

Evaluation de la chirurgie colorectale par cœlioscopie

- Faisabilité

- Efficacité

- Reproductibilité

- Coût

Cancer du rectum

Cancer du colon

Revue de la littérature

- Méta-analyses (n=3) Chapman 2001
Méthodologie ± Yong 2001, Gervaz 2001
- Essais randomisés (n=28 publications)
 - ☑ Weeks et al. JAMA 2002
 - ☑ Lacy et al. Lancet 2002
- Etudes prospectives (n=5)
Cancer du rectum : critère d'exclusion dans les grands essais randomisés en cours

Rectum

Faisabilité de la « résection antérieure »

- Conversion : 27-50%
- Morbidité : Cœlio vs Laparo *idem*
- Durée opératoire : Cœlio *1H de plus*

Rectum

Faisabilité de la « résection antérieure »

Et le cancer ?

Cœlio vs Laparo

- Curage ganglionnaire : *idem*
- Marges de résection : *idem*
- Récidives : *idem*
- Survie à 3 ans : *idem*

Mais : courtes séries, équipes expertes, pas de randomisation donc faible niveau de preuves

*« At the present time, LAR cannot be recommended for routine use »
(Scheidbach, Surg Oncol Clin N Am 2001)*

Rectum

Faisabilité de l'AAP

Série multicentrique allemande, n=149 (Scheidbach 2002)

- Conversion: 4%
- Morbidité: 36%
- Curage ganglionnaire: 12 gg/pièce

Avantages: vision laparoscopique, faisabilité mieux documentée que la résection antérieure

Mais faible niveau de preuves

Côlon

- Mme X enseignante 50 ans: *Docteur, mon médecin m'a découvert un cancer du côlon sigmoïde et m'a conseillé de venir vous consulter. Mon échographie est normale.*
- Chirurgien (Slim): *je vous propose de vous opérer par voie cœlioscopique*
- Mme X: *Ah bon ??*

Mme X: *Je n'ai rien contre, mais vais-je avoir moins mal ?*

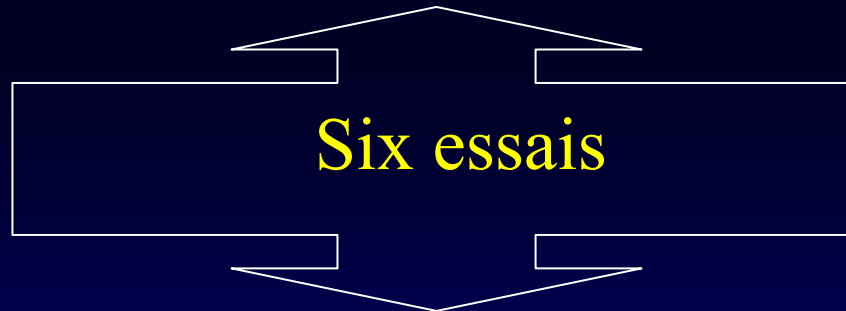
Probablement !

- 6 essais —————> **Résultats contradictoires**
- En fait sur le plan clinique \neq *calculs statistiques*
 - ✓ *Différences: < 20 mm sur l'EVA*
 - ✓ *Consommation de morphine: < 10-20 mg*
 - ✓ *Durée d'analgésie: < 0,3 jour*

Mme X: *Est-ce que je vais reprendre le transit plus tôt ?*

Probablement !

5: reprise UN jour plus tôt



Six essais

1: pas de différence

Mme X: *Et la cicatrice, Docteur ?*

Peut-être moins de problèmes !

- Grandes séries: 3,4-6,4% d'infection
- Méta-analyses: ???
- 2/10 essais: Moins de complications pariétales
- Un essai (Winslow 2002)

La cœlioscopie ne réduit pas significativement les complications pariétales de la mini-laparotomie:

Infection: 13,5%

Eventrations: 24%

Mme X: *Vais-je avoir moins de difficultés à respirer ?*

OUI !

- 3 essais: La cœlio retentit moins que la laparo sur le CV et le VEMS
- Impact clinique: ?
- 2 grandes séries prospectives (n=500 et n=1 143)
Moins de complications broncho-pulmonaires

Milsom 1998, Schwenk 1999, Braga 2002, Poulin 2001, Kockerling 1999

Mme X: *Est-ce que je vais me sentir moins fatiguée ?*

Peut-être !

- Essai NIH: Meilleure Qualité de Vie à *15 jours*
- 6/9 essais: *Moindre* immuno-dépression
- Essai MRC-CLASSIC: Immuno-dépression *idem*

Mme X: *L'intervention sera-t-elle plus longue et serez-vous amené à « ouvrir » ?*

- 2 méta-analyses: Cœlio plus longue d'environ 1H (ou plus)

Conversion

• Méta-analyses	15-28%	} Un risque sur 5 de convertir en laparotomie
• COLOR	17%	
• Grandes séries	7-25%	

Mme X: Et vais-je rester moins longtemps à l'hôpital et retravailler plus vite ?

Probablement !

- **Méta-analyse** (Yong):
 - ✓ Duré d'hospitalisation < 1,5 jours
 - ✓ Reprise de la vie active < 4 jours
- **Essai NIH** < 0,8 jour

En fait

Ce sont des critères variables en fonction du contexte socio-économique

Mme X: *Donc si j'ai bien compris:*

- *La cœlioscopie réussirait 4 fois sur 5*
- *J'aurai probablement un meilleur confort postopératoire*

Mais vous ne m'avez pas parlé de la guérison de mon cancer !

Mme X: J'ai vu sur internet qu'il y avait des risques de greffe de mon cancer sur les cicatrices de trocars et que c'est une CATASTROPHE ?

- **Effectivement**, c'est un risque dont il faut parler
- Années 90, plusieurs cas rapportés
- Inquiétude des chirurgiens
- Etudes expérimentales
- Lancement d'essais cliniques à grande échelle

Qu'en est-il en réalité ?

- **Etudes expérimentales**

Effet délétère de: - Pneumopéritoine au CO₂ ±
- MAUVAISE technique chirurgicale ++

- **Etudes cliniques**

- Fréquence actuelle ≈ 1%
- **Idem** à la laparotomie

- **Grands essais randomisés**

- NIH

- MRC-CLASSIC

} *Taux bas, pas d'arrêt des essais
de ce fait*

Mme X: *Aurai-je une perte de chance ?*

Réponse en deux volets

- Quel respect des règles carcinologiques ?
- Quel taux de survie à long terme après cœlioscopie ?

Respect des règles carcinologiques

- NIH*

- ✓ Longueur de la pièce op 26 vs 27 cm
- ✓ Marges (amont-aval) 12-10 vs 11-12 cm
- ✓ Longueur de la v. mésent. 9 vs 8 cm
- ✓ Nombre de gg 12 vs 13 gg

- Autres essais (n=3) *idem*

- Etude multicentrique dans les pays germanophones**
idem

Survie à long terme

- Etudes prospectives 2002 (n=5) > 1000 patients

Survie moyenne à 3 (ou 5) ans après colectomie par cœlioscopie identique à celle après colectomie par laparotomie

Mais: patients sélectionnés, équipes expertes

Survie à long terme

Essai randomisé espagnol (*Lacy et al. Lancet 2002*)

N= 106 vs 102 Recul: 44 mois

Récidive	17% vs 27%	p=0,07
Mortalité globale	18% vs 26%	p=0,14
Mortalité par cancer	9% vs 21%	p=0,03 +++ (Stade III)

!!!! Mais,

Essai d'équivalence à 15% !

Plus de chimio adjuvante dans le groupe laparoscopie

Trop de récurrence locale après laparotomie (19%)

Morbidité élevée après laparotomie (17% d'abcès de paroi)

Mme X: *ET ALORS ?*

Et alors !!

En attendant les résultats définitifs des essais

- Europe: COLOR
- USA: NIH
- Royaume Uni: MRC-CLASSIC
- Australie
- Allemagne: LAPKON
- France,

Les données actuelles de la littérature suggèrent que la cœlioscopie n'est probablement pas aussi dangereuse qu'on l'a cru à un moment

Mme X: Puisque vous me dites que je peux me faire opérer par cœlio, puis-je alors subir cette intervention dans mon hôpital de proximité ?

Ça dépend !!!

- Enquête internationale (Paolucci 1999)
 - Morbidité ↑
 - Greffe tumorale ↑ (4%)
- Série multicentrique germanique
 - Respect des règles carcinologiques variable selon les chirurgiens

Reproductibilité non prouvée

Mme X: *Et si c'était vous, Docteur, que feriez-vous ?*

Enquête aux USA

1995	- feraient pour leurs patients	71%
	- accepteraient pour eux-même	6%
2002	- feraient pour leurs patients	42%
	- accepteraient pour eux même	15%

Réponse byzantine: Oui j'accepterai mais dans le cadre d'une étude prospective ou par un chirurgien expert,

Très prochainement, les résultats des grands essais