

Le cancer colorectal à l'heure de la coelioscopie

J-P Bail

(BREST Novembre 2004)

IL EXISTE ENCORE DE NOMBREUSES CONTROVERSES

A COURT TERME :

- Controverses à propos de la reproductibilité des interventions.

- Controverses à propos du bénéfice réel pour les patients.

A LONG TERME : Controverses à propos du risque de dissémination du cancer

De 2002 à 2004 : 5 publications importantes :

1°) *ESSAI BARCELONE : Lancet 2002* (Lacy)

219 malades ,1 centre, côlon D et G.

2°) *META-ANALYSE : Br J Surg 2004* (Abraham) :

2. 512 malades -12 séries contrôlées

3°) *CONSENSUS de l' E.A.E.S : Surg Endosc 2004*

(Veldkamp) Congrès de Lisbonne de juin 2002 -

4°) ESSAI HONG KONG : Lancet 2004, (Leung)

403 malades, 1 centre, Recto sigmoïde.

5°) ESSAI AMERICAIN COST : N Engl J Med 2004 +++ (Nelson)

- 872 malades, 48 centres, 66 chirurgiens, 4,4 ans, côlon D et G,

- Résultats partiels déjà connus :

**- sur 37 centres WEEKS, JAMA 2002, n=449 : qualité de vie,
douleurs**

**- sur 1 centre NELSON, Swiss Surg 2001, n=408 : qualité de la
résection**

**- sur 1 centre (Washington) WINSLOW, Surg Endos 2002, n=83
Complications pariétales**

2 essais randomisés en attente de publications

➤ **ESSAI EUROPEEN « COLOR » 2005 ?**

- 27 centres - 7 pays: (côlon D et G)

- *HAZEBROEK, Surg Endosc 2002*, 850 malades, 27 centres:

- conversion : 17%;

- récidives locales à 3 ans : 6,8%

➤ **ESSAI BRITANNIQUE «CLASICC » :** **2006 ?** (côlon G et sigmoïde)

Cas clinique :

Mme X, 50 ans, sans antécédent,

T2NxM0 du côlon sigmoïde

Consulte en vue d'une opération

LE CHIRURGIEN :

**« JE VOUS PROPOSE UNE
OPERATION PAR COELIOSCOPIE »**

Série de 10 questions-réponses » au sujet de l'opération

Actualisant une démarche « factuelle » proposée par K SLIM et coll.

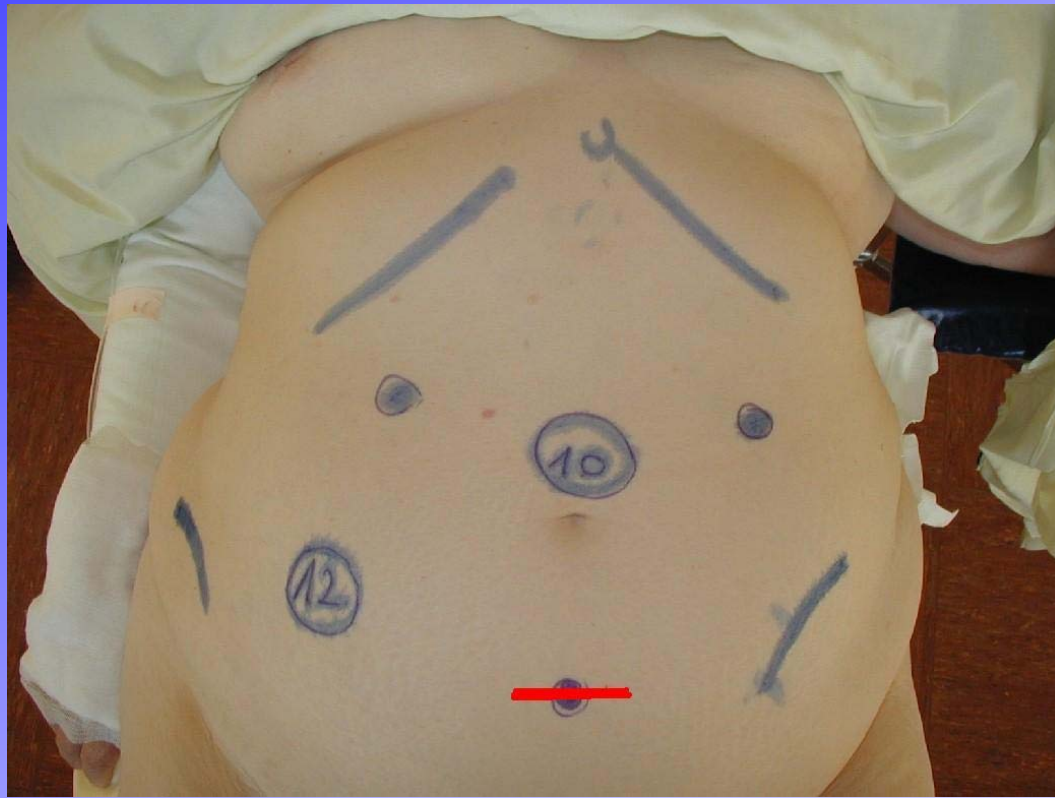
(K Slim: J Chir 2003)

Mini-incision en F I D et utilisation de 4 trocarts



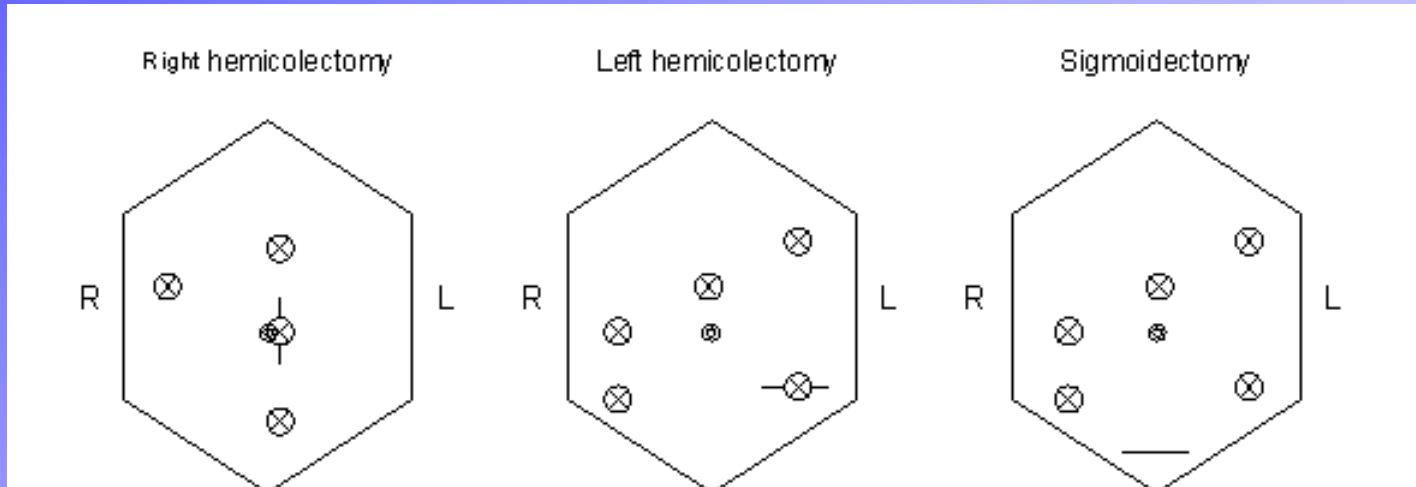
- 1 « d'exposition »
à gauche (haut)
- 2 « opérateurs »
à droite

Mini-incision SUS-PUBIENNE et utilisation de 5 trocarts



- 2 « d'exposition »
 - gauche
 - sus-pubien
- 2 « opérateurs »
 - à droite

Diverses possibilités de mini incisions mesurant 4,5 à 6,5 cm en moyenne



1°) LA CICATRICE

Où ? et aurai-je des problèmes ?

PEUT ETRE VOUS AUREZ MOINS DE PROBLEMES !

➤ Orifice médian d'extraction = mauvaise solution

WINSLOW, 2002, 83 malades de Washington participant à l'essai COST

- Cicatrice : 6,3 cm vs 19,4 cm

- ↑ Infections : 13, 5% CL (3% trocart, 10,5% médiane) vs 11,5%

- ↑ Eventrations : 24,5% CL vs 17,5%

➤ Moins d'Abcès pariétaux en 2004

▪ Essai Barcelone : 8% vs 18% +++

▪ Essai Hong-Kong : 4,5% vs 7,5% ++

▪ Consensus EAES : 5,7% CL

➤ Complications locales ↓ 47% (Abraham méta analyse 2004)

2°) AURAI JE MOINS DE DOULEURS ?

TRES PROBABLEMENT !

➤ 1997 - 2003 : **3 études contrôlées / 6**

mais pertinence discutable :

≠ EVA < 20mm,

≠ morphine en dose 10 mg et en durée 0,3 jour !

➤ 2004 : *nettement en faveur / analgésiques IV et oraux*
($p < 0,001$)

- ↓ 1/3 en dose

- ↓ d'une journée de traitement

3°) AURAI JE UNE REPRISE DU TRANSIT PLUS RAPIDE ?

TRES PROBABLEMENT !

➤ 1997-2003 : **5 études / 6**

➤ 2004 Confirmation:

- Essai de Hong-Kong ($p < 0,001$)

- Consensus EAES

- Méta analyse Abraham : amélioration de **1/3** le temps reprise transit et de **1/4** le temps reprise alimentation

4°) AURAI JE MOINS DE COMPLICATIONS RESPIRATOIRES ?

OUI : TRES PROBABLEMENT !

- 3 Essais en faveur jusqu'en 2002

- 2004 méta analyse (Abraham) :

▶ ▶ bénéfice # 40%

5°) AURAI JE MOINS D'ASTHENIE ? PEUT-ÊTRE !

➤ AMELIORATION QUALITE DE VIE :

- **ESSAI AMERICAIN COST (2002) à 2 SEMAINES ++**

449 patients, 37 des 48 centres, **WEEKS et coll., JAMA, 2002 :**
Score 76,9 vs 74,4, (p=0,009)

- **ESSAI HONG-KONG +**

➤ IMMUNO SUPPRESSION MOINDRE ±

- **6 ESSAIS DONT HONG-KONG: MOINDRE**

- **3 ESSAIS DONT LE BRITANNIQUE CLASICC : IDENTIQUE**

6°) EN SALLE D'OPERATION, PRECISEZ-MOI ...

- ***6-1) L'intervention durera-t-elle plus longtemps ?***
- ***6-1) Quel est le taux de conversion en chirurgie ouverte ?***
- ***6-1) Si vous ouvrez de seconde intention, est-ce plus risqué ?***

6°-1) INTERVENTION PLUS LONGUE ?

OUI (45 minutes en moyenne)

➤ 2001-2002 :

- 2 méta-analyses + 1E. Randomisée : 60 mn
- Essai Barcelone (Lacy) : 24 mn (118 vs 142)
(p=0,001)

➤ Année 2004 :

- Cons. EAES : 140 – 251 mn vs 120 – 175 mn
- Essai suédois (COLOR) : 33 à 48 mn
- Essai Hong-Kong : 46 mn
- Essai Américain: 45 mn

6°-2) TAUX DE CONVERSION ?

Selon consensus EAES : 14% (0 à 42%)

395 cas / 2 812 dossiers publiés avant 2000

- **Tumeur Volumineuse ou Invasive : 36%**
- **Adhérences péritonéales: 18%**
- **Problèmes techniques : 22%**
 - **Manque de progression +++**
 - **Mauvaise exposition ++**
 - **Hypercapnie ++**
 - **Problème d'anastomose ++**
 - **Défaut de mobilisation colique ++**
 - **Côlon dilaté**
 - **Problème matériel**
- **Saignement : 7%**
- **Sécurité Oncologique : 2%**
- **Plaie viscérale : 2%**
- **Obésité : 2%**
- **Autres : 10%**

Selon études randomisées : 20% +++

- **Essai Barcelone (Larcy, 2002) : 11%**
- **Essai Hong-Kong (Leung, 2004) : 23%**
- **Essai Américain (Cost-NIH,2004) : 21%**
- **Essai Européen COLOR en cours : 17%
selon Hazerbroek (2002)**

6°- 3) LA CONVERSION AUGMENTE-T-ELLE

LES RISQUES ?

peut-être !

Moloo, 2004, Surg Endosc :

377 cas opérés à TORONTO du côlon et du rectum

COMPARAISON de 46 cas de conversions par rapport au reste de la série

- **Semblable** : âge, sexe, co-morbidité, topographie.
- **Supériorité de ce sous groupe** :
 - **POIDS** (75 kg vs 69 kg)
 - **score de conversion** (2,2 vs 1,9)
 - **stades IV** (23% vs 11,2%)
- **Taux de survie Inférieur** : à 2 ans (76% vs 87%) +++
et à 5 ans (62% vs 70%) +++

7°) LE SEJOUR EST-IL PLUS BREF ET LA REPRISE DU TRAVAIL PLUS PRECOCE ?

PROBABLEMENT !

➤ Séjour médian plus bref de 1 à 1,5 jours :

- ❑ Essai Barcelone (2002) : 5,2 vs 7,9 Jours
- ❑ Essai Hong-Kong (2004) : 8,2 vs 8,7 jours
- ❑ Essai américain COST-NIH 2004 : 5 vs 6 Jours +++
- ❑ Essai suédois (COLOR) 2004 : 9 vs 9,1 Jours

➤ Reprise activité plus précoce (une semaine environ ?)

- Méta-analyse 2001, YONG, Surg Endos : gain 4 jours
- Essai Hong-Kong : 32,2 vs 43,7 jours , p=0,002 (gain 10 jours)

8°) QUESTIONS RELATIVES AUX CHANCES DE GUERISON +++

- 8-1) QUELS SONT LES RISQUES DE GREFFES TUMORALES LOCALEMENT ET SUR LES ORIFICES DE TROCARTS ?**
- 8-2) LA RESECTION CHIRURGICALE EST ELLE DE MÊME QUALITE ?**
- 8-3) LA SURVIE A LONG TERME EST ELLE IDENTIQUE ?**

8-1) RISQUE DE GREFFES SUR LES CICATRICES ?

RISQUE pour les orifices de trocarts: ≤ 1%

➤ **1994:** Littérature (WEXNER...) et récidives /trocarts : **0,6 à 21% !**

ou 0 à 4%

• 2001 : ZMORA revue de 1.769 dossiers : **0, 85%**

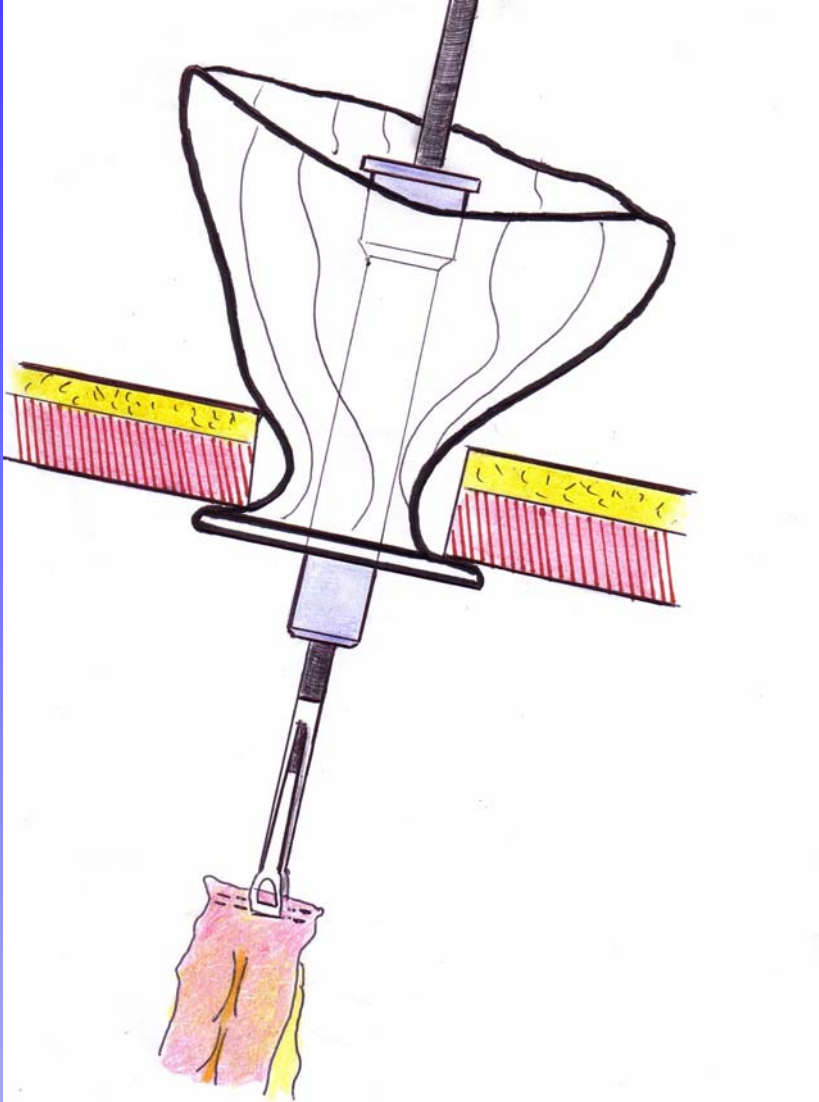
• 2002 (2004): EAES revue de 5.305 dossiers : **0, 72%**

➤ **2004:** RECIDIVES LOCALES + GREFFES /ORIFICES TROCARTS

– ESSAI Barcelone : **4 % CL vs 5 % NS**

– ESSAI Hong-Kong : **6,6 % CL vs 4,1 % NS**

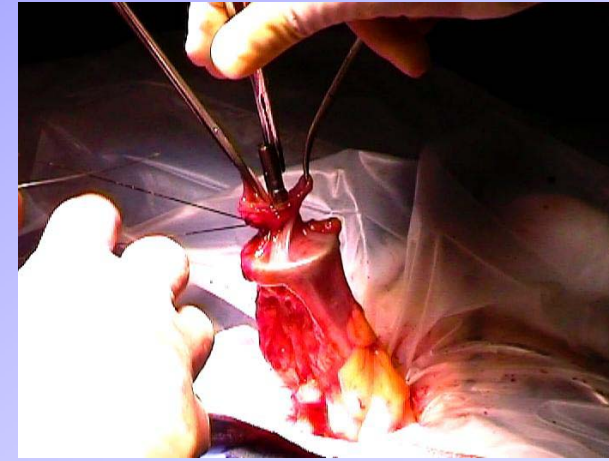
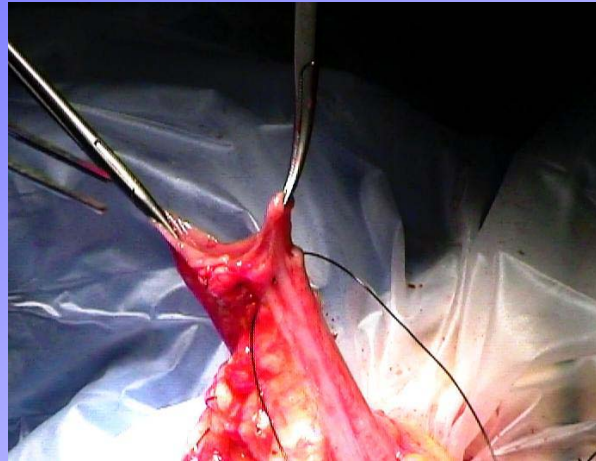
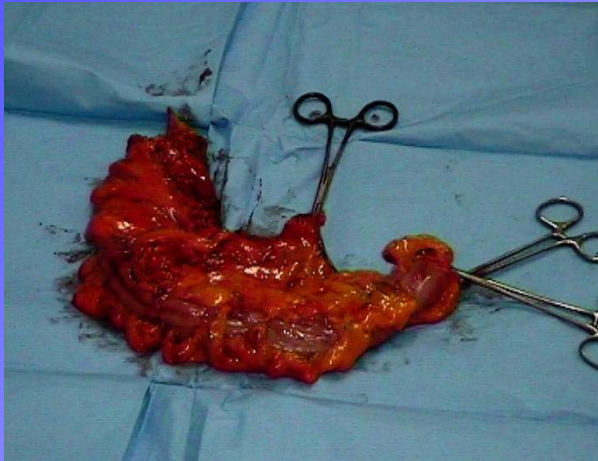
↓ GREFFES si protection par une jupe



- Saisir l'extrémité distale
- Agrandir l'orifice de trocart (Écarteurs)
- Introduire l'anneau sur le corps de la pince et du trocart

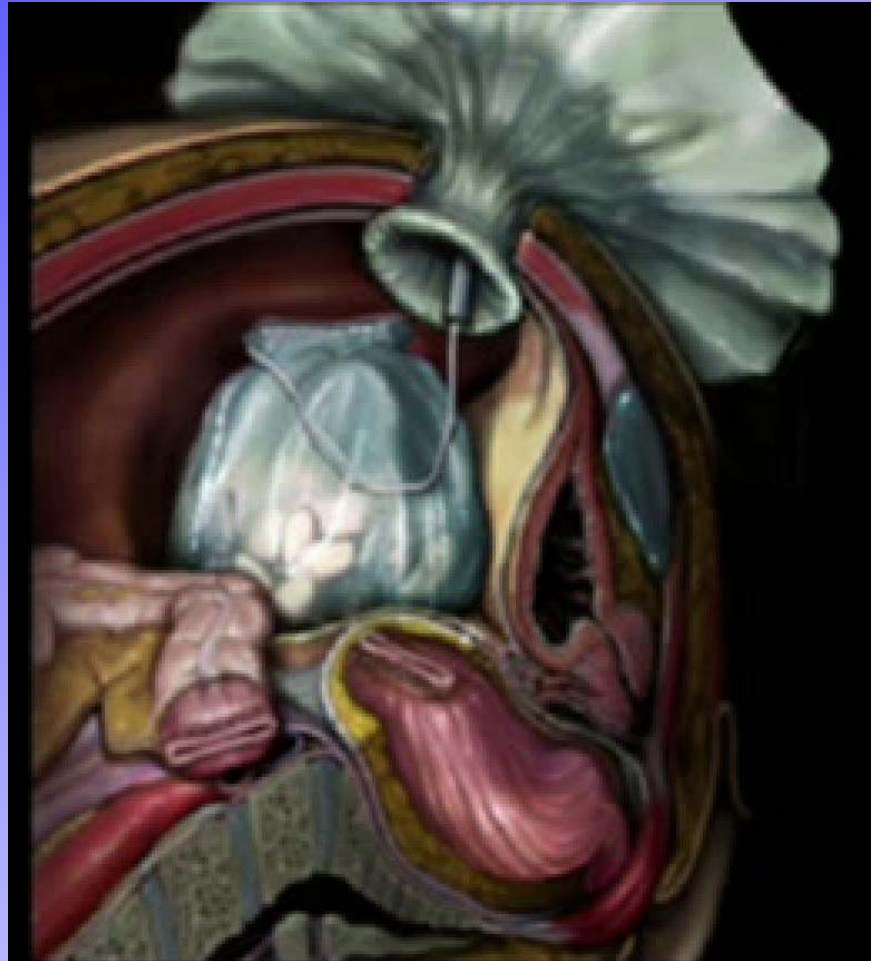
Résection « out » à éviter

Avantage = un seul geste avec la préparation de l'anastomose



Inconvénient = manipulation septique et cancéreuse

Résection « in » préférable



Résection « in »

- **Avantage = pas de manipulation de la pièce**
- **Inconvénients**
 - 1) 2 applications de pinces linéaires coupantes
 - 2) 2 protections (jupe + sac)
 - 3) **Difficulté d'appréciation des longueurs de résection :**
 - ▶ ▶ **REPERAGE ENDOSCOPIQUE**
PAR TATOUAGE A L' ENCRE DE CHINE +++
(succès > 85% des cas selon consensus EAES)

8-2) LA QUALITE CARCINOLOGIQUE DE LA RESECTION EST ELLE COMPARABLE ?

OUI POUR LE CURAGE GANGLIONNAIRE (N = 11 à 13)

- Séries > 100 cas, 2002 : Trébuchet; Poulin etc...
- Essai Mayo Clinic, 2001, 408 patients côlon D et G : N=12 vs13
- SCHEIDBACH, 2003, 826 patients +++

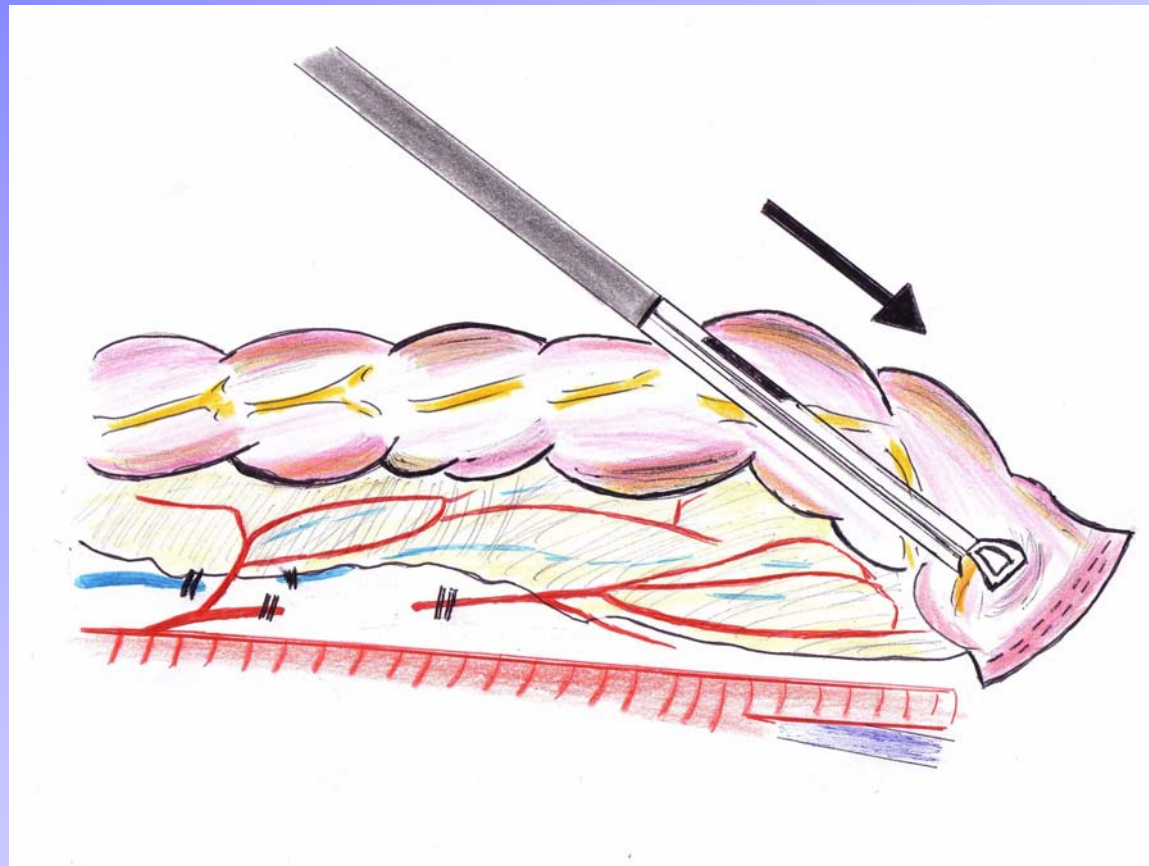
46 centres Allemands et Autrichiens ,
colon G et sigmoïde : N=13,5

- Consensus EAES (2002-2004) : N=9 à 19
- Essai Barcelone 2002 : N=11 vs 11
- Essai Hong-Kong 2004 : N= 11 vs 12

**OUI POUR LES MARGES DE SECURITE; Côlon: 6 à 10 cm
mêmes auteurs**

La dissection du mésocôlon se fait de dedans en dehors (contrôle vasculaire premier) .

La mini-incision ne conditionne pas l'anastomose sans tension : TAUX DE FISTULES ET STENOSES IDENTIQUES / A LA CHIRURGIE OUVERTE +++



8-3) SURVIE A LONG TERME ?

2002 : IL N'Y AURAIT PAS DE PERTE DE CHANCE !

➤ **Au moins 5 études prospectives, > 100 cas, survie à 3 ans ou à 5 ans :**

- TREBUCHET 2002 (*Rennes*) , 206 cas (côlon Gauche et sigmoïde)
- LUJANS, 2002 (*Miami ,USA*), 102 cas (côlon et Rectum)
- LUMLEY 2002 (*Queensland, AUSTRALIE*) 181 cas (côlon)
- POULIN 2002 (*Toronto, CANADA*), 172 cas (côlon et rectum)

➤ **Essai randomisé Barcelone 2002 (LACY), 219 cas (111cas CL), recul : 43 mois**

2004 : IL N'Y A PAS DE PERTE DE CHANCE A 5 ANS !

1°) Essai Barcelone, (LACY), 2002, 219 patients

1 centre + :

▶ ▶ **survie supérieure pour les stades III ??**

- BIAIS STATISTIQUE : essai conçu comme un essai d'équivalence

- BIAIS THERAPEUTIQUE : mauvais traitement du groupe chirurgie ouverte :
18% d'abcès de paroi, 19% de récidives locales, moins de chimiothérapie

2°) Essai Hong Kong, (LEUNG), 2004 : 403 patients,

1 centre ++

3°) Essai Américain, COST-NIH (NELSON), 2004 :

872 patients ; 48 centres, recul moyen 4,4 ans +++

RESULTATS ESSAI HONG-KONG 2004 (conversion 23 %)

- **Cancers du recto-sigmoïde**
Stade I: 15%, II: 36%, III: 33% et IV:16%
- **A 5 ans taux de récurrence identique: $p=0,37$**
 - Chir. Ouverte : **17,5 %**
 - Laparoscopie : **22 %**
- **La greffe pariétale était de 0% dans les deux groupes**
- **Délais sans récurrence et survie globale à 5 ans identiques quel que soit le stade**

RESULTATS ESSAI AMERICAIN COST-NHI 2004 (conversion 21%)

- **Colon Droit 54%, gauche 7%, sigmoïde 38%**
Stade 0: 5%, I: 35%, II: 31%, III: 31% et IV: 2%
- **A 3 ans taux de récurrence identique: $p=0,32$**
 - Chir. Ouverte : **18%**
 - Laparoscopie : **16%**
- **La greffe pariétale était inférieure à 1% dans les deux groupes ($p=0,5$)**
- **Délais sans récurrence et survie globale à 5 ans identiques quel que soit le stade**

9°) CETTE CHIRURGIE EST ELLE POSSIBLE DANS TOUS LES CENTRES ?

OUI A CONDITION D'EN AVOIR L'EXPERIENCE !

➤ LA QUALITE DU GESTE DEPEND DE L'EXPERIENCE :

2 enquêtes Germaniques en 1998 et en 2003 sur 46 centres

- **VARIABILITE INTER-CENTRES** / CURAGE GG ++++

- **EFFET EXPERIENCE** / AUX TAUX DE GREFFES PARIETALES

➤ LES ESSAIS RANDOMISES PROVIENNENT DE CENTRES EXPERTS :

20 interventions préalables pour chaque chirurgien

➤ APRES 30 OPERATIONS (*Lezoche 2000 et Schlachta 2001*)

- ↓ **taux de conversions +++**

- ↓ **taux de complications ++**

10 °) OPERATION PLUS COÛTEUSE ?

NON EN COÛT DIRECT (*Janson, Br.J Surg 2004*)

étude sur 12 centres de Suède participant à l'essai européen COLOR ,
210 patients, conversion 14%, Côlon D et G , âge moyen 71ans.

1°) Coût opératoire supérieur +++

3.493 vs 2.322 = € 1.171 (p<0,001)

- ↑ Durée opératoire 45 mn ;
- ↑ complications 21% vs 16%,
- reprises 8%

2°) Coût total de Société **identique à 12 semaines :**

11.660 vs 9.814 = € 1. 846 (p=0,014)

- **Gain compensatoire sur la reprise d'activité**

CONCLUSIONS

1°) Esthétique : mieux

2°) Douleurs moindres

3°) Reprise du Transit un peu plus rapide

4°) Respiration : mieux

5°) Fatigue post-opératoire : mieux

6°) Intervention plus longue et possible une fois sur 5

7°) Séjour hospitalier à peine plus court mais reprise des activités plus précoce

8°) Même sécurité carcinologique / Greffe pariétale, geste technique et survie à long terme.

9°) Chirurgien entraîné

10°) Coût plus important en hospitalisation mais identique après 12 semaines