

Symposium international de cancérologie digestive

SAHGE-FFCD

12 Décembre 2010

exérèse totale du mésorectum

Critères de qualité

Boubnider MW, Cherchar K, Graba A

Service de chirurgie « A » du Centre Pierre et Marie Curie d'Alger

EPIDEMIOLOGIE

Les données épidémiologiques des cancers du rectum sont en général délivrées avec celles des cancers du colon.

En France

- ❑ 33 000 nouveaux cas/an
- ❑ 16 000 décès /an
- ❑ 40% des cancers colorectaux
- ❑ 6% de tous les cancers

En Algérie : CCR (INSP 2005)

- ❑ Incidence pour les deux sexes : 7,8/100000 hab.
- ❑ premier rang des cancers digestifs
- ❑ F: troisième après celui du sein, et du col
- ❑ H: deuxième après le cancer du poumon

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU RECTUM

Impératifs chirurgicaux :

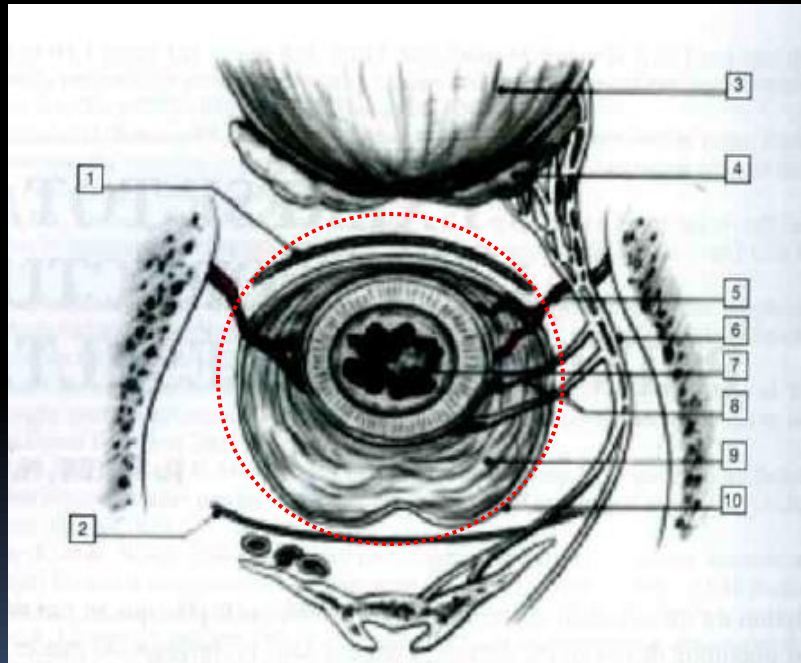
1. L'excision du mésorectum . (*totale pour les tiers moyens et inférieurs et au moins 5 cm pour les tiers supérieurs*).
2. Le respect de l'innervation pelvienne .
3. La conservation sphinctérienne.
4. La reconstruction digestive .

Le chirurgien aura donc un double objectif apparemment contradictoire d'enlever au plus large de la tumeur en respectant les structures nerveuses et sphinctériennes para rectales.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU RECTUM

Qu'est ce que l'exérèse du mésorectum ?

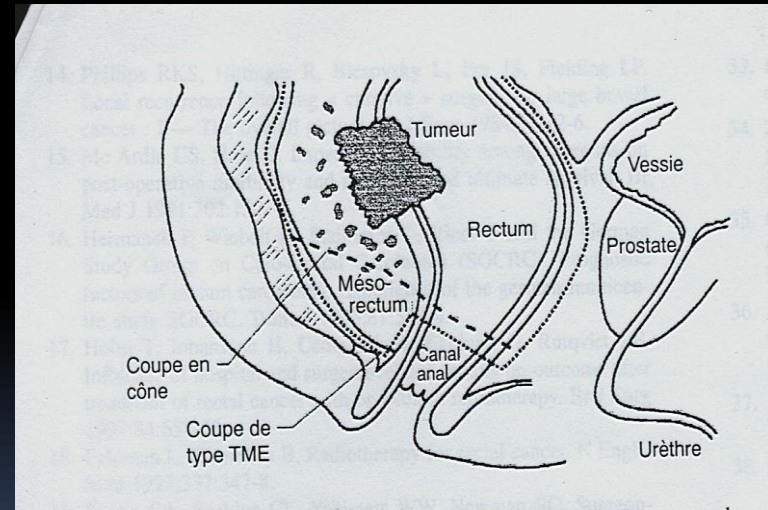
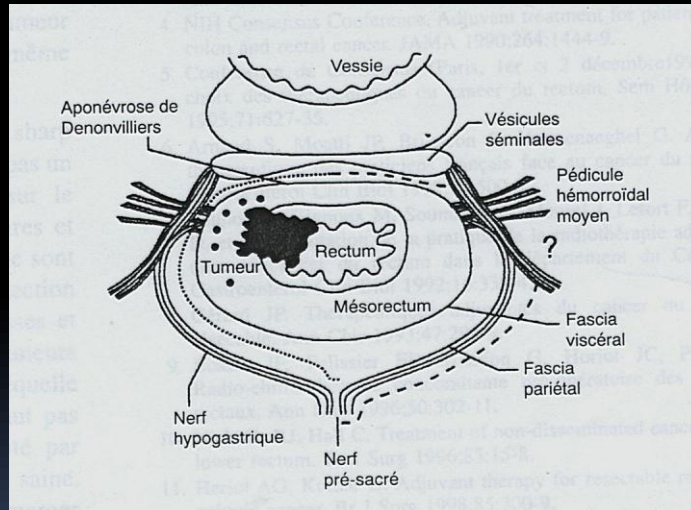
Heald : exérèse circonférentielle, qui passe dans le plan avasculaire, située entre le fascia pariétal qui recouvre les parois du petit bassin et le fascia viscéral « fascia récti », qui enveloppe le mésorectum .



TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU RECTUM

Quelles différences entre cette technique et celle antérieurement utilisée?

1. Le plan de dissection = plus large dans la technique traditionnelle , avec sacrifice des nerfs hypogastriques et passage au contact des vaisseaux pré sacrés.
2. La dissection plus bas se rapprochait *dangereusement* de la tumeur (« effet de cône »), dont la section conduisait souvent à passer dans le mésorectum.



TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU RECTUM

ETM = résultats

TABLEAU II. – Récidive loco-régionale.

TABLE II. – Local and regional recurrence.

	Exérèse	
	Conventionnelle	du Mésorectum
Norrköping [21]	14 % (19/134)	6 % (8/128)
Leeds [9, 18]	23 % (32/141)	11 % (17/152)

[21]Arbmann G Br J Surg 1996;83:375-379

[9]Adam IJ Lancet 1994;344;707-711

[18]Heald RJ BrJSurg 1995;82:1297-1299

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU RECTUM

ETM = résultats

Table 1. — Results of Total Mesorectal Excision Without Adjuvant Therapy for Rectal Cancer

Study	Number of Patients	Local Recurrence (%)	Survival (%)		Leak (%)
			2-Yr	5-Yr	
Kapiteijn ¹⁴ (2001)	908	8.2	81.8		–
Leong ²¹ (2000)	117	9.3		81.4	7.3
Bolgnese ²² (2000)	71	12.6		70.5	–
Enker ²³ (1999)	342	7.0		83.0	–
MacFarlane ²⁴ (1993)	278	4.0		82.0	–
Dixon ²⁵ (1991)	218	6.4		64.0	1.0

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU RECTUM

respect de l'innervation pelvienne

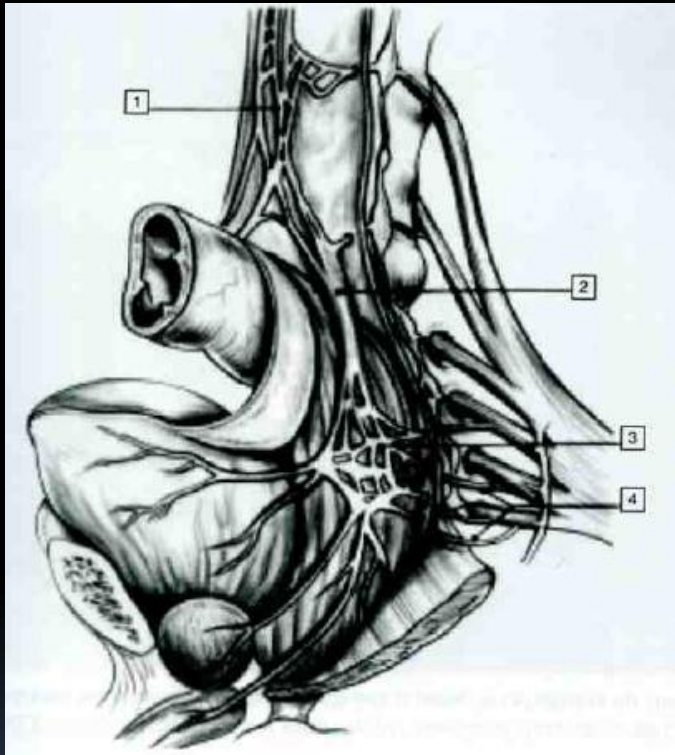


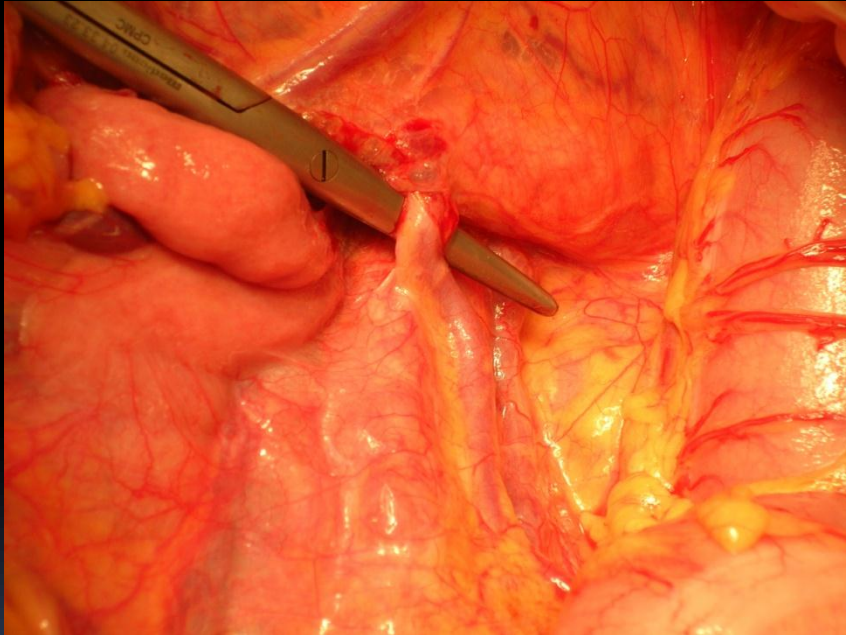
TABLEAU III. – Conséquence de la préservation de l'innervation sur la fonction sexuelle [23].
TABLE III. – Consequences of preservation of innervation on sexual function [23].

	Préservation de l'innervation		
	Totale	Partielle	Aucune
Érection normale	8/10	4/18	0/11
Éjaculation normale	6/10	1/18	0/11

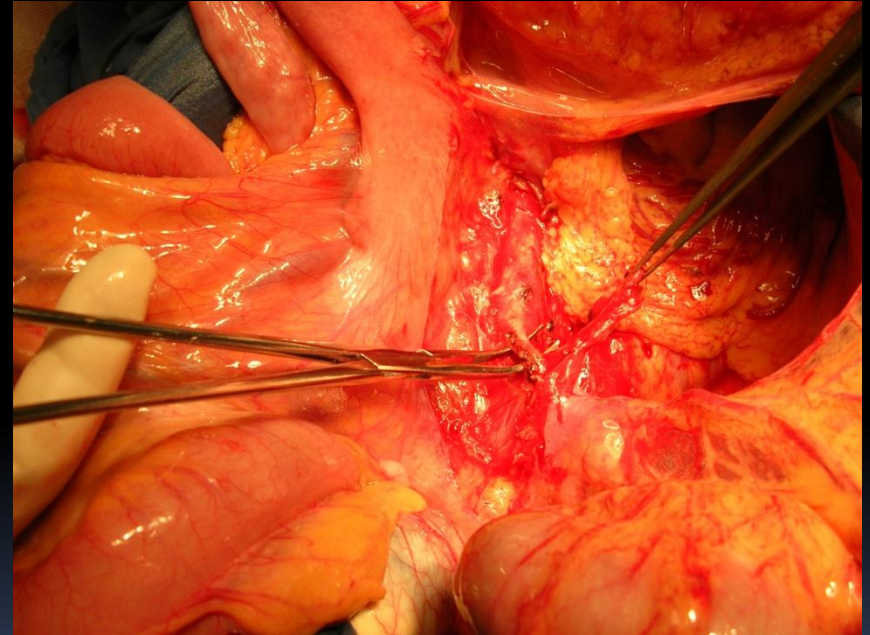
Hojo K Dis colon rectum 1991;34:532-39.

L'EXÉRESE CARCINOLOGIQUE

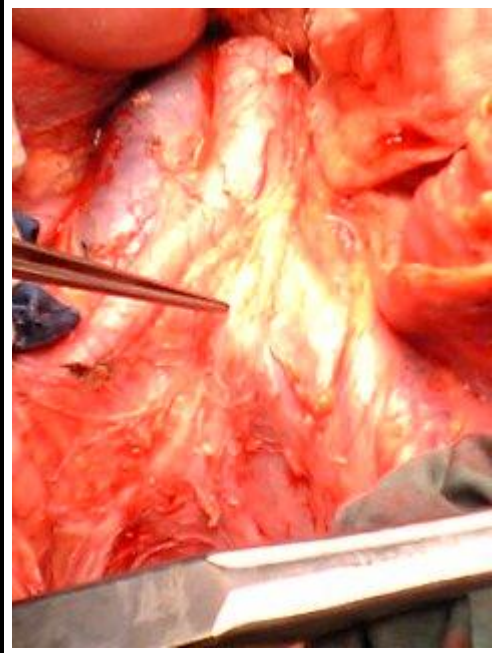
Ligature de la VMI

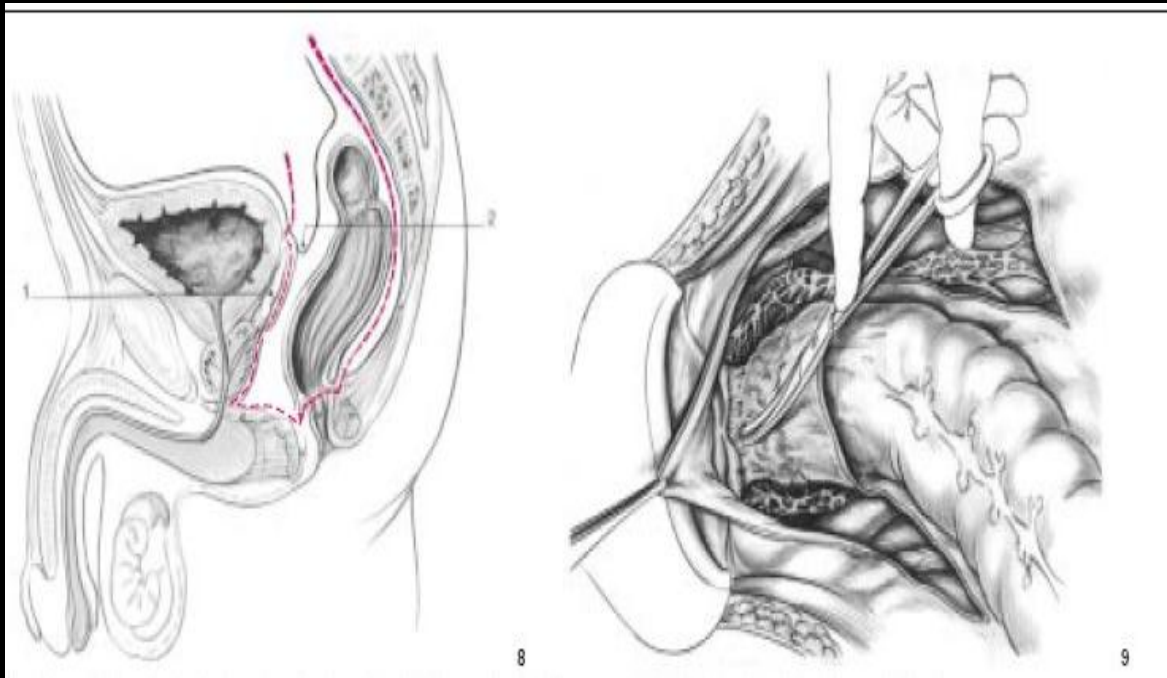


Ligature de AMI



Tronc nerveux hypogastrique

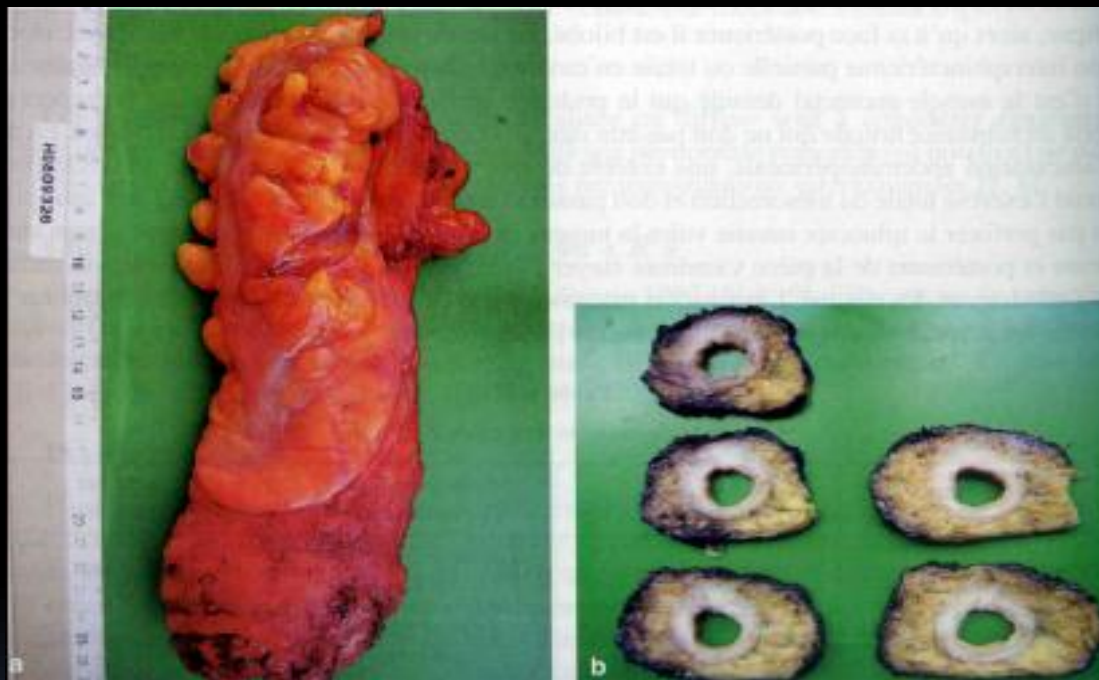




Amorce du décollement en avant de l'aponévrose de Denonvilliers.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU RECTUM

Evaluation macroscopique de l'exérèse du mésorectum



Exérèse

Complète

Mésorectum complet avec surface lisse ou irrégularités mineures

Absence de « défaut » supérieur à 5 mm

Absence d'un effet de « cône* » à la partie distale de la pièce

Marge circonférentielle lisse sur les coupes transversales

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU RECTUM

Evaluation macroscopique de l'exérèse du mésorectum



Quasi-complète

Surface mésorectale irrégulière ou « défaut » supérieur à 5 mm mais aucune zone de musculature visible, à l'exception des muscles releveurs.
Effet de « cône » modéré.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU RECTUM

Evaluation macroscopique de l'exérèse du mésorectum



Incomplète

Surface mésorectale très irrégulière ou zone de musculature visible.

Marge circonférentielle très irrégulière sur les coupes transversales.

ETM Récidive globale à 2ans n= 180

Aspect incomplet (n=43)
24%

aspect complet (137)
76%

RLR (36,1%) (20.3%) p<0.02

Nagtegaal ID et al J Clin Oncol 2002

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU RECTUM

Evaluation macroscopique de l'exérèse du mésorectum

Intégrité du mésorectum selon P. Quirke

	Complet (grade 3)	Presque complet (grade 2)	Incomplet (grade 1)
Aspect du mésorectum	intact, lisse	modérément épais, irrégulier	peu épais
Plaie du mésorectum	< 5 mm	> 5 mm et musculéuse non visible	musculéuse visible
Effet de cône	absent	modéré	présent
Marge de résection circonférentielle	lisse, régulière	irrégulière	irrégulière

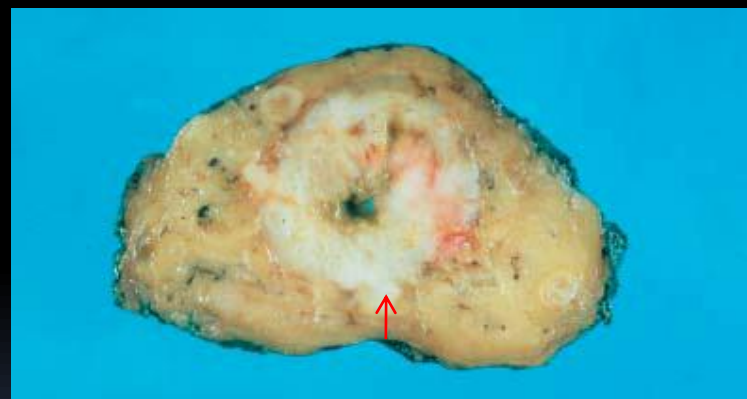
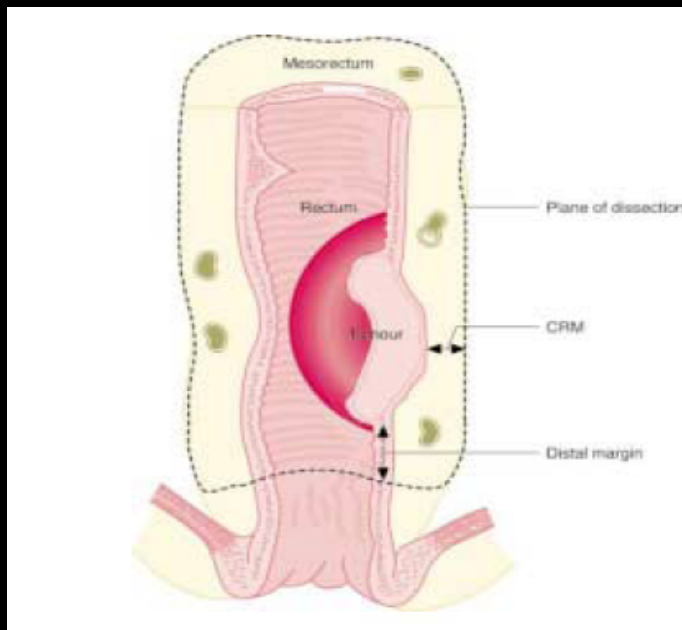
Le pathologiste aidé du chirurgien assure encore la qualité de la résection :

- R₀ : la section chirurgicale passe à distance de la tumeur en laissant une marge de tissu sain.
- R₁ : la section chirurgicale passe au ras de la tumeur. Il n'y a pas de marge de tissu sain entre l'extension microscopique du cancer (radiaire ou distale) et la section chirurgicale

R₂ : résection macroscopique incomplète « extemporané »

Les classifications TNM, pTNM, R₀ R₁ R₂ servent à définir une stratégie thérapeutique, à l'établissement du pronostic et à comparer les résultats.

l'extension microscopique radiaire ou MRC



Role of circonférentiel margin involvement in the local recurrence of rectal cancer.

Etude prospective n=190
Exérèses totales : n=190 CRM+: 69/190(36%)
Exérèses curatives : n=141 CRM+: 35/141 (25%)
Follow-up :5ans RLR 25% (95IC- 18-33%)

CRM+ (78%) Vs CRM- (10%)

Adam JJ Lancet 1994;334:707-11

Pc signifiacnce of the CRM following ETM for rectal cancer.

(1993_1997) = n (3319)

CRM n=686 ; CRM+<1mm ; follow-up =29(14-60mois)

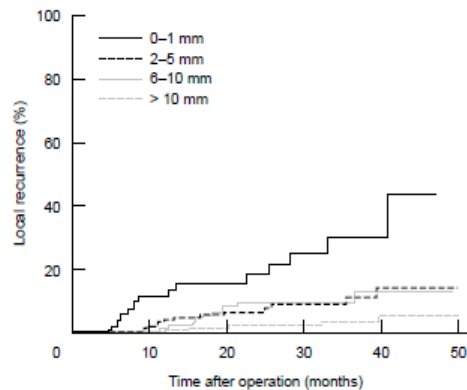
RLR 46/686 (7%)

CRM+ Vs CRM-

RL (22%) Vs (5%)

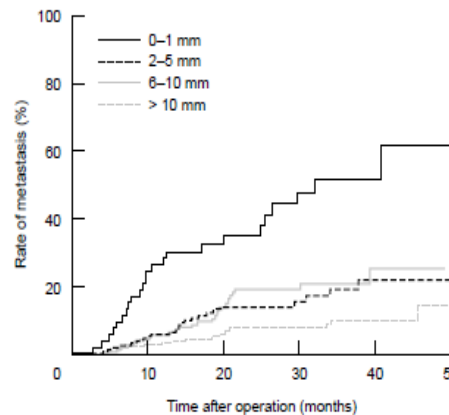
MT (40%) Vs (12%)

Wibe A Br J Surg 2002;89:327-334



No. at risk	0-1 mm	2-5 mm	6-10 mm	> 10 mm		
0-1 mm	65	51	41	29	14	7
2-5 mm	170	152	107	64	34	7
6-10 mm	168	157	110	73	35	20
> 10 mm	283	271	204	138	70	23

Fig. 3 Local recurrence rate (cumulative hazard) according to circumferential resection margin (Kaplan-Meier analysis)



No. at risk	0-1 mm	2-5 mm	6-10 mm	> 10 mm		
0-1 mm	65	48	32	22	11	7
2-5 mm	170	148	97	58	34	9
6-10 mm	168	156	108	70	32	17
> 10 mm	283	265	196	133	68	23

Fig. 5 Rate of metastasis (cumulative hazard) according to circumferential resection margin (Kaplan-Meier analysis)



No. at risk	0-1 mm	2-5 mm	6-10 mm	> 10 mm		
0-1 mm	65	57	42	32	16	8
2-5 mm	170	155	112	67	37	9
6-10 mm	168	158	115	75	36	20
> 10 mm	283	272	205	136	72	24

Fig. 6 Crude survival rate according to circumferential resection margin (Kaplan-Meier analysis)

Wibe A Br J Surg 2002;89:327-334.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU RECTUM

Le rôle du chirurgien

TABLEAU I. – Influence de l'opérateur sur les résultats carcinologiques [7].

TABLE I. – Influence of the operator on the oncological results.

	% de récidives	Survie à 5 ans
Chirurgien colorectal		
Oui	13	60
Non	37	43
Plus de 20 résections		
Oui	26	53
Non	42	38

Porter GA. *Ann Surg* 1998;227:157-67

CONCLUSION

L'exérèse totale du mesorectum enlève le champ de dissémination de la maladie néoplasique régionale qu'est le cancer du rectum « stade II et III ».

Elle réduit considérablement le risque d'envahissement néoplasique des marges circonférentielles d'exérèse.

Elle semble réduire la fréquence des récidives pelviennes .

Elle améliore les chances de guérison.

La prospective d'une accréditation doit imposer à chaque chirurgien une évaluation de ces pratiques .

La gravité des récidives locales ,la lourdeur des séquelles fonctionnelles, les conséquences sexuelles de cette chirurgie font de cette pathologie tumorale un exemple typique où la définition de critères de qualité permettra une prise en charge optimale pour chaque patient .