

# LE CANCER DU RECTUM CHEZ LE SUJET JEUNE

## FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC

S. BENAMR, E. MOHAMMADINE, E. ESSADEL, K. LAHLOU, A. TAGHY, B. CHAD, A. ZIZI, A. BELMAHI.

### RÉSUMÉ

Le cancer du rectum chez le sujet jeune est une affection rare et réputée de mauvais pronostic. Ce travail se base sur une série de 39 patients âgés de moins de 35 ans colligés entre 1976 et 1995. Ces malades représentent 24 % de tous les cancers du rectum diagnostiqués durant la même période. Les auteurs insistent sur les particularités anatomocliniques et évolutive de ces cancers. La fréquence des états précancéreux (13 %), le délai de diagnostic long (9 mois en moyenne) et la découverte du cancer à un stade avancé (stades C et D dans plus de 80 % des cas), le siège de la tumeur au tiers inférieur du rectum et la prédominance des adénocarcinomes indifférenciés et colloïdes muqueux sont des facteurs de mauvais pronostic qui influencent le traitement et la survie sans récurrence. En effet, 60 % des tumeurs étaient résecables mais seulement 40 % des patients avaient bénéficié d'une résection à visée curative ; et la survie à 5 ans était très faible (3 %) alors que les récurrences après résection étaient fréquentes (plus des 3/4 des patients).

La détection des malades porteurs d'états précancéreux, le dépistage du cancer chez les sujets à risque (le cancer recto colique familiale, les polyposes recto coliques familiales et la recto colite hémorragique), la suspicion du cancer devant tout signe d'appel proctologique et la résection chirurgicale curative précédée d'une radiothérapie sont les moyens qui peuvent améliorer le pronostic.

### INTRODUCTION

Affection rare et réputée de très mauvais pronostic chez le sujet jeune, le cancer du rectum présente certaines particularités anatomo-cliniques et évolutives. Son incidence est mal connue dans le monde en raison de l'absence d'études épidémiologiques approfondies. La maladie reconnaît

Clinique chirurgicale B - CHU - Ibn Sina - Rabat - MAROC

actuellement un regain d'intérêt grâce à une meilleure connaissance de ces cancers et l'évolution des moyens diagnostiques et des techniques chirurgicales. Le but de ce travail est de préciser, à travers l'étude d'une série de 39 cas, et une revue de la littérature, les caractéristiques épidémiologiques du cancer du rectum chez les patients de moins de 35 ans dans notre pays, d'évaluer les résultats des différents traitements, de ressortir les facteurs de mauvais pronostic et les moyens pouvant les améliorer.

### MATÉRIELS ET MÉTHODES

Cette étude rétrospective porte sur une série de 39 cas de cancers du rectum chez des patients âgés de moins de 35 ans, colligés dans notre service entre 1976 et 1995.

Pour chaque patient, nous avons examiné les antécédents personnels et familiaux, l'histoire clinique ; et les données anatomopathologiques, thérapeutiques et évolutives.

La localisation tumorale a été précisée par rapport à la marge anale en divisant le rectum en : tiers supérieur (plus de 10 cm), tiers moyen (6 à 10 cm) et tiers inférieur (moins de 6 cm).

L'extension du cancer a été évaluée selon la classification de Dukes (1) qui distingue :

- . stade A : tumeur limitée à la paroi,
- . stade B : tumeur dépassant la paroi sans atteinte ganglionnaire,
- . stade C : métastases ganglionnaires,
- . stade D : tumeur inextirpable ou métastases à distance.

L'exérèse chirurgicale a été considérée comme curative lorsque l'on estime avoir emporté tout le tissu tumoral et que les tranches de sections n'étaient pas envahies à l'examen histologique.

### RÉSULTATS

#### Épidémiologie

En 20 ans, 39 cas de cancers du rectum chez des patients âgés de 17 à 35 ans étaient suivis dans notre service. Il

s'agissait de 24 hommes et de 15 femmes (sex-ratio = 1,6) dont l'âge moyen était de 29 ans. Ces patients représentaient 24,2 % de tous les malades atteints de cancers du rectum traités dans le service durant la même période. Les états précancéreux étaient précisés chez 5 patients (12,8 %) : Il s'agit de 4 cas de polyposes recto coliques et d'un cas avec antécédents familiaux de cancer colo-rectal.

### Clinique

Le délai moyen entre le début des troubles et la prise en charge des malades était de 9 mois (1 à 15 mois). Trois patients étaient traités pendant longtemps pour hémorroïdes. La symptomatologie clinique (tableau) était dominée par les rectorragies, le syndrome rectal et l'amaigrissement. Six patients avaient consulté au stade d'occlusion.

### Anatomopathologie

La tumeur était située au 1/3 supérieur dans 12 cas (30,8 %), au 1/3 moyen dans 5 cas (12,8 %) et au 1/3 inférieur dans 22 cas (56,4 %). Tous les cancers étaient des adénocarcinomes : bien différenciés dans 28,2 % des cas, moyennement différenciés dans 15,4 % des cas, peu différenciés 23 % des cas ou colloïdes muqueux 33,3 % des cas. L'extension tumorale au moment du diagnostic était telle qu'aucun patient n'était classé au stade A de DUKES ; par ailleurs le stade B était retrouvé dans 3 cas seulement (7,7 %), le stade C dans 15 cas (38,4 %) et le stade D dans 18 cas (46,2 %). Le degré d'extension du cancer n'a pas été précisé chez 3 patients.

### Traitement

Le taux d'opérabilité était de 95 % ; 2 patients n'étaient pas opérables en raison d'une altération profonde de l'état général. Quatre malades (11 %) porteurs de tumeurs très bas situées avaient refusé une colostomie iliaque définitive. Bien que le taux de résécabilité était de 60 % la résection tumorale n'a été jugée curative que dans 40 % des cas (14 patients). Ainsi nous avons réalisé 15 amputations abdomino-périnéales (AAP), 5 résections antérieures avec rétablissement immédiat de continuité et l'intervention de Hartmann dans 1 cas. Une simple colostomie palliative a été pratiquée chez 8 patients (23 %) et 6 malades (17 %) n'avaient bénéficié que d'une laparotomie exploratrice.

La radiothérapie a été administrée chez 16 patients (41 %). Elle était exclusive dans 5 cas et adjuvante dans 11 cas (préopératoire 1 cas ; postopératoire 10 cas). La chimio-

thérapie n'a été proposée que chez un seul malade en post opératoire.

La mortalité opératoire était nulle. La morbidité relativement élevée (26 %) était surtout le fait d'infections pariétales (4 cas), de péritonites postopératoires (2 cas), de fistules stercorales, de rectorragies ou de complication urologique (3 cas).

Parmi les 14 patients ayant bénéficié d'une résection à visée curative 11 malades (78,5 %) avaient présenté une récurrence. Les récurrences étaient locorégionales (8 cas) ou hépatiques (3 cas).

La survie globale de nos patients était de 46 % à 6 mois, 25 % à 1 an, 8 % à 3 ans et de 3 % à 5 ans. La survie moyenne selon le degré d'extension tumorale était de 33 mois pour les stades B, 12 mois pour les stades C et 5 mois pour les stades D. Nous n'avons pas noté de différences entre les malades ayant reçu une radiothérapie postopératoire par rapport à ceux qui n'ont bénéficié que d'une chirurgie exclusive.

## DISCUSSION

Les études épidémiologiques révèlent que le cancer du rectum est rare avant l'âge de 45 ans (2) ; au-delà de cet âge l'incidence augmente régulièrement dans les deux sexes. L'affection est exceptionnelle avant la puberté (3) ; quelques cas ont été décrits chez l'enfant, le plus jeune avait 9 mois (4). L'âge limite avant lequel on parle de cancer du sujet varie dans la littérature de 30 (5) à 50 ans (6). Nous l'avons fixé arbitrairement à 35 ans raison du caractère jeune de la population Marocaine.

L'incidence de ces cancers chez le jeune dans notre série était de 24 %, ce qui paraît être élevée par rapport aux séries occidentales où l'incidence se situe entre 3 et 18 % (7, 8, 9, 10). La prédominance masculine relevée chez nos patients se confirme dans la majorité des travaux (7, 11, 12). La présence d'un état précancéreux a été retrouvée dans 18 à 47 % des cas de cancer chez le jeune (5, 12, 13). Il s'agit essentiellement de polyposes familiales, de recto colites ulcéro-hémorragiques et de cancers recto coliques familiaux (7, 14). Dans notre étude 12,8 % des cas étaient porteurs d'un état précancéreux, mais ces chiffres ne reflètent en aucune façon l'incidence réelle de ces lésions faute de leur recherche systématique. La symptomatologie clinique chez nos patients ne diffère guère de celle de l'adulte plus âgé ; elle était dominée par les rectorragies, le syndro-

me rectal et l'altération de l'état général.

Plusieurs études suggèrent que le pronostic du cancer du rectum chez le sujet jeune serait plus sombre que celui des malades plus âgés (15,16,17), et ceci tiendra à plusieurs facteurs.

**Le délai d'évolution entre le début des troubles et le traitement** : ce délai était de 9 mois en moyenne dans notre série. Certains auteurs (3,18) considèrent qu'un intervalle de 3 mois serait un délai critique, au delà duquel le pronostic serait défavorable.

**La localisation tumorale** au 1/3 inférieur du rectum, relevée chez 56 % de nos patients, serait également un facteur de mauvais pronostic. D'une part ce segment rectal est dépourvu de séreuse ce qui facilite l'extension extra-pariétale de la tumeur, d'autre part il est incompatible avec une chirurgie préservant la fonction sphinctérienne (19).

**La fréquence des adénocarcinomes** peu différenciés et colloïdes muqueux est anormalement élevée chez le sujet jeune (6, 15, 20). Ils représentent 56 % des adénocarcinomes dans notre étude. Ces types histologiques constituent un facteur anatomopathologique de mauvais pronostic, il augmente le risque d'envahissement extrapariétal, de métastases ganglionnaires et favorise les récurrences locales (21, 22).

**Le degré d'extension tumorale** serait également un élément de mauvais pronostic. Quatre patients sur cinq dans notre série étaient classés au stade C ou D de Dukes. Néanmoins, ceci pourrait être attribué au retard diagnostique et thérapeutique d'une part et à l'agressivité de certains types histologiques (colloïde muqueux et indifférencié) fréquents chez le sujet jeune d'autre part (23,24,25).

**Le caractère curatif ou palliatif** de la résection influencerait le pronostic. Malgré un taux d'opérabilité élevé chez nos patients seulement 40 % avaient bénéficié d'une résection à visée curative. Ce facteur associé à l'absence d'un protocole de thérapeutique adjuvante, bien établi, serait l'un des facteurs qui ont augmenté le risque de récurrence tumorale dans notre série.

L'amélioration du pronostic du cancer du rectum, encore péjoratif chez le sujet jeune, devrait passer par des étapes épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques :

- \* La détection des sujets porteurs d'états précancéreux essentiellement en matière de cancer colo-rectal familial, de polypose recto colique familiale et de rectocolite hémorragique. Le dépistage du cancer dans cette population à haut risque, par l'Hémocult et la rectosigmoidoscopie (9), permettrait de poser un diagnostic précoce au stade infraclinique.
- \* Dans certains pays comme le MAROC le cancer du rectum chez le sujet jeune est fréquent, un malade sur quatre dans notre étude. De ce fait, il doit être suspecté devant n'importe quel signe d'appel proctologique. Le toucher rectal doit faire partie intégrante de l'examen clinique. La rectosigmoidoscopie, l'écho-endoscopie, et la tomodensitométrie sont des éléments autant diagnostiques que d'évaluations thérapeutiques (26).
- \* Les recommandations, issues de la conférence de consensus sur le choix thérapeutique du cancer du rectum tenue à Paris (27), doivent être appliquées chez le sujet jeune :
  - La chirurgie reste la pièce maîtresse du traitement à visée curative. La résection antérieure avec anastomose colo-rectale dans les cancers du haut rectum est pratiquement toujours possible. Dans les lésions basses siégeant juste au-dessus du sphincter, l'amputation abdominopérinéale reste la seule solution sauf dans certains cas privilégiés, qui sont plus haut situés après dissection. Dans les cancers du moyen rectum, les indications de la conservation sphinctérienne doivent être aussi larges que possible tout en réalisant l'excision de tout le méso latéro-rectal jusqu'à la paroi pelvienne, l'excision de la totalité du mésorectum mesurée sur la pièce fraîche. L'anastomose sera colo-rectale basse ou colo-anales avec ou sans réservoir (19).
  - Une radiothérapie préopératoire est indiquée dans les tumeurs avancées siégeant surtout sur le rectum sous péritonéal, étant donné le risque majeur de récurrence locorégionale. La radiothérapie adjuvante ne doit pas modifier les modalités de la chirurgie d'exérèse à visée curative telles qu'elles ont été définies.
  - La chimiothérapie adjuvante postopératoire a pour objectif de réduire le risque de survenue de métastases. Seuls l'acide folinique et le levamisole, dans les tumeurs de classe C ont démontré leur efficacité.

- L'association radio-chimiothérapie adjuvante réduit la fréquence des récidives locorégionales et améliore la survie. Les limites actuelles de cette association tiennent essentiellement à sa toxicité.

Les traitements locaux des cancers du rectum possèdent quelques avantages par rapport à la chirurgie d'exérèse classique. En effet, ils sont moins mutilants, en particulier pour les cancers bas situés évitant une colostomie définitive ; leur morbidité et leur mortalité sont beaucoup plus faibles. Cependant, ces techniques vont à l'encontre d'une chirurgie curative, elles ne s'intéressent qu'à la tumeur et négligent un éventuel envahissement ganglionnaire. De ce fait leur utilisation doit obéir à des critères de sélection rigoureux (28, 29).

### CONCLUSION

Le cancer du rectum chez le sujet jeune n'est pas aussi rare qu'on le croit. Le dépistage actif chez les sujets à risque, l'établissement du diagnostic au moment où le traitement serait utile, la chirurgie d'exérèse selon les règles carcino-

logiques et l'introduction de la radio-chimiothérapie dans la pratique quotidienne sont les moyens d'améliorer le pronostic et d'offrir à ces jeunes patients une meilleure survie. Cette action nécessite une approche multidisciplinaire du problème faisant intervenir gastro-entérologues, radiologues, chirurgiens, radiothérapeutes, et médecins oncologues afin de choisir le meilleur protocole thérapeutique adapté à chaque cas.

**Tableau résumant la symptomatologie clinique dans notre série**

Signes Cliniques	Nombre de cas	%
Rectorragies	25	64 %
Syndrome Rectal	21	54 %
Troubles du transit	20	51 %
Amaigrissement > 5 Kg	16	41 %
Anémie sévère	8	20 %
Syndrome occlusif	6	15 %

### BIBLIOGRAPHIE

- 1 - CE. DUKES.  
The spread of cancer of the rectum.  
Br. J. Surg. 1930, 17 : 643 - 647.
- 2 - J. WATERHOUSE, C. MUIR, K. SHANNUGARATNAM, J. POWELL.  
Cancer incidence in five continents.  
Lyon, IARC Scientific publications, 1982, vol IV, n°42.
- 3 - M.T. HOFMER.  
Carcinoma in persons under twenty years of age.  
Am. J. Surg. 1958, 96 : 47 - 53.
- 4 - WH. KERN, WC. WHITE.  
Adénocarcinoma of the colon in a 9 month-old infant : Report of a case.  
Cancer, 1985, 11 : 855 - 857.
- 5 - J. AHLBERG, J. BERGSTRAND, B. HOLMSTROM, J. ULLMAN.  
Malignant tumors of the colon and rectum in patients aged 30 and younger.  
Acta Chir. Scand, 1980, Suppl 500 : 29 - 31.
- 6 - DJ. GALLOWAY, HJG. BURNS, H. BEAR, F. JARRET, P. BOYLE, WD. GEORGES.  
Colorectal Carcinoma in young adults.  
Clin. Oncol. 1984, 10 : 205 - 211.
- 7 - M. ADLOFF, J.P. ARNAU, M. SCHLOEGEL, D. THIBAUD, R. BERGMASCHI.  
Colorectal cancer in patients under 40 years of age.  
Dis. Col. & Rect. May 1986, volume 29, number 5.
- 8 - B.N. RAO, C.B. PRATT, I.D. FLEMING, R.A. DHAWARI, A.A. GREEN.  
Colon carcinoma in children and adolescents.  
Cancer 1985, 55 : 1322 - 1326.
- 9 - K.I. SAFFORD, M.J. SPEBAR, D. ROSENTHAL.  
Review of colorectal cancer in patients under 40 years.  
Am. J. Surg, 1981, 142 : 767 - 769.
- 10 - M. GIGNOUX, A. VALLA, G. LAUNOY, C. HEBERT.  
Objectifs et moyens de dépistage du cancer colorectal.  
La revue du praticien (Paris) 1994, 44 : 2700 - 2704
- 11 - J.A. PETREK, W.A. SAMBERG, P.K. BEAN.  
The role of gender and other factors in the prognosis of young patients with colorectal cancer.  
Cancer, 1985, 56 : 952 - 955.
- 12 - HJ. JARVINEN, MJ. TURUNEN.  
Colorectal carcinoma before 40 years of age. Prognosis and predisposing conditions.  
Scand. J. Gastroenterol., 1984, 19 : 634 - 638.
- 13 - U. OHMAN.  
Colorectal carcinoma in patients less than 40 years old.  
Dis Colon Rectum, 1982, 25 : 209 - 214.
- 14 - B. COURTOIS, P. HILLON, M.C. BOUTRON, L. BEDENNE, C. MILAN, J. FAIVRE, C. CLEPPING.  
Les cancers coliques du sujet jeune. Etude de population (Côte d'Or : 1976 - 1983).  
Gastroentérol. Clin. Biol, 1988, 12 : 624 - 628.
- 15 - A. BENBEHANI, M. SAKWA, R. ERLICHMAN, P. MAGUIRS, S. FRIEDMAN, GD. STEELE, RE. WILSON.  
Colorectal carcinoma in patients under age 40.  
Ann. Surg, 1985, 202, 610 - 614.

- 16 - CW. MAYO, RJG. PAGTALUNAN.  
Malignancy of colon and rectum in patients under thirty years of age.  
Surgery, 1963, 53 : 711 - 718.
- 17 - NL. SIMSTEIN, PJ. KOVALCIK, GH. CROSS.  
Colorectal carcinoma in patients less than 40 years old.  
Dis. Colon rectum, 1978, 21 : 169 - 171.
- 18 - E.G. GALLAGHER, M.G. ZFIGLER.  
Rectal carcinoma in patients in the second and third decades of life.  
Am. J. Surg, 1972, 124 : 655 - 659.
- 19 - G. FOURNATIER, J.F. GRAVIE.  
Interventions conservatrices de la fonction sphinctérienne.  
E.M.C. (Paris - France), Techniques chirurgicales, 40620, 1992.
- 20 - W. Jr WALTON, PF. HAGIHARA, WO Jr GRIFFEN.  
Interventions conservatrices de la fonction sphinctérienne.  
E.M.C. (Paris - France), Techniques chirurgicales, 40620, 1992.
- 21 - WV. BOGMOLETZ.  
Bilan d'extension (staging) anatomopathologique du cancer rectocolique.  
Gastroentérol. Clin. Biol., 1989, 13 : 38 - 44.
- 22 - J.F. BOSSET et Al.  
Facteurs anatomopathologiques de pronostic des cancers du rectum.  
Etude monoet multifactorielle.  
Gastroentérol. Clin. Biol, 1986, 10 : 728 - 735.
- 23 - T. ERHAN, A. CÖKMEZ, M. ALCANAT et Al.  
Genç yas grubunun kolorektal kanserleri.  
Kolon Rektum Hast Derg, 1991, 2 : 90 - 92.
- 24 - C. SMITH, J.A. BUTLER.  
Colorectal cancer in patients younger than forty years of age.  
Dis. Colon Rectum, 1989, 32 : 843 - 846.
- 25 - Y. CICEK, H. TASCI, C. GÖKDOGAN, S. ÖNES, E. GAZIOGALA, S. CARKMAN, S. PEKMEZCIS.  
Colorectal cancer in patients younger than forty years of age.  
Acta chir, belg, 1993 : 258 - 261.
- 26 - T. CONROY, F. GUILLEMIN, J. STINES, B. DENIS.  
Diagnostic et évaluation de l'extension des cancers colo-rectaux.  
La revue du praticien (Paris), 1994 : 2706 - 2713.
- 27 - CONFÉRENCE DE CONSENSUS.  
Le choix des thérapeutiques du cancer du rectum. Paris 1 er et 2 décembre 1994.  
Ann. Gastroentérol. Hépatol, 1995, n°5: 226 - 236.
- 28 - G. FOURTANIER, J.F. GRAVIE.  
Traitements locaux des cancers du rectum.  
E.M.C. (Paris, France), Techniques Chirurgicales, 40665, 1992.
- 29 - PH. LASSER.  
Traitements locaux du cancer du rectum.  
J. Chir. (Paris), 1996, 133, n°1 : 23 - 36.