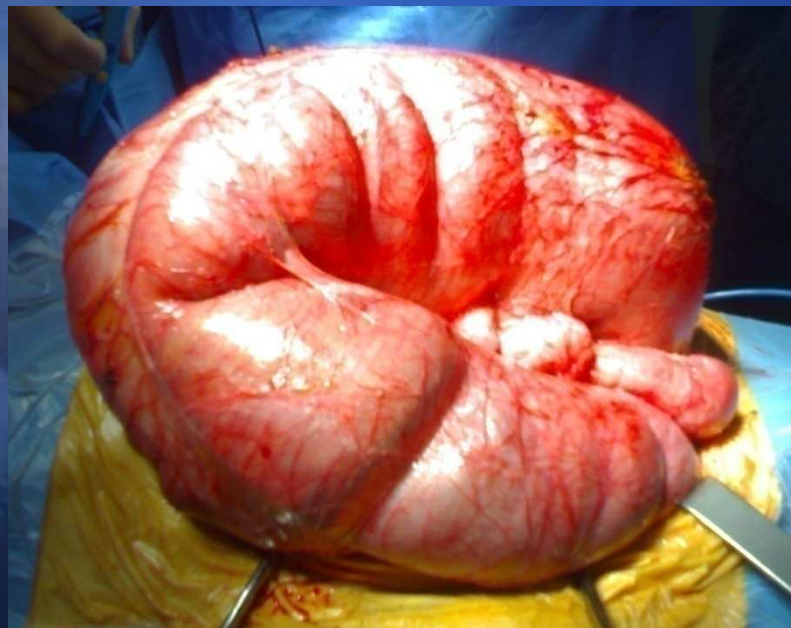


Conduite à tenir devant un cancer du côlon gauche en occlusion



Michel Rayar
Service de chirurgie hépatobiliaire et digestive
CHU Rennes
SCVO Juin 2009

Introduction

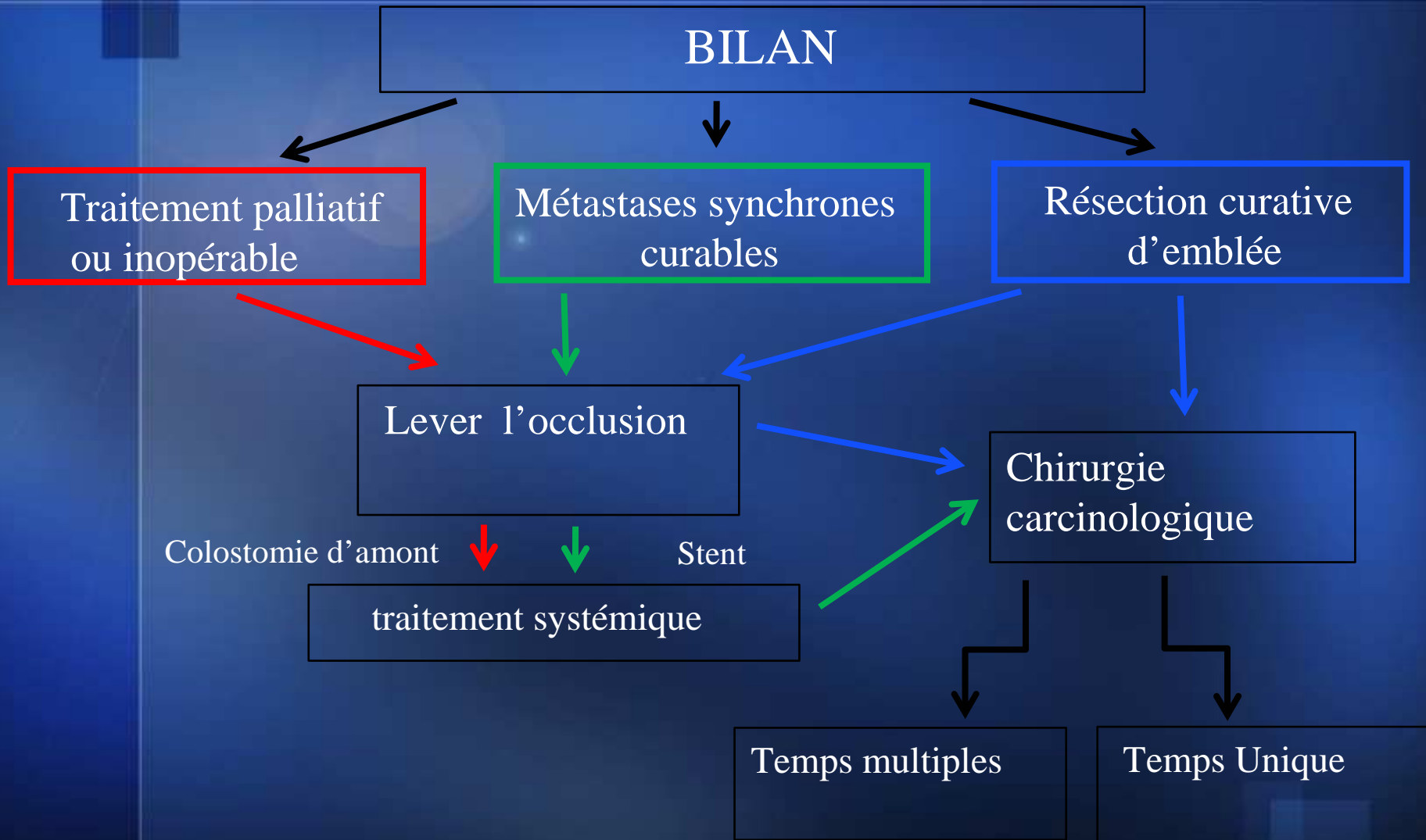
- 60 à 70 % des occlusions coliques
- Mode de révélation 10-15 %
- Prise en charge non consensuelle

Diagnostic : Scanner ++



- But du traitement : 2 aspects
 - traiter la complication : lever l'occlusion
 - traiter la cause : résection carcinologique
traitement systémique
- 2 Méthodes possibles
 - Traitement chirurgical en urgence
 - Prothèse métallique auto expansive

Stratégie



Critères décisionnels

- Pré opératoires
 - l'âge
 - Score ASA
 - Stade de la maladie
 - Chirurgie en urgence
 - Mortalité : 15-20% (vs 0.9-6%)
 - Morbidité élevée
 - Diminution de la survie 51.6% vs 74.6% (témoin d'une évolution locale avancée)
- Opératoires
 - Milieu septique
 - Péritonite
 - Perforation
 - abcès
 - distension caecale(12cm)
 - souffrance digestive
 - Défaut réhaussement
 - pneumatose pariétale
 - localisations multiples
 - effraction valvule de Bauhin

Chirurgie en 1 temps (1)

- Principe : traitement de l'occlusion et du cancer avec rétablissement de la continuité

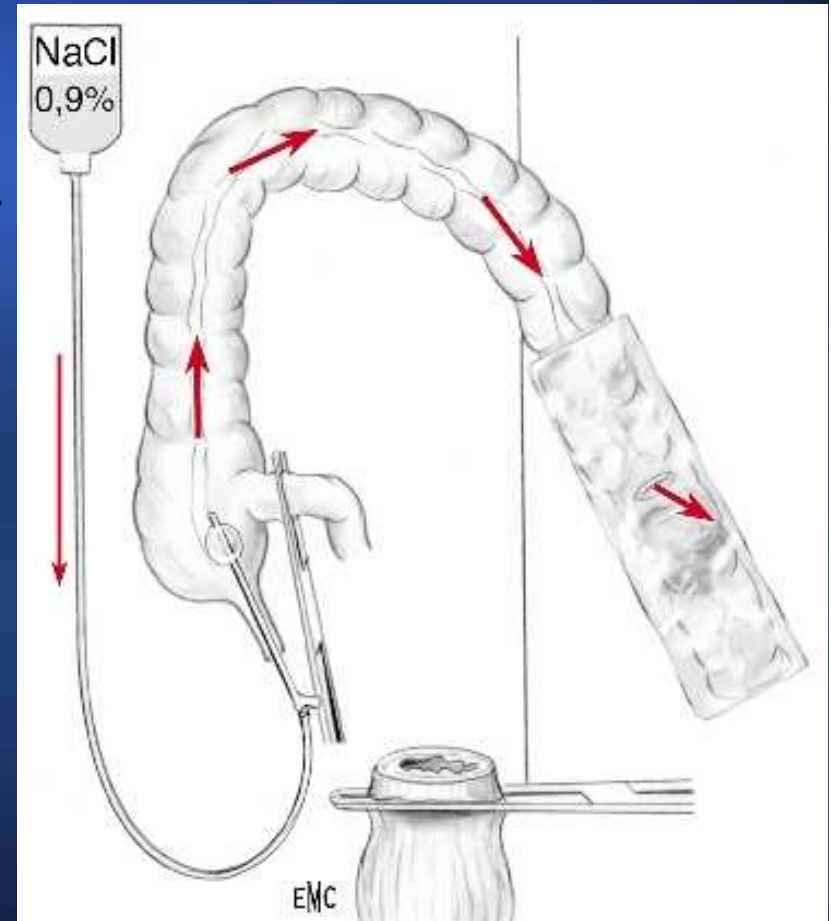
- 2 interventions :
 - Colectomie segmentaire avec lavage colique per opératoire
 - Colectomie sub totale avec anastomose iléo rectale

- Subtotal Colectomy versus On-Table Irrigation and Anastomosis (SCOTIA) Study Group. Single-stage treatment for malignant left-sided colonic obstruction: a prospective randomized clinical trial comparing subtotal colectomy with segmental resection following intraoperative irrigation. *Br J Surg* 1995; **82**: 1622–1627

Chirurgie en 1 temps (2)

Colectomie segmentaire avec lavage colique per opératoire

- Indication :
 - Intervention de choix
 - malades en bon état général
- Mortalité 0 - 11%

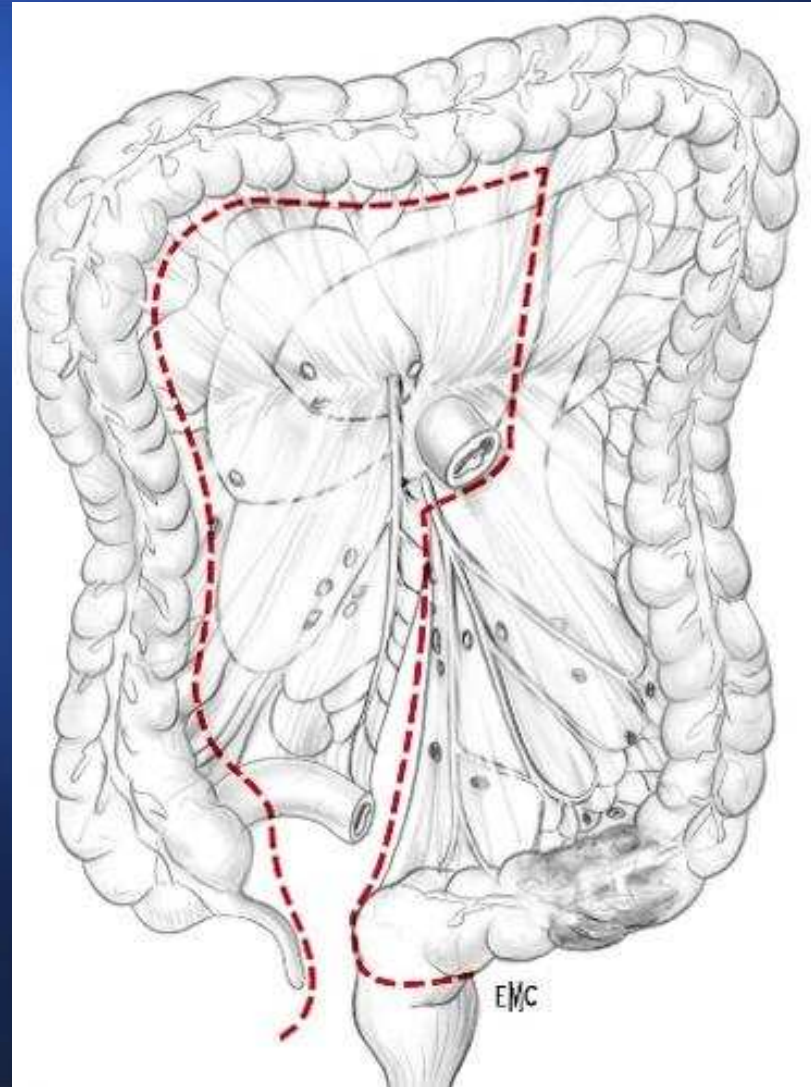


Chirurgie en 1 temps (2)

Colectomie sub totale avec anastomose iléo rectale

- Indication :
 - Localisation droite associée
 - Colon D ischémié ou nécrotique
 - Distension préperforative

- Mortalité 3 à 13%



Chirurgie à temps multiples (1)

- Chirurgie en 2 Temps :
 - Traitement de l'occlusion, chirurgie carcinologique différée
 - Colostomie d'amont
 - Traitement de l'occlusion et du cancer sans rétablissement de la continuité
 - Résection segmentaire protégée
 - Intervention de type Hartmann
- Chirurgie en 3 temps : Stratégie en 2 temps avec anastomose protégée par stomie

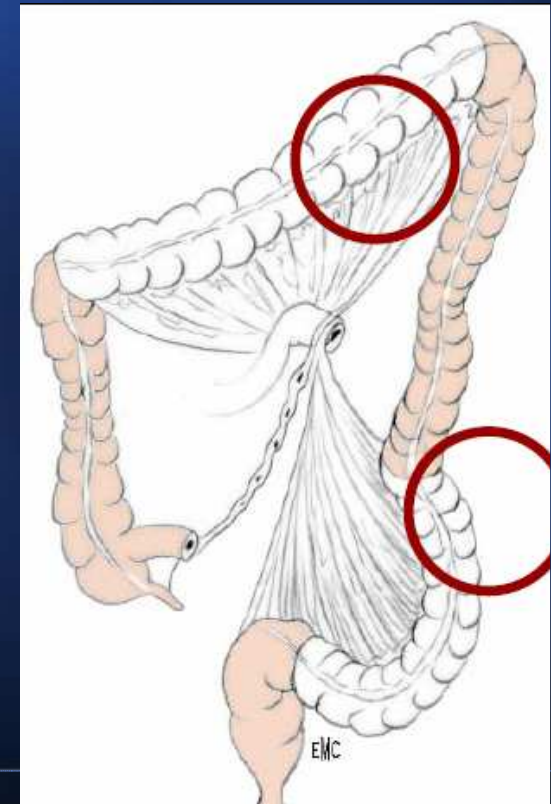
Chirurgie à temps multiples (2)

Colostomie latérale de proche amont par voie élective

- Indication :
 - Traitement de Référence (consensus de 1998)
 - distention colique importante
 - Traitement néo-adjuvant
 - malades fragiles / palliatif

- ⇒ Geste simple :
 - faible mortalité
 - bilan d'extension
 - Colectomie « a froid »

- Stomie définitive dans 40 %



Chirurgie à temps multiples (3)

Colectomie segmentaire sans rétablissement de continuité (type Hartmann)

- Indication :
contamination septique
- Mortalité: 7.5 à 20.4%,
Morbidité : 9 à 39.5%
- Rétablissement dans
40%des cas



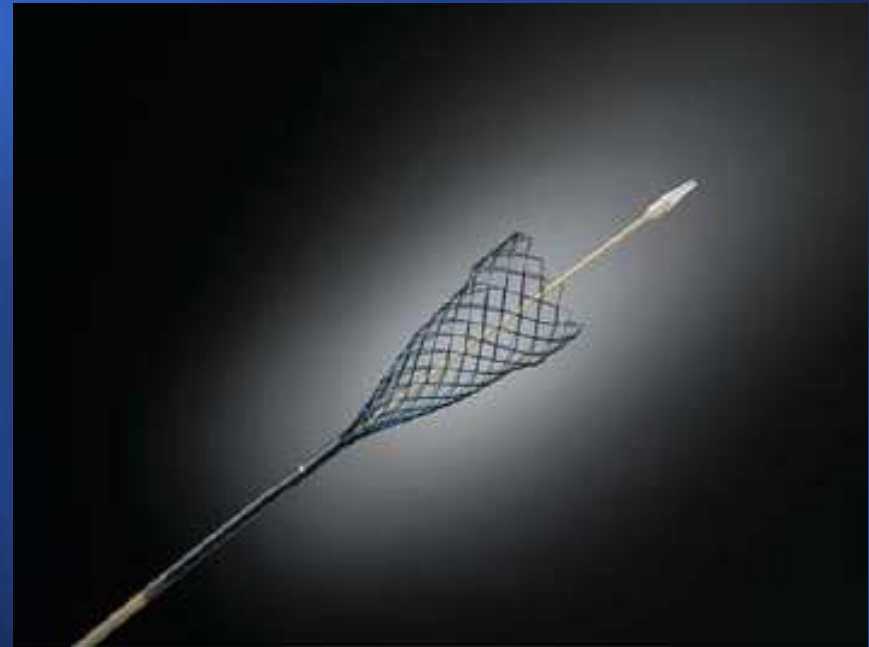
Chirurgie à temps multiples (4)

Colectomie segmentaire avec anastomose protégée

- Indication de la stomie de protection = critères généraux (âge avancé, corticothérapie etc ...)
- Critères locaux peu pris en compte

Prothèse métallique auto expansive

- 91 Dohmoto :
Indication initiale =
palliatif
- 94 Tejero :
Indication à visée
curative: «a bridge
to surgery »



- Efficacité technique = 96%, clinique = 92%
- Mortalité : 0.6 à 5.7 %
- Complication : Migration: 11%,
Obstruction: 7%, Perforation 4%

- Contre Indication : Péritonite, abcès,
perforation/ état préperforatif,
- limite : tumeur bas rectum (5 cm de la marge
anale)
- Possible sans Anesthésie Générale

Comparaison : Stent + Chirurgie curative vs chirurgie d'emblée

- Aucune étude comparative randomisée
- Avantage :
 - Bilan carcinologique
 - Chirurgie « à froid » (possibilité traitement coelioscopique)
 - Réalimentation et reprise du transit plus rapide (coelioscopie)
 - Morbidité et Durée hospitalisation réduite
 - Mortalité et taux fistule similaire
- Comparison of One-Stage Managements of Obstructing Left-Sided Colon and Rectal Cancer: Stent-Laparoscopic Approach vs. Intraoperative Colonic Lavage. In Ja Park & Gyu-Seog Choi. J Gastrointest Surg (2009) 13:960–965
- Inconvénient : diffusion métastatique +++

Diffusion métastatique

- 3 moyens :

1) Perforation pendant la procédure → T4

2) Micro-perforations passées inaperçues

3) Dissémination du à la procédure :

Augmentation significative du taux plasmatique de mRNA du cytokératine 20 (CK20) après procédure

Tumour cell dissemination following endoscopic stent insertion. Maruthachalam K, Lash GE, Shenton BK, Horgan AF. Br J Surg 2007;94:1151

Conclusion

- Difficultés d'établir des recommandations:
Prise en charge non univoque (très peu d'études comparatives prospectives randomisées)
- Rôle de la chirurgie en urgence rediscuté
au vue des évolutions endoscopiques
- Choix de la technique en fonction du terrain, de la clinique , du plateau technique disponible

- Systematic evaluation of surgical strategies for acute malignant. **S. Breitenstein¹, A. Rickenbacher¹. *British Journal of Surgery* 2007; **94**: 1451–1460**
- Comparison of One-Stage Managements of Obstructing Left-Sided Colon and Rectal Cancer: Stent-Laparoscopic Approach vs. Intraoperative Colonic Lavage. In Ja Park & Gyu-Seog Choi. *J Gastrointest Surg* (2009) 13:960–965
- A prospective study of outcomes of emergency and elective surgeries for complicated colonic cancer .Sebastiano Biondo, M.D.a,* , Joan Martí-Ragué, M.D. *The American Journal of Surgery* 189 (2005) 377–383
- **Cancers du côlon en occlusion** . D. Brachet, E. Lermite.EMC Techniques chirurgicales - Appareil digestif
- Comparison of colonic stenting and open surgery for malignant large bowel obstruction . H. S. Tilney, R. E. Lovegrove. *Surg Endosc* (2007) 21: 225–233
- Premature closure of the Dutch Stent-in I study Van Hooft JE, Fockens P, Marinelli AM,et al.. *Lancet* 2006;368:1573-4.
- Tumour cell dissemination following endoscopic stent insertion. Maruthachalam K, Lash GE, Shenton BK, Horgan AF. *Br J Surg* 2007;94:1151-
- Subtotal Colectomy *versus On-Table Irrigation and Anastomosis* (SCOTIA) Study Group. Single-stage treatment for malignant left-sided colonic obstruction: a prospective randomized clinical trial comparing subtotal colectomy with segmental resection following intraoperative irrigation. *Br J Surg* 1995; **82**: 1622–1627