

**Cancer du 1/3 moyen
du rectum:**

**Quelle(s) exérèse(s) à
visée curative ?**

F.BRANGER CHU ANGERS

Généralités

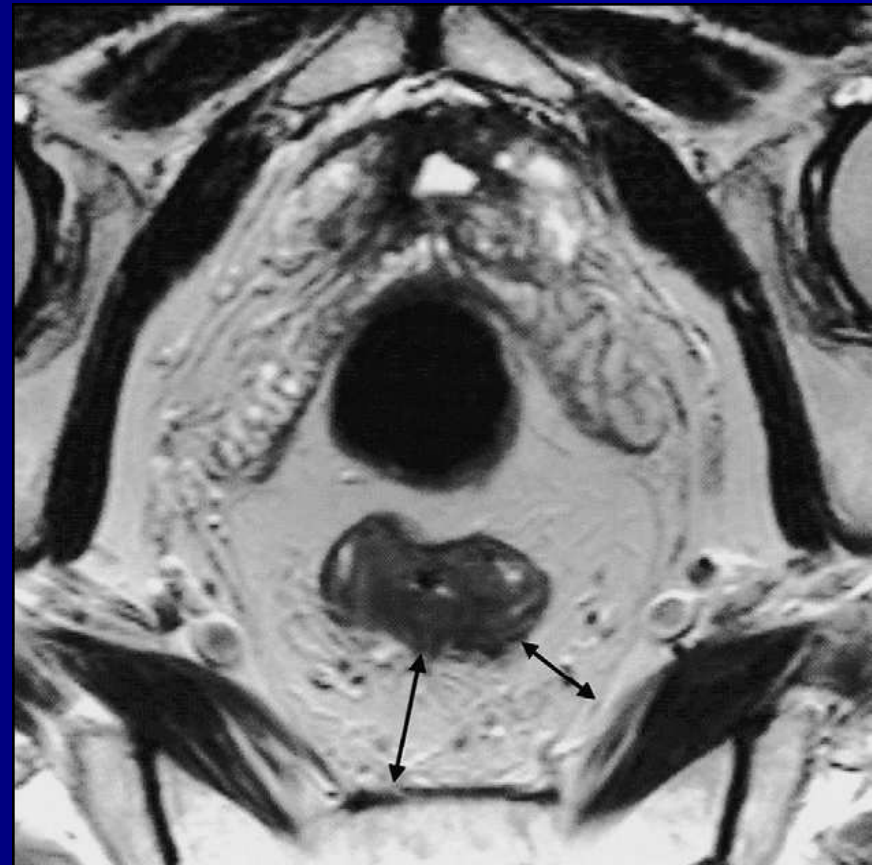
- Le cancer du rectum représente 1/3 des cas des cancers colorectaux
- Incidence annuelle en France : 12 000 nouveaux cas.
- Risques: dissémination métastatique et récurrence locorégionale (RLR)
- Envahissement des marges de résection circonférentielle: principal facteur de récurrence

Bilan pré-opératoire (1)

- TR: localisation, taille, mobilité, extension circonférentielle de la tumeur.
- Rectoscopie: réalisation de biopsies++
- Echo-endoscopie rectale: extension loco-régionale (uTN)
 - Sensibilité
 - 87,5% pour l'extension pariétale
 - 76% pour l'extension ganglionnaire.
- TDM TAP: bilan d'extension à distance
- Coloscopie: recherche de lésions associées sus-jacentes

Bilan pré-opératoire (2)

- IRM: calcul des marges circonférentielles pour les tumeurs T3 et T4
- Etude sur 76 patients comparant les marges prédites en IRM et celles retrouvées en anapath.
- Marge $\geq 1\text{mm}$ prédite si distance en IRM de 5 mm.
- Marge $\geq 2\text{mm}$ prédite si distance en IRM de 6 mm.



R G H Beets-Tan, THE LANCET 2001

Rappels anatomiques

- Moyen rectum: 5 à 10 cm de la marge anale ou 2 à 7 cm du bord supérieur du sphincter.
- Mésorectum: Tissu cellulo-graisseux entourant faces latérales et postérieure du rectum, limité circonférentiellement par le fascia recti.

Les traitements néo-adjuvants

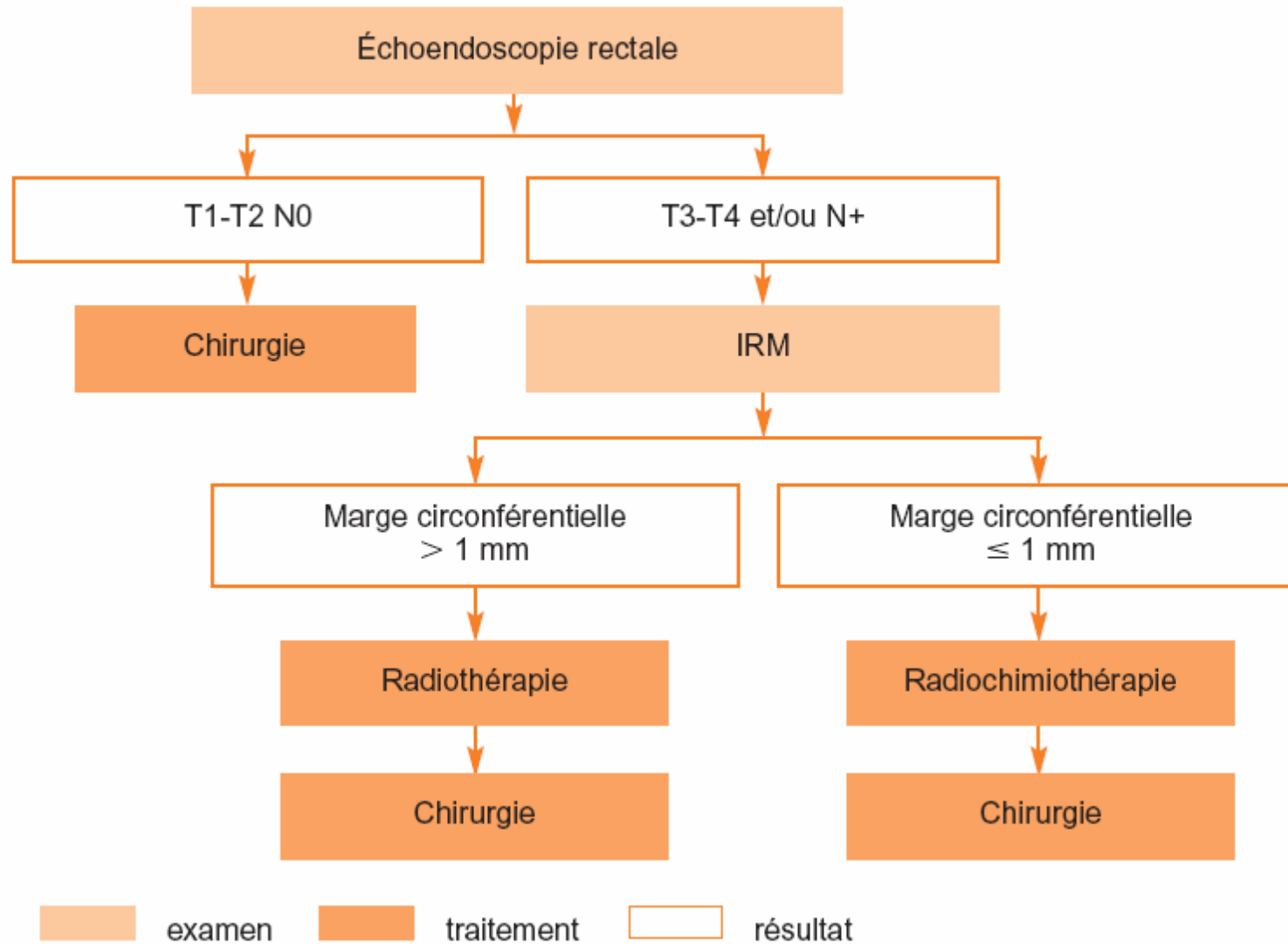
- Radiothérapie pré-op vs post-op: meilleur contrôle local, - de toxicité, pas d'effet sur la survie globale.

Sauer N Engl J Med 2004

- 2 schémas:
 - Protocole conventionnel 50,4 Gy en 28x1,8 Gy et chirurgie 4 à 6 semaines après
 - Protocole suédois « short-course » 25 Gy en 5x5 Gy et chirurgie dans les 7 jours
- Association radio-chimio:
 - ↗ taux de stérilisation tumorale par rapport à RT isolée
 - ↘ taux de récurrence locale à 5 ans.
 - Pas d'effet sur la survie ni sur le taux d'AAP

Gerard J Clin Oncol 2006

1. CHOIX DES THÉRAPEUTIQUES NÉO-ADJUVANTES POUR LES CANCERS DU MOYEN ET DU BAS RECTUM (pôle inférieur < 10 cm de la marge anale)



Stade T1 ou Tis

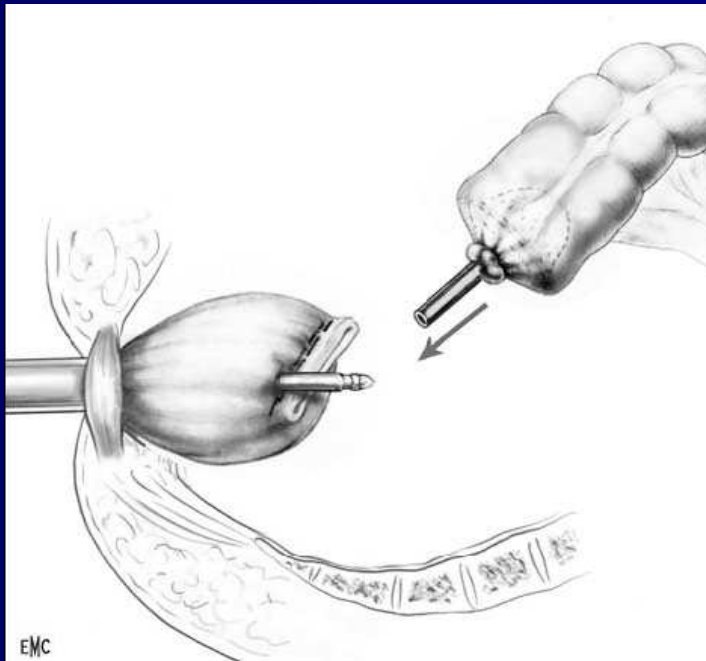
- Possibilité de résection locale: par endoscopie "classique" ou par micro-chirurgie endoscopique.
- Mortalité nulle, morbidité faible.
- Tumeur: mobile au TR, rectum sous-péritoneal, ≤ 5 cm de grand axe, $\leq 3/4$ de la circonférence.
- L'exérèse doit être monobloc et complète.
- Importance de la chirurgie de rattrapage

Stade T2 T3 T4

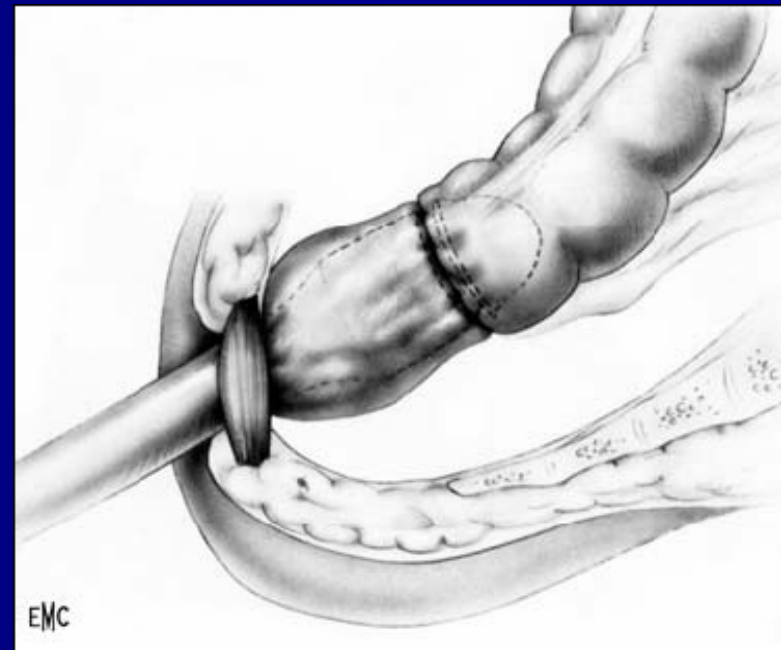
- Résection antérieure du rectum avec rétablissement de la continuité
- Stomie de protection recommandée:
 - si test d'étanchéité positif
 - si exérèse complète du mésorectum

Rétablissement de la continuité (1)

- Anastomose colorectale basse
 - mécanique transsuturale



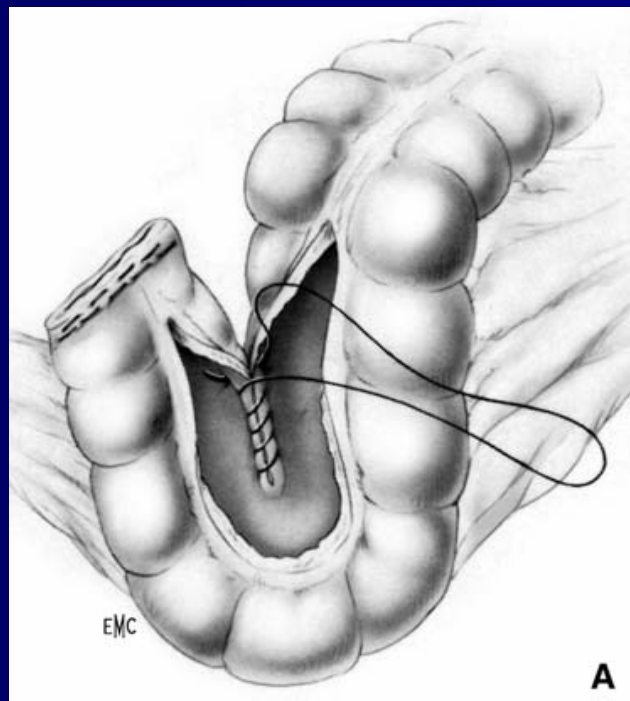
– manuelle (rare)



L. de Calan, B. Gayet EMC 2004

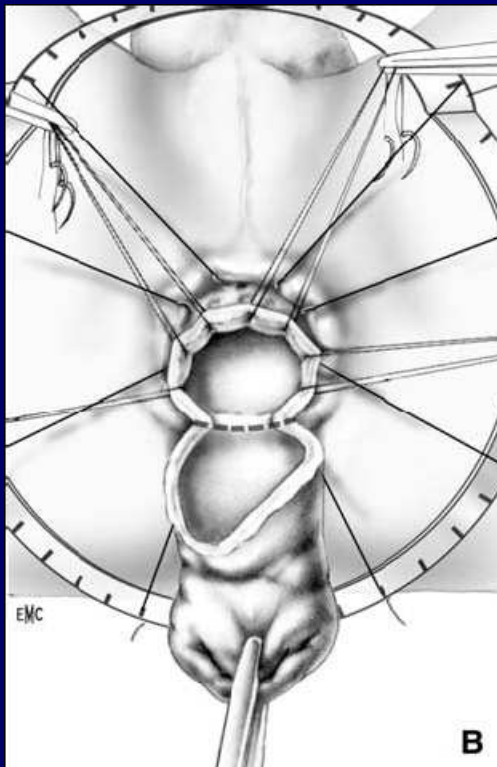
Rétablissement de la continuité (2)

- Anastomose colo-sus-anale à la pince mécanique à suture circulaire: agrafage par voie trans-anale, entre un réservoir colique et le sommet du canal anal



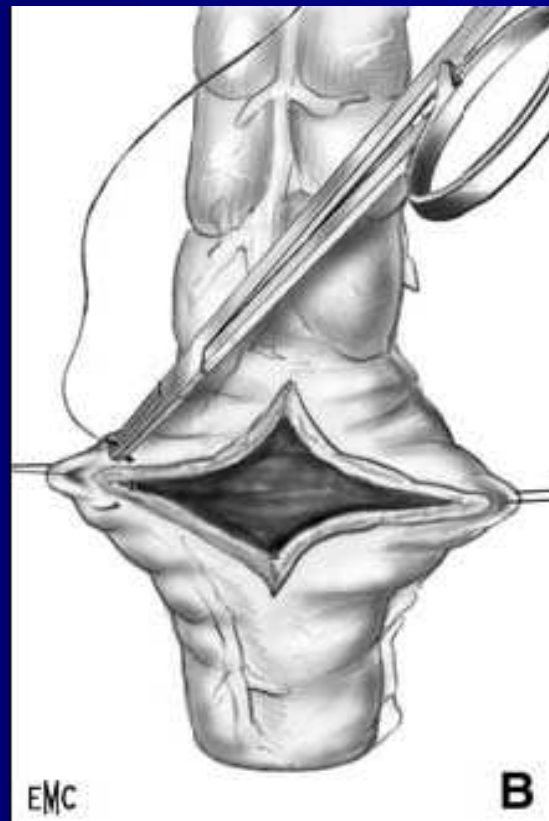
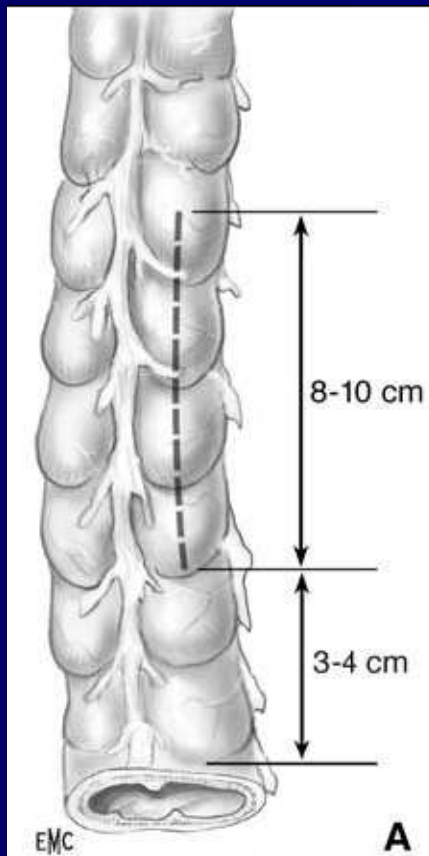
Rétablissement de la continuité (3)

- Anastomose coloanale manuelle
 - Confection du réservoir colique en J
 - Anastomose par voie périnéale



Rétablissement de la continuité (4)

- Anastomose coloanale avec coloplastie transversale. Alternative à l'anastomose avec réservoir colique



Rétablissement de la continuité (5)

- Autre alternative: l'anastomose réalisée par voie périnéale est différée à 5 jours et il n'y a alors pas de réservoir.

L. de Calan, B. Gayet EMC 2004

Principes chirurgicaux (1)

- Exérèse extrafasciale du mésorectum:
 - De façon instrumentale et sous contrôle de la vue
 - Exérèse oncologique optimale
 - Préservation innervation pelvienne
 - Facilite l'hémostase
- Pour les tumeurs du 1/3 moyen résection de l'intégralité du mésorectum

Recommandation de la commission de la SFCD-ACHBT 2009

- Diminution RLR de 24 à 8%, augmentation de la survie globale de 50 à 70%

Mc Farlane Lancet 1993

Principes chirurgicaux (2)

- Ligature de l'AMI à distance de l'aorte ou à la naissance de l'a. colique sup gauche
 - Car la ligature de l'AMI à l'origine:
 - Meilleur stadification de la tumeur
 - Pas d'amélioration du pronostic à 5ans
 - Risque de lésion des plexus pré-aortique et hypogastrique supérieur
 - Facilite la mobilisation du colon G mais risque d'ischémie
- Marge de sécurité distale (digestive):
 - idéal 2cm, pouvant aller jusqu'à 1 cm
 - RLR 27% vs <10%

Principes chirurgicaux (3)

- La lymphadénectomie latérale n'est pas recommandée:
 - Augmente le risque hémorragique
 - Augmente les complications urinaires et sexuelles
 - Pas d'amélioration de la survie ni du taux de récurrence locale
- En cas de présence d'adénopathie en dehors du fascia recti, la prélever et la repérer par des clips.

Place de la coelioscopie

- Pas de différence en terme de résultats oncologiques et de complications
- Diminue les pertes sanguines, accélère la reprise du transit, réduit le temps d'hospitalisation

Anderson EJSO 2008

- Essai COLOR II:
 - Essai randomisé, multicentrique
 - But: évaluer taux de RLR à 3 ans, taux de survie, morbidité post-op, coût, qualité de vie

Conclusion

- L'exérèse du mésorectum est la pierre angulaire du traitement.
- Elle doit être totale pour les cancers du 1/3 moyen
- Différentes possibilités pour rétablir la continuité après une résection antérieure du rectum
- La coelioscopie est en cours d'évaluation