

Traitement par voie basse des lésions vilieuses du rectum

Objectifs pédagogiques

- Définir une tumeur vilieuse rectale et les critères histologiques et topographiques guidant le choix du traitement
- Quelles sont les indications d'un traitement chirurgical par voie basse : type de résection et résultats ?
- Connaître les complications et les séquelles fonctionnelles des traitements chirurgicaux

Définir une tumeur vilieuse rectale et les critères histologiques et topographiques guidant le choix du traitement

Une tumeur vilieuse est une tumeur rectale se présentant sous l'aspect d'une excroissance couverte de villosités pathologiques. Elles sont en

général volumineuses et sessiles. Leur surface reproduit les villosités intestinales leur donnant un aspect framboisé (Fig. 1). Elles sécrètent beaucoup de mucus riche en potassium. Elles saignent facilement car leur muqueuse est friable. Elles ont la particularité d'avoir un risque élevé de transformation maligne de l'ordre de 20-40 % selon leur taille et de récidiver dans 10-30 % après exérèse [1]. Leur transformation maligne et le degré d'envahissement tumoral sont particulièrement difficiles à évaluer en préopératoire. En effet, malgré un examen clinique minutieux (toucher rectal) et des biopsies préthérapeutiques multiples négatives, un foyer d'adénocarcinome est présent dans près de 20-25 % des cas sur la pièce d'exérèse [1]. Ce risque élevé de transformation maligne conditionne leur prise en charge et la technique d'exérèse, qu'elle soit endoscopique ou chirurgicale, devra permettre une exérèse complète de la lésion vilieuse en 1 seul

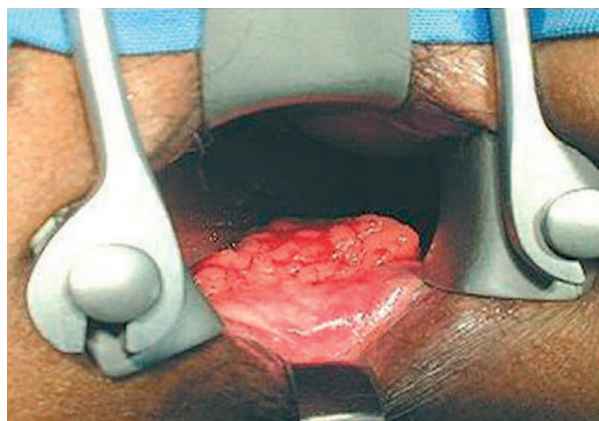


Figure 1. Tumeur vilieuse typique immédiatement sus-anale

Stéphane Benoist

fragment avec des marges de résection saine. En effet, seule une exérèse monobloc permettra un examen histologique complet de la lésion et de ses marges de résection.

Le choix de la technique d'exérèse d'une tumeur vilieuse du rectum va dépendre essentiellement de critères morphologiques. La sélection d'une tumeur pour une exérèse locale se fait sur les données du toucher rectal, de l'endoscopie et de l'échoendoscopie qui est l'examen le plus performant pour l'évaluation préopératoire de l'extension de la tumeur dans la paroi rectale [2]. Selon les recommandations pour la pratique clinique sur la prise en charge des petits cancers du rectum, une exérèse locale endoscopique ou chirurgicale ne peut être envisagée qu'en cas de tumeur vilieuse mobile, non ulcérée ou indurée, occupant moins des 3/4 de la circonférence, de moins de 5 cm et dont l'extension dans la paroi rectale en échoendoscopie ne dépasse pas la sous-muqueuse (uT1N0) [3]. Le choix entre exérèse locale endoscopique et exérèse chirurgicale va dépendre essentiellement de la taille de la lésion vilieuse et de l'expérience de l'opérateur. Les lésions de petite taille (2-4 cm), se soulevant bien après une injection sous-muqueuse, et non développées « à cheval » sur une haustration, sont de bon candidats à une exérèse endoscopique par mucosectomie ou plutôt par dissection sous-muqueuse qui rend plus facile la réalisation d'une exérèse monobloc [4]. Dans tous les autres cas, ou à

chaque fois que l'endoscopiste estime qu'une exérèse monobloc paraît difficile, une exérèse locale chirurgicale doit être envisagée.

Quelles sont les indications d'un traitement chirurgical par voie basse : type de résection et résultats ?

Lors de la prise en charge chirurgicale d'une tumeur vilieuse, il ne faut jamais oublier que la proctectomie avec exérèse du mésorectum et anastomose colo-anale ou colo-sus-anale est la technique chirurgicale de référence pour le traitement chirurgical des cancers du rectum. En cas de lésion vilieuse, des techniques chirurgicales d'exérèse locale peuvent être proposées comme alternative à la proctectomie, si certains critères cliniques, biologiques et radiologiques sont respectés. Pour envisager une exérèse locale chirurgicale, la lésion doit être mobile au toucher rectal, être située dans le rectum sous-péritonéal, ne pas dépasser 5 cm dans son plus grand axe, occuper au maximum les trois quarts de la circonférence, être bien ou moyennement différenciée et être classée uTis ou uT1 en échoendoscopie conventionnelle ou T1sm1 en échoendoscopie avec minisonde [3, 5]. L'imagerie par résonance magnétique n'a que peu d'intérêt, car elle ne permet pas de distinguer avec précision les tumeurs T1 des tumeurs T2. Avec le développement d'une nouvelle technique chirurgicale comme l'exérèse transanale par microchirurgie endoscopique [6], le critère de taille (< 5 cm) n'est plus formel et une exérèse locale peut être proposée pour des lésions ayant un diamètre de 7-8 cm si les autres critères sont respectés. Dans tous les autres cas, si le malade est en état de supporter une chirurgie par voie abdominale, l'exérèse locale ne doit même pas être tentée en raison du risque trop élevé d'extension ganglionnaire, qui est de l'ordre de 20-25 % pour une tumeur Tsm3 ou T2 [7]. Quelle que soit la technique chirur-

gicale d'exérèse locale utilisée, il faudra toujours prévenir le malade que la prise en charge définitive ne pourra être décidée qu'après analyse histologique définitive de la pièce de résection locale en réunion de concertation pluridisciplinaire. En cas de facteurs histo-pronostiques favorables (bien différencier absence d'embolie vasculaire ou lymphatique, envahissement superficiel sm1 de la sous-muqueuse, marges de résection saines d'au moins 1 mm), le risque d'atteinte ganglionnaire peut être estimé comme inférieur à 5 % [7] et une surveillance seule sera possible [3]. En effet, pour ces cancers superficiels de bon pronostic, les résultats oncologiques obtenus après exérèse locale sont quasiment équivalents à ceux obtenus après exérèse radicale avec un taux de récurrence à 5 ans de 3 à 4 % selon les séries [8, 9], et un taux de survie globale à 3 ans identique à celui obtenu après exérèse radicale dans la seule étude randomisée contrôlée publiée [10]. Dans les autres cas, il faudra discuter en RCP une proctectomie complémentaire de rattrapage en fonction du terrain sans attendre la survenue d'une récurrence [3, 11].

D'un point de vue technique, il existe deux techniques chirurgicales : l'exérèse transanale classique et l'exérèse transanale par microchirurgie endoscopique (TEM). Quelle que soit la technique, l'exérèse doit être monobloc, macroscopiquement complète, passant en zone de muqueuse saine. Après l'exérèse, elle doit être adressée à l'anatomopathologiste épinglée et orientée sur un support rigide (Fig. 2).

L'exérèse transanale classique

Il s'agit de la technique la plus utilisée. Pour des raisons d'exposition, elle ne s'adresse qu'aux tumeurs de petite taille (≤ 3 cm) situées dans le bas rectum à moins de 8 cm de la marge anale pouvant être tractées et extériorisées au travers de l'anus. Après exposition de l'anus par des écarteurs, la résection se fait au bistouri électrique ou au ciseau coagulateur en

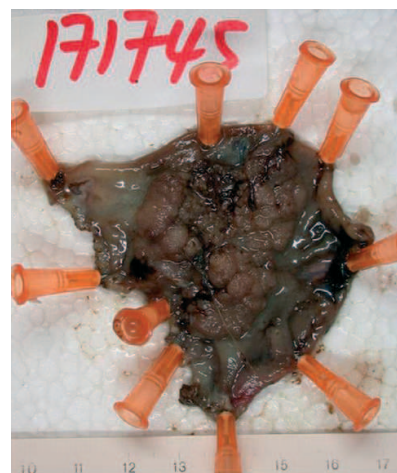


Figure 2. Pièce de résection d'une tumeur vilieuse, épinglée et orientée sur un support fixe pour examen anatomopathologique

essayant d'avoir une marge de résection d'au moins 1 cm. Afin de faciliter l'exposition, plusieurs fils tracteurs peuvent être placés autour de la lésion réalisant la technique du parachute qui est de très loin la technique d'exérèse transanale classique la plus utilisée. Beaucoup plus rarement, il peut également être réalisé un lambeau muqueux rectal sous la lésion permettant de tracter celle-ci. L'exérèse peut être superficielle mais intéresse le plus souvent toute l'épaisseur de la paroi rectale jusqu'à la graisse périrectale.

L'exérèse transanale par microchirurgie endoscopique (TEM)

Cette technique, décrite initialement par Buess *et al.* en 1984, permet l'excision complète par voie transanale des tumeurs du rectum plus haut situées : jusqu'à 18 cm de la marge à la face postérieure et jusqu'à 12 cm à la face antérieure. D'un point de vue technique, elle s'apparente à une coelioscopie endorectale [6]. Elle utilise un rectoscope opérateur large, de 4 cm de diamètre, permettant le passage simultané de plusieurs instruments chirurgicaux et d'une caméra elle-même reliée à une télévision (Fig. 3). L'ensemble est relié à un insufflateur-exsufflateur de CO₂ qui permet la dis-



Figure 3. Instrumentation de l'exérèse transanale par microchirurgie endoscopique. Rectoscope opérateur fenêtré à sa base permettant le passage de plusieurs instruments

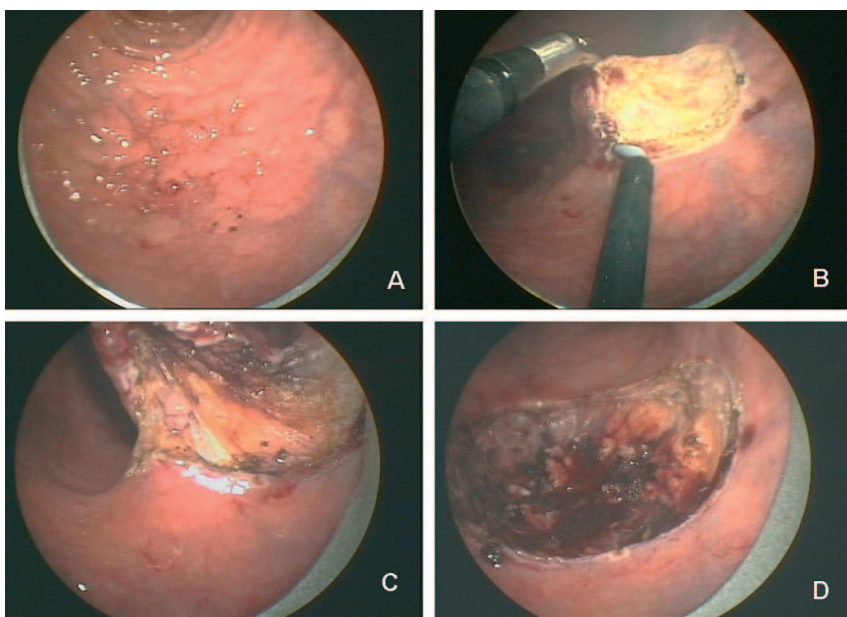


Figure 4. Vues opératoires au cours d'une TEM. 4A : distension permanente du rectum permettant de bien visualiser la lésion villositaire. 4B : début de dissection de la lésion à l'aide de 2 instruments. 4C : résection jusqu'à la graisse périrectale. 4D : cavité de résection après exérèse

tension continue du rectum (Fig. 4). Cette distension continue du rectum par l'insufflation offre une parfaite exposition du site opératoire et permet une exérèse monobloc de la tumeur sans fragmentation tumorale (Fig. 4). La TEM a pour avantage de permettre l'exérèse des tumeurs du moyen et haut rectum inaccessibles par exérèse

conventionnelle transanale. En revanche, elle paraît moins adaptée pour les tumeurs très basses descendant dans le canal anal, du fait d'un défaut d'étanchéité du système. Par cette technique, il est également possible de faire des résections dans les différents plans de la paroi rectale et la distension continue du rectum

permet de bien différencier la sous-muqueuse de la musculature et de la graisse périrectale. Malgré tous ces avantages démontrés, la TEM a un certain nombre d'inconvénients qui ont probablement limité son développement. Bien que pouvant s'apparenter à la coelioscopie, il s'agit d'une technique difficile qui nécessite un long apprentissage, la difficulté étant principalement liée au confinement du site opératoire. De plus, son équipement est complexe et coûteux, de l'ordre de 20 000 euros. Enfin, hormis dans les centres spécialisés en chirurgie colorectale, l'investissement requis peut paraître disproportionné par rapport à la fréquence des indications. Toute une gamme de matériel jetable utilisant des rectoscopes plus courts s'est développée, permettant de réaliser cette technique avec un coût acceptable. En particulier, de plus en plus d'auteurs utilisent les monotrocarts (type SILS par exemple) qui ont été initialement développés pour raffiner la technique de coelioscopie abdominale. En effet, ces monotrocarts permettent le passage simultané d'un optique et de plusieurs instruments et permettent la réalisation de coelioscopie endorectale. Ces monotrocarts ont l'avantage d'être souples et de minimiser ainsi le risque de traumatisme du sphincter anal, mais ils ont l'inconvénient d'être courts et de ne permettre que l'exérèse de lésions villositaires situées dans le bas rectum ou dans la partie basse du moyen rectum.

Quelle que soit la technique réalisée, en cas de tumeur villositaire, il est recommandé de réaliser une exérèse intéressant toute la paroi du rectum, allant jusqu'à la graisse périrectale [3]. Néanmoins, il semble qu'une exérèse locale intéressant toute l'épaisseur de la paroi rectale majeure la morbidité des proctectomies de rattrapage réalisées lorsque l'examen histologique définitif montre que la tumeur est plus évoluée que prévu [12]. C'est pourquoi lorsqu'une chirurgie de rattrapage est prévue initialement en cas de tumeur

envahissant les couches profondes de la sous-muqueuse, il y a probablement une place pour limiter le plan de l'exérèse locale jusqu'aux premières fibres de la musculuse afin de diminuer la morbidité de l'éventuelle chirurgie de rattrapage. Quelle que soit la technique réalisée, après exérèse de la lésion, la cavité de résection peut être laissée ouverte ou suturée et une étude contrôlée n'incluant que 44 malades montrait que la morbidité opératoire n'était pas modifiée par la suture de la cavité de résection [13].

Après exérèse transanale classique par la **technique du parachute**, la durée d'hospitalisation varie entre 2 et 5 jours en fonction de la taille de la tumeur réséquée. Bien qu'il soit recommandé qu'elles soient de 1 cm, les marges de résection sont en moyenne de l'ordre de 2 mm et n'excèdent que très rarement 5 mm après exérèse transanale classique [14-17]. Le taux de résection incomplète ou R1, défini par une marge envahie, varie de 11 à 30 % pouvant expliquer un taux de récurrence *in situ* variant de 12 à 20 % [14-20].

Après TEM, la durée d'hospitalisation varie de 2 à 5 jours quelle que soit la taille de la tumeur réséquée et semble donc comparable à celle observée après exérèse transanale classique [6, 21-26]. Après TEM, les marges de résection semblent supérieures à celles observées après exérèse transanale classique et sont en moyenne de 6-7 mm, elles sont rarement inférieures à 5 mm [21-26]. Le taux de résection incomplète ou R1 varie entre 0 et 10 % et le taux de récurrence *in situ* est inférieur à 10 % [21-27].

Seules deux études rétrospectives ont comparé les résultats à long terme de ces deux techniques [28-29]. Dans la première étude [28], le taux de résection incomplète R1 était significativement plus bas après TEM qu'après exérèse transanale classique (12 *vs* 50 % ; $p < 0,001$) et il en était de même pour le taux de récurrence *in situ* (6,1 % *vs* 28,6 %, $p < 0,001$). La deuxième étude avait les mêmes conclusions et montrait également un taux de résec-

tion incomplète R1 et un taux de récurrence *in situ* significativement plus bas après TEM. La différence était encore plus importante pour les lésions de plus de 5 cm [29].

Lorsque les deux techniques sont possibles, les résultats oncologiques semblent meilleurs après TEM qu'après exérèse transanale classique, probablement parce que la TEM, qui offre une parfaite exposition de la lumière rectale, permet des résections plus larges.

Connaître les complications et les séquelles fonctionnelles des traitements chirurgicaux

Quelle que soit la technique utilisée, l'exérèse locale a une mortalité et une morbidité opératoire bien moindre que la proctectomie avec exérèse totale du mésorectum, même si cette dernière est réalisée en coelioscopie [10, 30]. C'est d'ailleurs l'une des principales raisons pour laquelle l'exérèse locale est une alternative attractive à la proctectomie en cas de tumeur villositaire ou de cancer superficiel Tis ou T1sm1.

Après exérèse transanale classique par la **technique du parachute**, la mortalité opératoire est inférieure à 1 % et la morbidité varie de 10 à 20 % selon les séries [14-20]. Les complications les plus fréquemment rapportées sont les complications urinaires à type de rétention aiguë postopératoire, les surinfections de la cavité de résection et les hémorragies qui sont le plus souvent précoces. Le taux de réintervention est faible, inférieur à 5 % et consiste le plus souvent en un geste d'hémostase en cas d'hémorragie active.

Après TEM, la mortalité est inférieure à 1 % et la morbidité varie de 2 à 20 % [21-27] et est comparable à celle observée après exérèse transanale classique [28, 29]. La faisabilité est de l'ordre de 95 % à 100 % selon les séries et le principal incident opératoire est la brèche péritonéale en cas d'exérèse de tumeur du haut rectum ou d'implantation basse du cul-de-sac

de Douglas. Ces brèches sont généralement suturées dans le même temps opératoire, soit au travers du rectoscope par voie transanale, soit sous coelioscopie. Les complications les plus fréquentes sont les hémorragies qui surviennent dans 1 % à 9 % des cas et les complications urinaires qui surviennent dans 1 à 7 % des cas (21-27 %). Les complications hémorragiques ont la particularité d'être souvent retardées et de survenir alors que le malade est sorti de l'hôpital. Elle sont le plus souvent plus graves qu'après exérèse transanale classique car de diagnostic plus retardé et nécessitent souvent une hémostase chirurgicale. Enfin, du fait d'une cavité de résection assez large, il n'est pas rare (10 %) d'observer un épisode de fièvre élevée à 39 °C lors de la reprise du transit malgré une antibiothérapie périopératoire.

Quelle que soit la technique utilisée, les séquelles à long terme des exérèses locales chirurgicales sont très rares, inférieures à 5 % et sont nettement moindres qu'après proctectomie. En particulier, elles ont l'avantage de ne pas modifier le transit intestinal et en particulier le nombre de selles par 24 h. La principale séquelle est la survenue d'une sténose anorectale dont la fréquence est inférieure à 10 % [14-27]. Ces sténoses sont de traitement difficile et leur meilleur traitement est préventif, consistant à ne pas réaliser d'exérèse locale de lésion occupant plus des 3/4 de la circonférence. Après TEM, il est observé une incontinence anale dans 3 % des cas, probablement due à un traumatisme du sphincter lors de l'introduction du rectoscope opératoire. Cette incontinence anale est transitoire et réversible dans quasiment tous les cas et le taux d'incontinence anale persistante au-delà d'un mois est inférieur à 0,5 %. Enfin, après TEM, en cas d'exérèse large jusqu'à la graisse péritonéale peuvent être observées très rarement (< 1 %) des douleurs rectales chroniques en rapport avec un défaut de cicatrisation de la cavité de résection.

Conclusions

En cas de tumeur villositaire du rectum, l'exérèse locale chirurgicale est une alternative fiable à la proctectomie d'emblée. Elle a des indications propres qu'il faut bien connaître et ne pas transgresser afin de ne pas compromettre les résultats oncologiques à long terme en cas de transformation maligne. La TEM semble être la technique qui offre les meilleurs résultats en terme de qualité d'exérèse et a l'avantage de donner accès aux tumeurs du moyen et haut rectum. Dans tous les cas, le traitement définitif ne pourra être décidé qu'après analyse histologique définitive de la pièce de résection locale.

Références

1. Worrell S, Horvath K, Blakemore T, Flum D. Endorectal ultrasound detection of focal carcinoma within rectal adenomas. *Am J Surg* 2004;187:625-9.
2. Bretagnol F, Panis Y. Management of large villous tumors of the lower part of the rectum. *Gastroenterol Clin Biol* 2009;33:F101-5.
3. Ligue Nationale contre le Cancer. Therapeutic choices for rectal cancer. *Gastroenterol Clin Biol* 2006;30:59-69.
4. Cao Y, Liao C, Tan A, Gao Y, Mo Z, Gao F. Meta-analysis of endoscopic submucosal dissection *versus* endoscopic mucosal resection for tumors of the gastrointestinal tract. *Endoscopy* 2009;41:751-7.
5. Bachet JB, Benoist S. Management of superficial rectal cancers. *J Chir* 2008;145:312-22.
6. Jamal W, Benoist S. Transanal endoscopic microsurgery. *J Visc Surg* 2010;147:e161-5.
7. Nascimbeni R, Burgart LJ, Nivatvongs S, Larson DR. Risk of lymph node metastasis in T1 carcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 2002;45:200-6.
8. Nakagoe T, Ishikawa H, Sawai T, Tsuji T, Tanaka K, Ayabe H. Surgical technique and outcome of gasless video endoscopic transanal rectal tumor excision. *Br J Surg* 2002;89:769-74.
9. Ramirez JM, Aguilera V, Valencia J, et al. Transanal endoscopic microsurgery for rectal cancer. Long-term oncologic results. *Int J Colorectal Dis* 2011;26:437-43.
10. Winde G, Nottberg H, Keller R, Schmid KW, Bunte H. Surgical cure for early rectal carcinomas (T1). Transanal endoscopic microsurgery *vs* anterior resection. *Dis Colon Rectum* 1996;39:969-76.
11. Hahnloser D, Wolff BG, Larson DW, Ping J, Nivatvongs S. Immediate radical resection after local excision of rectal cancer: an oncologic compromise? *Dis Colon Rectum* 2005;48:429-37.
12. Piessen G, Cabral C, Benoist S, Penna C, Nordlinger B. Previous transanal full-thickness excision increases the morbidity of radical resection for rectal cancer. *Colorectal Dis* 2012;14:445-52.
13. Ramirez JM, Aguilera V, Arribas D, Martinez M. Transanal full-thickness excision of rectal tumors: should the defect be sutured? A randomized controlled study. *Colorectal Dis* 2002;4:51-5.
14. Taylor RH, Hay JH, Larsson SN. Transanal local excision of selected low rectal cancers. *Am J Surg* 1998;175:360-3.
15. Varma MG, Rogers SJ, Schrock TR, Welton ML. Local excision of rectal carcinoma. *Arch Surg* 1999;134:863-8.
16. Endreseth BH, Myrvold HE, Romundstad P, Hestvik UE, Bjerkeset T, Wibe A. The norwegian rectal cancer group. Transanal excision *vs* major surgery for rectal T1 cancer. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1380-8.
17. Chen CC, Leu SY, Liu MC, Jian JJ, Chen CM. Transanal local wide excision for rectal adenocarcinoma. *Hepatogastroenterology* 2005;52:460-3.
18. Winburn GB. Surgical resection of villous adenomas of the rectum. *Am Surg* 1998;64:1170-3.
19. Garcia-Aguilar J, Mellgren A, Sirivongs P, Buie D, Madoff RD, Rothenberger DA. Local excision of rectal cancer without adjuvant therapy: a word of caution. *Ann Surg* 2000;231:345-51.
20. Pigot F, Bouchard D, Mortaji M, et al. Local excision of large rectal villous adenomas: long-term results. *Dis Colon Rectum* 2003;46:1345-50.
21. Nakagoe T, Ishikawa H, Sawai T, Tsuji T, Tanaka K, Ayabe H. Surgical technique and outcome of gasless video endoscopic transanal rectal tumor excision. *Br J Surg* 2002;89:769-74.
22. Araki Y, Isomoto H, Shiromouzu K. Video-assisted gasless transanal endoscopic microsurgery: a review of 217 cases of rectal tumors over the past 10 years. *Dig Surg* 2003;20:48-52.
23. Maslekar S, Pillinger SH, Sharma A, Taylor A, Monson JR. Cost analysis of transanal endoscopic microsurgery for rectal tumors. *Colorectal Dis* 2007;9:229-34.
24. Tsai BM, Finne CO, Nordenstam JF, Christoforidis D, Madoff RD, Mellgren A. Transanal endoscopic microsurgery resection of rectal tumors: outcomes and recommendations. *Dis Colon Rectum* 2010;53:16-23.
25. Allaix ME, Arezzo A, Cassoni P, Famiglietti F, Morino M. Recurrence after transanal endoscopic microsurgery for large rectal adenomas. *Surg Endosc* 2012 Sep;26(9):2594-600.
26. Bach SP, Hill J, Monson JR, et al. A predictive model for local recurrence after transanal endoscopic microsurgery for rectal cancer. *Br J Surg* 2009;96:280-90.
27. Scala A, Gravante G, Dastur N, Sorge R, Simson JN. Transanal Endoscopic Microsurgery in Small, Large, and Giant Rectal Adenomas. *Arch Surg*. 2012 Aug 20;1-8. [Epub ahead of print].
28. de Graaf EJ, Burger JW, van Ijsseldijk AL, Tetteroo GW, Dawson I, Hop WC. Transanal endoscopic microsurgery is superior to transanal excision of rectal adenomas. *Colorectal Dis* 2011;13:762-7.
29. Christoforidis D, Cho HM, Dixon MR, Mellgren AF, Madoff RD, Finne CO. Transanal endoscopic microsurgery *versus* conventional transanal excision for patients with early rectal cancer. *Ann Surg* 2009;249:776-82.
30. Sgourakis G, Lanitis S, Gockel I, et al. Transanal endoscopic microsurgery for T1 and T2 rectal cancers: a meta-analysis and meta-regression analysis of outcomes. *Am Surg* 2011;77:761-72.

Les 5 points forts

- ❶ Les tumeurs vilieuses du rectum ont un risque élevé de transformation maligne et ce risque augmente avec leur taille.
- ❷ En cas de tumeur vilieuse du rectum, une exérèse locale chirurgicale ne peut être envisagée que pour une tumeur ne dépassant pas la sous-muqueuse (uT1N0) en échoendoscopie, occupant au maximum les 3/4 de la circonférence.
- ❸ Avant d'envisager une exérèse locale chirurgicale d'une tumeur vilieuse, il faut toujours prévenir le malade que la prise en charge définitive ne pourra être décidée qu'en RCP en fonction de l'examen anatomopathologique de la lésion réséquée.
- ❹ L'exérèse transanale par microchirurgie endoscopique (TEM) est supérieure aux techniques chirurgicales conventionnelles pour les lésions situées à distance du sphincter anal en terme de taux de résection complète.
- ❺ La morbidité des exérèses locales chirurgicales est inférieure à 20 % et leurs séquelles à long terme sont inférieures à 5 %.

Question à choix multiple

Question 1

En cas de lésion vilieuse du moyen rectum de 3 cm de diamètre diagnostiquée à la coloscopie, quel examen réalisez-vous pour guider le choix thérapeutique ? (*une seule réponse exacte*)

- A. Examen anal sous AG
- B. Coloscopie avec coloration
- C. IRM pelvienne
- D. Scanner pelvien
- E. Échoendoscopie

Question 2

Chez un malade de 65 ans en bon état général, après exérèse locale complète d'une tumeur vilieuse du moyen rectum, l'examen histologique montre une tumeur moyennement différenciée, T1sm2 avec emboles vasculaires et marge saine de 7 mm. Que proposez-vous ? (*une seule réponse exacte*)

- A. Surveillance rapprochée avec endoscopie dans 6 mois
- B. Surveillance avec échoendoscopie à 4-6 mois et proctectomie avec exérèse totale du mésorectum si ganglion suspect
- C. Proctectomie avec exérèse totale du mésorectum dans le mois
- D. Radiothérapie complémentaire de 45 Gy
- E. Radiochimiothérapie associant 45 Gy et une chimiothérapie par folfox

Question 3

Concernant l'exérèse transanale par microchirurgie endoscopique (TEM), lesquelles des affirmations suivantes sont vraies ?

- A. La TEM permet l'exérèse transanale de tumeurs situées dans le moyen et haut rectum
- B. La TEM permet de réaliser des résections dans le plan de la sous-muqueuse
- C. L'hémorragie retardée est la principale complication postopératoire de la TEM
- D. La morbidité opératoire de la TEM est moindre que celle des exérèses transanales classiques
- E. Comme la TEM permet des résections plus larges que l'exérèse transanale classique, elle constitue un traitement suffisant en cas de tumeur pT2