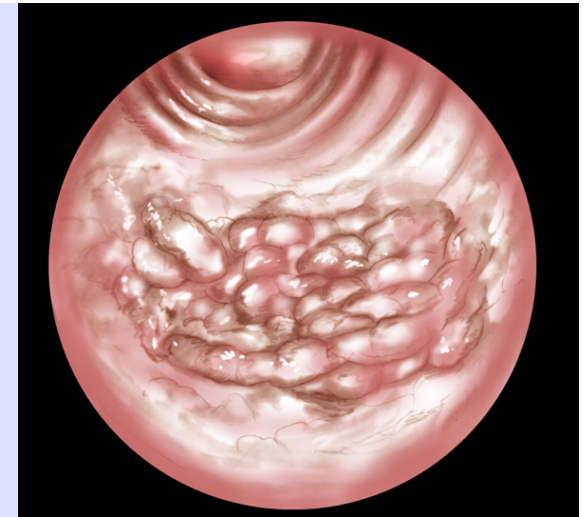


Tumeur villeuse étendue du bas rectum: exérèse endoscopique ou chirurgie (trans-anale)

A. Charachon, H. Mosnier

CHU Henri MONDOR et GH DIACONESSES – CROIX ST SIMON

La problématique



- un risque élevé de transformation maligne
(20 à 40 % des cas en fonction de la taille)
- risque élevé de récurrence après résection
- caractère dégénéré / degré envahissement tumoral difficiles à évaluer en préopératoire
 - 30 à 50% de faux négatifs des biopsies même multiples
 - envahissement de la couche sous-muqueuse profonde en échoendoscopie

Les objectifs

Tumeurs villeuses rectales apparemment non dégénérées

- Exérèse trans-anale complète, dans le plan sous muqueux enlevant toute la lésion en un seul fragment et passant en zone macroscopiquement saine.

Suspicion de dégénérescence non prouvée histologiquement

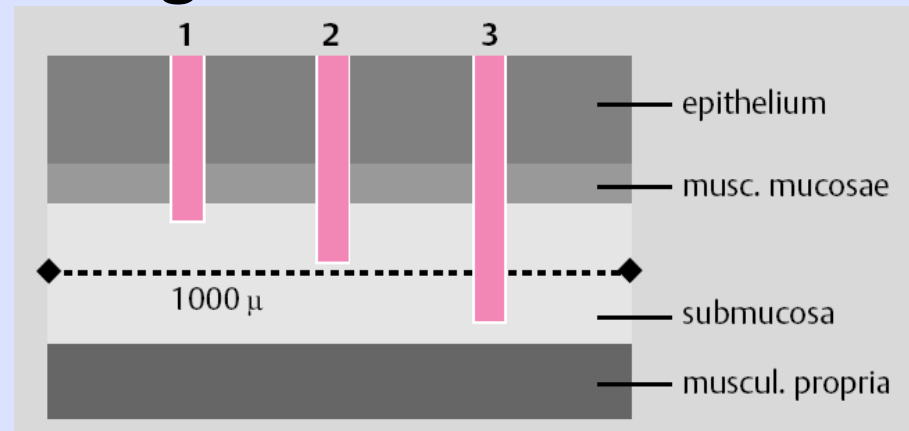
- Réaliser l'exérèse complète pour obtenir une histologie sans obérer les possibilités de résection rectale ultérieure en cas de cancer

Le bilan avant exérèse

- Toucher rectal
- Endoscopie: Aspect et biopsies
- Echoendoscopie a faire avant et non pas après l'exérèse
- IRM: Si l'échoendoscopie suspecte une lésion invasive > T1

Quelles lésions sont résécables par voie trans-anale?

- Tumeurs bénignes et tumeurs $\leq T1sm1 N0$



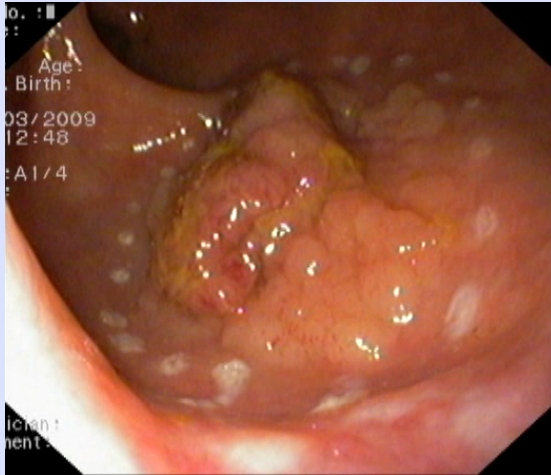
1	Tis m1-m3	0 %
2	T1 Sm1 <1000 μ m	<1 %
3	T1 sm2	6 %
	T1 sm3	14 %
	Risque GG en fonction du stade T	
	<i>Kudo et al. Gastrointest endosc 2003</i>	

Résection trans-anale

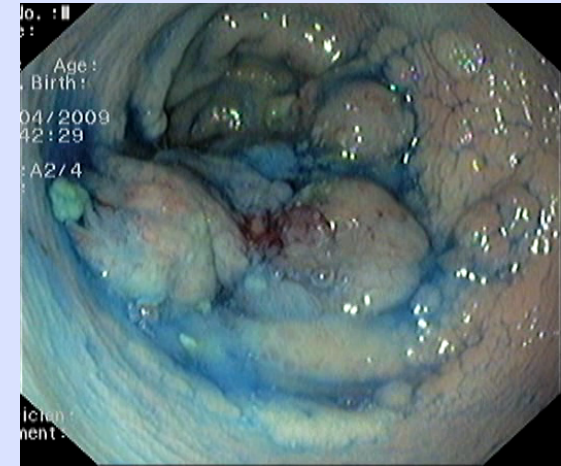
Résection chirurgicale

T2 ou +

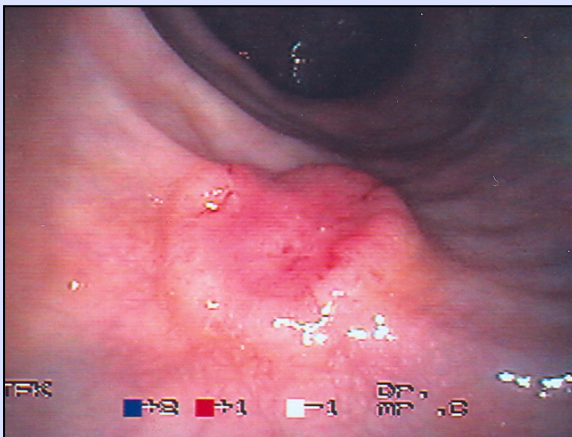
Résécabilité: comment prédire l'envahissement sous-muqueux?



**Aspect
endoscopique**



**Taille
>2 cm – 25%
> 4cm – 40%**



Résécabilité: Comment prédire l'envahissement sous-muqueux?

ECHOENDOSCOPIE

Echoendoscopie standard

- Différencier T1 de T2: Précision Dg 90-95%
- Différencier N0 de N1: Précision Dg 70%
- 25% faux (-) de K par biopsies, 5% par EE

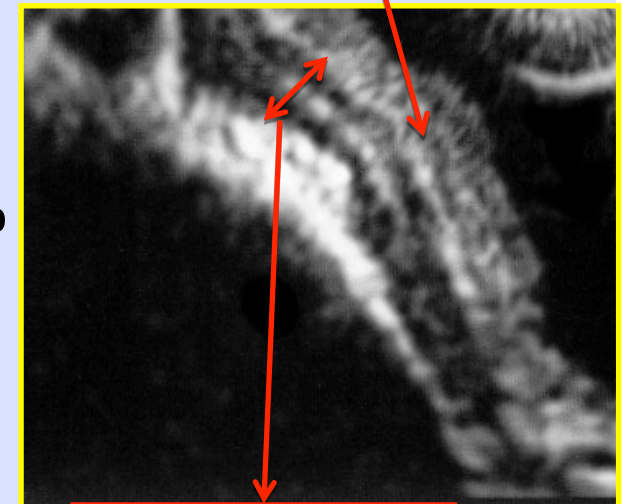
Schaffzin, Clin Colorectal Cancer 2004,

Akasu, World J Surg 2002, Worrell, Am J Surg 2004

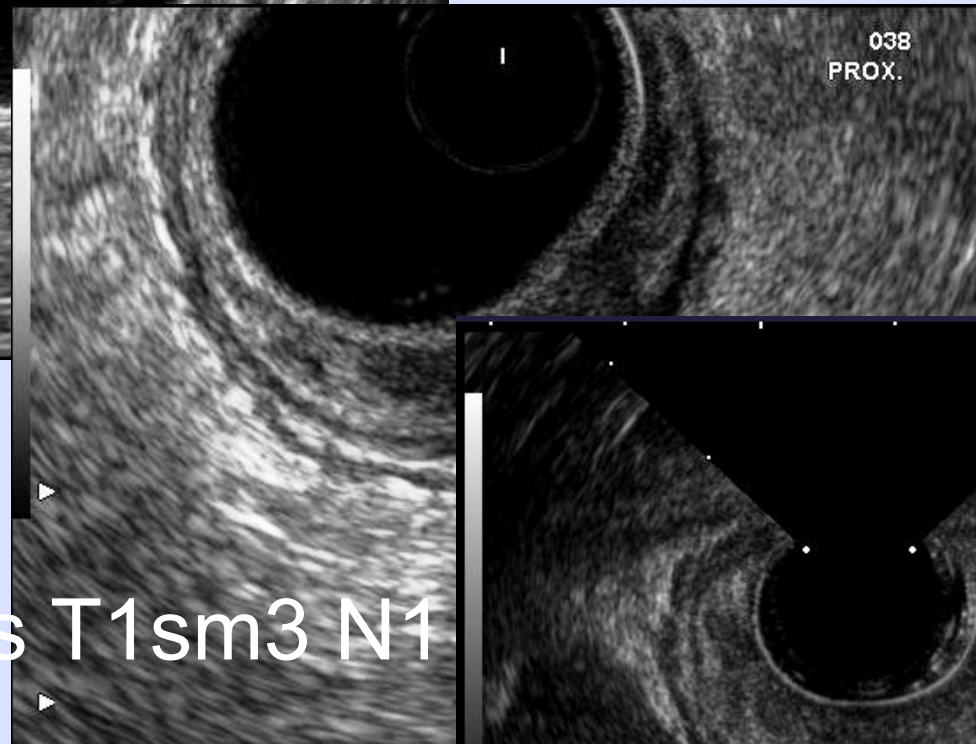
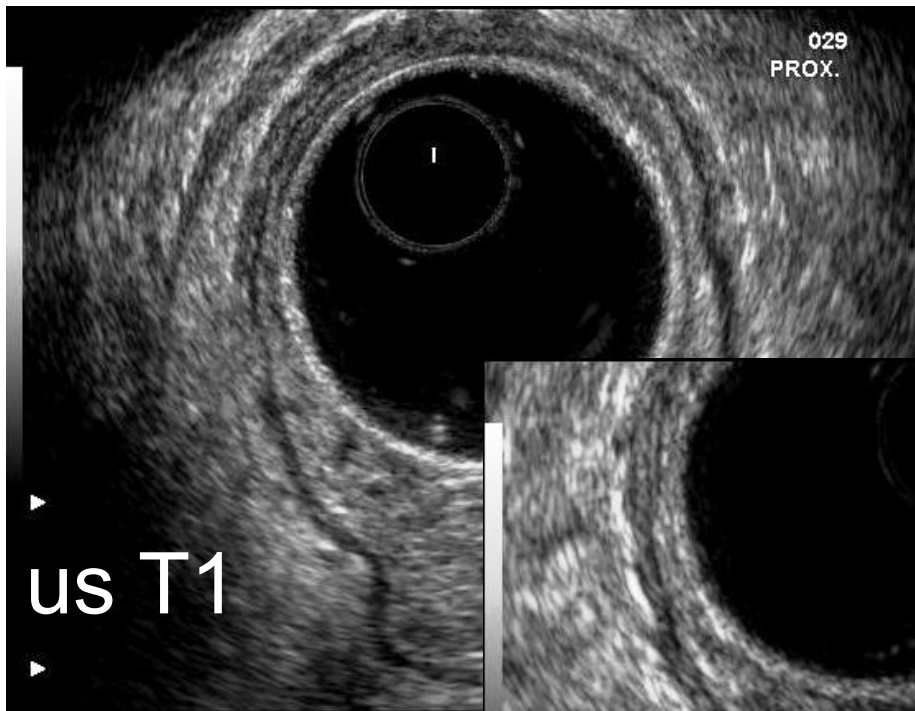
Minisondes à hautes fréquences ?

- Précision Dg $T_{<sm2} / T_{>sm2} = 67 - 94\%$
m. m. : vue dans 30 à 40 % des cas
Tumeurs ulcérées non examinables
- Surestimation fréquente

Musc. Muq.



Muscleuse



Résécabilité: comment prédire l'envahissement sous-muqueux?

En cas de décision de résection endoscopique:

Le Signe de « non-soulèvement »

- Sens = 100% ; Spe = 99% ; VPP = 83 % pour l'envahissement > sm1

Uno et al. Gastrointest endosc

- Corrélation avec envahissement sm3
 - Soulèvement : 93.5% sm1 , < 1000µm
 - Non soulèvement : 100% sm3

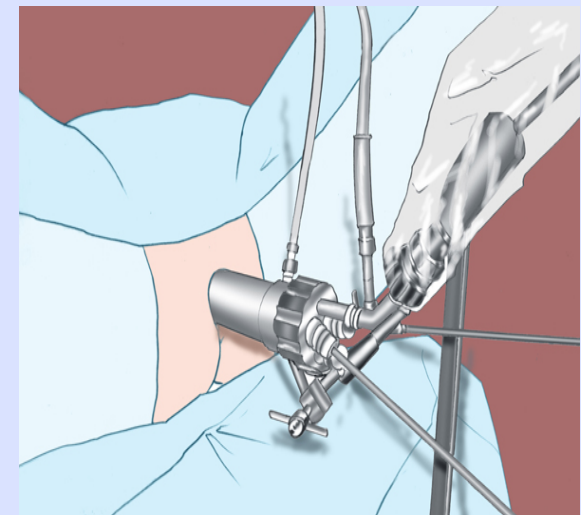
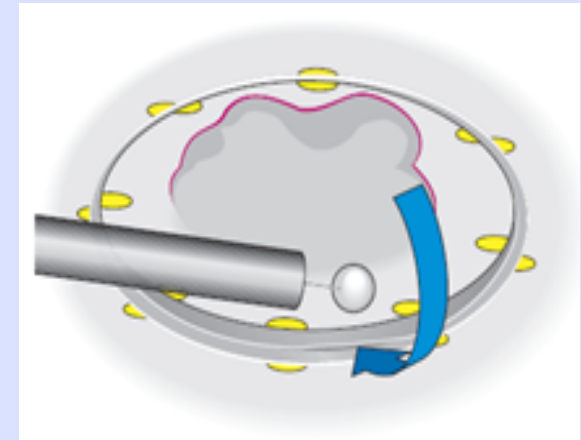
Ishiguro et al. Gastrointest endosc 2002

Kato et al. Endoscopy 2001

→ Arrêter le geste et résection chirurgicale

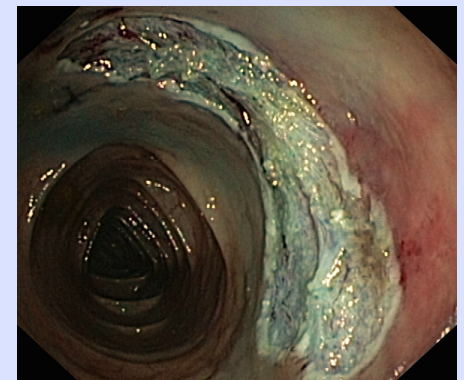
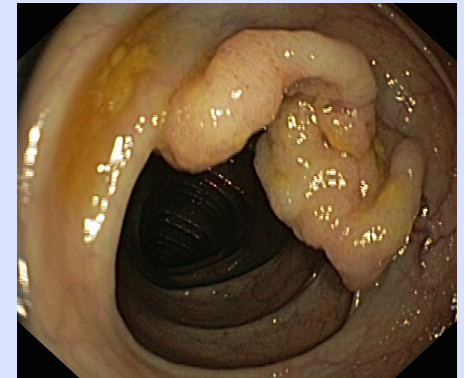
Exérèse locale à visée curative d'une TV du rectum

- Endoscopique:
 - Exérèse par Mucosectomie (EMR)
 - Exérèse par Dissection Sous Muqueuse (ESD)
- Chirurgicale:
 - Exérèse trans-anale classique
 - Lambeau tracteur
 - Parachute...
 - Exérèse trans-anale par chirurgie endoscopique

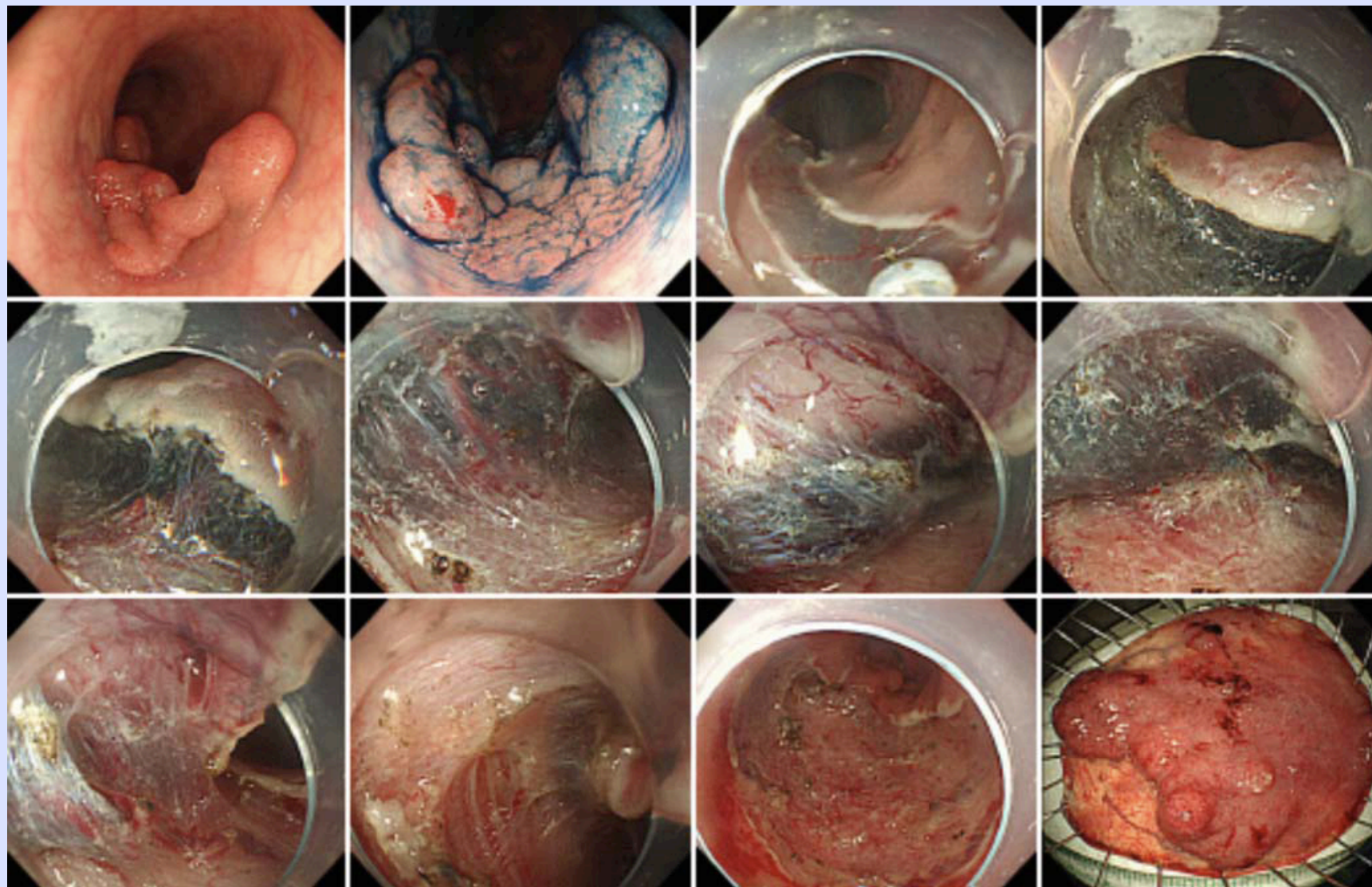


Résection endoscopique: Mucosectomie (EMR)

- Résection en bloc rare
- Efficacité globale: « 85 à 95 % de résections curatives » tient compte des petites lésions
- Récidive: 6 à 20 %
 - Associée
 - à la résection fragmentée: 6 à 20%
vs 0 à 4%. *Bergmann Surg Endosc 2003, Hurlstone Gut 2004*
 - à l'invasion des limites de résection.
Shimomura J Gastroenterol Hepatol 2004, Ueno, Gastroenterology 2004
 - Traitable endoscopiquement: 80%. *Hurlstone Gut 2004*



Résection endoscopique: Dissection Sous Muqueuse (ESD)



Résection endoscopique: Dissection Sous Muqueuse (ESD)

- Résultats:
 - Résection en bloc: 80 à 98% *Tanaka, J Gastroenterol 2008*
 - Récidive = 0 si en bloc, 7% si non
 - Complications
 - Perforation: 1 à 10% peu problématique pour le rectum
 - Hémorragie différée :1 à 3 %
- En France: *Observatoire national et Giovannini (JFHOD 2010)*
 - Résection en bloc 50 à 80%
 - Récidive 0 si en bloc, 8% sinon
 - Perforation 8 à 22%

Résection endoscopique: Dissection Sous Muqueuse (ESD)

- Les problèmes:
 - Niveau d'expertise:
 - formation sur animal
 - peu de lésions superficielles gastriques en France
 - Temps: Temps moyen 60 à 120 min ➔ 7h fonction de la taille et de l'expérience
- ➔ Protocole Dissecmuc 14 centres en France dont 3 en IDF (MONDOR, COCHIN, HEGP)

Exérèse chirurgicale conventionnelle

- Tumeurs < 4cm de diamètre et
< 8 cm de la marge
- Parks, Lambeau tracteur, Parachute
- Possibilité de réséquer toute la paroi
- Morbidité de 0 à 15%
- Fistule 4%, hémorragie 4%, sténose 2%

– *Gao World J Gastroenterol*

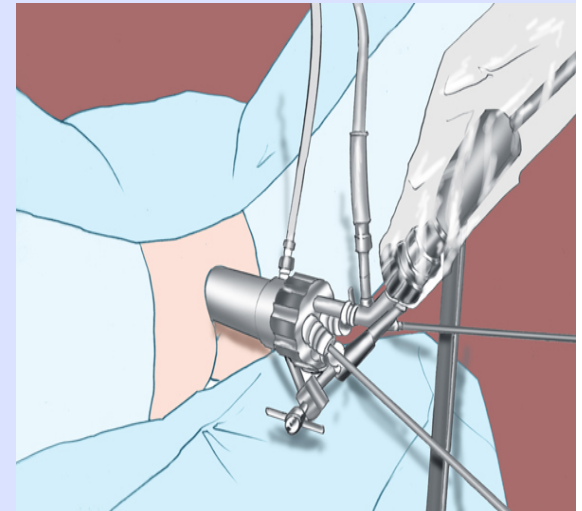
Chirurgie endoscopique: trans-anale

- Rectoscope opérateur
- Utilisation du matériel de laparoscopie
- Morbidité de 2 à 20%
 - Hémorragies, fistules, sténoses
- Récidives locales < 6%
 - (22% après exérèse

conventionnelle)

Middelton Dis colon rectum 2005; 48: 270-84

Moore Dis colon rectum 2008; 51: 1026-30



Après la résection

Exérèse locale



Histologie



Critères favorables:

- Tis, T1sm1, exérèse complète
- Bien différenciée
- Pas d'embole



Surveillance



T1sm2



Discussion en RCP:

Surveillance ou
chirurgie
complémentaire



**1 critère
défavorable:**

- Exérèse incomplète
- T1sm3 ou T2
- Embole vasculaire ou lymphatique



**Chirurgie
complémentaire**

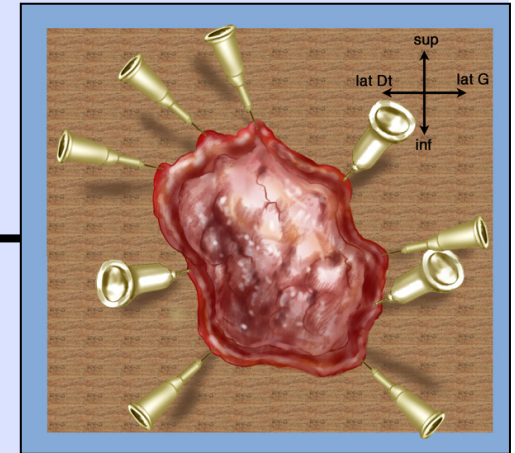
Le compte-rendu opératoire

- Localisation précise:
 - Niveau (bas, moyen, haut Rectum)
 - Face (Ant., post., Gche, Dte)
 - Pôle inférieur et supérieur / marge anale
- Taille de la lésion
- Résection en bloc ou fragmentée
- ➔ Facilite une éventuelle reprise chirurgicale

Le compte-rendu histologique

Pièce opératoire envoyée fixée et orientée

- Degré de différenciation
- Marges latérales et profondes
- Invasion de la sous-muqueuse (et profondeur), de la musculieuse
- Envahissement vasculaire et lymphatique
- Essaimage au front d'invasion «Budding»
 - ➔ Indispensable pour la décision en RCP



Conclusion

- La résection des tumeurs villoses du rectum peut être chirurgicale ou endoscopique.
- La résection doit être obtenue en bloc pour préserver le résultat carcinologique et doit donc être réalisée par dissection sous muqueuse ou résection transanale chirurgicale