

Cancer du tiers inférieur du  
rectum:  
jusqu'où conserver le sphincter  
anal?

Valérie Roucoux  
DESC Chirurgie Viscérale  
Tours 18 juin 2009

# Un challenge d'actualité

- ▣ AAP standard (Miles 1908)
- ▣ Agrafeuse et ACA
- ▣ De nouvelles avancées:
  - Réduction de la marge distale pariétale
  - Technique chirurgicale conservatrice
  - Traitement néo adjuvant ?

# Cancer du bas rectum: définition

- ▣ Tumeurs basses : pôle inférieur à moins de 2 cm du bord supérieur du canal anal
- ▣ Tumeurs très basses : - de 1 cm du bord supérieur du canal anal
- ▣ Tumeurs ultra basses: pôle inférieur dans canal anal

# 1<sup>ère</sup> AVANCEE

Evolution de la marge pariétale  
distale  
et  
nouveau consensus

# Marge distale optimale

## Recommandations SFCD- ACHBT 2009

### **Recommandations**

**Pour les tumeurs du bas rectum, il est recommandé d'obtenir une marge de résection distale macroscopique d'au moins 1 cm (mesurée par le chirurgien en salle d'opération sur une pièce épinglée et vérifiée par l'anatomopathologiste), avec ou sans traitement néoadjuvant, afin d'obtenir une marge distale R0 (grade B).**

## 2<sup>ème</sup> AVANCEE

### Techniques conservatrices:

- ◆ Anoproctectomie + ACA
- ◆ Résection intersphinctérienne ( 1992 Kusunoki / 1994 Schiessel )

# Indication de conservation sphinctérienne : Recommandations SFCD- ACHBT 2009

## **Recommandations**

**Pour les cancers du très bas rectum, il est recommandé de réaliser une anoproctectomie avec résection inter-sphinctérienne si le respect des règles carcinologiques (résection R0), l'expertise chirurgicale, et le choix éclairé du patient le permettent (grade C) [CFE relatif].**

Si toutes ces conditions ne peuvent être obtenues, le standard chirurgical est l' amputation abdominopérinéale

# Evaluation préopératoire

- ◆ Fonction sphinctérienne et marge distale :  
TR par le chirurgien AVANT TOUT TRAITEMENT ±  
examen sous AG
- ◆ Extension au plancher pelvien: échoendoscopie ( Senesse  
2001)
  - Fiabilité 96 % si liseré sécurité, 75 % sans liseré
  - Extension pariétale correctement appréciée dans 57 % cas après  
radiothérapie
- ◆ Marges circonférentielles : IRM  
> 1 mm

*L'évaluation détermine les contre indications :*

❖ Absolues

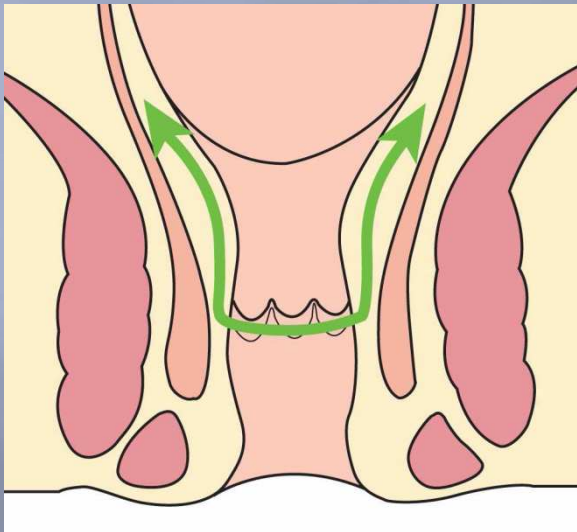
- atteinte sphincter externe ou muscle élévateur de l'anus
- fonction sphinctérienne altérée en pré opératoire

❖ Relatives : âge, obésité ?

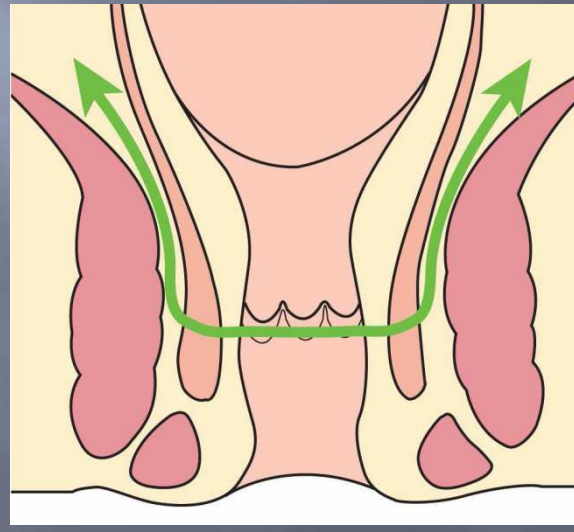
- L'âge n'est pas une CI à conservation sphinctérienne ( niveau preuve 3- Alvès 2007)

⇒ **BUT : RESECTION RO**

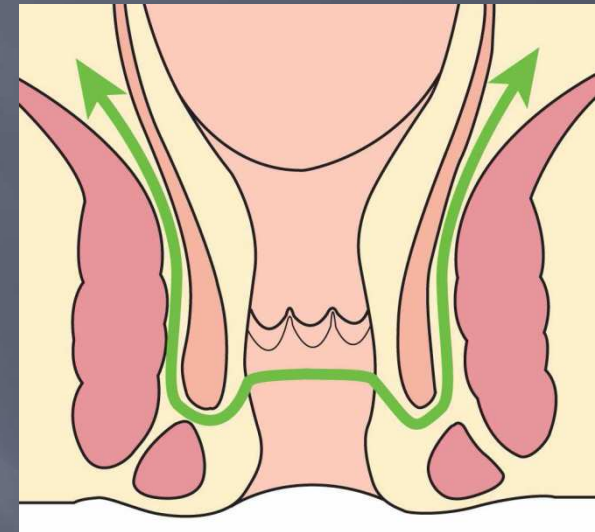
# Quelle technique chirurgicale?



Mucosectomie =  
ACA conventionnelle



RIS partielle  
Moitié haute SI  
Tumeurs 3.5-5 cm MA

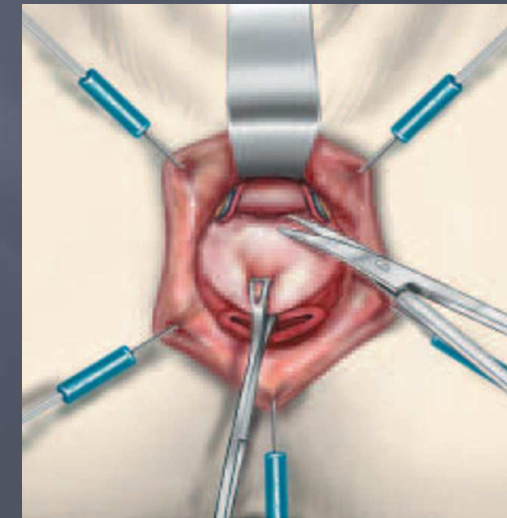
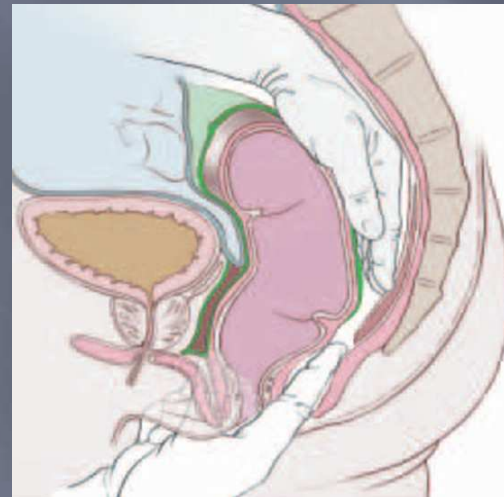
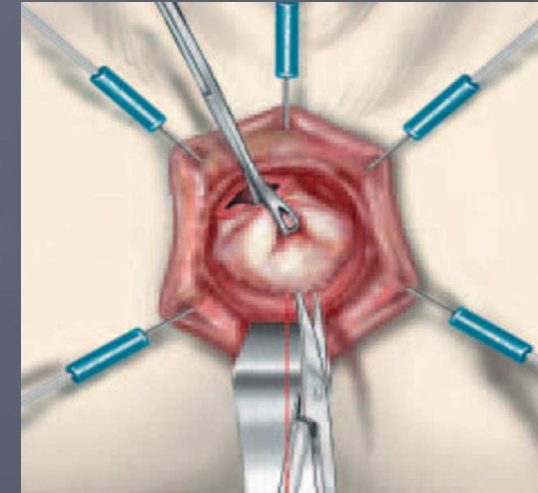
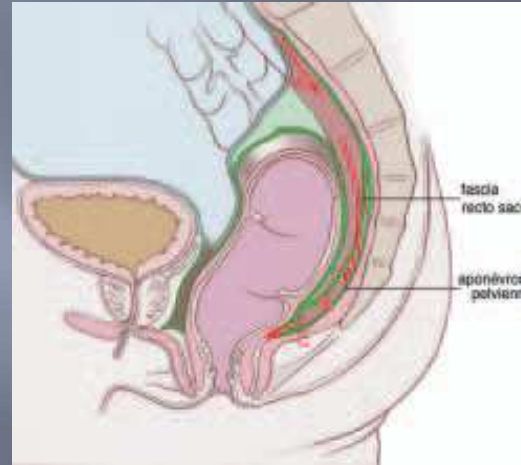


RIS Complete  
Ablation totalité SI  
Tumeurs 2-3 cm MA

# Résection inter sphinctérienne

◆ ↑ Marge distale  
et marge  
circonférentielle

◆ Dissection  
anatomique  
visuelle et  
atraumatique

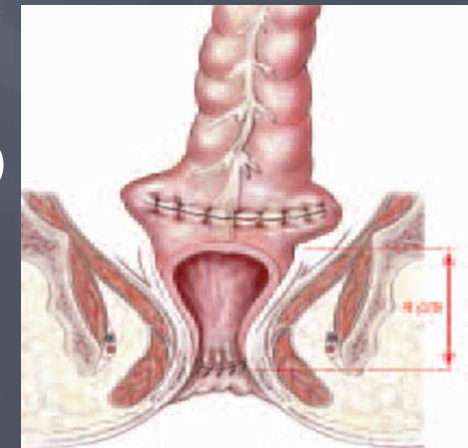


# Critères de qualité de la chirurgie carcinologique

- ❑ Exérèse en bloc, instrumentale , sous contrôle de la vue
- ❑ Proctectomie avec exérèse totale extrafasciale du mésorectum

Dissection en avant du fascia de Denonvilliers si tumeur antérieure du rectum

- ❑ ACA + Réservoir colique en J + Stomie de protection
- ❑ Vérifications en salle:
  - intégrité mésorectum sur pièce fraîche (grade B)
  - Mesures marges
  - Compte rendu opératoire



# RIS : Résultats oncologiques

	RESECTION RO	RECIDIVE LOCALE	SURVIE GLOBALE à 5ans
Rullier 2005	89 %	2%	81%
Métaanalyse Tilney et Tekkis 2008		9.5%	81%
AAP		23 %	60 %

# RIS : Résultats fonctionnels (1)

	CONTINENCE PARFAITE	CONTINENCE TROUBLES MINEURS	INCONTINENCE
CHAMLOU 2007	41%	35%	24%

MORBIDITE : 15- 30 %

Dont fistules anastomotiques 10,5% ( 0- 48.4%)

# RIS : Résultats fonctionnels (2)

## ◆ FACTEURS AGGRAVANTS

→ **Fistule anastomotique :**

- ACA : 25%

- résultat fonctionnel médiocre 50 % cas ( Penna 2003)

→ **Radiothérapie néo adjuvante :** frd d'incontinence ( Chamlou 2007)

## ◆ AMELIORER LA FONCTION

→ **Stomie de protection** ↓ significativement risque et gravité des fistules ( 10% VS 28% / Matthiessen, 2007)

→ **Réservoir colique J 5-6 cm recommandé** ( niveau preuve 1/ Alves 2007)

- ↑ continence ( score Hallbock ou Kirman)
- ↑ degré satisfaction à un an

# Qualité de vie ?

- ▣ Influence colostomie définitive sur QdV ( Sidéris 2005)
  - Résultats variables et discordants
  - Divergence soignants- patients
  
- AAP vs RAR (Pachler 2005)
  - Revue 46 études dont 9 essais /Hétérogénéité des études
  - On ne peut pas affirmer que QdV RA > QdV AAP

Vers une  
3<sup>ème</sup> AVANCEE ?

# Traitements néoadjuvants

- ▣ Il est recommandé que la décision de conserver ou non le sphincter soit prise avant tout traitement. (AFC – HAS 2005)
  
- ▣ RT et RCT néo adjuvants : adapter le geste chirurgical sans risque carcinologique?
  - downsizing et downstaging
  - études rétrospectives et essai de phases II
  - Essai de phase III en cours

# Conclusion

- ▣ L'amputation abdomino périnéale ne doit plus être la règle en cas de cancer du bas rectum.
- ▣ Il s'agit d'obtenir une marge distale de 1cm, avec une marge latérale de plus de 1mm, ce que permet la RIS.
- ▣ L'évaluation de l'état sphinctérien en pré-opératoire est nécessaire; de même que l'étude de la qualité de vie des patients opérés.

# Bibliographie

- ▣ Aigner, Int J Colorectal Dis (2007) 22:1339–1346
- ▣ Alves, Gastroenterol Clin Biol 2007;31:1S52-1S62
- ▣ Benoist, Gastroentérologie Clinique et Biologique (2009) 33, 289—294
- ▣ Laurent, Rullier E, J Chir 2007,144, N°3
- ▣ Matthiessen, Ann Surg 2007;246:207-214.
- ▣ Penna, J Chir 2003,140, N°3
- ▣ Rullier A, Gastroenterol Clin Biol 2007;31:1S34-1S51
- ▣ Rutkowski, Annals of Surgical Oncology 15(11):3124–3131
- ▣ Senesse, Gastroenterol Clin Biol 2001;25:24-28
- ▣ Sideris, Gastroenterol Clin Biol 2005;29:1125-1131
- ▣ Wasserberg, Journal of Surgical Oncology 2008;98:611–615