
DU BON USAGE DE LA MUCOSECTOMIE ENDOSCOPIQUE

David KARSENTY – Mehdi KAROUI

Hôpital Henri Mondor, Créteil

Les tumeurs villeuses du rectum ont un risque de dégénérescence de l'ordre de 20% au moment du diagnostic et un risque élevé de récidive après résection [1-3]. Le caractère dégénéré, et le degré d'envahissement tumoral est difficile à évaluer en préopératoire (30 à 50% de faux négatifs des biopsies même multiples, évaluation difficile de l'envahissement de la couche sous-muqueuse profonde en échoendoscopie).

En pratique, nous sommes confrontés à 2 situations bien distinctes :

- 1- tumeur rectale « apparemment » non dégénérée
- 2- tumeur rectale « apparemment » dégénérée

Cette différence repose sur la présence ou l'absence de critères prédictifs d'envahissement dépassant la sous muqueuse superficielle (Tsm1) : caractère fixé de la tumeur au toucher rectal, caractère déprimé de la tumeur en endoscopie, diamètre de la tumeur dépassant 4 cm, caractère irrégulier de la taille des nodules en cas de tumeur à extension latérale, classification > T1 ou N+ en échoendoscopie (EE) et > Tsm1 en EE mini sonde quand cela est possible, et soulèvement satisfaisant de toute la lésion lors de l'injection sous muqueuse précédant la mucosectomie endoscopique [4-7].

PRISE EN CHARGE DES TUMEURS VILLEUSES RECTALES APPAREMMENT NON DEGENEREES

L'exérèse transanale, qu'elle soit endoscopique ou chirurgicale, passant dans le plan sous-muqueux permet l'ablation de toute la lésion et constitue dans la majorité des cas le traitement curatif. Cette exérèse doit être complète, enlevant la lésion au mieux en un seul fragment et passer en zone macroscopiquement saine [1]. La prévision d'une fragmentation de la lésion en cas de mucosectomie endoscopique doit faire préférer la résection transanale chirurgicale. A l'inverse, pour une tumeur de moins de 6 cm, située entre 8 et 15 cm de la marge anale (tiers supérieur du rectum), la mucosectomie endoscopique doit être privilégiée.

Le succès (résection complète avec marges saines) de la mucosectomie endoscopique est de l'ordre de 90%, mais varie essentiellement en fonction de la taille des lésions [4]. Les complications sont le saignement dans 0,5 à 1,5% des cas et toujours maîtrisable par voie endoscopique et la perforation dans moins de 0,5% des cas dans les séries de polypes colorectaux, et est encore inférieur si l'on ne considère que les polypes rectaux [4, 6-8].

Avec un taux d'échecs inférieur à 2%, l'exérèse chirurgicale par voie transanale, associée ou non à des artifices comme le « parachute » ou le « lambeau tracteur » est la technique la plus utilisée [1, 2, 9-14]. La mortalité opératoire est nulle. La morbidité varie de 0 à 10%. Il s'agit essentiellement de complications bénignes à type de rétentions aigues d'urines ou d'infections urinaires (1-14%) et d'hémorragies (1-8%) [1, 2, 9-14]. Des sténoses rectales tardives (5-7%) peuvent nécessiter des dilatations endoscopiques. Après exérèse transanale, le taux de récidive (> 6 mois) varie de 4 à 13% dans les trois séries les plus récentes [12-14] avec un risque cumulé de 0,5% à 1 an, 4% à 5 ans et 5% à 10 ans [13]. Ces récidives sont localisées dans 98% des cas au site d'exérèse, peuvent être bénignes ou malignes et sont corrélées à la taille de la lésion (> 6 cm, R 10% vs. 1% p<0,005) [1,10,11,13], à sa topographie (> 8 cm de la marge anale) [11] et à l'existence d'un contingent malin [13]. Le risque de récidive est par ailleurs supérieur en cas de marges latérales envahies (34% vs. 3%, p<0,005) [1].

L'exérèse chirurgicale transanale est un traitement de choix des tumeurs villeuses du rectum car enlevant en totalité la lésion en un bloc, elle permet un examen histologique complet. Chez des patients sélectionnés (tumeur < 6 cm de diamètre localisée à moins de 8 cm de la marge anale), elle est associée à une faible morbidité (< 10%) et à un risque de récidive inférieur à 5%.

Le patient doit être informé d'une part que seul l'examen histologique définitif de la pièce de mucosectomie permettra de juger du caractère complet de l'exérèse et d'autre part de la nécessité d'une surveillance endoscopique régulière (tous les 3 mois pendant 1 an, puis tous les 6 mois pendant 2 ans, puis tous les ans).

En cas de tumeur « finalement dégénérée infiltrant >T1sm1 » un traitement chirurgical de rattrapage s'impose (résection antérieure du rectum).

En cas de tumeur « finalement bénigne » mais dont les marges d'exérèse passent en tissus tumoral, un rattrapage endoscopique (complément de mucosectomie ou électrocoagulation au plasma d'Argon) s'impose, bien que cette attitude soit moins satisfaisante qu'une exérèse complète en un fragment dès la première résection [8].

PRISE EN CHARGE DES TUMEURS VILLEUSE RECTALES APPAREMMENT DEGENEREES

En cas de suspicion de tumeur peu infiltrante une mucosectomie endoscopique peut être tentée, mais doit être impérativement réalisée en un seul fragment pour une analyse satisfaisante de la pièce. En cas de marge de résection *in sano* et de tumeur ne dépassant pas le T1sm1, l'exérèse peut être considérée comme satisfaisante car exposant le patient à un risque de récidive ganglionnaire local inférieur à 5% [5].

Dans le cas contraire la mucosectomie sera considérée comme une « macro-biopsie » qui informera de façon certaine sur le caractère invasif de la tumeur et sur la nécessité d'une chirurgie radicale du rectum (résection antérieure). En effet si la tumeur est T1sm3, peu différenciée, avec des embols vasculaires et engainements périnerveux ou T2 elle doit être soumise aux règles carcinologiques habituelles car le risque de métastases ganglionnaires est de l'ordre de 20 à 25% et le taux de récidive locale peut atteindre 35% à 5 ans [15,16], soit bien supérieur au risque de 0,7% obtenu par la chirurgie conventionnelle (résection rectale avec exérèse totale du mésorectum et anastomose coloanale) [17]. Les techniques de résection chirurgicale transanale emportant la totalité de la paroi jusqu'au mésorectum ne doivent être proposées, en association avec de la radiochimiothérapie, qu'en cas d'inopérabilité ou lorsque la chirurgie nécessite une amputation abdomino-périnéale refusée en connaissance de cause par le patient.

La mucosectomie endoscopique et chirurgicale ne doivent donc pas être considérées comme des techniques concurrentes mais complémentaires dans la prise en charge des tumeurs villeuses du rectum.

Références :

1. Galandiuk S et al. villous and tubulovillous adenomas of the colon and rectum. Am J Surg 1987 ;153 :41-7.
2. Whitlow CB et al. Surgical excision of large rectal villous adenomas. Surg Oncol Clin N Am 1996 ;5 :723-34.
3. Konishi K et al. Evaluation of endoscopic ultrasonography in colorectal villous lesions. Int J Colorectal Dis 2003 ;18 :19-24.
4. Yokota T, et al. Endoscopic mucosal resection for colorectal neoplastic lesions. Dis Colon Rectum 1994;37 :1108-11.
5. Kudo S, et al. Diagnosis and treatment of early colorectal cancer. World J Surg 1997 ;21:694-701.
6. Saito Y , et al. Endoscoic treatment for laerally spreading tumors in the colon. Endoscopy 2001; 33 :682-6.
7. Bergmann, et al. Endoscopic mucosal resection for advanced non-polypoid colorectal adenoma and early stage carcinoma. Surg Endosc 2003; 17 :475-9.
8. Hintze RE, et al. Endoscopic resection of large colorectal adenomas: a combination of snare and laser ablation.
9. Gainant A et al. villous adenoma of the rectum. Report on 50 cases. Chirurgie 1990 ;116 :429-34.
10. Sakamoto GD et al. Transanal excision of large, rectal villous adenomas. Dis Colon Rectum 1991 ;34 :880-5.
11. Barsotti P et al. Factors predicting recurrence after surgery for villous tumours of the rectum. Management of 184 cases. J Chir 1994 ;131 :466-72.
12. Keck JO et al. Rectal mucosectomy in the treatment of giant rectal villous tumors. Dis Colon Rectum 1995 ;38 :233-8.
13. Pigot F et al. Local excision of large rectal villous adenomas. Long-term results. Dis Colon Rectum 2003 ;46 :1345-50.
14. Featherstone JM et al. Per-anal excision of large, rectal, villous adenomas. Dis Colon Rectum 2004 ;47 :86-9.
15. Nascimbeni R et al. Risk of lymph node metastasis in T1 carcinoma of the colon and the rectum. Dis Colon rectum 2002 ;45 :200-6.

16. Paty PB et al. Long-terms results of local excision for rectal cancer. Ann Surg 2002 ;236 :522-9.
17. Kapiteijn E et al. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision (TME) for resectable rectal cancer. N Engl J Med 2001 ;30 :638-46.