

CANCER DU RECTUM



LES REFERENTIELS
Cancers digestifs

Février 2011

CANCER DU RECTUM



Version validée : 03/02/11

PRA-DIG-1102RECT

Cible(s)	Anatomopathologiste, chirurgien général, chirurgien digestif, chirurgien viscéral, gastroentérologue, généticien,, interniste, médecin nucléaire, oncologue médical, pharmacien, radiologue, radiothérapeute, RCP digestif de la région.
Rédacteur(s)	<p>Coordonnateur(s) d'action « DIGESTIF »: DESSEIGNE F.,Gastro-entérologue, CRLCC Léon Bérard; RIVOIRE M., chirurgien viscéral, CRLCC Léon Bérard</p> <p>Référent(s) du groupe de travail « Cancer du rectum » : RIVOIRE M., chirurgien viscéral, CRLCC Léon Bérard; PONCET G., Chirurgien Général, Hôpital Edouard Herriot;</p> <p>Membres du groupe de travail « Cancer du rectum » : BALESTRIERE V. assistante méthodologiste, RRC-RA, Lyon; ABOUD K., chirurgien viscéral, CHU St Etienne; CENEDESE A., chirurgien viscéral, clinique st vincent de paul, Bourgoin-Jallieu; CIUCHENDEA R.,chirurgien viscéral,clinique Kennedy, Montélimar; DESSEIGNE F.,Gastro-entérologue, CRLCC Léon Bérard; ENACHESCU C., Radiothérapeute, Centre Hospitalier Lyon-Sud; FORESTIER J., Gastro-entérologue, Hôpital Edouard Herriot; GAUTIER G.,Radiologue,Clinique Charcot; GIGNOUX B., chirurgien viscéral, clinique mutualiste Eugène André, Lyon; GLEHEN O.,Chirurgien Viscéral, Centre Hospitalier Lyon-Sud; GRANGER V.,Gastro-entérologue, Centre hospitalier Universitaire de Grenoble; HOUZARD C., Médecine Nucléaire, Centre Hospitalier Lyon-Sud; LABROSSE H., méthodologiste, RRC-RA, Lyon; LETOUBLON C. Chirurgien Viscéral, Centre hospitalier universitaire de Grenoble; MEZOUGHY S., chirurgien viscéral, Hôpital de la Croix-Rousse; MOUSSATA D.,Gastro-entérologue, Centre Hospitalier Lyon-Sud; PEYRAT P., chirurgien viscéral, CRLCC Léon Bérard ; PONCET G., Chirurgien Général, Hôpital Edouard Herriot; RIVOIRE M.,chirurgien viscéral, CRLCC Léon Bérard; SOUQUET JC.,Hépatogastro-entérologue, Groupement hospitalier Nord; VOIRIN D., Chirurgien Général , Centre hospitalier universitaire de Grenoble</p>
Contributeur(s)	Membres de la plénière du 03/02/2011 (cf. liste des contributeurs : http://www.rrc-ra.fr/Ressources/referentiels/PRA-DIG-1102-contributeurs.pdf)



Table des matières

Bilan initial.....	4
Tumeurs localisées uT1-2, N0, M0.....	5
Tumeurs localisées uT3N0; uT1-T3 N+.....	6,7
Tumeurs T3,T4 résécables et M0.....	8
Métastases hépatiques synchrones.....	9
Surveillance.....	10
Traitement des récurrences locorégionales.....	11
Classifications.....	12,13

Bilan initial

Bilan initial systématique :

- Recherche d'antécédents familiaux de cancer colo-rectal, d'adénome, ou autre cancer pouvant évoquer un syndrome HNPCC
- Consultation chirurgicale avant décision thérapeutique
- Rectoscopie : pour évaluation pré-thérapeutique de la distance par rapport à la marge anale
- Echo- endoscopie rectale (EER) ou IRM :
 - EER pour les tumeurs T1 et T2
 - A discuter : Cytoponction échoguidée si visualisation à l'EER d'adénopathies d'allure métastatique
 - IRM pour les T3
- Scanner thoraco-abdomino-pelvien
- Coloscopie : à refaire 3 à 6 mois après la chirurgie si incomplète en préopératoire
- A discuter : coloscan si tumeur non franchissable
- ACE
- Bilan biologique (dont NFP, bilan de coagulation, biochimie hépatique, iono, créatininémie)

Classifications

[pages 12,13](#)

Tumeurs localisées

[pages 5, 6, 7](#)

Tumeurs T3, T4 résécables, sans métastase

[page 8](#)

Métastases hépatiques synchrones

[page 9](#)

La stratégie thérapeutique sera systématiquement décidée en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.

**Tumeurs localisées
uT1-2, N0, M0**

Discussion en RCP

Résection du rectum avec conservation sphinctérienne

A discuter :

- amputation abdomino-périnéale
- résection panpariétale par voie trans-anales : pour les T1N0 des faces latérales ou postérieures du tiers inférieur ou du tiers moyen du rectum, de moins de 3 cm de diamètre
- exérèse endoscopique : pour les tumeurs très superficielles classées uT1m ou uT1sm1

Confirmation anatomopathologique ?

oui

non

Surveillance
[page 10](#)

Tumeurs pTNM >T2 ou N+

Discussion en RCP

Traitement post-opératoire

[page 7](#)

Classifications
pages 12,13

**Tumeurs localisées -
uT3N0, uT1-3N+**

Positionnement
anatomique* ?

* Définition anatomique du rectum :
par rapport à la marge anocutanée avec à
l'endoscopie (tube rigide)
Bas rectum : 0 à 5 cm ou mieux < 2 cm du
bord supérieur du sphincter
Rectum moyen : 5 à 10 cm ou mieux 2 à 7
cm du bord supérieur du sphincter
Haut rectum : 10 à 12 cm ou mieux plus de
7 cm du bord supérieur du sphincter

Haut rectum

Moyen rectum et Bas rectum

Discussion en RCP

Chirurgie : exérèse du rectum
et du mésorectum jusqu'à 5 cm
sous le pôle inférieur de la
tumeur, sans traitement
préopératoire

Discussion en RCP

- Radiochimiothérapie pré-opératoire 45 à 50 Gy en 5 à 6 semaines
et chimiothérapie concomitante : Capecitabine ou LV5FU2
puis
chirurgie avec exérèse complète du mésorectum 4 à 6 semaines
après la fin de la radiochimiothérapie

OU

- Radiothérapie pré-opératoire : "split course" de 25 Gy en 5
fractions sur 5 jours
puis
chirurgie

- Si patient non opérable :
- radiochimiothérapie seule
 - ou radiothérapie exclusive

Résultats anatomopathologiques ?

N+

N-

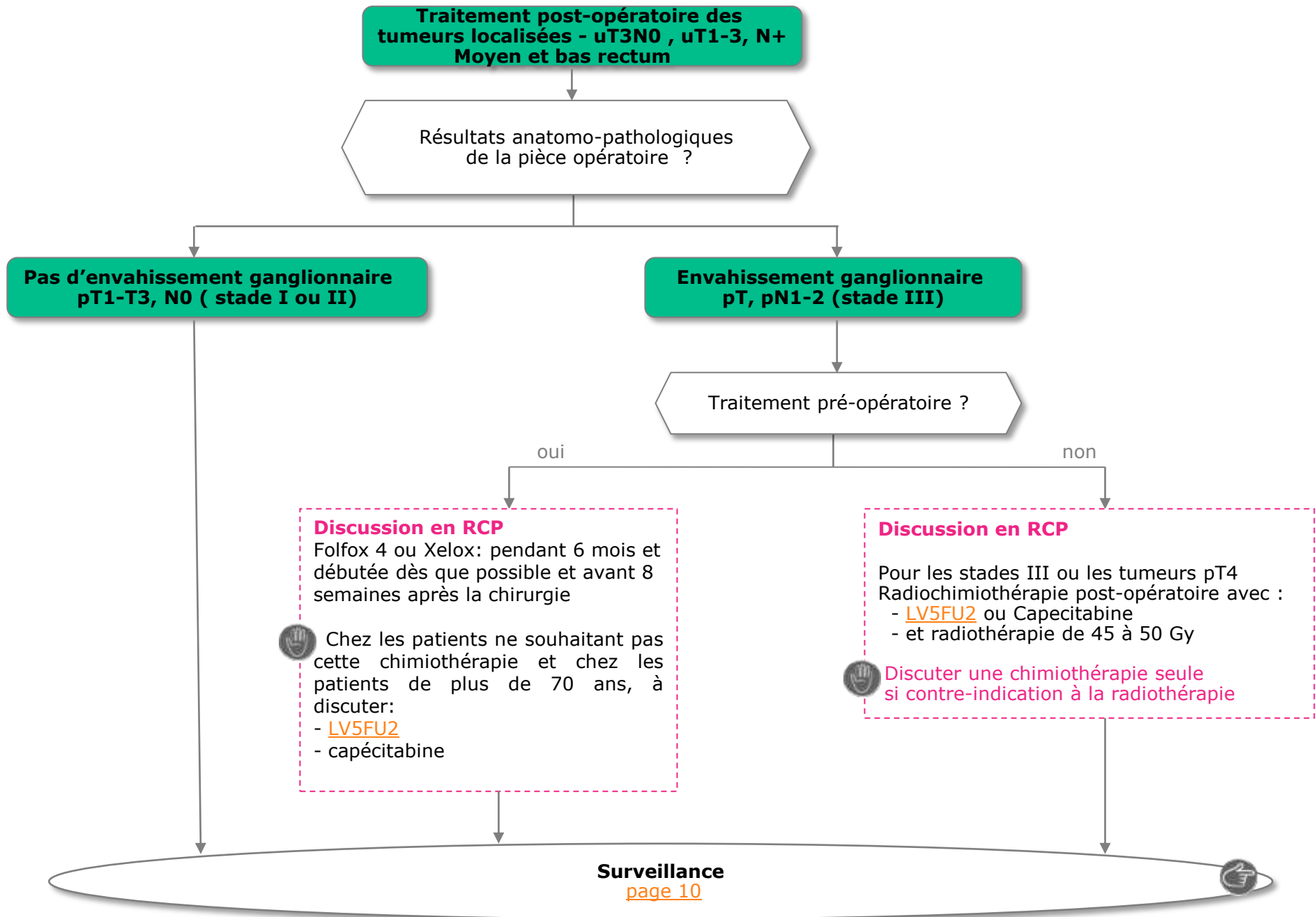
Discussion en RCP

Chimiothérapie
adjuvante

**Le référentiel
« Cancer du
Côlon »**

Surveillance
[page 10](#)

**Traitement post-opératoire en fonction
de l'analyse de la pièce opératoire et
du traitement reçu avant la chirurgie**
[page 7](#)



Classifications
pages 12,13

Tumeurs T3*, T4 résecables et M0

* Tumeurs T3 dont la résection R0 est incertaine (les marges latérales sont inférieures ou égales à 1 mm) en IRM

A discuter en RCP

- Radiochimiothérapie néo-adjuvante :
- radiothérapie : 45 à 50 Gy en 5 à 6 semaines
 - chimiothérapie concomitante : LV5FU2 ou Capécitabine

Type de chirurgie** ?

oui

R0

A discuter en RCP
Chimiothérapie adjuvante

non

R1 ou R2

A discuter en RCP

- Chimiothérapie : **Folfox** ou **Folfiri** pendant 6 mois
- Radiothérapie : poursuite jusqu'à 60 Gy sur les reliquats clipés + traitements endoscopiques (prothèse) ou colostomie d'amont

** Si extension régionale chez un sujet jeune, sans adénopathie à distance : discuter au cas par cas une exérèse élargie mutilante (organes génito-urinaires ou sacrum) si résection R0 possible

Surveillance
[page 10](#)

Surveillance
page 10



Métastases hépatiques synchrones

Tumeurs primitives symptomatiques ?

oui

non

A discuter en RCP

Eviter la chirurgie de résection première
En fonction de la localisation de la tumeur :
- prothèse
- stomie

A discuter en RCP

Chimiothérapie de 1ère ligne
+/- radiothérapie pelvienne
Faire un bilan évolutif à 2 mois

Evolution de la tumeur primitive
et des métastases * ?

**Contrôle local
et progression
métastatique**

**Contrôle local
et régression
ou stabilité métastatique**

**Progression de la
tumeur et des
métastases**

A discuter en RCP

- Chimiothérapie de seconde ligne
- ou soins palliatifs

A discuter en RCP

- Poursuite de la chimiothérapie
- et résection de la tumeur et des métastases

A discuter en RCP

- Chimiothérapie de seconde ligne
- ou prothèse endoscopique ou colostomie si évolution sténosante
- ou coagulation endoscopique par plasma Argon ou par laser si hémorragie

Surveillance après traitement

Examens	Fréquence
Examen clinique	Tous les 3-4 mois puis annuel après 5 ans
Echographie hépatique	Tous les 6 mois pendant 2 ans puis tous les ans pendant 3 ans
Radiographie thoracique	Tous les ans pendant au moins 5 ans pour pT1-pT2 Tous les 6 mois pendant au moins 5 ans pour pT3-pT4 , tout N
Coloscopie	A 2-3 ans puis délai fonction de la découverte ou non d'adénomes
Echo-endoscopie rectale	Tous les 3 à 4 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois les 3 années suivantes en cas de résection trans-anale
Scanner thoraco-abdomino-pelvien	A discuter : tous les 6 mois jusqu'à 5 ans ?
Dosage d'ACE	Tous les trimestres

**Traitement des récives
loco-régionales**
[page suivante](#)



Traitement des récurrences loco-régionales

A discuter en RCP

- Exérèse curative après radiochimiothérapie si non réalisée au préalable
 - Chimiothérapie
 - En cas d'invasion vésicale symptomatique ou de fistules surinfectées : résection palliative **associée** à des traitements combinés
 - En cas d'obstruction intestinale ou de syndrome rectal important : colostomie ou traitement endoscopique et prothèse plus ou moins radiothérapie exclusive si non réalisée préalablement
 - Traitements palliatifs endocavitaires et prothèses expansives
 - Radiothérapie +/- chimiothérapie : en traitement palliatif ou avant une réintervention si le patient n'a pas été irradié au cours du traitement initial
 - Chimiothérapie
 - Traitements symptomatiques
 - Traitements antalgiques
- Si difficultés dans le contrôle de la douleur, recours à des spécialistes algologues

Classification TNM et en stades (UICC, AJCC 2010. 7^{ème} édition)

TNM	
T1	Envahissement du chorion ou de la sous-muqueuse ou taille < 2 cm T1a : < 1 cm T1b : 1 à 2 cm
T2	Envahissement de la musculuse ou taille > 2 cm
T3	Envahissement de la sous-séreuse ou des tissus péricolorectaux
T4	Atteinte de la séreuse ou des structures adjacentes T4a : perforation du péritoine viscéral T4b : adhésion ou invasion d'un organe de voisinage
N0	pas de métastase ganglionnaire
Nx	ganglions non évalués
N1	1 à 3 ganglions métastatiques régionaux N1a : 1 ganglion métastatique N1b : 2 ou 3 ganglions métastatiques
N2	4 ganglions métastatiques régionaux ou plus N2a : 4 à 6 ganglions métastatiques N2b : 7 ganglions ou plus
M0	pas de métastase
M1	métastases à distance (dont ganglions sus-claviculaires)

Le nombre de ganglions examinés ainsi que le ratio nombre de ganglions métastatiques / nombre de ganglions examinés ne sont pas pris en compte dans cette nouvelle classification.

Stades de la classification :

Stade I : pT1-T2 N0 M0 : sous-séreuse intacte sans métastase ganglionnaire

Stade II A : pT3 N0 M0 : sous-séreuse atteinte sans métastase ganglionnaire

Stade II B : pT4a N0 M0 : séreuse franchie et/ou perforée, et/ou envahissement d'organes voisins, sans métastase ganglionnaire

Stade II C : pT4b N0 M0

Stade III A : p T1-T2 N1a; p T1-T2 N1b ; p T1 N2a

Stade III B : p T1 N2b; p T2 N2a-N2b; p T3 N1a-N1b- N2a; p T4a N1a-N1b

Stade III C : p T3 N2b; p T4a N2a-N2b; pT4b N1a-N1b; p T4b N2a-N2b

Stade IV : tous T, tous N, M1 : métastases à distance

CLASSIFICATION ECHOGRAPHIQUE DE L'EXTENSION EN PROFONDEUR

usT1	tumeur limitée à la muqueuse et à la sous-muqueuse (sans atteinte du sphincter interne)
usT2	tumeur limitée au sphincter interne en dessous du muscle puborectal et à la musculature rectale au-dessus du même muscle.
usT3	tumeur dépassant le sphincter interne ou la musculature rectale.
usT4	extension à un organe de voisinage
usN0	pas d'adénopathie suspecte
usN+	adénopathie périrectale de 5 à 10 mm de diamètre ayant les caractères de malignité (rond, hypoéchogène, contours nets) ou mesurant plus de 10 mm de diamètre

CLASSIFICATION ENDOSCOPIQUE DE PARIS : LESIONS SUPERFICIELLES T1 RESECABLES PAR MUCOSECOMIE

T1m1	cancer in situ, avec infiltration limitée à l'épithélium, sans franchissement de la membrane basale, avec risque ganglionnaire nul
T1m2	tumeur avec infiltration du chorion sans franchissement de la musculature muqueuse, avec risque ganglionnaire nul
T1m3	tumeur avec envahissement de la musculature muqueuse, avec risque ganglionnaire voisin de 0%
T1sm1	tumeur invasive avec envahissement superficiel de la sous-muqueuse, risque d'envahissement ganglionnaire de 0 à 4,5% en cas d'envahissement vasculaire
T1sm2	tumeur invasive avec envahissement de la partie moyenne de la sous-muqueuse, risque d'envahissement ganglionnaire de 6 à 25%
T1sm3	tumeur invasive avec envahissement profond de la sous-muqueuse, risque d'envahissement ganglionnaire de 6 à 25%