

Traitement chirurgical du cancer colique en occlusion

Objectifs pédagogiques

- Connaître les indications chirurgicales d'une occlusion sur cancer colique en situation palliative ou curative
- Quel geste chirurgical : colectomie ou stomie de décharge
- Résultats sur la qualité de vie et la morbi-mortalité à court et à moyen termes

Introduction

La prise en charge des patients ayant un cancer colique en occlusion pose à la fois

- le problème d'une obstruction organique sévère du côlon avec tous les retentissements potentiels notamment d'ordre général ou intestinal d'amont,
- et le problème d'un cancer souvent localement avancé et fréquemment déjà métastatique.

L'incidence des occlusions par cancers coliques est différemment appréciée selon les critères d'occlusion. Elle varie ainsi de 4 à 24 % selon les séries publiées [1-3].

Le traitement chirurgical optimal des cancers du côlon en occlusion reste un sujet de controverse. L'utilisation grandissante des stents est venue compliquer ce débat.

En cas de cancer du côlon révélé par une occlusion intestinale aiguë, une intervention chirurgicale en urgence

est associée à une morbi-mortalité importante ainsi qu'un taux élevé de stomie. L'utilisation de stents en situation palliative est maintenant validée, cependant l'utilisation de stent en traitement d'attente avant chirurgie est plus controversée. Le sujet des stents est abordé dans un autre chapitre de cet ouvrage, mais on peut évoquer dans ce chapitre consacré à la chirurgie certains aspects de l'utilisation des stents dans ce contexte. Les principaux avantages du stent sont :

- une restauration rapide de la continuité digestive ;
- la possibilité de prendre son temps afin d'envisager une prise en charge optimale pouvant inclure un traitement néo-adjuvant, une chirurgie élective et une réflexion sur une prise en charge pluridisciplinaire dans le cadre d'une maladie avancée [4].

Les inconvénients principaux des stents sont :

- les complications locales, notamment les perforations, qui peuvent gêner les éventuels futurs gestes chirurgicaux ;
- la possibilité de migration ou d'obstruction du stent et donc de récurrence d'occlusion.

Généralités

On estime que 20 % des malades atteints de cancer colorectal se présentent en urgence, généralement avec

Stéphane Berdah

une tumeur avancée, compliquée : occlusion, perforation ou hémorragie. La prise en charge de ces malades est associée à une morbidité et une mortalité accrues de manière significative par rapport aux situations électives [5]. En effet, d'une part, les malades ont une altération de l'état général, une déshydratation, une séquestration liquidienne, un déséquilibre hydro-électrolytique et un éventuel sepsis. D'autre part, ils ne peuvent pas bénéficier d'un bilan optimal de leur état général et de leur pathologie colique. En outre, il n'est pas possible de réaliser une préparation colique satisfaisante dans un contexte de surcharge stercorale importante, en particulier si la tumeur est totalement obstructive.

Dans ce contexte, le taux de sepsis superficiels et profonds ainsi que le taux de fistules anastomotiques est augmenté [6].

Une occlusion tumorale colique touche environ 16 % des malades atteints de cancer colorectal, entraînant distension abdominale, douleur, constipation et vomissements. Si la valvule iléo-cæcale est continente, le danger principal est la perforation diastatique du caecum en amont de la tumeur occlusive.

Éléments de décision

Les différents éléments à prendre en compte dans le processus de décision sont résumés dans le Tableau I. Ils guident notamment le chirurgien sur

■ S. Berdah (✉) Hôpital Nord, chemin des Bourelly, 13915 Marseille cedex 20
E-mail : Stephane.BERDAH@ap-hm.fr

Tableau I. Éléments pertinents dans la discussion de la prise en charge des cancers coliques en occlusion

Élément	Données	Implication
Localisation de la tumeur	Droite	Anastomose iléocolique
	Gauche	Anastomose colo-colique
	Côlon / rectum	Nécessité de définir l'indication de radio-chimiothérapie néo-adjuvante en cas de cancer rectal
Localisé <i>vs</i> métastatique	Traitement à visée curative ou palliative	
Extension locale de la tumeur	Résécable <i>vs</i> non résécable	
Perforation présente ou imminente	Intervention urgente	Évite la perforation
	De la tumeur ou en amont de la tumeur	Dissémination de cellules tumorales Péritonite stercorale Difficultés de cicatrisation Retard de traitement adjuvant
État du côlon en amont de l'occlusion	Viabilité ? Déchirures pariétales ?	Possibilité d'anastomose ?
Informations sur le côlon d'amont	Lésions synchrones	L'évaluation est-elle possible avant la chirurgie ?
Maladie colique sous-jacente	<ul style="list-style-type: none"> • MICI • Forme héréditaire (HNPCC, FAP) 	Risque de cancer multifocal (synchrone, métachrone)
État général du malade	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiorespiratoire • Hydratation • Fonction rénale • Coagulopathie • Sepsis • État nutritionnel • Dépendance 	

Tableau II. Avantages et inconvénients des différentes options thérapeutiques chirurgicales

Options	Pour	Contre
Résection segmentaire avec anastomose en un temps <ul style="list-style-type: none"> • avec/sans stomie • avec/sans préparation sur table 	<ul style="list-style-type: none"> • Préservation de la longueur du côlon • Évite les difficultés liées à la remise en continuité d'un Hartmann 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de fistule • Lourdeur du lavage peropératoire • Pas d'évaluation du côlon d'amont
Colectomie (sub) totale avec anastomose en un temps	<ul style="list-style-type: none"> • Ablation du côlon lésé ou non-exploré • Anastomose en un temps 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de longueur du côlon • Risque de fistule • Altération de la fonction digestive
Hartmann	<ul style="list-style-type: none"> • Ablation de la tumeur • Évite une anastomose • Épargne de la longueur colique • Permet l'exploration du côlon d'amont 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de stomie définitive • Lourdeur de la remise en continuité
Colostomie d'amont	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie simple • Évite une anastomose • Permet d'améliorer l'état général du malade • Permet un éventuel traitement néo-adjuvant 	Tumeur laissée en place
Stenting <ul style="list-style-type: none"> • Traitement d'attente avant une chirurgie d'exérèse • Définitif si palliatif 	<ul style="list-style-type: none"> • Permet d'améliorer l'état général du malade • Permet l'évaluation du côlon d'amont après amélioration de l'état de sa paroi 	<ul style="list-style-type: none"> • Coûteux • Pas toujours réalisable • Grevé de complication

le délai, le type d'intervention (résection, simple dérivation) ou encore la possibilité de remise en continuité. Les cinq options les plus courantes sont répertoriées dans le Tableau II.

Une anastomose iléo-colique est réalisable dans la plupart des cas. En revanche, une anastomose colo-colique est à risque élevé de complications liées à la stase stercorale et la distension du côlon en amont de l'obstruction.

Cancers de l'hémi-côlon droit

Si le site de l'occlusion colique est proximal, une résection segmentaire carcinologique (iléo-colectomie droite segmentaire, hémi-colectomie droite, hémi-colectomie droite étendue) avec anastomose iléo-colique (rarement protégée par une iléostomie) est consensuelle [7]. Cette attitude réalise dans le même temps le traitement de l'occlusion et la part chirurgicale de la prise en charge carcinologique. La mise en place d'un stent sur l'hémi-côlon droit ne semble donc pas justifiée car il s'agirait d'une procédure superflue et coûteuse. Il est souhaitable, si ceci est possible, d'explorer le côlon en aval de l'obstacle tumoral afin d'éliminer des lésions synchrones ou une pathologie sous-jacente.

Cancers de l'hémi-côlon gauche

Si la tumeur est située sur la moitié gauche du côlon, la prise en charge chirurgicale est plus complexe. Le côlon d'amont est distendu et fragilisé, mais surtout, il ne peut pas être exploré à la recherche de lésions synchrones. Or, le taux de lésions synchrones est élevé dans cette situation. Le taux de cancers synchrones varie de 1 à 7 % en fonction des séries et si on rajoute les lésions précancéreuses non résécables endoscopiquement, une intervention supplémentaire après la prise en charge en urgence est nécessaire dans 15 % des cas [8, 9].

Les options qui peuvent être envisagées dans ce contexte sont multiples :

a) **la colectomie (sub)totale avec anastomose iléo-rectale**. Outre la lourdeur du geste, il faut citer les résultats fonctionnels souvent peu satisfaisants de cette intervention : selles fréquentes et liquides nocturnes et diurnes [10] ;

b) **un lavage sur la table** avec résection-anastomose segmentaire et coloscopie péroperatoire. Cette procédure allonge la durée de l'intervention de 30 à 60 minutes, avec une mobilisation colique complète et alourdit la morbi-mortalité ;

c) **une stratégie en 2, ou même 3 temps** au lieu d'une procédure élective en un temps comme a) et b).

Ce sont ces stratégies en plusieurs temps qui sont préférées dans la majorité des cas en raison du mauvais état de la paroi colique et/ou du mauvais état général du malade :

- intervention de Hartmann ;
- stomie de décharge (colostomie ou iléostomie si la valvule iléo-cæcale est incontinente) et résection ultérieure ;
- résection anastomose protégée par une stomie ;
- toute autre combinaison de procédures incluant notamment la mise en place de stent.

Il n'existe pas de données pertinentes dans la littérature pour trancher entre ces différentes attitudes (exceptée la discussion sur la mise en place de stent qui fait l'objet d'un autre chapitre).

La colostomie première semble réservée aux malades fragiles ou nécessitant une stratégie diagnostique ou thérapeutique ne devant pas être retardée par d'éventuelles suites opératoires. En effet, une métaanalyse récente n'a pas trouvé de différence de mortalité entre colostomie première et résection première (avec ou sans anastomose) [10].

L'intervention de Hartmann est la procédure en deux temps la plus utilisée. Le premier temps consiste en une résection recto-sigmoïdienne associée

à une colostomie terminale et l'abandon du moignon rectal suturé dans l'abdomen. Le second temps est la remise en continuité par réintervention abdominale (éventuellement laparoscopique) et anastomose colorectale. Il faut savoir que dans cette situation près de 60 % des malades ne sont jamais remis en circuit et gardent leur colostomie, non en raison d'impossibilités techniques mais pour des raisons liées au terrain du malade [12].

Là encore, il n'y a pas de littérature convaincante pour nous aider dans le choix de la procédure. Il n'y a notamment pas d'étude prospective randomisée comparant le Hartmann aux résections-anastomoses protégées éventuellement par une iléostomie. Les séries publiées comportent généralement un important biais de sélection, le Hartmann étant proposé aux malades les plus graves et les résections-anastomose aux cas plus favorables [5, 13]. Ainsi, la mortalité postopératoire des occlusions coliques par cancer est élevée, située dans une fourchette allant de 15 à 30 %. Cette mortalité est identique quel que soit le type de chirurgie réalisée [14, 15].

Les centres à haut volume d'activité en chirurgie colorectale, donc à expertise élevée dans ce domaine, ont un taux plus élevé de résection-anastomose [16]. En revanche, dans les centres à moins grand volume d'activité, le Hartmann doit rester l'intervention de choix notamment pour les malades les plus fragiles. En effet, plusieurs études, anciennes [17] comme récentes [16] montrent que la mortalité postopératoire de la chirurgie de résection en urgence du cancer colorectal est plus élevée dans les hôpitaux à faible volume comparés aux centres à haut volume d'activité. Une série récente de la littérature regroupant les résultats de 148 hôpitaux du Royaume-Uni relève aussi cette différence pour les malades les plus âgés [14].

Afin d'éviter une stomie, un stent colique comme traitement d'attente peut être proposé. Le stent peut même

être le traitement instrumental définitif en situation palliative. Ceci permet théoriquement de lever l'occlusion, d'éviter une chirurgie en urgence, d'améliorer à la fois l'état de la paroi colique et l'état général du malade. Une résection-anastomose peut être ensuite envisagée après un délai plus ou moins long par rapport à l'épisode occlusif en fonction des impératifs carcinologiques et généraux [18, 19].

Cette attitude n'est actuellement pas validée. Si les premières études rétrospectives semblaient en faveur des stents, les essais randomisés ont soit été arrêtés précocement, soit n'étaient pas en faveur des stents pour des raisons de faisabilité notamment.

Les principaux inconvénients des stents dans cette situation sont :

- pour les situations palliatives, la migration ;
- pour le traitement d'attente, l'infiltration de la région tumorale occasionnant une gêne lors de la chirurgie d'exérèse, les perforations compliquant le geste chirurgical et ses suites, voire le risque théorique de dissémination tumorale.

Conclusion

Le résultat de la prise en charge des cancers coliques en occlusion n'est pas lié uniquement aux aspects techniques médico-chirurgicaux. La qualité de vie prévisionnelle du malade (c'est-à-dire, ses *desiderata*) doit être prise en compte. L'incidence des complications septiques est aussi très liée au pronostic global car elles retardent, voire interdisent, l'accès au traitement adjuvant. Par conséquent, le bon sens clinique doit guider l'indication opératoire en priorité vers la thérapeutique permettant la récupération postopératoire la plus rapide possible.

Références

1. Ohman U. Prognosis in patients with obstructing colorectal carcinoma. *Am J Surg* 1982;143:742-7. Irvin TT,

- Greaney MG. The treatment of colonic cancer presenting with intestinal obstruction. *Br J Surg* 1977;64:741-4.
2. Rault A, Collet D, Sa Cunha A, Larroude D, Ndobu'epoy F, Masson B. Prise en charge du cancer colique en occlusion. *Ann Chir* 2005 Jun;130(5): 331-5.
 3. Trompetas V. Emergency management of malignant acute left-sided colonic obstruction. *Ann R Coll Surg Engl* 2008 Apr;90(3):181-6.
 4. Karoui M, Soprani A, Charachon A, Delbaldo C, Vigano L, Luciani A, Cherqui D. Primary chemotherapy with or without colonic stent for management of irresectable stage IV colorectal cancer. *Eur J Surg Oncol* 2010 Jan;36(1):58-64.
 5. Sjo OH, Larsen S, Lunde OC, et al. Short term outcome after emergency and elective surgery for colon cancer. *Colorectal Dis* 2009;11:733-9.
 6. Alves A, Panis Y, Mathieu P, et al. Postoperative mortality and morbidity in French patients undergoing colorectal surgery: results of a prospective multicenter study. *Arch Surg* 2005;140:278-83.
 7. Phillips RK, Hittinger R, Fry JS, Fielding LP. Malignant large bowel obstruction. *Br J Surg* 1985;72:296-302.
 8. Park SH, Lee JH, Lee SS, Kim JC, Yu CS, Kim HC, Ye BD, Kim MJ, Kim AY, Ha HK. CT colonography for detection and characterisation of synchronous proximal colonic lesions in patients with stenosing colorectal cancer. *Gut* 2012;61(12):1716-22.
 9. Patel SS, Floyd A, Doorly MG, Ortega AE, Ault GT, Kaiser AM, Senagore AJ. Current controversies in the management of colon cancer. *Curr Probl Surg* 2012 Jul;49(7):398-460.
 10. The SCOTIA Study Group. Subtotal colectomy *versus* on-table irrigation and anastomosis. *Br J Surg* 1995;82: 1622-7.
 11. De Salvo GL, Gava C, Lise M, Pucciarelli S. Curative surgery for obstruction from primary left colorectal carcinoma: Primary or staged resection? *Cochrane Database Syst Rev* 2004;2 CD002101.
 12. Pearce NW, Scott SD, Karran SJ. Timing and method of reversal of Hartmann's procedure. *Br J Surg* 1992;79:839-41.
 13. Aslar AK, Ozdemir S, Mahmoudi H, et al. Analysis of 230 cases of emergent surgery for obstructing colon cancer-lessons learned. *J Gastrointest Surg* 2011;15:110-9.
 14. Tekkis PP, Kinsman R, Thompson MR, Stamatakis JD; Association of Coloproctology of Great Britain, Ireland. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland study of large bowel obstruction caused by colorectal cancer. *Ann Surg* 2004 Jul;240(1):76-81.
 15. Meyer F, Marusch F, Koch A, Meyer L, Führer S, Köckerling F, Lippert H, Gastinger I; German Study Group "Colorectal Carcinoma (Primary Tumor)". Emergency operation in carcinomas of the left colon: value of Hartmann's procedure. *Tech Coloproctol* 2004 Nov;8 Suppl 1:s226-9.
 16. Zorcolo L, Covotta L, Carlomagno N, Bartolo DC. Toward lowering morbidity, mortality, and stoma formation in emergency colorectal surgery: the role of specialization. *Dis Colon Rectum* 2003 Nov;46(11):1461-7.
 17. Phillips RK, Hittinger R, Fry JS, Fielding LP. Malignant large bowel obstruction. *Br J Surg* 1985;72:296-302.
 18. Jiménez-Pérez J, Casellas J, García-Cano J, et al. Colonic stenting as a bridge to surgery in malignant large-bowel obstruction: a report from two large multinational registries. *Am J Gastroenterol* 2011;106:2174-80.
 19. Mackay CD, Craig W, Hussey JK, et al. Self-expanding metallic stents for large bowel obstruction. *Br J Surg* 2011;98:1625-9.

Les 4 points forts

- ❶ L'objectif principal de la prise en charge doit être la restauration du circuit digestif. Aucune technique chirurgicale n'a fait la preuve de sa supériorité dans cette situation.
- ❷ Dans le cas d'un cancer du côlon droit occlusif, l'iléo-colectomie droite suivie d'une anastomose iléo-transverse est possible dans la majorité des cas.
- ❸ Dans le cas d'un cancer du côlon gauche occlusif, l'indication thérapeutique dépend de l'état général du malade et du bilan d'extension (TDM en urgence).
- ❹ Dans le cas d'un cancer du côlon gauche occlusif, l'intervention de Hartmann est une option thérapeutique sûre.

Question à choix unique

Question 1

Un cancer du côlon droit en occlusion (*une seule réponse exacte*),

- A. Ne doit pas être résecté en urgence
- B. Doit obligatoirement bénéficier d'une coloscopie pour explorer le segment d'aval avant toute résection
- C. Peut être pris en charge dans certains cas par une résection-anastomose non protégée
- D. Est une bonne indication de mise en place de stent comme traitement d'attente

Question 2

S'agissant du cancer du côlon en occlusion (*une seule réponse exacte*) :

- A. En 2013 une dérivation provisoire par STENT doit être envisagée en première intention
- B. Il faut avoir en préopératoire une exploration du colon pour éviter de laisser en place une lésion synchrone lors de l'exérèse
- C. Peut nécessiter une colectomie totale avec anastomoses iléo-rectale
- D. Le traitement néo-adjuvant doit être discuté

Question 3

Pour un cancer du côlon gauche en occlusion (*une seule réponse exacte*) :

- A. En 2013 la résection-anastomose protégée par une stomie est le traitement de référence
- B. L'intervention de Hartmann est devenue exceptionnelle
- C. Une colostomie de dérivation, d'amont, peut constituer le premier temps de la prise en charge thérapeutique
- D. Le taux de tumeurs synchrones est proche de 5 %