

## La Stratégie thérapeutique dans la prise en charge du cancer du rectum : étude rétrospective sur 6 ans (2007 - 2012)

J. LOUKILI, R. BENELKHAÏAT BENOMAR, B. FINECH\*

\*Service de chirurgie viscérale. Hôpital Ibn Tofail. CHU Mohammed VI. Marrakech

### ملخص

سرطان المعى المستقيم هو سرطان متردد على الصعيد العالمي و في المغرب. عرف علاجه تطورا كبيرا ولكن تنبؤه يبقى مأساويا بسبب تأخر التشخيص. شملت دراستنا 76 حالة سرطان معي مستقيم ما بين سنتي 2007 و 2012 في مصلحة جراحة الجهاز الهضمي بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش. كان متوسط العمر للحالات هو 46 سنة، مع غالبية للذكور (56,6%). تمثلت الاعراض السريرية، خصوصا في نزيف الدم من المعى المستقيم (82%). كشف المس المستقيمي عن تركيز الورم في المعى المستقيم السفلي عند 43 حالة (56,6%). تم إجراء الفحص بالمنظار للمعي المستقيم لدى كل الحالات. النوع النسيجي للعينة كان من فئة السرطان الغدي الليبيركوني و ذلك عند 68 من الحالات (89,4 %). مع تباين جيد لدى 52,9% من الحالات. اعتمد تحديد حصىلة انتشار الورم على التصوير المقطعي للبطن و الحوض و قد تم إجراؤه لدى كل الحالات المرحلة II كانت هي الأكثر ترددا (48,6%). العلاج المساعد القلي الذي تم تطبيقه كان علاجا كيميائيا لدى 52% من الحالات و علاجا اشعاعيا لدى 46% من الحالات. في حين، تم الجمع بينهما عند 19% من الحالات. قابلية الجراحة كانت لدى 92,5% من الحالات. الشق كان بواسطة النهج بالمنظار لدى 14,3% من الحالات مع التحويل الى الشق المتوسط للبطن لدى 80% من الحالات. الجراحة كانت محافظة لدى 66,6% من الحالات مع 26,3% من حالات مفاغرة القولون و مستقيم الشرج المؤجلة؛ بينما كانت الجراحة جذرية عند 22% من الحالات. من خلال دراستنا كانت الإستراتيجية المتبعة في غالبية الحالات هي الجمع بين العلاج الكيميائي و العلاج الإشعاعي متبوعين بالجراحة و ذلك كما تنص عليه غالبية الاتفاقيات. عرف معدل المرضى المستقيمين من العلاج الإشعاعي ارتفاعا بفضل افتتاح مصلحة العلاج الإشعاعي بالمستشفى الجامعي. نسبة الجراحة المحافظة كانت عالية و ذلك بفضل اعتماد تقنيات جراحية جديدة للمفاغرة و اعتماد العلاج المساعد.

الكلمات الأساسية سرطان المعى المستقيم-جراحة-علاج كيميائي-علاج إشعاعي.

### Résumé

Le cancer du rectum est un cancer fréquent à l'échelle mondiale et au Maroc. Son traitement a connu plusieurs progrès, mais son pronostic reste mauvais en raison du retard diagnostic. Notre étude a porté sur 76 cas de cancer du rectum, de 2007 à 2012, recrutés au sein du service de chirurgie viscérale du centre hospitalier universitaire Mohamed VI à Marrakech. L'âge moyen des malades a été de 46 ans, avec une prédominance masculine (56,6 %). Les signes cliniques étaient prédominés par les rectorragies (82%). Au toucher rectal, la tumeur siégeait au bas rectum dans 43 cas (56,6%). La rectoscopie a été faite dans tous les cas. Le type histologique à la biopsie était un adénocarcinome lieberkuhnien dans 68 cas (89,4%), bien différencié dans 52,9%. Le bilan d'extension basé sur la tomodesitométrie abdominopelvienne a été fait dans tous les cas. Le stade II était le plus fréquent (48,6%). Le traitement néoadjuvant qui a été fait en pratique, a été, surtout, de type chimiothérapie chez 52 % des cas, radiothérapie chez 46% des cas, alors que l'association radio chimiothérapie n'a pas été faite que chez 19% des cas. Le taux d'opérabilité était de 92,5%. Dans 14,3% des cas, la voie d'abord était par laparoscopie, avec conversion dans 80% des cas, alors que la laparotomie a été adoptée dans 86% des cas. La chirurgie était conservatrice chez 66,6% des cas, avec 26,3% d'anastomose colo anale différée et elle était mutilante chez 22% des cas. Dans notre série, l'association radio chimiothérapie préopératoire devient le standard suivi, comme le recommandent les différents consensus récents. Le taux des patients bénéficiant de la radiothérapie a connu une augmentation du fait de l'installation d'un service de radiothérapie au niveau du centre hospitalier universitaire. Le taux de la chirurgie conservatrice est élevé dans notre série, ce qui rejoint les constatations des différentes séries et ceci en raison des nouvelles techniques d'anastomoses et du traitement néoadjuvant.

**Mots clés** cancer du rectum- chirurgie- chimiothérapie- radiothérapie.

### Summary

Rectal cancer is a common cancer in the world and in Morocco. Its treatment has been progressed, but its prognosis remains poor because of the late diagnosis. Our study included 76 cases of rectal cancer from 2007 to 2012, recruited in the service of Visceral Surgery, Mohamed VI University hospital in Marrakech. The average age of patients was 46 years, with a male predominance (56.6%). The Clinical signs were predominated by rectal bleeding (82%). At rectal examination, the tumor was in the lower rectum in 43 cases (56.6%). Rectoscopy was made in all cases. The histology at biopsy was: lieberkuhnian adenocarcinoma in 68 cases (89.4%), well differentiated in 52.9%. The Staging was based on abdomen and pelvis computerized tomography, which has been done in all cases. stage II was the most common (48.6%). The Neoadjuvant treatment has been done by Chemotherapy in 52% of cases, radiotherapy in 46% of cases while the association radichemotherapy has been done in 19% of cases. The operability rate was 92.5%. In 14.3% cases, the surgical intervention was by laparoscopy that has been converted in 80% of cases, whereas laparotomy was adopted in 86% of cases. Surgery was conservative in 66.6% of cases, with 26.3% of deferred coloanal anastomosis and it was mutilating in 22% of cases. In our series, the preoperative association of radio chemotherapy becomes the followed standard, as recommended by several recent consensus. The rate of patients receiving radiotherapy has increased thanks to the installation of a radiotherapy department at the university hospital. The rate of conservative surgery is high in our series, which joins the findings of the various series and thanks to the new technology of anastomoses and neoadjuvant treatment.

**Key words** rectal cancer- surgery- chemotherapy-radiotherapy

### Introduction

Le cancer colorectal représente un problème majeur de santé au Maroc ; il occupe la première place parmi les cancers digestifs

(40,3%) selon l'institut national d'oncologie [1]. Son diagnostic repose sur le toucher rectal avec étude histologique de la biopsie prélevée

lors la rectoscopie. La chirurgie demeure le traitement de base ; le traitement préopératoire, fait de radio- chimiothérapie, permet un meilleur contrôle local et une conservation sphinctérienne. Le pronostic de ce cancer reste péjoratif malgré les progrès thérapeutiques, à cause du retard du diagnostic. Le but de ce travail est de dégager les facteurs épidémiologiques ainsi que les modalités thérapeutiques et de les comparer aux données de la littérature.

### Matériel et méthodes

Notre étude est rétrospective portant sur 76 cas de cancer du rectum hospitalisés au service de chirurgie viscérale au centre hospitalier universitaire Mohamed VI à Marrakech. Durant une période allant de janvier 2007 à décembre 2012. Le recueil des données a été réalisé à partir des données du service de chirurgie viscérale et de celui de l'oncologie. Une fiche d'exploitation a été établie, visant à préciser les profils épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des malades.

### Résultats

Dans notre étude, 76 cas de cancer de rectum ont été recrutés au sein du service, dont 33 femmes, soit 43,4% et 43 hommes, soit 56,6%. La moyenne d'âge était de 46 ans (17-75 ans). L'antécédent de polype adénomateux était retrouvé chez un cas et la polyposose recto-colique familiale dans un cas. Les signes cliniques étaient dominés par les rectorragies isolées (82%), suivies par les troubles de transit (53%). Au toucher rectal la tumeur siégeait au bas rectum dans 43 cas (56,6%), au moyen rectum dans 12 cas (15,8) et inaccessible dans 13 cas (17%). A la rectoscopie, l'aspect macroscopique de la tumeur était bourgeonnant dans 46 cas (60,5%). le type histologique à la biopsie était un adénocarcinome dans 68 cas (89,4%). Le bilan a comporté un examen clinique général, une tomodensitométrie abdominopelvienne, une radiographie de thorax, une échographie abdominale, une colonoscopie et les marqueurs tumoraux. Le bilan d'opérabilité et d'autres examens ont été demandés en fonction des cas ; Ce bilan a permis de classer les cas en : cancer localisé dans 23 cas(30,2%), cancer localement avancé dans 15 cas (20%), cancer métastatique dans 24 cas (31,6%) et cancer avec carcinose péritonéale dans 10 cas (13%). Le traitement avait un but curatif dans 48 cas (63%). Le taux d'opérabilité était de 92%. L'abord chirurgical était par laparotomie dans 60 cas (86%) et par laparoscopie dans 10 cas (14%), avec conversion en laparotomie dans 80% des cas. La tumeur était résecable dans 57 cas (81,4%).

La chirurgie était conservatrice (résection antérieure) dans 38 cas (66,6%), avec anastomose colo-anale différée dans 10 cas (26,3%). L'amputation abdominopérinéale a été faite dans 11 cas (22%). La radiothérapie préopératoire a été faite dans 35 cas (46%), la radiothérapie postopératoire a été faite dans 2 cas et le délai séparant de la chirurgie était de 5 mois. La chimiothérapie préopératoire a été faite dans 40 cas (52%) et la chimiothérapie adjuvante a été faite dans 18 cas(23,6). L'association radio-chimiothérapie préopératoire a été faite dans 19% des cas. La chimiothérapie palliative a été faite dans 6 cas (7,8%). Les métastases hépatiques ont été traitées par chimiothérapie suivie de chirurgie sur la tumeur primitive dans 42,9% des cas, l'association radio-chimiothérapie préopératoire suivie de chirurgie dans 35,7% des cas, chirurgie suivie de chimiothérapie postopératoire dans 14,3% des cas et chirurgie de la tumeur primitive suivie de chimiothérapie suivie de la chirurgie des métastases dans 7% des cas. Les métastases extra hépatiques étaient présents dans 4 cas, dont 3 ont bénéficié d'une chimiothérapie et un a bénéficié d'une association radio-chimiothérapie. La carcinose péritonéale a été traitée par chimiothérapie dans tous les cas (10 cas). L'évolution a été appréciée dans 13% des cas, avec un délai de surveillance de 12 mois en moyenne. Les complications chirurgicales étaient dominées par l'infection de la paroi. Les récurrences locorégionales ont été notées dans 3 cas : Le premier cas avait bénéficié d'un traitement pour le cancer primitif fait de radiothérapie préopératoire suivie de chirurgie et de chimiothérapie adjuvante, Le deuxième cas a bénéficié du même schéma thérapeutique pour la tumeur primitive, Le troisième cas a bénéficié d'une radio chimiothérapie suivie de chirurgie.

### Discussion

Dans le monde, le cancer colorectal, par ordre de fréquence, est au deuxième et au troisième rang respectivement chez la femme et chez l'homme [2] Globalement, les cancers colorectaux sont la troisième cause de mortalité par cancer après les cancers de la prostate et du sein. Trente pour cent sont diagnostiqués au niveau du rectum [3]. La prédominance masculine a été rapportée dans la littérature [4] et c'est le cas dans notre série avec un pourcentage de 56,6%de cas d'hommes, et le sexe ratio était de 1,3. La population touchée correspond, en majeure partie, à un âge de plus de 50 ans, avec un pic entre 50 et 60 ans, néanmoins on assiste à une augmentation de l'incidence du cancer du rectum chez des sujets âgés de moins de 50 ans [5]. Dans notre série, l'âge moyen est de 46 ans, avec des

extrêmes de 17 ans à 75 ans. Les rectorragies et le syndrome rectal sont les deux signes cliniques majeurs, ils sont présents respectivement dans la série de BAICH [6] dans 83,7 % et 63 % des cas. Dans notre série les rectorragies représentent le signe majeur présent dans 82,5% des cas, suivies de troubles de transit dans 53% des cas, puis le syndrome rectal dans 33% des cas. Le diagnostic positif est posé par le toucher rectal et la rectoscopie avec biopsie pour la confirmation histologique. La forme bourgeonnante est la forme prédominante et représente 35% des cancers [7], même que dans notre série, ou elle est présente dans 60,5% des cas. L'adénocarcinome lieberkuhnien est le type histologique le plus fréquent (95%), dans notre série, il représente 89,4% des cas. La prise en charge thérapeutique d'un cancer du rectum dépend d'une évaluation, la plus précise possible, de l'extension locorégionale et à distance ; Elle repose sur la réalisation d'un toucher rectal, indispensable pour estimer la possibilité de préservation sphinctérienne, d'une échographie qui est l'examen le plus fiable pour évaluer l'extension pariétale et, notamment, pour différencier les tumeurs T2 et T3, d'une Imagerie par résonance magnétique qui est l'examen le plus performant pour apprécier l'extension dans le mésorectum et d'un scanner thoracoabdominal qui est plus fiable qu'une échographie et qu'une radiographie thoracique pour rechercher une extension métastatique présente dans 20 % des cas au moment du diagnostic[8]. La colonoscopie est recommandée afin de rechercher une localisation colique synchrone [9]. Le traitement du cancer du rectum est essentiellement chirurgical. Le taux de l'amputation abdominopelvienne a diminué au cours des dernières années. Malgré les progrès dans le traitement du cancer du rectum, et l'expansion de l'approche thérapeutique multimodale, l'amputation abdominopérinéale reste indiquée dans 30% des cas [10]. Dans notre série le taux de l'amputation abdominopérinéale était de 22%, ce qui rejoint relativement la littérature. Depuis 30 ans, l'exérèse totale du mésorectum est devenue une règle carcinologique et la conservation sphinctérienne un idéal fonctionnel à atteindre, même pour les tumeurs les plus basses, en particulier, grâce aux traitements néo adjuvants [11]. Globalement, en se basant sur les registres de populations prospectifs, la proportion de patients dans la population totale ayant une procédure de préservation sphinctérienne est approximativement de 65 % [12]. Les études de phase III publiées ont démontré l'efficacité de la radiothérapie préopératoire exclusive selon un schéma *short-course* (cinq séances

de 5 Gy) et de la chimioradiothérapie concomitante *long-course* (25 à 28 séances de 1,8 Gy) [13]. Dans notre série la radiothérapie préopératoire a permis une chirurgie conservatrice dans 66,6% des cas, ce qui rejoint les données de la littérature, alors que pour les malades qui n'ont pas bénéficié de radiothérapie première, la chirurgie était toujours mutilante. La chimioradiothérapie préopératoire étalée à base de 5-fluoro-uracile ou la radiothérapie préopératoire courte sans chimiothérapie sont les traitements préopératoires standards des cancers du rectum résécables de stades II-III [14]. Dans notre série, la radiothérapie préopératoire a été faite dans 46% des cas, la chimiothérapie préopératoire dans 52% des cas et leur association a été faite dans 19% des cas. La résection chirurgicale des métastases représente leur seul traitement curatif avec une survie prolongée chez plus de 50 % des patients. L'utilisation de l'embolisation portale et des chimiothérapies néo-adjuvantes permettent également d'augmenter le nombre de patients pouvant bénéficier d'un traitement curatif [15]. Dans notre série, 14 cas ont bénéficié d'une résection chirurgicale de la métastase hépatique, associée soit à une chirurgie de la tumeur primitive en premier, suivie d'une chimiothérapie, soit à une radiochimiothérapie préopératoire ou une chimiothérapie pré ou post opératoire. Les recommandations américaines suggèrent un examen clinique avec le dosage de l'antigène carcinoembryonnaire tous les trois à six mois pendant deux ans, puis tous les six mois pour un total de cinq ans. La coloscopie devrait être effectuée un an après la fin des traitements et puis selon les situations cliniques. Pour l'EURECA-CC2 : (Multidisciplinary Rectal Cancer Treatment: looking for an European Consensus), une anamnèse et un examen physique pertinent devraient être exécutés tous les trois à six mois pendant les trois premières années et ensuite annuellement. Une coloscopie doit être faite tous les trois à cinq ans pour détecter de nouveaux cancers et polypes. Les autres examens doivent être prescrits selon les situations cliniques.[3]

## Conclusion

Le cancer du rectum est un cancer fréquent dans le monde et au Maroc. Son diagnostic repose sur le résultat de l'examen anatomopathologique d'un fragment prélevé lors d'une rectoscopie. Son pronostic reste péjoratif malgré le progrès thérapeutique chirurgical et adjuvant à cause du retard diagnostic, d'où l'intérêt d'un interrogatoire minutieux à la recherche des facteurs de risque et des signes cliniques évocateurs, ainsi que la systématisation du toucher rectal au cours de

tout examen clinique. Dans notre contexte, faciliter aux malades l'accès aux services thérapeutiques pourrait améliorer le pronostic.

## Références

- 1-Al Hilal M. Etude: épidémiologie du cancer (malades de l'INO entre 1985-2002) <http://www.cancer.ma/Publications/docs/Bilan85-2002.aspx>(consulté le 15.1.2013).
- 2-Bouvier A-M, Lepage C, Faivre J. Epidémiologie des cancers du tube digestif. *Encycl Méd Chir, Gastroentérologie* 2009;9-000-E-12.
- 3-De Bari B, Bosset J-F, Gerard J-P, Maignon P, Valentini V. Etat des lieux et traitement multidisciplinaire du cancer du rectum. *Cancer Radiother* 2012;16(8):711-20.
- 4-Valentini V, Beets\_tan R, M. Borrás J, Krivokapic Z, Willem leer J, Pahlman L et al. Evidence and research in rectal cancer. *Radiother Oncol* 2008;87(3):449-74.
- 5-Taggash D, Rehill N, Sharma S, Flynn J C, Damadi A. Colorectal cancer: are the "young" being overlooked? *Am J Surg* 2013;205:312-6.
- 6-H. Baich. La Prise en charge du cancer du rectum. Thèse doctorat médecine Marrakech;2007,N° 80.
- 7-Benchimol D, Rahili A. Tumeurs du colon et du rectum. *Rev prat* 2002;52(10):1105-14.
- 8-Penna C. Adénocarcinome du rectum : quelles explorations préthérapeutiques pour quels cancers ? *Gastroenterol clin biol* 2008 ; 32(5) : 126-32.
- 9-Hompes R, Cunningham C. Colorectal cancer management. *Medicine* 2011; 39(5): 254-8.
- 10-Moreno\_sanz C, manzarena\_díaz M, clerveus M, Cortina\_oliva F J, pedro\_conal J, picazo\_yeste J. Pelvic reconstruction after abdominoperineal resection of the rectum. *CIR ESP.* 2011;89(2):77-81.
- 11-Mauvais F, Sabbagh C, Brehaut O, Viart L, Benhaim T, Fuks D, Sinna R, Regimbeau J M. Amputation abdomino périaneale dans la prise en charge des cancers du bas rectum (1) : problématique carcinologique et technique d'exercise. *J Visc Surg* 2011;148(2):98-107.
- 12-Valentini V, Aristei C, Glimelius B, Minsky B D, Beets-Tan R, Borrás J M et al. Scientific Committee. Multidisciplinary Rectal Cancer Management: 2nd European Rectal Cancer Consensus Conference (EURECA-CC2) *Radiother Oncol* 2009;92:148-63.
- 13-Sebag-Montefiore D, R.J. Stephens R.J, Steele R, Monson J, Grieve R, Khanna S et al. Preoperative radiotherapy versus selective postoperative chemoradiotherapy in patients with rectal cancer (MRC CR07 and NCIC-CTG C016): a multicentre, randomised trial. *Lancet* 2009;373:811-20.
- 14-G. Créhange, J.-F. Bosset, P. Maignon. Chimioradiothérapie préopératoire des cancers du rectum : ce que laissent présager les études en cours et à venir. *Cancer Radiother* 2011;15:440-4.
- 15-Mircea Chirica, Mahaut Leconte, Olivier Oberlin, Bertrand Dousset. Cancers colorectaux : traitement chirurgical des métastases hépatiques *Press Med* 2012;41:58-67.