

Conservation du sphincter : quand, comment et ... à qui ?

Serge EVRARD

Groupe des Tumeurs Digestives, Institut Bergonié, CLCC de Bordeaux et du Sud-Ouest, Université Victor Ségalen - Bordeaux 2

Le taux de conservation du sphincter est considéré par certains comme un critère d'expertise et de qualité de l'équipe chirurgicale colorectale. Toutefois ce taux ne doit pas être priorisé avant l'impératif oncologique (le taux de récidive locale) ni la morbi-mortalité induite par le geste (taux de fistule). Ceci nous amène à nous poser trois questions successives : **quand** peut-on proposer la conservation du sphincter pour respecter l'impératif oncologique, **à qui** peut-on la proposer pour servir l'intérêt du malade et non le renom du chirurgien et enfin **comment**, avec pour objectif une morbi-mortalité acceptable ?

Quand ? Si la notion de marge circonférentielle (mettant l'accent sur l'exérèse non du rectum seul mais aussi de son méso) est directement proportionnelle au taux de récidive local, c'est toujours la marge longitudinale qui conditionne le « sauvetage » du sphincter. En la matière, les règles ont changé au cours du temps, 5 cm puis 2 cm... Aujourd'hui, on aurait tendance à revenir à la règle des 5 cm pour les T3 et T4 (2 cm pour les T1 et T2) pour minimiser le risque de récidive locorégionale mais en déconnectant l'appareil sphinctérien du raisonnement. En clair, tout T3, T4 situé à moins de 5 cm des releveurs doit être traité par excision totale du rectum et de son méso avec conservation du sphincter, y compris en cas d'atteinte du sphincter interne, à la condition que le sphincter externe ne soit pas envahi. En effet, la possibilité de réaliser une résection intersphinctérienne pas voie endoanale permet de dissocier le sphincter interne (tunique musculaire propre du rectum) du sphincter externe strié en continuité avec les releveurs de l'anus. La radiochimiothérapie préopératoire est un élément important de la prise en charge de ces patients. Cette prise en charge est actuellement validée du point de vue oncologique par des études pilotes mais non randomisées.

A qui ? Le fait de pouvoir sauver le sphincter techniquement, n'implique pas qu'il faille le proposer à tous. Plus la résection est basse, plus le taux d'incontinence augmente (jusqu'à 30 et 50%) ; le nombre de selles par jour est également très élevé les premiers mois. Différents critères doivent être pris en compte : l'âge, le tonus sphinctérien, le psychisme (les anxieux ont plus de selles que les calmes), la motivation (notion de qualité de vie subjective différente du résultat fonctionnel objectif), la culture (culture nordique pro-stomie versus culture méditerranéenne pro-coloanale). Tous ces éléments doivent être expliqués au patient dans le cadre d'un processus de décision partagée.

Comment ? L'anastomose colorectale basse et surtout l'anastomose coloanale immédiate avec réservoir sont les deux procédures classiquement réalisées pour les tumeurs basses et ultra basses du

rectum. La mortalité est de l'ordre de 3%, le taux de fistule de 15% environ avec un tiers de pertes secondaires de sphincters en terrain radique préopératoire. Le rétablissement est pratiquement toujours réalisé sous protection d'une dérivation digestive temporaire en sachant que certaines ne seront jamais fermées. Nous défendons à travers un film (9 mn) le concept de l'anastomose coloanale différée qui outre le fait qu'elle dispense de la pratique de la stomie de dérivation, réduit considérablement le taux de fistule. Ainsi, on dispose d'une intervention qui sécurise la chirurgie rectale, en étant moins agressive (pas de stomie) et beaucoup moins chère. Pour les tumeurs ultra basses, un réservoir de type coloplastie peut-être réalisé mais cette fois avec stomie de couverture en raison d'un risque fistulaire propre.