
Traitement du cancer colique en occlusion : Chirurgie ou prothèse métallique auto expansive ?

ANTOINE CHARACHON, MEDHI KAROUI
Hôpital Henri Mondor – Créteil

Le cancer colique est diagnostiqué au stade de l'occlusion intestinale dans 8 à 29% des cas et trois fois sur quatre, l'obstacle tumoral est localisé dans le colon gauche et le sigmoïde (1).

Pendant longtemps, le traitement de référence du cancer colique en occlusion était chirurgical, opposant les partisans d'une chirurgie en un ou plusieurs temps. La colostomie de décharge par voie élective, la résection sans anastomose (intervention de Hartmann), la résection anastomosée avec lavage colique per-opératoire et la colectomie totale avec anastomose iléorectale sont les quatre alternatives chirurgicales qui peuvent se discuter. Cependant, quelle que soit la technique utilisée, le caractère localement avancé ou déjà métastatique du cancer au moment de la prise en charge, le terrain défavorable de ces patients souvent âgés avec une comorbidité importante, et les conséquences de l'occlusion (déshydratation, ischémie colique, perforation, colon non préparé), rendent compte du risque accru de mortalité et de morbidité de la chirurgie en urgence, pouvant atteindre respectivement 27 et 60% et celui de 20 à 50% de colostomie définitive (2-5).

Les prothèses métalliques auto expansives (PMAE) constituent une alternative reconnue au traitement chirurgical dans 2 indications: 1) La levée en urgence de l'occlusion colique aiguë avant une chirurgie curative (si elle est possible) en un temps dans de meilleures conditions environ 10 jours après (4,6-8). 2) Le traitement palliatif de l'obstruction colique chez les patients ayant une maladie localement avancée ou métastatique, et/ou chez ceux dont l'état général est trop altéré pour une intervention chirurgicale (8,9). Différentes études regroupées dans une méta analyse récente montrent un taux de succès technique de pose des PMAE variant de 86 à 100% et un taux de succès clinique (levée de l'occlusion) de 83 à 100% (10). L'échec de pose est le plus souvent lié à la longueur et l'étroitesse de la sténose. Les complications sont peu fréquentes: Migration: 8,5%, obstruction: 6% perforation: 6% et hémorragie: 3% (10).

Cinq études ont comparé la chirurgie au traitement endoscopique des tumeurs coliques obstructives (4,11-14). Trois sont des études rétrospectives en situation palliative, montrant l'absence de différence pour la survie, et pour 2 d'entre elles, une diminution significative de la durée de séjour et de la morbidité pour les patients traités par prothèse (11, 12,13). L'étude de Targownik et al. (14) est une analyse décisionnelle comparant 2 stratégies en situation d'urgence caractérisée par une occlusion aiguë: la pose d'une prothèse éventuellement suivie d'une chirurgie à froid vs la chirurgie en urgence (Hartmann)

éventuellement suivie d'un deuxième temps opératoire à froid (rétablissement de continuité quand il est possible). Cette étude concluait à la supériorité de la prothèse sur la chirurgie décompressive d'urgence en terme de mortalité liée à la procédure (5 vs 11%), de nécessité d'une stomie (7 vs 43%), de nombre de d'actes opératoires par patient (1,01 vs 1,32) et de coût (45709 \$ vs 49941 \$).

En conclusion, les PMAE constituent une alternative de choix au traitement chirurgical des sténoses tumorales coliques symptomatiques, soit pour permettre un traitement curatif chirurgical "à froid", soit dans un but palliatif avant de débuter une éventuelle chimiothérapie.

Références:

1. Deans GT, Krukowski ZH, Irwin ST. Malignant obstruction of the left colon. Br J Surg 1994; 81: 1270-76.
2. Gandrup P, Lund L, Baslev I. Surgical treatment of acute malignant large bowel obstruction. Eur J Surg 1992; 158: 427-30.
3. Leitman IM, Sullivan JD, Brams D, Decosse JJ. Multivariate analysis of morbidity and mortality from the initial surgical management of obstructing carcinoma of the colon. Surg Gynecol Obstet 1992; 174: 513-18.
4. Martinez-Santos C, Lobato RF, Fradejas JM, Pinto I, Ortega-Deballon P, Moreno-Azcoita M. Self-expandable stent before elective surgery vs. emergency surgery for the treatment of malignant colorectal obstructions: comparison of primary anastomosis and morbidity rates. Dis Colon Rectum 2002;45:401-6.
5. Rault A, Collet D, Sa Cunha A, Larroude D, Ndobo'epoy F, Masson B. Surgical management of obstructed colonic cancer. Ann Chir 2005;130:331-5.
6. Mainar A, Tejero E, Maynar M, Ferral H, Castaneda-Zuniga W. Colorectal obstruction: treatment with metallic stents. Radiology 1996; 198: 761-64.

7. Choo IW, Do YS, Suh SW, Chun HK, Choo SW, Park HS et al. Malignant colorectal obstruction: treatment with a flexible covered stent. *Radiology* 1998; 206: 415-21.
8. Baron TH, Dean PA, Yates MR 3rd, Canon C, Koehler RE. Expandable metal stents for the treatment of colonic obstruction: techniques and outcomes. *Gastrointest Endosc* 1998; 47: 277-86.
9. Baron TH. Expandable Metal Stents for the treatment of cancerous obstruction of the gastrointestinal tract. *N Engl J Med* 2001; 344 (22): 1681-87.
10. Khot UP, Lang AW, Murali K, Parker MC. Systematic review of the efficacy and safety of colorectal stents. *Br J Surg* 2002;89:1096-102.
11. Law WL, Choi HK, Chu KW. Comparison of stenting with emergency surgery as palliative treatment for obstructing primary left-sided colorectal cancer. *Br J Surg* 2003; 90: 1429-33.
12. Carne PWG, Frye JNR, Robertson GM, Frizelle FA. Stents or open operation for palliation of colorectal cancer: A retrospective, cohort study of perioperative outcome and long term survival. *Dis Colon Rectum* 2004; 47(9): 1455-1461.
13. Xinopoulos D, Dimitroulopoulos D, Theodosopoulos T, Tsamakidis K, Bitsakou G, Plataniotis G et al. Stenting or stoma creation for patients with inoperable malignant colonic obstructions? *Surg Endosc* 2004; 18: 421-6.
14. Targownik LE, Spiegel BM, Sack J, Hines OJ, Dulai GS, Gralnek IM et al. Colonic stent vs emergency surgery for management of acute left-sided malignant colonic obstruction: a decision analysis. *Gastrointest Endosc* 2004; 60: 865-74.

1. Garcia-Aguilar J, Pollack J, Lee SH, et al. Accuracy of endorectal ultrasonography in preoperative staging of rectal tumors. *Dis Colon Rectum* 2002;45:10-15
2. Angelelli G, Macarini L, Lupo L, Caputi-Jambrenghi O, Pannarale O, Memeo V. Rectal carcinoma: CT staging with water as contrast medium. *Radiology* 1990;177:511-514
3. Lupo L, Angelelli G, Pannarale O, Altomare D, Macarini L, Memeo V. Improved accuracy of computed tomography in local staging of rectal cancer using water enema. *Int J Colorectal Dis* 1996;11:60-64
4. Hundt W, Braunschweig R, Reiser M. Evaluation of spiral CT in staging of colon and rectum carcinoma. *Eur Radiol* 1999;9:78-84
5. Thoeni RF. Colorectal cancer. Radiologic staging. *Radiol Clin North Am* 1997;35:457-485
6. Chiesura-Corona M, Muzzio PC, Giust G, Zuliani M, Pucciarelli S, Toppan P. Rectal cancer: CT local staging with histopathologic correlation. *Abdom Imaging* 2001;26:134-138
7. Kulinna C, Matzek W, Eibel R, et al. Staging of rectal cancer: diagnostic potential of multiplanar reconstructions with MDCT. *AJR Am J Roentgenol* 2004;183:421-427
8. Laghi A, Ferri M, Catalano C, et al. Local staging of rectal cancer with MRI using a phased array body coil. *Abdom Imaging* 2002;27:425-431
9. Low RN. MRI of colorectal cancer. *Abdom Imaging* 2002;27:418-424
10. Beets-Tan RG, Beets GL, Vliegen RF, et al. Accuracy of magnetic resonance imaging in prediction of tumour-free resection margin in rectal cancer surgery. *Lancet* 2001;357:497-504
11. Beets-Tan RG, Beets GL. Rectal cancer: how accurate can imaging predict the T stage and the circumferential resection margin? *Int J Colorectal Dis* 2003;18:385-391
12. Williams AD, Cousins C, Soutter WP, et al. Detection of pelvic lymph node metastases in gynecologic malignancy: a comparison of CT, MR imaging, and positron emission tomography. *AJR Am J Roentgenol* 2001;177:343-348
13. Staib L, Schirrmeister H, Reske SN, Beger HG. Is (18)F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography in recurrent colorectal cancer a contribution to surgical decision making? *Am J Surg* 2000;180:1-5