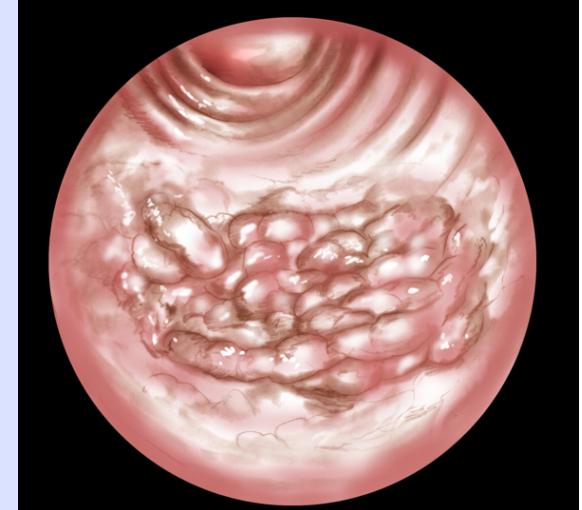


Tumeur villeuse étendue du bas rectum: exérèse endoscopique ou chirurgie (trans-anale)

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 récidive 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 villauses 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

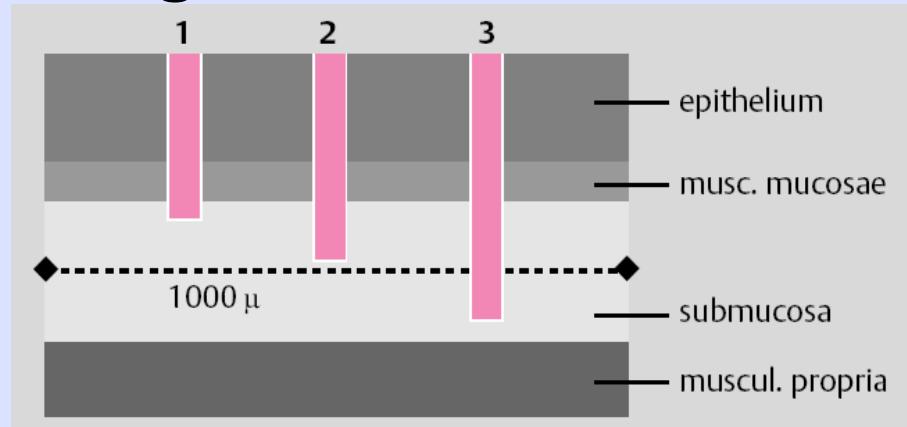
- Réaliser l'exérèse complète pour obtenir une histologie sans obérer les possibilités de résection rectale ultérieure en cas de cancer

Le bilan avant exérèse

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

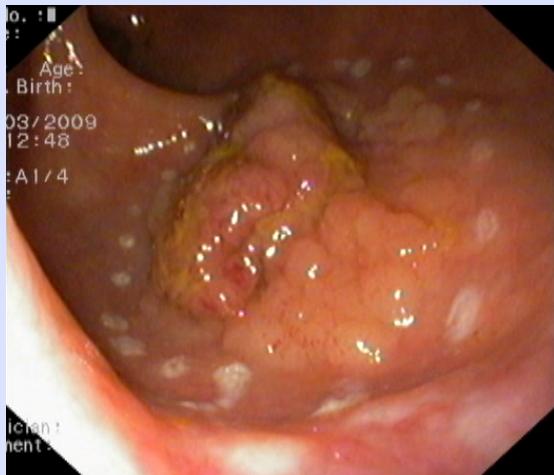
Quelles lésions sont résécables par voie trans-anale?

- Tumeurs bénignes et tumeurs =< T1sm1 N0

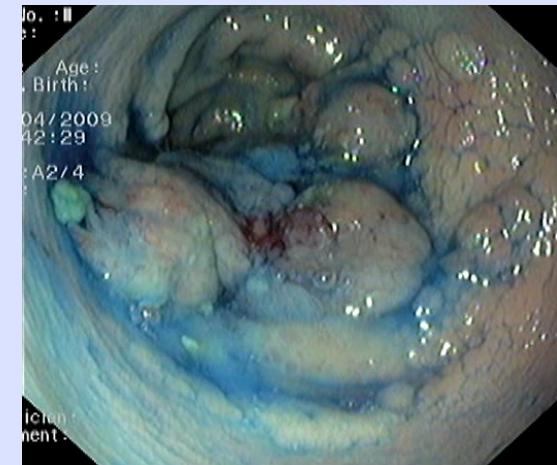


1	Tis m1-m3	0 %	Résection trans-anale
2	T1 Sm1 <1000μm	<1 %	
3	T1 sm2	6 %	Résection chirurgicale
	T1 sm3	14 %	
Risque GG en fonction du stade T			
<i>Kudo et al. Gastrointest endosc 2003</i>			T2 ou +

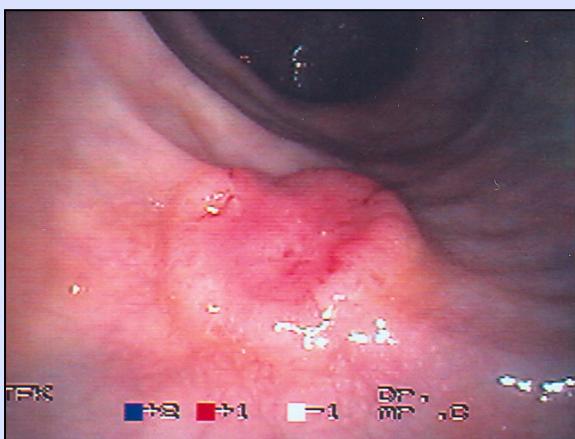
Résécabilité: comment prédire l'envahissement sous-muqueux?



Aspect
endoscopique



Taille
 $>2\text{ cm} - 25\%$
 $>4\text{cm} - 40\%$



Résécabilité: Comment prédire l'envahissement sous-muqueux?

ECHOENDOSCOPIE

Echoendoskopie standard

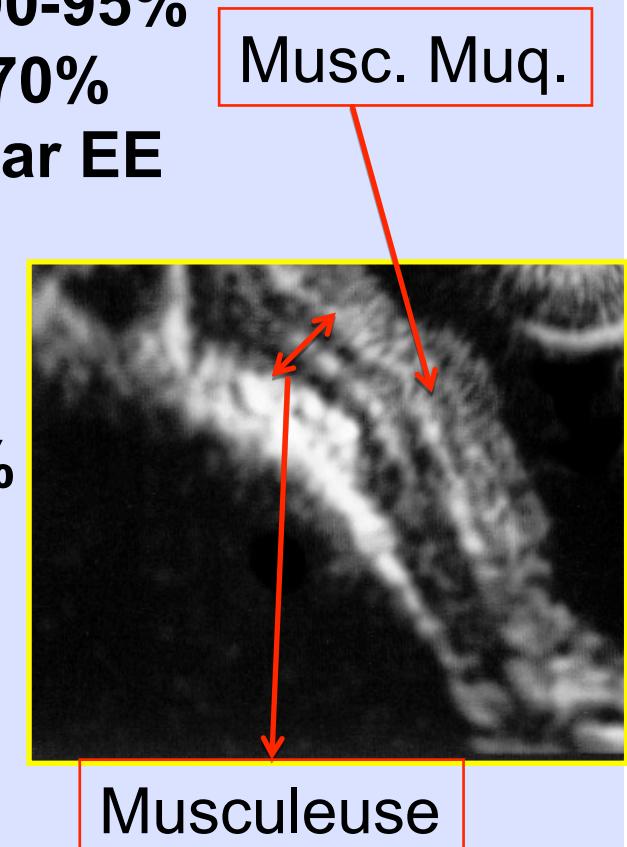
- Différencier T1 de T2: Précision Dg 90-95%
- Différencier N0 de N1: Précision Dg 70%
- 25% faux (-) de K par biopsies, 5% par EE

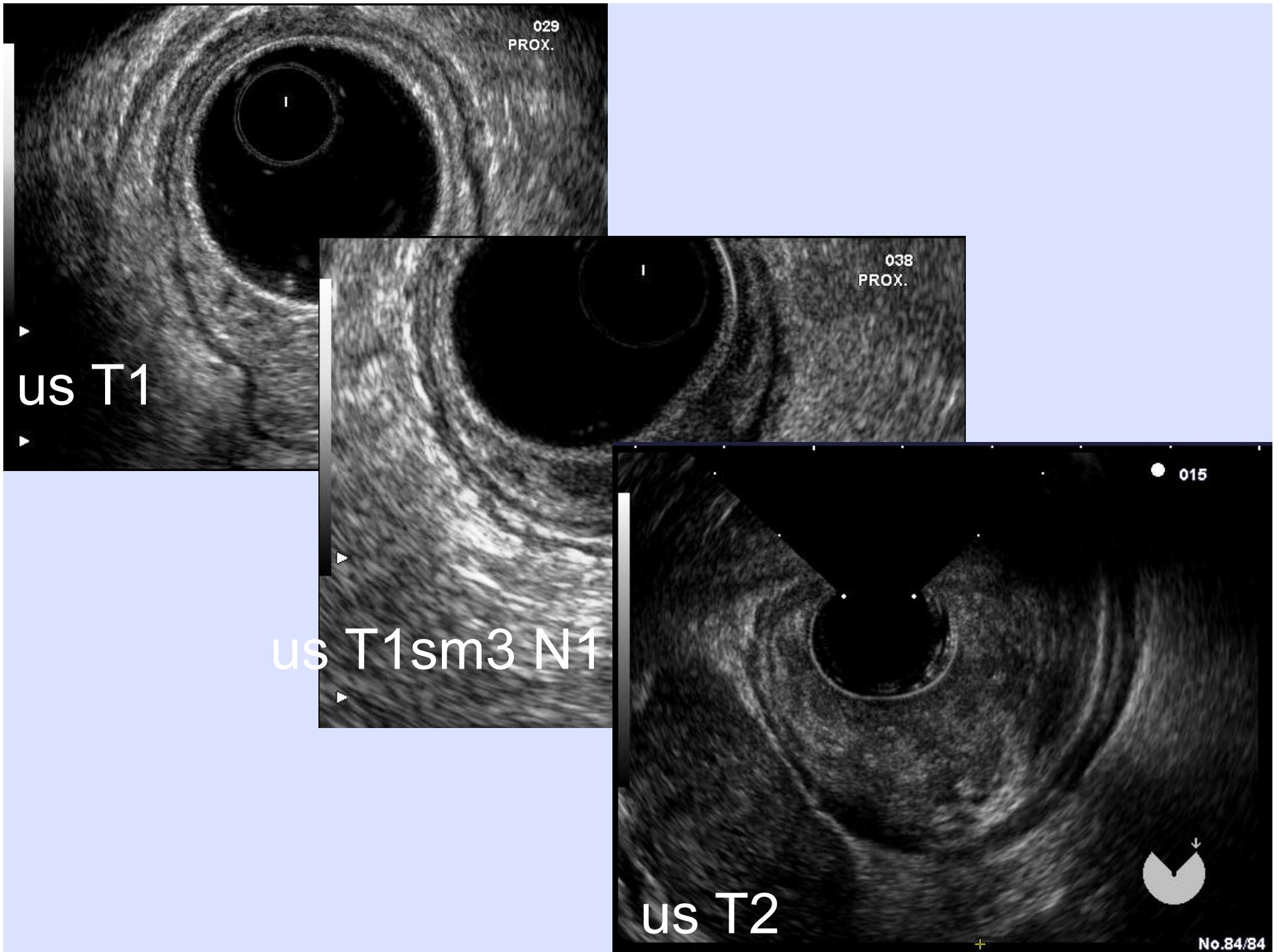
Schaffzin, Clin Colorectal Cancer 2004,

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





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

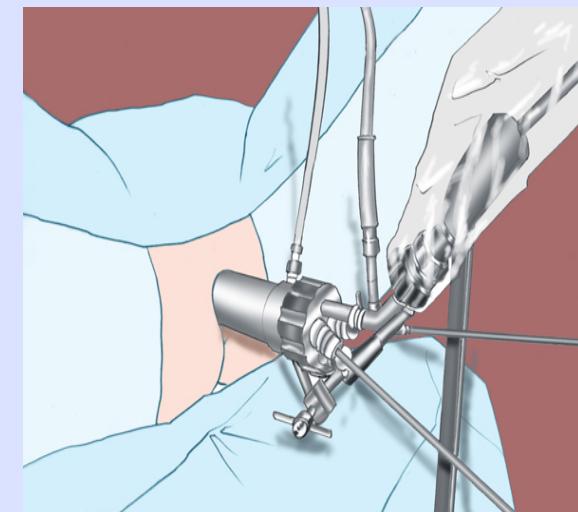
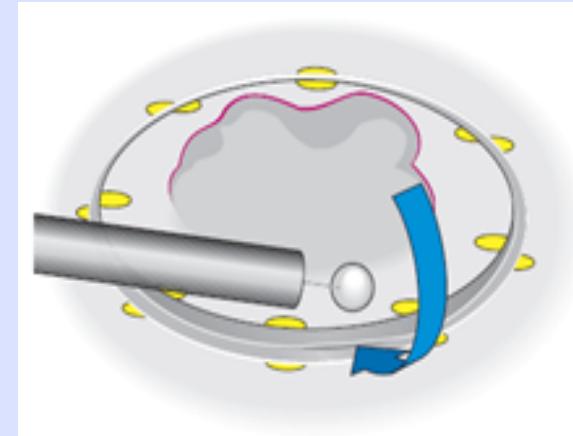
Ishiguro et al. Gastrointest endosc 2002

Kato et al. Endoscopy 2001

➔Arrêter le geste et résection chirurgicale

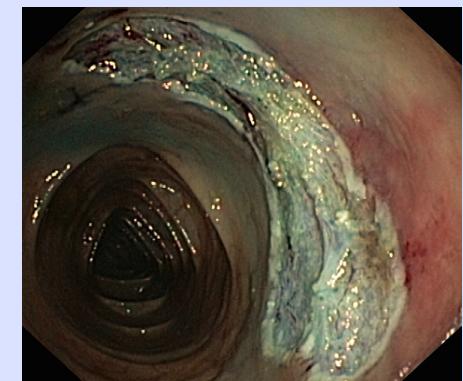
Exérèse locale à visée curative d'une TV du rectum

- 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

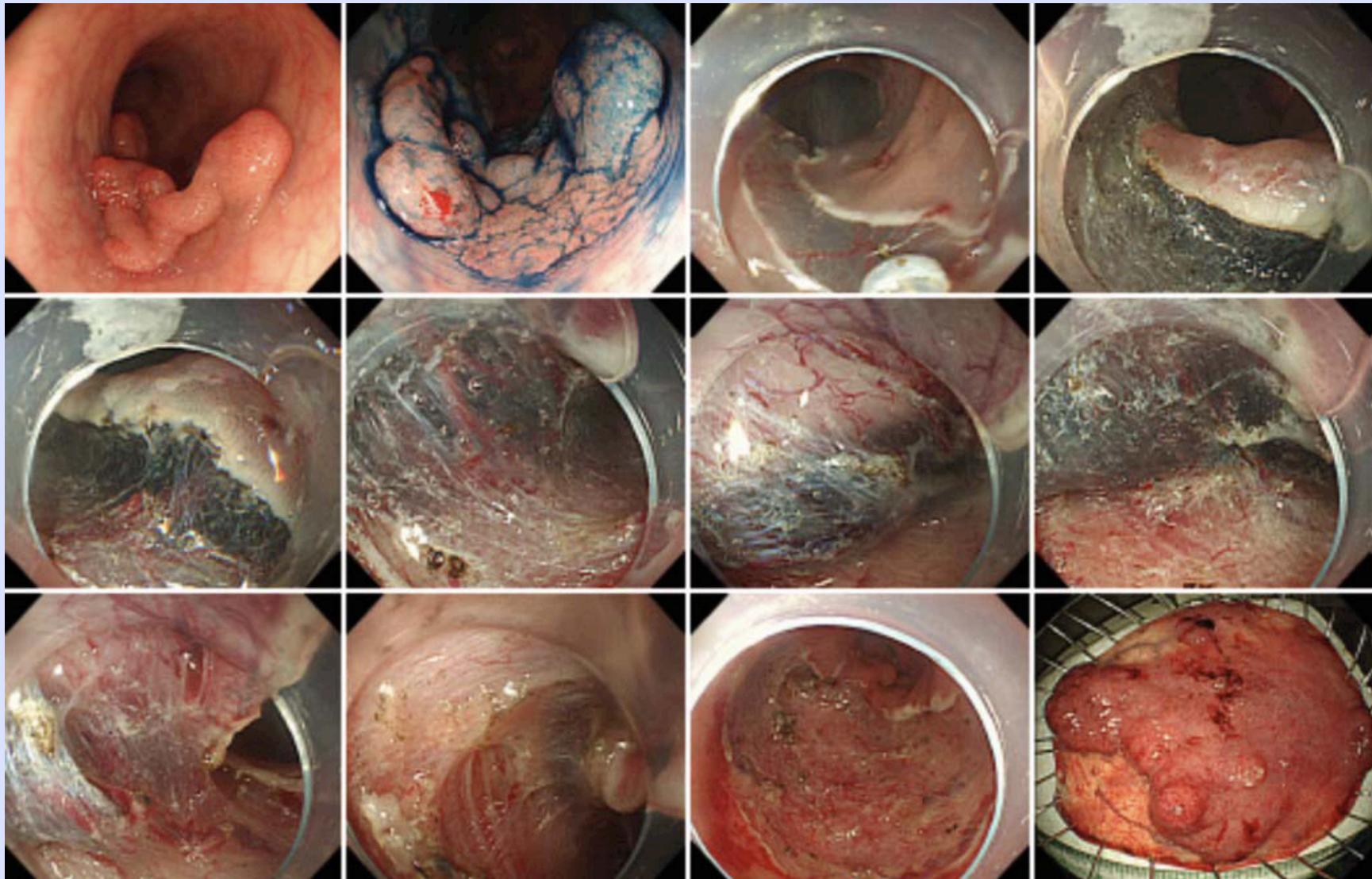


Résection endoscopique: Mucosectomie (EMR)

- 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

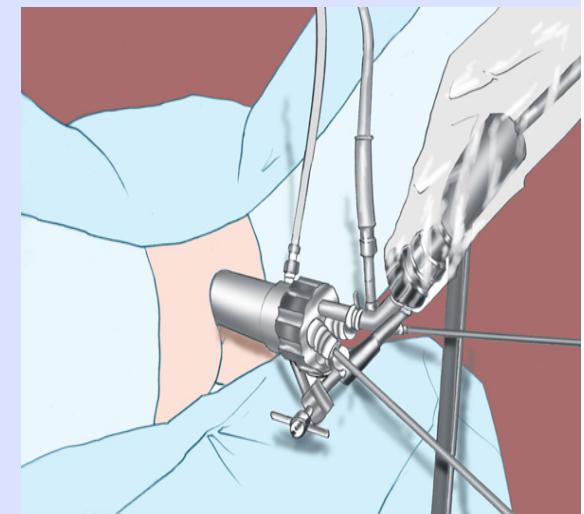
- Tumeurs < 4cm de diamètre et
 < 8 cm de la marge
- Parks, Lambeau tracteur, Parachute
- Possibilité de réséquer toute la paroi
- Morbidité de 0 à 15%
- Fistule 4%, hémorragie 4%, sténose 2%
 - *Gao World J Gastroenterol*

Chirurgie endoscopique: trans-anale

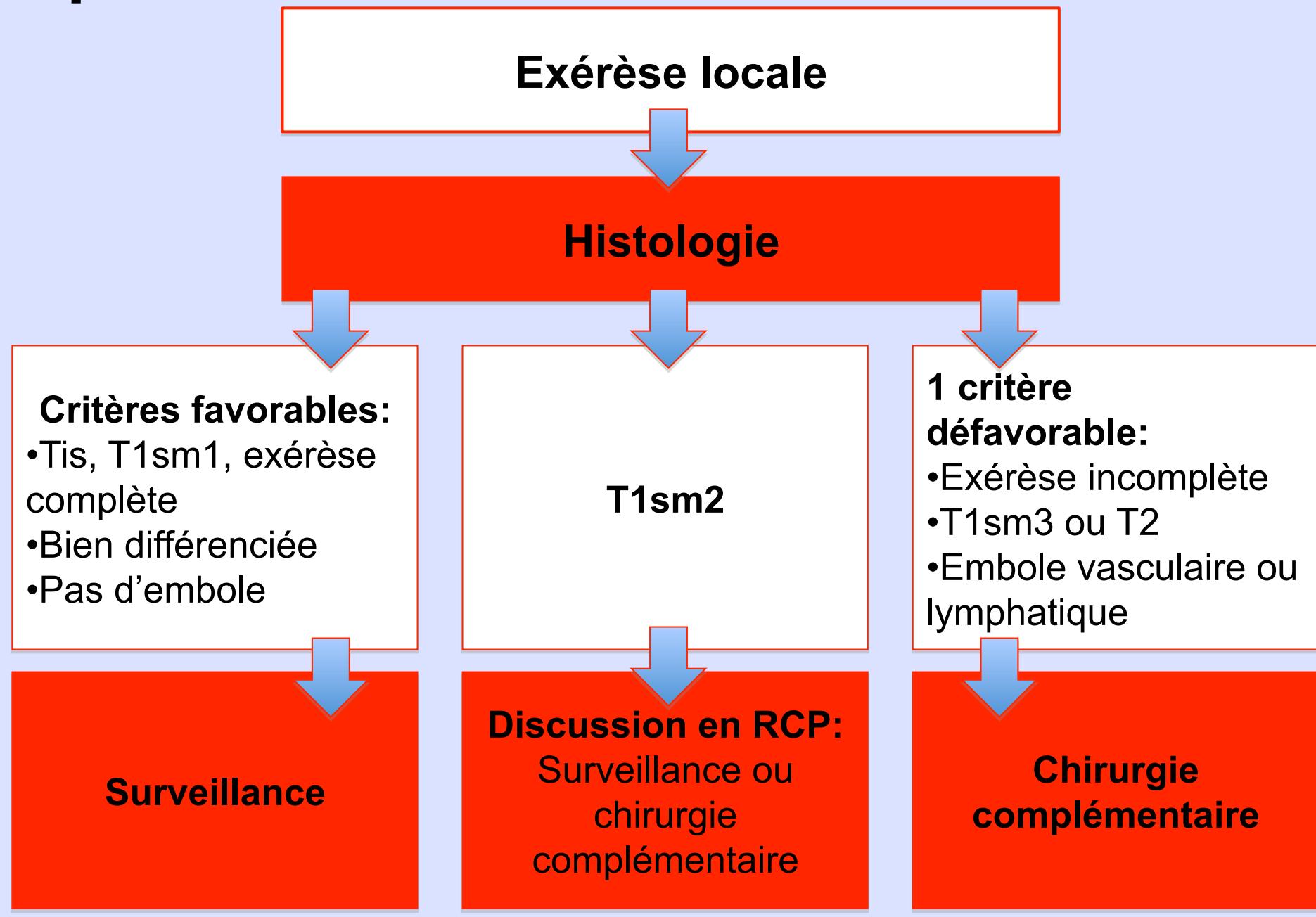
- Rectoscope opérateur
- Utilisation du matériel de laparoscopie
- Morbidité de 2 à 20%
 - Hémorragies, fistules, sténoses
- Récidives locales < 6%
 - (22% après exérèse conventionnelle)

Middleton Dis colon rectum 2005; 48: 270-84

Moore Dis colon rectum 2008; 51: 1026-30



Après la résection



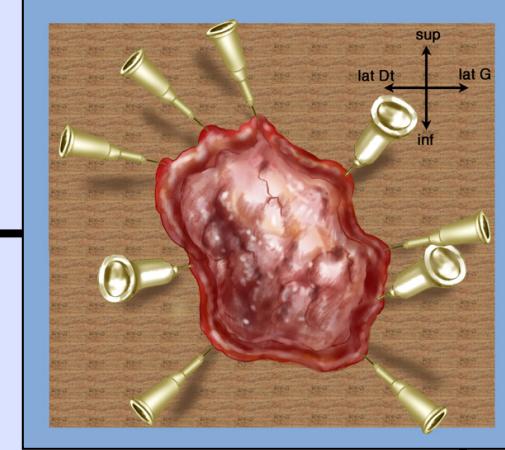
Le compte-rendu opératoire

- 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 musculeuse
- 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