

ANNEE : 2015

THÈSE N°:07

**TRAITEMENT DU CANCER RECTAL :
ACTUALITES**

(EXPERIENCE DES UCV)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le:.....2015

PAR

Mlle. QACH Nihal

Née le 15 janvier 1984 à Tiflet

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Rectum, Cancer, Résection.

MEMBRES DE JURY

Mr. M.R. CHKOFF

Professeur de Chirurgie Générale

PRÉSIDENT

Mr M. EL ABSI

Professeur agrégé de Chirurgie Générale

RAPPORTEUR

Mme. I. NASSAR

Professeur agrégée de Radiologie

Mme. N. BENZZOUBEIR

Professeur agrégée d'Hépto-Gastro-Enterologie

JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
رَبِّ اشْرَحْ لِي صَدْرِي
وَيَسِّرْ لِي أَمْرِي



UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS
ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid*	Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. BENOSMAN Abdellatif	Chirurgie Thoracique
-------------------------	----------------------

Novembre 1983

Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI	Rhumatologie
-------------------------------	--------------

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima
Pr. BENSALID Younes
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali
Pr. CHAHED OUAZZANI Houria
Pr. EL YAACOUBI Moradh
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUI Mohamed
Décembre 1988
Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida
Pr. HERMAS Mohamed

Radiologie
Gastro-Entérologie
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie
Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*
Pr. CHAD Bouziane
Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda
Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine Interne
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENABDELLAH Chahrazad
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUDA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Pharmacologie

Pr. TAOUFIK Jamal

Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DAOUDI Rajae
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. OUAZZANI Taibi Med Charaf Eddine
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL AOUAD Rajae
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. MOUDENE Ahmed*
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BRAHMI Rida Slimane
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie

Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. EL ABBADI Najia
Pr. HANINE Ahmed*
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbas
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. MANSOURI Aziz*
Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie
Urologie
Radiothérapie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. MOHAMMADI Mohamed
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. CHAOUIR Souad*
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. GUEDDARI Fatima Zohra

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie

Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. OUAHABI Hamid*
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. EZZAITOUNI Fatima
Pr. LAZRAK Khalid *
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*
Pr. LABRAIMI Ahmed*

Gastro-Entérologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie
Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. EL OTMANY Azzedine
Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-ptisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-ptisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AIT OURHROUI Mohamed
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie

Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. HSSAIDA Rachid*
Pr. LAHLOU Abdou
Pr. MAFTAH Mohamed*
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. NASSIH Mohamed*
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BELMEKKI Mohammed
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BENYOUSSEF Khalil
Pr. BERRADA Rachid
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL MOUSSAIF Hamid
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. GOURINDA Hassan
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBABH Farid

Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

ORL

Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-physiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale

Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
Pr. EL BARNOUSSI Leila
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. EL MANSARI Omar*
Pr. ES-SADEL Abdelhamid
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HADDOUR Leila
Pr. HAJJI Zakia
Pr. IKEN Ali
Pr. ISMAEL Farid
Pr. JAAFAR Abdeloihab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. LAGHMARI Mina
Pr. MABROUK Hfid*
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
Pr. NAITLHO Abdelhamid*
Pr. OUIJILAL Abdelilah
Pr. RACHID Khalid *
Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Gynécologie Obstétrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique

Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHABOUZE Samira
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. LEZREK Mohammed*
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENHALIMA Hanane
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad

Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Cardiologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie (mise en disposition)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique

Pr. ZERAIDI Najia

Gynécologie Obstétrique

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*

Rhumatologie

Pr. AKJOUJ Said*

Radiologie

Pr. BELMEKKI Abdelkader*

Hématologie

Pr. BENCHEIKH Razika

O.R.L

Pr. BIYI Abdelhamid*

Biophysique

Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine

Chirurgie - Pédiatrique

Pr. BOULAHYA Abdellatif*

Chirurgie Cardio – Vasculaire

Pr. CHENGUETI ANSARI Anas

Gynécologie Obstétrique

Pr. DOGHMI Nawal

Cardiologie

Pr. ESSAMRI Wafaa

Gastro-entérologie

Pr. FELLAT Ibtissam

Cardiologie

Pr. FAROUDY Mamoun

Anesthésie Réanimation

Pr. GHADOUANE Mohammed*

Urologie

Pr. HARMOUCHE Hicham

Médecine Interne

Pr. HANAFI Sidi Mohamed*

Anesthésie Réanimation

Pr. IDRIS LAHLOU Amine*

Microbiologie

Pr. JROUNDI Laila

Radiologie

Pr. KARMOUNI Tariq

Urologie

Pr. KILI Amina

Pédiatrie

Pr. KISRA Hassan

Psychiatrie

Pr. KISRA Mounir

Chirurgie – Pédiatrique

Pr. LAATIRIS Abdelkader*

Pharmacie Galénique

Pr. LMIMOUNI Badreddine*

Parasitologie

Pr. MANSOURI Hamid*

Radiothérapie

Pr. OUANASS Abderrazzak

Psychiatrie

Pr. SAFI Soumaya*

Endocrinologie

Pr. SEKKAT Fatima Zahra

Psychiatrie

Pr. SOUALHI Mouna

Pneumo – Phtisiologie

Pr. TELLAL Saida*

Biochimie

Pr. ZAHRAOUI Rachida

Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid

Réanimation médicale

Pr. ACHACHI Leila

Pneumo phtisiologie

Pr. ACHOUR Abdessamad*

Chirurgie générale

Pr. AIT HOUSSA Mahdi*

Chirurgie cardio vasculaire

Pr. AMHAJJI Larbi*

Traumatologie orthopédie

Pr. AMMAR Haddou*

ORL

Pr. AOUI Sarra

Parasitologie

Pr. BAITE Abdelouahed*
 Pr. BALOUCH Lhousaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL BEKKALI Youssef*
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GANA Rachid
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhousain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
 Pr. MOUTAJ Redouane *
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Anesthésie réanimation
 Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio vasculaire
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Neuro chirurgie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologique
 Anesthésier réanimation
 Parasitologie
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Ophtalmologie

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGDR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMAHZOUNE Brahim*
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir
Pr. AZENDOUR Hicham*
Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae*
Pr. BOUI Mohammed*
Pr. BOUNAIM Ahmed*
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
Pr. CHAKOUR Mohammed *
Pr. CHTATA Hassan Toufik*
Pr. DOGHMI Kamal*
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid*
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KADI Said *
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. L'KASSIMI Hachemi*
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
Pr. ZOUHAIR Said*

Médecine interne
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Rhumatologie
Neuro-chirurgie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédique
Hématologie biologique
Chirurgie vasculaire périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Traumatologie orthopédique
Pédiatrie
Microbiologie
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-phtisiologie
Microbiologie

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz

Anesthésie réanimation
Médecine interne
Physiologie

Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. LEZREK Mounir
Pr. MALIH Mohamed*
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Drissi*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahti
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSEFFAJ Nadia

ORL
Microbiologie
Médecine aéronautique
Biochimie chimie
Radiologie
Chirurgie pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie plastique et réparatrice
Urologie
Gastro entérologie
Anatomie pathologique
Ophtalmologie
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie
Anatomie pathologique

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-ENTROLOGIE
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique
Immunologie

Pr. BENSGHIR Mustapha*	Anesthésie Réanimation
Pr. BENYAHIA Mohammed*	Néphrologie
Pr. BOUATIA Mustapha	Chimie Analytique
Pr. BOUABID Ahmed Salim*	Traumatologie Orthopédie
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba	Anatomie
Pr. CHAIB Ali*	Cardiologie
Pr. DENDANE Tarek	Réanimation Médicale
Pr. DINI Nouzha*	Pédiatrie
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali	Anesthésie Réanimation
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa	Radiologie
Pr. ELFATEMI Nizare	Neuro-Chirurgie
Pr. EL HARTI Jaouad	Chimie Thérapeutique
Pr. EL JOUDI Rachid*	Toxicologie
Pr. EL KABABRI Maria	Pédiatrie
Pr. EL KHANNOUSSI Basma	Anatomie Pathologie
Pr. EL KHLOUFI Samir	Anatomie
Pr. EL KORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane*	Radiologie
Pr. ERRGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryim	Radiologie
Pr. GHANIMI Zineb	Pédiatrie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed*	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim*	Ophtalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua*	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan*	Gastro-Entérologie

Pr. ZERHOUNI Hicham
Pr. ZINE Ali*

Chirurgie Pédiatrique
Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
Pr. GHOUNDALE Omar*
Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Urologie
Médecine Interne

**Enseignants Militaires*

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia
Pr. ALAMI OUHABI Naïma
Pr. ALAOUI KATIM
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
Pr. ANSAR M'hammed
Pr. BOUHOUCHE Ahmed
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
Pr. BOURJOUANE Mohamed
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia
Pr. DAKKA Taoufiq
Pr. DRAOUI Mustapha
Pr. EL GUESSABI Lahcen
Pr. ETTAIB Abdelkader
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas
Pr. HAMZAOUI Laila
Pr. HMAMOUCHE Mohamed
Pr. IBRAHIMI Azeddine
Pr. KHANFRI Jamal Eddine
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med
Pr. REDHA Ahlam
Pr. TOUATI Driss
Pr. ZAHIDI Ahmed
Pr. ZELLOU Amina

Physiologie
Biochimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Génétique Humaine
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Biochimie
Physiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Biophysique
Chimie Organique
Biotechnologie
Biologie
Chimie Organique
Biochimie
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique

- 9 JAN 2015

Mise à jour le 09/01/2015 par le
Service des Ressources Humaines



Dédicaces



A mes très cher parent

Habiba el Yadiri

Qach Abdearrahman

Aucun mot, aucune phrase ne peut exprimer mes sentiments profonds d'amour, de respect et de reconnaissance.

Ce travail qui vous est dédié aujourd'hui n'est que le fruit de vos grands sacrifices et de vos efforts.

Veillez trouver dans ce travail, les fruits de vos peines, ainsi que le témoignage de mon grand amour.

Que Dieu, vous garde et vous accorde une longue vie afin que je puisse à mon tour vous combler



A ma sœur Majda

A mon frère Si Mohamed

Je ne saurais exprimer ma reconnaissance et ma gratitude envers vous pour votre soutien et votre patience durant toutes ces années des études.

Je vous souhaite tout le bonheur, le succès, la santé et prospérité.

A toute ma famille,

Avec toute mon affection et mon respect.



A mes ami(e) et collègue :

*Amal Zouaki , Saadia Outemsaa, Sanaa El
Aras, Souhaila Nehhal , Adil Raihan, Asmae
Oukdir , Khadija Ounarein, Samira Oukas, Mouna
Ouhnach, Meryem Amachou, Chaimaa Mamamad.*

*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour
vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes
pour moi des frères et sœurs et des amis sur qui je peux
compter.*

*En témoignage de l'amitié qui nous unit et des
souvenirs de tous les moments que nous avons passés
ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite
une vie pleine de santé et de bonheur et de réussite.*



*À tous ceux qui ont contribué de près ou loin à
l'élaboration de ce travail,*

À tous ceux à qui je pense et que j'ai omis de citer.

Avec tous mes remerciements.

À tous mes professeurs et maitres,

*Avec tous mes respects et mon éternelle
reconnaissance.*



Remerciements



A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR M.R.CHKOFF
PROFESSEUR DE CHIRURGIE GENERALE



Votre présidence de jury qui juge notre modeste travail est pour nous, source du plus grand honneur.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines.

A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR M.EL ABSI
PROFESSEUR AGREGE DE CHIRURGIE GENERALE



Vous nous avez fait un très grand honneur de nous confier ce travail.

Vous nous avez toujours réservé le meilleur accueil, malgré vos obligations professionnelles.

Votre gentillesse, votre patience, votre compréhension méritent toute admiration.

Ce travail est pour moi l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
MADAME LE PROFESSEUR ITTIMADE NASSAR
Professeur agrégée en radiologie



Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse.

Vos qualités humaines et professionnels nous en beaucoup impressionnées.

Soyez rassurée, Madame, de notre respect et de notre haute considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
MADAME LE PROFESSEUR NADIA BENZZOUBEIR
Professeur de Gastro-Enterologie



Nos remerciements les plus sincères pour l'honneur que vous nous faites en voulant bien juger notre travail.

Vos qualités humaines, votre compétence et votre modestie demeurent à nos yeux exemplaires.

C'est pour nous l'occasion de vous exprimer notre admiration et notre respectueuse considération.

LA LISTE DES ABREVIATIONS

AAP	:amputation abdomino-périnéale.
ACA	:anastomose colo-anale.
ACE	:antigène carcino-embryonnaire.
ACR	:anastomose colo-rectale.
ADK	:adénocarcinome.
AIA	:anastomose ilio-anale.
ALB	:albumine.
AMG	:amaigrissement.
CCR	:cancer colorectal.
CIG	:colostomie iliaque gauche.
CPC	:colostomie pseudo-continente.
CRO	:compte rendu-opératoire.
EER	:écographie endorectale.
HNPCC	:cancer colorectal familial héréditaire non polyposique.
HT	:hématocrite.
IRM	:imagerie par résonance magnétique.
L.Exploratrice	:laparotomie exploratrice.
LB	:lavement baryté.
Méta	:métastase.

MICI	:maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.
PAF	:polypose adénomateuse familiale.
RCH	:rectocolite ulcéro-hémorragique.
RLR	:récidive loco-régionale.
RTH	:radiothérapie.
RX chimio	:radiochimiothérapie.
RX PULM	:radiographie pulmonaire.
TCA	:temps de céphaline activé.
TDM	:tomodensitométrie.
TP	:taux de prothrombine.
TME	:excision totale du mésorectum.



SOMMAIRE



Introduction	1
Matériels et méthodes	4
Résultats	8
I/EFFECTIF	9
II/PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE	9
1-Fréquence	9
2-Âge.....	9
3-Sexe	10
III/LES ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES	11
IV/DIAGNOSTIC :.....	12
1-Circonstances de découverte	12
a-délai diagnostic	12
b-rectorragies	12
c-l'amaigrissement	12
2-Diagnostic positif.....	13
a-toucher rectal et rectoscopie	13
b-biopsie	16
V/LE BILAN D'EXTENSION PARACLINIQUE	17
1-l'échographie endorectale	17
2-l'échographie abdominale.....	17
3-la TDM abdomino pelvienne	18

4-la coloscopie totale	18
5-le lavement baryté	18
6-la radiographie pulmonaire	18
7-le dosage de l'ACE	18
VI-BILAN D'OPERABILITE	19
VII-TRAITEMENT	19
1-traitement néo-adjuvant	19
2-traitement chirurgical	19
a-opérabilité.....	19
b-la résecabilité.....	20
c-type de résection.....	21
3-traitement adjuvant.....	22
a-la chimiothérapie post-opératoire	22
b-la radio thérapie post opératoire	22
VIII-ETUDE DE LA PIECE OPERATOIRE	22
a-Type histologique	22
IX/LA MORTALITE PERI OPERATOIRE	23
X/LA MORBIDITE POST OPERATOIRE	24
XI/LES RESULTAS CARCINOLOGIQUES	24
1-localisations des métastases	25
2-les récives loco-régionales(RLR)et les métastases	25

3-Gestes réalisés sur les récidives	25
XII-LES RESULTAS FONCTIONNELS	26
1-la défécation	26
2-érection.....	26
Discussion	27
I/EPIDEMIOLOGIE	28
1-fréquence	28
2-le sexe	28
3-l'âge	29
4-les lésions précancereuses	29
a-les adénomes	29
b-PAF.....	29
c-HNPCC	30
d-les MICI	30
II/DIAGNOSTIC.....	31
1-circonstances de découverte.....	31
a-délai diagnostic	31
b-signes cliniques révélateurs	31
2-diagnostic positif.....	32
a-TR.....	32
b-rectoscopie	33

c-biopsie.....	33
3-Explorations indispensables devant un cancer du rectum	34
a-extension locale	34
b-extension à distance	35
III/LE TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM.....	36
A-traitement chirurgical.....	37
1-Indications thérapeutiques	37
2-Opérabilité/Résécabilité	40
3- le traitement conservateur	40
4-L'amputation abdomino périnéale	42
5-traitement chirurgical par coelioscopie	44
B-Traitement non chirurgical.....	45
1-Place des thérapeutiques néoadjuvantes.....	45
2-Les thérapeutiques adjuvantes	47
IV-ANATOMOPATHOLOGIE	49
Conclusion	50
Résumé	52
Bibliographie	56



INTRODUCTION

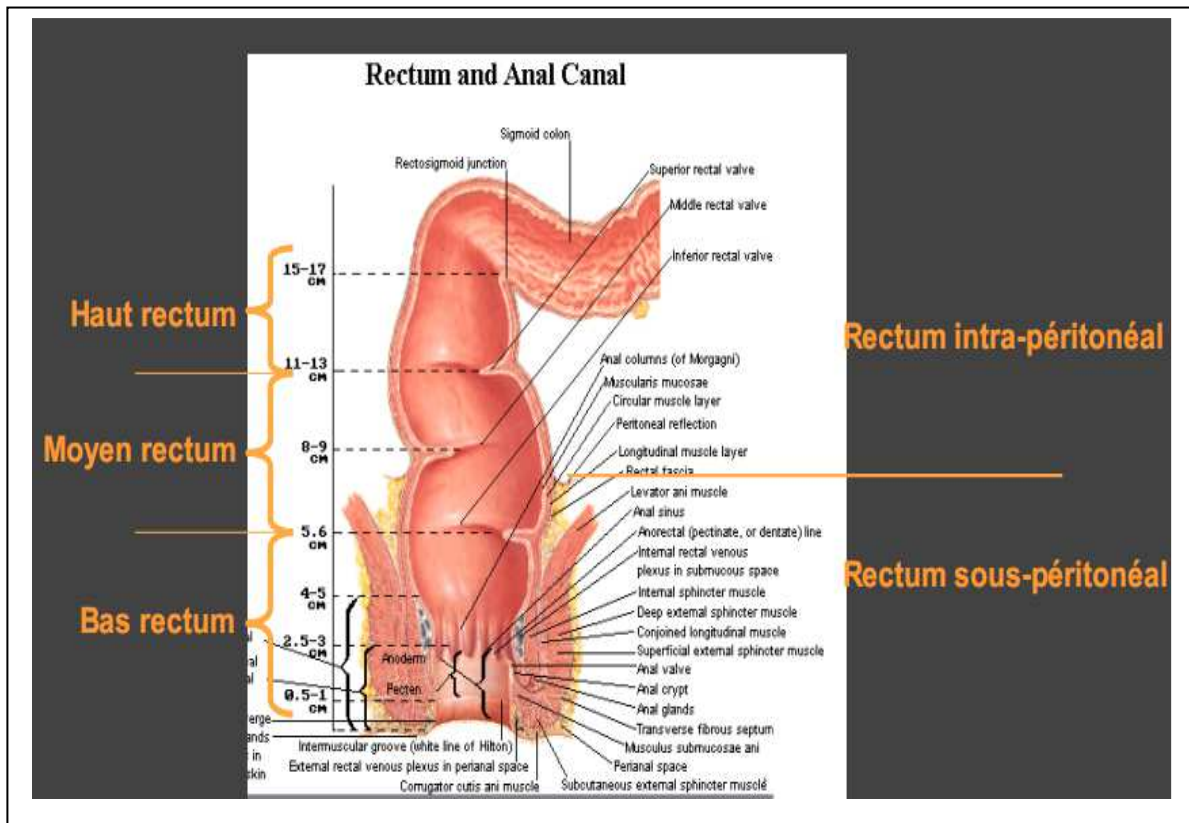


-le rectum est la partie distale du tractus intestinal.

-il s'étend de la ligne pectinée à la charnière recto sigmoïdienne et mesure entre 12 et 18 cm.

En moyenne 15 cm depuis la marge anale

-il est subdivisé en 3 parties : Bas Moyen Haut



Le cancer de rectum occupe la deuxième place en cancérologie digestif après le cancer de l'estomac. sa fréquence est en croissance constante.

Son traitement est essentiellement chirurgical, il fut pour longtemps synonyme d'amputation abdomino-périnéale.

Durant ces dernières années, des progrès ont été réalisés dans la prise en charge thérapeutique du cancer du rectum grâce à :

- Une meilleure connaissance de l'histoire naturelle de ce cancer.
- Une meilleure classification possible grâce à l'apport de l'échographie endorectale (EER) et de l'imagerie par résonance magnétique(IRM).
- Une meilleure connaissance anatomique (mésorectum, innervation pelvienne,).
- Des progrès techniques chirurgicales (pinces automatiques, confection de réservoirs coliques).
- C'est ainsi que le traitement du cancer du rectum a évolué vers le traitement conservateur avec une diminution du taux des récurrences locorégionales, des résultats satisfaisants et un pronostic en amélioration.
- Dans notre contexte, le traitement du cancer du rectum a connu des changements selon les données de la littérature. mais pour en juger l'efficacité il était nécessaire d'évaluer nos résultats et de dégager les facteurs pouvant influencer la résecabilité, les récurrences, et la survie.
- Pour ce faire on a eu recours à l'étude rétrospective de patients atteints de cancer du rectum hospitalisés au urgences chirurgicales viscérales (UCV)CHU IBN SINA de RABAT
- Durant une période de 5 ans allant de janvier 2009 à2014



**MATÉRIEL ET
MÉTHODES**



Notre travail est une étude rétrospective qui porte sur un total de 16 patients atteints de cancer du rectum hospitalisés aux urgences chirurgicales viscérales CHU IBN SINA RABAT entre 2009 et 2014

Pour réaliser ce travail nous avons eu recours aux documents suivants :

- Le registre d'hospitalisation.
- Les dossiers médicaux des malades.
- Les comptes rendus opératoires.
- Les comptes rendus anatomopathologiques.

Toutes les données ont été rapportées sur une fiche d'exploitation préétablie dont voici le modèle :

Fiche d'exploitation : cancer rectal

Nom : Prénom : Âge : NE : NO : Année :

Tel : Adresse :

Motif d'hospitalisation :

ATCD : RCH : Polypose : Crohn : Autres :

Clinique : Délai d'apparition :

Rectorragie :

Syndrome rectal :

Syndrome subocclusif :

Signes asso/ciés :

Examen :

Rectoscopie :

Ana path :

Colonoscopie :

LB :

Echo endo :

Echo abdominal :

TDM:

Rx pulmonaire:

Marqueurs tumoraux : ACE:

CA19/9 :

Traitement neo adjuvant :RX ttt

Rx chimio

Bilan biologique :TP : TCA : HT : Protide : Alb : Groupâge

Intervention :L.Exploratrice :

Dérivation :

Résection :

Gestes associés :

Suites immédiates :

Résultats fonctionnels :

Troubles urinaires : incontinence : rétention :

Troubles sexuelles :dysfonction érectile éjaculation rétrograde :

Nombre de selle/jour :

Anat path pièce opératoire :

Traitement adjuvant :

Suites lointaines :RLR :

Met hépatique :

Met pulmonaire :

osseuses :

Autres :

Consultations :



RESULTATS



I/EFFECTIF:

Entre 2009 et 2014, 16 patients ont été hospitalisés au service des urgences chirurgicales viscérales pour cancer du rectum

On a essayé d'exploiter l'ensemble de ces dossiers en vue de les analyser.

II/PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE :

1-Fréquence :

La fréquence était de 3.4 cas par an en moyenne

Tableau 1 : Effectif des patients par année

Année	Effectif
2009	2
2010	3
2011	5
2012	3
2013	4

2-Âge :

La moyenne d'âge de notre série était de 58,2.

La tranche d'âge la plus touchée était les patients âgés de plus de 50 ans.

Tableau 2 : répartition des patients par tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
≤50ans	1	6.25
>50ans	15	93.75

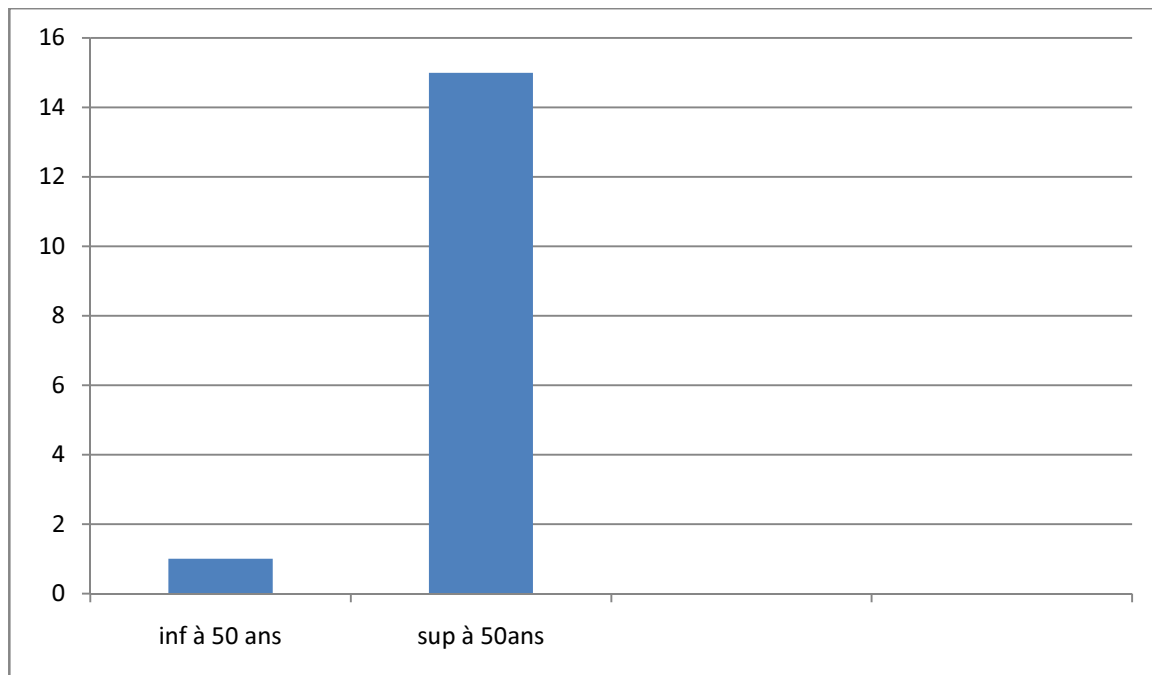


Figure 1 : répartition des malades par tranches d'âge

3-Sexe :

Tableau3 : Répartition selon le sexe

sexe	effectif	pourcentage
masculin	10	62.5
féminin	6	37.5

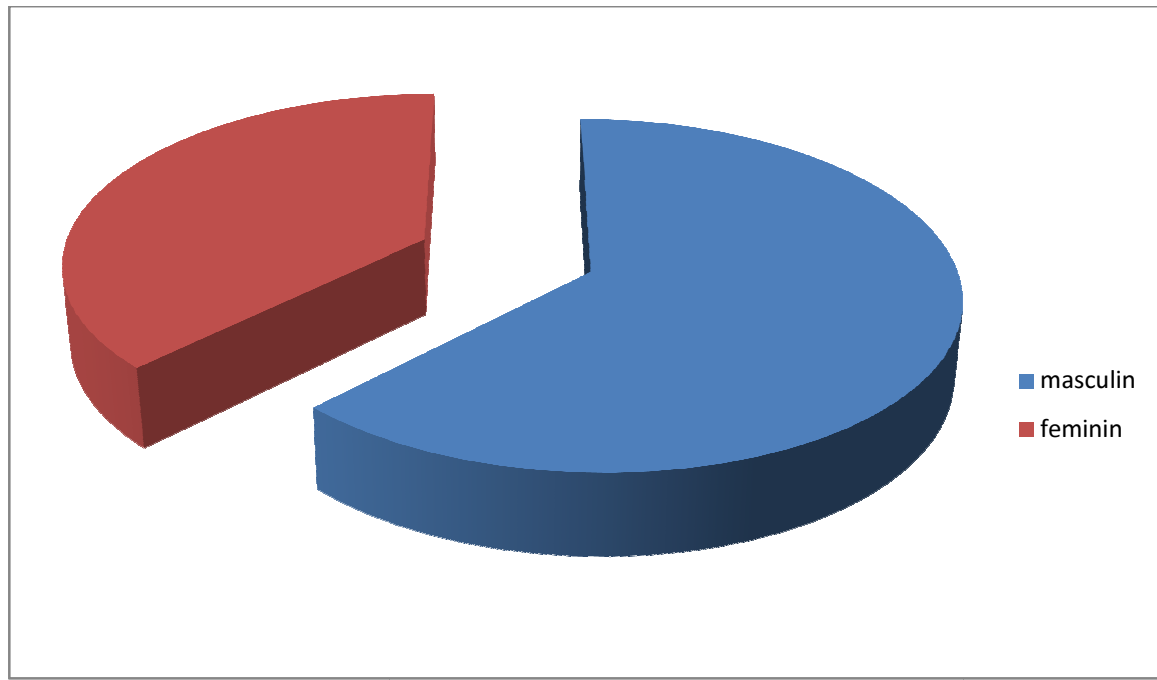


Figure 2 :répartition des malades par sexe.

Sexe ratio est de 1.6

III/LES ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES :

Tableau4 :Les antécédents chirurgicaux de notre série

	fréquence	<u>pourcentage</u>
Absence	10	62.5
Autre chirurgie	2	12.5
cholécystectomie	1	6.2
Hémoroïdectomie récente	1	6.2
total	14	87.5
manque	2	12.5
total	16	100

Tableau 5 : les antécédents de polypose familiale

	Fréquence	pourcentage
Pas de polypes associés	7	43.7
Association de polype	4	25
Polypose familiale	1	6.2
Lynch syndrome	0	0
RCH	1	6.2
RCH et lynch	0	0
Total	13	81.2
Manque	3	18.7
Total	16	100

IV/DIAGNOSTIC :

1-circonstances de découverte

a-délai diagnostic :

Le délai diagnostic moyen était de 7mois

b-Rectorragies :

les rectorragies étaient présentes chez 14 patients soit 87.5 %.

c-l'amaigrissement :

Tableau6 :Existence de l'amaigrissement au moment de l'examen

	Fréquence	Pourcentage
absence	3	18.7
Non chiffré	3	18.7
0-5	1	6.2
AMG de 5-10kg	4	25
AMG > 10kg	2	12.5
total	13	81.2
manque	3	18.7
total	16	100

2-diagnostic positif :

a-Toucher rectal et rectoscopie :

le toucher rectal a été fait chez tout les patients

il a permis de préciser la distance de la tumeur par rapport à la marge anale.

Le toucher rectal et la rectoscopie ont permis de décrire les différents caractères sémiologiques de la tumeur rectale à savoir :

Tableau 7 : siège de la tumeur sur le rectum

	Fréquence	Pourcentage
Haut rectum sup à 8cm	7	43.7
Rectum moyen entre 5 et 8 cm	2	12.5
Bas rectum inf à 5cm	3	18.7
Total	12	75
Manque	4	25
Total	16	100

La tumeur rectale était localisée au niveau du haut rectum dans 7 cas soit 43.7 %

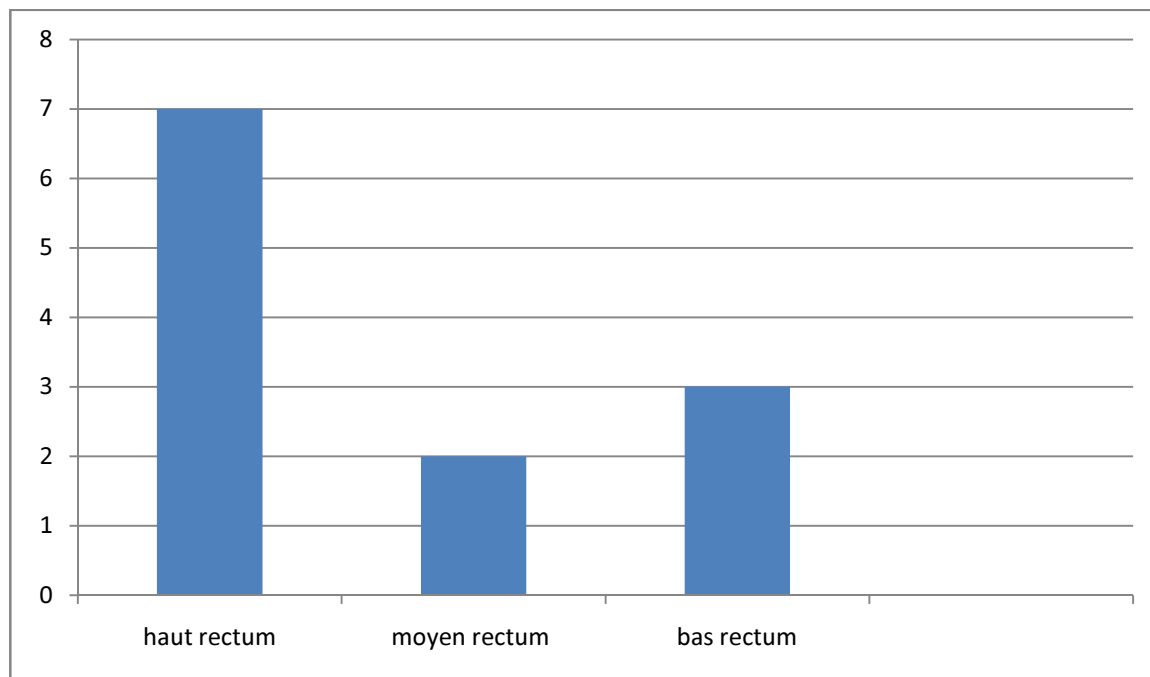


Figure 3 : siège de la tumeur sur le rectum

Tbleau 8 : caractère circonférentiel ou non de la tumeur

	Fréquence	Pourcentage
Moins de la moitié de la circonférence	4	25
Plus de la moitié de la circonférence	7	43.7
Total	11	68.7
Manque	5	31.2
Total	15	100

La tumeur occupait plus de la moitié de la circonférence chez 7 patients soit 43.7%.

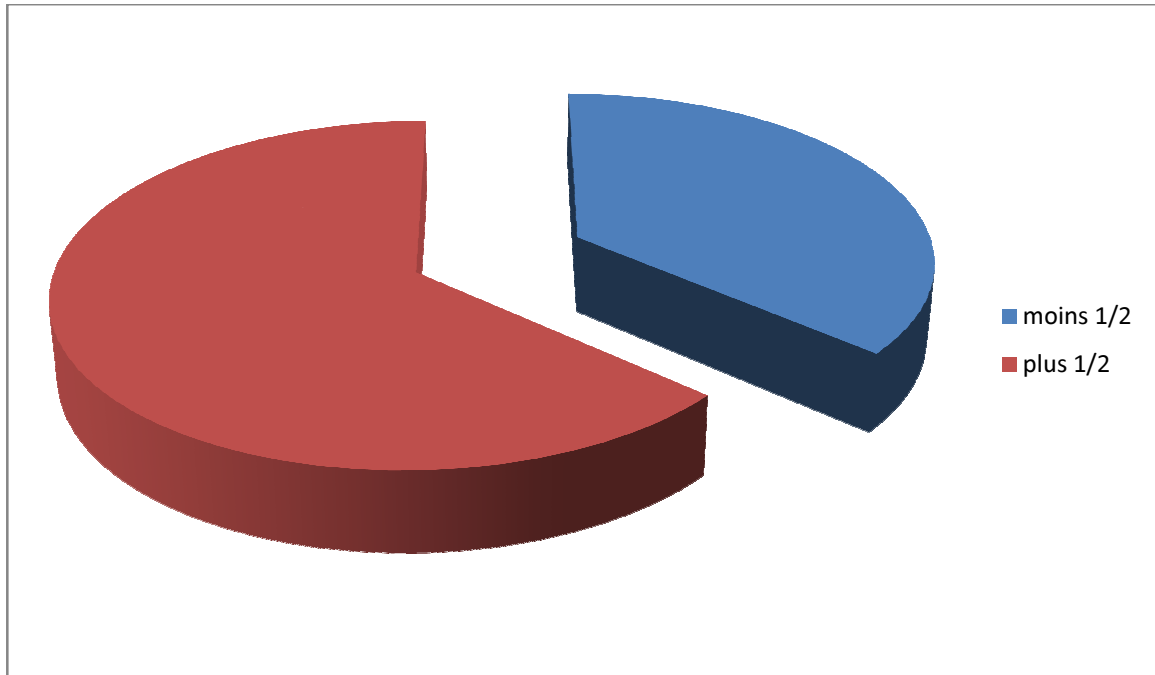


Figure 4 : caractère circonférentiel de la tumeur

Tableau 9 : aspect macroscopique de la tumeur

	Fréquence	Pourcentage
Ulcéro- bourgeonnant	7	43.7
Bourgeonnant	4	25
Ulcéré	2	12.5
Infiltrant	1	6.2
Total	14	87.5
Manque	2	12.5
Total	16	100

L'aspect macroscopique prédominant était l'aspect ulcéro-bourgeonnant

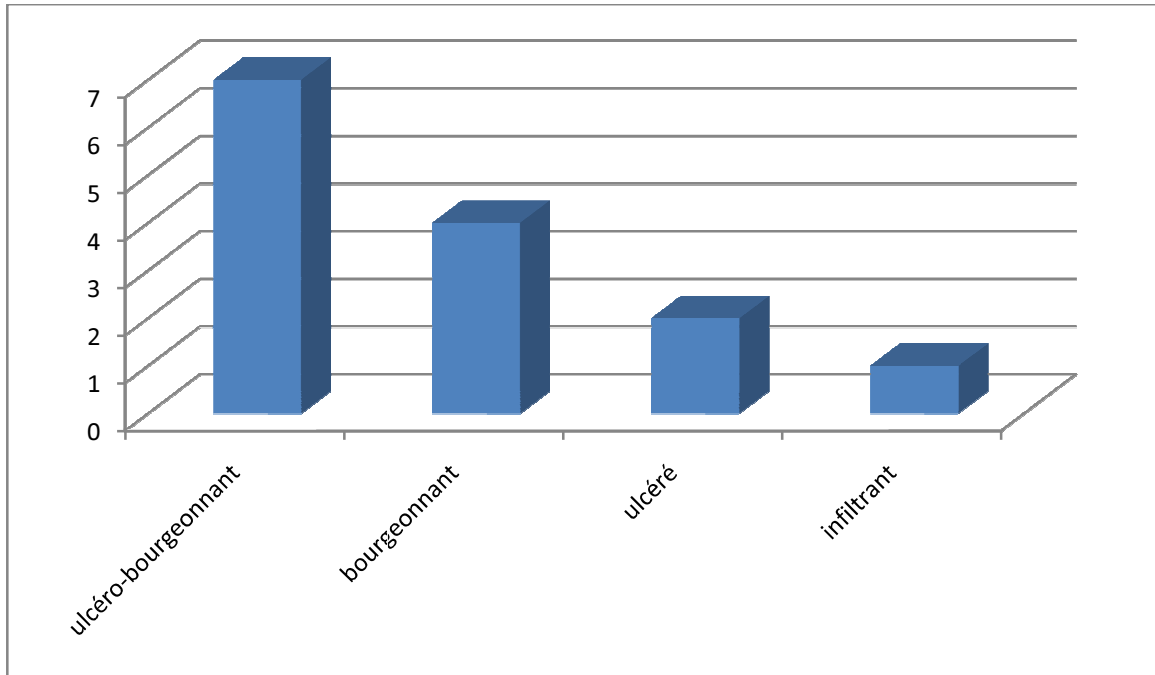


Figure 5 : aspect macroscopique de la tumeur rectal.

b-biopsie :

la biopsie via endoscopie permet de préciser le type histologique de la tumeur .

Tableau10 : biopsie préopératoire

	Fréquence	Pourcentage
absence	1	6.2
adk	10	62.5
adénome	1	6.2
dysplasie	1	6.2
Total	13	81.2
manque	3	18.7
Total	16	100

Tableau 11 : degré de différenciation

	Fréquence	Pourcentage
Bien différencié	9	56.2
Moyennement différencié	3	18.7
Peu différencié	1	6.2
Colloïde muqueux	1	6.2
Cellules isolées	1	6.2
Différenciation non précisée	0	0
Total	15	93.7
Manquante	1	6.2
Total	16	100

Le type histologique prédominant était l'Adénocarcinome liberkuhnien et la tumeur était bien différenciée dans 56.2%.

V/LE BILAN D'EXTENSION PARA CLINIQUE :

1-L'échographie endorectale :

Elle a été réalisée chez 2 patients soit 12.5 %.Elle avait montré une tumeur rectale stadifiée comme T2N0.

2-L'échographie abdominale :

Tableau 12 : Résultats de l'échographie en pré opératoire :

	Fréquence	Pourcentage
Echo non faite	4	25
Présence de métastases à l'écho	1	6.2
Pas de métastase à l'échographie	5	31.2
Total	10	62.5
Manque	6	37.5
Total	16	100

L'échographie abdominale a été réalisée chez 6 patients soit 37.5%.on a noté la présence de métastases en pré-opératoire chez un patient soit 6.2%.

3-La tomодensitométrie abdomino-pelvienne :

Elle a été réalisée chez 8 patients soit 50% .Elle a révélée 3 cas de métastases hépatiques soit 18.7%

4-la coloscopie totale :

Tableau 13 : colonoscopie préopératoire

	Fréquence	Pourcentage
Non faite	7	43.7
échec	1	6.2
réussie	5	12.5
Total	13	81.2
Manque	3	18.7
Total	16	100

La coloscopie a été faite chez 6 patients soit 37.5%

5-le lavement baryté :

Pratiqué chez un seul patient soit 6.2%

6-la radiographie pulmonaire :

La radiographie pulmonaire a été faite chez tous les patients, et elle n'a montré aucune lésion

7-le dosage de l'antigène carcino-embryonnaire :

Dosage faite chez un seul patient soit 6.2%

VI-BILAN D'OPERABILITE :

Tous nos patients avaient bénéficié d'un bilan d'opérabilité comprenant un examen cardio-vasculaire et électrocardiogramme ,un examen pleuro-pulmonaire, un bilan biologique fait d'un groupage , une numération formule sanguine un bilan d'hémostase ,un bilan hydro-électrolytique et d'une protidémie.

Au terme de ce bilan ,il n'y avait aucune contre indication d'ordre anesthésique.

VII-TRAITEMENT

1-traitement néo-adjuvant :

Tableau 15 : Traitement néo-adjuvant du cancer du rectum

	Fréquence	Pourcentage
Pas de traitement	6	37.5
Radiothérapie	3	18.7
Radiochimiothérapie	4	25
Total	13	81.2
Manque	3	18.7
Total	16	100

2-traitement chirurgical :

a-opérabilité :

Tableau 16 : opérabilité des malades

	Fréquence	Pourcentage
Malades opérés	12	73.3
Malades non opérés	2	13.3
Manque	3	20
Total	16	100

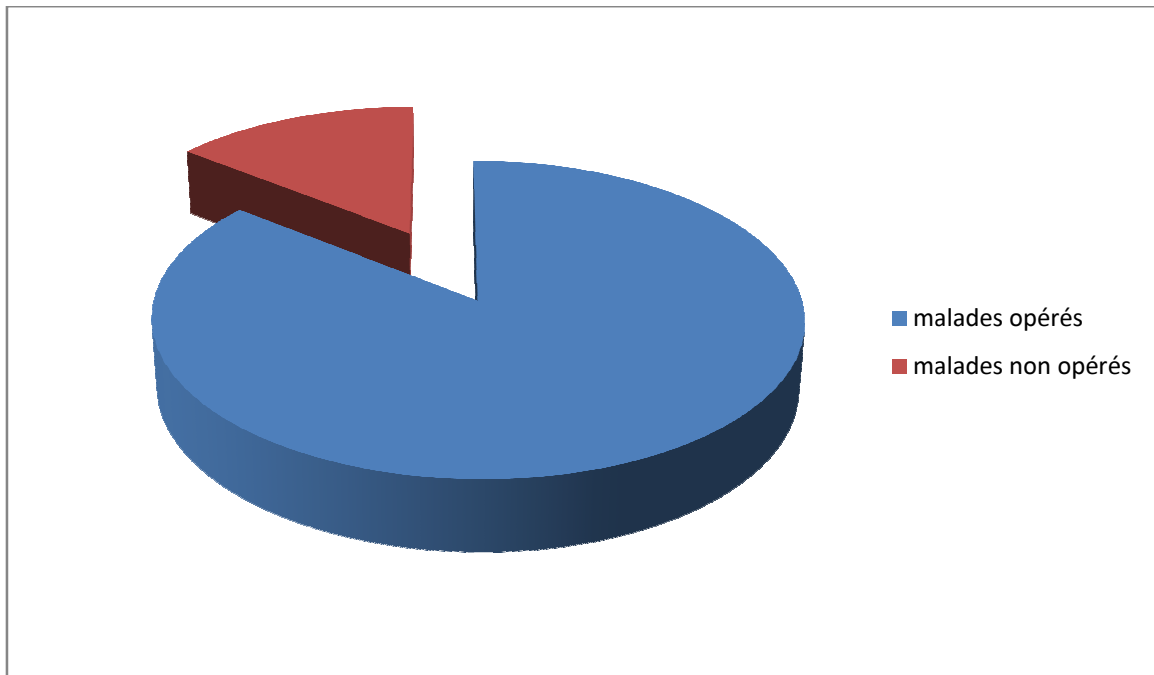


Figure 6 : opérabilité des patients de notre série.

Motif de la non opérabilité :

Abstention : 1 cas

Refus : 1 cas

b-la résécabilité

Parmi les 12 patients opérés ;la résection de la tumeur a été pratiquée chez 10 patients ,ainsi le taux de résécabilité était de 62.5%

Pour les tumeurs non réséquées , on a 2 cas soit un taux de 12.5%

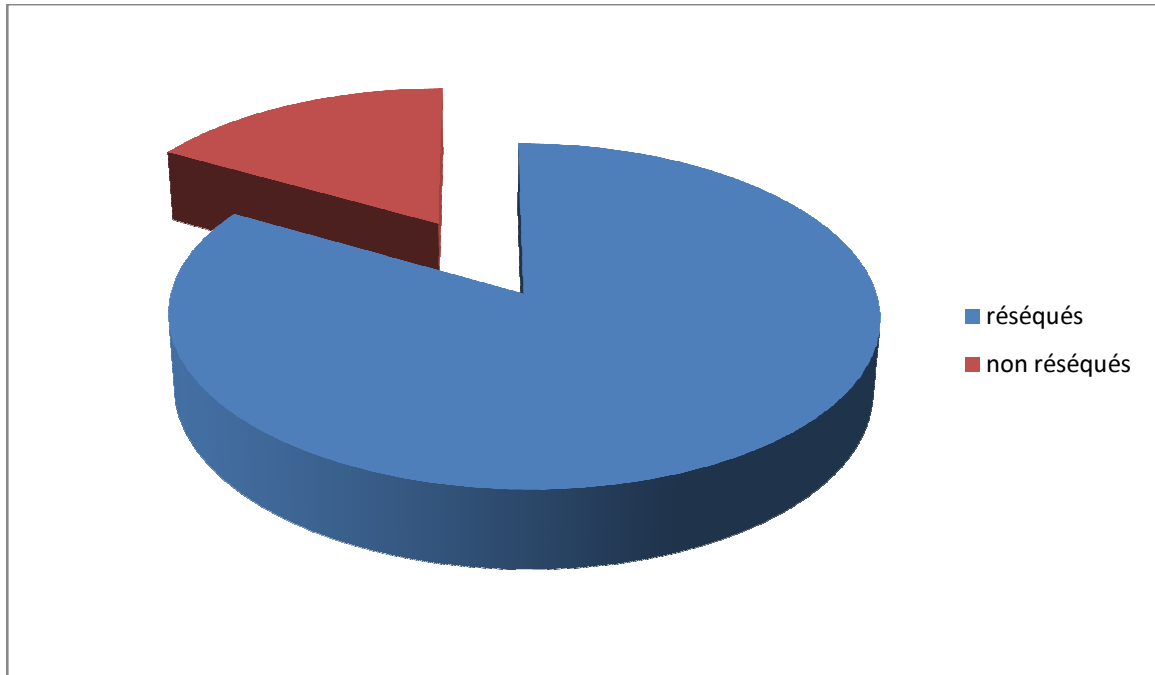


Figure 7 : Résécabilité de la tumeur des patients de notre étude

c-type de résection :

+ L'amputation abdomino-périnéale :

l'amputation abdomino-périnéale a été réalisée chez 3 patients soit 18.75% , répartie comme suit :

- CIG :1 cas
- CPC :1cas
- Colectomie totale +AAP :1cas.

+ La reséction conservatrice :

La résection a été réalisée chez 9 patients soit 56.2% ,répartie comme suit :

- ACA :3
- Inter sphinctérienne :1
- AIA :2

- ACR :2
- Hartmann :1

✚ Les gestes associés :

- Colprotectomie :1 cas

✚ La résection élargie :

- Hystérectomie :1cas
- Résection du gréle : 1 cas
-

3-Traitement adjuvant :

a-la chimiothérapie post-opératoire :

Elle a été faite chez 2 cas soit 12.5%.

b-la radiothérapie post-opératoire :

Elle a été faite dans un seul cas soit 6.25%.

VIII-ETUDE DE LA PIECE OPERATOIRE :

a) Type histologique :

Le statut histologique est connue chez 10 malades

Tableau 17 : Différents types histologiques de notre série

	Fréquence	Pourcentage
ADK bien différencié	6	60
ADK moyennement différencié	2	20
ADK peu différencié	1	10
ADK intra-muqueux	1	10
total	10	100

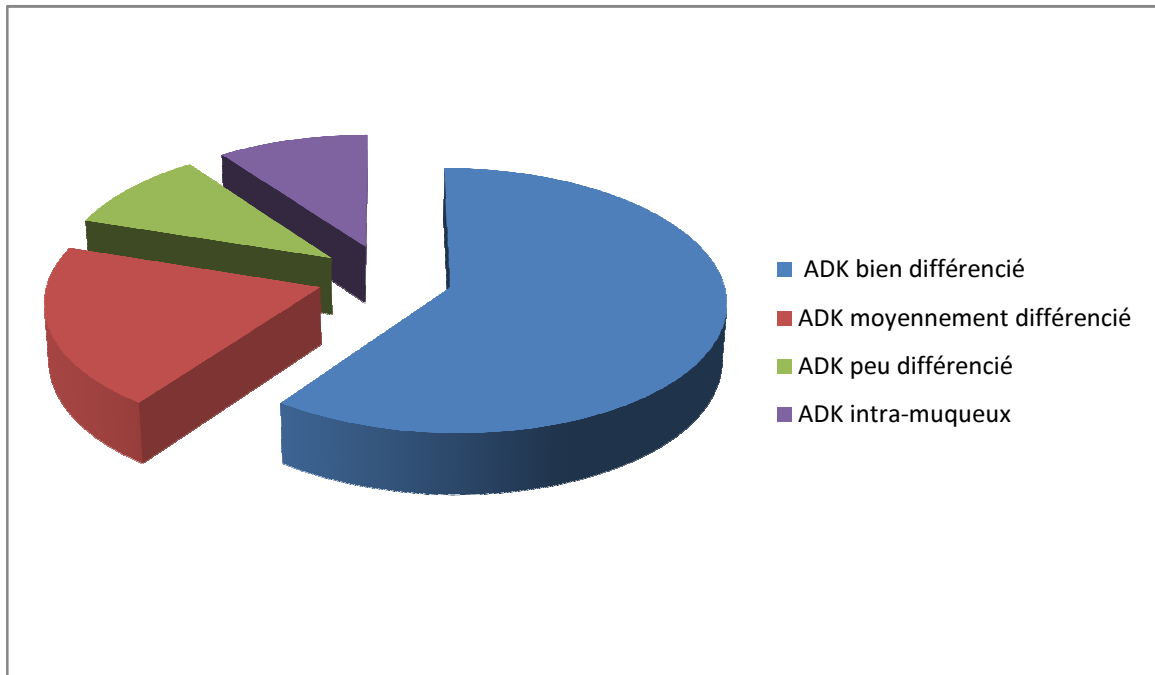


Figure 8 degré de différenciation

VIII-LA MORTALITE PERI-OPERATOIRE :

Nous avons considéré comme mortalité péri-opératoire tous les décès survenus au cours de l'intervention ainsi que dans les 45 jours suivant cette opération et qui sont en rapport avec celle-ci .

Dans notre travail ,1 malade était décédé en post-opératoire soit un taux de mortalité péri-opératoire de 8.3%.

IX-LA MORBIDITE POST-OPERATOIRE :

Parmi les 12 malades réséqués ,3 avaient eu des complications post-opératoires soit 25%.

Les causes des complications post-opératoires :

Les causes des complications post-opératoires sont les suivants :

- ✓ Occlusion fonctionnelle :1 cas
- ✓ Lâchage de l'anastomose :1cas
- ✓ Rétraction de la stomie :1 cas

X-LES RESULTAS CARCINOLOGIQUES :

Dans notre étude 12 patients ont été réséqués et suivis avec un recul de un an et demi :parmi ces tumeurs 2 ont récidivé soit 16.6% répartis comme suit :

- ✓ 1 patient avait eu des récives loco-régionales soit 8.3%.
- ✓ 1 patient avait eu des métastases à distance soit 8.3%.

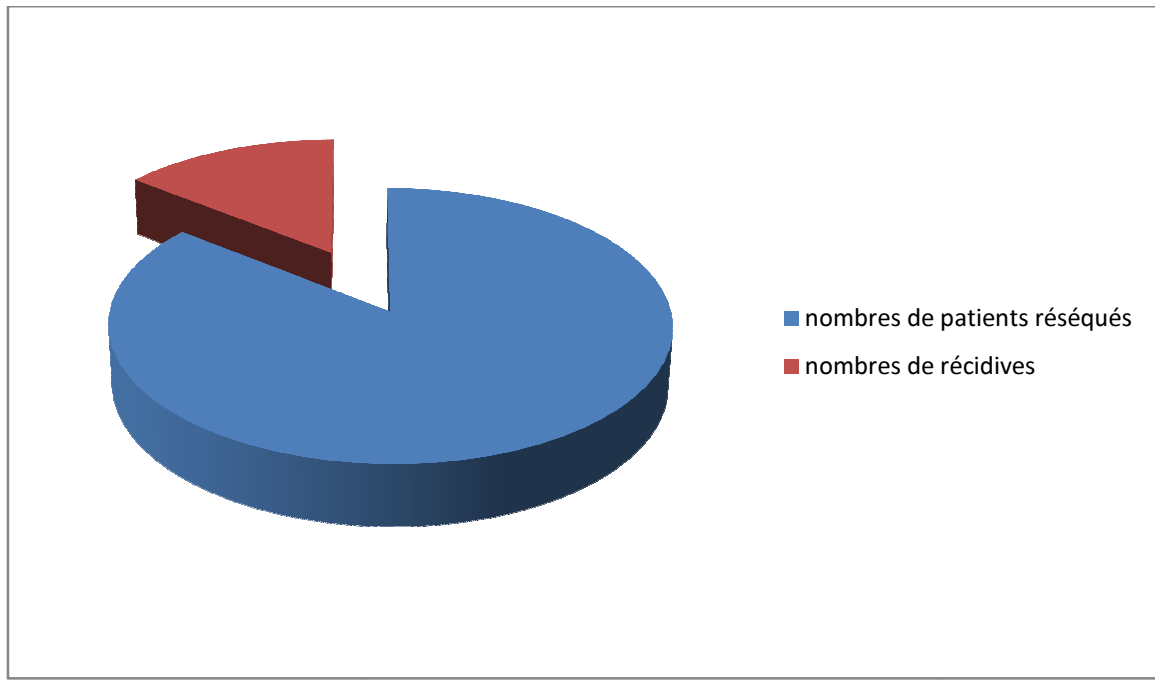


Figure 9 : nombre de récurrence par rapport aux patients résequés.

1-localisations des métastases :

- ✓ Hépatiques :1cas.

2-les récurrences loco-régionales(RLR)et les métastases :

- ✓ RLR et carcinose :1cas
- ✓ RLR et métastase hépatique :1cas
- ✓

3-Gestes réalisés sur les récurrences :

- ✓ Pour les métastases :soit
 - Hépatectomie droite
- ✓ Pour les RLR : soit
 - AAP :1cas.

XI-LES RESULTAS FONCTIONNELS :

Dans notre étude ,le suivi a été établi chez 7 patients (parmi les cas réséqués) soit un pourcentage de 58.3%.

On a retrouvé dans 2 cas des résultats fonctionnels insatisfaisants soit 16.6% ,répartis comme suit :

1-La défécation :

-troubles de la sensibilité discriminative :1cas

2-Erection :

-érection instable :1cas



DISCUSSION



I/EPIDEMIOLOGIE :

1-fréquence :

Le cancer du rectum a connu une augmentation d'incidence durant ces derniers 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 réponsus dans les pays développés. Plus de 33000 nouveaux cas sont enregistrés par an en France.[2].En outre le cancer rectal est une maladie courante dans les Pays-Bas avec environ 4.000 et 2.000 nouveaux 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.

Dans notre étude, la fréquence moyenne du cancer du rectum était de 3.4 nouveaux cas par an.

2-le sexe :

Dans notre série, on a retrouvé un sexe ratio de 1.6 donc plus d'hommes que de femmes, conforme aux résultats des différentes séries marocaines.[6]

3-L'âge :

Le cancer de rectum survient chez les sujets âgés .Il est rare chez le sujet jeune. [6]

Le pic de fréquence se situe entre 40 et 59ans. [5]

Par contre, d'autres études en France et aux Etats-Unis ont démontré que ce type de cancer est plus fréquent après l'âge de 60 ans.

Dans notre série l'âge moyen était de 58.2

4-les lésions précancéreuses :

Les lésions précancéreuses recto-coliques sont représentées essentiellement par :

- Les polypes adénomateux.
- La polypose adénomateuse familiale.
- Le syndrome de Lynch.
- Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

a-les adénomes :

Entre 60 et 80 % des cancers rectocoliques se développent à partir d'un adénome. Le risque de transformation d'un adénome en cancer varie en fonction de la taille, de l'importance de la composante villose au sein de l'adénome et du degré de dysplasie. [7]

Dans notre série, on a trouvé 4 cas de polypes adénomateux.

b-la polypose adénomateuse familiale(PAF) :

La polypose adénomateuse familiale est responsable de 1% des cancers colorectaux. [8]

De transmission autosomique dominante , elle est due à une mutation constitutionnelle du gène adenomatous polyposis coli (APC), siégeant sur le bras long du chromosome 5.

Ainsi chez un patient ayant une PAF , chaque cellule colique a déjà de façon innée ,inactivée une copie de ce gène suppresseur de la tumeur. De ce fait dans la PAF, le risque de cancer colorectal est proche de 100%, survenant à un âge beaucoup plus jeune que pour les patients ayant une tumeur sporadique.[8]

On a trouvé dans notre série 1 seul cas de PAF .

c-cancer colorectal familial héréditaire non polyposique (HNPCC) :

Le syndrome HNPCC (anciennement syndrome de Lynch) est responsable de 3 à 5%des cancers colorectaux.[8]

De transmission autosomique dominante, il est du à une mutation constitutionnelle d'un des gènes dits Mismatch repair (MMR).Le spectre tumoral de ce syndrome est large, mais les risques tumoraux majeurs sont les cancers colorectaux et endométriaux.[8]

Dans notre travail, on n' avait aucun cas de Lynch syndrome.

d-les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin :

+ La recto-colite ulcéro-hémorragique :

Elle représente l'une des lésions pré disposantes les plus fréquentes du cancer du rectum. Sa dégénérescence dépend de l'ancienneté de la colite et de son étendue,40% de dégénérescence après 25 ans d'évolution.[8-9]

Dans notre série, on a trouvé 1 seul cas de RCH .

La maladie de crohn :

les malades ayant une maladie de crohn touchant le colon et le rectum ont un risque de CCR multiplié par 6 à 20 par rapport à la population générale.

Ce risque augmente lorsque la durée d'évolution est longue .Le risque de dégénérescence est bien plus faible .[7-8-9]

Dans notre série , on n'a pas trouvé de maladie de crohn.

On a retrouvé au total 6 cas de lésions précancéreuses avec un pourcentage de 37.5%.

II/DIAGNOSTIC :

1-circonstances de découverte :

a-Délai diagnostic :

Dans les études européennes plus de 70 % des patients consultent avant 6 mois .

Dans notre étude le délai de consultation était de 7mois ; ce retard diagnostic est du à la banalisation des symptômes par le malade et d'autre part au fait que le toucher rectal ne soit pas pratiqué d'emblée et que les rectorragies soient attribuées à des hémorroïdes fictives .

b-Signes cliniques révélateurs :

Les signes révélateurs du cancer du rectum sont variés , trop souvent banalisés, et sont négligés par les patients ou les médecins, retardant le diagnostic. Il peut s'agir :

-de rectorragies, quelles que soient leurs caractéristiques, trop souvent attribuées à des hémorroïdes fictives. C'est le signe d'alarme majeur imposant un toucher rectal ;

-de faux besoins :poussées impérieuses et répétées ,sensation de pesanteur , de corps étranger intrarectal ;

-de manifestations douloureuses : ténésmes et épriettes, colites recto sigmoïdiennes.

L'association de ces signes cliniques réalise le syndrome rectal décrit par Bensaude.[2]

Dans notre série 86.6% des patients présentaient des rectorragies.

2-diagnostic positif :

Il repose sur le toucher rectal, l'endoscopie, et la biopsie.

a-Toucher rectal :

Le toucher rectal est un élément essentiel pour le diagnostic ,l'évaluation du stade tumoral et l'orientation thérapeutique .Il doit être réalisé en décubitus dorsal et en position genou pectorale, éventuellement sous anesthésie si les douleurs le rendent impossible .Lorsque la lésion est accessible, c'est-à-dire dans plus de la moitié(cancer du bas et du moyen rectum),il permet d'apprécier la taille de la tumeur et son caractère plus au moins circonférentiel, son siège antérieure , postérieure, ou latéral sur le rectum, son type bourgeonnant , ulcéré ou infiltrant , la distance entre le pôle inférieure de la tumeur et le plan des releveurs de l'anus , la mobilité sur les plans profonds(sacrum en arrière, filière génitale en avant avec un toucher

vaginal chez la femme), et la présence de nodules de carcinose péritonéale dans le cul- de- sac de Douglas.

Les données du toucher rectal sont irremplaçables pour évaluer les possibilités de conservation sphinctérienne qui dépendent de la distance entre le pôle inférieur de la tumeur et le bord supérieur de l'appareil sphinctérien et du caractère fixé ou non de la lésion.[2]

Dans notre série le toucher rectal a été fait chez tous nos patients.

b-rectoscopie :

Elle permet de voir la tumeur et d'effectuer la biopsie. Elle permet le diagnostic des tumeurs du haut rectum ; inaccessibles au toucher rectal .

Cet examen juge imparfaitement ; contrairement au toucher rectal ; le siège de la tumeur par rapport à la marge anale .En effet ; elle déroule et refoule l'ampoule rectale et la tumeur est toujours jugée par l'endoscope plus haute qu'elle n'est en réalité. [2]

Elle a été réalisée chez 81.2 % de nos patients.

c-Biopsie :

Permet le diagnostic du cancer du rectum et précise son type histologique et son degré de différenciation (peu ; moyen ou bien différencié).Elle est effectuée à la pince .Ce diagnostic histologique est indispensable avant la mise en route d'un traitement. [2]

Cette biopsie a été réalisée chez 93.8% de nos patients .L'aspect macroscopique prédominant était l'aspect ulcéro-bourgeonnant dans 43.7% des cas , l'adénocarcinome liberkuhnien représentait 62.5% des cas et le degré

de différenciation majeure était le type bien différencié avec un pourcentage de 56.2 %.

3-Explorations indispensables devant un cancer du rectum :

a-pour évaluer l'extension locale :

- Le toucher rectal.
- La rectoscopie.
- L'échographie endorectale :

Cet examen permet d'apprécier l'extension de la tumeur à travers la paroi rectale ,en particulier au niveau de la musculuse,et il permet de déceler des adénopathies métastatiques péri-tumorales.[2] .

Cet examen à été réalisé chez 12.5 % de nos patients.

- La tomodensitométrie pelvienne :

Les études comparatives entre le scanner et l'échographie endorectale sont en faveur de cette dernière méthode aussi bien pour l'envahissement pariétal que ganglionnaire .[2]

Dans notre série ,la tomodensitométrie pelvienne a été réalisée chez 46.7%.des patients .

- L'imagerie par résonance magnétique(IRM) pelvienne :

L'IRM pelvienne précise mieux l'infiltration sphinctérienne et surtout la marge latérale.

Dans notre série , l'IRM n'a été réalisé dans aucun cas.

b-Pour évaluer l'extension à distance :

- **La coloscopie :**

Elle doit être complète et doit rechercher des lésions synchrones.

Il existe un deuxième cancer dans 3 à 5% et un ou plusieurs adénomes dans 20 à 30% des cas. [2]

Si la coloscopie n'a pas été complète en préopératoire (sténose infranchissable , urgence , préparation insuffisante) elle doit être répétée dans les 3 à 6 mois qui suivent l'intervention .un lavement en double contraste peut être utile lorsque le diagnostic ne peut être porté par la coloscopie ou lorsqu'elle est incomplète. [8]

Dans notre série elle a été faite dans 6 cas (37.5 %).

- **L'échographie abdominale :**

Cet examen est réalisé en première intention à la recherche de métastases hépatiques qui sont les plus fréquentes dans le cancer rectal.[8] Ces métastases apparaissent sous forme de nodules hypoechogènes ou image en cocarde.[8]

Dans notre série l'échographie abdominale à été réalisée dans 43.7% des cas.

Elle a montré des métastases hépatiques dans 6.25% des cas.

- **La TDM abdomino-pelvienne :**

Apporte un léger avantage par comparaison à l'échographie.

Dans notre série ,la TDM abdomino-pelvienne avait retrouvé 3 cas de métastases hépatiques soit 18.7%.

- La radiographie pulmonaire :

Elle recherche des métastases pulmonaires en cas de difficulté, elle peut être complétée par le scanner. [8]

Elle a été réalisée chez tous nos patients.

III/LE TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM :

Depuis 10 ans , la prise en charge thérapeutique des cancers du rectum a évolué non seulement dans le domaine de la chirurgie , mais aussi dans le domaine de la radiothérapie et de la chimiothérapie .Le traitement des cancers du rectum est pluridisciplinaire .Sur le plan chirurgical, l'exérèse du mésorectum(total mesorectal excision TME) a permis de diminuer le taux de récurrences locales ;les séquelles génito-urinaires ont diminué grâce à la dissection et à la préservation des nerfs pelviens .Enfin , les séquelles fonctionnelles ont diminué grâce à la confection de réservoirs coliques .Les techniques de dissection intersphinctérienne ont fait reculer les indications de l'amputation abdominopérinéale mais au pris de séquelles fonctionnelles grevant parfois la qualité de vie , ce qui pose la question de leur légitimité .[10]

Parallèlement, la radio-chimiothérapie a pris une place importante. dans le traitement du cancer du rectum.

Insensiblement et inéluctablement , on est passé de la radiothérapie préopératoire à la radio chimiothérapie préopératoire , certes plus efficace ,

mais plus toxique .On a demandé à cette association néoadjuvante de diminuer les récurrences locales , ce qu'elle a fait ;on espérait améliorer la survie , cela n'a pas été le cas .En revanche , on demande à la radio chimiothérapie de stériliser un pourcentage important de tumeurs pour permettre un meilleur taux de conservations sphinctériennes. [11]

A-TRAITEMENT CHIRURGICAL :

1-Indications thérapeutiques :

La décision de faire une AAP ou une intervention conservant le sphincter anal se pose essentiellement pour les cancers les plus bas situés, proches de la jonction anorectale. Elle doit être prise avant de débiter un éventuel traitement néoadjuvant, en particulier une radiothérapie préopératoire. Autrement dit, l'éventuel effet de réduction tumorale induit par la radiothérapie préopératoire ne doit pas modifier la décision du type d'intervention qui a été programmé avant tout traitement. [12]

- **Critères du choix entre amputation abdominopérinéale et résection du rectum avec conservation du sphincter anal :**

Le choix entre AAP et résection du rectum avec conservation du sphincter anal dépend du siège de la tumeur sur le rectum de l'extension locorégionale de la tumeur, de l'état fonctionnel du sphincter anal, de la morphologie du patient et de l'expérience du chirurgien.[13]

L'extension locorégionale de la tumeur et son siège sur le rectum sont appréciés par le toucher rectal qui doit , chaque fois que nécessaire , être refait mais aussi par les examens morphologiques , en particulier la rectoscopie au

tube rigide .Il est impératif de décider si on va réaliser une amputation ou non en début d'intervention et en tout cas avant toute dissection du pelvis. En effet, techniquement les plans de dissections ne sont pas les mêmes et la dissection pour une tentative de conservation sphinctérienne qui s'avérerait dépassée entrainerait une ouverture de la loge tumorale avec son risque tout particulier de récurrence locale.[13]

✓ Siège de la tumeur sur le rectum :

C'est en définitive l'un des éléments les plus importants pour la décision de conserver ou non le sphincter .Dans les cancers du haut rectum, il est toujours possible de conserver le sphincter anal tout en respectant les règles d'exérèse carcinologique. Dans les cancers touchant le canal anal ou situés à moins de 1cm du sphincter, l'AAP est souvent la seule intervention à visée curative réalisable, en dehors de certains petits cancers qui peuvent être traités par des méthodes conservatrices : excision locale ,radiothérapie de contact ou proctectomie avec résection inter sphinctérienne et anastomose coloanale.

Le problème le plus difficile est celui des cancers dont le pôle inférieure est situé entre 1 et 2 cm du bord supérieur du sphincter . Il existe cependant un consensus pour dire que l'immense majorité de ces tumeurs peut être traitée par une exérèse conservatrice à condition de respecter les règles d'exérèse carcinologique.[13]

✓ Extension locorégionale de la tumeur :

A hauteur égale sur le rectum ,une tumeur de petite taille , n'infiltrant que partiellement la paroi rectale, peut parfois être traitée par exérèse conservatrice quand une lésion plus volumineuse serait traitée par amputation, non pas pour des raisons d'envahissement , aucune étude n'ayant montré que l'atteinte du sphincter était liée au volume de la tumeur ,mais pour des raisons techniques et de délabrement local ou nerveux .La réalisation d'une radiothérapie préopératoire ,voire d'un surdosage local en situation de rattrapage , peut également inciter à éviter une anastomose en zone très irradiée.[13].

✓ Etat fonctionnel du sphincter :

En pratique, une incontinence anale préopératoire à l'interrogatoire et l'état de la contraction volontaire du sphincter anal au toucher rectal sont les deux paramètres à prendre en compte avant de décider de faire une anastomose coloanale . L'opération de Hartmann, qui évite les problèmes de cicatrisation périnéale de l'AAP, peut alors être une solution de repli, notamment chez les patients âgés .[13]

✓ Morphologie du patient :

Les difficultés techniques rencontrées au cours de la chirurgie rectale varient considérablement en fonction de la morphologie du patient .La chirurgie rectale est plus difficile chez l'homme que chez la femme , car le

bassin osseux de l'homme est plus profond et plus étroit .L'obésité est un facteur supplémentaire de difficulté .

L'association d'une obésité importante à un bassin osseux étroit et profond peut empêcher techniquement la réalisation d'une anastomose colorectale basse , même si les règles carcinologiques d'exérèse , correctement appliquées , permettraient la conservation du sphincter anal .La coelioscopie , techniquement plus difficile chez les obèses, semble paradoxalement faciliter chez eux la dissection du pelvis , peut- être du fait de l'étroitesse de l'optique et des instruments utilisés.[13]

- Critères de choix entre anastomose colorectale mécanique transsuturale basse et anastomose coloanale :

La morbidité des deux techniques est équivalente, à condition que l'anastomose soit protégée par une stomie temporaire [13].

De même, les résultats carcinologiques sont identiques , à hauteur tumorale égale sur le rectum .Le choix entre les deux techniques doit être guidé par l'analyse des résultats fonctionnels à distance .

2-Opérabilité/Résécabilité :

Dans notre série le taux d'opérabilité est estimé à 75% avec une résécabilité de 62.5%.

3- le traitement conservateur :

Les interventions conservatrices de la fonction sphinctérienne comportent une résection partielle ou totale du rectum et du mésorectum, et une

anastomose entre le colon et le rectum ou le canal anal ,évitant ainsi au patient une colostomie définitive .L'anastomose est parfois protégée par une colostomie ou une iléostomie temporaire .Toutes ces résections peuvent techniquement se faire par coelioscopie exclusive ou par laparotomie coelioassistée.[13]

Le chirurgien a le choix entre quatre techniques différentes :

- La résection antérieure du rectum avec anastomose colorectale directe ,manuelle ou mécanique , haute ou basse mais alors préservant un moignon rectal de plus de 2 cm ;
- La résection antérieure du rectum avec anastomose colorectale très basse, à l'agrafeuse mise par voie transanale , entre un réservoir colique et le sommet du canal anal ; le moignon rectal fait moins de 2cm ; cette anastomose est parfois appelée colo-sus-anal ;
- La résection antérieure du rectum avec anastomose coloanale manuelle faite par voie périnéale sur réservoir ; une nouvelle technique , adaptée à celle de Babcock associant une proctectomie par voie antérieure avec section du canal anal par voie périnéale et une anastomose manuelle différée à 5 jours par voie périnéale ; il n'y pas de réservoir.[13]

Tableau 20 :variations du taux du traitement conservateur dans les différentes séries de littérature :

	Heald 1992 [14]	Christian Gouillard 1999[15]	Griffen.FD 2004[16]	Notre série
Taux de conservation	89%	81%	91%	56.2%

En analysant ce tableau on remarque que notre taux de conservation sphinctérienne est plus bas par rapport à la littérature.

4-L'amputation abdomino périnéale :

L'AAP du rectum a été développée par Quenu en France à la fin du XIXe siècle et par Miles dans les pays anglo-saxons au début du XXe siècle.

Elle est indiquée pour les cancers du bas rectum pour lesquels une exérèse à visée curative ne permet pas de conserver l'appareil sphinctérien et pour certains cancers du canal anal .

C'est un ensemble de données portant sur la distance par rapport au sphincter , la profondeur de l'envahissement ,le morphotype du malade et la distance à la ligne anocutanée lors de la rectoscopie faite par l'opérateur qui va permettre de décider de la nécessité de réaliser une amputation .Le malade doit en avoir été informé dans tous les cas , de façon claire et adaptée , et l'avoir acceptée.[17]

Elle consiste en l'exérèse de la totalité de l'ampoule rectale, de l'appareil sphinctérien et du canal anal ainsi que l'atmosphère cellulo-ganglionnaire péri-rectale(mésorectum).Elle nécessite deux voies d'abord, abdominale et périnéale. La ligature de l'artère mésentérique inférieure peut être effectuée

au ras de son origine au niveau de l'aorte ou au dessous de la naissance de l'artère colique supérieure gauche , permettant le curage ganglionnaire supérieur .

L'exérèse en monobloc du rectum et des territoires lymphatiques se termine par une colostomie iliaque gauche , sous péritonéale évitant les éventrations et les prolapsus , permettant un appareillage correct grâce aux irrigations effectuées toutes les 48h. Le comblement de la cavité pelvienne peut être obtenu par la mobilisation et l'abaissement du grand épiploon (épiplooplastie), permettant un comblement de la plaie périnéale et une cicatrisation rapide du périnée . Cette fermeture primaire du périnée n'est pas recommandée en cas d'hémostase difficile ou de contamination pelvienne peropératoire.[17].

Tableau 21 :variations du taux d'AAP dans les séries de la littérature :

	Heald 1992[14]	Christian Guillard 1999[15]	Griffen.FD 2004[16]	Notre série
Taux d'APP	7%	18%	9%	18.75%

En analysant ce tableau , on note que notre taux d'AAP s'inscrit dans les normes de la littérature.

5-traitement chirurgical par coelioscopie :

La laparoscopie dans le traitement chirurgical du cancer colorectal est en cours d'évaluation .Il s'agit essentiellement d'une modification de la voie d'abord .

Elle permet de réaliser le même geste chirurgical à travers des trocarts de 5 à 12mm avec les mêmes principes qu'en chirurgie ouverte, notamment la TME.[17]

La pièce opératoire est extraite par une incision .L'AAP est une très bonne indication d'approche coelioscopique car la seule indication d'approche coelioscopique car la seule incision est celle de la stomie , l'extériorisation de la pièce pouvant se faire par le périnée.

Le bénéfice premier de cette technique s'exprime sur la qualité de vie post-opératoire.

La reprise du transit est précoce par rapport à la chirurgie ouverte : le gain serait de 27% pour les gaz et 33% pour les selles ,une plus faible douleur postopératoire et une durée d'hospitalisation diminuée.

Enfin les résultats carcinologiques montrent qu'il existe le problème de greffe tumorale sur le trajet des trocarts à cause des manipulations incorrectes de la tumeur. Cependant, la laparoscopie dans les centres expérimentés dans un cadre prospectif n'est pas envisageable chez tous les patients. [17]

Dans notre série, aucun patient n'a été opéré par coelioscopie.

B-TRAITEMENT NON CHIRURGICAL :

Toujours dans le but d'augmenter la survie et de diminuer le taux de récurrences loco-régionales des traitements adjuvants à la chirurgie ont été proposés.

1-Place des thérapeutiques néoadjuvantes :

L'indication d'une radiothérapie doit être discutée pour tout cancer du rectum en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). La radiothérapie préopératoire diminue le taux de récurrence locale .

Quand elle est faite conformément aux critères de qualité actuels elle a peu d'effets secondaires à court terme .Elle pourrait induire une surmortalité chez les sujets âgés ou fragilisés. Elle altère le résultat fonctionnel après chirurgie conservatrice .La radio chimiothérapie préopératoire augmente le taux de réponse tumorale .Elle diminue le taux de récurrence locale par rapport à la radiothérapie seule pour les tumeurs T3-T4.Elle n'a pas d'impact sur la survie globale à 5 ans .Elle majore les effets secondaires de la radiothérapie (grade B).[18]

- Tumeurs du tiers moyen et du tiers inférieur du rectum (pôle inférieur à moins de 10cm de la marge anale) :
 - ❖ une radiothérapie préopératoire est recommandée pour les tumeurs T3-T4et/ou N+(grade A).Toutefois , pour les tumeurs T1-T2 présumées N+ et pour les tumeursT3N0 du moyen rectum avec un envahissement limité du mésorectum sur l'IRM ,l'option d'une chirurgie d'emblée peut être discutée en RCP si une exérèse

optimale avec des marges sains peut être réalisée , car ces tumeurs comportent un faible risque de récurrence locale ;

❖ une radiothérapie préopératoire n'est pas recommandée pour les tumeurs T1 ou T2 N0 .

- Tumeurs du tiers supérieur du rectum (pôle inférieur entre 10 et 15 cm de la marge anale) : une radiochimiothérapie préopératoire doit être discutée pour les tumeurs localement évoluées.

Type de radiothérapie préopératoire

- Tumeur d'emblée résécable (mobile au toucher rectal et/ou marge circonférentielle supérieure à 1 mm à l'IRM) : lorsque l'indication d'un traitement néo-adjuvant a été retenue , il est recommandé de faire :
 - ❖ soit une radiothérapie courte selon le modèle suédois (5 fois 5 Gy en 5 jours), l'intervention étant programmée la semaine suivante (grade A) ;
 - ❖ soit une radiothérapie longue (45 Gy en 5 semaines), l'intervention étant programmée 5 à 6 semaines plus tard .
- Tumeur fixée au toucher rectal ou avec une marge circonférentielle <ou= à 1mm à l'IRM : une radiochimiothérapie est recommandée , l'intervention étant programmée 5 à 6 semaines plus tard.[17]

Tableau 23 : Variations du taux de la radiothérapie préopératoire dans la littérature :

	Smeth (2002) [18]	Bosset(2011) [19]	Notre série
Radiothérapie pré opératoire	54%	60%	18.75%

On analysant ce tableau on note que le taux de notre série reste inférieure aux autres séries de la littérature.

2-Les thérapeutiques adjuvantes :

Pour les cancers du moyen et du bas rectum , les indications de traitement adjuvant différent selon qu'un traitement néo-adjuvant a été réalisé ou non.

Chez les patients opérés après un traitement néo-adjuvant (ypTNM), on ne peut recommander de traitement standard dans cette indication .Les deux options possibles sont l'abstention thérapeutique ou la chimiothérapie . Il n'y a pas d'indication pour une radiothérapie adjuvante, même après résection R1 ou R2.L'inclusion dans les essais thérapeutiques est recommandée dans cette situation .[20]

Pour les patients n'ayant pas reçu de traitement néo-adjuvant (pTNM),l'indication varie selon le type d'exérèse :

- en l'absence d'exérèse optimale , une radiochimiothérapie adjuvante est recommandée pour les tumeurs pT3-T4 ou pN1-2 (grade A).[20]
- après une exérèse optimale :
 - ❖ aucun traitement adjuvant n'est recommandé en cas d'exérèse R0 d'une tumeur pT1-3N0.
 - ❖ en cas d'exérèse R0 d'une tumeur pT4 ou pN1-2,le groupe ne peut recommander de traitement standar.

Les options sont l'abstention thérapeutique ,la chimiothérapie ou la radiochimiothérapie

❖ en cas d'exérèse R1 ou R2, une radiochimiothérapie postopératoire est recommandée quel que soit le type de l'exérèse .

Dans notre série , le taux de patients ayant reçu une chimiothérapie postopératoire est de 18.75%

Au terme de ce chapitre, on peut dire que notre prise en charge thérapeutique du cancer du rectum a nettement évoluée durant ces dernières années. Les théraeutiques adjuvantes à la chirurgie ont permis un meilleur taux de conservation sphinctérienne.

IV-ANATOMOPATHOLOGIE :

Patient	Geste chirurgicale	anatomopathologie			
		Type histologique	différenciation	limites	ganglion
Patient 1	AAP+colostomie	ADK Lieberkuhnien	Bienne différencié	Saines	13N-/13N
Patient 2	AAP+CIG	ADK Lieberkuhnien	Moyennement différencié	Saines	12N-/12N
Patient 3	RAR+ACR latéro terminale	ADK Lieberkuhnien	Bien différencié	Saines	14N-/14N
Patient 4	Résection recto sigmoïdienne	ADK Lieberkuhnien	Bien différencié	Saines	19N-/19N
Patient 5	proctectomie	ADK Lieberkuhnien	Moyennement différencié	-	0
Patient 6	RAR+ACR latéro terminale	ADK Lieberkuhnien	Bien différencié	saines	4N+/17N
Patient 7	AAP+CPC	ADK Lieberkuhnien	Bien différencié	-	3N+/18N
Patient 8	RAR+ACR+iléostomie de protection	ADK superficiel intra-muqueux	-	-	8N-/18N

Tableau 18 : résultat de l'étude de la pièce opératoire



CONCLUSION



Le cancer du rectum n'est pas une affection rare dans notre pays.

La chirurgie du cancer du rectum est en perpétuelle évolution technologique.

L'objectif principal est d'aboutir à un traitement optimal du cancer.

Une meilleure sélection des patients a permis une diminution du taux de d'opérabilité et une augmentation du taux de résécabilité.

- ✓ La radiothérapie fait actuellement partie intégrante de l'arsenal thérapeutique des cancers du rectum, elle était de 18.75% dans notre série .
- ✓ Notre taux d'AAP a reculé (18.75%) au profit du traitement conservateur qui constitue 56.2%.



RESUMES



Résumé

Titre : TRAITEMENT DU CANCER RECTAL : ACTUALITES, (EXPERIENCE DES UCV)

Auteur : QACH Nihal

Mots clés : Rectum, Cancer, Résection.

Le cancer de rectum constitue le deuxième cancer digestif par ordre de fréquence après le cancer de l'estomac.

Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur une période de 5 ans (allant de janvier 2009 à décembre 2014) portant sur 16 cas de cancers du rectum.

L'objectif de notre étude est d'essayer de décrire les progrès thérapeutiques dans le cas du cancer du rectum, ainsi que citer le profil épidémiologique de ce cancer.

Notre taux d'opérabilité était de 75% et notre taux de résécabilité était de 62.5% avec l'amputation abdomino-périnéale chez 3 patients dont 1 CPC et le traitement conservateur chez 9 patients dont 3 ACA , 2 ACR , 2AIA et 1 résection inter sphinctérienne .

Le taux de mortalité péri-opératoire de 8.3%

La morbidité post opératoire était de 25%.Parmi les malades opérés le taux de récives était de 16.6% cas avec 8.3% de récives locorégionaux .Des troubles fonctionnels ont été notés dans 2 cas à type de troubles de la défécation (1 cas) et des troubles de l'érection (1 cas).

Notre taux de survie moyenne à 3 ans était de 43%

Abstract

Title: Treatment of rectal cancer News (Experience of UCV)

Autor: QACH Nihal

Key words: Rectum, Cancer, Resection

Rectal cancer is the second digestive cancer in order of frequency after stomach cancer .

This is a retrospective study over a period of 5 years (from January 2009 to December 2014) on 16 cases of rectal cancer

The objective of our study was to describe the therapeutic progress in the case of rectal cancer ,and to quote the epidemiology of this cancer.

Our operability rate was 75% and our respectability rate was 62.5% with abdominoperineal resection in 3 patients with 1 CPC and conservative treatment in 9 patients including 3 ACA ,2ACR , and 2AIA and 1 intersphincterien resection .

The perioperative mortality rate was 8.3%

The postoperative morbidity was 25%. Among the operated patients the recurrence rate was 16.6%with 8.3% % cases of locoregional recurrences. Some functional disorders were noted in 2 cases like defecation disorders (1case) and erectile dysfunction (1 case).

Our averâge survival rate at 3 years was 43%.

ملخص

العنوان : علاج سرطان المستقيم , مستجدات (تجربة م.ج.ب)

الكاتبة : قاش نهال

الكلمات الأساسية: مستقيم ، سرطان، بتر.

إن سرطان المستقيم يحتل المرتبة الثانية بعد سرطان المعدة.

امتدت هذه الدراسة ذات الأثر الرجعي على مدى 5 سنوات (من يناير 2009 إلى دجنبر 2014) على 16 حالة من سرطان المستقيم.

الهدف من دراستنا وصف التقدم العلاجي في حالات سرطان المستقيم وكذلك وبأبيات هذا السرطان.

معدل قابلية الجراحة هو % 75 ومعدل القطع هو % 62.5، عدد المرضى الذين تعرضوا للبتر البطني العجاني هو 3 مرضى، من بينهم حالة تعرضت لفغر القلون الشبه القارة والعلاج المحافظ لذى 9 مرضى، من بينهم حالة تعرضت للمفاغرة القولو شرجية، حالة للمفاغرة القولو مستقيمية وحالتين بالنسبة للمفاغرة الدقاق الشرجية.

نسبة وفيات الجراحة هي % 8.3 .

ونسبة المراضة بعد الجراحة كانت % 25.

من بين المرضى الذين خضعوا لعملية جراحية لدينا نسبة النكسة % 16.6 مع % 8.3 بالنسبة للنكسات الموضعية.

الاضطرابات الوظيفية سجلت لذى مريضين وكانت من صنف اضطرابات في التغوط (لدى مريض واحد). واضطرابات في الانتصاب (لدى مريض واحد).

وكان معدل البقاء على قيد الحياة المتوسط في 3 سنوات هو % 43 .



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 , Quayou .A , Soulaymani.A ,Habib,M.Chouli.

Cancer colorectal au Maroc.

Etude rétrospective dans un centre d'oncologie à Rabat .clinique AL AZHAR 2008.

[6] DENIS.B, STRENTZ.P

Association pour le dépistage du cancer colorectale en Alsace .2013 ; 101 :02p

[7] Glimelius B, Oliveira J .

Cancer colorectal.

GUIDE - AFFECTION LONGUE DURÉE (Tumeur maligne , affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïtique)février 2008 ;6-24 :p57

[8] Bouquet .A ,Penna.C

Les lésions précancéreuses des cancers colorectaux

EMC –traité de Médecine AKOS 2013 ;4-0524 :p01

[9] HARISSON.M

Cancer du rectum .

Ann Chir 2012 ,53(6) :507-14.

[10]De Bari.B , Bosset .J-F ,Gerard J-P , Maingon.P, Valentini.V

Etat des lieux du traitement multidisciplinaire du cancer du rectum

EMC 2010,220 :900-04

[11]Galler.A.S ,Petreli.N.J, Shakamuri.S.P

Rectal cancer surgery: a brief history:

Surgical oncology, 2013 vol.20,no.4,pp.223-230.

[12]Marko Simunovic MD,Angela Coates Med , Charles H.

The cluster-randomized quality initiative in rectal cancer : evaluating a quality - improvement strategy in surgery.

CMAJ. September 7, 2010,182(12) :p 1283.

[13] Allexandra M.Easson ,Zane Cohen Carol

The investigation of primary rectal cancer by surgeons: current pattern of practice.

Can J Surj, 2005,48-1:p19.

[14]Heald RJ ..RYALL;DH.

The mesorectum in rectal cancer

Br Surgery;2012 85no 69,p:613.

[15] Christian Guillart .

Gastro entérologie clinique et biologique

EMC 1999 ,vol 23, numero 8-9 p817.

[16] Knight CD, Griffen FD.

Chirurgie du cancer du bas rectum :vers une conservation du sphincter.

E. RULLIER(Bordeaux).2004 ; 88: 710-4.

[17] JACK.D

Choix des thérapeutiques du cancer du rectum.

Recommandations pour la pratique clinique –Novembre 2005

Gastroenterol Clin Biol 2006 ; 30 :59-69.

[18]Smeth. K, Olsson. J ,Anderson . M ;Johansson . H.

Reduction of postoperative morbidity and mortality in patients with rectal cancer following the introduction of a colorectal unit.

Br J Surg 2002 ; 88:273-7.

[19]Bosset.J-F, Servagi-vernats.S , Créhange.G, Azria.D.

Cancers du rectum : volumes cible de la radiothérapie , bases rationnelles.

EMC :2011 ;15 ;431-435

[20]BENG GLIMELIUS .

Multidisciplinary treatment of patients with rectal cancer : development during the past decades and for the future .

Upsala journal of medical sciences .2012;117:225-236.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- * Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.**
- * Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité, la santé de mes malades sera mon premier but.**
- * Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.**
- * Je maintiendrai, par tous les moyens en mon pouvoir, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.**
- * Les médecins seront mes frères.**
- * Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'imposera entre mon devoir et mon patient.**
- * Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.**
- * Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances, médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.**
- * Je m'y engage librement et sur mon honneur.**

Déclaration de Genève,

1948

قسم ابقرراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

- في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:
- بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية؛
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه؛
- وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعلا صحة مريضى هدفي الأول؛
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي؛
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب؛
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي؛
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي؛
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها؛
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد؛
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسم بشرفي.
- والله على ما أقول شهيد.

جامعة محمد الخامس - الرباط
كلية الطب والصيدلة - بالرباط

أطروحة رقم: 07

سنة : 2015

علاج سرطان المستقيم

مستجدات (تجربة م.ج.ب.)

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : 2015.

من طرف
الآنسة : قاش نهال

المزودة في 05 يناير 1984 بتيفلت

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: المستقيم ، السرطان ، البتر.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة:

رئيس

السيد : محمد رشيد شقوف

أستاذ في الجراحة العامة

مشرف

السيد : محمد العبسي

أستاذ مبرز في الجراحة العامة

أعضاء

السيدة : اعتماد نصار

أستاذة مبرزة في طب الأشعة

السيدة : نادية بنزوبير

أستاذة مبرزة في طب الكبد والجهاز الهضمي