

LE BILAN D'ÉVALUATION PRE-THERAPEUTIQUE DU CANCER DU RECTUM

Réunion DESC/SCVO

juin 2003

Thibault Desurmont, CHU Poitiers

SITUATION DU PROBLEME

- Développement de nouveaux concepts:
 - traitements endoscopiques
 - traitements néo-adjuvants
 - chirurgie conservatrice de l'app. Sphinctérien
 - Prises en charge différentes selon:
 - hauteur de la tumeur / marge anale
 - envahissement pariétal
 - envahissement ganglionnaire
 - l'existence de métastases
- ⇒ Nécessité d'un bilan pré-thérapeutique précis et fiable

NIVEAU TUMORAL

- Bas rectum: 0 à 5 cm de la MA
ou < 2 cm du bord sup. du sphincter
- Moyen rectum: 5 à 10 cm de la MA
ou 2 à 7 cm du bord sup. du sphincter
- Haut rectum: 10 à 15 cm de la MA
ou > 7 cm du bord sup. du sphincter

EXAMEN CLINIQUE

- ATCD médicaux
- ATCD chirurgicaux: laparotomie ?
- Palpation abdominale: masse? hépatomégalie?
- Adénopathie sus-claviculaire gauche de Troisier?

BILAN D'EXTENSION

1. Le toucher rectal
2. Rectoscopie au tube rigide
3. Opacification rectale avec cliché de profil
4. Echo- endoscopie (sauf tumeur sténosante:
scanner pelvien + cystoscopie)
5. Coloscopie totale
6. Scanner pelvien
7. Radiographie de thorax et échographie
hépatique
8. (IRM)

*Selon les recommandations 2003, de la
Fédération Francophone de Cancérologie
Digestive*

Le toucher rectal

- Fiabilité de 68 à 83%*
- En consultation et au bloc-opératoire sous AG
- Etudie: - type et taille de la tumeur
 - caractère fixé = en faveur d'un T4
 - le caractère circonférentiel serait de mauvais pronostic
 - ADNP palpable = mauvais pronostic**
 - mesure la tonicité sphinctérienne
 - distance T/ sphincters
- Mais: - opérateur dépendant
 - ne perçoit que les ADNP > 1cm

* Pessaux, Ann. Chir. 2001

** Gérard, Ann. Chir. 1999

Rectoscopie au tube rigide

- Mesure la distance
pôle inférieur de la tumeur ↔ marge anale
- Diagnostic histologique:
biopsies tumorales + grading ana-path.
- Complétée par **coloscopie totale**:
autres localisations tumorales: 2 à 5%
adénomes: 20 à 30%

Opacification rectale avec cliché de profil

- Niveaux supérieurs et inférieurs de la tumeur
 - Distance pôle inférieur ↔ marge anale
- ⇒ Informe sur les possibilités de conservation de l'appareil sphinctérien pour les tumeurs du bas rectum. Actuellement discutée



Echo-endoscopie

- Simple, rapide, reproductible
- Absence de contre-indication
- Précise les indications de résection locale si tumeur du bas rectum
- Précise les indications de radiothérapie néo-adjuvante

Mais:- opérateur dépendant
- impossible si tumeur sténosante (17% des cas)*



Adénocarcinome envahissant toute la paroi rectale : uT3

* Heriot, Br. J. Surg. 1999

Echo-endoscopie

1/ envahissement pariétal:

- Corrélation entre les classifications TNM et uTNM
- Fiabilité diagnostique moyenne: 85%
- Sensibilité pour T3: 96%
- Evaluation de l'envahissement des organes de voisinage

Limites: - overstaging du au caractère inflammatoire des lésions (T2 ++)

- understaging par infiltration microscopique non détectable

- après radiothérapie ↘ fiabilité moyenne à 66%

Echo-endoscopie

2/ envahissement ganglionnaire:

- Fiabilité diagnostique de 75%

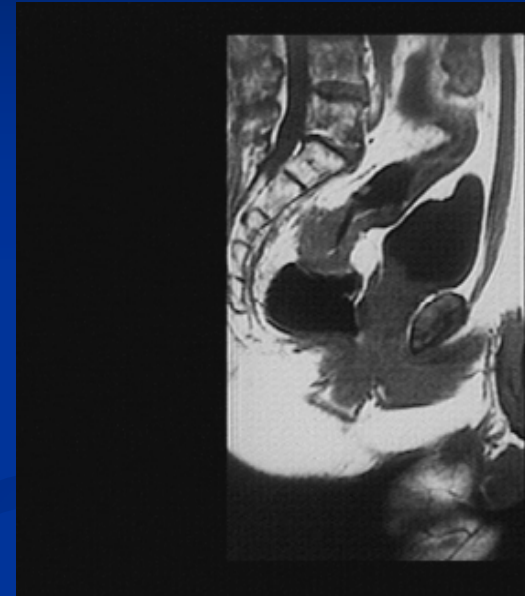
Limites: - faux +: ganglions inflammatoires
- adénopathies <3mm, non détectées
- adénopathies à distance de la tumeur
- ↘ sensibilité après radiothérapie

TDM abdomino-pelvien

- Performant uniquement pour l'extension dans et au-delà de la graisse péri-rectale
 - Adénopathies > 1cm
- ⇒ Fiabilité diagnostique :
- de 33 à 77% pour le staging tumoral
 - de 22 à 73% pour le staging ganglionnaire

IRM

- Ne fait pas partie des recommandations de la FFCD
- Avec antenne endorectale: différenciation correcte des couches pariétales
- En coupe sagittale, apprécie la distance



pôle inf. tumoral ↔ marge anale

⇒ Fiabilité diagnostique :

- de 66 à 91% pour le staging tumoral
- de 72 à 79% pour le staging ganglionnaire

SYNDROME FAMILIAUX:

Interrogatoire et recherche de critères pour

- polypose adénomateuse familiale
- HNPCC

↳ Consultation d'oncogénétique

MARQUEURS TUMORAUX:

- ACE: . intérêt pronostique si tx >100 ng/ml
. surveillance
- Ca19,9

↳ Absence de consensus

BILAN D'OPERABILITE:

- Selon consultation d'anesthésie

BILAN COMPLEMENTAIRE SELON CHIMIOOTHERAPIE ENVISAGEE:

- ECG +/- consultation de cardiologie pour 5 FU
- Bilirubinémie si Campto®
- Clairance de la créatinine si Tomudex®

CONCLUSION

Staging TNM optimum, prise en compte des facteurs de risques liés au terrain

- ⇒ - Traitement néo-adjuvant ?
 - résection trans-anale ou mucosectomie ?
 - conservation de l' appareil sphinctérien ou AAP ?
 - Anastomose colo-anale ou colo rectale?
 - pronostique ?
 - prise en charge palliative ?

REFERENCES

- Hériot A., Grundy A., Kumar D. Preoperative staging of rectal carcinoma. Br J Surg 1999;86:17-28.
- De Parades V., Mosnier H., Landi B. L'échographie endocavitaire dans le bilan pré-thérapeutique de l'adénocarcinome rectal. J. Chir.1999;136:272-279.
- Gérard J.P., Chapet O., Morignat E., Romestaing P., Mornex F., Acharki A. La radiothérapie pré-opératoire du cancer du rectum. Expérience lyonnaise de 1985 à 1996. Etude pronostique à propos de 312 patients. Ann Chir 1999;53:1003-1010.
- Giovanni M. Staging des lésions néoplasiques superficielles du tube digestif: place de l'échoendoscopie. Gastroenterol Clin Biol 2000;24:123-127
- Pessaux P., Burtin P., Arnaud J.P. Recherche de l'extension locorégional dans l'adénocarcinome rectal. Ann Chir 2001;126:10-17.
- Senesse P., Khemissa F., Lemanski C., Masson B., Quenet F., Saint-Aubert B., et al. Apports de l'échographie endorectale dans le bilan pré-opératoire des cancers du très bas rectum. Gastroenterol Clin Biol 2001;25:24-28.
- Penna C. Un cancer T3 du moyen rectum. J. Chir.2002;139:228-230.
- Recommandations de la Fédération Francophone de Cancérologie Digestive(FFCD). Que faire devant un cancer digestif en 2003? Gastroenterol Clin Biol 2002;26:1140-1164.