

CANCER DU TIERS INFÉRIEUR DU RECTUM

QUELLES EXERÈSES À VISEE CURATIVE ?

Julien Dubrez, Poitiers

DONNEES GENERALES

- **2000 décès / an en France**
- **Prévalence : 10000 cas / an**
- **Survie à 5 ans tout stade : 60%**
- **Récidive locale : 18% (3-50%)**
- **Séquelles fonctionnelles**
 - Sexuelles : 60%
 - urinaires : 17%
- **Risque de mutilation(stomie) : 40%**

CONSENSUS

- **Exérèse totale du mésorectum (TME)**

- récidives locales : 3% à 5 ans, 4% à 10 ans

- survie à 5 ans : 80%

- à 10 ans : 78%

- Heald RJ, arch surg 1998;133:894-9*

- Heald RJ, br j surg 1982;69:613-616*

- résultats confirmés par

- *Havenga K,br j surg 1996;83:384-8* RL:9% survie à 5ans: 75%

- *Arbman G,br j surg 1996;83:375-9* RL:8% survie à 4ans: 70%

CONSENSUS : MARGES

- **Rectales : 2cm**

- Rectales sous tumorales intra-murales: 2cm
(extension rare >1cm et stade avancé)

Williams NS, br j surg 1983;70:150-4

Pollett WG & Nicholls, ans surg 1983;198:159-163

- Ramenées à 1cm

Shirouzu K, cancer 1995;76:388-392

- **Mésorectum : 5cm**

Méta. Ggl jusqu'à 4cm sous tumoral

Scott N, br j surg 1995;82:1031-1033

- **Clairance périphérique 1mm**

corrélé au risque de récurrence locale <10% si >1mm

Adam, lancet 1994;344:707-711

78% si <1mm

RADIOTHERAPIE PRE-OPERATOIRE

- **Améliore la survie à 5ans : 58% vs 48%(chir conventionnelle)**
- **Diminue le taux de RL de 27 à 11%**

Swedish Rectal Cancer trial, N Engl j Med 1997;336:980-7 (cure courte 25 Gy)

- **Permet un « downstaging » tumoral**
- **Augmente les chances de conservation sphincterienne**

Rouannet P,Dis Colon Rectum 2002;45:305-315 (cure longue 40-60 Gy)

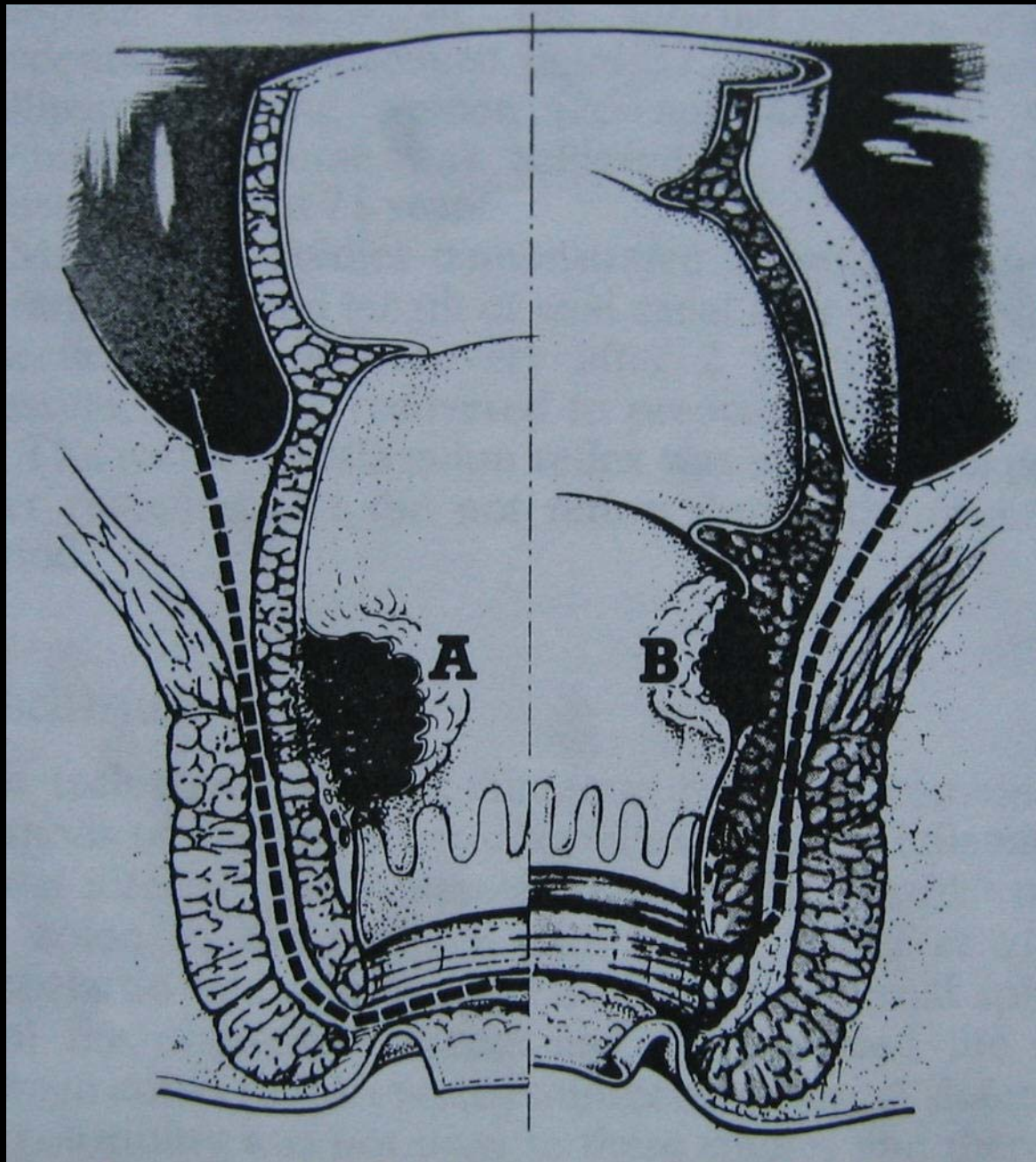
Résection totale du mésorectum(TME) et radiothérapie pré-opératoire Etude hollandaise

Kapiteijn E, N Engl J Med 2001;345:638-646

- **Multicentrique randomisée sur 1861 patients:**
 - *groupe 1 : chirurgie seule TME*
 - *Récidive locale 8,2%*
 - *groupe 2 : chirurgie(TME)+RTH préop courte*
 - *Récidive locale 2,4%*
- ***Bénéfice pour : STADE II,III***
T3N- > T3N+
- ***Pas de bénéfice pour les STADE I et IV (T1,T2 et métastatiques)***

CONDUITE A TENIR

- **Tumeur > 2cm du pôle sup. du sphincter**
 - Chirurgie conservatrice
- **Tumeur < 2cm**
 - Amputation Abdomino-Périnéale :
chirurgie curatrice de référence
 - Discussion conservation sphinctérienne en fonction
 - lieu (équipe formée, protocole)
 - réponse Radiothérapie pré-op. ou Radio-chimiothérapie pré-op.
 - stade tumoral
 - age et anatomie du patient



PRESERVATION SPHINCTERIEENNE

Chirurgie intersphincterienne

Limites

- **Carcinologiques :**
 - marges circonférentielles
 - mauvaise réponse au traitement néo-adjuvant
- **Fonctionnelles :**
 - pas de limites
 - résultats des études de qualité de vie meilleurs sur :
 - retentissement physique
 - psychologique
 - social
 - sexuel

PRESERVATION SPHINCTERIENNE

Chirurgie intersphinctérienne

Rouanet P, Ann Surg 1995;221:67-73

- **Décrite par Schiessel R. en 1994 (Br J Surg,81:1376-78)**
- **Protocole chirurgical, petites séries, non randomisées**
- **42 patients**
- **Recul médian 66 mois**
- **Tumeur à 3,7 cm de la marge(2-5cm)**
- **Radio + Chimiothérapie pré-opératoire**
- **T2 ou T3**

PRESERVATION SPHINCTERIENNE

Chirurgie intersphinctérienne

Rouanet P, Ann Surg 1995;221:67-73

- **Récidive locale : 9,5% à 5 ans**
- **Survie à 5 ans : 62%:**
 - avec Facteur Prédicatif de survie = réponse au trt néo-adj.
 - Non répondeurs : 32%
 - Répondeurs : 82%

Sélection des indications de conservation

- **Séquelles fonctionnelles : 65 % de continents en post-op.**
- **résultats prometteurs : En attendant essais randomisés prospectifs....et séries plus grandes**

PRESERVATION SPHINCTERIENNE

Chirurgie intersphinctérienne

Rullier E, Ann Surg 2001;234:633-40

- **60 patients**
- **Recul médian : 30 mois**
- **RIS + Radiochimioth.pré-op. pour des T3 et T4**
- **Taux de conservation des T3 : 94% (43)**
- **« Downstaging » : 50% (double de la réponse sans chimio)**
- **Taux de récurrence locale : 2%**

Résection locale des petites tumeurs

- **Moyens variés :**
 - chirurgie trans-anale
trans-sphinctérienne
 - précédée ou suivie de Radiothérapie externe
de contact
- **Etudes rétrospectives**
effectifs peu nombreux

Résection locale des petites tumeurs résultats en cas d'exérèse trans-anale

Stade	T1(sm1 et sm2)	T2 et T1sm3
Risque GGL + (Pronostic)	10%	12-30%
Récidive locale	10-20%	20-37%

Résection locale des petites tumeurs

- **Condition d'exérèse carcinologique trans-anale :**
 - T1N0 confirmé en anatomopathologie
 - Tumeur < 3 cm
 - 1 cm de marge latérale
 - Toute la paroi rectale et graisse péri-rectale

➡ **Survie > 90% à 5 ans**

- **Dans tous les autres cas :**

l'exérèse doit être complétée par la chirurgie standard

- **Cas discutés : T1sm3 (même risque GGL et pronostic que T2)**

Tumeur indifférenciée

CONCLUSION

- **Traitement standard : 2 cm de marge distale**
 - amputation abdomino-périnéale
- **Limiter la marge à 1cm pour les T1 , T2 et les petits T3N0**
- **Discuter exérèse locale pour petites tumeurs T1N0**
- **Optimiser la marge (2cm) en combinant**
 - technique de RIS
 - TRT néo-adjuvant intensif

Pour des tumeurs très basses

En centre spécialisé

Protocoles

Arbman G, br j surg 1996;83:375-9
Heald RJ, arch surg 1998;133:894-9
Heald RJ, br j surg 1982;69:613-616
Havenga K, br j surg 1996;83:384-8
Williams NS, br j surg 1983;70:150-4
Pollett WG & Nicholls, ans surg 1983;198:159-163
Shirouzu K, cancer 1995;76:388-392
Scott N, br j surg 1995;82:1031-1033
Adam, lancet 1994;344:707-711
Swedish Rectal Cancer trial, N Engl j Med 1997;336:980-7
Rouannet P, Dis Colon Rectum 2002;45:305-315
Kapiteijn E, N Engl J Med 2001;345:638-646
Rouanet P, ann surg 1995;221:67-73
Schiessel R. en 1994 (Br J Surg,81:1376-78)
Sprangers MA, Dis colon rectum 1995;38:361-69