



Cancers superficiels du rectum: Place du traitement chirurgical

Dr. Jean Lubrano, Pr. Bertrand Dousset
Service de chirurgie digestive, hépato-biliaire et endocrinienne
CHU Cochin

Pourquoi l'exérèse locale ?



Incidence des CCR augmente régulièrement

12000 nouveaux cas en France

Généralisation du dépistage par test Hémoccult

La proportion de cancer superficiel au moment du diagnostic est de 20 à 40 %

Pourquoi l'exercice social ?



RESULTATS ONCOLOGIQUES de proctectomie avec TME : Contrôle local > 95%

Récidive ?

- T1T2N0 4% n=153 Mellgren, Disease Colon Rectum 2000
 - T1T2N0 0.7% n=244 Kapiteijn, NEJM 2001
 - T1T2Nx 3.8% n=80 Gamagami, Colorectal Dis 2001
22% N+

Pourquoi l'exérèse locale ?



Mais: TME

Morbidité 40%
Fistule 12%
Stomie temporaire (80%)
Séquelles génito-urinaires 20%

Kapiteijn NEJM 2001

Marijnen CAM. J Clin Oncol 2005

Mortalité

< 65 ans	3%
- 65-75	6%
> 75	12%

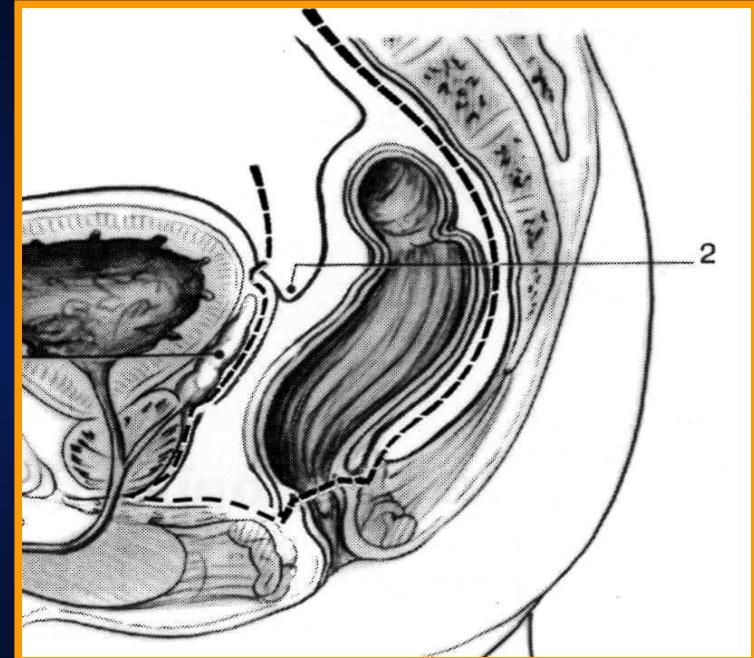
Lancet 2000;356:968-74

Objectifs de l'exérèse locale



- **Objectifs du traitement**

- Exérèse en totalité de la lésion avec marge de 1 cm
- Exérèse en bloc et trans-murale : examen anatomo-pathologique
 - » Déterminer l'envahissement pariétal
 - » Evaluer l'envahissement ganglionnaire
- Eviter la proctectomie



Quelle technique d'exérèse locale ?



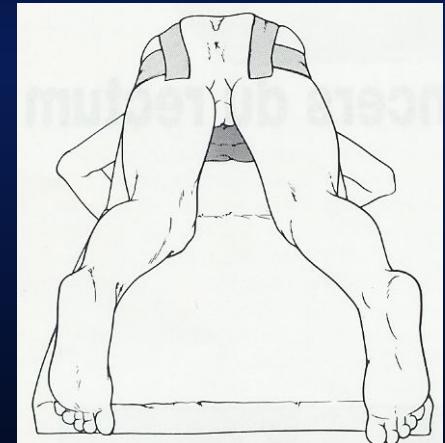
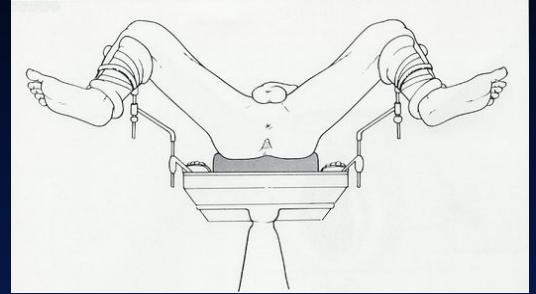
Techniques à visée curative disponibles

- Voies postérieures : Kraske et York Masson
– abandonnées
 - Exérèse trans-anale
 - Trans anal endoscopic microsurgery (TEM)
-

Techniques à visée curative



- Préparation : 1 simple lavement
- Antibioprophylaxie
- Anesthésie : AG ou rachi
- Installation
 - Tumeur post : position de la taille
 - Tumeur ant : décubitus ventral
 - Tumeur latéral : décubitus latéral



Exérèse trans-anale à visée curative



- Bonne indication
 - Tumeur de moins de 3 cm
 - » Exérèse mono-bloc
 - Tumeur dont le pôle inférieur est à moins de 6-8 cm de la marge

Exérèse trans-anale à visée curative



Exposition

- **Tumeur très basse**
 - Écarteur autostatique : parks
 - » Refoule le canal anal
- **Tumeur plus haut située**
 - Ecarteur autostatique : peu adapté
 - » Refoule la tumeur
 - **Valves vaginales étroites**
 - » Tenues par 2 aides
 - » Refoule la muqueuse rectale



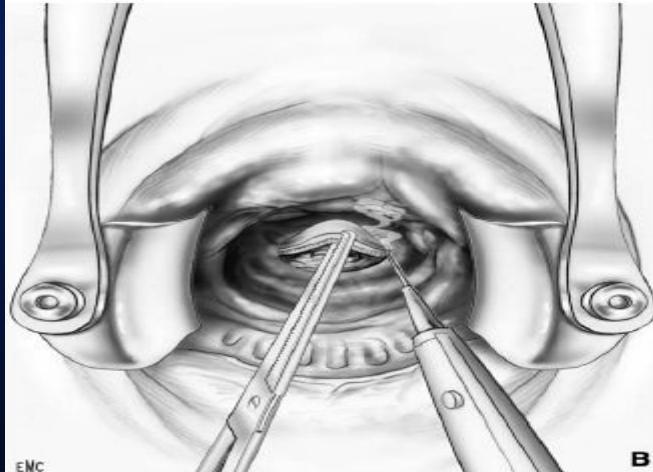
Exérèse trans-anale à visée curative



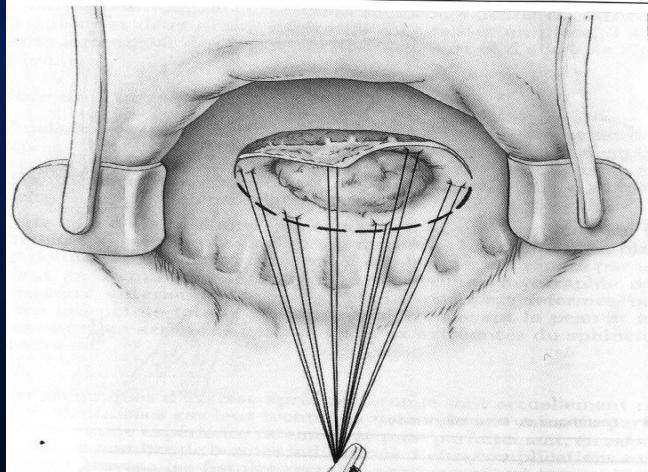
Résection

Règle carcinologique : 1 cm de marge, exérèse trans-murale jusqu'à la graisse périrectale

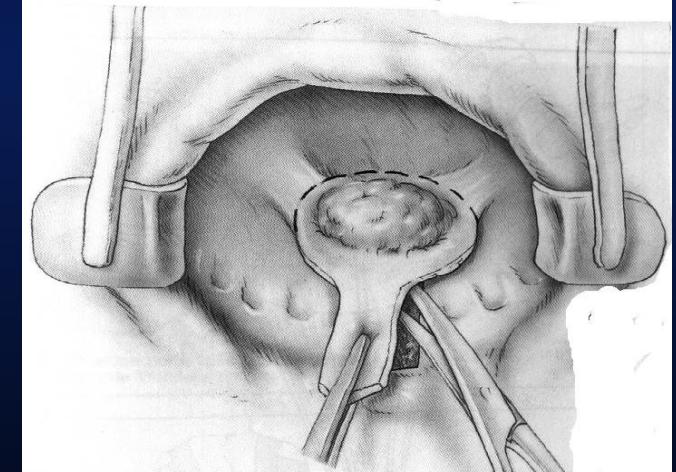
Tumeur basse



Tumeur haute



Bistouri électrique



Parachute

Lambeau tracteur

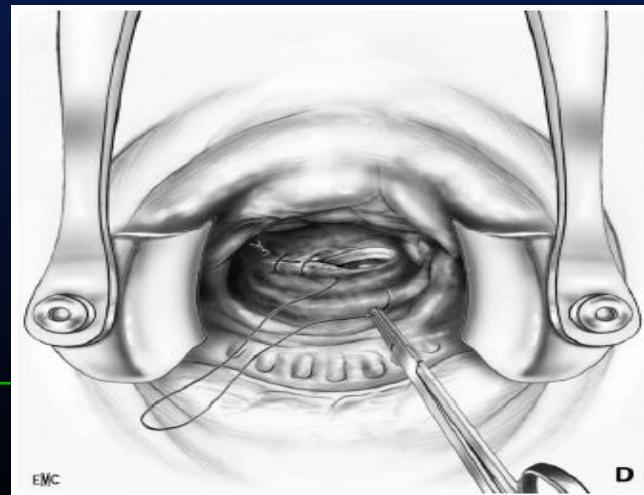
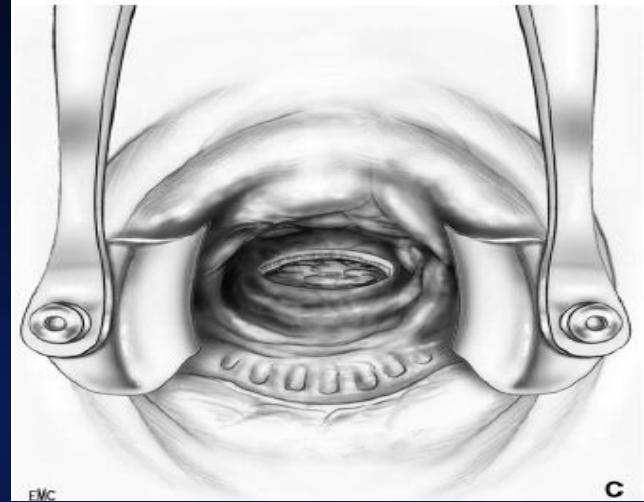
Exérèse trans-anale à visée curative



Fermeture de la cavité ?

- 1 essai contrôlé : 40 malades
 - Perte sanguine: *ns*
 - Morbidité : *ns*
 - Durée hospitalisation : *ns*
 - Durée op : > si fermeture

Intérêt: facilite la résection TME si elle est nécessaire après analyse anatomo-pathologique



Exérèse trans-anale à visée curative



Examen anatomopathologique

- Pièce résection
 - **Etendue et épinglee sur support fixe**
 - » Mesure de la marge de sécurité
 - **Orientée en antéropostérieur et hauteur**
 - » Mesure de la profondeur de l'envahissement pariétal
 - **Envoyée en pièce fraîche**
 - » Mesure de la marge : pièce fraîche > fixée



Exérèse trans-anale à visée curative



Résultats opératoires

- Mortalité < 2 %
- Morbidité < 20 %
 - Complications urinaires
 - hémorragie
- Reprise de l'alimentation : J0 – J1
- Durée d'hospitalisation : 2 – 5 jours
- Résultats fonctionnels
 - Incontinence < 1%
 - Sténose < 10 %



Exérèse trans-anale à visée curative

Résultats opératoires

	Résection incomplète	Marge moyenne (mm)
Winburn (1995)	31 %	2
Taylor (1998)	25 %	2,5
Varma (1999)	12 %	3
Garcia (2000)	11 %	-
Endreseth (2005)	17 %	3
Chen (2005)	0 %	3
Pigot (2005)	15 %	-

Éxérèse trans-anale : pour quels résultats carcinologiques?



- Exérèse trans-anale vs résection radicale (T1)
- 151 trans-anales et 168 proctectomies
- RL: 23 vs 6%

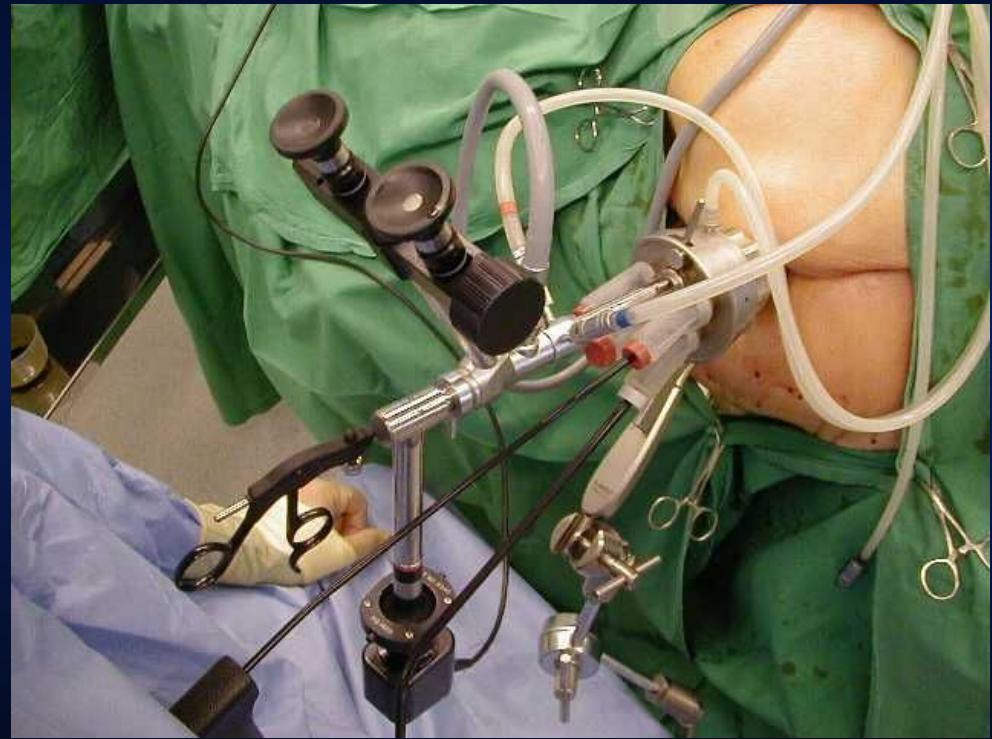
Bentrem Ann Surg 2005

Trans anal endoscopic microsurgery (TEM)

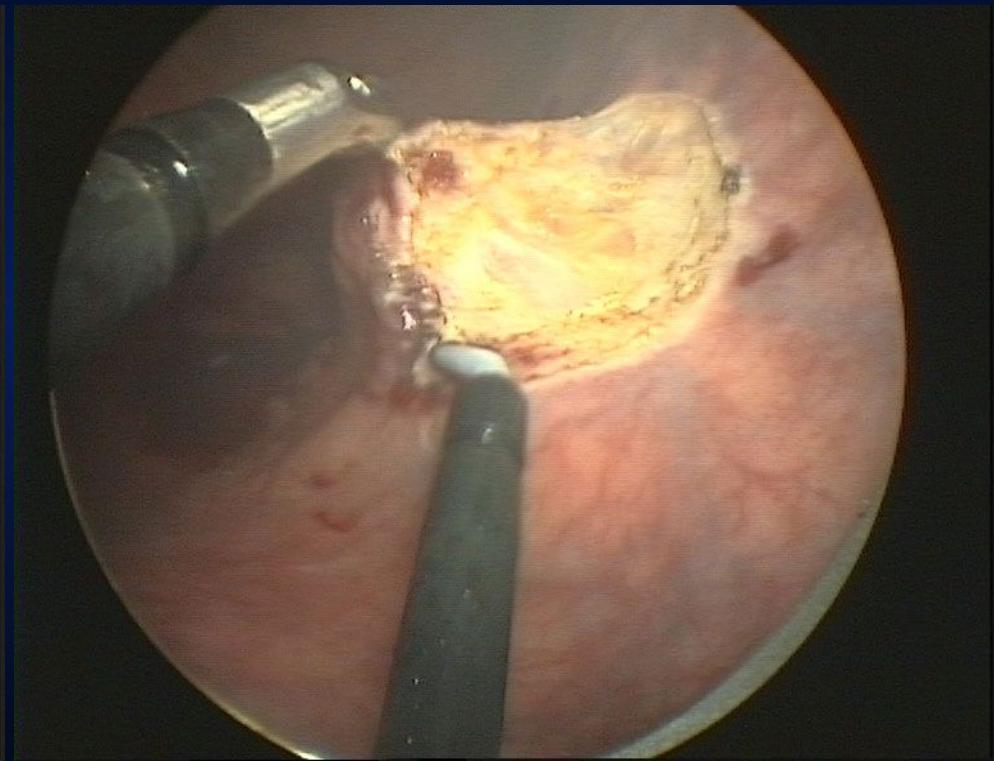


- Bonnes indications
 - Tumeur de moins de 3 cm
 - » Exérèse mono-bloc
 - Tumeur sous-douglassienne 6-12 cm
 - Tumeur basse : non étanchéité du système
- Tumeur hém-i-circonférentielle !
 - » Risque de sténose

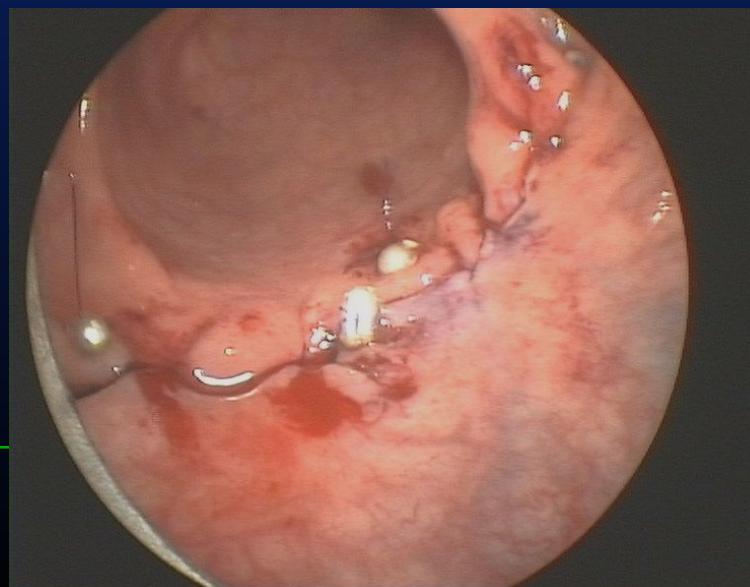
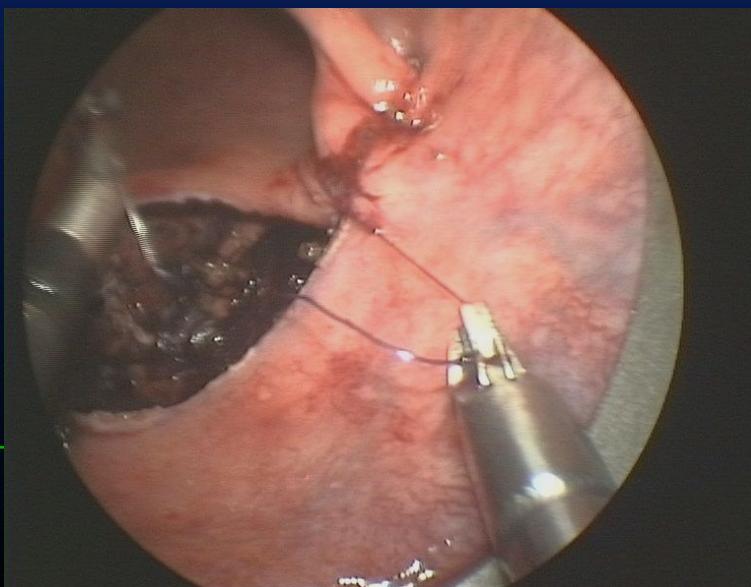
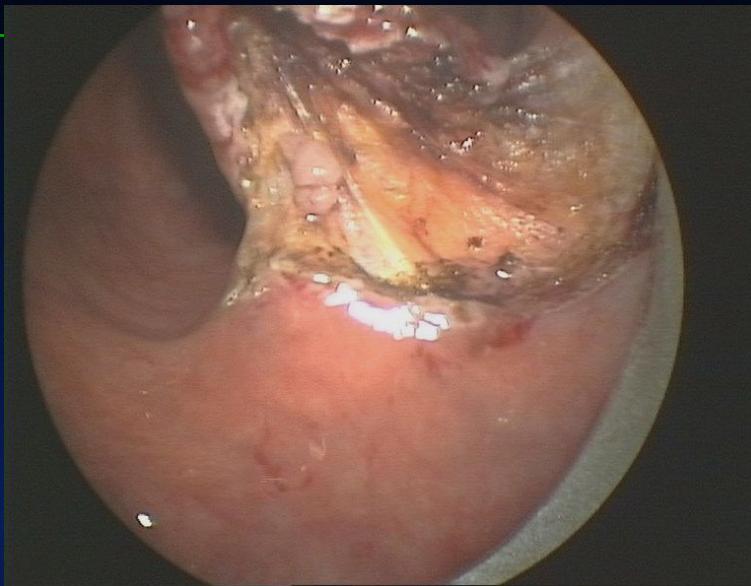
TEM



TEM



TEM





Résultats opératoires

- **Faisabilité : 95 à 100 %**
 - Principale cause de conversion : perforation péritonéale
- **Durée opératoire : 80 - 116 minutes**
- **Reprise de l'alimentation : J0 - J1**
- **Durée d'hospitalisation : 2 - 5 jours**



Résultats opératoires

- Mortalité < 1%
- Morbidité < 20 %
 - Hémorragie grave 1,5%
 - complication urinaire 10%
- Résultats fonctionnels :
 - Incontinence : transitoire (3 %), définitive (0,5% à 4%*)
 - Nombre selle et discrimination gaz -selle : inchangés

TEM



	Résection incomplète	Marge moyenne (mm)
Said (1995)	0 %	9
Saclarides (1998)	2 %	6
Chelouche (2000)	5 %	8
Benoist (2001)	2 %	5
Nakagoe (2002)	0 %	6
De Graaf (2002)	9 %	5
Araki (2003)	1 %	-

TEM vs exérèse trans-anale



	Résection incomplète	Marge moyenne (mm)		Résection incomplète	Marge moyenne (mm)
Winburn (1995)	31 %	2	Said (1995)	0 %	9
Taylor (1998)	25 %	2,5	Saclarides (1998)	2 %	6
Varma (1999)	12 %	3	Chelouche (2000)	5 %	8
Garcia (2000)	11 %	-	Benoist (2001)	2 %	5
Endreseth (2005)	17 %	3	Nakagoe (2002)	0 %	6
Chen (2005)	0 %	3	De Graaf (2002)	9 %	5
Pigot (2005)	15 %	-	Araki (2003)	1 %	-

TEM vs trans-anale, 89 vs 82 patients

R0: 90 vs 71 %

Tumeur non fragmentée: 94 vs 65 %

Récidive: 5 vs 27 %

TEM vs TME pour T1



- 80 vs 75 patients
- > TEM :durée op, saignements, durée d'hospit; *p<0.001*
- Mortalité: 0 vs 4%; *ns*
- OS et CSS 75 vs 77% , 90 vs 87%; *ns*
- Récidive 24 vs 0%, *p<0.001*

Limites de la TEM



- **Technique difficile**
 - Confinement du site opératoire
 - Apprentissage nécessaire
- **Instrumentation complexe**
 - Coût élevé : 100 000 euros
 - Non utilisable pour autre chirurgie
- **Technique en phase de développement en France**

Conclusion



- Prise en charge moderne Echo-endo haute fréquence
- La chirurgie « s'endoscopise »...en mieux
- T1
 - bas rectum: exérèse trans-anale
 - moyen ou haut rectum: TEM
- Examen anatomopathologique

Conclusion



- **T1 sm1, bien différencié, sans embole: Surveillance**
- **T1 sm3 ou T2 – exérèse incomplète – embols + : TME complémentaire**
- **T1 sm2 discussion en RCP**
- **TME de rattrapage : quand ?**
 - **Lors de la récidive ?**
 - » **55% vs 94% survie** *Baron DCR 95*
 - » **56% vs 75% survie** *Madbouly DCR 05*
 - **TME immédiate : < 1 mois**
 - » **Contrôle local & survie identique** *Hahnloser D. DCR 05*

