

# Cancer du rectum : traitement local à visée curative

Milène ISAMBERT  
Tours - 22 juin 2006

Recommandations pour la pratique clinique. AFC-HAS, novembre 2005  
Traitement local du cancer du rectum. EMC 2004. C. Guillat, L. de Calan

# Introduction

- **Place marginale**

ttt de référence : exérèse locale

- **Avantages**

mini-invasif, conservation sphinctérienne  
(ttt palliatif)

- **Inconvénients**

atteinte ganglionnaire ?  
risque local

# Bilan préopératoire

- **Toucher rectal + échoendoscopie**  
> TR seul
- **Coloscopie complète + bilan d'extension**
- **Biopsies systématiques pré-opératoires**  
Diagnostic positif  
Contre-indiquer les tumeurs invasives

→ STAGING

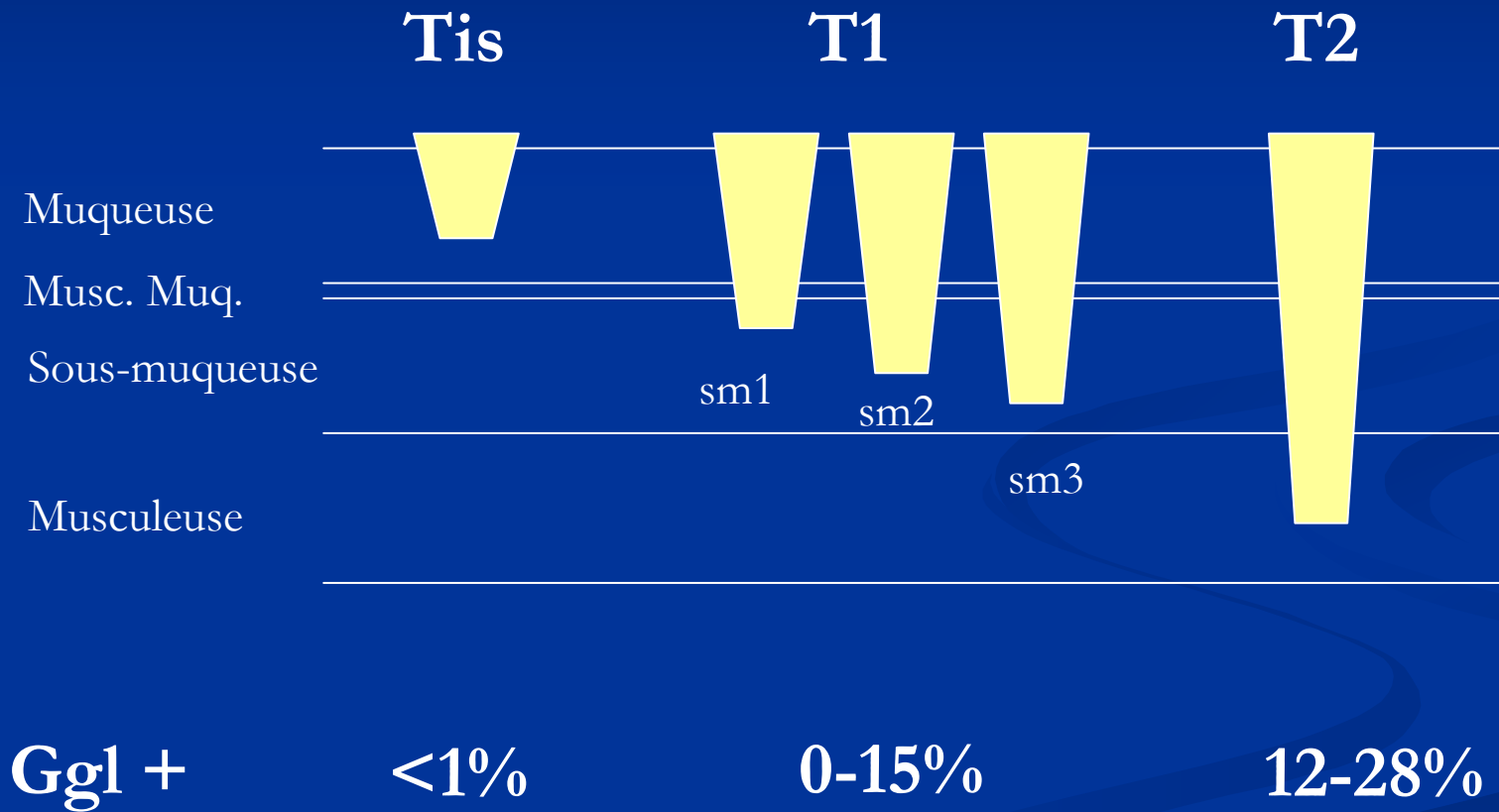
# Indications (grade C)

- **Extension** : uTis ou uT1                      N0 M0
- **Taille** : <3 cm
- **Tumeur**  
mobile, < 8cm de la MA, bien différenciée  
postérieure / latérale, rectum sous péritonéal  
(tumeur antérieure : risque douglas, urètre H, vagin F)
- **Patient** : surveillance +++  
prêt pour une chirurgie de rattrapage

# Conditions

- **Exérèse monobloc**
- **Marges** > 1 cm
- **Profondeur** : toute la paroi rectale (?)
- **Ana path** :
  - Pièce épinglée sur support rigide, orientée +++
  - Précisera +++ le degré d'envahissement sous-muqueux  
tiers superficiel : sm1, tiers moyen : sm2, tiers profond : sm3

# Histologie



# Histologie et CAT

Exérèse locale

pTis ou pT1 sm1  
bien différenciée  
sans embol

**SURVEILLANCE**

pT1 sm2

← ? →

pT1 sm3 ou >  
ou indifférenciée  
ou embols vx/ly  
ou marges +

**PROCTECTOMIE**

complémentaire  
immédiate

# Surveillance

- **TR** tous les 3 mois (2 ans) puis tous les 6 mois
- **EE** tous les 6 mois (2 ans)
- **Examen sous AG + biopsies** au moindre doute

# Résultats

<b>%</b>	<b>ETA</b>	<b>Proctectomie</b>
<b>Mortalité</b>	0	> 3
<b>Morbidité</b>	5-10	> 30
<b>Récidive à 5 ans</b>	15	3
<b>Survie globale</b>	89	93
<b>Survie après chir de rattrapage</b>	58	-

*D'après la synthèse de l'Afc pour les RPC (nov 2005)*

# Techniques

■ **Mucosectomie endoscopique** : Exérèse monobloc

■ **Irradiation endocavitaire**

- Irradiation transanale via un rectoscope  
+/- curiethérapie ou irradiation externe
- Résultats = exérèse transanale
- Inconvénient : destruction tumorale sans histologie
- ++ : tumeurs antérieures peu accessibles à la chirurgie  
--- : tumeurs postérieures très basses (chirurgie)

■ **Chirurgie** : Transanale / Rectotomies

# Chirurgie transanale

## ■ Technique de Parks

- Suites peu douloureuses, réalimentation J1, sortie J5  
Morbidité 3-7% : hémorragie J5-7 (fistules/perforations)

## ■ Variantes

- Parachute
- Pince mécanique : non
- Microchirurgie endoscopique ?

# Rectotomies

- **Techniques :** Voie trans-sacrée de Kraske  
Voie trans-sphinctérienne de York-Mason
- **Avantages :** Exploration du mésorectum  
Tumeurs antérieures / latérales ++
- **Inconvénients :**  
Morbidité +++ : fistules, incontinence  
Fibrose +++ → difficulté des excrèses secondaires

→ abandonnées

# Conclusion

- **Ttt marginal, patients très sélectionnés :**  
pTis ou T1, N0, <3cm, <8cm MA, postérolatérales
- **ADAPTATION selon résultats anapath +++ :**  
**chirurgie de rattrapage** (patient prévenu)
- **Surveillance prolongée**
- **Difficultés de reprise après exérèse incomplète**