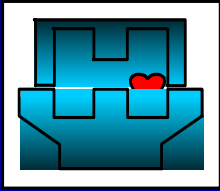


LES TRAITEMENTS LOCAUX A VISEE CURATIVE DU CANCER DU RECTUM

Karine Pautrat

DESC de chirurgie viscérale

Tours juin 2003



Cancer du rectum : Introduction

Traitement de référence

chirurgie avec TME

→ taux de récurrence locale < 10%

Heald BJS 1982

Traitements locaux

Avantages

↘ Morbidité

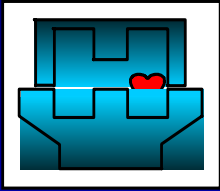
Préservation sphinctérienne

↘ Séquelles urinaires et sexuelles

Inconvénient

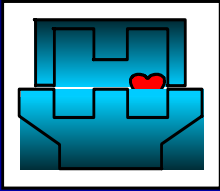
Récurrence locale

→ Indications limitées avec critères d'inclusions stricts



Cancer du rectum : Critères cliniques et paracliniques

| | |
|------------------------|---|
| Taille | diamètre < 3cm → plaie opératoire de 5 cm |
| Siège | 5 à 8 cm de la marge anale |
| Localisation | postérieure ou latérale |
| Caractère macro | exophytique (peu pénétrante) |
| TR | tumeur mobile |
| Echoendoscopie | uT1 ou uT2 avec N0 |



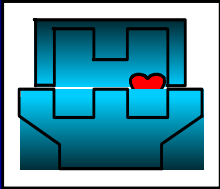
Cancer du rectum : Critères anatomopathologiques (1)

• Degré d'infiltration

| | Tis | T1 | T2 |
|-----------------|------------|------------|-----------------|
| Envah gg | 0% | 10% | 12 – 28% |
| | Sm1 | Sm2 | Sm3 |
| Envah gg | 3% | 8% | 23% |
| | 0% | 10% | 25% |

Nascimbeni DCR 2002

Kikuchi DCR 1995



Cancer du rectum : Critères anatomopathologiques (2)

- **Différenciation : 4 grades**

I, II bien et moyennement différenciée

III, IV peu et indifférenciée

Tanaka DCR 95 : Taux d'envahissement (T1) 4% grade I
14% grade II

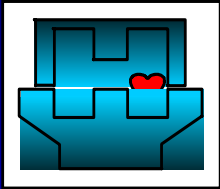
- **Emboles tumoraux vasculaires (BVI) ou lymphatiques (LVI)**

- **Contingent colloïde**

→ **2 groupes de malades :**

bas risque : **I ou II, Sm1, BVI- et LVI-, sans contingent**

haut risque : **III ou IV, Sm2 3, BVI+ et LVI+, contingent +**

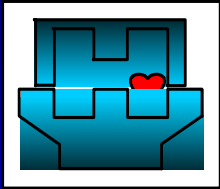


Cancer du rectum : Critères anatomopathologiques (3)

| Tumeurs T1 | bas grade marge > 1cm pas d'embolie | haut grade marge < 1 cm embolies |
|-------------------------------|---|--|
| Taux de récurrence | 13% | 49% |
| Survie sans récurrence | 87% | 29% |

Paty Ann Surg 2002

- **Marge de résection : marge > 1 cm**



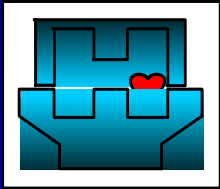
Cancer du rectum : Indications

pT1 faible risque : Exérèse locale et surveillance

pT3 : Chirurgie

pT1 risque élevé et pT2 :

| | taux de récurrence locale | Survie |
|----------------------|--------------------------------------|---------------|
| surveillance | 30% | 70% |
| radiothérapie | 15% | 75% |
| chirurgie | < 10% | 90% |



Cancer du rectum : Techniques

Exérèse trans anale : technique de référence

Principes

Exérèse de toute l'épaisseur de la paroi

Rapprochement ou non des berges

Morbidité

3 à 7% hémorragie

Techniques

parachute ou du lambeau

pince mécanique

endoscopie

Autres techniques :

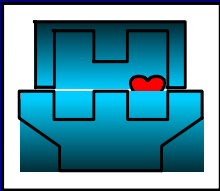
Exérèse locale par rectotomie par voie

trans-sacrée de Kraske

trans-sphinctérienne de York Masson

Radiothérapie de contact ou endocavitaire

Electrocoagulation de contact



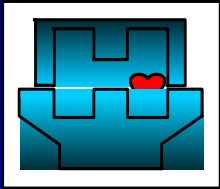
Cancer du rectum : Résultats

Tumeurs classées T1

| | n | Survie | Récidive |
|---------------------------|-----------|---------------|-----------------|
| Paty 02 | 74 | 75% | 17% |
| Garcia-Anguilar 00 | 55 | 77% | 18% |
| Mellgren 00 | 69 | 72% | 21% |

Tumeurs classées T1 faible risque

| | n | Suivi | Récidive |
|-------------------|-----------|--------------|-----------------|
| Nakagoe 02 | 23 | 52 | 4% |
| Heintz 98 | 46 | 52 | 4% |
| Said 97 | 60 | 36 | 3% |



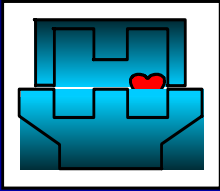
Cancer du rectum : Résultats (2)

Proctectomie vs exérèse locale

Un essai contrôlé pour T1 faible risque

| | exérèse locale n = 24 | résection n = 26 | |
|------------------------|--|-----------------------------------|----|
| Récidive locale | 4% | - | ns |
| Survie à 3 ans | 96% | 95% | ns |

Winde DCR 1996



Cancer du rectum : Exérèse locale + radiothérapie

Intérêt de la radiothérapie post opératoire après exérèse locale ?

Technique : 1 mois après l'exérèse locale

Période de 6 semaines

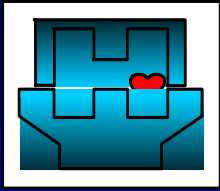
Indications : Tumeurs T1 haut risque

Tumeurs T2

Résultats :

Récidive locale 37 vs 85 % Survie 58 vs 37 %

Chakravarti Ann Surg 99



Cancer du rectum : Conclusion

Chirurgie radicale avec TME = traitement de référence

Récidive locale < 10%

Séquelles, chirurgie mutilante

Exérèse locale = Alternative pour les petits cancers

Indication stricte : T1 faible risque

Pour les tumeurs T1 à risque élevé et T2 = Pas de consensus

Chirurgie d'exérèse de complément (carcinologique)

→ Evaluation multidisciplinaire (EG, choix du malade)