

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU RECTUM

Avec plus de 32 000 nouveaux cas par an, le cancer colorectal est le cancer le plus fréquent en France. Le cancer du rectum représente environ un tiers des cas, soit 11 000 cas par an environ. Il s'agit donc d'un cancer relativement fréquent, mais qui, probablement du fait de tabous qui le rendent encore un peu "honteux", est souvent diagnostiqué tardivement. Il touche autant l'homme que la femme, le plus souvent entre 50 et 70 ans.

C'est, comme dans la plupart des cancers, la précocité du diagnostic, qui permet d'obtenir les meilleurs résultats du traitement. L'attention doit donc être attirée par tout symptôme "anormal", et tout particulièrement par l'émission indolore de petites quantités de sang rouge par l'anus (encore appelées rectorragies), souvent sur les selles, ou par une modification du transit intestinal soit dans le sens de la diarrhée, soit au contraire de la constipation. La chirurgie représente l'élément essentiel du traitement du cancer du rectum. Celle-ci a beaucoup progressé depuis 20 ans. Elle n'est plus aujourd'hui synonyme d'anus artificiel définitif. Mais dorénavant, la prise en charge thérapeutique n'est plus uniquement chirurgicale. La réalisation d'une irradiation du rectum avant l'intervention (ou radiothérapie) permet de "préparer le terrain" à la chirurgie. L'association des deux permet d'obtenir une guérison chez près de deux patients sur trois.

Enfin, il est important d'avoir en tête que le cancer du rectum se développe à partir d'une petite excroissance sur la muqueuse du rectum (ou "polype") initialement bénigne. Une prévention du cancer du rectum est donc possible par ablation précoce de ces polypes par voie naturelle (lors de coloscopies). Cette ablation de polypes, qui constitue une prévention efficace du cancer colorectal doit être faite lors d'une surveillance régulière chez les patients "à risque" de cancer du rectum. C'est notamment le cas dans les familles de patients atteints de cancer du rectum (frères, soeurs, enfants de patients atteints de cancer colorectal).

RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

Anatomiquement, le rectum est la portion terminale du tube digestif située entre le côlon en haut (lui-même faisant suite à l'intestin grêle), et l'anus en bas (schéma anatomique de rectum).

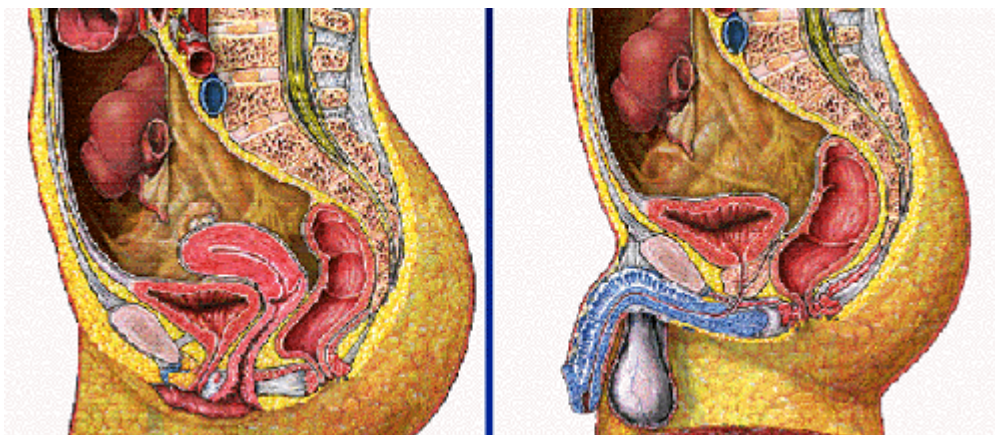


Figure 1 : Anatomie du rectum chez la femme et anatomie du rectum chez l'homme.



Le rectum est schématiquement un cylindre de 15 à 18 cm de long, de diamètre variable, étroit au niveau de sa jonction avec le côlon sigmoïde, plus large ensuite. Il est en avant du plan osseux constitué par le sacrum et le coccyx, et en arrière de l'appareil uro-génital (vessie, prostate chez l'homme, et vagin et utérus chez la femme).

La fonction principale du rectum est celle d'un réservoir qui permet de "stocker" les selles, entre chaque défécation. Quand le besoin d'aller à la selle se fait sentir (le volume des selles entraînant une distension du rectum), des mécanismes neurologiques complexes permettent la relaxation du sphincter de l'anus (qui assure en dehors de cette phase une continence parfaite), et donc l'émission volontaire de selles. Comme nous le verrons ultérieurement, l'ablation du rectum, nécessaire en cas de cancer, entraînera des conséquences physiologiques du fait de la perte de cette fonction de réservoir.

Enfin, autour du rectum cheminent des nerfs à destinée urinaire (pour la miction) et génitale (assurant chez l'homme l'érection et l'éjaculation). Ces nerfs peuvent parfois être lésés lors de l'intervention, ce qui peut entraîner des troubles génito-urinaires (voir ci-après).

Figure 2 :

rappports étroits entre les nerfs génito-urinaires et le rectum.



MODE DE DÉCOUVERTE

Les symptômes révélateurs du cancer du rectum sont la conséquence du développement dans la lumière rectale d'une "excroissance" muqueuse anormale, grossissant progressivement, qui prend ensuite l'aspect d'une véritable tumeur, plus dure que la muqueuse avoisinante, et qui peut dans certains cas atteindre toute la circonférence du rectum, en obstruer partiellement la lumière, voire même se développer en dehors de lui.

Au début, quand la tumeur est de petite taille, elle n'entraîne aucun symptôme. Ensuite, le développement de la tumeur s'accompagne d'une ulcération en son centre (sorte d'excavation centrale) qui saigne facilement. Elle est responsable du symptôme principal du cancer du rectum qui est l'émission de sang rouge par l'anus. Cette émission de sang rouge se fait le plus souvent de manière indolore, et lors de la défécation.

L'existence d'hémorroïdes, pathologie bénigne et très fréquemment responsable de saignements par l'anus, ne doit en aucun cas rassurer le patient, et encore moins le médecin. En effet, ce saignement impose rapidement un examen médical complet, comprenant un examen proctologique, et notamment un toucher rectal qui pourra parfois faire le diagnostic dès la première consultation en palpant une tuméfaction dure à bout de doigt. La normalité du toucher rectal, et la découverte d'hémorroïdes ne doit en aucun cas faire arrêter les investigations, car une tumeur rectale (mais aussi colique) plus haute située (et donc non palpable) peut être responsable de ces saignements. Un examen de l'ensemble du côlon et du rectum par une caméra (lors d'une coloscopie) s'impose systématiquement. Le deuxième signe "d'alarme" est la modification, souvent insidieuse, du transit intestinal, avec l'apparition d'une diarrhée, où à l'inverse d'une constipation. Plus que le type de trouble du transit, c'est plutôt la perturbation d'un transit jusque là régulier qui doit inquiéter le patient. Dans le cancer du rectum, elle peut aussi prendre la forme de ce que l'on appelle des "faux besoins", due à la tumeur qui se développe dans la lumière rectale, et qui donne la fausse sensation du besoin d'aller à la selle. Plus rarement, la tumeur est responsable de douleurs, parfois invalidantes.

LES MOYENS DU DIAGNOSTIC ET LE BILAN AVANT TRAITEMENT

Une fois le diagnostic suspecté (émission de sang par l'anus, trouble du transit, masse palpable au toucher rectal), le diagnostic va être confirmé par une coloscopie avec biopsie de la lésion. Cette preuve diagnostique est bien sûr essentielle avant tout traitement. Une fois le diagnostic posé, un bilan préthérapeutique est nécessaire. Il doit évaluer:

a) l'extension éventuelle de la tumeur en dehors du rectum:

En effet, la tumeur rectale peut grossir et essaimer à distance des cellules par voie sanguine ou lymphatique. Ces cellules peuvent s'arrêter dans des organes cibles comme le foie ou le poumon. On parle alors de métastases hépatiques ou pulmonaires. Ces métastases doivent être recherchées systématiquement par une échographie hépatique et une radiographie pulmonaire, voire par un scanner abdominal et thoracique.

La lésion peut aussi, plus rarement, se développer localement vers la prostate, ou le vagin par exemple. Si l'examen clinique peut le suspecter, il est souvent nécessaire de le confirmer par un scanner ou une IRM (imagerie par résonance magnétique) du petit bassin.

b) l'état général en vue de l'intervention chirurgicale:

Il est nécessaire de rechercher par un examen clinique simple et un interrogatoire du patient

les antécédents médicaux (infarctus, diabète, hypertension artérielle ... etc.) qui pourraient influencer sur le déroulement de l'intervention chirurgicale (notamment sur le plan anesthésique).

LA RADIOTHÉRAPIE PRÉOPÉRATOIRE

En cas de tumeur localisée sur la partie basse ou moyenne du rectum, c'est à dire en cas de lésion palpable au toucher rectal, il est actuellement admis par la plupart des équipes qu'il est préférable de faire un traitement par radiothérapie avant l'intervention chirurgicale. Cette irradiation, dont le but est d'envoyer des "rayons" exclusivement sur la zone du rectum et sur le petit bassin se fait habituellement en plusieurs séances pendant plusieurs semaines, sans qu'il soit néanmoins nécessaire pour le patient d'être hospitalisé. Ainsi, dans le protocole le plus souvent réalisé en France, cette irradiation a lieu 5 jours par semaine pendant 4 à 5 semaines. Le principe de la radiothérapie est de détruire par rayons les cellules tumorales, et de préparer le terrain pour la chirurgie. Cette "brûlure" due aux rayons entraîne souvent des diarrhées, et des brûlures de l'anus, qui disparaissent en quelques semaines après le traitement. La chirurgie n'est habituellement faite que 4 à 6 semaines après la fin de la radiothérapie, afin d'opérer le patient en dehors des phénomènes inflammatoires secondaires à la radiothérapie.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

La chirurgie a beaucoup progressé ces vingt dernières années dans le domaine du cancer du rectum. Les progrès ont concerné plusieurs domaines:

- tout d'abord, le risque opératoire. Si ce risque n'est pas nul, et ce quelque soit l'intervention chirurgicale, dans le cancer du rectum le risque de mortalité opératoire, c'est à dire de décès dans les suites immédiates de l'intervention est aujourd'hui abaissée à moins de 5%.
- Ensuite, dans celui de l'efficacité de la chirurgie. Aujourd'hui, l'ablation du rectum et des tissus avoisinants (encore appelée mésorectum) permet d'éviter une récurrence locale de la maladie qui n'est plus observée que dans 10% des cas environ.
- Enfin, dans le respect si possible du circuit digestif. En effet, l'ablation du rectum n'est plus synonyme aujourd'hui d'anus artificiel définitif. Dans plus de 80% des cas, la reconstruction d'un circuit digestif proche de l'état antérieur est possible.

a) données générales concernant l'intervention chirurgicale:

Tout d'abord, il s'agit d'une intervention qui est habituellement réalisée aujourd'hui par laparotomie, c'est à dire à travers une ouverture de l'abdomen par une grande cicatrice verticale sur l'abdomen. Il est aussi possible de réaliser l'intervention par coelioscopie, c'est à dire sans avoir besoin de faire une ouverture complète de l'abdomen. Néanmoins, le bénéfice éventuel de la coelioscopie n'est pas aujourd'hui clairement démontré dans le traitement du cancer du rectum. La coelioscopie n'est donc pas proposée à ce jour en routine dans le cancer du rectum.

La durée de l'intervention est d'environ 4 à 5 heures.



b) Principes généraux de l'intervention chirurgicale:

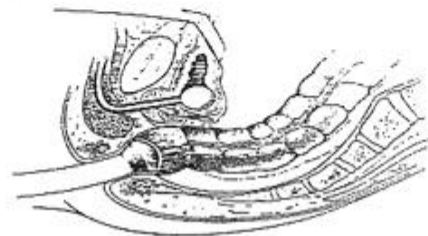
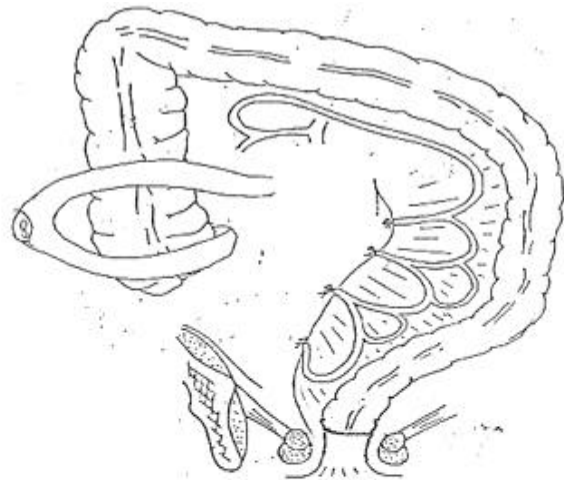
Afin d'opérer dans de bonnes conditions, c'est à dire avec un côlon le plus propre possible, une préparation colique par lavements et/ou ingestion orale d'une "purgé" est réalisée la veille de l'intervention.

L'intervention va consister à pratiquer une ablation totale ou partielle du rectum malade, puis en fonction des conditions locales un rétablissement de la continuité digestive, c'est à dire la mise bout à bout du côlon d'amont et de l'anus ou du moignon rectal restant d'aval. On va ainsi parler d'anastomose colorectale, en cas de mise bout à bout du côlon avec le moignon de rectum restant,

Figure 4 :

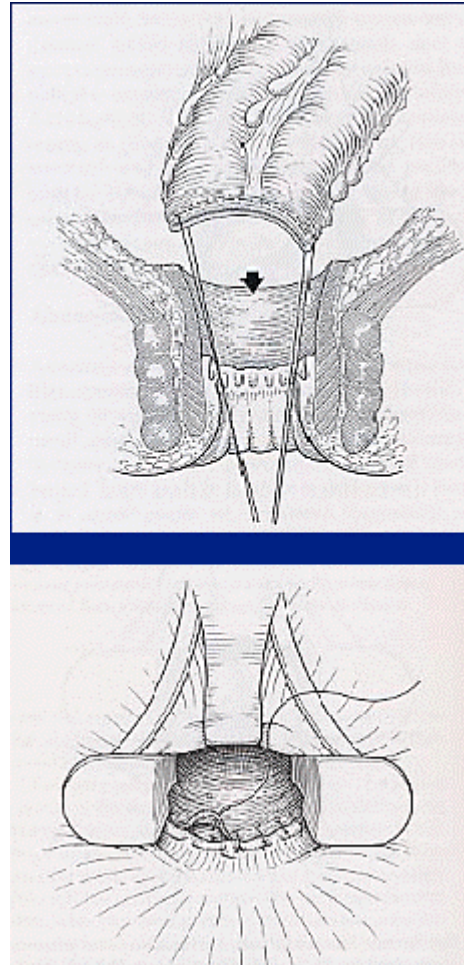
Anastomose colo-rectale avec iléostomie temporaire de protection.

Anastomose colo-rectale basse avec une pince mécanique.



ou d'anastomose colo-anale si l'ensemble du rectum a été enlevé, et si le côlon a été abouché avec l'anus.

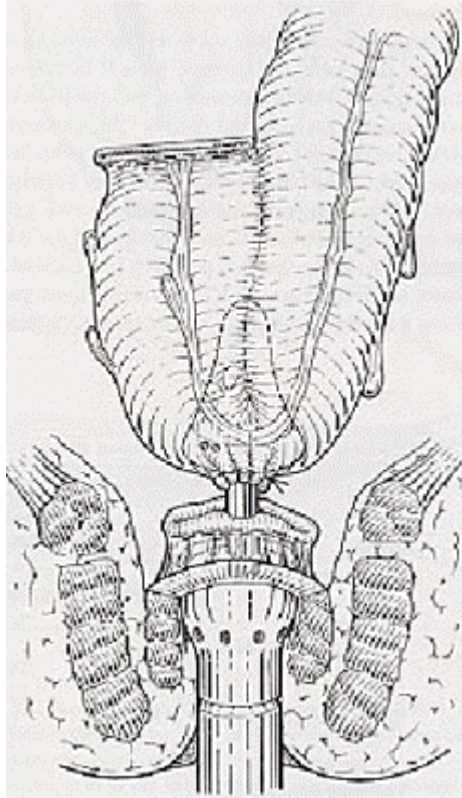
Figure 5 :
Anastomose colo-anale manuelle avec réservoir en J.



La perte du réservoir rectal est compensée par la réalisation d'un petit réservoir colique en forme de J qui est abouché sur l'anus ou le rectum.



Figure 6 :
Anastomose colo-rectale basse mécanique avec réservoir en J.



Dans ces deux cas, l'anastomose est protégée par un anus artificiel temporaire situé en amont, habituellement sur l'intestin grêle terminal.

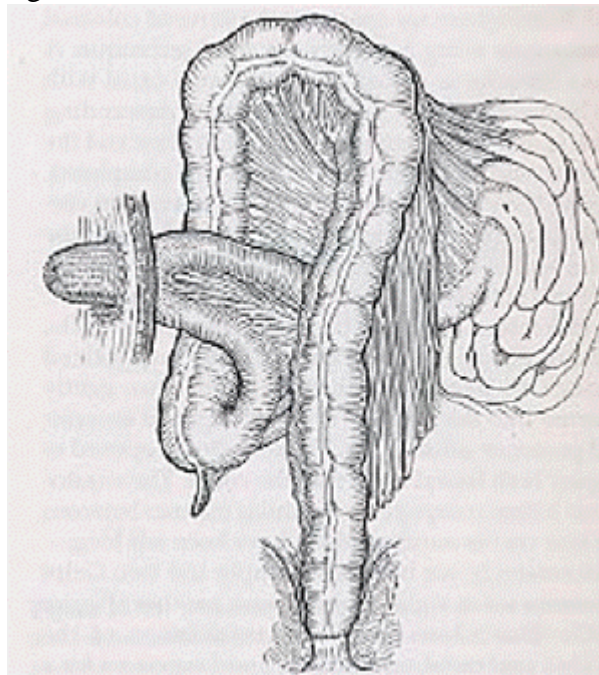


Figure 7 :
Montage final avec iléostomie de protection.



Cet anus artificiel, situé sur la partie droite et inférieure de l'abdomen, a pour objectif de "court-circuiter" temporairement l'anastomose colorectale, l'ensemble des selles sortant par cet anus artificiel. Ainsi, pendant la période de cicatrisation de l'anastomose colorectale, aucune selle ne passe à travers. C'est une sécurité utile uniquement en cas de mauvaise cicatrisation de l'anastomose (ou "fistule"), situation qui se rencontre chez environ 10% des patients, et qui n'a habituellement aucune conséquence clinique si il y a un anus artificiel en amont. Par contre, si l'anastomose colorectale n'est pas court-circuitée, cette fistule de l'anastomose peut entraîner un abcès voire une péritonite, nécessitant une réintervention chirurgicale non programmée. C'est la raison pour laquelle, la grande majorité des équipes chirurgicales réalise un anus artificiel de protection qui est habituellement fermé lors d'une deuxième intervention chirurgicale, de courte durée (1 heure environ), qui ne nécessite pas la réouverture complète de l'abdomen mais simplement une incision autour de cet anus artificiel. La durée d'hospitalisation pour cette deuxième intervention, réalisée habituellement 6 semaines à 2 mois après la première intervention est d'environ 5 jours. Dans environ 15 à 20% des cas, la localisation très basse de la tumeur sur le rectum nécessite, pour des raisons d'efficacité (afin de ne pas couper l'intestin trop près de la tumeur, mais avec une marge de sécurité d'au moins 2 cm), une ablation non seulement du rectum dans sa totalité mais aussi du sphincter de l'anus (encore appelée amputation abdomino-périnéale).

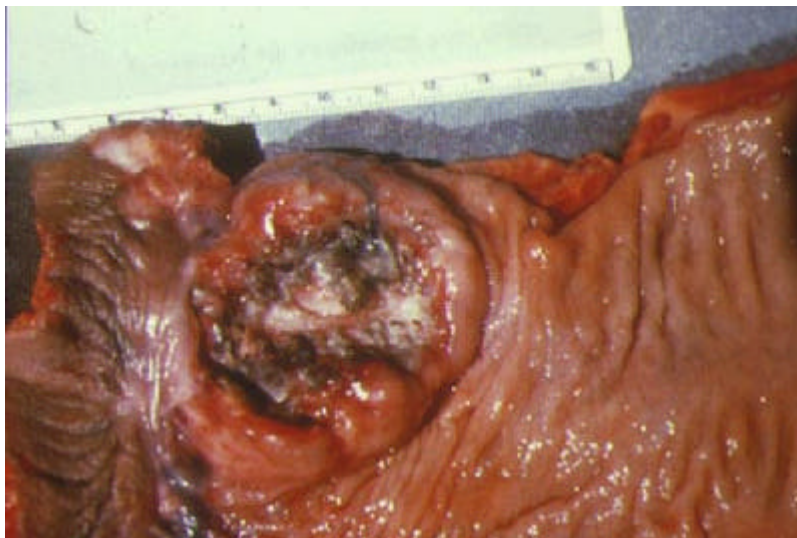


Figure 8 : Tumeur du bas rectum.

Dans cette situation, le rétablissement du circuit digestif est impossible, et on doit réaliser un anus artificiel définitif avec le côlon d'amont. Cette stomie définitive est placée dans la partie gauche et basse de l'abdomen.

c) Les différents temps opératoires lors d'une proctectomie pour cancer du rectum

L'intervention débute par une exploration de l'ensemble de la cavité abdominale, afin de rechercher une éventuelle dissémination de la tumeur rectale, notamment au niveau du foie. Ensuite, les différents temps opératoires sont:

- la libération complète du côlon gauche et du sigmoïde, afin de libérer l'ensemble du côlon d'amont qui sera abouché en bas à l'anus ou au moignon rectal restant;



- la section des vaisseaux mésentériques inférieures (artère et veine) permettant de réaliser ce que l'on appelle un curage ganglionnaire, c'est à dire l'ablation des relais ganglionnaires du rectum, où peut exister une dissémination de la tumeur ;

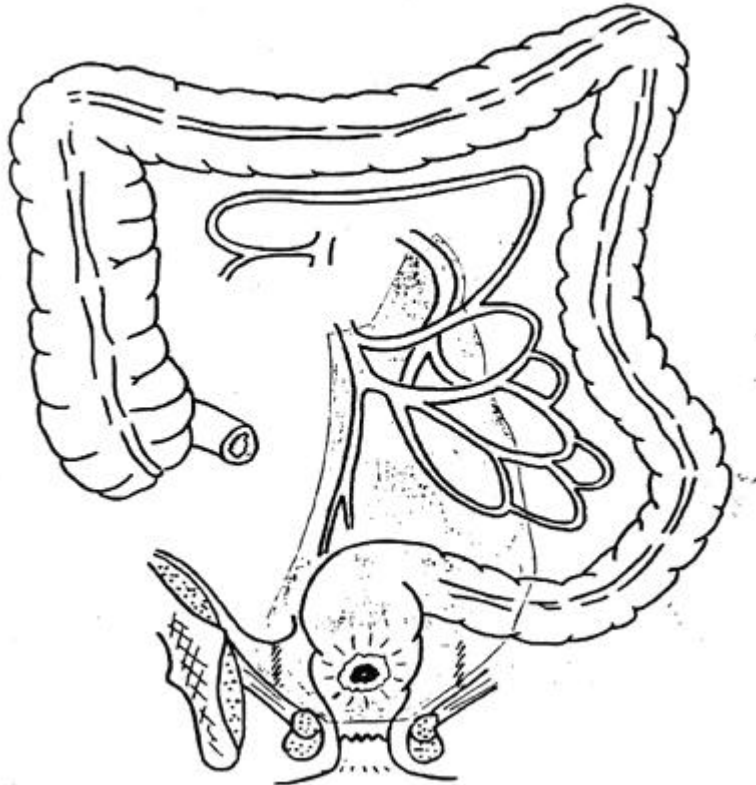


Figure 9 : Ablation du rectum ("proctectomie") et curage ganglionnaire pour cancer.

- la section du côlon à la jonction côlon gauche-côlon sigmoïde (qui est enlevée avec le rectum pour des raisons de vascularisation)
- la dissection du rectum en prenant soin d'enlever avec lui le mésorectum (tissu cellulo-graisseux péri rectal, siège de métastases ganglionnaires, et source de récurrence locale);
- la section rectale sous le pôle inférieur de la tumeur, c'est à dire avec une marge de sécurité d'au moins 2 cm sous la tumeur;
- la réalisation d'une anastomose, soit colorectale basse, soit colo-anale, soit beaucoup plus rarement d'une amputation abdomino-périnéale avec sacrifice sphinctérien, en fonction de la distance entre le pôle inférieur de la tumeur et la ligne pectinée ;
- la réalisation d'un anus artificiel temporaire (le plus souvent une iléostomie) de protection en cas d'anastomose basse.

d) Le choix du type d'intervention:

Le rectum peut être divisé schématiquement en trois parties, longue chacune de 5 à 6 cm: le haut, le moyen et le bas rectum.

En cas de cancer du haut rectum, l'intervention consiste à sectionner le rectum environ 5 cm sous le pôle inférieur de la tumeur, et ensuite à aboucher le côlon d'amont sur le moignon rectal restant (anastomose colorectale).

En cas de cancer du moyen ou du bas rectum, le choix entre anastomose colo-anale, colorectale basse et amputation abdomino-périnéale est guidée par le siège de la tumeur. Schématiquement, après dissection complète du rectum, on peut considérer que:

- l'amputation abdomino-périnéale est nécessaire si la tumeur est à moins de 2 cm du sphincter;
- l'anastomose colo-anale est nécessaire si la tumeur siège entre 2 et 4 cm environ du sphincter;
- l'anastomose colorectale basse est réalisable en pratique si la tumeur siège au moins à 4-5 cm du sphincter.

e) Résultats opératoires:

Actuellement, la mortalité opératoire est inférieure à 5% après proctectomie pour cancer. La morbidité (c'est à dire les complications dues à l'intervention) est essentiellement représentée par les infections postopératoires intra-abdominales, le plus souvent secondaires à une fistule anastomotique, dont les conséquences immédiates sont le plus souvent prévenues par la réalisation d'une iléostomie temporaire de protection. Parfois, un drainage sous scanner ou par voie trans-anales d'un abcès peut-être nécessaire. Globalement, on peut évaluer à 10% le nombre de patients qui vont avoir une infection postopératoire nécessitant un traitement spécifique.

En l'absence de complication postopératoire, la durée d'hospitalisation est d'environ 10 à 12 jours, prolongée par un arrêt d'activité d'environ 1 mois, puis par une réhospitalisation de 5 à 7 jours pour le deuxième temps opératoire de fermeture de la stomie de protection.

f) Résultats fonctionnels après ablation du rectum pour cancer:

La conséquence principale sur le plan fonctionnel (c'est à dire sur le transit intestinal et la défécation) de l'ablation du rectum est la perte du réservoir rectal. Ainsi, après l'intervention, les conséquences possibles pour le patient sont :

- une augmentation du nombre de selles par jour, avec quelque fois des selles la nuit
- un fractionnement des selles, c'est à dire l'impossibilité chez certains patients de faire une selle complète en une seule fois, mais au contraire la nécessité d'éliminer cette selle en plusieurs étapes parfois espacées de 15 à 30 minutes, l'ensemble pouvant durer 1 à 2 heures;
- des troubles de la continence, avec parfois des fuites de gaz, ou plus rarement de selles;
- l'ensemble de ces troubles peut nécessiter le port de garnitures, et la prise de médicaments ralentissant le transit intestinal;

En fait, ce résultat fonctionnel est fortement influencée par la hauteur de rectum restant sous l'anastomose. Ainsi, si il reste 5 cm ou plus de rectum sous l'abouchement, les patients n'ont aucun trouble majeur dans l'immense majorité des cas. Le risque de mauvais résultat fonctionnel se pose uniquement en cas d'anastomose coloanale ou colorectale basse. Il est important de savoir que ce résultat fonctionnel est habituellement mauvais dans la

période postopératoire immédiate, mais qu'il ne faut pas s'inquiéter, car celui-ci s'améliore ensuite avec le temps pendant la première année postopératoire. Ce résultat fonctionnel est aussi amélioré par la réalisation d'un réservoir colique en J. A l'inverse, il est moins bon chez le sujet âgé (il existe une altération naturelle de la fonction sphinctérienne avec l'âge), chez la femme ayant eu un traumatisme sphinctérien lors d'accouchement, et en cas de survenue d'une fistule anastomotique ou d'un abcès postopératoire intra-abdominal.

Un an après anastomose coloanale ou colorectale basse, une continence parfaite est observée dans 65 à 95% des cas. En moyenne, le nombre de selles par 24 heures varie de 2 à 3, et une bonne discrimination entre les gaz et les selles est observé chez 90 à 100% des patients (c'est à dire la capacité pour le patient de différencier les gaz et les selles). Enfin le taux d'impériosité (c'est à dire l'impossibilité de se "retenir" plus de 15 minutes quand survient le besoin d'aller à la selle) varie de 4 à 12% selon les séries.

g) le risque de complications sexuelles et urinaires:

Lors de l'ablation du rectum, un traumatisme des nerfs à destinée génitale et/ou urinaire est possible, mais doit au maximum être prévenu par une dissection prudente lors de l'intervention. Parfois, c'est le volume de la tumeur rectale qui impose un sacrifice nerveux pour être sûr d'enlever la tumeur avec une marge de sécurité suffisante. De toutes les façons, le patient doit être prévenu du risque d'impuissance et d'anéjaculation chez l'homme et de dyspareunie chez la femme (douleurs lors des rapports sexuelles) qui survient dans moins de 20% des cas.

CONCLUSIONS

Le cancer du rectum est une maladie fréquente. Le symptôme révélateur numéro un est l'existence de saignements par l'anus qui ne doivent en aucun cas être mis sur le compte d'hémorroïdes, mais doivent au contraire imposer une consultation médicale et le plus souvent une coloscopie. La chirurgie est souvent précédée aujourd'hui d'une radiothérapie qui améliore le contrôle local obtenu par la chirurgie. L'ablation chirurgicale du rectum (ou proctectomie) représente le traitement de référence du cancer du rectum. Sa technique est aujourd'hui bien codifiée dans ses grands principes. Elle permet d'obtenir un contrôle local de la maladie chez 90% des patients opérés, tout en préservant le sphincter de l'anus chez 80% des patients.