

## L'AMPUTATION ABDOMINO-PERINEAL DU RECTUM AU CHU DE BRAZZAVILLE : RESULTATS D'UNE SERIE DE 18 CAS

### Introduction

Depuis plus de 20 ans, grâce à une meilleure connaissance de l'extension locorégionale des cancers du rectum, la chirurgie des cancers du bas rectum a été essentiellement marquée par la conservation sphinctérienne, en particulier pour les cancers dont le pôle inférieur est situé à plus de 2cm au dessus du plancher des muscles releveurs de l'anus, c'est-à-dire à environ 4 à 5cm de la marge anale [1].

Malgré des moyens de diagnostic simples tel que le toucher rectal et la rectoscopie, les cancers du bas rectum situés à moins de 2cm du plan des releveurs de l'anus sont encore diagnostiqués à un stade évolué, imposant ainsi une chirurgie mutilante représentée par l'amputation abdomino-périnéale du rectum [2].

Nous rapportons notre expérience dans le traitement des cancers du bas rectum par amputation abdomino-périnéale du rectum.

### Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a été réalisée de janvier 1999 à mars 2003 dans le service de chirurgie digestive du centre hospitalier et universitaire de Brazzaville.

Pendant cette période, 18 patients qui présentaient un cancer du bas rectum ont subi une amputation abdomino-périnéale du rectum. Le diagnostic de cancer du rectum avait été établi sur la symptomatologie clinique et l'endoscopie digestive avec biopsies.

Le bilan du cancer comportait une échographie hépatique, une radiographie du thorax, un scanner abdomino pelvien, un bilan biologique.

Les critères d'inclusion de notre étude étaient :

a) cliniques

- être âgé de 50 à 70 ans ;
- être porteur d'une tumeur située à moins de 5cm de la marge anale.

b) paracliniques

- avoir eu une endoscopie digestive basse, une échographie hépatique, une radiographie pulmonaire face et profil, et un scanner abdomino pelvien.

c) thérapeutiques

- avoir été opéré.

### Les critères d'exclusion :

Toutes les tumeurs du canal anal ont été exclues de cette étude.

La préparation intestinale comportait un régime alimentaire sans résidu, et la prise de métronidazole per os, 1 comprimé à 500mg deux comprimés par jour pendant 5 jours.

Une antibiothérapie péri opératoire à base d'amoxiciline et acide clavulanique était réalisée, 1g en intraveineuse à l'induction, 1g en fin d'intervention et 1g huit heures après.

### Technique

Le patient était installé en position dite de double équipe, en décubitus dorsal, les jambes fléchies, les cuisses en abduction forcée, le bassin surélevé par un petit billot.

L'amputation abdomino-périnéale du rectum comprend plusieurs temps.

Après une incision xypho-pulvienne par voie abdominale, on réséquait le bas sigmoïde puis on libérait tout le rectum jusqu'au plancher périnéal. Chez l'homme, on disséquait le plan antérieur en refoulant en avant le plan vesico-prostato-seminal et chez la femme, en refoulant en avant le plan uterovaginal. Le temps abdominal se terminait par la confection d'une colostomie iliaque gauche sous péritonéale.

Par voie périnéale, on réalisait une incision elliptique après fermeture de l'anus. On réséquait le canal anal, les muscles releveurs de l'anus et le méso rectum, puis l'on rejoignait la dissection rectale effectuée par voie abdominale.

On procédait ensuite à un comblement du pelvis par une épiploplastie centrée sur l'artère gastro épiploïque

gauche. Le périnée était refermé avec la mise en place de deux drains aspiratifs placés latéralement et sortant à environ 5cm de part et d'autre de la plaie.

La surveillance post thérapeutique était rigoureuse, pendant les 2 premières années, les patients étaient revus en consultations externes tous les 3 mois pour un examen clinique ; puis tous les 6 mois les patients réalisaient une échographie hépatique, une radiographie pulmonaire et un bilan biologique.

## Résultats

Notre série comprenait 13 hommes (72,3%) et 5 femmes (27,7%). Le sex ratio était de 2,6 et la tranche d'âge la plus touchée était celle de 60-70 ans (n=13).

L'âge moyen des patients était de 60 ans (extrêmes 50-70 ans).

### Tableau1 : Signes cliniques rencontrés

La rectoscopie avec biopsies avait été réalisée chez tous nos patients (100%), dans tous les cas un adénocarcinome lieberkühnien était retrouvé.

Signes cliniques	Nbres de cas	Pourcentage (%)
Rectorragies	18	100
Trouble du transit	10	55,5
Syndrome rectal (faux besoins épreintes ténésme, rectorragie		
émissions mucoglaireuses)	15	83,3

Toutes ces tumeurs étaient situées à moins de 5cm de la marge anale.

L'échographie hépatique avait révélé chez deux patients, la présence de métastases synchrones uniques unilobaires droites.

Le scanner abdomino pelvien avait confirmé la présence de métastases hépatiques synchrones et avait retrouvé des tumeurs rectales volumineuses avec extension rectale chez tous nos patients.

Le dosage de l'antigène carcino-embryonnaire retrouvait chez tous les patients une élévation moyenne de 9mg/l (extrêmes 7-13mg/l).

Selon la classification anatomopathologique (PTNM), nous avons retrouvé :

- 10 cancers PT<sub>1</sub> (55, 5%)
- 6cancers PT<sub>2</sub> N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 533, 3%)
- 2 cancers PT<sub>3</sub> N<sub>1</sub>M<sub>1</sub> (11,2%)

Les suites opératoires ont été simples dans 77.8% (n=14) et compliquées dans 16,6% (n=3), de rétention d'urines dans 5,5% (n=1), de suppuration pariétales dans 5,5% (n=1) et dans 5,5% (n=1) de suppurations périnéales.

Parmi les résultats fonctionnels à long terme, nous avons relevé dans 11,1% (n=2) de patients de sexe masculin, une altération partielle de l'érection dans un cas et dans l'autre cas restant une impuissance totale.

Parmi les résultats immédiats, la mortalité post opératoires était de 5,5% (n=1), il s'agissait d'un patient de 70 ans qui présentait des antécédents cardiaques.

La durée moyenne du séjour hospitalier était de 14 jours (extrêmes 10-17 jours).

Les deux patients qui présentaient chacun une métastase hépatique synchrone sont décédés environ 10mois après le traitement chirurgical.

4 patients (22,2%) ont été perdu de vue et les 12 patients restants 66,6% étaient en vie jusqu'en fin 2003.

## Discussion

Dans notre série les suites opératoires ont été simples dans 77,8% (n=14) et compliquées dans 16,6% (n=3), de rétention d'urines (n=1), de suppurations pariétales (n=1) et de suppurations périnéales (n=1).

La morbidité post opératoire de notre série a été de 16,6%. Selon Malafosse et Fourtanier [3] la morbidité post opératoire après amputation abdomino périnéale est d'environ 30%, les complications urologiques sont les plus fréquentes avec environ 15,6% de cas. Ces complications sont représentées par les rétentions d'urines liées à la dénervation vésicale et par les fistules urinaires dues à des lésions urétérales.

Selon Dubois et coll. [4] les troubles urinaires après amputation abdominale sont l'apanage quasi exclusif de l'homme, et chez les femmes âgées l'incontinence est possible.

Les infections pariétales, péritonéales, pelviennes et périnéales surviennent dans près de 8,9% après amputation abdomino périnéale [2]. L'ouverture per opératoire accidentelle de l'intestin et l'attitude adoptée vis-à-vis du périnée ont été mis en cause.

Dans notre étude nous avons retrouvé ces complications infectieuses malgré une antibioprofylaxie et une fermeture primitive du périnée prônée par de nombreux auteurs [5]. Cette fermeture primitive du périnée nécessite une hémostase parfaite. Dubois et coll. [4] estiment que dans les volumineuses tumeurs rectales ou une importante résection cutanée et du tissu graisseux périnéale ont été réalisés, il est recommandé de ne pas refermer le périnée et de laisser une mèche périnéale qui sera retirée dès le 8<sup>e</sup> jour post opératoire et suivie de pansements.

Parmi les résultats à long terme, nous avons eu 11,1% (n=2) de dysfonctionnement sexuel sous la forme d'une altération partielle de l'érection dans un cas et dans l'autre cas une impuissance sexuelle totale chez deux patients de sexe masculin. En France, Deixonne et coll. [6] ont étudié les conséquences sexuelles après amputation abdomino périnéale pour cancer chez 92 hommes et 37 femmes. Chez l'homme, ils ont retrouvé une impuissance totale dans 41,5% des cas et des troubles partiels dans 43,2%, pas de troubles dans 16,3% de cas. Chez la femme, les séquelles sont moins fréquentes et moins graves, et cela parce que les éléments nerveux sensitifs sont moins proches du rectum que chez l'homme dont le plexus Hypogastrique est plus riche et à proximité de la paroi rectale.

Lasser et Elias [2] estiment le risque d'impuissance après amputation abdomino périnéale à 50%.

Plusieurs études récentes ont montré qu'une technique chirurgicale méticuleuse permettait le repérage et la préservation des plexus nerveux sympathiques pré aortiques et parasympathiques sacrés, permettant ainsi d'obtenir d'excellents résultats fonctionnels urinaires et sexuels post opératoires [7-8].

Dans notre courte série, la mortalité post opératoire a été de 5,5% (n=1), il s'agissait d'un patient qui présentait des antécédents cardiaques et qui fut décédé d'une embolie pulmonaire.

Malafosse et Fourtanier [3] retrouvent une mortalité à 7,5% (n=10) sur 2504 amputations abdomino périnéales. Selon Atlan et coll. [1], la mortalité post opératoire immédiate après amputation abdomino périnéale varie de 1 à 10%. Les causes de décès post opératoire sont représentées essentiellement par des causes extradiigestives [3]. Selon Malafosse et Fourtanier [3], l'âge influe de manière significative sur tout le taux de mortalité immédiate dans les amputations abdomino périnéales. L'amputation abdomino-périnéale du rectum devient une opération dont le risque vital est supérieur à 10% au-delà de 70 ans, et inférieur à 0,8% si l'âge du patient est inférieur à 50 ans [3].

Dans la chirurgie du cancer du rectum, l'effet du volume d'activité (nombre annuel d'intervention) a un impact sur la mortalité post opératoire. Cet effet a été mis en évidence de manière significative aussi bien pour le centre de soins [9,10] que pour le chirurgien [11-12].

Marush et coll. [13] ont montré que la morbidité la plus faible était significativement observée dans les centres opérant plus de 40 patients par an.

Il faut noter que le traitement du cancer du rectum ne peut se concevoir qu'au sein d'une équipe multidisciplinaire, associant la radiothérapie, et la chimiothérapie à la chirurgie selon les circonstances.

## Conclusion

Les indications du traitement du cancer du rectum par amputation abdomino périnéale ont diminué depuis plusieurs années au profit de la chirurgie conservatrice de la fonction sphinctérienne. Cependant l'amputation abdomino périnéale du rectum demeure toujours d'actualité dans le traitement des tumeurs basses juxta sphinctériennes et dans les volumineuses tumeurs de la moitié inférieure du rectum.

## Références

### 1 – Atlan D., Fabre E., Maignon P., Penna C., Rougier P.

Les cancers du rectum : mise au point  
Bull Cancer 2000, supplément FMC N°4

### 2 – Lasser Ph. et Elias D.

Cancer du rectum  
Editions techniques. Encycl. Med. Chin. (Paris-France)  
Gastro-enterologie 1994, 9-084-A-10, 16 p.

### 3 – Malafosse M., Fourtanier G.

Le traitement des cancers du rectum  
Monographie de l'Association Française de Chirurgie  
Editions Masson, Paris 1987

### 4 – Dubois J.B., Joyeux H., Domergue J., Saint Aubert B.

Le Cancer du rectum  
Epidemiologie Diagnostic Traitement  
Sauramps Medical 1989

### 5 – Delpero J.R., Le Treut Y.P., Boutboul R., Bricot R.

La fermeture primitive de périnée après amputation abdomino-périnéale du rectum pour cancer. Technique-Résultats.  
J. Chir, 1982, 119, 375-380

### 6 – Deixonne B., Baumel H., Domergue J.

Les troubles sexuels après amputation abdomino-périnéale du rectum  
Ann Chir 1982, 36, 475-480

**7 – Hojo K., Vernava A.M, Sugihara K., Katumata K.**

Preservation of urine voiding and sexual function after rectal cancer surgery  
Dis Colon Rectum 1991; 34: 532-9

**8 – Masui H., Ike H., Yamaguchi S., Oki S., Shimada H.**

Male sexual function after autonomic nerve preserving surgery  
Dis Colon Rectum 1996; 39: 1140-5

**9 – Sagar P.M, Hartley M.N, Mc Fie J., Taylor B.A., Copeland G.P.**

Comparison of individual surgeon's performance  
Risk – adjusted analysis with possum scoring system  
Dis Colon Rectum 1996; 39: 654-8

**10 – Harmon J.W, Tang D.G, Gordon T.A, Bowman H.M, Choti M.A, Kaufman H.S et al.**

Hospital volume can serve as a surrogate for surgeon volume for achieving excellent outcomes in colorectal resection

Ann Surg 1999; 230: 404-11

**11 – Porter G.A, Soskolne C.L, Yakimets W.W, Newman C.**

Surgeon – related factors and outcome in rectal cancer  
Ann Surg 1998; 227: 157-67

**12 – Martling A., Cedermark B., Johansson H., Rutqvist L.E, Holm T.**

The surgeon as a prognostic factor after the introduction of total mesorectal excision in the treatment of rectal cancer

Br J. Surg 2002; 89: 1008-13

**13 – Marush F., Koch A., Schmidt U., Pross M., Gastinger I., Lippert H.**

Hospital caseload and the results achieved in patients with rectal cancers  
Br J. Surg 2001; 88 : 1397-402