

IRM du rectum — Bilan d'extension

ESGAR Rectal Imaging Guideline Group 2026 (Part I)
Beets-Tan et al., Eur Radiol 2018;28:1465-75

Protocole d'acquisition et anatomie IRM utile au staging locorégional du cancer du rectum.

Protocole IRM

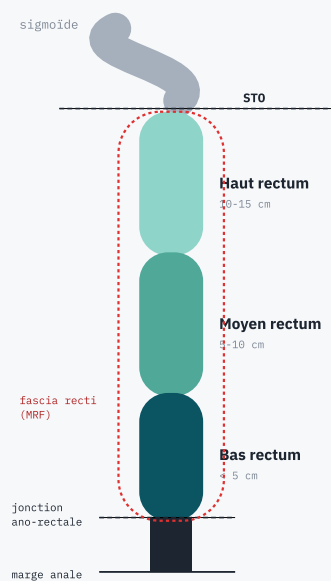
séquences recommandées

SÉQUENCE	PLAN	RÔLE & RÉGLAGES CLÉS
Essentiel T2 axial HR	Oblique, perpendiculaire à l'axe tumoral	Séquence de référence pour le staging T et le MRF. Coupes ≤ 3 mm, résolution dans le plan < 1 × 1 mm (idéalement 0,6 × 0,6 mm).
Essentiel T2 sagittal	Sagittal, sur le rectum	Repérage, localisation tumorale, mesure de hauteur, identification du sigmoid take-off (STO).
Essentiel T2 axial grand champ	Axial, bassin entier	Au moins 1 séquence T2 ou T1 grand FOV : de la bifurcation aortique au canal anal, aires ganglionnaires inguinales incluses.
Selon cas T2 coronal	Coronal, perpendiculaire au canal anal	Utile pour les tumeurs du bas rectum : évaluation du complexe sphinctérien et du releveur de l'anus.
Selon cas DWI + ADC	Même orientation que le T2 axial HR	Aide à la détection tumorale (petites lésions, tumeur masquée par des matières). Rôle limité pour le staging T/MRF fin — évaluation qualitative uniquement, pas de seuil ADC en routine.
Non recommandé Gadolinium / DCE	—	Non recommandé en routine pour le bilan initial.

Préparation patient (2026) : pas de remplissage rectal (aucun gain de précision démontré). Lavement/micro-lavement optionnel en bilan initial, recommandé en réévaluation post-CRT (réduit les artefacts de susceptibilité en DWI). Antispasmodique optionnel — utile surtout pour les tumeurs du haut rectum ou en cas d'anses grêles basses mobiles.

Anatomie IRM utile

repères de staging



Limite supérieure — sigmoid take-off (STO)

Nouveau repère de référence (remplace la jonction recto-sigmoïdienne classique). Sur les coupes sagittales, point où le sigmoïde bascule horizontalement (s'éloigne du sacrum) ; en axial, bascule ventrale. Tumeur dont le pôle inférieur est **au niveau ou sous le STO → rectum** ; au-dessus → sigmoïde.

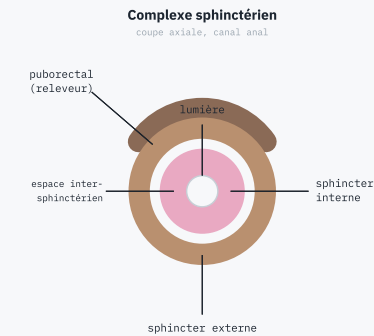
Hauteur tumorale & classification bas/moyen/haut

Mesure par ligne(s) droite(s) depuis la **jonction ano-rectale** ou la **marge anale** (à préciser — le canal anal ajoute 3 à 5 cm). Le seuil classique à 3 niveaux (bas/moyen/haut) reste utilisé en pratique, même si les recommandations 2026 tendent vers une approche binaire (distal vs haut), la localisation distale étant celle qui impacte le plus la décision thérapeutique.

Fascia recti / fascia mésorectal (MRF)

Enveloppe le mésorectum (graisse + vaisseaux + ganglions) ; correspond au plan d'exérèse chirurgicale (TME). C'est la **marge de résection circonférentielle potentielle** — repère central du compte-rendu.

- Complexe sphinctérien (tumeurs basses)**
- **Sphincter interne** — lisse, prolongement de la musculature propre
 - **Espace inter-sphinctérien** — plan de dissection possible
 - **Sphincter externe** — muscle strié
 - **Releveur de l'anus / puborectal** — sangle musculaire striée



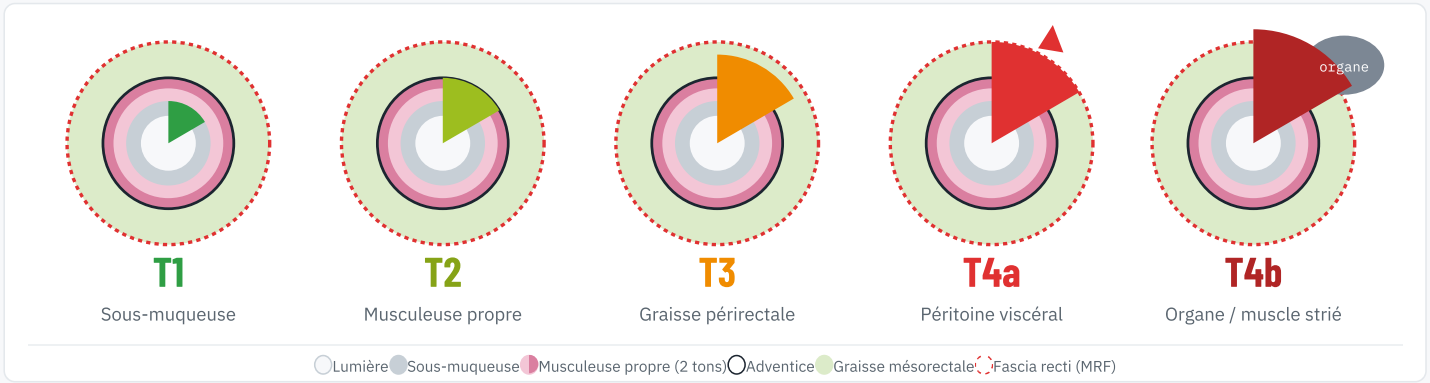
IRM du rectum — Classification TNM

Catégories T, N, M (UICC/AJCC 8^e éd.) et critères IRM d'évaluation du MRF et de l'EMVI.

AJCC Cancer Staging Manual, 8th ed. (2017)
ESGAR 2026 — critères d'imagerie

Catégorie T

profondeur d'invasion pariétale



STADE	DÉFINITION
T1	Tumeur limitée à la sous-muqueuse.
T2	Envahit la musculeuse propre, sans la dépasser.
T3	Envahit à travers la musculeuse propre la graisse périrectale (mésorectum). Sous-classification optionnelle selon la profondeur d'invasion : T3a (<1 mm), T3b (1–5 mm), T3c (5–15 mm), T3d (>15 mm).
T4a	Envahit le péritoine viscéral (perforation séreuse).
T4b	Envahit un organe/structure adjacente, ou un muscle strié (sphincter externe, releveur de l'anus, puborectal).

Bas rectum : l'atteinte du sphincter interne ou de l'espace inter-sphinctérien ne modifie pas le T. Seule l'atteinte du muscle strié (sphincter externe / releveur) fait passer en **ct4b**. Ajouter la mention « **anal+** » en conclusion si le canal anal est envahi.

Catégorie N

approche « patient-level » 2026

STADE	DÉFINITION
N0	Pas de ganglion régional suspect.
N1a / N1b	1 (N1a) ou 2–3 (N1b) ganglions régionaux métastatiques.
N1c	Dépôt(s) tumoral(aux) dans la sous-séreuse / graisse périrectale, sans ganglion métastatique associé.
N2a / N2b	4–6 (N2a) ou ≥7 (N2b) ganglions régionaux métastatiques.

Critères IRM 2026 : évaluation combinant taille et morphologie (contours irréguliers, signal hétérogène, forme non ovale) plutôt que la taille seule. Ganglions latéraux (obturateurs / iliaques internes) : seuil **≥ 7 mm** = suspect ; zone 5–7 mm évaluée selon la morphologie. Approche par **niveau de confiance** recommandée plutôt que ganglion par ganglion : cN0 / cN+ possible / cN+ certain.

MRF & EMVI

facteurs pronostiques clés

Fascia recti (MRF) envahi

Marge ≤ 1 mm entre le MRF et : la tumeur elle-même, une **EMVI**, ou un **ganglion/dépôt tumoral à contours irréguliers**. À l'inverse, un ganglion à contours réguliers à ≤ 1 mm du MRF, quelle que soit sa taille, ne signe pas d'envahissement.

EMVI (invasion vasculaire extra-murale)

Signal tumoral serpigineux prolongeant un vaisseau au-delà de la musculeuse propre, avec élargissement/irrégularité du vaisseau concerné. Facteur pronostique majeur et indépendant, fortement associé aux dépôts tumoraux (TDs).

Catégorie M

extension à distance

STADE	DÉFINITION
M0	Pas de métastase à distance identifiée.
M1a	Métastase(s) confinée(s) à un seul organe (ex. foie, poumon), sans atteinte péritonéale.
M1b	Métastases dans plus d'un organe.
M1c	Atteinte du péritoine, isolée ou associée à d'autres localisations.