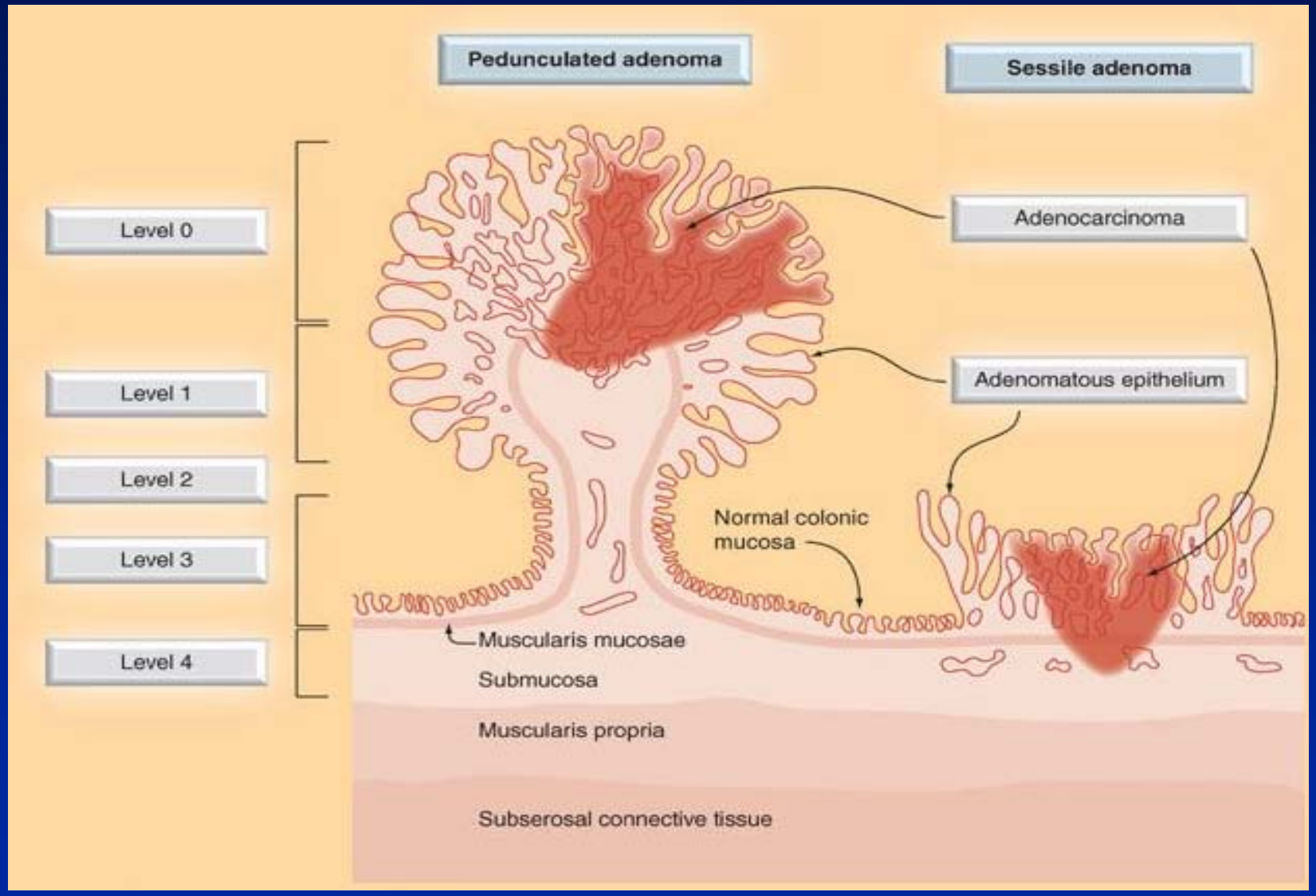
Les lésions villeuses du bas rectum : différents traitements par voie trans-anale

Christophe Penna
Fédération des Spécialités Digestives
Hôpital Bicètre

Objectifs pédagogiques

- Connaître le bilan pré-thérapeutique et les critères de décision de traitement
- Connaître les modalités, les avantages et les limites des traitements endoscopiques et chirurgicaux
- Définir les techniques de résection chirurgicale trans-anales et celles plus innovantes

Critères de décision de traitement

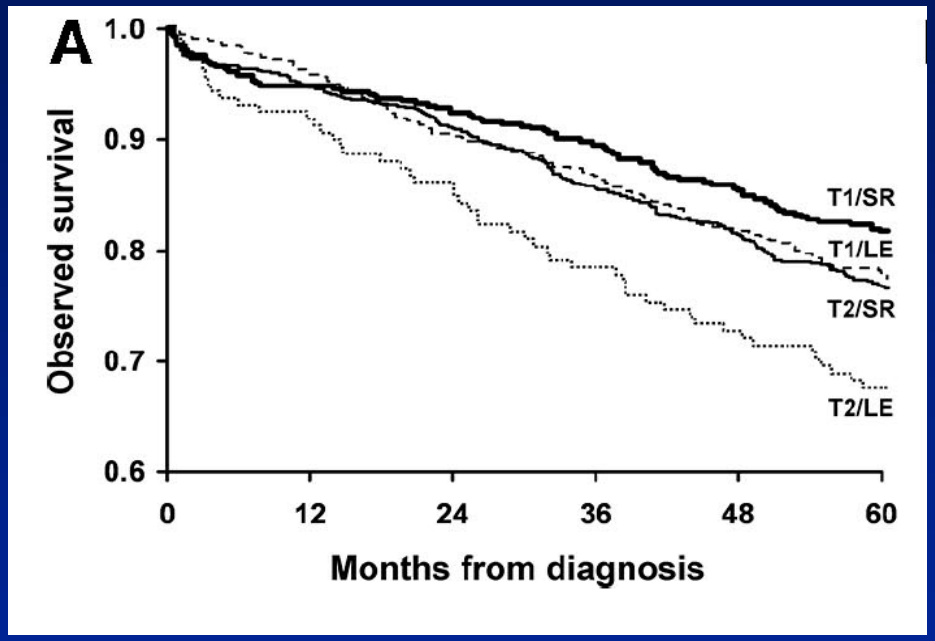


Pour une tumeur T1, les résultats oncologiques (survie, RL) sont identiques après exérèse trans-anale et proctectomie

- Vrai
- Faux

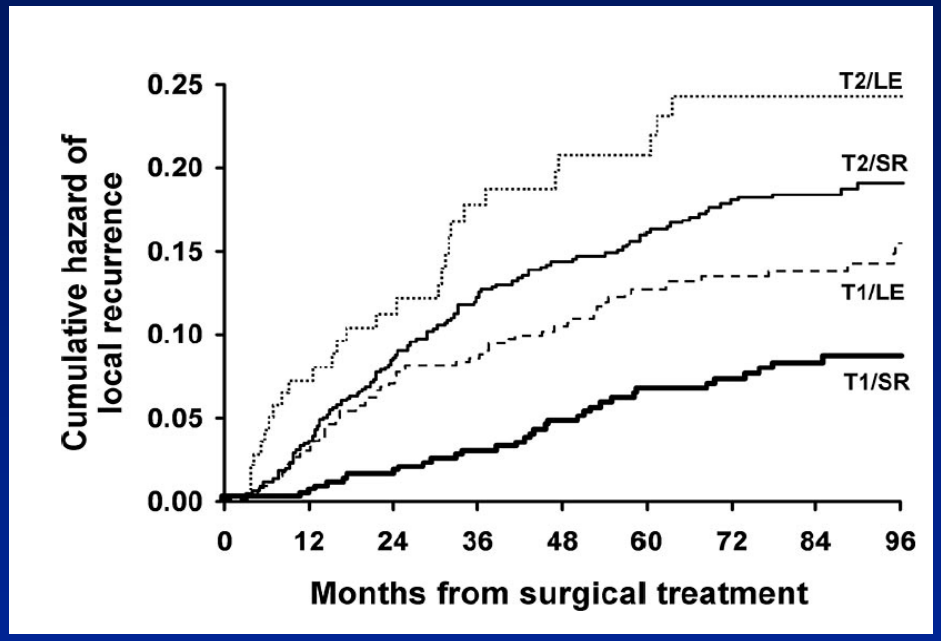
Exérèse locale ou proctectomie pour petit cancer du rectum (Mayo clinic : Y. Nancy et al, Ann Surg 2007)

Survie à 5 ans



T1 : 77% vs 82% (p=0.09)

Récidive locale à 5 ans

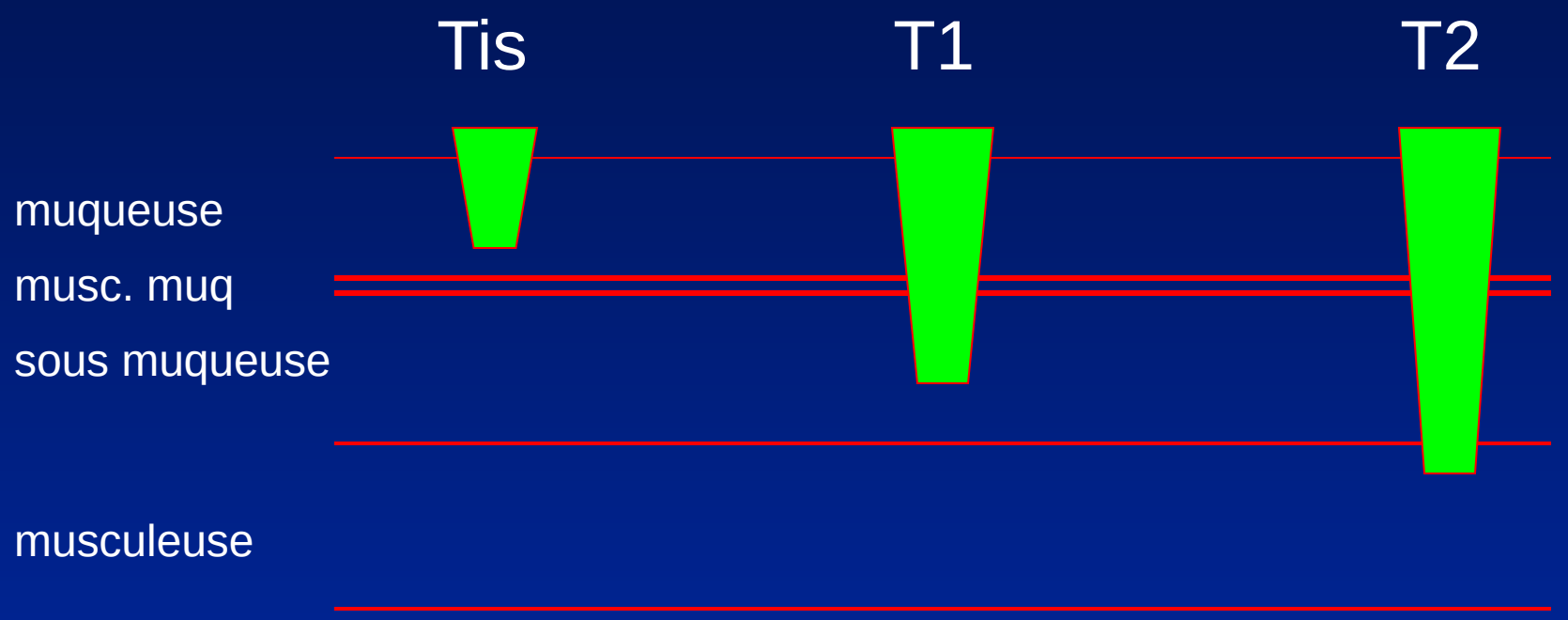


T1 : 13% vs 7% (p=0.003)

En cas de tumeur villeuse sessile, le risque d'invasion ganglionnaire est de :

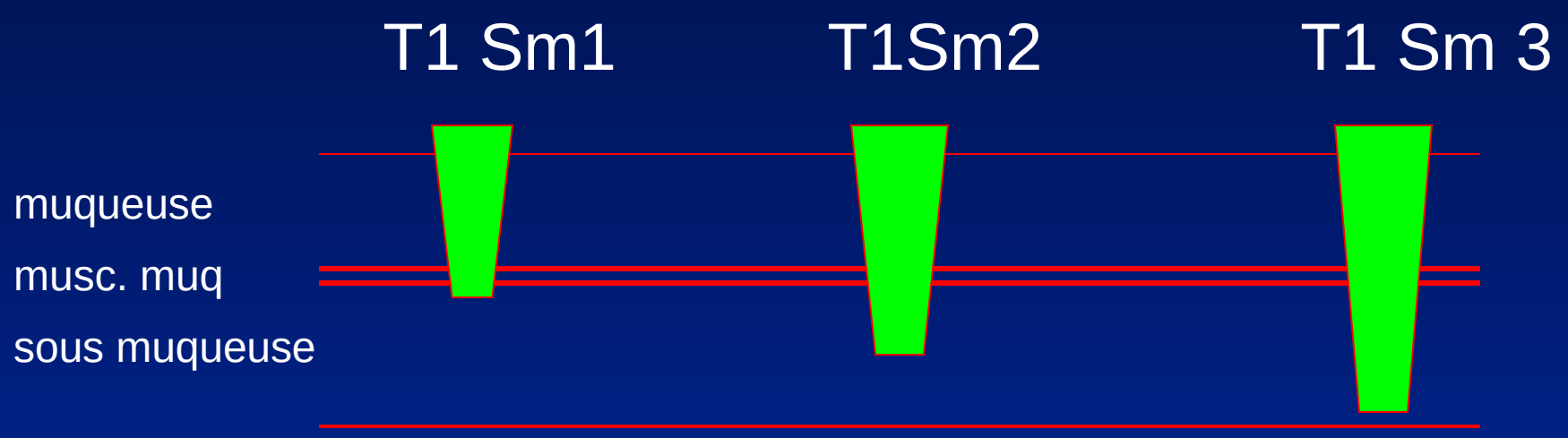
- Pour une tumeur Tis
  - 0%
  - 1%
  - 5%
- Pour une tumeur T1
  - 2%
  - 5%
  - 20%
- Pour une tumeur T2
  - 5%
  - 10%
  - 20%

Risque d'atteinte ganglionnaire



	Tis	T1	T2
GG +	<1%	3 - 23%	12-28%
	Exérèse Locale	**?**	**Proctectomie**

Exérèse locale : pour quel T1 ?



Sm Level and Risk of LNM

Level	No.*	LNM No. (%)	*P* Value
sm1	70	2 (3)	
sm2	120	9 (8)	
sm3	154	35 (23)	0.001

Nascimbeni et al. Dis Colon Rect 2002; 45: 200-206.

Lésion villeuse du rectum
Exérèse trans-anale à visée curative

Envisageable si :

- Adénome bénin
- ou adénocarcinome uT1 Sm1 bien différencié

- Taille
- Localisation

Exérèse trans-anale d'une tumeur villeuse du rectum :

Quel bilan pré-thérapeutique ?

- TR
- Rectoscopie au tube rigide
- Coloscopie
- Echo-endoscopie
- TDM

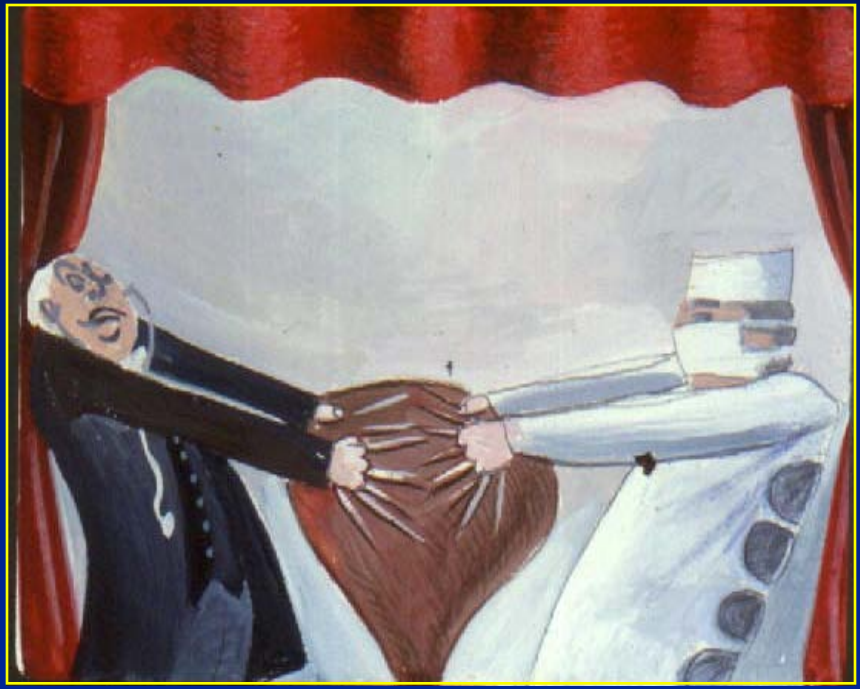
Echo-endoscopie

	Ts stades	T1	15-20MHz
T	75-85%	Se : 80-94% Sp : 70 – 86% 40-50%	85% T1 vs T2 : 90% T1 Sm1 vs T1 Sm2-3 : 85%
N	65%	40-50%	50-60%

Nesbaken Scand J Surg 2003, Stark Colorect dis 2005, Schaffzin Clin Colorect Cancer 2004, Knaebel RR Cancer Res 2005, Manger Tech coloproctol 2004, Bipat Radiology 2004, Lahaye Semin Ultrasound CT MRI 2005, Puli Dig Dis Sci 2010…

Exérèse trans-anale
Moyens

- Mucosectomie endoscopique
- Dissection sous muqueuse endoscopique



- Exérèse trans-anale chirurgicale
- Microchirurgie endoscopique

Concernant l'exérèse trans-anales chirurgicale classique ou par TEM :

- Après exérèse trans anale chirurgicale il est recommandé de refermer la cavité
- Avec l'éxérèse trans-anale chirurgicale, le risque de résection incomplète est inférieur à 5%
- La TEM permet l'éxérèse des tumeurs rectales superficielles du bas et du moyen rectum mais aussi du haut rectum
- Avec la TEM, les marges de résection sont en général > 5mm et le risque d'exérèse incomplète < 5% y compris pour des tumeurs étendues
- La complication essentielle de la TEM est l'incontinence
- Comme la TEM permet des résections plus larges que l'exérèse trans-anale classique, elle constitue un traitement suffisant en cas de tumeur pT2

Exérèse trans-anale chirurgicale : Technique

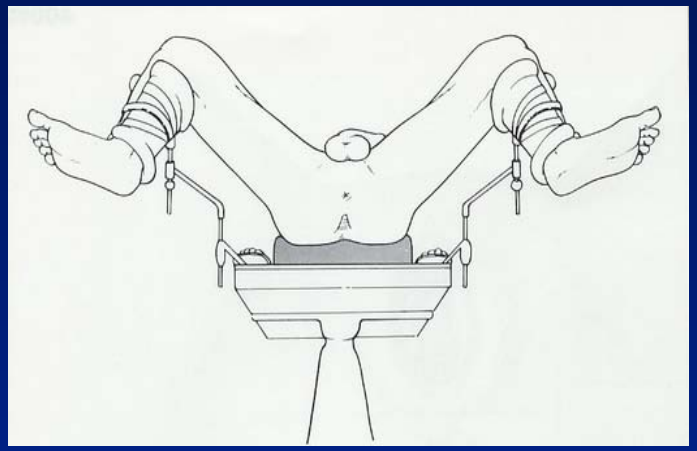
Préparation : 1 lavement

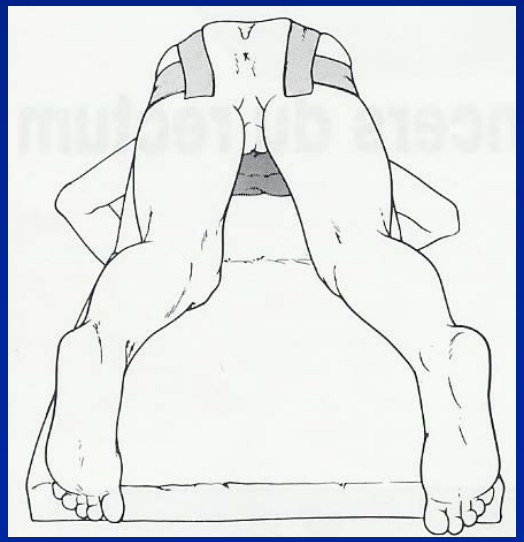
Antibioprophylaxie

Anesthesie : AG ou rachi

Installation

- Tumeur postérieure : position de la taille
- Tumeur antérieure : décubitus ventral

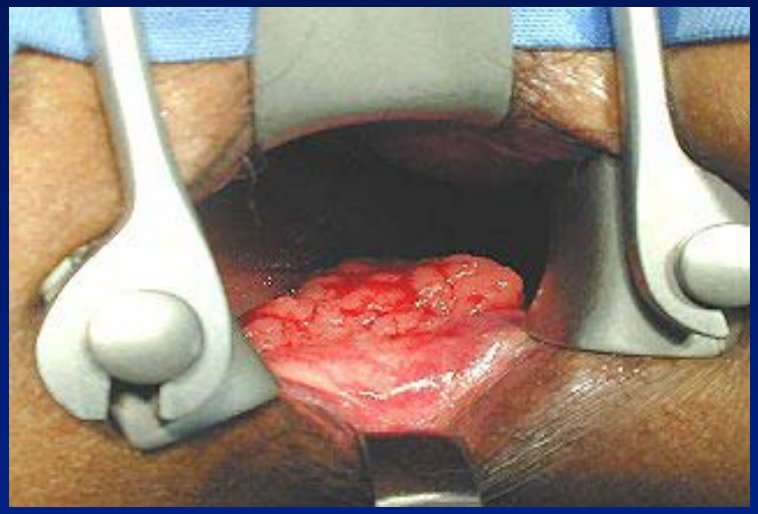




Exérèse trans-anale : Technique

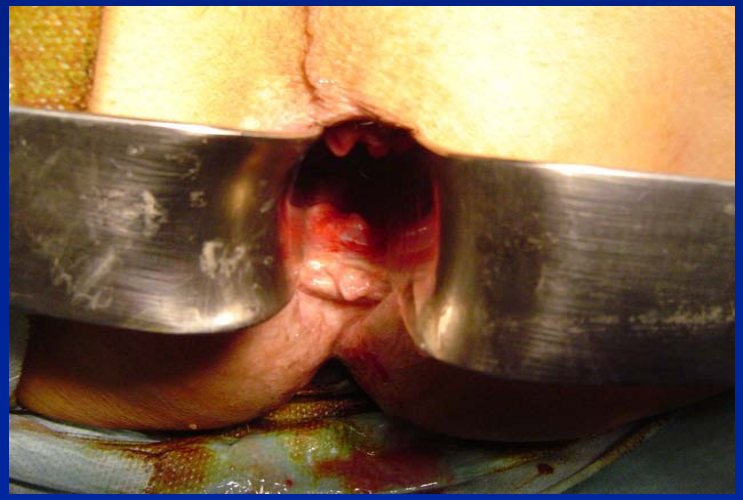
Écarteur autostatique : Parks

(tumeurs basses, refoule le canal anal)



Valves vaginales étroites

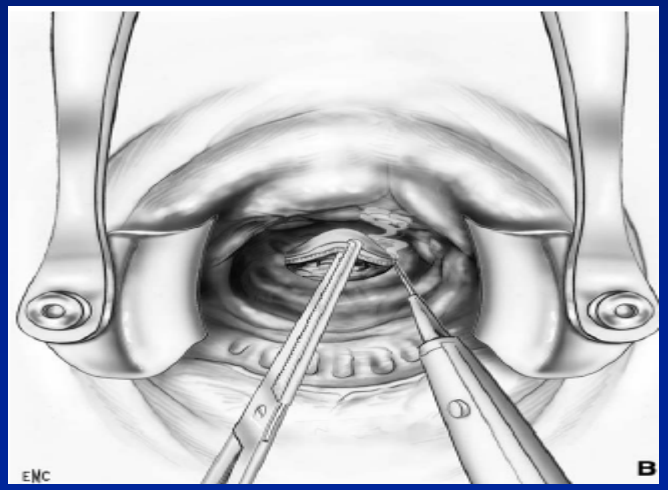
(tumeurs hautes, refoule la muqueuse rectale)



Exérèse trans-anale : Technique

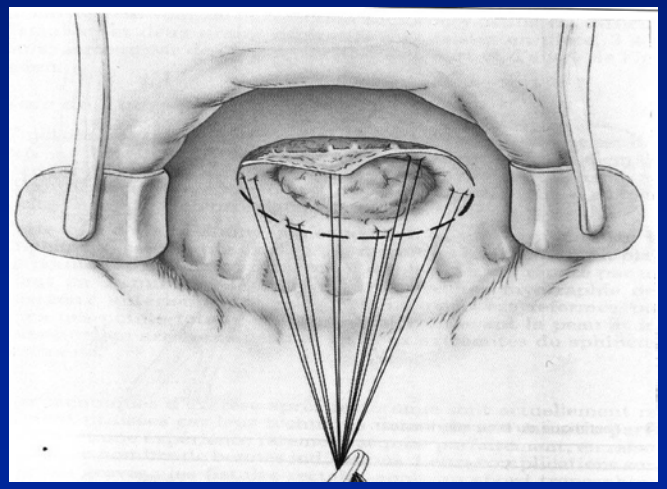
marge latérale saine (>1cm)

Tumeur basse

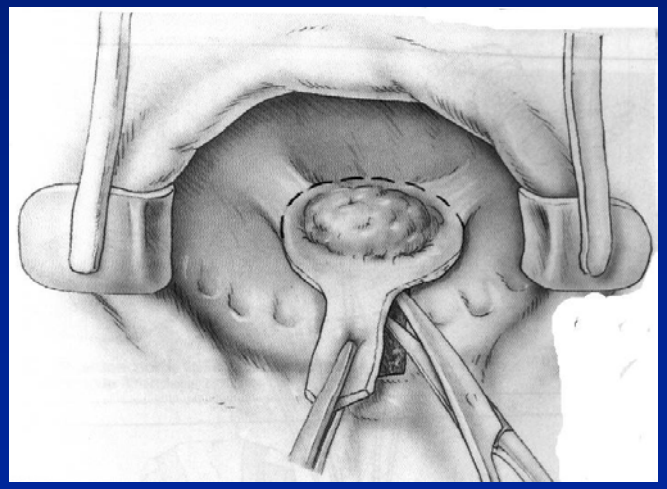


Bistouri électrique

Tumeur haute



Parachute



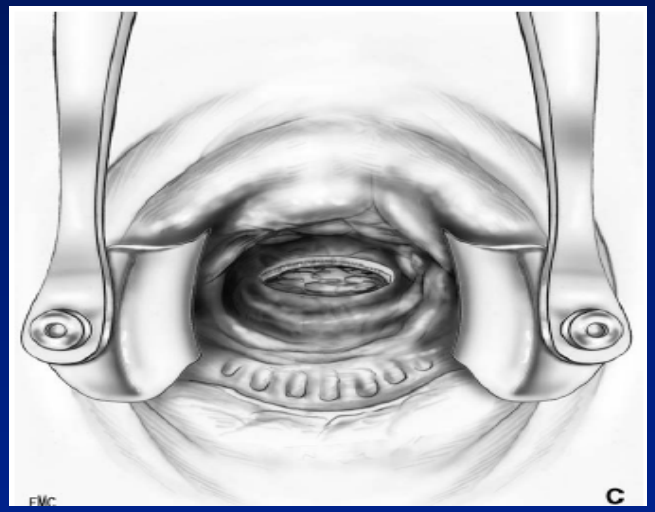
Lambeau tracteur

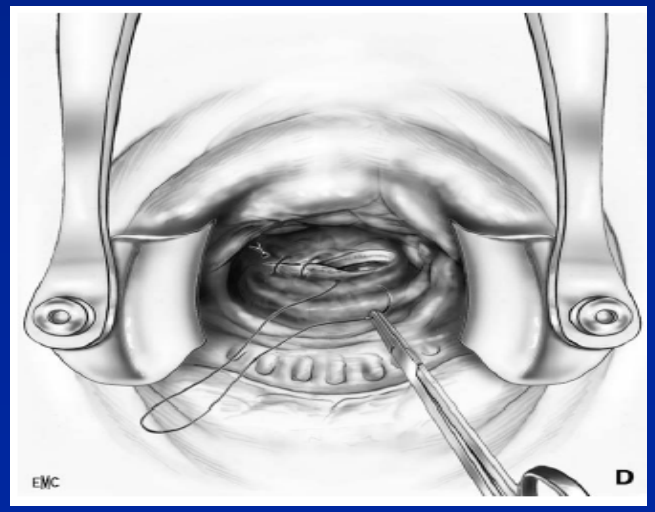
Exérèse trans-anale : Technique

Fermeture de la cavité ?

- 1 essai contrôlé : 40 malades
  - Perte sanguine : pas de différence
  - Morbidité : pas de différence
  - Durée hospitalisation : pas de différence
  - Durée op : plus longue si fermeture

Ramirez et al, Colorectal Dis 2002



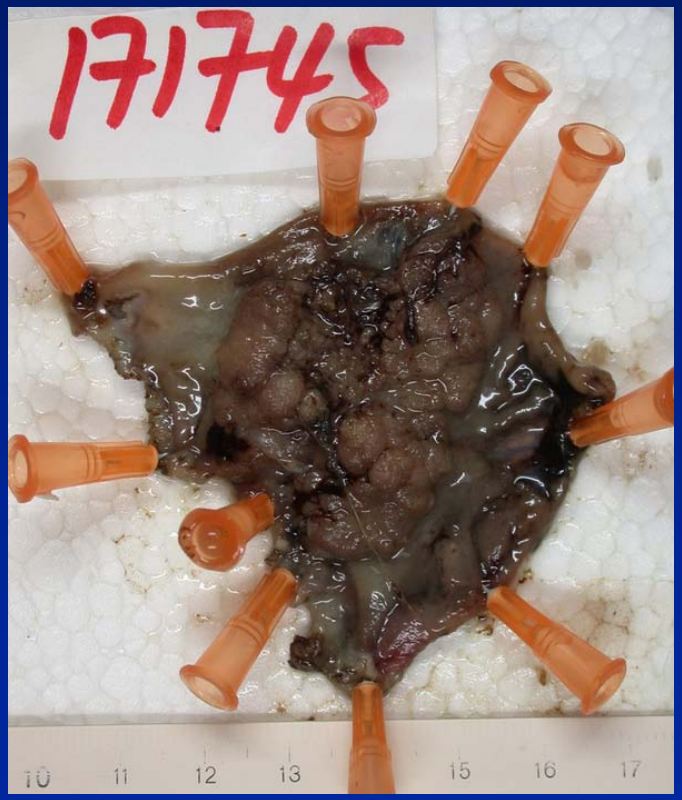


Exérèse trans-anale : Technique

Examen anatomopathologique

Pièce résection

- Etendue et épinglée sur support
- Orientée
- Envoyé en pièce fraîche



Exérèse trans-anale : Résultats opératoires

- Mortalité < 2 %
- Morbidité < 20 %
  - Complications urinaires, hémorragie
- Reprise de l'alimentation : J0 – J1
- Durée d'hospitalisation : 2 – 5 jours
- Résultats fonctionnels excellents
  - Incontinence < 1 %, Sténose < 10 %

Pigot 2003, Endreseth 2005, Nastro 2005, Chen 2005, Winburn 1998, Pollard 1988, Varma 1999, Taylor 1998

Exérèse trans-anale a visée curative

Résultats

	Résection incomplète	Marge moyenne (mm)
Winburn (1995)	31 %	2
Taylor (1998)	25 %	2,5
Varma (1999)	12 %	3
Garcia (2000)	11 %	-
Endreseth (2005)	17 %	3
Chen (2005)	0 %	3
Pigot (2005)	15 %	-

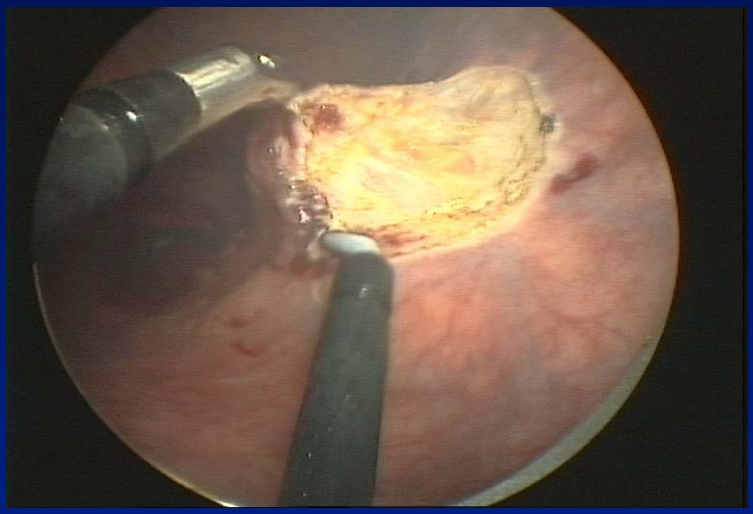
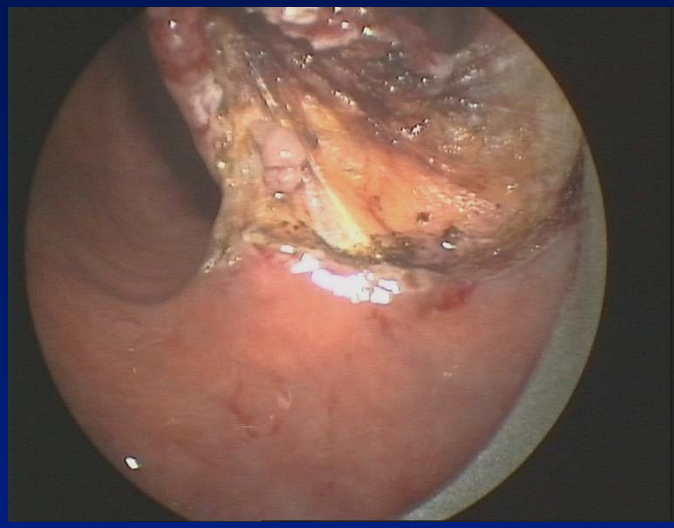
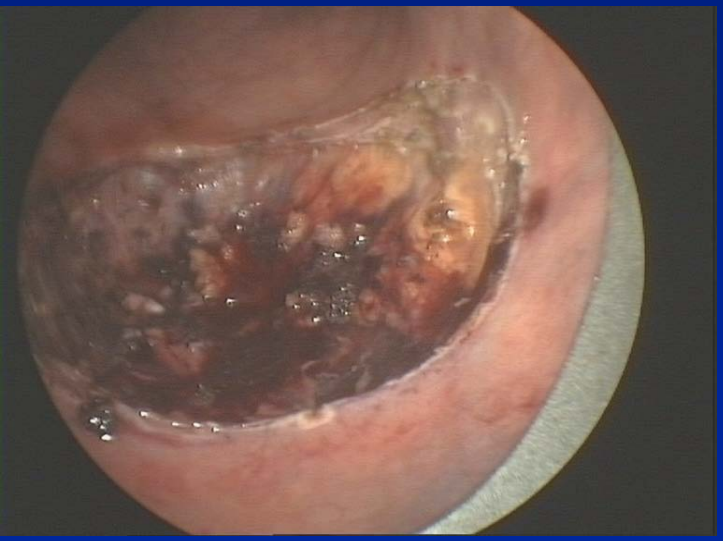
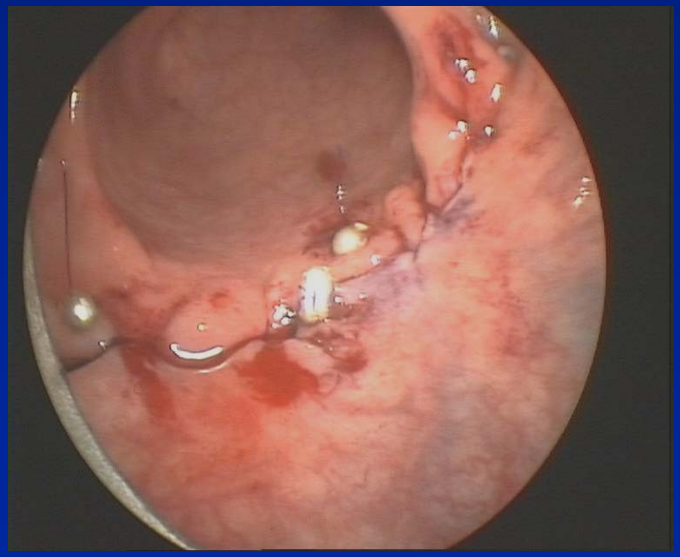
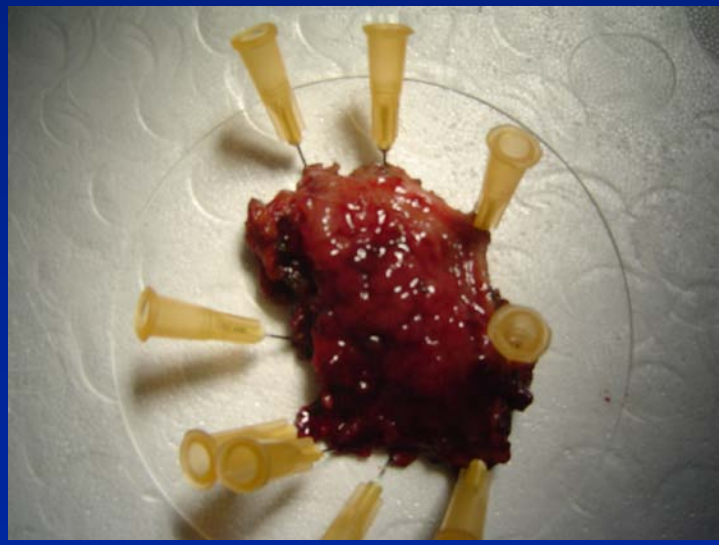
TEM
(Transanal Endoscopic Microdissection)

- Préparation colique ou simple lavement
- Antibioprophylaxie
- Anesthesie : AG ou rachi
- Installation
  - Tumeur post : position de la taille
  - Tumeur ant : décubitus ventral

Exérèse trans-anale par microchirurgie endoscopique (TEM)

- Mêmes indications que l'exérèse trans-anale classique
- Permet l'exérèse de lésions du moyen et haut rectum
  - Tumeur antérieure : jusqu'à 12 cm de la marge anale
  - Tumeur postérieure : jusqu'à 15 cm de la marge anale
- Permet l'exérèse de lésions volumineuses
  - jusqu'à 6 -8 cm
  - 3/4 circonférence voir circonférentielles

Technique

Résultats opératoire TEM

- Faisabilité : 95 à 100 % : perforation péritonéale
- Durée opératoire : 45 - 100 minutes
- Mortalité nulle
- Morbidité : 10-20% (hémorragie retardée)
- Durée d'hospitalisation : 2 - 3 jours
- Incontinence : transitoire (3 %), définitive (<0,5%)
- Taux de résection incomplète : < 10%
- Taux de récidive in situ : 0-2 %

Banerjee (96), Steele (96), Lezoche (96), Said (95), Saclarides (98), Darzi (01), Araki (03), Middleton (05), Cataldo (05), Benoist (10), Seman (10) .

TEM a visée curative

Résultats opératoires

	Résection incomplète	Marge moyenne (mm)
Said (1995)	0 %	9
Saclarides (1998)	2 %	6
Chelouche (2000)	5 %	8
Benoist (2001)	2 %	5
Nakagoe (2002)	0 %	6
De Graaf (2002)	9 %	5
Araki (2003)	1 %	-

Meilleurs résultas de la TEM par rapport à exérèse trans-anale

TEM a visée curative

- Inconvénients de la TEM
  - Technique difficile
    - Confinement du site opératoire
    - Long apprentissage nécessaire
  - Instrumentation complexe
    - Coût élevé : 100 000 euros
    - Non utilisable pour autre chirurgie
- Technique peu développée en France

Exérèses trans-anales : Indications thérapeutiques

- Tumeur villeuse bénigne (biopsies + EE) :
  - ME (<2cm), DSE (<2cm), Chir (très bas), TEM (>5cm)
- Tumeur villeuse avec dysplasie sévère ou T1Sm1
  - DSE ou chir/TEM , emportant la sous muqueuse
- T1 Sm2-3
  - Proctectomie ACA
  - si CI chirurgicale : TEM emportant toute la paroi rectale
- T1 Sm ?
  - Dg : DSE ou chir/TEM
  - Curatif : chir/TEM emportant la graisse périrectale

Décision du traitement en fonction examen anatomopathologique définitif

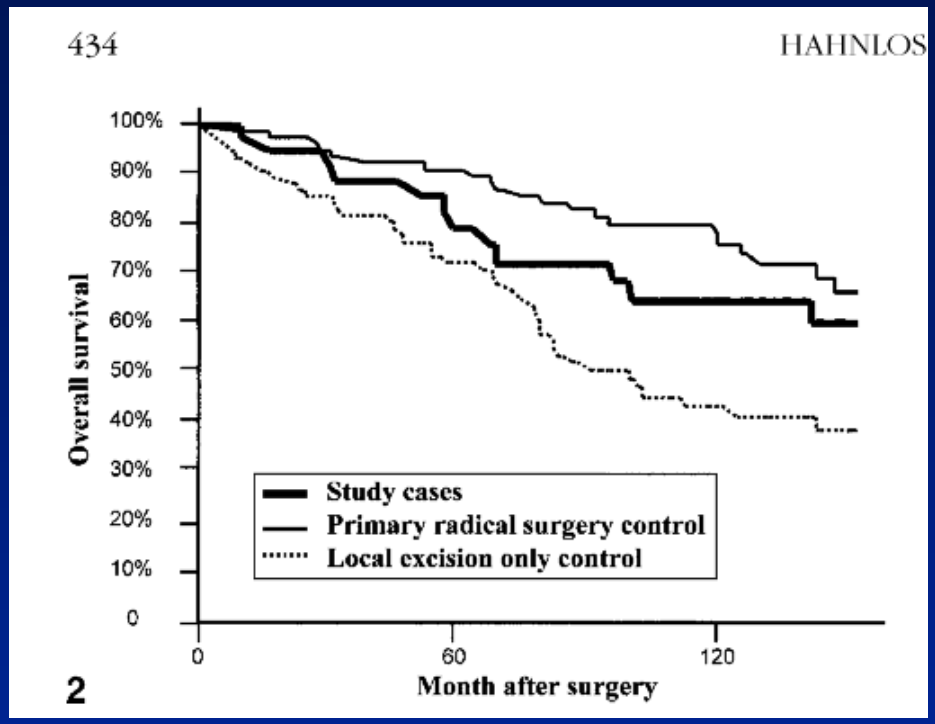
exérèse locale

critères favorables : Tis,T1sm1, exérèse complète bien différenciée pas d'embole	**T1sm2 et** **autres critères favorables**	**1 critères défavorable :** exérèse incomplète T1sm3 ou T2 embole vasculaire ou lymphatique
surveillance	**discussion en RCP :** **surveillance ou** **exérèse rectale complémentaire**	**exérèse rectale complémentaire**

RPC 2005

Proctectomie après exérèse locale : résultats oncologiques

Chirurgie immédiate
Hahnloser Dis Colon Rectum 2005

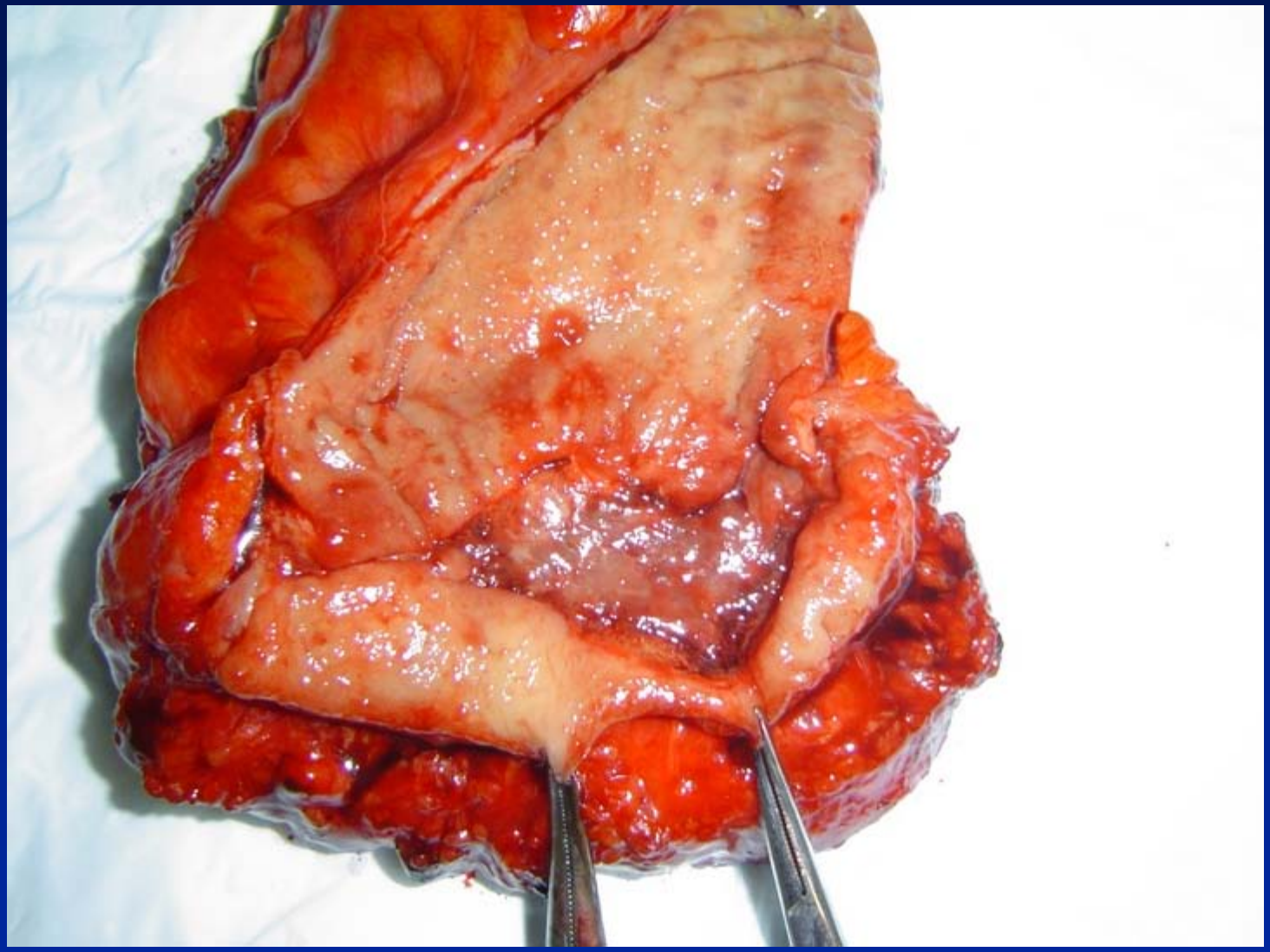


Chirurgie différée
Weiser Dis Colon Rectum 2005

Diagnostic tardif et difficile
55% de pelvectomies
Survie à 5 ans 53%

Points forts

- Bilan pré-thérapeutique : TR, coloscopie, EE (mini sonde)
- Les lésions > T1Sm1 ne relèvent pas d'un traitement local (hormis CI à la proctectomie)
- La DES est > à la ME pour T> 2cm
- La TEM est > exérèse chirurgicale pour les T situées à plus de 5 cm de la MA
- L'exérèse trans anale d'une T villeuse doit emporter la sous muqueuse mais respecter la musculeuse



Exérèse trans-anale d'un ADK uT1N0 du rectum : si tous les critères sont respectés, quelles sont les chances de « guérison ?

	Suivi	R. Locale
Mellgren 2000	4,4	18%
Chakravardi 1999	5 ans	11%
Steele 1999	5 ans	5%
Kim 1998	-	9%
Russel 2000	6 ans	7%
Garcia-Aguilar 2000	5ans	18%
Madbouly 2005	5 ans	30%
Chorost 2001	-	31%

La survie est-elle meilleure après proctectomie?

		RL à 5 ans	Survie
Bentrem 2005	ETA (151)	23%	93%
	TME (168)	6%*	98%
Mellgren 2000	ETA (69)	18%	72%
	TME (30)	0%*	80%
Nascimbeni 2004	ETA (70)	6,6%	72%
	TME (74)	2,8%	90%*
Endreseth 2005	ETA (35)	12%	64%
	TME (256)	6%*	77%*