnostic précoce du cancer du rectum se fait grâce à la sensibilisation des médecins vis à vis de l'importance de réaliser un toucher rectal devant des signes d'appel tel que des réctorragies, proctalgies ou syndrome rectal.

Le diagnostic se fait par rectoscopie et biopsie pour avoir une preuve anatomopathologique.

Le bilan d'extension nécessite une TDM thoraco-abdomino-pelvienne qui précise le degré d'extension de la tumeur au niveau locorégional et à distance.

Au cours des dernières décennies la prise en charge des cancers du rectum a été nettement améliorée par la standardisation de la technique chirurgicale d'exérèse, ainsi une diminution a été observée du taux de récurrence locale allant de 20-50% à moins de 10%, tout en réduisant les séquelles urogénitales liées à cette chirurgie. La radiothérapie préopératoire a également contribué à la diminution du nombre de récurrences locorégionales. Enfin, une modification des standards, c'est à dire la réduction de la marge de sécurité distale minimale, et des acquisitions techniques ont permis de réduire le nombre d'amputations abdominopérinéales sans altérer les résultats oncologiques. La chirurgie conservatrice avec anastomoses colo-

anale et résections inter-sphinctériennes associée à des protocoles d'irradiations optimisés a pu ainsi se développer pour les tumeurs très bas situées.

Sans oublier le développement de la chirurgie mini invasive par cœlioscopie avec ses avantages spécifique dans l'exérèse des cancers du rectum qui sont : la diminution des difficultés d'exposition lors de la dissection pelvienne basse (intérêt particulier chez l'homme au pelvis plus étroit), et d'avoir en permanence une vision magnifiée par la vidéo. L'intérêt serait de mieux respecter les faisceaux nerveux uro-génitaux et de garder une excellente vision de la partie la plus basse de la dissection.

Afin décrire et analyser les données épidémiologiques du cancer rectal nous avons mené un travail chez 180 patients du service de chirurgie viscérale B au CHU Hassan II de Fès sur une période de 6 ans allant du mois de janvier 2009 au mois de décembre 2014.

Les objectif de notre travail consiste à :

- Analyser les données épidémiologiques, cliniques, para-cliniques et thérapeutiques du cancer du rectum de nos patients.
- calculer la survie actuarielle.
- Comparer ces résultats avec la littérature.

MATERIELS ET METHODES

1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur 6 ans allant de janvier 2009 à décembre 2014.

Cette étude concerne 180 patients hospitalisés pour cancer rectal au service de chirurgie viscérale B au CHU HASSAN II de Fès.

Les données ont été remplies sur une fiche d'exploitation.

➤ Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude tous les patients hospitalisés au sein de notre service de (chirurgie viscérale B du CHU HASSAN II de Fès), porteurs d'un cancer du rectum.

➤ Critères d'exclusion :

Sont exclus : Les patients ayant un cancer de l'anus.

Dossier incomplet.

Les malades pour lesquels le diagnostic du cancer du rectum a été fait mais non traités au sein de notre service.

➤ Sources des données :

- Registre des malades entrants.
- Le dossier clinique du malade comportant l'observation clinique du malade, les examens para cliniques, l'attitude thérapeutique indiquée et le suivi du patient.
- Le système informatique Hosix.

2. Fiche d'exploitation

Identité :

- Nom et prénom : IP :
- Age : Sexe : M F
- Date d'entrée : Date de sortie :
- Numéros de téléphones :
- Adresse : ville : région :

ATCDs pathologiques :

- ATCDs personnels : HTA : O N , Diabète : O N , Hépatite : O N
Cardiopathie : O N

Toxique : O N

Chirurgie : cholécystectomie : O N , colo rectale : O N

- ATCDs familiaux : PAF : O N , Cancers : Colorectal : O N , Autres :.....

Données cliniques :

- Date de début des symptômes:..... délai :.....j
- Signes fonctionnels et généraux :
 - ✓ Réctorragie : Faible Moyenne Grande abondance
 - ✓ Douleurs : O N
 - ✓ Vomissements : O N
 - ✓ Diarrhée : O N
 - ✓ Sd rectal : Epreinte Ténésme Evacuation anormale
 - ✓ Sd occlusif : O N
 - ✓ Amaigrissement : N Non chiffré O :.....Kg
 - ✓ OMS : IMC :
 - ✓ Evaluation de l'état général :
 - Très mauvais
 - Mauvais
 - Moyen
 - Bon
- Données de l'examen clinique :
 - ✓ Cicatrice de laparotomie : O N
 - ✓ Masse abdominale : O N
 - ✓ Hépatomégalie : O N
 - ✓ Ascite : O N
 - ✓ TR: Siege de la Tm/MA :.....cm , Fixité : O N ,
Tonus sphinctérien : Bon Moyen Altéré

Circonférentielle : O N, Siège :..... , Sensibilité : O N

Envahissement CRV : O N , Doigtier : Sang Matière Glaire Rien

- ✓ Aires ganglionnaires : Troisier : O N , Inguinales : O N, Autres : O N

ETUDE ANALYTIQUE

Donnés endoscopiques :

Date :

Rectoscopie : Siège de la Tm/MA :.....cm,

Circonférence : circonférentielle Hémicirconférentielle Non précisé

Aspect macroscopique: Ulcérobourgeonnant Végétant Infiltrant Ulcéré

Lésion plane

Caractère sténosant : O N Non précisé

Si O : Sténose franchissable : O N Non précisé

Colonoscopie : Réussie Echet Non faite

Polypes : O N , Si O : Siege : , Nbre : , Taille : ,

Résection : O N

Tm synchrone : O N , Siège/MA :.....cm

Biopsie : O N

✓ Histologie:

- ADK: Bien Moy peu différencié
- Colloïde muqueux
- Mucineux
- Dysplasie: bas haut grade
- Pas de tm

Imagerie :

- Rx thorax : Normale Métastase
- Echographie abdominale : O N, si O : Normale Métastase : Nbre : Siege : Taille :
- TDM : O N ,
 - ✓ Si O : Siège Tm : Bas Moyen Haut rectum CRS
 - Taille Tm :.....cm
 - Résultat : ADP mésorectum Infiltration mésorectum
 - ADP à distance Envahissement sphinctérien
 - Envahissement des organes de voisinages
 - Métastases : Foie Poumon OS Ovaire
- IRM : O N
 - ✓ Si O : Siège Tm : Bas Moyen Haut rectum CRS
 - Taille Tm :.....cm
 - Résultat : ADP mésorectum Infiltration mésorectum
 - ADP à distance Envahissement sphinctérien
 - Envahissement des organes de voisinages
- Echoendoscopie :

ETUDE ANALYTIQUE

Biologie :

Groupe sanguin :

NFS: Hb :..... . GB :..... Plq :.....

Transaminases : Normales Elevées

TP :..... TCK :.....

Bilan nutritionnel : Protidémie : , Albuminémie :.....

Marqueurs tumoraux : ACE :..... , CA19, 9 :.....

Conclusion : Tm : Bas Moyen Haut rectum**Traitement :**

- Radiothérapie : O N , si O : Délai entre diagnostic et début du TTT :.....j
Exclusive RCC

Protocole : court intermédiaire classique
- Chimiothérapie : O N , si O : Néoadjuvante Exclusive : Adjuvante palliative
- Chirurgie :
 - ✓ Voie d'abord : Laparotomie Coelioscopie Coelio convertie : causes :
 - ✓ Exploration per op : RAS Carcinose péritonéale Ascite Metastase hépatique
Envahissement des organes de voisinage : Organe :

Envahissement de la paroi pelvienne

ADPs : Racine mésentérique mésorectum
 - ✓ Type de résection : RAR Résection intersphinctérienne AAP
Résection associée : Hémi-colectomie ghe colectomie segm basse

Colectomie subtotale Hartman
 - ✓ RC : ACR haute ACR basse AC anale AC sus anale A iléo rectale
Babcock ACR sur réservoir AIA sur réservoir CPC
 - ✓ Stomie : O N , Si O : De protection : Iléostomie Colostomie : définitive O N transitoire
Colostomie iliaque gauche CPC
 - ✓ Réservoir : O N , Si O : En J Transverse
 - ✓ Délai du RC :.....j
 - ✓ Anatomopathologie de la pièce opératoire :
 - Histologie : ADK : Bien Moy peu différencié
Colloïde muqueux

Mucineux

Dysplasie: bas haut grade

Pas de tm
 - Marge latérale :.....mm

RESULTATS

I. Les données épidémiologiques :

1. Le recrutement annuel

De 2009 à 2014 nous avons colligé 180 patients atteints de cancer du rectum avec une moyenne de 30 malades par an (2 à 3 malades par mois) et des extrêmes allant de 10 à 47 malades par an (1 a 4 malades par mois).

Tableau 1 : Répartition des malades selon l'année de prise en charge

Année	Effectifs	Pourcentage
2009	10	5,6%
2010	27	15%
2011	40	22,2%
2012	47	26,1%
2013	32	17,8%
2014	24	13,3%
Total	180	100%

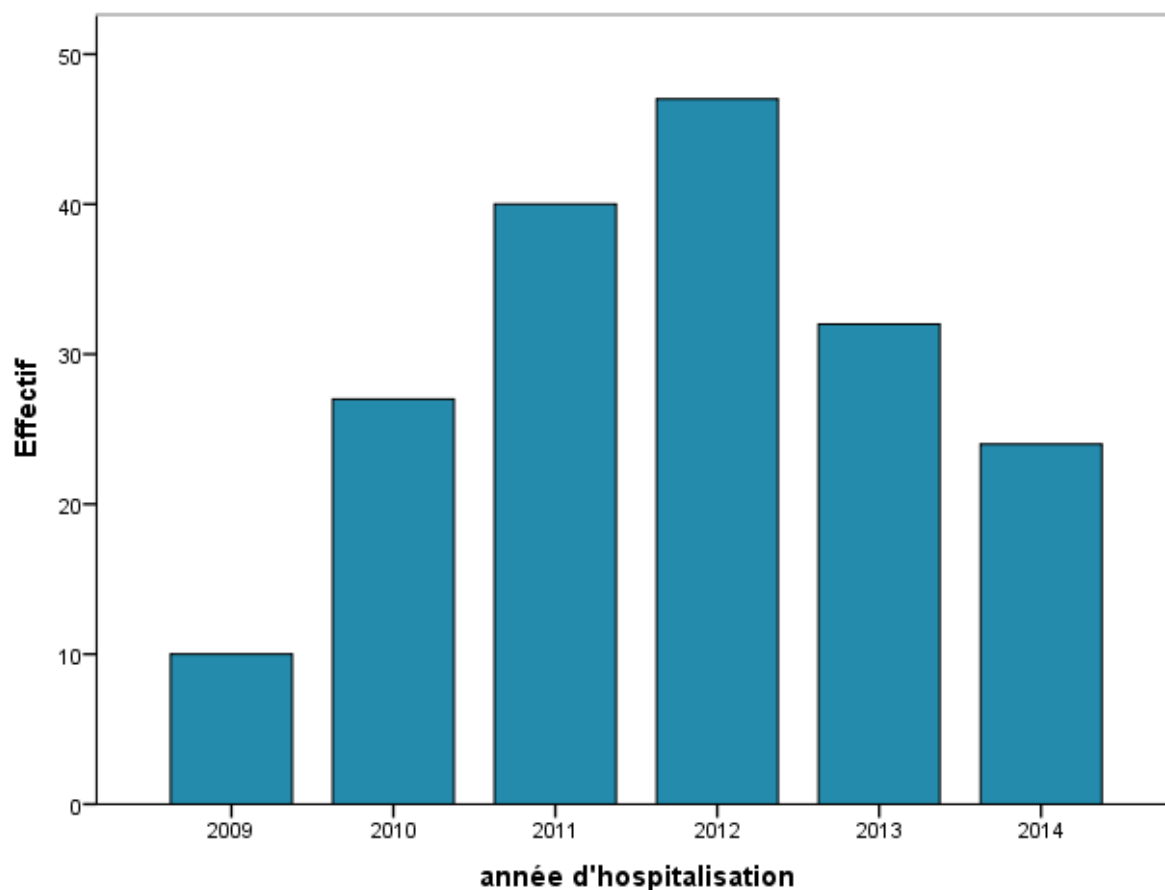


Figure1 : Répartition des malades selon l'année de prise en charge

2. Age

La moyenne d'âge de nos patients est de 57 ± 13 ans avec des extrêmes allant de 19 ans à 90 ans.

	Nombre	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
AGE	180	19	90	57,36	13,469

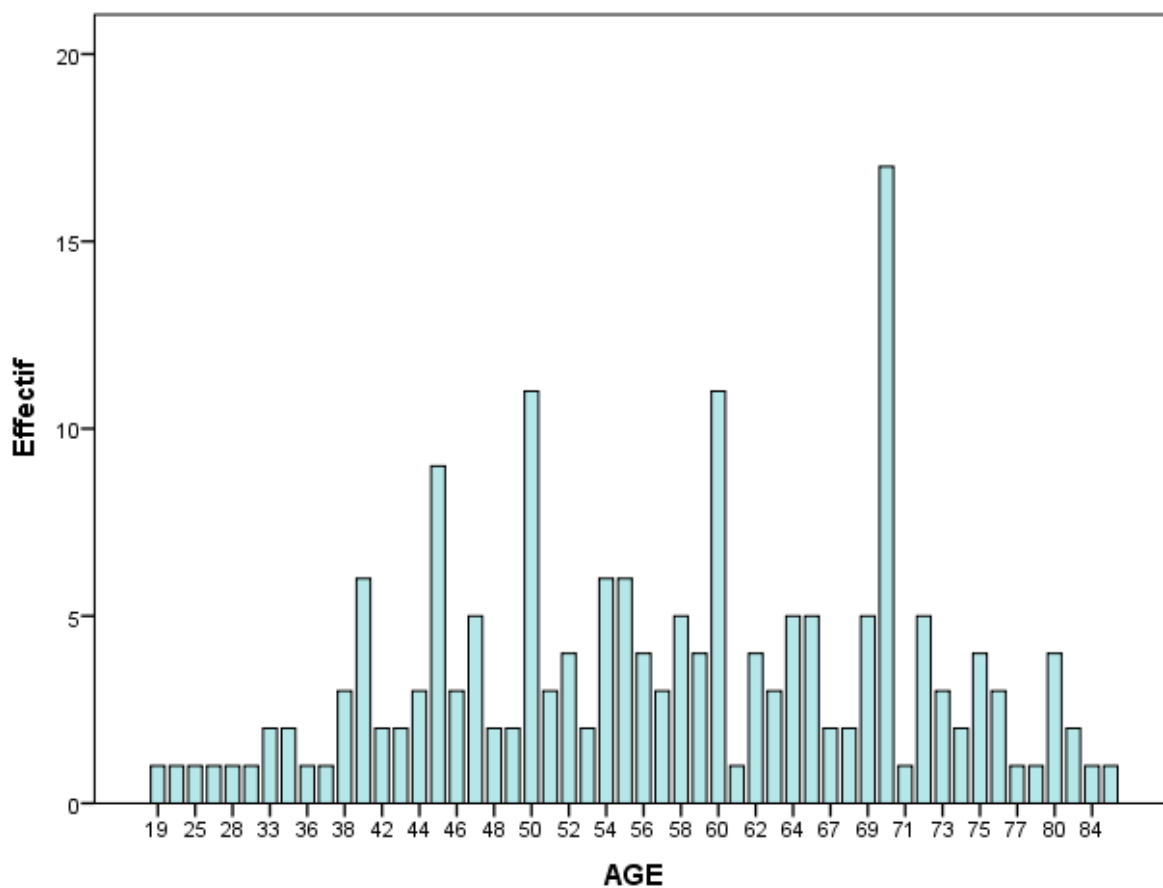


Figure 2 : Répartition de nos malades en fonction de l'âge

Tableau 2: répartition de nos patients selon l'âge

Age (ans)	Nombre	Fréquence
<50	49	27 ,23%
Entre 50 ET 70	86	47 ,77%
>70	45	25%

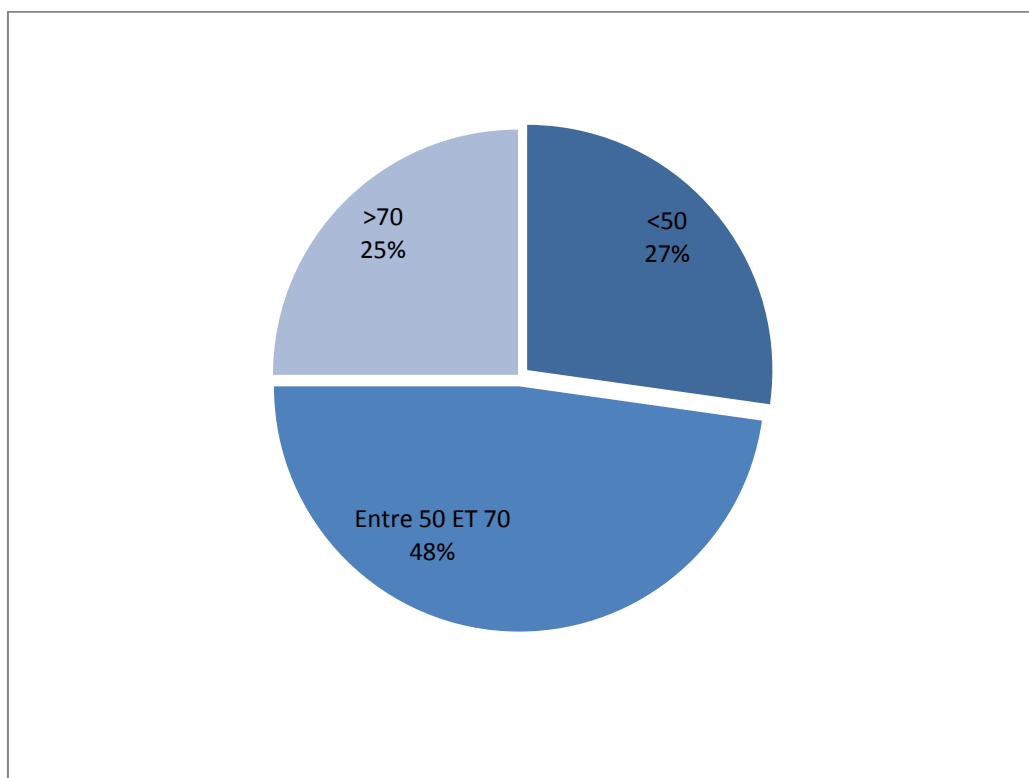


Figure 3 : répartition de nos malades en fonction de l'âge

- Environ 50 % des malades ont un âge situé entre 50 et 70 ans.

3. Sexe :

Dans notre série on note une prédominance du sexe féminin 102 femmes pour 78 hommes avec un sexe ratio F/H de 1,3.

Tableau 3: répartition de nos malades selon le sexe

	Effectifs	Pourcentage
Femme	102	57%
Homme	78	43%
Total	180	100%

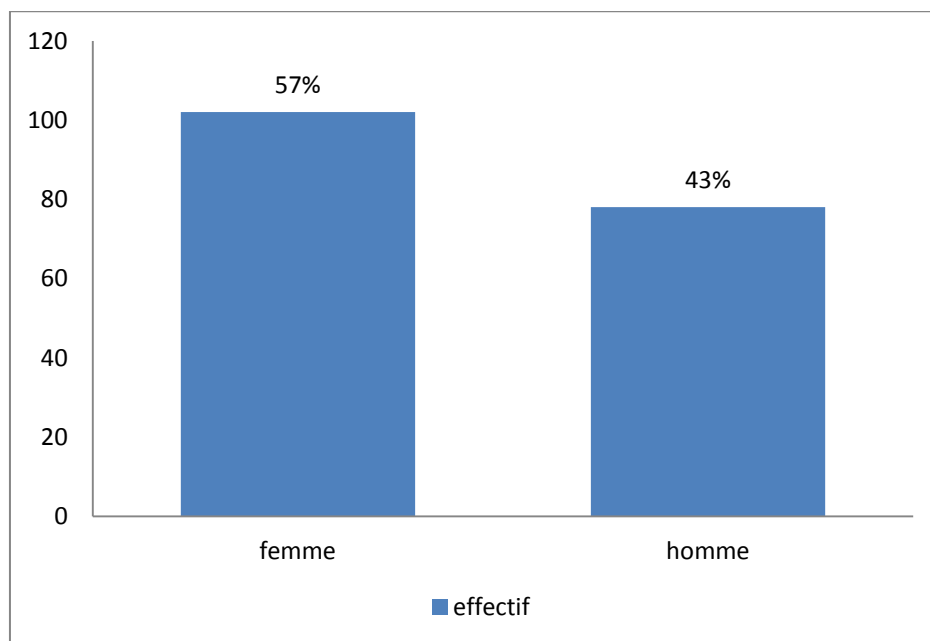


Figure 4 : répartition de nos malades selon le sexe

4. Origine

La ville de Fès est la ville d'origine la plus fréquente dans notre série avec 82 malades soit 46% de l'effectif total, suivi de la ville de Tawnate avec représente 12 %.

Tableau 4 : répartition des malades selon les villes

Origine	Nombre	Pourcentage
Fès	82	46%
Tawnate	22	12%
Séfrou	14	7%
Autre	62	34%

Tableau 5: répartition des malades de notre série selon l'origine géographique

origine	Nombre	Pourcentage
Fès	82	46%
<100km	60	33%
>100km	38	21%

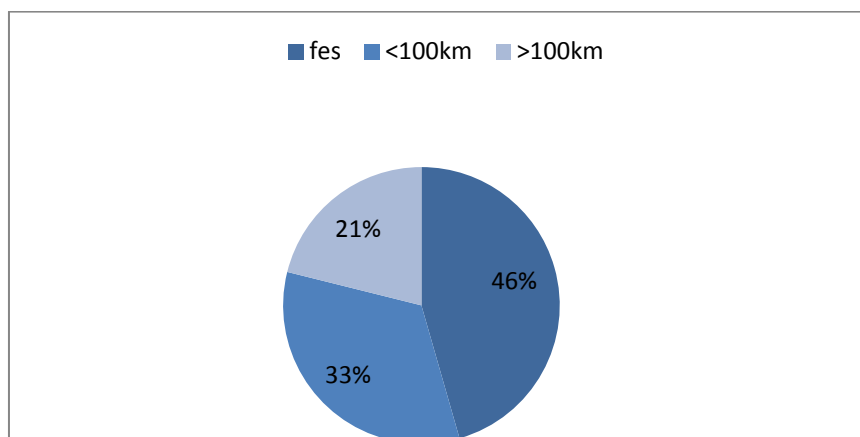


Figure 5:répartition des malades selon l'origine géographique

- Pratiquement 79% des malades sont de la région Fès boulmane.

II. Etudes cliniques :

1. délai de consultation :

Sur 180 cas le délai de consultation moyen est de 5mois avec des variations allant de 10 à 24mois.

2. Antécédents :

122 des cas n'ont aucun antécédents pathologique notable ce qui représente 68% de la population d'étude.

A. Antécédents médicaux

a. Comorbidités

37 des patients présentaient un terrain de comorbidité. Le tableau ci-dessous illustre la répartition des malades selon leurs antécédents médicaux :

Tableau 6 : Eléments de comorbidité

Antécédents médicaux	Nombre de malades	Pourcentage
Diabète +HTA	13	35%
HTA	11	30%
Diabète	6	16%
Tabagique	4	11%
Hépatite	2	5,4%
Asthme	1	2,6%
Totale	37	100%

b. Facteurs de risques

Peu de patients dans notre série avaient des facteurs de risques ou des états précancéreux :

- Trois avaient pour antécédent d'une polypose adénomateuse familiale.
- Un cas de Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.
- Aucun cas de syndrome de Lynch, n'a été répertorié.

B. Antécédents chirurgicaux

19 patients ont présenté des antécédents chirurgicaux ce qui représente 10,55%, prédominés par la cholécystectomie retrouvée chez 6 malades.

Tableau 7 : antécédents chirurgicaux

Antécédent chirurgicaux		Nombre de malades	Pourcentage
Chirurgie abdominale	Cholécystectomie	6	31,72%
	Intervention pour tumeur colique	3	15,7%
	Colostomie pour tumeur rectale	2	10,5%
	Hernie	1	5,26%
	Appendicectomie	1	5,26%
Chirurgie urologique	RTU+ néphrectomie bilatéral	1	5,26%
	Chirurgie pour lithiase urinaire	1	5,26%
	Chirurgie pour adénome de prostate	1	5,26%
Chirurgie proctologique	Fissure anale	1	5,26%
	Hémorroïde	1	5,26%
Chirurgie gynécologique	Fibrome utérin	1	5,26%

C. Antécédents familiaux

- 2 de nos patients avaient au moins un parent de 1er degré diagnostiqué d'un cancer colorectal.
- 3 cas ont une polypose adénomateuse familiale.

3. Signes fonctionnels :

A. Réctorragie :

La réctorragie est le symptôme le plus fréquent de consultation retrouvée chez 125 patients ce qui représente 69.4% des cas.

B. Syndrome rectale

Le syndrome rectal est le 2eme symptôme de consultation par ordre de fréquence, il a été rapporté chez 33 malades soit 18.4% des cas.

Tableau 8 : fréquence des différents signes fonctionnels

Symptômes	Effectifs	Pourcentage
Rectorragie	125	69,4%
Syndrome rectal	33	18 ,4%
Syndrome occlusif	13	7,2%
Douleur	9	5%
Total	180	100%

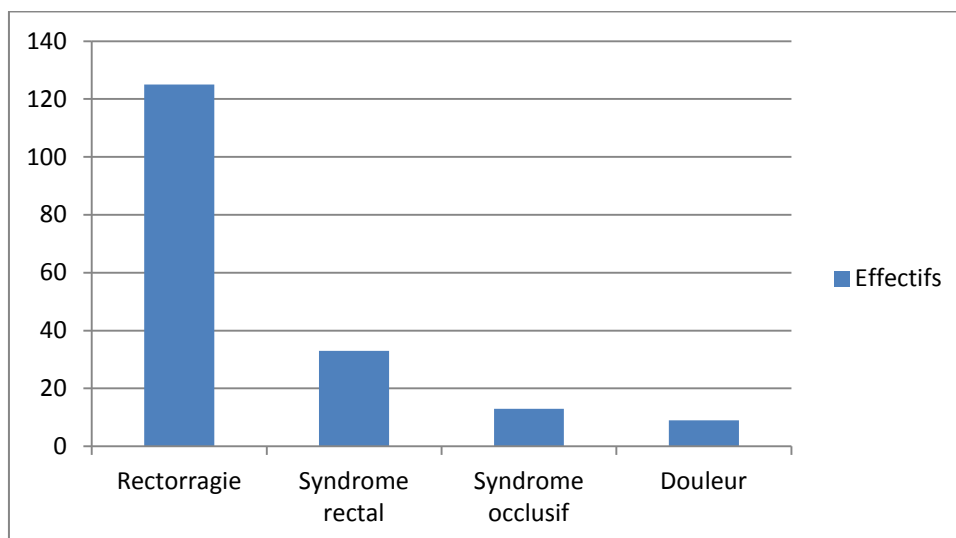


Figure 6: répartition de nos malades en fonction de signes fonctionnels de consultation

4. Les signes généraux :

A. Amaigrissement :

Dans notre série 88.3% des patients ont rapporté la notion d'amaigrissement, cette perte de poids n'a été chiffrée que chez 6 patients.

Tableau 9 : répartition selon l'amaigrissement

Amaigrissement	Nombre de malades
0-5kg	1
5-10kg	1
Sup a 10kg	4

B. Etat générale :

Parmi 180 malades :

- 144 malades ont un OMS 0 qui présente 80%.
- 27 malades ont un OMS 1 soit 15%.
- 9 malades ont un OMS 3 ce qui présente 5%.

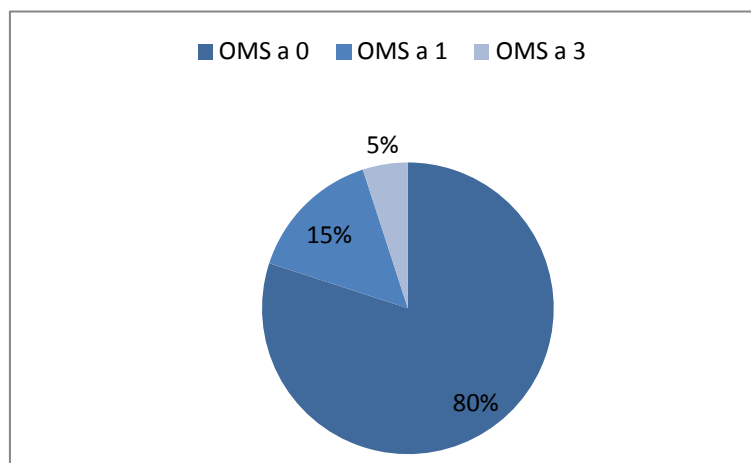


Figure 7 : répartition des malades selon l'état général

III. Diagnostic

1. Toucher rectal

La tumeur est palpable chez 140 patients soit 78%.

2. Rectoscopie :

La rectoscopie a été réalisée chez tous nos malades.

3. Caractéristiques de la tumeur :

Pour le siège des tumeurs palpables on se base plus sur le toucher rectal que sur la rectoscopie.

Ces résultats sont une corrélation entre TR et rectoscopie

a. siège de la tumeur :

La distance moyenne était de 5.6 cm plus au moins 3,73cm entre le pôle inférieur de la tumeur et la marge anale avec des extrêmes de 1cm et 15 cm.

Dans 105 cas, la tumeur siège au niveau du bas rectum ce qui représente un pourcentage de 58,4% des malades.

Tableau 10: Siège de la Tumeur dans notre série

Siege	Nombre	Pourcentage
Bas rectum	105	58,4%
Moyen rectum	53	29,4%
Haut rectum	22	12,2%
Total	180	100%

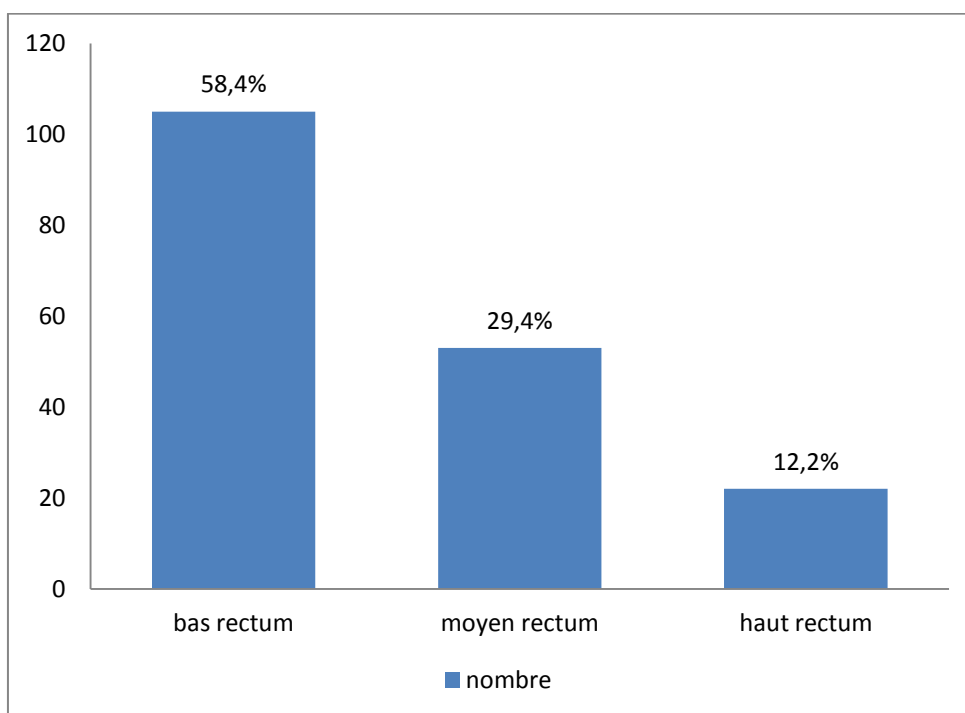


Figure 8 : répartition des malades selon le siège

b. circonférence

La tumeur était circonférentielle chez 107 patients (59%) et hémicirconférentielle chez 58 malades (32,2%).

Tableau 11 : circonférence de la tumeur

	Effectif	Pourcentage
Circonférentielle	107	59%
Hémi-circonférentielle	58	32,2%
Non précisée	14	7,8%
Totale	180	100%

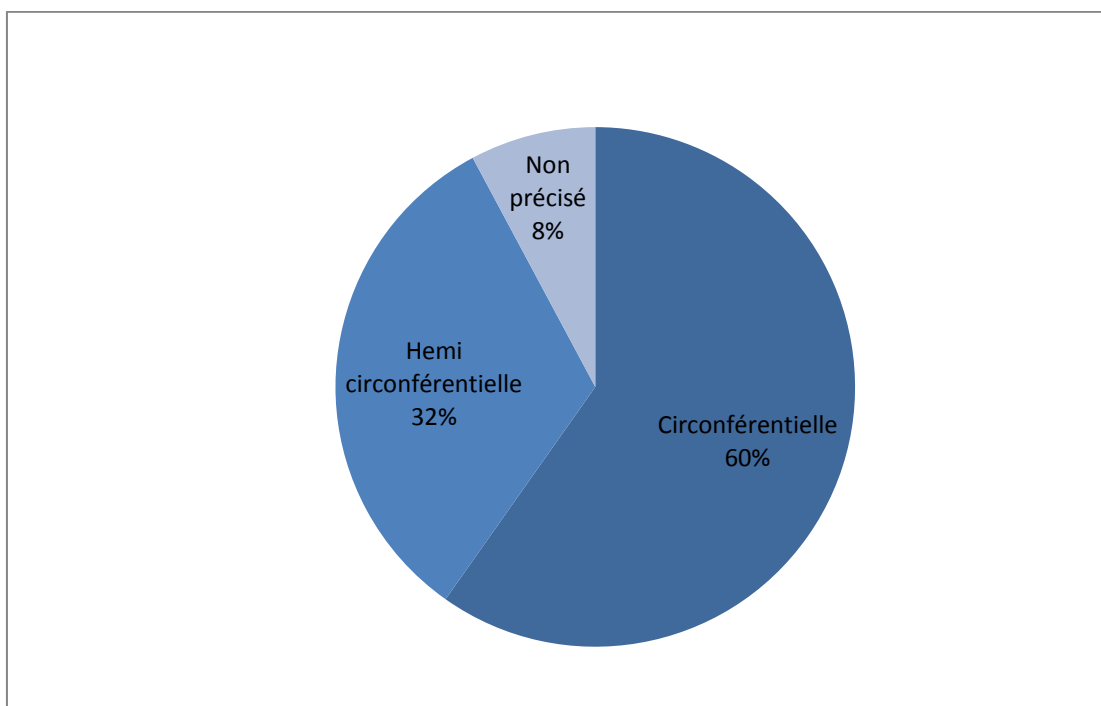


Figure 9 : répartition des malades selon la circonférence tumorale

c. tonus sphinctérien :

Pour 100 malades chez dont le tonus sphinctérien a été évalué, le toucher rectal a objectivé 15 malades ayant une hypotonie sphinctérienne.

d. Envahissement sphinctérien

- Parmi 105 cas qui ont un cancer du bas rectum, 14 cas ont un envahissement sphinctérien cliniquement manifeste ce qui présente 13,33% des tumeurs du bas rectum.
- Chez 07 femmes, l'examen a objectivé un envahissement de la cloison recto vaginale soit 12,72% des tumeurs du bas rectum des femmes.

e. Fixité

Chez 33 malades la tumeur est fixe soit 18,33%.

4. Biopsie :

L'adénocarcinome bien différencié a été retrouvé chez 55% des patients.

Tableau 12 : type histologique des biopsies en préopératoire

Type histologique	Nombre de patients	Pourcentage
ADK bien différencié	99	55%
ADK moyennement différencié	51	28,3%
ADK peu différencié	13	7,3%
dysplasie de haut grade	9	5%
ADK colloïde muqueux	6	3,3%
Carcinome à cellule indépendante en bague a chaton	2	1,1%
Total	180	100%

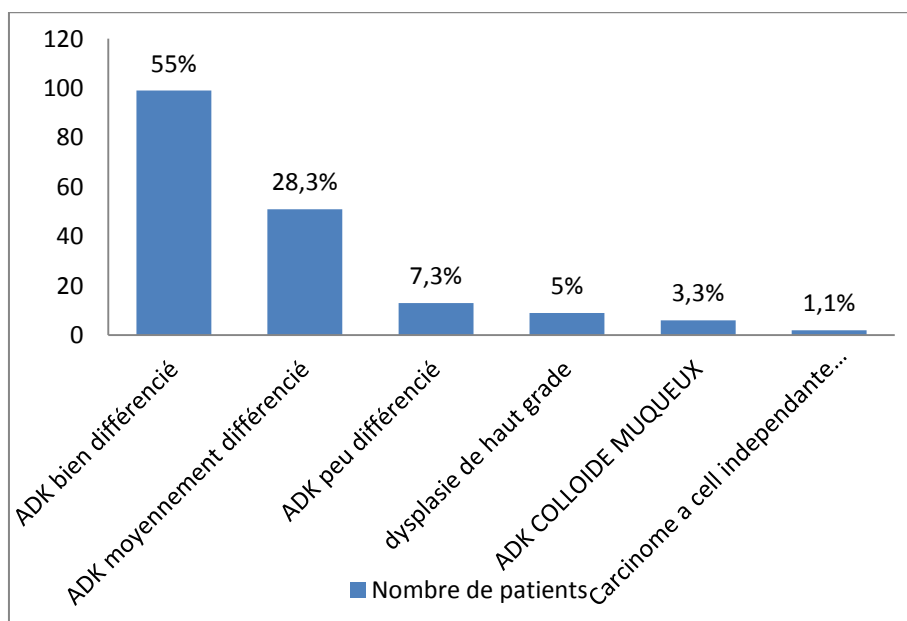


Figure 10: résultats d'anapath de la biopsie de nos malades

IV. Bilan d'extension :

1. TDM thoraco-abdomino-pelviennne:

Tous nos patients ont une TDM thoraco-abdomino-pelviennne soit 100% des cas.

➤ taille :

La taille moyenne de la tumeur était 6.47cm avec des extrêmes allant de 02 cm à 20cm.

➤ Envahissement loco régional :

- ✓ Chez 159 patients soit 88% des cas la tumeur est localisée au niveau du rectum.
- ✓ Chez 21 malades de notre série la TDM avait objectivé la présence d'envahissement loco régional soit 12% :
 - Envahissement du vagin : 6 cas.
 - Envahissement l'utérus : 5 cas.
 - Envahissement des muscles l'élévateur de l'anous : 4 cas.

Tableau 13 : l'envahissement locorégional du cancer du rectum selon TDM

Envahissement loco régional	Nombre	Pourcentage
Vagin	6 cas	3,33%
l'utérus	5 cas	2,77%
Les muscles élévateurs de l'anus	4 cas	2,2%
la vessie	2 cas	1,1%
la prostate	2 cas	1,1%
vésicules séminales	1 cas	0,55%
L'intestin Grêle	1 cas	0,55%

➤ **Adénopathies :**

✓ **ADP du méso rectum :**

- TDM a mis en évidence des ADP du méso rectum dans 81 cas soit 45%.
- Pour les caractéristiques : la taille et le caractère suspect ou non des ADP du méso rectum n'étaient pas notés sur le compte rendu du scanner.

✓ **Les adénopathies à distance :**

- Ont été retrouvées chez 08 patients soit 4,4% avec comme siège :
 - iliaque chez 4 malades.
 - latéro-aortique chez 2 patients.
 - rétro péritonéal chez deux patients.

Ces adénopathies ont un aspect suspect en scanner.

➤ **Métastase :**

Chez 24 patients la TDM avait objectivé des métastases soit un pourcentage de 13,3%.

✓ **17 cas de métastases hépatiques soit 9,5 %:**

- 6 malades ont un foie truffé de métastases.
- 11 malades présentent des métastases hépatiques potentiellement ré-sécable.

✓ **7 cas de métastases extra hépatiques soit 3,8%:**

- 4 malades présentent des métastases pulmonaires.
- 01 cas des métastases osseuses au niveau des corps vertébraux du L1 et L3.
- un malade ayant une métastase surrénalienne et pulmonaire.
- un cas de métastase pulmonaire et hépatiques.

2. Coloscopie :

Une coloscopie totale a été réalisée chez 131 malades soit 72%.

Chez 114 cas ce qui représente 87% ont une coloscopie normale en dehors de la tumeur rectale.

a. Tumeurs synchrones

- 3 malades dans notre série soit 2,3% ont des tumeurs synchrones :
 - ✓ Chez 01 cas, la tumeur synchrone siège au niveau de l'angle colique gauche avec envahissement locorégional et de la queue du pancréas (non résécable).
 - ✓ Le 2ème cas le siège est au niveau de l'angle colique droit sur sa partie caecale résécable.
 - ✓ 3ème cas le siège est au niveau du caecum résécable.

b. polypes

- chez 14 patients la colonoscopie avait objectivé des polypes soit 10% :
 - ✓ 3 cas de polypose colique dans le cadre de polypose adénomateuse familiale ce qui présente 2,3%.
 - ✓ 4 patients ont 2 polypes soit 3%.
 - ✓ 7 patients ont un seul polype soit 5,34%.

Voire détails tableau n°13

Tableau 13 : les caractéristiques des polypes

	Nombre	Siège	Taille
Patient n°1	Polypose	4cm de la MA	Entre 5a 20mm
Patient n°2	Polypose	A partir de 4cm de la MA	Entre 5et 20mm
Patient n°3	Polypose	Colique	Variable
Patient n°4	2polypes sessiles	40cm de la MA 30cm de la MA	5mm
Patient n°5	1 polype pédiculé 1 polype sessile	20cm de la MA 28cm de la MA	4cm
Patient n°6	2polypes sessile	Colique à 20cm et 40cm	
Patient n°7	2polypes sessile	Colique	1cm
Patient n°8	1 seul polype pédiculé	Colique à 13cm	8mm
Patient n°9	1 seul polype pédiculé	Caecum	1cm
Patient n°10	1 seul polype sessile	Angle colique droit	4mm
Patient n°11	1 seul polype	Polype à 20cm	3cm
Patient n°12	1 seul polype	Colique	1cm
Patient n°13	1 seul polype	Colique a 13cm de la MA	8mm
Patient n°14	1 seul polype	Colique	1,5cm

3. IRM pelvienne :

Elle était réalisée chez 32 malades chez lesquels on a un doute d'envahissement sphinctérien lors du TR ce qui représente un pourcentage de 18%, répartis comme suite:

- ✓ Un envahissement sphinctérien dans 8 cas.
- ✓ Une infiltration et adénopathies du méso rectum dans 21 cas.

4. Résécabilité :

Au terme de ce bilan clinique et surtout radiologique on conclue que parmi 180 malades :

a. Tumeur résécable et non métastatique :

150 cas soit 83,4%.

b. Tumeur résécable avec des métastases hépatiques potentiellement résécable :

11 cas ont soit 6,2%.

c. Tumeur non résécable : 19 cas soit 10,5%

- ✓ Chez 6 malades par ce que la tumeur est localement avancé ce qui représente un pourcentage de 3,4%.
- ✓ Et chez 8 malades ayant des métastases non résécable soit 4,4%.
- ✓ Et chez 5 malades soit 2,7% ont au même temps des tumeurs localement avancée avec des métastases non résécables.



Ce qui donne un taux de résécabilité potentielle de 89,5%.

V. Bilan préopératoire

1. Bilan biologique

A. Marqueurs tumoraux :

a. Taux d'ACE préopératoire :

- Ce paramètre a été étudié chez 145 malades, il était positif chez 46 cas avec un pourcentage de 35 ,11%.

b. Taux de CA19-9 :

- Ce paramètre fut étudié chez 139 malades, il était élevé chez 26 patients avec un pourcentage de 17 ,6%.

Tableau 17 : les résultats des marqueurs tumoraux

	ACE	CA-19
Positif	35%	17,6%
Négatif	65%	82,4%
Totale	100%	100%

B. hémoglobine :

Une anémie a été retrouvée chez 58 patients soit un pourcentage de 33% des cas.

C. Ionogramme :

a. Glycémie :

20 malades ont des chiffres de glycémie élevé ce qui donne un pourcentage de 10,5% .

b. Fonction rénale :

Une insuffisance rénale fonctionnelle a été diagnostiquée chez 3 cas soit 1,66%.

c. Albumine :

Une hypo albuminémie, albuminémie inférieure à 30g/L était retrouvée chez 20 malades ce qui représente 11,2%.

d. protidémie :

Une hypo protidémie, protidémie inférieure à 65g/l, est objective chez 3 malades 1,66%.

D. trouble de crase :

Aucune anomalie de crase n'a été retrouvée.

2. Bilan pleuropulmonaire :

A. examen pleuro pulmonaire :

Un examen pleuropulmonaire fut réalisé d'une manière systématique chez tous les patients et il n'a pas objectivé d'anomalie

B. la radiographie thoracique :

La radiologie thoracique a été réalisée pour tous les patients dans le cadre du bilan préopératoire.

Elle n'a pas objectivé de localisation secondaire pulmonaire ou pleurale ou d'autre anomalie radiologique.

C. EFR :

EFR est réalisé chez un malade qui a une insuffisance respiratoire chronique et qui a objectivé un trouble ventilatoire obstructif très sévère avec un VEMS à 750ml.

3. Bilan cardiovasculaire

A. Examen cardiovasculaire

Un examen cardiovasculaire fut réalisé d'une manière systématique chez tous les patients et il n'a pas objectivé d'anomalie.

B. ECG :

ECG a objectivé un trouble électrique de type bloc de branche droit et gauche chez deux patients.

C. Echographie Trans -thoracique (ETT) :

45 malades ont bénéficié d'EET avec un pourcentage de 25%, dont le résultat été normal chez 39 d'entre eux avec des Fractions d'éjection comprises entre 60 et 72%, soit 86% des ETT .Par ailleurs 6 malades ont :

- ✓ Une cardiomyopathie hypertrophique.
- ✓ Une cardiomyopathie dilatée.
- ✓ Une Insuffisance tricuspide Grade II.

4. Conclusion clinique et biologique :

Après évaluation clinique et biologique de tout les patient on a conclut que :

- ✓ 7 malades sont non opérable par ce que :
 - 1 cas a présenté une ischémie aigue du membre inférieur gauche avec des troubles cardiaques.
 - 1 patient a présenté des troubles psychiatriques et AEG.
 - 1 Patient a présente une embolie pulmonaire et thrombophlébite mis sous anticoagulant.
 - 2 malades avaient des tumeurs avancées avec une FE du cœur inferieure à 35%.
 - 2 malades était dans un état clinique altéré OMS 3 et un âge supérieur de 80 ans.
- ✓ 173 malades sont opérables.

⇒ Ce qui donne un taux d'opérabilité de 96,5%.

VI. Traitement :

1. traitement curatif

Le traitement curatif a été réalisé chez 130 malades avec un pourcentage de 73%.

A. traitement néoadjuvant :

a. Radio-Chimiothérapie concomitante (RCC) :

88 patients ont bénéficié d'une RCC, soit un pourcentage de 67,6%.

b. radiothérapie

La radiothérapie a été réalisée dans un but curatif chez 27 malades ce qui présente 20,76%.

La durée moyenne entre le diagnostic de la tumeur rectale et le début de la radiothérapie est de 76 jours avec des extrêmes de 4jours et 13mois.

c. Chimiothérapie :

Une chimiothérapie néoadjuvante a été délivrée pour quatre patients ayant des métastases au moment du diagnostic.

B. chirurgie

Parmi les 180 patients de notre série, une intervention chirurgicale a été réalisée pour 154 cas mais la tumeur n'a été résécable chez 130 patients avec un taux vrai de résécabilité de 72, 2 %.

a. Voies d'abord :

➤ Parmi les 130 malades ayant bénéficié d'une résection tumorale, la voie coelioscopique a été réalisée chez 50 cas (37,7%).

Tableau 14 : répartition des malades opérés selon la voie d'abord

	Effectifs	Pourcentage
Laparotomie	60	46,3%
Coelioscopie	49	37,7%
coelioscopie convertie	21	16%
Total	130	100%

✓ Le taux global de conversion en laparotomie était de 16% (21 cas).

Les raisons été:

Une hémorragie importante : 6 cas.

De grosses tumeurs fixes ou envahissant des organes de voisinages : 11 cas.

Des problèmes techniques : 4 cas.

✓ Le taux de conversion selon les années :

Années	Nombre de coelioscopie	Nombre de cas de conversion
2010	3patients	3
2011	9patients	1
2012	19patients	6
2013	8patients	6
2014	10patients	5

b. Technique chirurgicale :

➤ Type de résection :

Plusieurs types de résection ont été réalisés en fonction de la localisation de la tumeur et son évolutivité, la résection antérieure du rectum était la technique la plus utilisée (68%).

Tableau 15 : Les différents types de résections chirurgicales dans notre série

Type du traitement		Nombre de malades	Pourcentage
Traitement conservateur	RAR	89	68 %
	RIS	18	14%
	Lambean tracteur	1	1%
Amputation abdomino-pelvien		22	17%
Totale		130	100%

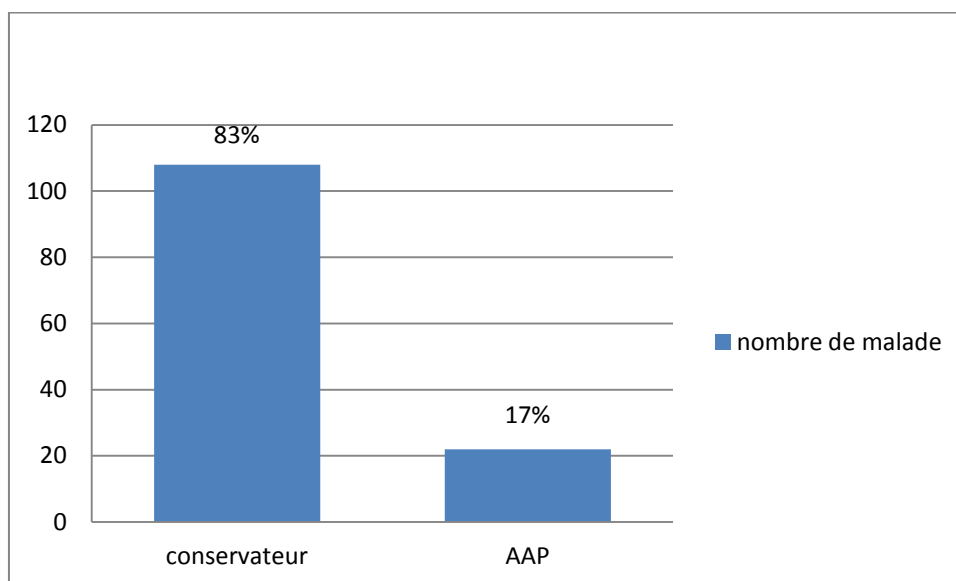


Figure 11: répartition des malades selon le type de traitement chirurgicale

➤ Réservoir :

12 malades ont bénéficié de la réalisation d'un réservoir dont 9 en J et 4 transverse.

5 malades ont bénéficié d'une Amputation abdomino pelvienne avec CPC.

c. traitement des métastases synchrones :

✓ 9 cas ont bénéficié d'une exérèse des métastases hépatiques en un seul temps opératoire.

✓ Type d'exérèse était :

- chez 8 cas une métastasesectomies.
- 1 seul cas segmentectomie

d. temps opératoire :

La durée d'intervention a été en moyenne de 5.4 heures pour la laparoscopie et de 4.5 heures pour la laparotomie.

e. Durée d'hospitalisation

La durée moyenne de d'hospitalisation globale a été 18 jours.

On a remarqué que de la durée de séjour hospitalier était courte chez les patients qui ont bénéficié de laparoscopie.

Tableau 23: la durée moyenne d'hospitalisation selon la voie d'abord

Voie d'abord	Laparoscopie	Laparotomie
Durée d'hospitalisation en jour	17	18.5
Minimum - maximum	9 et 25	10 t 28

f. données anatomopathologiques :

✓ type histologique :

Tableau 16 : type histologique des pièces de résection tumorale

Type histologique	Nombre de malade	Pourcentage
ADK bien différencié	70	54%
ADK moyennement différencié	31	24%
Pas de tumeur	19	14,6%
ADK peu différencié	5	3,8%
ADK colloïde muqueux	3	2,3%
Dysplasie de haut grade	2	1,3%
Total	130	100%

✓ ADP

- Nombre d'adénopathies prélevées était de 13 adénopathies en moyenne plus au moins 9 adénopathies.
- Chez 37 cas avait des adénopathies positif ce qui présente un pourcentage de 28,5%.

✓ Classification TNM :

TNM		Nombre	Pourcentage
pT	T0	19	14,6%
	T1	4	3,1%
	T2	41	31,5%
	T3	61	47%
	T4	5	3,8%
pN	N0	93	71%
	N1	21	17%
	N2	15	11,2%
	N3	1	0,8%

2. Chimiothérapie adjuvante

50cas ont reçus une chimiothérapie adjuvante après discussion en unité de concertation pluridisciplinaire, ce qui présente un pourcentage de 42,3%.

3. traitement palliatif :

38 malades ont bénéficié d'un traitement palliatif ce qui représente 21% .

A. radiothérapie exclusive :

Elle a été réalisée chez 18 malades, ce qui représente un pourcentage de 11% des cas.

B. chirurgie :

17 malades, soit 10% des cas, ont eu un traitement chirurgical palliatif qui consisté a une sigmoïdostomie.

C. chimiothérapie :

Une chimiothérapie exclusive à but palliatif a été réalisée chez 38 malades soit un pourcentage de 21%

VII. Suite opératoire:

1. Mortalité :

Parmi 130 malades opérés on a 3 cas de décès soit 2,3% :

- 2 cas décédé par choc septique secondaire à une péritonite par lâchage anastomotique.
- Un malade est décédé suite un arrêt cardiorespiratoire lors d'une sigmoïdostomie de décharge.

2. Morbidité

41 malades avait des complications post opératoire ce qui présente une morbidité de 31,5%.

1. Les complications précoces d'ordre général retrouvée chez 12cas soit 9,2% :

- Infection urinaire : 5 cas.
- Infection de paroi : 6 cas.
- Thrombophlébite : 1 cas.

2. Complications précoces d'ordre spécifique :

Parmi les 130 malades qui ont bénéficié d'une résection tumorale, 29cas ont présenté des complications post opératoire d'ordre spécifique, soit un pourcentage de 22,3%.

Tableau 17: montrant les complications précoces d'ordre spécifique

		Effectifs	Pourcentage
Nécrose bout colique	ACA	7	5,4%
	Babcock	5	3,8%
FRV		7	5,4%
Abcès périné +fistule anastomotique		5	3,8%
Vessie neurogène +RAU		5	3,8%

3. Rétablissement de continuité:

- Le délai moyen entre l'acte opératoire et le rétablissement de continuité est de 1 35 jour, avec des extrêmes entre un mois et 16 mois

Tableau 18 : Délai entre 1^{er} intervention et RC

Moyenne	135jours
Médiane	90jours
Minimum	30jours
Maximum	480jours

4. Récidive:

- Dans notre série, 4 cas de récidives locales ont été rapportées soit 3% et 15 cas ont fait des métastases métachrones soit 11,5%.
- Le délai moyen d'apparition des récidives était estimé à 7 mois, avec des extrêmes entre 6 et 21 mois.

VIII. Survie :

La survie totale chez les patients a été calculée à 6 mois, à 2 ans, 3ans et à 5 ans.

- _ à 6mois de 96% (172cas).
- à 2 ans de 90% (162 cas).
- à 3 ans de 84%.(151cas).
- à 5 ans de 64%. (115cas).

DISCUSSION

I. EPIDEMOLOGIE:

1. Fréquence :

Le cancer du rectum a connu une augmentation d'incidence durant ces dernières décades, avec un taux variable selon les pays. Le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal a rapidement augmenté au niveau mondial depuis l'année 1975. [1]

C'est l'un des cancers les plus répandus dans les pays développés. Plus de 33000 nouveaux cas sont enregistrés par an dans en France. [2].

En outre le cancer rectal est une maladie courante dans les Pays-Bas avec environ 4.000 nouveaux cas et 2.000 cas de décès par an. [3]

Le cancer colorectal est la deuxième cause de décès par cancer aux États Unis.[4]

Au Maroc, l'OMS estime à 1271 le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal et à 1185 le nombre annuel de décès. [5] Il faut noter que ce ne sont que des estimations et qu'il n'existe pas de registres de cancer dans notre pays.

Une étude faite au CHU Mohammed VI de Marrakech entre 2003 et 2006 a objectivé :

- Au service de gastro-entérologie 61 cas de cancer colorectal, dont 52,4% sont des cancers du rectum.
- Au service d'oncologie de Marrakech 143 cas de cancers colorectaux, dont 50,3% sont des cancers du rectum. [6]

Selon une étude rétrospective s'étalant sur une période de 3 ans entre 2009 et 2011 au centre d'oncologie Hassan II d'Oujda, 100 cas de CCR ont été pris en charge (35 cas de cancer du colon et 65 cas de cancer du rectum). [7]

Dans notre études nous avons colliges 180 patients atteint du cancer du rectum. Ce qui donne une moyenne de 30 malades par an.

2. Age

Le cancer rectal est rare avant 40 ans [10]. Son incidence augmente avec l'âge, la proportion des cas diagnostiqués double chaque décennie entre 40 et 70 ans. [8]

Incidence du cancer du rectum est maximale entre 55 ans et 74 ans chez l'homme

Selon une étude épidémiologique faite aux états unis en 2002 sur 139 534 cas de cancer colorectal, 91,5% des patients étaient âgés de plus de 50 ans contre 8,5% âgés moins de 50 ans. [9]

En France, l'âge moyen de survenue de l'adénocarcinome colorectal se situe dans la septième décennie. [10]

La fréquence du cancer colorectal chez les jeunes est faible dans les pays occidentaux, une étude a été réalisée à l'hôpital Rothschild et l'hôpital militaire Bégin a montré que seulement 4,2% des malades avaient moins de 40 ans. [11]

Au Maroc, L'âge moyen de survenue du cancer colorectal d'après l'institut national d'oncologie (INO) est 51,5 ans. [12]

La moyenne d'âge des malades du centre d'oncologie Hassan II d'Oujda était de 58 ans, dont 21% des patients avaient moins de 40 ans. [7]

Et dans une étude réalisée à rabat l'âge moyen était 58,2ans. [13]

L'âge moyenne de notre série est de 57ans et 48% des patients ont un âge entre 50et 70 ans.

Ces derniers sont en corrélation avec la littérature, cependant on remarque que le pourcentage des sujets jeunes dans notre série (27%) ainsi que dans la série de l'oncologie de Oujda (21%) est nettement supérieure à celui de l'occidental (inferieur à 9%) . cette disparité peut être rattachée au fait que la population générale au Maroc est à prédominance jeune.

3. Sexe

L'incidence du cancer du rectum est plus fréquente chez l'homme

La littérature montre une prédominance masculine pour le cancer du rectum.

Le sex-ratio H /F se situe entre 1,5 et 1,6. [12, 14,15]

Une études faite à L'hôpital CHU ibn Sina rabat a montre un sexe ratio H/F de 1.6 [13]

Le même constat dans l'étude faite au CHU Mohammed VI de Marrakech avec sex-ratio H/F est de 1,22. [6]

Par contre, dans l'étude du centre d'oncologie Hassan II d'Oujda, une légère prédominance féminine a été retrouvée avec un sex-ratio de 1,27. [7]

Notre étude a montre une prédominance du sexe féminine avec un sexe ratio F/H de 1 ,3 .

II. ETUDE CLINIQUE:

1. Délai de consultation :

Dans une étude faite à rabat le délai de consultation était de 7mois. [7]

Par contre, les études européennes montrent que plus de 70% des patients consultent avant 6 mois. [10,11]

Le délai moyen de consultation dans notre série est de 5 mois avec des extrêmes allant de 10 jours à 2 ans.

Ce retard diagnostic est expliqué par plusieurs facteurs tels que la difficulté d'accès au soin, le manque de sensibilisation vis-à-vis de l'importance des symptômes comme les réctorragies, s'ajoute à ceci la non pratique du toucher rectal de façon systématique lors de l'examen clinique.

Le délai de la consultation a été considéré comme un facteur de pronostic, plus le délai est court plus le pronostic est bon.

2. Antécédents :

Le cancer colorectal survient le plus souvent de manière sporadique et il ne s'agit d'une affection héréditaire que dans 5 % des cas [16, 17,18].

Le cancer colorectal non polyposique (Hereditary Non Polyposis Colorectal cancer ou HNPCC) ou syndrome de Lynch représente très probablement la forme la plus fréquente de cancer colorectal (CCR) héréditaire. Le syndrome HNPCC serait à l'origine d'environ 2 à 3% des cancers colorectaux. [19-20]

Les antécédents familiaux de cancer colorectal dans notre étude sont retrouvés chez 5 patients.

La polypose adénomateuse familiale explique dans la littérature 1% des CCR, dans notre série 3 cas soit 2,3% de PAF ont été retrouvé. [59,60]

3. Signes fonctionnels

A. Rectorragies :

Les rectorragies sont secondaires à la nécrose et à l'ulcération de la tumeur et représentent un élément clinique primordial, elles doivent imposer impérativement le toucher rectal et la rectoscopie.

Elles constituent le symptôme le plus fréquent dans notre série, il est retrouvé dans 69,4% des cas.

Ca rejoignent ce qui a été décrit dans les autres séries avec la présence de réctorragies chez 86,6% des cas dans la série Qach [13], dans 87,2% des cas dans la série Kabouri [21] ainsi chez la série Baich avec un pourcentage de 82% [6] et 56% dans la serie de keli zineb [7].

B. Syndrome rectal :

Il est lié au volume de la tumeur et à son développement dans la lumière du rectum. En plus des rectorragies, le syndrome rectal est fait de :

- évacuations anormales.
- faux besoins : sensation de réplétion du rectum, sans émission de selle lors de la tentative de défécation.
- épreintes : Douleur à caractère péristaltique de la partie terminale du côlon et du rectum s'apparentant à des coliques basses et s'achevant par un besoin impérieux ou de faux besoins.
- ténésmes : sensation douloureuse de la région anale, à type de brûlure, pesanteur, serrement, pincement.

Le syndrome rectal est présent chez 18,4% des malades de notre série, 27 % dans la série Keli [7].

C. Syndrome occlusif :

En France, 16% des cancers colorectaux sont diagnostiqués au stade d'occlusion, ce taux atteint 25% au dessus de l'âge de 80 ans. [22]

Selon une étude réalisée au service d'hépatogastroentérologie au CHU

Hassan II de fes, 20% des cas de cancer colorectal ont été révélés par une occlusion. [23]

Les cancers du rectum sont rarement responsables d'occlusion (< 5% des cas).[24]

Dans notre série, 13 de nos malades ont été admis dans un tableau d'occlusion soit un pourcentage de 7,2%.

D. Amaigrissement :

La maladie cancéreuse peut produire une dénutrition selon 3 mécanismes qui en général se conjuguent : une réduction des apports nutritionnels, des perturbations métaboliques et une production éventuelle de facteurs cachectisant.

Les perturbations métaboliques peuvent être responsables d'une augmentation des besoins énergétiques, et d'une inefficacité de l'apport nutritionnel. [23]

La cachexie du cancer aboutit à une réduction des masses musculaires et graisseuses.

88,3% de nos patients ont rapporté la notion d'amaigrissement, ce signe était présent dans 83,6% des cas de la série Kabouri [21] et 81.3% des cas de la série de Qach[13]

4. Siège de la tumeur :

Le toucher rectal (TR) est le temps primordial de l'examen clinique il permet d'évaluer la distance de la tumeur par rapport à la marge anale et à la sangle pubo-rectale, la taille de la tumeur mesurée en cm ; si possible on mesure les 2 plus grands diamètres, l'aspect macroscopique et la mobilité de la tumeur par rapport aux plans pariétaux profonds et le tonus sphinctérien.

Dans notre étude, le toucher rectal a été réalisé chez tous les patients ; la tumeur était accessible dans 140 cas (78%) avec une localisation au niveau du bas rectum chez 105 patients (58,4%).

Dans la série de Keli, la tumeur était perceptible dans 41%, dont 52.3% siège au niveau du bas rectum. [7]

Dans la littérature, la localisation au tiers inférieur du rectum est la plus fréquente. [25]

Selon une autre étude, le cancer du bas rectum était présent chez 55,7% des cas. [26]

III. Bilan d'extension

1. TDM thoraco-abdomino-pelviène :

La TDM thoraco-abdomino-pelviène : donne une meilleure idée sur l'extension de la lésion et ses rapports avec les organes de voisinage. Elle nous informe aussi sur la présence ou non de lésions métastatiques au niveau du parenchyme pulmonaire ou hépatique.

Les métastases hépatiques ou pulmonaires sont présentes au moment du diagnostic dans 20 à 30% des cas selon la littérature. [27]

Selon l'étude rétrospective de l'AFC, 12,6% des patients ayant un cancer du rectum avaient des métastases hépatiques synchrones [28]. Dans l'étude rétrospective de Kune, 17,8% des patients opérés de cancer rectal avaient des métastases hépatiques synchrones. [29] et dans une étude faite a rabat chez 18,7% des patients avaient des métastases hépatiques.

Dans notre étude, la TDM a objectivé des métastases hépatiques dans 13,4%.

Notre résultat rejoint donc les données de la littérature.

2. IRM :

Elle est réalisée en séquence T2 et T1 en saturation de graisse, injection de gadolinium, coupe dans les 3 plans de l'espace et notamment coupe axiale perpendiculaire à l'axe du rectum et de la tumeur, éventuellement séquence de diffusion axiale centrée sur la tumeur (calcul du coefficient apparent de diffusion). C'est un examen indispensable pour les tumeurs circonférentielles, sténosantes, suspectes d'être T3 ou T4. Cette IRM :

- ✓ détermine le stade cT (ou mrT).
- ✓ précise la marge latérale : distance la plus courte entre tumeur et fascia recti .
- ✓ précise la distance entre le pôle inférieur de la tumeur et le bord supérieur du muscle pubo-rectal.
- ✓ visualise souvent la ligne de réflexion péritonéale.
- ✓ permet de distinguer une infiltration de la graisse péri-rectale sur plus ou moins de 5 mm de profondeur.

Sa fiabilité est, en revanche très imparfaite pour déterminer les envahissements ganglionnaires pelviens). [30] et elle est indiquée systématiquement dans les cancers du rectum volumineux car c'est le seul examen permettant de visualiser le mésorectum (extension locale) [31].

Dans notre étude IRM était réalisé chez 18 % des cas.

3. Coloscopie

Une coloscopie : Destinée à analyser le reste du cadre colique à la recherche de lésions synchrones qui pourraient subsister au même moment que la tumeur rectale, des polypes associés, et à l'analyse de l'état de la muqueuse colique.

La coloscopie était pratiquée dans 88% des cas dans notre série et chez 44% malades dans la série "Malonga". [53] et chez 81,2% dans la série de Qach [13].

La coloscopie, a visualisé des polypes associés (5% à 20% des cas) dans l'étude de Philippe ROUGIER [31].

Dans notre étude la coloscopie a objectivé des tumeurs synchrones chez 2,3% et chez 10% des polypes.

4. l'EER

Permet un bilan d'extension précis notamment pour les tumeurs encore limitées à la paroi rectale. Sa précision diagnostique est évaluée à 87,5% pour l'extension pariétale. Les sondes de hautes fréquences (15, 20, voire 30 Mhz), permettent de distinguer les tumeurs intra-muqueuses (m) des cancers envahissant la sous-muqueuse ,et parmi celles-ci d'établir une subdivision en 3 degrés selon la profondeur de l'atteinte .

Dans la littérature L'échoendorectale est indiquée dans les tumeurs du bas rectum surtout lorsqu'elles semblent peu infiltrantes et que peut se discuter un traitement local. [31]

Mais dans notre étude elle n'a été réalisée chez un seul patient.

IV. Marqueurs tumoraux :

L'ACE +++ : sa réalisation est quasi systématique ce qui permet de connaître le taux préopératoire et de surveiller sa chute ou une éventuelle réascension au cours de la surveillance. De plus il aurait une valeur pronostique péjorative si sa valeur est très élevée.

Le Ca 19-9 : pas d'intérêt démontré.

Dans une étude de Bernardeau Chez 84 % à 87 % des malades ACE ont des valeurs inférieures à 2,5 µg/l et que 95 à 98 % ont une concentration inférieure 5 µg/l dans les cancers digestifs [32].

Dans notre étude les taux de l'ACE été supérieur à 5 chez 35,11% des cas.

V. Traitement :

A. traitement curatif

1. Radio chimiothérapie concomitante :

L'irradiation préopératoire permet de diminuer le risque de récurrence locorégionale. Son bénéfice s'ajoute à celui de l'exérèse totale du mésorectum [33]. Elle augmente la survie des malades, dans une étude contrôlée, portant sur la survie des patients atteints de cancers rectaux [34]

En France et dans d'autres pays européens, la radio chimiothérapie concomitante préopératoire est considérée comme un traitement standard des cancers du bas et du moyen rectum T3-T4 et/ou N +. [35]

Selon une étude de Gandara, la RCC a été pratiquée dans 88% des cas du cancer du bas et du moyen rectum. [36]

Dans notre série, 88 cas (67,6%) ayant un cancer du rectum ont bénéficié d'une RCC.

2. Radiothérapie seule :

Une étude faite par l'organisation européenne de recherche sur le traitement des cancers a montré que la RCC permettait un meilleur contrôle local par rapport à la radiothérapie seule, un taux plus élevé de stérilisation tumorale mais au prix d'une toxicité plus importante. [37]

Dans notre étude on a 20,76% des cas ont bénéficiés d'une radiothérapie seule à but curatif.

3. Chimiothérapie :

La chimiothérapie adjuvante à visée curative a pour objectif de réduire la fréquence des récives en détruisant les reliquats tumoraux microscopiques. [38]

Dans notre série, la chimiothérapie adjuvante a été réalisée chez 50 malades soit 42,3%.

4. chirurgie

a. Opérabilité–Résécabilité:

Dans notre série, le taux d'opérabilité du cancer du rectum été de 96,6%, celui de la résécabilité été de 89,5%.

Le résultat trouvé dans notre série rejoint les données des autres études.

Séries	Taux d'opérabilité	Taux de résécabilité
Moreaux [39]	100%	93%
TRABELSI O. [40]	98,5%	89%
Pocard [11]	100%	76%
Notre série	96,6%	89,5%

b. Voies d'abord :

✓ Laparotomie :

Représente la voie la plus utilisée chez nos patients 64,5%, ce résultat est proche de ce qui est décrit en littérature 75%. [41]

✓ Coelioscopie:

Chez 35,5% des cas de notre série la coelioscopie a été utilisée ce qui concorde avec les résultats rapporté en littérature (22%). [41].

✓ Cœlioscopie convertie :

Dans la littérature le taux de conversion varie de 5 à 20%. Pour cancer rectal, les facteurs de conversion largement rapportés sont saignement important, une cavité pelvienne étroite fuite anastomotique perforation rectale lésion urétérales obésité et une tumeur localement avancé entre autres. Bien plus, Thorpe Jane et al. ont identifié l'obésité comme facteur significatif de conversion pour chirurgie laparoscopique dans cancer rectal [42, 43, 44, 45].

Le taux de conversion dans notre série est de 16%. Il rejoint les données de littérature.

c. Types de résections :

Selon une étude étalée sur une période de 5 ans, la résection antérieure a été pratiquée dans 62,9% des cas avec anastomose colo-anale chez 33,3 % des cas. [14]

Dans notre étude, la résection antérieure du rectum a été réalisée chez 89 patients ce qui représente un pourcentage de 68% des cas.

Dans la série Keli, l'AAP a été pratiquée chez 12 malades (12%). [7] et dans la série de Qach l'AAP a été réalisé chez 18,75% des malades.

Dans notre série, 22 patients ont bénéficié de cet acte (17%).

5. données anatomopathologique :

a. type histologique :

L'Adénocarcinome lieberkunien représente la forme la plus fréquente (95%) des cas. [46]

Ce résultat se rapproche de celui identifié dans les séries : Hajer Abaza [47], Adloff [48] QACH [13].

Dans notre série, il représente 94% des cas. Ce résultat se rapproche des données de la littérature.

b. Nombre de ganglions

Le statut ganglionnaire constitue un facteur pronostic majeur [49]. La fiabilité du résultat dépend du nombre de ganglions examinés et des valeurs seuil ont ainsi été déterminées, douze selon les normes américaines et huit pour les français [50].

Dans notre étude le nombre de ganglions examinés est de 13 ganglions en moyenne.

VI. Suite opératoire:

1. Mortalité :

Elles sont rares, fonction de l'âge, des maladies associées et de la forme compliquée ou non du cancer. La mortalité est actuellement inférieure à 5% après ce type d'intervention. [51]

Dans notre série la mortalité est de 2,3%.

2. Morbidité :

A. Les fistules anastomotiques :

Malgré les améliorations des techniques chirurgicales, les fuites anastomotiques suite à une chirurgie colorectale, continuent à poser un problème diagnostic et thérapeutique. La FA peut être responsable d'un sepsis grave risquant d'aboutir au décès du patient, elle nécessite souvent une reprise chirurgicale et la réalisation de stomie. En outre, les fistules anastomotiques (FA) sont associées à une durée d'hospitalisation prolongée et des coûts de prise en charge élevés (55, 56). Le taux de FA varie de 1% à 39%.

Dans l'essai prospectif de Braga et al. [54], le risque de lâchage anastomotique après chirurgie colorectale par voie laparoscopique était de 5,9%.

Dans notre étude 5 cas ont été compliqué de fistule en post opératoire.

B. Fistule recto vaginale :

Dans une étude faite au Canada 3,5% des femmes ont une fistule recto vaginal en post opératoire. [52]

Dans notre série 3,8% ont une fistule recto vaginal, ce qui rejoint la littérature.

C. Troubles fonctionnels urinaires :

La rétention urinaire par traumatisme des nerfs pelviens qui peut nécessiter un sondage prolongé. [50]

Dans notre étude 5 cas ont présentés des troubles urinaires.

VII. Survie :

Les taux de survie en cas de cancer colorectal sont de 55 % à 5 ans en France. [57].

Dans une étude faite à rabat le taux de survie, à 5 ans est de 43%. [58]

Dans notre étude le taux de la survie à 5ans été de 64%.

CONCLUSION

Le cancer colorectal est le 3ème cancer le plus fréquent au Maroc et dans le monde. Il représente la 2ème cause de mortalité.

Il survient dans notre population chez des patients plus jeunes (entre 50 et 70 ans) avec une légère prédominance féminine.

Il est diagnostiqué à un stade tardif (délai moyen de diagnostic est de 7 mois) dans notre contexte, il est révélé essentiellement par des rectorragies.

La voie coloscopique prend une part de plus en plus importante par rapport à la laparotomie.

Le traitement conservateur est possible pour toute tumeur située à plus de 1 cm du bord supérieur du sphincter avec un résultat carcinologique satisfaisant. Ce traitement a été amélioré par la RCC préopératoire.

Le pronostic du cancer rectal est favorable dans les formes précoces, d'où l'intérêt du dépistage chez toutes les personnes à risque.

Résumés

Résumé

Le cancer colorectal est classé parmi les cancers les plus fréquents au monde (3eme rang après le cancer du sein et celui de la prostate), cependant son incidence dans notre pays reste moins élevée que celle des pays occidentaux.

Nous avons mené une étude rétrospective au service de chirurgie viscérale B au CHU Hassan II de Fès sur une période de 6 ans allant du mois de janvier 2009 au mois de décembre 2014.

Au total 180 patients ayant le diagnostic de cancer du rectum confirmé par rectoscopie avec biopsie. Avec une moyenne de recrutement annuelles de 30 malades(2 à 3 malades par mois) et des extrêmes allant de 10 à 47 malades par an (1 à 4 malades par mois).

Dans notre étude l'âge moyenne était de 57 ans avec une prédominance féminine, Il est diagnostiqué à un stade tardif (délai moyen de diagnostic est de 7 mois) dans notre contexte, il est révélé essentiellement par des rectorragies.

L'adénocarcinome est le type histologique le plus fréquent.

Traitement repose sur la résection chirurgicale, souvent associée à une chimioradiothérapie préopératoire.

Ainsi que la survie globale a 5ans est de 64%.

L'objectif de notre travail est de :

- analyser les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques du cancer du rectum de nos malades.
- calculer la survie actuarielle.
- Comparer ces résultats avec la littérature.

Abstract

Colorectal cancer is considered one of the most frequent cancers in the world : 3rd most diagnosed cancer after breast and prostate cancer. Nonetheless data available, however insufficient, suggests its incidence is less than figures reported in western countries.

We conducted a retrospective study within the Visceral Surgery Department B of Hassan II University Hospital, Fes during a period of 6 years, from January 2009 to December 2014.

180 patients were included in our study who had been diagnosed with rectal cancer on rectoscopy with biopsy confirming malignant nature. With an average annual recruitment of 30 patients (2–3 patients per month) and extremes ranging from 10 to 47 patients per year (1 to 4 patients per month).

We observed a female predominance with mean age of 56 years. Diagnosis was made in the late stage of disease (average diagnostic time of 7 months) in most cases with rectal bleeding essentially representing the revealing symptom.

Adenocarcinoma represents the most frequent histologic type.

Management entails tumoral resection associated in most cases with pre operative radiochemotherapy.

And overall survival to 5 years was 64%

The aim of our study was:

- To analyze the epidemiologic profile, clinical presentation as well paraclinical examination and the therapeutic management of rectal cancer
- calculate the actuariel survival.
- To analyse collected data with those reported in literature.

ملخص

يعتبر سرطان القولون والمستقيم بين أكثر أنواع السرطان انتشارا في العالم (ويحتل الرتبة الثالثة بعد سرطان الثدي والبروستات)، على الرغم من احتمالات الإصابة به في بلادنا لا يزال أقل من الدول الغربية.

أجرينا دراسة تحليلية في الجراحة الباطنية B, في مستشفى جامعة فاس حسن II على مدى 6 سنوات خلال الفترة من يناير 2009 إلى ديسمبر 2014.

180 مريض في المجموع تم تشخيص سرطان المستقيم لديهم عن طريق تنظير المستقيم والوخزة مع متوسط إستقبال سنوي 30 مريض (2 إلى 3 مريض في شهر).

في دراستنا كان متوسط أعمارهم 57 عاما مع هيمنة الإناث، ويتم تشخيصه في مرحلة متأخرة (متوسط التأخير التشخيص سبعة أشهر) في سياقنا، ويكتشف في المقام الأول بنزيف المستقيم يعد الورم الغدي، النوع النسيجي الأكثر ترددا.

ويعتمد العلاج بالأساس، إضافة إلا العلاج الكيميائي وبالأشعة الأولى، على الاستئصال الجراحي .

و معدل البقاء على قيد الحياة 5 سنوات هو 64 % .

والهدف من عملنا هو :

- لتحديد مختلف المميزات الوبائية والسريية، والعلاجية سرطان المستقيم.
- دراسة معدلات البقاء على قيد الحياة.
- مقارنة هذه البيانات مع الأدب.

BIBLIOGRAPHIE

-
- [1] BOYLE P, LANGMAN JS. Epidemiology–ABC of colorectal cancer . Br Med J 2000; 321:805–08.
- [2] Lasser P . Cancer du rectum. EMC Appareil digestif 2000 ,9–084–A.23p.
- [3] Frank JC van den Broek, Eelco JR de Graaf, Marcel GW Dijkgraaf. Transanal endoscopic microsurgery versus endoscopic mucosal resection for large rectal adenomas . World J Surg 2010 34:2689–2700.
- [4] Robert V,Susanne Matsui. Prevalence of non polypoid (flat and depressed) colorectal neoplasms in asymptomatic and symptomatic adults . Academic Medical Center 2009;258:16p.
- [5] Arfaoui.A , Quyou .A , Soulaymani.A ,Habib,M.Chouli. Cancer colorectal au Maroc. Etude rétrospective dans un centre d'oncologie à Rabat .clinique AL AZHAR 2008.
- [6] Baich H,Thèse: la prise en charge du cancer rectal
CHU Mohammed VI, Marrakech 2007, N° 80
- [7] Keli Zaineb, Profil épidémiologique du cancer colorectal dans la région orientale,Thèse de doctorat en médecine, Fès 2013, N°022
- [8] Menegoz F, Cherie–Challine L, Grosclaude P et al.
Le cancer en France : incidence et mortalité.
Situation en 1995. Evolution entre 1975 et 1995. Paris : La Documentation Française, 1998. ISBN 2–11–090992–7.
- [9] national cancer Institute , Colon and Rectal Cancer [en ligne]
Disponible sur : <http://www.cancer.gov/cancertopics/types/colon-and-rectal>
- [10] KAM M.H, BARBEN C.P, SEOWCHEN.
Colorectal in the young: a 12–year review of patients 30 years or less.
Colorect Dis, 2004; 6: 191–4.

-
- [11] Marc POCARD, Denis GALLOT, Yann DE RYCKE, Michel MALAFOSSE
Adénocarcinome colorectal chez le sujet moins de 40 ans
Gastroenterol biol clin, 1997, 21, 955–959
- [12] Waterhouse J, Muir C, Shannugaratnam K, Cancer incidence in five continents vol IX, Lyon, IARC scientific publications 2007
- [13] QACH N. étude rétrospective de patients atteints de cancer du rectum hospitalisés au urgences chirurgicales viscérales (UCV) CHU IBN SINA de RABAT
- [14] Lak, Karima, Le cancer du rectum : Etude rétrospective (A propos de 83 cas)
Université Hassan II, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Casablanca
Disponible sur : <http://hdl.handle.net/123456789/4288>.
- [15] 3–G. Gatta, R. Capocaccia, M. Sant, C. M. Bell, J. W. Coebergh,. Understanding variations in survival for colorectal cancer in Europe: a EURO CARE high resolution study. Gut 47 (4):533–538, 2000.
- [16] O. Yahia, W. Toumi, D. Gargouri, O. Khayat : Etude des altérations moléculaires et génétiques dans le cancer colorectal héréditaire. GCB 2009–33.
- [17] H. Nakama, B. Zhang, K. Fukazawa, A. S. M. Abdul Fattah Family history of colorectal adenomatous polyps as a risk factor for colorectal cancer . European Journal of Cancer, Volume 36, Issue 16, October 2000, Pages 2111–2114.
- [18] Jennifer L. Ivanovich, Thomas E. Read, David J. Ciske, Ira J. Kodner, Alison J. Whelan. A practical approach to familial and hereditary colorectal cancer Review Article. The American Journal of Medicine, Volume 107, Issue 1, July 1999, Pages 68–77

- [19] C. Richard Boland et Ajay Goel. Microsatellite Instability in Colorectal Cancer .
Gastroenterology 2010;138:2073–2087
- [20] van der Klift H, Wijnen J, Wagner A, et al. Molecular characterization of the
spectrum of genomic deletions in the mismatch repair genes MSH2, MLH1,
MSH6, and PMS2 responsible for hereditary nonpolyposis colorectal cancer
(HNPCC). Genes Chromosomes Cancer 2005;44:123–138.
- [21] Kabouri K. Thèse : cancer colorectal chez le jeune de moins de 40 ans à propos
de 110 cas. CHU Ibn Sina, Rabat, 2000, N° 80
- [22] B. Millat , Traitement des cancers coliques en occlusion Annales de chirurgie
128 (2003) 349–350 Disponible sur : www.sciencedirect.com
- [23] LAHMIDANI N. etude épidémiologique des cancers colorectaux CHU fès ;2011
- [24] Tumeurs du colon et du rectum. N° 148 www.remede.org/librairie-medicale
- [25] Antonino Anca, Alain Frei, Abdou Ali–El–Wafa, Véra Kessler–Brondolo, Gian
Dorta Dépistage du cancer colorectal ; surveillance après résection de
polypes coliques ou d'un cancer colorectal
Rev Med Suisse 2008;4:224–229
- [26] M. Hamed–Abdelouahab; L. Hamzi; Z. Houa; S. Merouane; F. Mouzali; M.
Mahiou; M. Afiane, Traitement du cancer du rectum Expérience du service
Radiothérapie du CPMC
Disponible sur : <http://www.santetropicale.com>
- [27] Karl RC, Morse SS, Halpert RD, Clark RA.
Preoperative evaluation of patients for liver resection: appropriate CT imaging.
Ann Surg 1993; 217: 226–32
- [28] Malafosse M, Fourtanier G, Le traitement des cancers du rectum.
1987, Masson, Paris

- [29] Kune GA, Kune S, White R, Brough W, Schellenberger R, Watson LF. Survival in patients with large bowel cancer. A population based investigation from. The Melbourne colorectal cancer study.
Dis Colon Rectum 1990, 33, 938–946.
- [30] cancer du rectum. Thésaurus national de cancérologie digestive .2013
- [31] Pr Philippe ROUGIER , CANCER DU COLON ET DU RECTUM, Hop Ambroise PARE, BOULOGNE, 2006
- [32] M. BERNARDEAU ,Place des marqueurs en cancérologie digestive ,paris
- [33] Kapiteijn E, Marijnen CA, Nagtegaal ID, et al. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. N Engl J Med 2001;
- [34] Improved survival with preoperative radiotherapy in resectable rectal cancer.Swedish
- [35] Association Française de Chirurgie. Recommandations pour la pratique clinique : choix des thérapeutiques du cancer du rectum, recommandations.
Novembre 2005.
- [36] DR Gandara , K Chansky , KS Albain , BR Leigh
Chimiothérapie de consolidation par docetaxel après radio–chimiothérapie concomitante des CBNPC de stade IIIB : une étude de phase II démontre la faisabilité du concept
- [37] laser, cancer du rectum , emc 2013
- [38] Nagtegaal ID, van de Velde C, Marijnen CAM, van Krieken J, Quirke P. Low rectal cancer: a call for a change of approach in abdominoperineal resection. J Clin Oncol ,2005 ; 23 : 9257–64.
- [39] J.MOREAUX , Les cancers colorectaux , Gastroentérologie 579, 587 1997

- [40] TRABELSI O, LE CANCER DU COLON, Etude de 153 cas et comparaison avec une série historique de 140, La Tunisie Médicale vol 77, N 12 1999
- [41] N. Pirr, M. Ouaisi, I. Sielezneff, A. Fakhro, A. Pieyre, B. Consentino, B. Sastre, Faisabilité de la chirurgie colorectale sans préparation colique. Étude prospective
Ann Chir 2006 ; 131 (8) 442–446
- [42] Gervaz P, Pikarsky A, Utech M, Secic M, Efron J, Belin B, Jain A, Wexner S. Converted laparoscopic colorectal surgery.
Surg Endosc 2001 15 827–32.
- [43] The Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer.
N Engl J Med 2004 350 2050–9.
- [44] Haute Autorité de Santé.
Comparison of laparoscopic and open surgery in colorectal cancer. 2005 ;
Internet Communication.
- [45] C. Polliand, C. Barrat, R. Raselli, A. Elizalde, G. Champault
Cancer colorectal : 74 patients traités par laparoscopie avec un recul moyen de 5 ans, Ann Chir 2002 ; 127 (9) 690–696
- [46] M C BOUTRON RUVAULT, P. LAURENT PUIG
Epidémiologie, cancérogenèse, facteurs de risque, prévention et dépistage du cancer colorectal
Traité de gastroentérologie 2003 Ch 47, 538, 549

- [47] Hajer Abaza, Abderraouf Ghanem, Aouatef Jmal, Hamouda Boussem, Latifa Harzallah, Khaled, Rahal, Fethi, Guemira
Intérêt des dosages sériques de la protéine c réactive (crp), de l'antigène carcino embryonnaire (ace) et de la lacticodehydrogenase (ldh) dans le cancer colorectal.
La Tunisie Médicale – 2010 ; Vol 88 (n°06) : 409 – 413
- [48] M. ADLOFF, J.L. ARNAUD, M. SHLOEGEL
Les cancers du côlon, étude rétrospective portant sur 1122 malades opérés
Journal de chirurgie 1990, 127, N 12 : 565–571
- [49] Monges G, Piard F. [Recommendations for pathologic reporting of resected colonic neoplasms]. Gastroenterol Clin Biol 1998; 22: S126–30.
- [50] Pollett WG, Nicholls RJ. The relationship between the extent of distal clearance and survival and local recurrence rates after curative anterior resection for carcinoma of the rectum. Ann Surg 1983; 198: 159–63.
- [51] EL-GAZZAZ G, GEISLER D, HULL T: Risk of clinical leak after laparoscopic versus open bowel anastomosis
Surg Endosc 2010; 24: 1898–903
- [52] Pouch vaginal fistula after ileal pouch–anal anastomosis: treatment and outcomes. Johnson PM, O'Connor BI, Cohen Z et al. Dis Colon Rectum 2005 ; 48 : 1249–53
- [53] HELM (JF), SANDLER (RS). Colorectal cancer screening.
Medical Clinics of North America 1999, 83, 6: 1403–1422
- [54] Casillas S, Delaney CP, Senagore AJ, et al.
Does conversion of a laparoscopic colectomy adversely affect patient outcome
Dis Colon and Rectum 2004 ; 47: 1680–5

[55] Alves A, Panis Y, Trancart D et al.

Factors associated with clinically significant anastomotic leakage after large bowel resection : multivariate analysis of 707 patients. World J Surg 2002; 26: 499-502

[56] Koperna T. Cost-effectiveness of defunctioning stomas in low anterior resection for rectal cancer.

Arch Surg 2003; 138:1334-38

[57] J.F. Seitz, tumeur du colon et du rectum, faculté de médecine de Marseille ,juin 2007

[58] FATHI Sara , Survie et pronostic des patients opérés pour cancer du rectum fmp rabat, 2013-05-17

[59] D. Bonnet , Polypose adénomateuse familiale et oncogénétique, Service de médecine interne, fédération digestive, CHU Purpan, May 2014, Pages 92-93

[60] M. Karoui , Carcinogénèse colorectale 1. Prédispositions héréditaires et cancer colorectal, Service de Chirurgie Digestive, Hôpital Henri Mondor, 2007