

Un petit cancer du bas rectum

Christophe PENNA

Service de Chirurgie Digestive, Fédération des Spécialités Digestives, Hôpital Ambroise Paré, 9, avenue du Général de Gaulle, 92104 Boulogne Cedex.

Observation

Une femme de 50 ans, pesant 90 kg pour 1m70 consultait pour des rectorragies minimales évoluant depuis un mois sans trouble du transit ni syndrome rectal. Dans ses antécédents on notait une appendicectomie dans l'enfance, une cholécystectomie pour lithiase cholestérolique par voie coelioscopique il y a 10 ans, 2 césariennes et une abdomino-plastie par incision transversale sus-pubienne pour obésité. L'examen clinique était normal. Au toucher rectal, on palpait une tumeur bourgeonnante de 1,5 cm de diamètre de la face postérieure du bas rectum, molle, mobile, dont le pôle inférieur était situé 2 cm au-dessus de l'appareil sphinctérien. Une coloscopie totale permettait l'ablation complète de 2 polypes de 5 mm (côlon droit et sigmoïde) et visualisait une tumeur bourgeonnante à 5 cm de la marge anale. L'examen anatomopathologique montrait un aspect d'adénocarcinome lieberkhu-nien bien différencié et infiltrant au niveau de la tumeur rectale et d'adénomes tubuleux sans signe de dysplasie au niveau des polypes coliques. En échocendoscopie, l'échostructure de la lésion rectale évoquait une tumeur vilieuse dégénérée se développant exclusivement dans la sous-muqueuse, sans atteinte de la musculature ; il n'y avait pas d'adénopathie péri-tumorale. La tumeur était donc classée uT1N0. La radiographie pulmonaire était normale. L'échographie hépatique notait un aspect hyperéchogène du parenchyme, en rapport avec de la stéatose, sans anomalie focale. Le bilan biologique standard et le bilan hépatique étaient normaux.

Question 1 : Parmi les traitements suivants, lequel vous paraît le plus adapté ? (une réponse)

1. Mucosectomie endoscopique
2. Exérèse chirurgicale par voie trans-anale
3. Radiothérapie externe de 25 Gy puis exérèse rectale « inter sphinctérienne »
4. Radiothérapie de 45 Gy
5. Amputation abdomino-périnéale

Réponse : 2

Il s'agit d'un petit cancer du bas rectum chez une patiente jeune sans antécédent notable. L'objectif principal du traitement est d'obtenir la guérison complète de ce cancer. Le pôle inférieur de la tumeur étant situé au-dessus de l'appareil sphinctérien, et celle-ci ne dépassant pas la musculature, cet objectif est au mieux atteint par une exérèse complète du rectum et du mésorectum, qui permet l'ablation complète du cancer et de son territoire de drainage lymphatique, la continuité digestive pouvant être

rétablie par une anastomose colo-anale. Il n'y a donc pas de raison d'envisager une amputation abdomino-périnéale (réponse 5) qui se discute pour les cancers envahissant l'appareil sphinctérien, ni une exérèse inter-sphinctérienne (réponse 3), indiquée lorsque la tumeur est située à moins de 1 cm de l'appareil sphinctérien mais reste limitée à la musculature rectale.

Chez cette patiente obèse, la proctectomie avec anastomose colo-anale comporte des risques opératoires (phlébite, embolie pulmonaire, transfusion, abcès de paroi, voire de complications septiques péri-anastomotiques). Par ailleurs, elle détermine presque toujours une altération de la fonction intestinale, avec essentiellement des difficultés d'évacuation et un fractionnement des selles, même si elle est réalisée avec un réservoir colique. Par conséquent, en raison du caractère apparemment très limité de ce cancer et des inconvénients potentiels de l'anastomose colo-anale, il est logique de discuter une alternative thérapeutique, à condition qu'elle offre une probabilité de guérison quasiment équivalente avec des inconvénients moindres. La radiothérapie externe à la dose de 45 Gy n'est pas une option satisfaisante car elle ne permet pas de déterminer le stade exact de la tumeur, essentiel pour évaluer le risque de métastase ganglionnaire. Elle comporte également des complications à court et à long terme, et surtout la probabilité de guérison reste inférieure à celle obtenue avec un traitement chirurgical, même si la tumeur est réellement T1N0. La mucosectomie endoscopique ou chirurgicale permet l'ablation d'une tumeur limitée à la muqueuse, en passant en profondeur dans le plan sous-muqueux. Elle ne permet donc pas l'ablation d'un cancer invasif avec des marges carcinologiquement satisfaisantes. En revanche, l'exérèse par voie trans-anale enlève toute la paroi rectale ainsi que le mésorectum en regard, permettant de mesurer le degré d'extension pariétale sur la pièce et ainsi d'évaluer le risque de métastase ganglionnaire qui conditionne la conduite ultérieure. Les taux de récurrence après exérèse locale d'un cancer T1N0 du bas rectum sont comparables à ceux obtenus après chirurgie radicale [1, 2], en revanche, le risque opératoire est beaucoup plus faible et la fonction intestinale non modifiée par l'intervention.

Question 2 : Parmi les critères suivants, lesquels contre-indiquent a priori une exérèse par voie trans-anale à visée curative ? (choix multiple)

1. Diamètre tumoral supérieur à 3 cm
2. Siège à plus de 5 cm de la marge anale
3. Stade uT2
4. Tumeur indifférenciée
5. Tumeur à développement antérieur

Réponses : 1, 3 et 4

Pour pouvoir envisager une résection par voie trans-anale, la tumeur doit être facilement accessible, ce qui est généralement le

cas si elle est située à moins de 8 cm de la marge anale. Il faut également que l'exérèse permette d'emporter des marges latérales de 1 cm sans déterminer de sténose rectale, ce qui requiert un diamètre tumoral inférieur à 3 cm ou à 40 % de la circonférence rectale [3-6]. Pour des raisons carcinologiques, la tumeur ne doit pas atteindre la musculuse [1, 2, 10, 11], ni être indifférenciée, le risque de récurrence locale atteignant 63 % [7-9]. Une tumeur développée à la face antérieure du rectum n'est pas une contre-indication mais la quasi inexistence de tissu cellulolympathique (mésorectum) à la face antérieure du moyen et du bas rectum, augmente le risque de complication après exérèse trans-pariétale, notamment de fistule recto-vaginale, et limite l'efficacité carcinologique.

Suite de l'observation

Une résection par voie trans-anale emportant toute la paroi rectale et une partie du mésorectum adjacent a été réalisée. Les suites ont été simples. L'examen anatomo-pathologique concluait à un adénocarcinome lieberkhunien bien différencié, infiltrant la partie superficielle de la musculuse sans la dépasser ; l'exérèse avait été complète, emportant des marges latérales de 1 cm et de 5 mm en profondeur ; il n'y avait pas d'embolie tumoral vasculaire ni d'invasion péri-nerveuse.

Question 3 : Quelles sont les propositions exactes ? (choix multiple)

1. L'examen anatomo-pathologique est incomplet
2. Il s'agit d'un stade pT2
3. Le risque de métastase ganglionnaire est de l'ordre de 3 %
4. Le risque de récurrence locale est de l'ordre de 10 %
5. La survie spécifique est de l'ordre de 90 % à 5 ans

Réponse : 2

L'examen anatomo-pathologique donne toutes les informations nécessaires à la prise en charge thérapeutique du patient : infiltration en profondeur (T), marges latérales et profondes, degré de différenciation, présence d'embolies vasculaires ou d'invasion péri-nerveuse. Une revue récente de 22 études d'exérèse locale de petits cancers du bas rectum [12], estime qu'en cas de tumeur limitée à la sous-muqueuse (pT1), le risque de métastase ganglionnaire est de l'ordre de 3 % (0 % à 10 %), le risque de récurrence locale après exérèse trans-anale carcinologiquement satisfaisante est inférieur à 10 %, et la survie à 5 ans est de 90 % à 100 %. En cas d'infiltration de la musculuse (pT2), le risque de métastases ganglionnaires est de l'ordre de 20 % (12 à 28 %), celui de récurrence locale de 20 % à 37 % (pour des tumeurs bien différenciées avec des marges de résection histologiquement saines) et la survie spécifique de l'ordre de 55 à 80 % à 5 ans [12].

Question 4 : Que proposez-vous à la patiente ? (une réponse)

1. Surveillance clinique et écho-endoscopique et traitement en cas de récurrence
2. Radiothérapie complémentaire de 45 Gy
3. Amputation abdomino-périnéale « de rattrapage »
4. Radiothérapie de 45 Gy puis anastomose colo-anale
5. Proctectomie et anastomose colo-anale d'emblée

Réponse : 5

La réponse à la question 3 montre clairement que l'exérèse locale seule, qui peut être une alternative recevable à une AAP en cas de tumeur T1, n'est pas acceptable pour une tumeur T2. La radiothérapie complémentaire à des doses supérieures à 50 Gy ou en boost a été suivie de taux de récurrence locale inférieurs à 5 % à 4 ans dans quelques courtes séries [12]. Dans la plupart des études, la radiothérapie après exérèse locale de cancer T2 diminuait de moitié le risque de récurrence locale, qui était donc de l'ordre de 10 %, similaire à celui observé après chirurgie seule avec exérèse du mésorectum pour des tumeurs T3 ou N+. L'association radio-chimiothérapie semble plus efficace que la radiothérapie seule, mais au prix de toxicité : 47 % de toxicité grade 3-4 dans une série de 51 patients ayant eu une exérèse complète par voie trans-anale d'un adénocarcinome T2 bien différencié, traités ensuite par radiothérapie (54 Gy) et 5FU. Par conséquent, en l'état actuel des connaissances, après exérèse complète d'un cancer T2 du bas rectum, le traitement complémentaire le plus efficace est la résection rectale avec exérèse complète du mésorectum, avec ou sans conservation de l'appareil sphinctérien selon la localisation tumorale. La radio-chimiothérapie peut se discuter en cas d'inopérabilité ou lorsque la chirurgie nécessite une amputation abdomino-périnéale refusée en connaissance de cause par le patient. Dans le cas présent, pour les raisons évoquées en réponse à la question 1, une proctectomie suivie d'anastomose colo-anale est tout à fait envisageable. Il n'y a pas lieu de la précéder par une radiothérapie car : a) l'efficacité de la radiothérapie pré-opératoire n'a jamais été montrée pour les cancers T2 ; b) l'exérèse locale trans-pariétale s'accompagne d'une effraction du mésorectum qui complique la chirurgie ultérieure. Une radiothérapie, par l'inflammation et la fibrose qu'elle entraîne, compliquerait encore plus la difficulté du geste opératoire et augmenterait le risque de complication. En revanche, la radiothérapie aurait pu être discutée avant proctectomie si la résection par voie basse avait été incomplète avec des marges envahies.

Conclusion

Une exérèse locale emportant toute la paroi rectale avec des marges latérales de 1 cm est un traitement possible des cancers uT1N0 du bas rectum bien différenciés, mesurant moins de 3 cm de diamètre, notamment en cas de risque opératoire élevé ou lorsque l'alternative chirurgicale est une amputation du rectum. Une chirurgie d'exérèse rectale complémentaire doit être envisagée lorsque l'examen de la pièce opératoire montre des facteurs pronostiques péjoratifs tels que l'envahissement de la musculuse, des embolies tumorales vasculaires, un envahissement péri-nerveux, un contingent indifférencié ou encore des marges de résection envahies. En cas de refus, une radio-chimiothérapie peut être proposée mais son bénéfice est inférieur à celui d'une exérèse carcinologique.

RÉFÉRENCES

1. Garcia-Aguilar J, Mellgren A, Sirivongs P, Buie D, Madoff RD, Rothenberger DA. Local excision of rectal cancer without adjuvant therapy. A word of caution. *Ann Surg* 2000;231:345-51.
2. Mellgren A, Sirivongs P, Rothenberger DA, Madoff RD, Garcia-Aguilar J. Is local excision adequate therapy for early rectal cancer? *Dis Colon Rectum* 2000;43:1064-74.

3. Steele GD Jr, Herndon JE, Bleday R. Sphincter-sparing treatment for distal rectal adenocarcinoma. *Ann Surg Oncol* 1999;6:433-41.
4. Bleday R, Breen E, Jessup JM, Burgess A, Senovich SM, Steele GD Jr. Prospective evaluation of local excision for small rectal cancers. *Dis Colon Rectum* 1997;40:388-92.
5. Benoist S, Panis Y, Martella L, Nemeth J, Hautefeuille P, Valleur P. Local excision of rectal cancer for cure: should we always regard rigid pathologic criteria? *Hepatogastroenterology* 1998;45:1546-51.
6. Morson BC. Histological criteria for local excision. *Br J Surg* 1985;Suppl:S53-8.
7. Stearns MW Jr, Sternberg SS, DeCosse JJ. Treatment alternatives. Localized rectal cancer. *Cancer* 1984;54:2691-4.
8. Kim DG, Madoff RD. Transanal treatment of rectal cancer: ablative methods and open resection. *Semin Surg Oncol* 1998;15:101-13.
9. Biggers OR, Beart RW Jr, Ilstrup DM. Local excision of rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1986;29:374-7.
10. Chakravarti A, Compton CC, Shellito PC. Long-term follow-up of patients with rectal cancer managed by local excision with and without adjuvant irradiation. *Ann Surg* 1999;230:49-54.
11. Taylor RH, Hay JH, Larsson SN. Transanal local excision of selected low rectal cancers. *Am J Surg* 1998;175:360-3.
12. Sengupta S, Tjandra JJ. Local excision of rectal cancer: what is the evidence? *Dis Colon Rectum* 2001;44:1345-61.