

Stéphane BERDAH

Coelio-chirurgie et cancer colorectal

- Connaître le risque carcinologique de la coelio-chirurgie
- Connaître les indications validées
- Connaître les critères de qualité (du geste opératoire) requis en fonction du type d'intervention

Cancer colorectal et cœlioscopie



SV Berdah, mars 2007

Service de Chirurgie Générale et Digestive

Hôpital NORD

Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

Cancer du colon

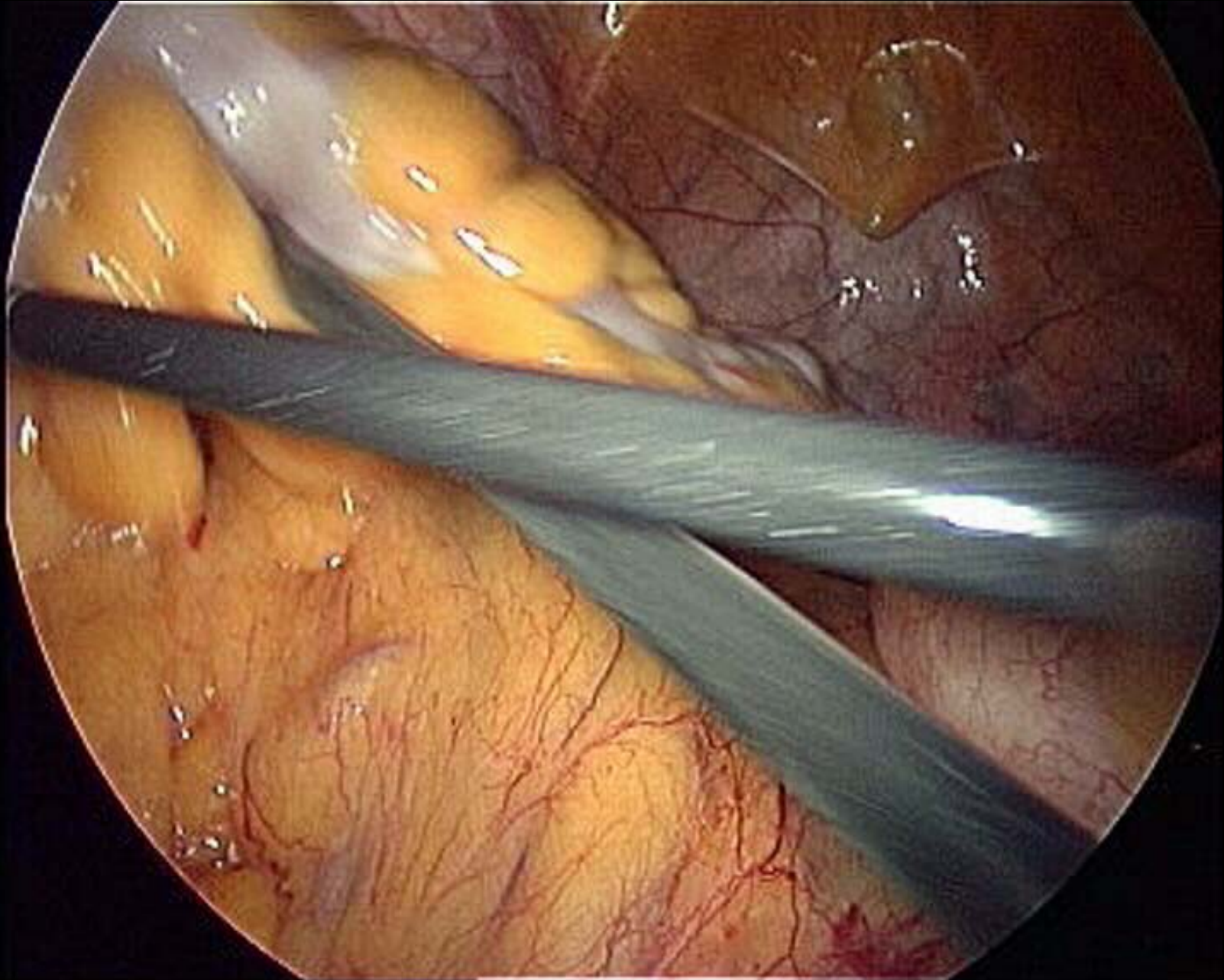
FAISABILITE

Conversion 5 à 25 % (Obésité, T4, localisation)

Respect des règles carcinologiques

curage

limites



Cancer du colon

FAISABILITE

Conversion 5 à 25 % (Obésité, T4, localisation)

Respect des règles carcinologiques

PROBLEME du repérage des « petites » lésions

Cancer du colon

RESULTATS POST-OPERATOIRES

moins de douleur post-opératoire

reprise plus rapide du transit

moins d'altération de la fonction respiratoire

moins de pertes sanguines ?

durée d'hospitalisation plus courte

augmentation de la durée opératoire

Morbi-mortalité identique

Cancer du colon

RESULTATS ONCOLOGIQUES

Pas de différence en terme de survie et récidive

Cancer du colon

RESULTATS ONCOLOGIQUES

Pas de différence en terme de survie et récidive

Lacy, Lancet 2002

Leung, Lancet 2004

COST, N Engl J Med 2004

*Laparoscopy is more effective than laparotomy for
treatment of colon cancer in term of morbidity, hospital
stay, tumor recurrence and cancer-related survival*

Méta analyse : REZA, Br J Surg 2006

Cancer du rectum

Manque de données dans la littérature

Cancer du rectum

Amputation abdomino-périnéale

résultats postopératoires comparables

durée d'intervention plus longue

Résultats oncologiques **non** disponibles

Cancer du rectum

Résection-anastomose rectale

Qualité de l'exérèse ?

Séquelles sexuelles (49 vs 4 %)

Pas de données sur le résultat carcinologique

10 000 nouveaux cas par an

8 000 opérés

5 000 chirurgiens viscéraux

1 à 2 résections rectales par chirurgien et par an !!

Pour les **résections coliques**:

- ✓ La qualité carcinologique de l'exérèse des cancers du **colon** en terme de marges de résection et de curage ganglionnaire n'est pas différente en cœlioscopie et en laparotomie (NP 1)
- ✓ Les taux de morbidité (NP 1) et de mortalité (NP 2) ne semblent pas différer après cœlioscopie ou laparotomie
- ✓ Malgré une durée d'intervention plus longue, l'ensemble des autres paramètres cliniques péri opératoires étudiés semblent en faveur de la cœlioscopie
- ✓ Les études randomisées comparant cœlioscopie et laparotomie dans le traitement du cancer du **colon** ont montré l'absence de différence en terme de survie et de récives à 4 ans. (NP 1)

Pour les **résections rectales**:

- ✓ les résections avec conservation sphinctérienne nécessitent des données complémentaires, y compris au sujet de leur faisabilité
- ✓ les amputations abdomino-périnéales semblent faisables (NP3).



FMCHGE