

ARTICLE ORIGINAL

CANCER DU RECTUM : ASPECTS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES EN CHIRURGIE GÉNÉRALE AU CHU GABRIEL TOURÉ

RECTAL CANCER: DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS IN GENERAL SURGERY

A TRAORE ¹ *, BT DEMBELE ¹, I DIAKITE ¹, A TOGO ¹, L KANTE ¹, A MAIGA¹, Y COULIBALY ², A KANTE¹, D DAOU¹, ML LEMINE¹, M KEITA ², DM DIANGO ³, G DIALLO ¹.

¹ Service de chirurgie générale CHU Gabriel TOURE

² Service de chirurgie pédiatrique CHU Gabriel TOURE

³ Service d'anesthésie et de réanimation CHU Gabriel TOURE

RÉSUMÉ

Introduction : le cancer du rectum est diagnostiqué à un stade tardif dans notre pays et le traitement est souvent palliatif. Nos objectifs étaient d'étudier les aspects diagnostiques et thérapeutiques du cancer du rectum.

Méthodologie : il s'agissait d'une étude rétrospective (janvier 1999 à décembre 2009) et a concerné tous les cas de cancer du rectum pris en charge dans le service de chirurgie générale du CHU-Gabriel Touré.

Résultats : nous avons colligé 40 dossiers (5,2% des cancers digestifs et 0,1% de nos consultations). L'âge moyen a été de 45,2 ans (extrêmes 20 et 80ans), et la sex-ratio = 1. Les principaux signes cliniques ont été : rectorragie 62,5%, anémie 42,5%, douleur abdominale 52,5%, le syndrome rectal 35% et une masse pelvienne palpable 32,5%. La tumeur était à 5 cm de la marge anale dans 42% (17 cas), 7cm dans 35% (14 cas) et 10 cm dans 22,5% (9cas). L'anorectoscopie fut effectuée chez 22 malades et a montré : une tumeur sténosante (27,2% : 6cas), bourgeonnante (40,9% : 9cas) et ulcéreuse (31,8% : 7cas). La tumeur siégeait dans l'ampoule rectale dans 65% (26cas) contre 35% (14cas) dans le bas rectum. Les métastases hépatiques ont été retrouvées dans 13% (4cas), et 9,6% (3cas) des malades avaient des localisations pulmonaires. L'adénocarcinome a été le type histologique dans 90% des cas. Le diagnostic de cancer a été posé à un stade tardif de la classification TNM : stade3 = 42,5% (17cas), stade4 = 45,5% (19cas). Le traitement à visée curative a été réalisé chez 32,5% (13cas) des malades. La survie à 5ans de 7,5%.

Conclusion : Le pronostic du cancer du rectum est mauvais dans notre pays en raison du stade tardif et l'absence de radiothérapie.

Mots Clés : Cancer – Rectum –Diagnostic - Chirurgie.

SUMMARY

Introduction: rectal cancer is diagnosed at late stage in our country and the treatment can often only be palliative. Our objectives were to study the diagnostic and therapeutic aspects of rectal cancer.

Method: this was a retrospective study from January 1999 to December 2009 and involved all cases of rectal cancer managed in general surgery department of the CHU Gabriel Touré.

Results: We have collected 40 cases (5.2% of digestive cancers and 0.1% of our consultations). The average age was 45.2 years (range 20 to 80 years) and sex ratio = 1. The main clinical signs were: rectal bleeding 62.5%, anemia 42.5%, 52.5% abdominal pain, rectal syndrome 35% and 32.5% palpable pelvic mass. The tumor was 5 cm from the anal verge in 42% (17 cases), 7cm in 35% (14 cases) and 10 cm in 22.5% (9cas). The anorectoscopy showed a rectal stenosis 27.2% (6cas), budding 40.9% (9cas) and ulcerative lesion 31.8% (7cas) on 22 patients who made this examination. The tumor was in the rectum (65% 26cas) versus 35% (14 cases) in the lower rectum. Liver metastases were found in 13% (4cas) and 9.6% (3 cases) of the patients had pulmonary localizations. Adenocarcinoma was the histological type in 90% of cases. The diagnosis of cancer was made at a late stage of the TNM classification: stade3 = 42.5% (17 cases), stade4 = 45.5% (19cas). The curative treatment was performed in 32.5% (13cas) patients. Survival at 5 years of 7.5%.

Conclusion: The prognosis of rectal cancer is bad in our country because of the late stage and the absence of radiation.

Keywords: Cancer - Diagnosis-Rectum - Surgery.

Tirés à part:

Dr TRAORE Alhassane, Maître Assistant en chirurgie générale, à la Faculté de médecine, Pharmacie et d'Odontostomatologie(FMPOS).
C.H.U Gabriel Touré, Bamako (MALI) BP : 267 Fax : 20 22 60 90 Tel: (00223) 76 43 21 30 / 6302797
Email: alhassanetraore2008@yahoo.fr

INTRODUCTION

Dans le monde l'incidence annuelle du cancer du rectum a été de 22,9/100.000 habitants chez la femme et 37,2/100.000 habitants chez l'homme [1]. Au Mali, il représente 41,6% des cancers colorectaux, selon une enquête réalisée en 2006 par l'Institut National de recherche en Santé Publique (INRSP). En dehors d'un traitement néo-adjuvant, le taux de récurrence locale après exérèse totale du méso-rectum est de 4% avec une morbidité de 12 à 38% et une mortalité de 1 à 9% avant 5 ans [2]. La chirurgie est le seul traitement à visée curative. Au Mali, nous ne disposons que de la chimiothérapie comme traitement néoadjuvant. Nous avons voulu étudier les aspects diagnostiques et thérapeutiques du cancer du rectum.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude rétrospective de janvier 1999 à décembre 2009 et a concerné tous les cas de cancer du rectum confirmé par l'histologie, pris en charge dans le service de chirurgie générale du CHU-Gabriel Touré. Les données recueillies ont été : les données démographiques, les facteurs de risque, les signes cliniques. L'anorectoscopie a permis d'objectiver les tumeurs et la réalisation des biopsies pour l'étude anatomopathologique. L'échographie abdominale a permis de rechercher les signes de localisation secondaire. La radiographie thoracique a servi à rechercher des métastases pulmonaires. Un examen anatomopathologique des pièces opératoires était systématique.

RÉSULTATS

Nous avons colligé 40 dossiers de cancer du rectum parmi 766 cas de cancers digestifs opérés durant la période d'étude soit 5,2% des cancers digestifs et 0,1% de nos consultations. L'âge moyen a été de 45,2 ans (extrêmes de 20 et 80ans), et la sex-ratio = 1. Les principaux signes cliniques ont été: la rectorragie (62,5%), l'anémie (42,5%), la douleur abdominale (52,5%), le syndrome rectal (35%) et une masse pelvienne palpable (32,5%). La rectorragie a été le premier signe d'appel dans 70% des cas. La tumeur était à 5 cm de la marge anale dans 42% (17 cas), à 7cm dans 35% (14 cas) et à 10 cm dans 22,5% (9cas). L'anorectoscopie fut effectuée chez 22 malades et a montré : une tumeur sténosante (27,2% : 6cas), bourgeonnante (40,9% : 9cas) et ulcéreuse (31,8% : 7cas). Le lavement baryté, réalisé chez 31malades a objectivé un rétrécissement dans 32,2% (10cas) et une image lacunaire dans 67,7% (21cas). La tumeur siégeait dans l'ampoule rectale dans la plupart des cas 65% (26cas) contre 35% (14cas) dans le bas rectum. Les métastases hépatiques ont été retrouvées dans 13% (4cas), et 9,6% (3cas) des malades avaient des

localisations pulmonaires. L'adénocarcinome a été le type histologique dans 90% des cas. Le diagnostic de cancer a été posé à un stade tardif de la classification TNM : stade3 = 42,5% (17cas), stade4 = 45,5% (19cas). Les patients ont été classés ASA3=70%(28cas), ASA4=22,5%(9cas).

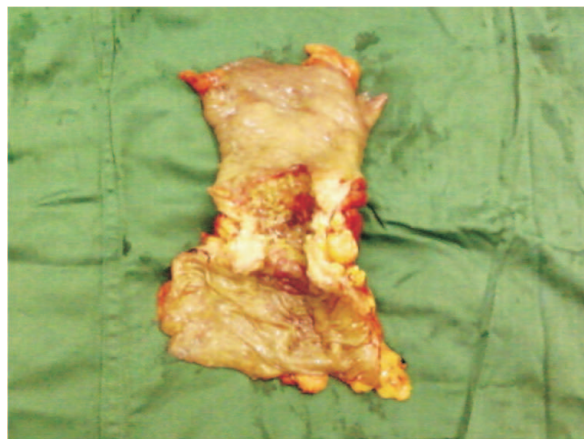
Le traitement à visée curative a été réalisé chez 32,5% (13cas) des malades : 4 anastomoses colo-anales, 2 colorectales, 7 amputations abdominopérinéales ; 45% (18cas) des malades ont eu un traitement palliatif : 13 Hartmann, 5 Bouillie Walkman. L'abstention a été de mise dans 9cas (22,5%) dont : 13% (4cas) en raison de métastases hépatiques, 9,6% (3cas) de métastases pulmonaires, 3,2% (1cas) d'ascite et 3,2% (1cas) de carcinose péritonéale. La morbidité a été de 16% (5cas) et la survie à 5ans de 7,5%.

DISCUSSION

Relativement peu fréquent, le cancer du rectum représente 5,2% des cancers digestifs opérés dans notre centre. Les patients sont des adultes jeunes (45ans en moyenne), comme dans de nombreuses séries d'auteurs Africains [3, 4, 5]. Dans les séries occidentales, les patients sont souvent plus âgés [6,7]. De nombreuses séries [7, 8, 9] ont rapporté une prédominance masculine. Nous avons trouvé une proportion égale d'homme et de femme ainsi que dans l'étude réalisée par Casanelli [4]. Les signes observés sont identiques à ceux de la littérature : premier signe d'appel dans 70% des cas, la rectorragie est d'abord isolée sans caractère spécifique. Elle ne devrait pas être attribuée à tort à des hémorroïdes et doit motiver une endoscopie rectale et colique chez les sujets de la quarantaine. Cette rectorragie retrouvée dans notre série dans 62,5% des cas est comparable aux séries africaines [10,11] mais à des taux inférieurs dans les séries américaines et européennes [12,13]. Cette différence est due à un dépistage de masse pratiqué dans ces pays à la recherche de sang dans les selles par l'hémocult et une consultation rapide à la moindre alerte. Le toucher rectal permet d'avoir accès aux tumeurs du bas et du moyen rectum et doit être toujours réalisé en première intention. L'anorectoscopie doit être pratiquée en première intention devant une suspicion diagnostique (ou une coloscopie qui permet la recherche de tumeurs synchrones). Elle permet de retrouver la tumeur et de réaliser des biopsies en vue du diagnostic de confirmation. Le siège au niveau de l'ampoule rectale retrouvé chez 65% (26cas) de nos patients dénote de la fréquente localisation de cette tumeur [11,14].

La chirurgie est le seul traitement à visée curative. L'exérèse totale du mesorectum préconisée par HEALD a diminué le taux des récurrences locales [15]. La conservation sphinctérienne a connu des progrès importants de 27,9% entre 1976 et 1980 à 39,5%

entre 1981 et 1985 dans la série de l'AFC [16]. En raison du stade avancé des tumeurs, 77,5% (31 cas) ont pu être opérés dont 32,5% (13 cas) de chirurgie à visée curative. Le taux de survie à 5 ans est inférieur à ceux de la plupart des auteurs occidentaux [9, 17].



Cancer du rectum pièce opératoire n° 2

CONCLUSION

L'amélioration de la survie passe par un diagnostic précoce. Rares sont les patients qui ont pu bénéficier d'une chirurgie à visée curative en raison du stade auquel le diagnostic est fait.



Cancer du rectum pièce opératoire n° 2

REFERENCES

1. Daniel Eilstein, Guy Hedelin, Paul Schaffer. Incidence du cancer colorectal dans le Bas-Rhin : tendance et projection jusqu'en 2009 Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique, Faculté de médecine de Strasbourg Bulletin du cancer 2009; 87:595-599
2. Gastinger I, Marusch F, Steinert R et al. Protective defunctioning stoma in low anterior resection for rectal cancer carcinoma. Br J Surg. 2005; 92: 1137-1142
3. Ayité AE, Dosseh E, Senah K, Etey K, Napo-Koura G, James K. Epidémiologie descriptive des cancers digestifs au Togo. J Afr. Chir digest 2001; 1:10-16.
4. Casanelli JM, Blegole C, Moussa B, N'dri J, Aboua G, Yamossou F, Sidibé A, Keli E, N'guessan HA. Cancer du rectum. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos de 16 cas au CHU de Treichville. Mali médical 2005 ; 21-23
5. J.F. Peko, J.R. Ibara, J.M. Dangou, C. Gombe Mbalawa. Profil histo-épidémiologique de 375 cancers digestifs Primitifs au CHU de Brazzaville. Med Trop 2004 ; 64 : 168-170
6. N. Pirró, M. Ouaiissi, I. Sielezneff, A. Fakhro, A. Pieyre, B. Consentino, B. Sastre. Faisabilité de la chirurgie colorectale sans préparation colique. Etude prospective. Ann Chir 2006; 131: 442-446.
7. Yon Kei Lim, Wai Lun Law, Rico Liu, Jensen TC Poon, Joe FM Fan, Oswens SH Lo. Impact of neoadjuvant treatment on total mesorectal excision for ultra-low rectal cancers. World journal of surgical oncology 2010; 8:23
8. An-Gao Xu, Zhi-Jin Yu, Bo Jiang, Xin-Ying Wang, Xu-Hui Zhong, Ji-Hong Liu, Qiu-Yun Lou, Al-Hua Gan. Colorectal cancer in Guangdong province of China: A demographic and anatomic surgery. World J Gastroenterol 2010; 28, 16 (8):960-965

9. Michele Grande, Giovanni Milito, Grazia Maria Attinà, Federica Cadeddu. Evaluation of clinical, laboratory and morphologic prognostic factors in colon cancer. *World Journal of Surgical Oncology* 2008; 6: 98-101
10. M. Fadlouallah, N. Benzoubeir, Ierrabih. H. E. Krami, M. Ahallat, L. Ouazzani. Cancer colorectal chez le sujet jeune: à propos de 40 cas. *J. Afr. Cancer* 2010; 2: 112-115
11. N' Guessan HA et al Thérapeutique des cancers du rectum en milieu hospitalier en Cote d'Ivoire. *Mali Médical* 2005; TXX, n°4
12. Robert H Fletcher The diagnosis of colorectal cancer in patients with symptoms: finding a needle in a haystack. *BMC Medicine* 2009; 7: 18
13. Jochim S Terhaar Sive Droste, Mike E Craanen, Rene WM Van Der Hulst, Joep F Bartelsman, Dick P Bezemer. Colonoscopic Yield of colorectal neoplasia in daily clinical practice. *World J Gastroenterol* 2009; 15(9): 1085-1092
14. Alberto Vannelli, Luigi Battaglia, Elia Poiasina and Emanol Le. Diagnosis of rectal cancer by tissue resonance interaction method. *BMC Gastroentérol* 2010; 10-35
15. MAC Farlane JK, Ryall RDH, Heald RJ. Mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet* 1993; 341:457-460.
16. Malafosse M, Fourtanier G. Le traitement des cancers du rectum. Monographie de l'Association Française de Chirurgie. Masson, Edition (Paris) 1987.
17. Karl Y. Bilimoria, David J. BENTREM, Joseph M. Feinglass, Andrew K. Stewart, and David P. Winchester Directing surgical quality improvement initiative: comparison of perioperative mortality and long-term survival for cancer surgery. *J Clin Oncol* 2008; 26:4626-4633