

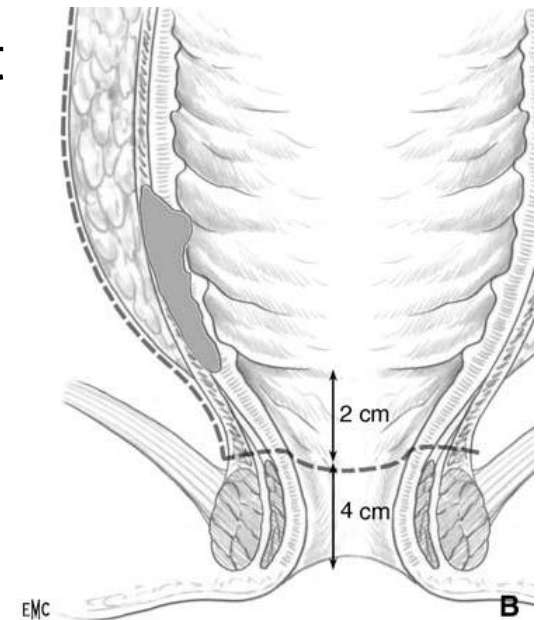


Technique d'excision du mésorectum

DESC Nantes janvier 2012
A.Merdrignac

Exérèse totale du mésorectum

- Progrès chirurgical pour le traitement du cancer du rectum, décrit par Heald en 1982.
- Référence actuelle pour l'exérèse carcinologique du cancer du moyen et bas rectum « *total mesorectum excision* » = *TME*.
- Risque récidive locale diminué à 4% à 5 ans avec la TME seule.



Heald. Br J Surg. 1982
Macfarlane. Lancet. 1993



Exérèse totale du mésorectum

- Associée à la radiochimiothérapie néoadjuvante à partir des stades T3N0 ou tout stade T N+.
- L'association TME-radiothérapie diminue le risque de récurrence locorégionale à 2.4% à 2 ans.
- Le type d'anastomose ne modifie pas la technique de TME.
- La TME doit être réalisée qu'il y ait ou non rétablissement de la continuité (AAP).
- Cancers du haut rectum: exérèse partielle du mésorectum jusqu'à 5 cm sous le pôle inférieur de la tumeur.



Définition

- Tissu cellulo-graisseux qui entoure le rectum.
- Surtout développé sur les 3/4 de la circonférence du rectum sous péritonéal, en arrière et latéralement jusqu'à 2-3cm de la jonction anorectale.
- Contient les vaisseaux et les lymphatiques périrectaux.
- Entouré par le feuillet viscéral du fascia pelvien = fascia recti.
- Fascia pariétal du feuillet pelvien = fascia présacré
- Réunion des 2 feuillets à hauteur de S4 = ligament présacré.

Rapports anatomiques

En avant : Aponévrose de Denonvilliers(1)

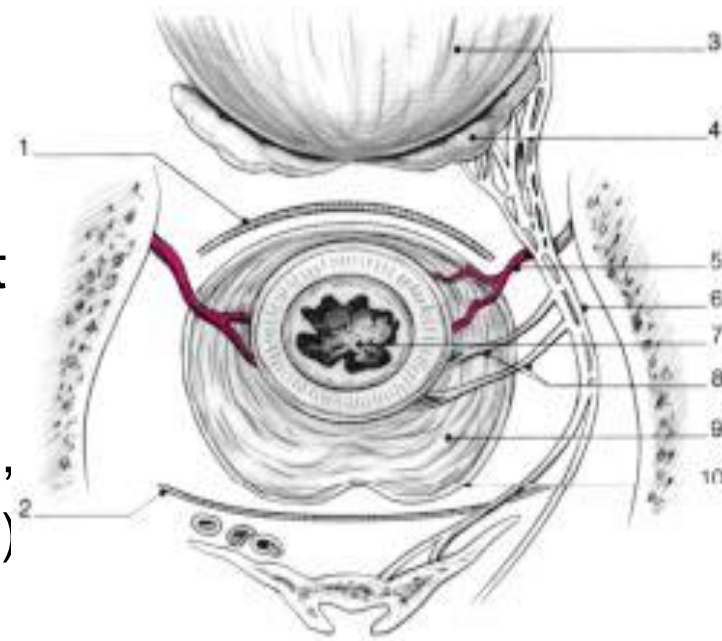
Latéralement : « ailerons »

(ligaments latéraux) ne sont pas une réalité anatomique mais créés par la dissection en tractant sur le mésorectum.

>Artère rectale moyenne inconstante (5),
branches des plexus pelviens latéraux(8)

En arrière :Fascia présacrée (2)

recouvre les vaisseaux pelviens et le plexus sacrolombaire.

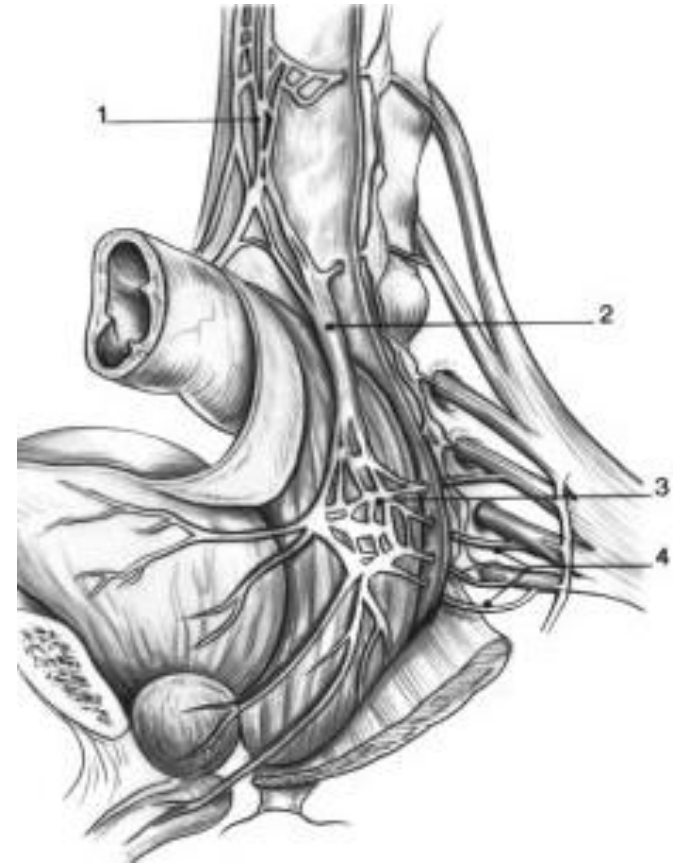


(9): mésorectum

(10): fascia recti

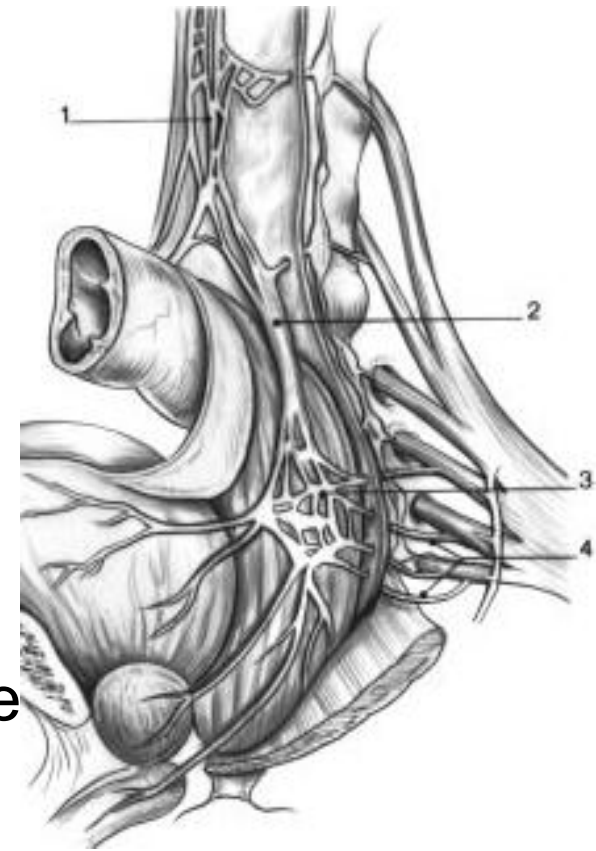
Innervation autonome pelvienne

- **Plexus hypogastrique:**
sympathique, préaortique, division en 2 nerfs, trajet 1 à 2 cm en dedans des uretères, au contact du fascia recti sans le pénétrer puis rejoignent de chaque côté le plexus pelvien latéral (PPL).
> Responsable de l'éjaculation.



Innervation autonome pelvienne

- **Plexus sacré:** parasympathique, donne nerfs érecteurs qui cheminent en arrière de l'aponévrose pelvienne vers le PPL.
> Responsables de l'érection.
- **Nerfs caverneux:** sympathique et parasympathique, issus du PPL rejoignent bord postérolatéral de la prostate en dehors de l'aponévrose de Denonvilliers.
> Interviennent dans l'érection et l'éjaculation.



Technique TME

- **Section artère mésentérique inférieure:**

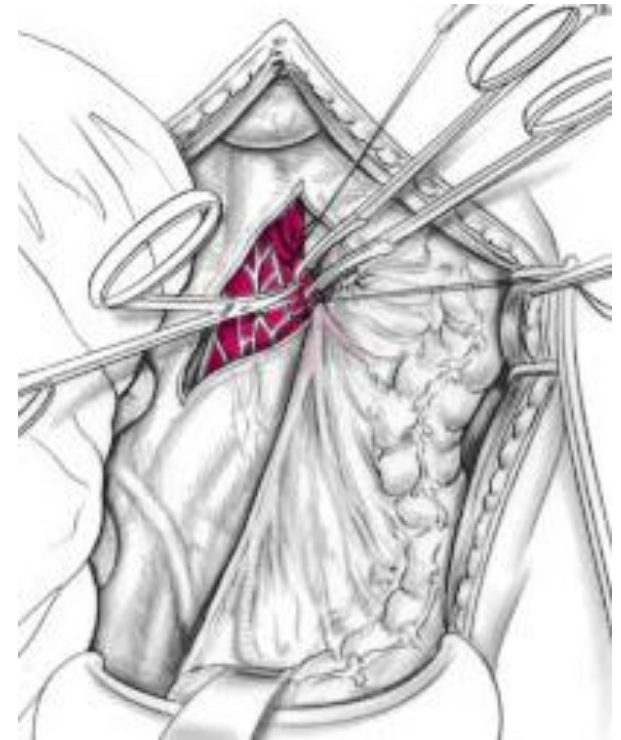
Respect du 1er cm de l'artère

>risque de lésion du plexus hypogastrique (PH) en avant de l'aorte

=éjaculation rétrograde

- **Curage ganglionnaire mésentérique inférieur préaortique**

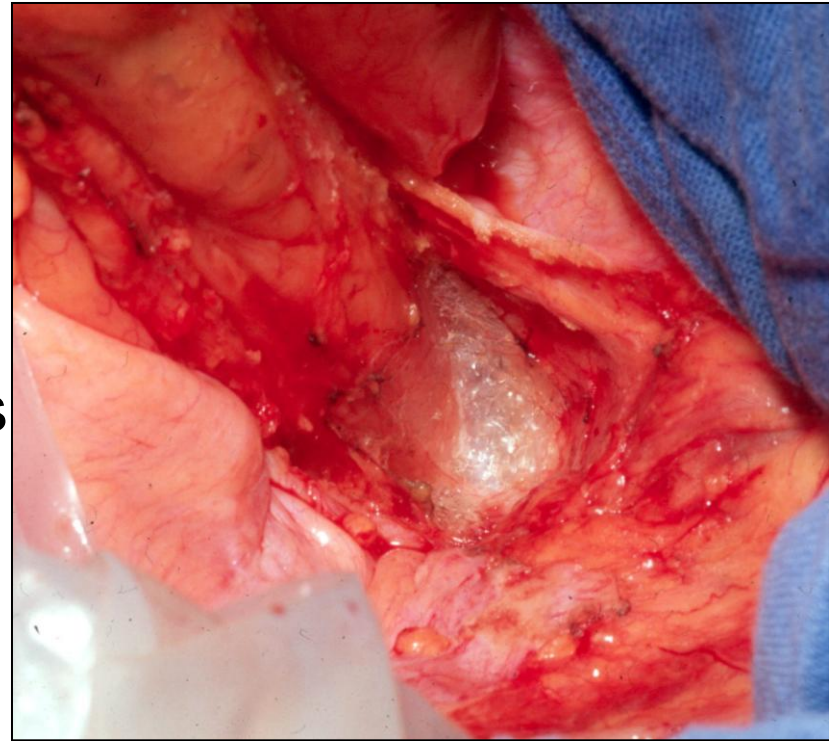
>risque lésion du PH et uretères latéralement



Technique TME

■ **Décollement rétrorectal:**

Plan de dissection avasculaire extrafascial, passe entre les 2 feuillets du fascia pelvien, amorcé après repérage de la division du plexus hypogastrique supérieur.



> Risque de lésion des nerfs hypogastriques supérieurs au moment de l'amorce du décollement puis par traction excessive du rectum vers le haut = dyséjaculation.

Technique TME

- Poursuite dissection en dedans des plexus pelviens latéraux
 - > ne pas chercher à voir les ailerons: risque lésion PPL =dysérection
- Section artère rectale moyenne (inconstante) sans traction
 - > risque d'attirer dans le même temps les PPL
- Dissection jusqu'au plan des releveurs après section du ligament sacré à hauteur de S4



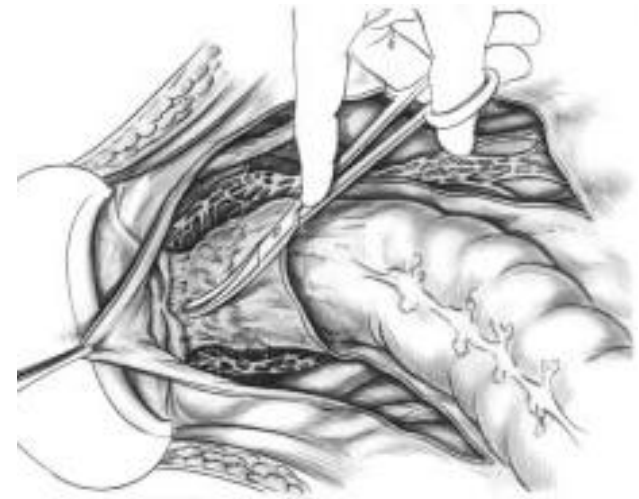
Technique TME

- **En avant:**

Incision du péritoine puis dissection en avant de l'aponévrose de Denonvilliers au contact des vésicules séminales.

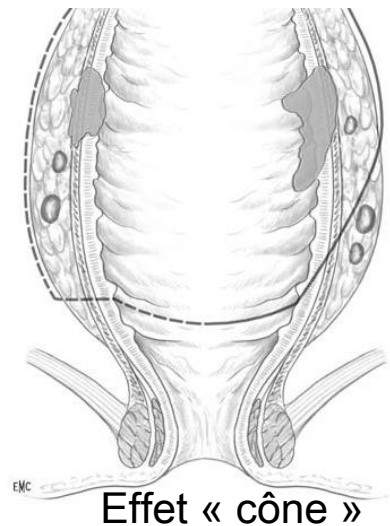
>risque de lésion du nerf caverneux latéralement (repéré grâce au pédicule vasculaire qui l'accompagne)

= dysérection et dyséjaculation.



Critères de qualité d'excision

- **Aspect du mésorectum** classé en 3 grades décrit par Quirke selon:
 - aspect mésorectum complet ou non.
 - plaie mésorectum.
 - effet de cône.
 - marge de résection circonférencielle.
- **Marge de sécurité latérale** entre bord de la tumeur et fascia recti ≥ 2 mm.
- **Marge pariétale distale** ≥ 1 cm.
- Présence d'au moins **12 ganglions**.



EMC
Effet « cône »



Voies d'abord

- Laparotomie vs. Laparoscopie: pas de différence en terme de survie.
- TME robotique vs. laparotomie: pas de différence en terme de morbimortalité.
- TME robotique vs. laparoscopie: pas de différence en terme de morbimortalité ni de marges d'exérèse.
- Nouvelles techniques mini invasives:
accès « single port », TME par voie basse avec
NOTES.

deSouza. Dis Colon Rectum. 2011

Park. Ann surg oncol. 2010

Gaujoux. Colorectal Dis. 2011

Lacy. Colorectal Dis. 2011



Conclusion

- TME= progrès dans la chirurgie du cancer du rectum > diminution du risque de récurrence locorégionale.
- Connaissances anatomiques précises sont indispensables pour préserver l'innervation pelvienne.
- Permet une exérèse carcinologique avec un bon résultat fonctionnel.