



---

# **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 Hémocult

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

---

# Pourquoi l'exérèse locale ?



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

## Récidive ?

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

# 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%

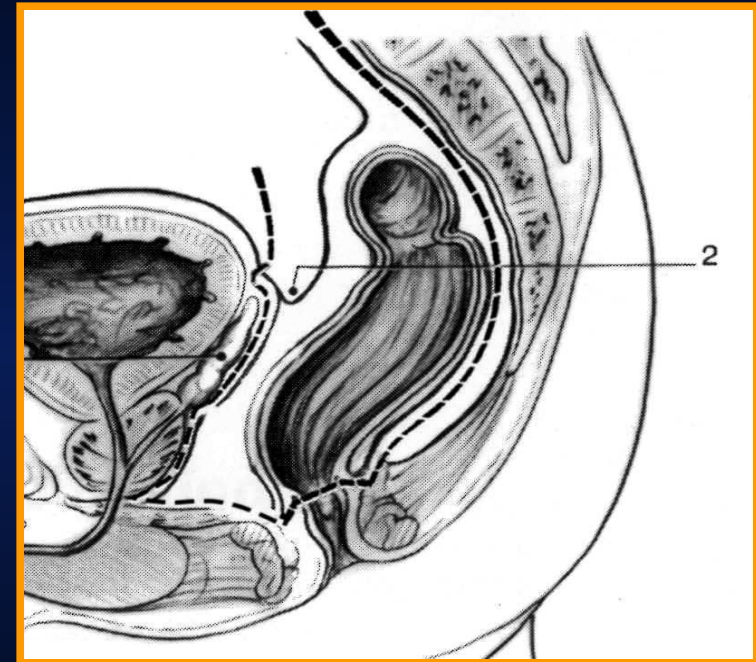
*Lancet 2000;356:968-74*

# 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 anatomopathologique
  - » Déterminer l'envahissement pariétal
  - » Evaluer l'envahissement ganglionnaire
- Eviter la proctectomie



# Quelle technique d'exérèse locale ?

---



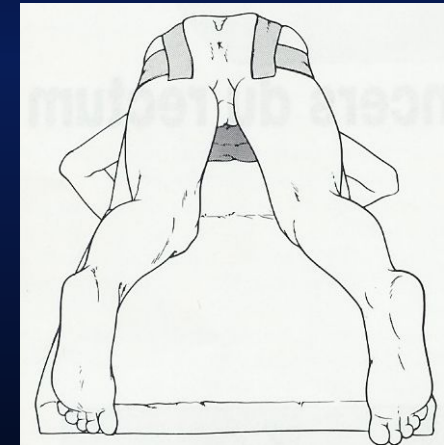
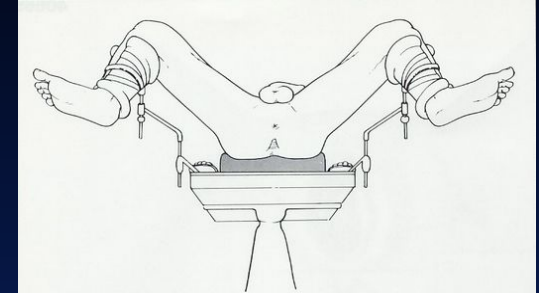
## Techniques à visée curative disponibles

- Voies postérieures : Kraske et York Masson  
– abandonnées
  - Exérèse trans-anale
  - Trans anal endoscocopic 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**
-

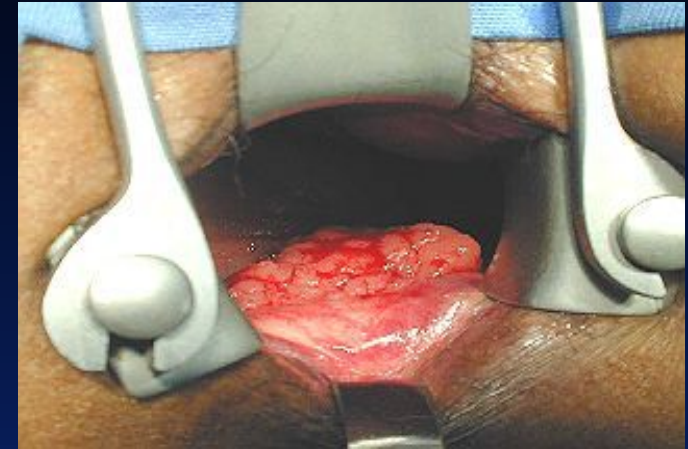


# Exérèse trans-anale à visée curative



## 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



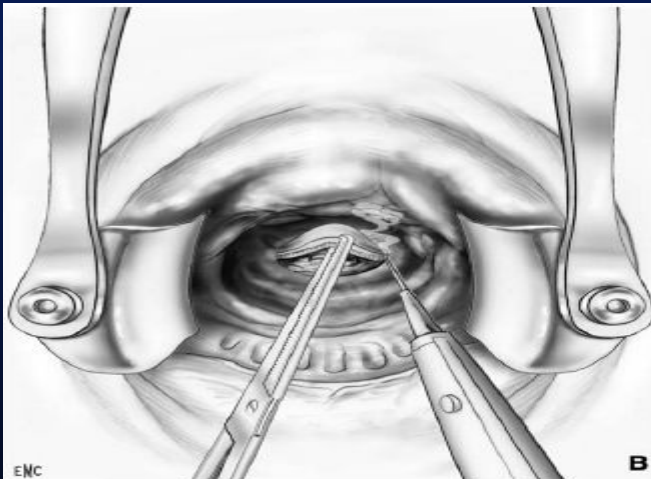
# Exérèse trans-anale à visée curative



## Résection

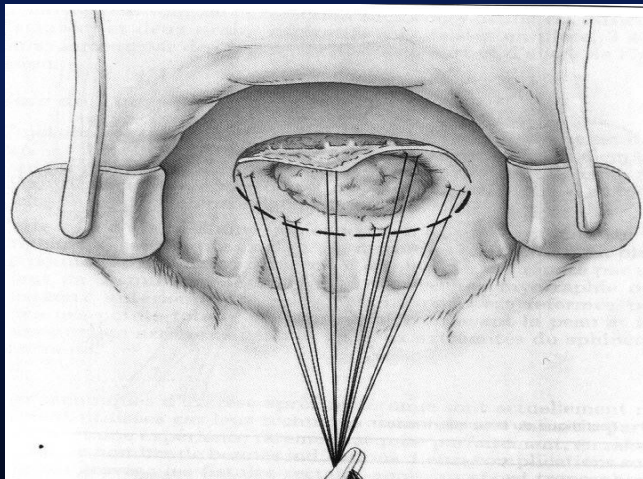
Règle carcinologique : 1 cm de marge, exérèse trans-murale jusqu'à la graisse périrectale

### Tumeur basse

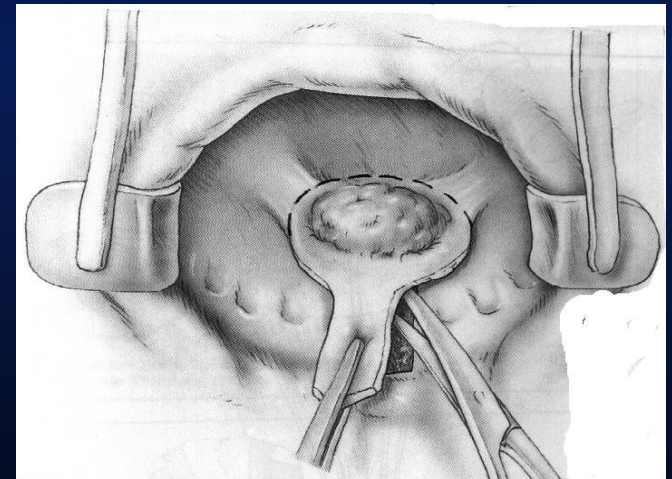


### Bistouri électrique

### Tumeur haute



### Parachute



### Lambeau tracteur

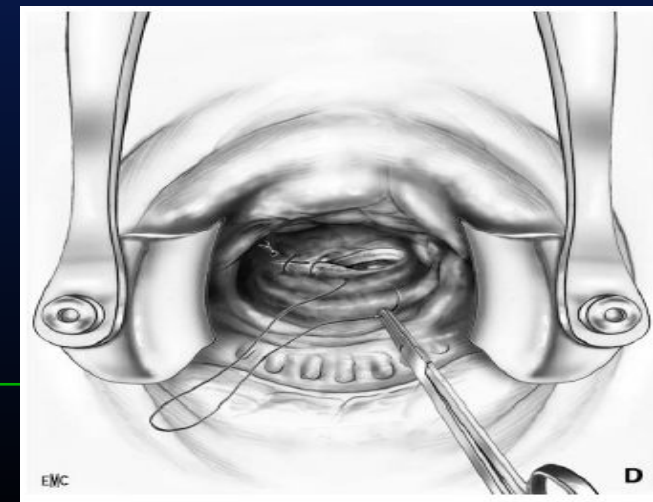
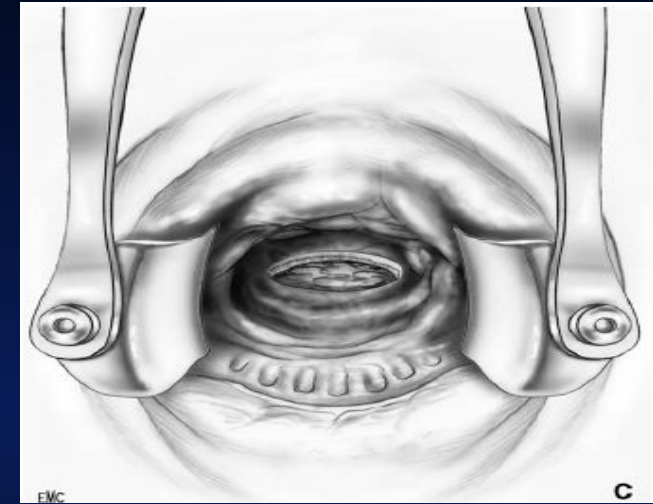
# Exérèse trans-anale à visée curative



## 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 anatomopathologique





# Exérèse trans-anale à visée curative



## Examen anatomopathologique

- Pièce résection
  - **Etendue** et **épinglée** 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 %	-

# Exérèse 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)

---

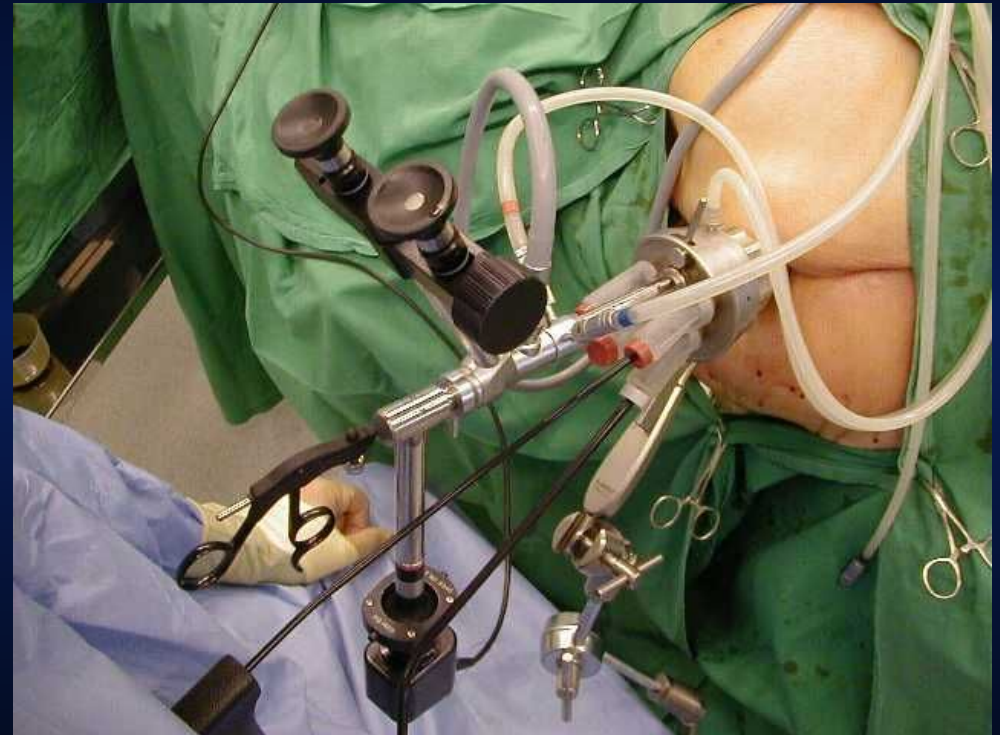


- **Bonnes indications**
    - Tumeur de moins de 3 cm
      - » Exérèse mono-bloc
    - Tumeur sous-douglassienne 6-12 cm
    - Tumeur basse : non étanchéité du système
  - **Tumeur hémi-circonférentielle !**
    - » Risque de sténose
-

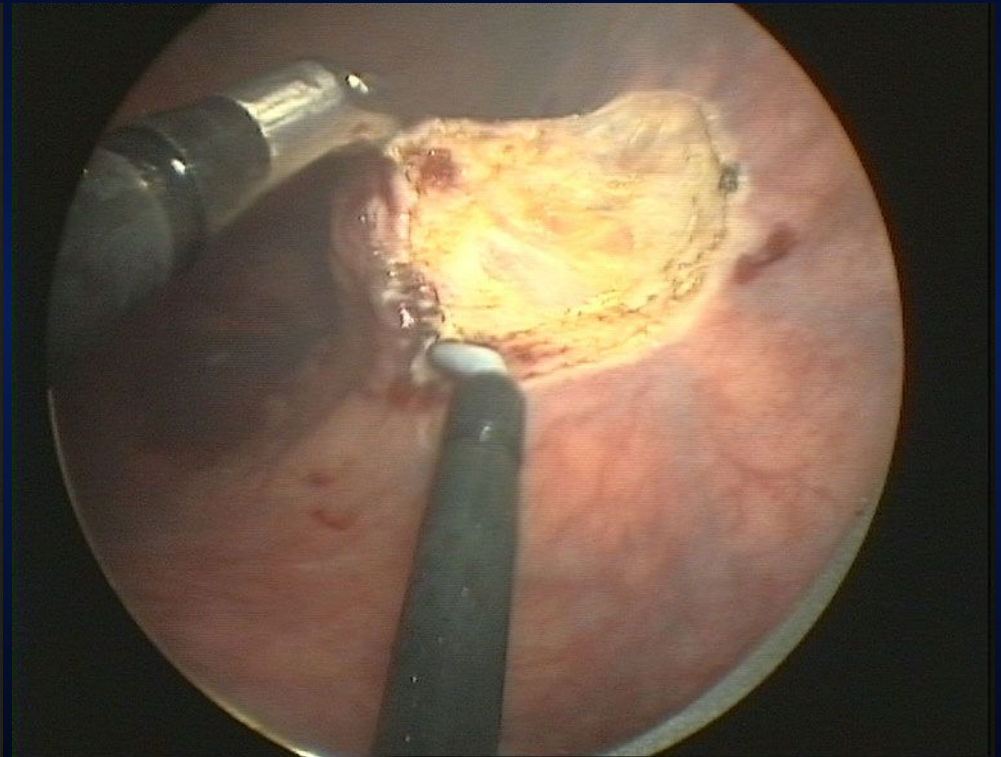
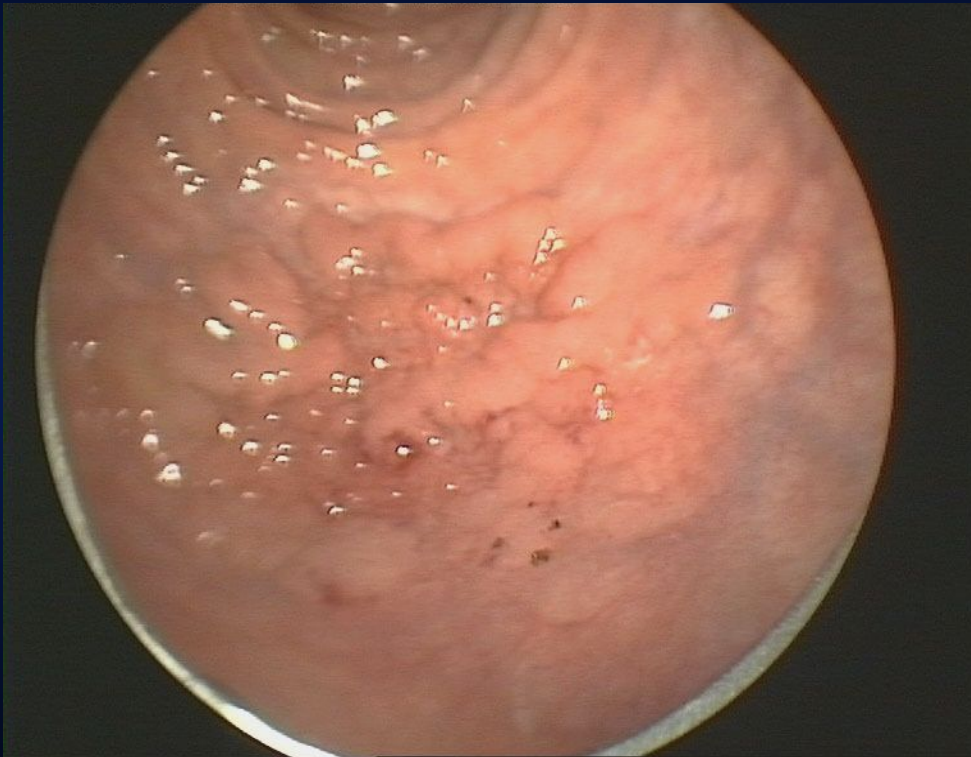


# TEM

---

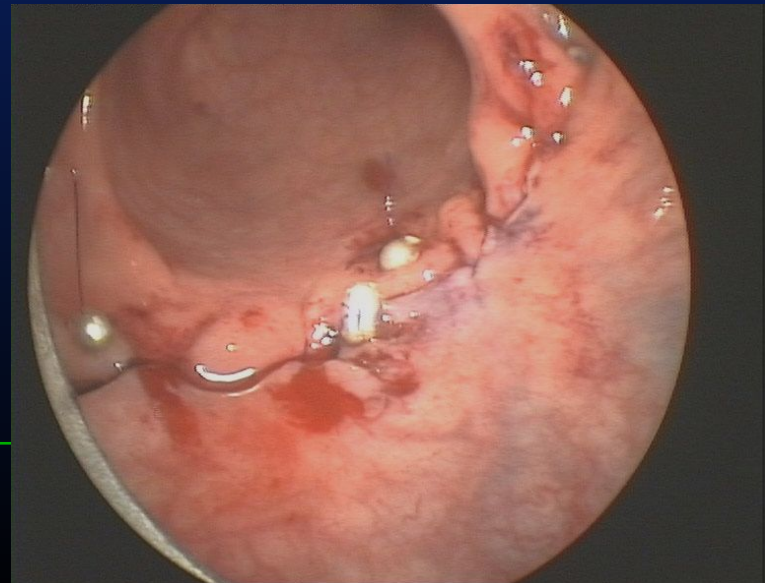
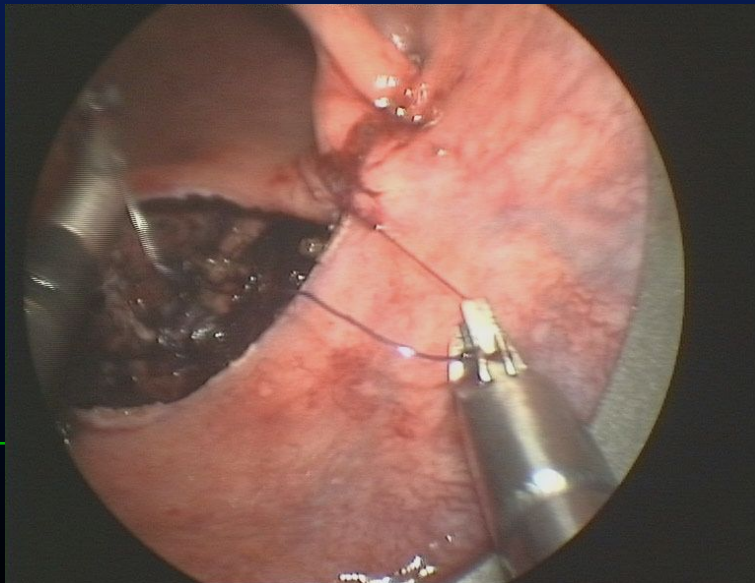
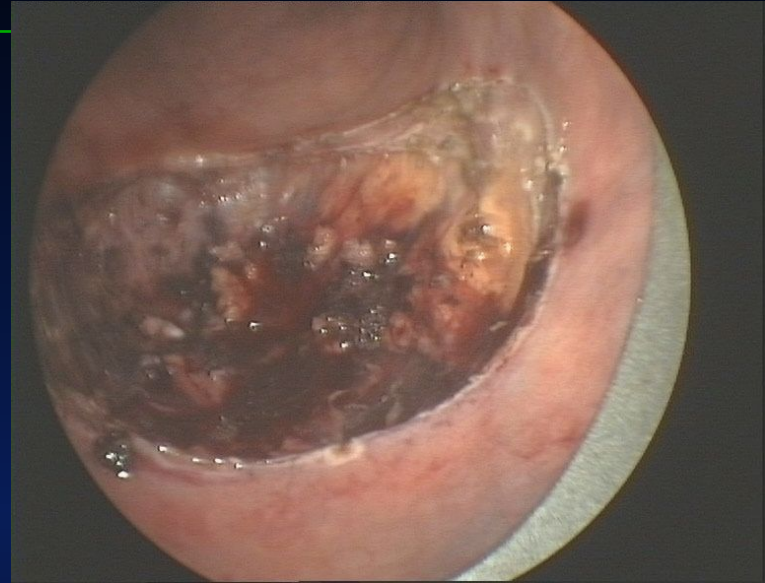
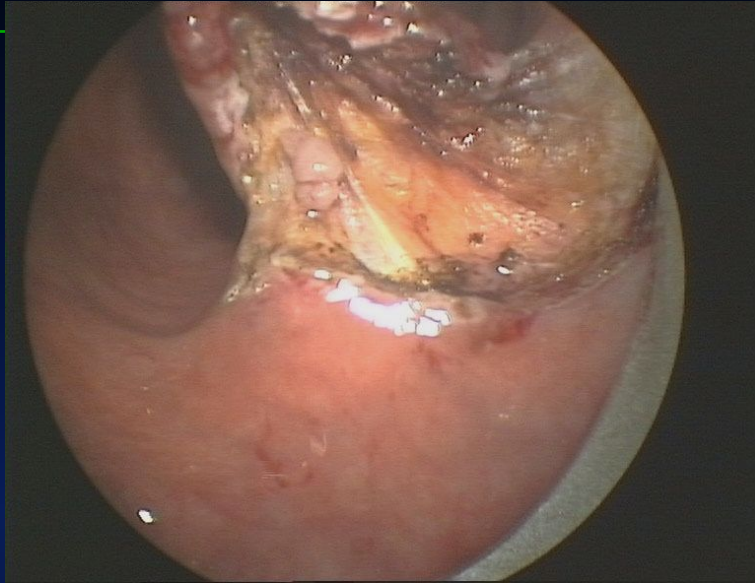


# TEM





# 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)
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 %	-

	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 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 récurrence ?
    - » 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*

