

Les traitements locaux à visée curative du cancer du rectum

DESC Tours 2009 K.Vychnevskaja

Définition des cancers superficiels

Conférence de Paris 2005

Définition en fonction
de l'envahissement pariétal

Tumeurs respectant la musculouse

Tis
épithélium
muqueuse

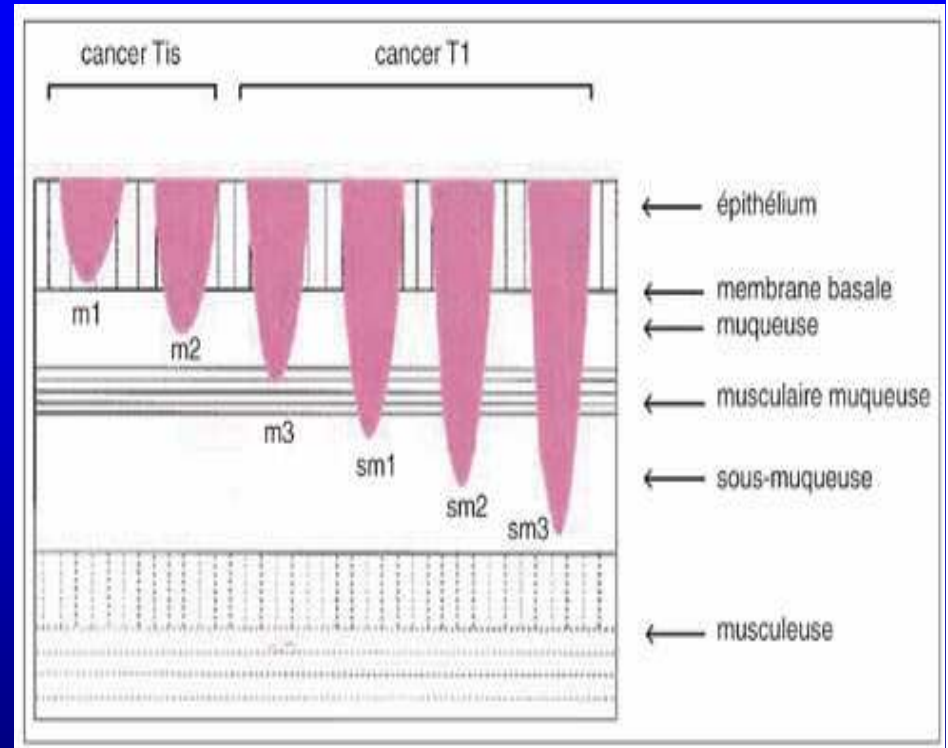


Risque gg nul

T1
sous-muqueuse



Risque gg: 0-2% sm1
20-25% sm3



Bilan pré-thérapeutique(1) : caractériser la tumeur



Toucher rectal:

essentiel pour les tumeurs du moyen et bas rectum

- mobilité p/r au plan profond
- circonférence
- localisation : mesure de distance entre pôle inférieur de la lésion et appareil sphinctérien

Rectoscopie au tube rigide

tumeur haut rectum

polypes, cancer associé



Coloscopie

Biopsies =>> confirmer - **la nature cancéreuse**
- degré de différenciation

Bilan préthérapeutique (2) Profondeur d'envahissement

Echoendoscopie standard ou
avec mini-sondes

Exactitude diagnostique entre T1 et T2

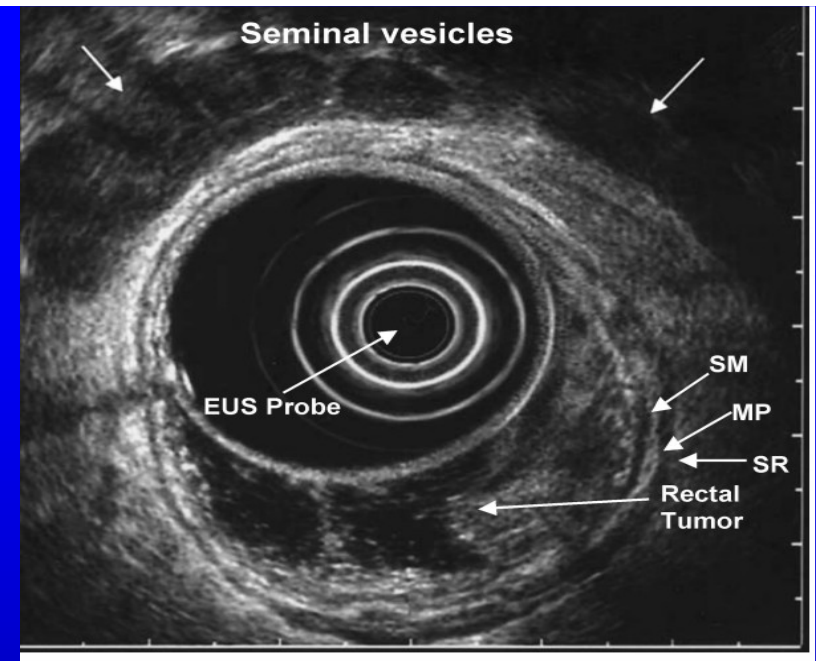
⇒40-96%

Pas d'analyse des différentes sous-couches de
la sous-muqueuse pour sondes 7,5 ou 10 MHz

Sondes à haute fréquence 15 ou 20 MHz différencient T1 et T2 dans 90% cas
T1sm1 et T1sm2-3 : 85%

Grosses tumeurs vilieuses: 24% risque K invasif

Détection de 81% des cas



Worell S. Endorectal ultrasound...Am J Surg 2004

Garcia-Aguilar J. Accuracy of endorectal...Dis colon rectum 2002

Bilan préthérapeutique (3): Evaluation de l'atteinte ganglionnaire

- Echoendoscopie :
exactitude diagnostique 64-89%
concordance echoendo /examen anatomopathologique 58%
- IRM :
sensibilité et spécificité semblables à l'écho- endoscopie
spécificité moindre pour le staging 65% vs 86%

A qui proposer un traitement local ?

- Tumeurs à faible risque de récurrence
- Risque d'envahissement ganglionnaire nul ou quasi-nul:

Tis , T1 N0

- Tumeur **bien différenciée**
< 3 cm de diamètre
< 8 cm de la marge anale
- Patients à hauts risques chirurgicaux
refusant amputation abdomino-périnéale
suivi rigoureux

G.Gouillat, L.de Calan, EMC 2004

F.Bretagnol, quelle est la place Gastroenterol Clin Biol 2007

Traitement curatif (1) : technique endoscopique

T bien différenciée, Tsm1

- polypectomie et mucosectomies classiques

difficulté d'avoir pièce en monobloc

CI : lésion déprimée ou ulcérée
lésion sur 2 haustrations

- mucosectomies par dissection de la sous muqueuse

Taux d'exérèse jusqu'à 80%

Peu de centres experts

Tanaka S, et al 2007

Onozato Y, et al 2007

Traitement curatif (2): Techniques chirurgicales

➤ Exérèse par voie transanale

Patient sondé en position de taille

Exposition : capitale!!!!

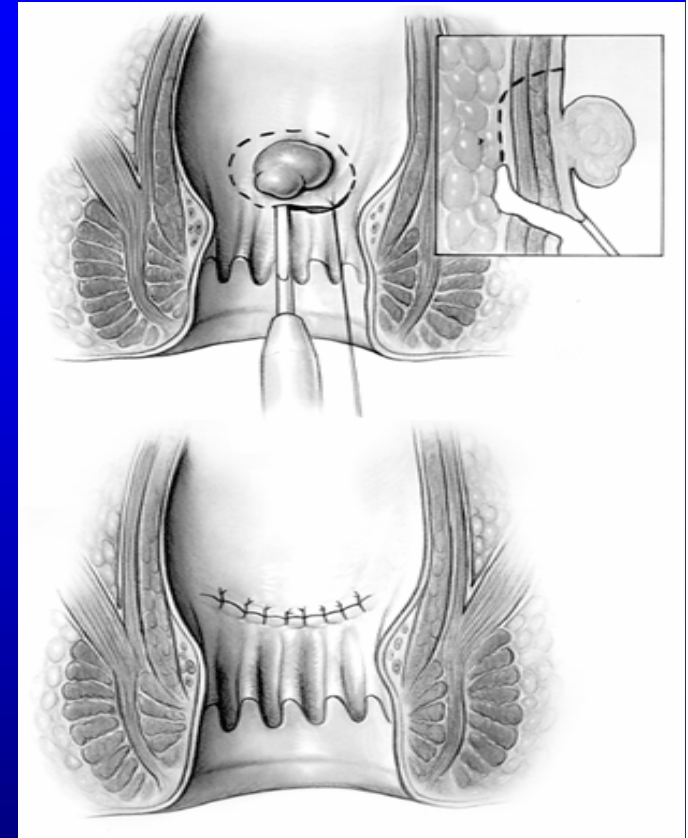
- dilatation anale progressive
- écarteurs de Parcs

Marquage de la ligne d'excision sur la muqueuse

=>>> marge de **1 cm**

Excision en **pleine épaisseur** / exposition de la **graisse périrectale**

Rapprochement des berges ou pas



Les suites:

- Hospitalisation courte
- Morbidité: 3 à 7 %
- Complications peu nombreuses:
 - lâchage de suture
 - hémorragies
- Résection complète : 70%-100% cas
- Limites :
 - pole supérieur à < 8 cm (bas rectum surtout)
 - tumeurs antérieures → chirurgie radicale ?

➤ Excision trans anale endoscopique microchirurgicale

Rectoscope opératoire large: 4 cm diamètre

Plusieurs canaux opérateurs, optique

Insufflation au CO₂

Distension continue du rectum



Inconvénients:

tumeurs du bas rectum

apprentissage long

coût d'achat du matériel

centres spécialisés → de – en - vrai

Avantages :

meilleure exposition du site opératoire

accessibilité des tumeurs du moyen et haut rectum

Pas de conséquence sur fonction ano-rectale

Mortalité nulle

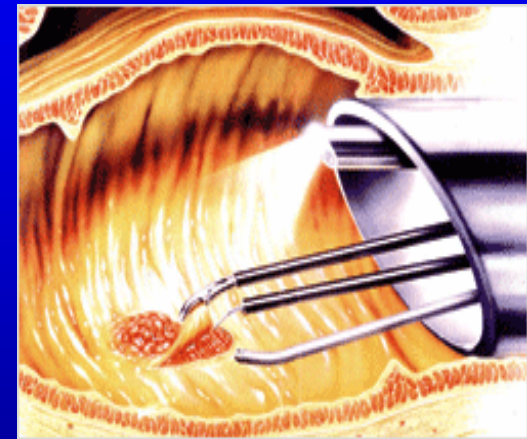
Morbidité : similaire à résection trans-anale

Faisabilité: 93- 100%

Résection complète 91-100%

Complications: brèche péritonéale pour haut rectum

hémorragies tardives (1-7% cas) urinaires (1-7%)



Examen anatomopathologique

Pièce opératoire étalée, orientée

Épinglée avant d'être fixée

Réalisation des coupes fines



Résultats oncologiques des traitements locaux (1)

Exérèse trans-anale vs exérèse radicale

Surgical treatment of stage I rectal cancer, Ann Surg, 2007, You N.

1094 patients avec T1  601 patients traités par résection locale

	exérèse locale	résection radicale	
Récidive locale 5 ans	12,5%	6,9%	p=0,003
8 ans	14,3	8,5	p=0,007
Survie globale	77%	82%	p=0,09
Morbidité	5,6%	15%	

Résection trans-anale  T I de bon pronostic

Bien différenciée

Absence d'embolies vasculaires ou lymphatiques

Marges de résection latérales et en profondeur ≥ 1 mm

Envahissant uniquement sm1

Nascimbeni, Risk of lymph nodes metastasis, Dis Colon Rectum 2002

Winde G, Surgical cure for early rectal carcinomas (T1). Transanal endoscopic microsurgery vs. anterior resection. Dis Colon Rectum

Résultats oncologiques (2)

Transanale classique vs résection transanale endoscopique (TEMS)

Christoforidis, Ann Surg, 2009

Patients:

129 vs 42 (seulement 1 patient avec TEMS pour T < 5 cm de la marge anale)

Les marges positives: 16% vs 2% p=0,017

Suites comparables

Suivi : 45 vs 60 mois

Technique opératoire: pas un facteur de risque indépendant

Facteurs prédictifs positifs : marges, stade tumoral, distance tumeur-marge anale

	TAE<5cm N=48	p	TAE>5cm N=69	p	TEMS>5cm N=38
RL	37%	0,05	24%	0,47	16%
survie	61%	0,03	76%	0,6	84%

Que faire après une exérèse locale

Exérèse locale

Critères favorables:

- **Tis, T1sm1**
- **exérèse complète (marge \geq 1mm)**
- **Bien différenciée**
- **Pas d'embolies**

Surveillance

T1sm2

Discussion en RCP:
Surveillance ou
exérèse rectale
complémentaire

1 critère défavorable:

- Exérèse incomplète
- T1sm3 ou T2
- Embolie vasculaire ou
lymphatique

Exérèse rectale
complémentaire
Si refus => radiochimio

Conclusion

- Pas de différence de survie entre T1sm1 avec exérèse locale et exérèse radicale
- T3 sont une contre-indication
- La chirurgie de rattrapage pour récurrence a de mauvais résultats
- Préférer chirurgie radicale complémentaire
- Radiochimiothérapie :
 - pas d'intérêt si T1 bon pronostic
 - améliore survie T2 ou T1 haut risque