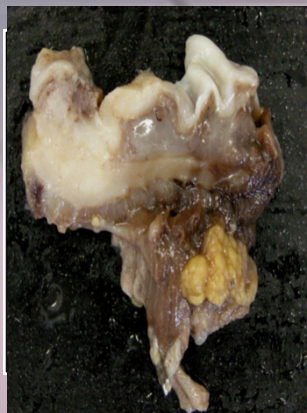




Cas clinique d'un rectum par coelioscopie

F Dumont



Institut de cancérologie
GUSTAVE ROUSSY
VILLEJUIF - www.igr.fr

Congrès SFCO 26 oct.2012



Mr M 60 ans

BMI 24

Antécédents personnels et familiaux

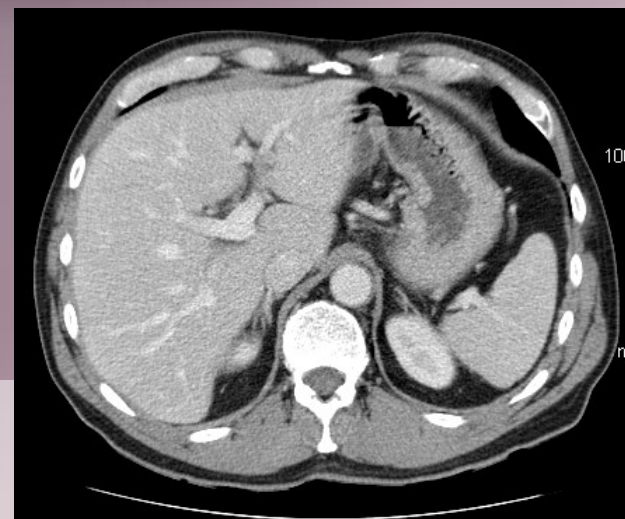
- ❖ Appendicectomie
- ❖ Cholangiocarcinome chez la mère (81 ans)

Histoire de la maladie

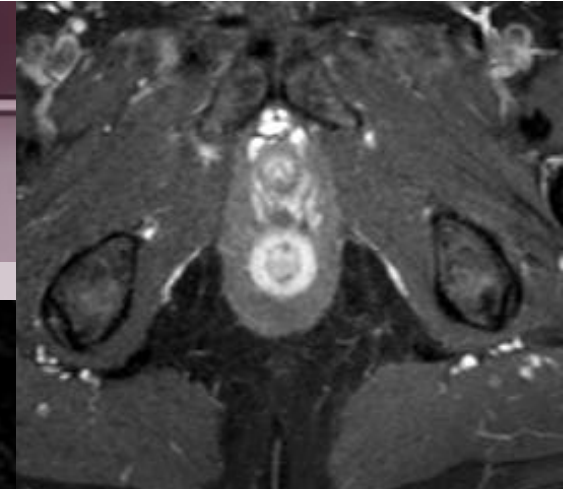
- ❖ Rectorragies
- ❖ Colonoscopie totale bien préparée (incluant le touché rectal): tumeur du bas rectum débutant à la jonction ano-rectale, étendue sur 5 cm de hauteur, un peu plus qu'hémicirconférentielle. Pas d'anomalie sur le côlon sus jacent
- ❖ ACE 1 CA19-9 18
- ❖ Histologie: adénocarcinome moyennement différencié



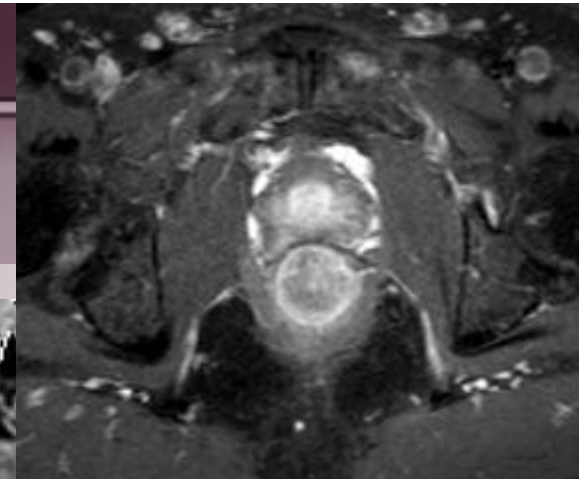
- ❖ - absence de lésions suspectes thoraciques, hépatiques, péritonéales, ganglionnaires suspectes



IRM pelvienne T2



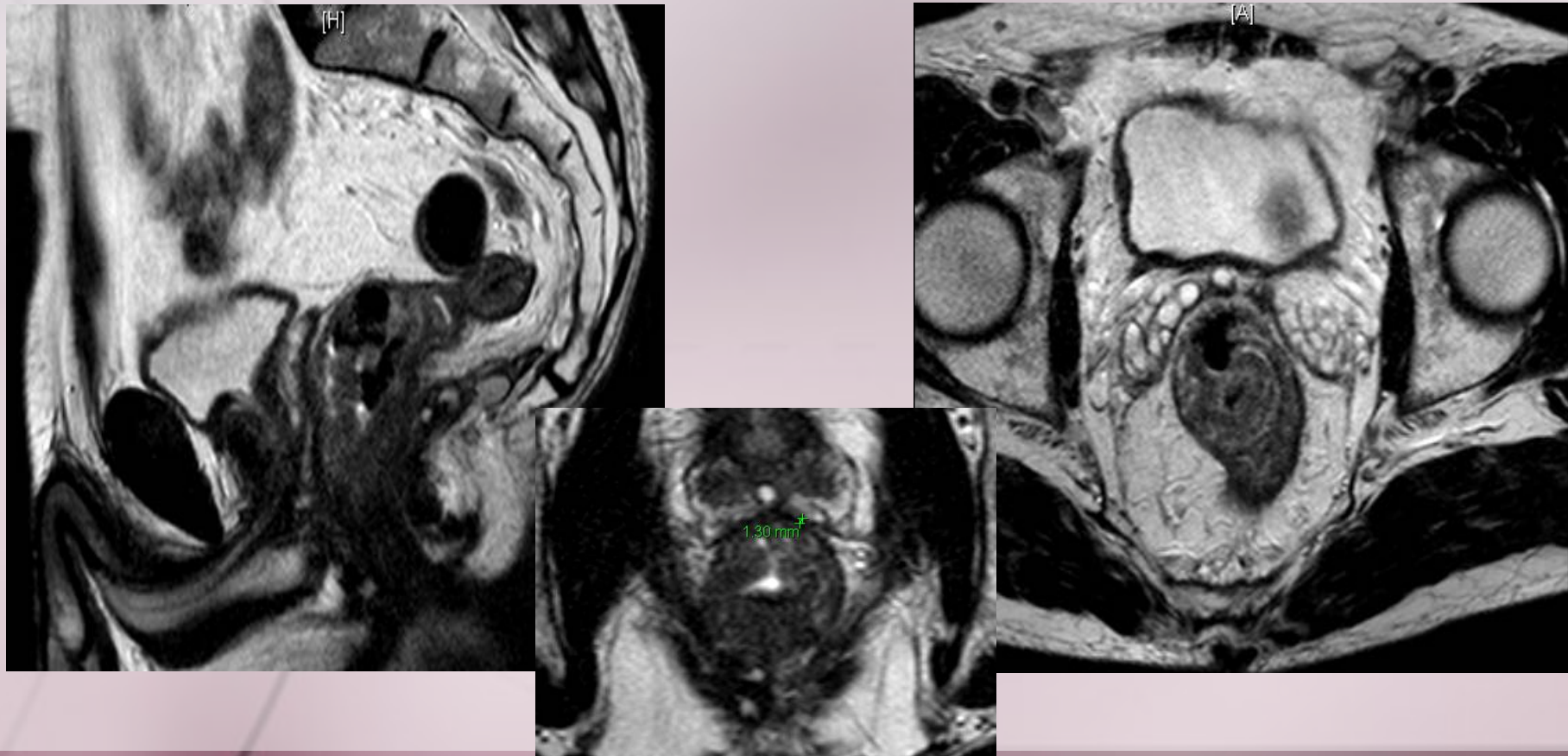
IRM pelvienne T2



IRM pelvienne T2



IRM pelvienne T2



❖ irmT3N0 crm1mm envahissement sphincter interne mais pas externe

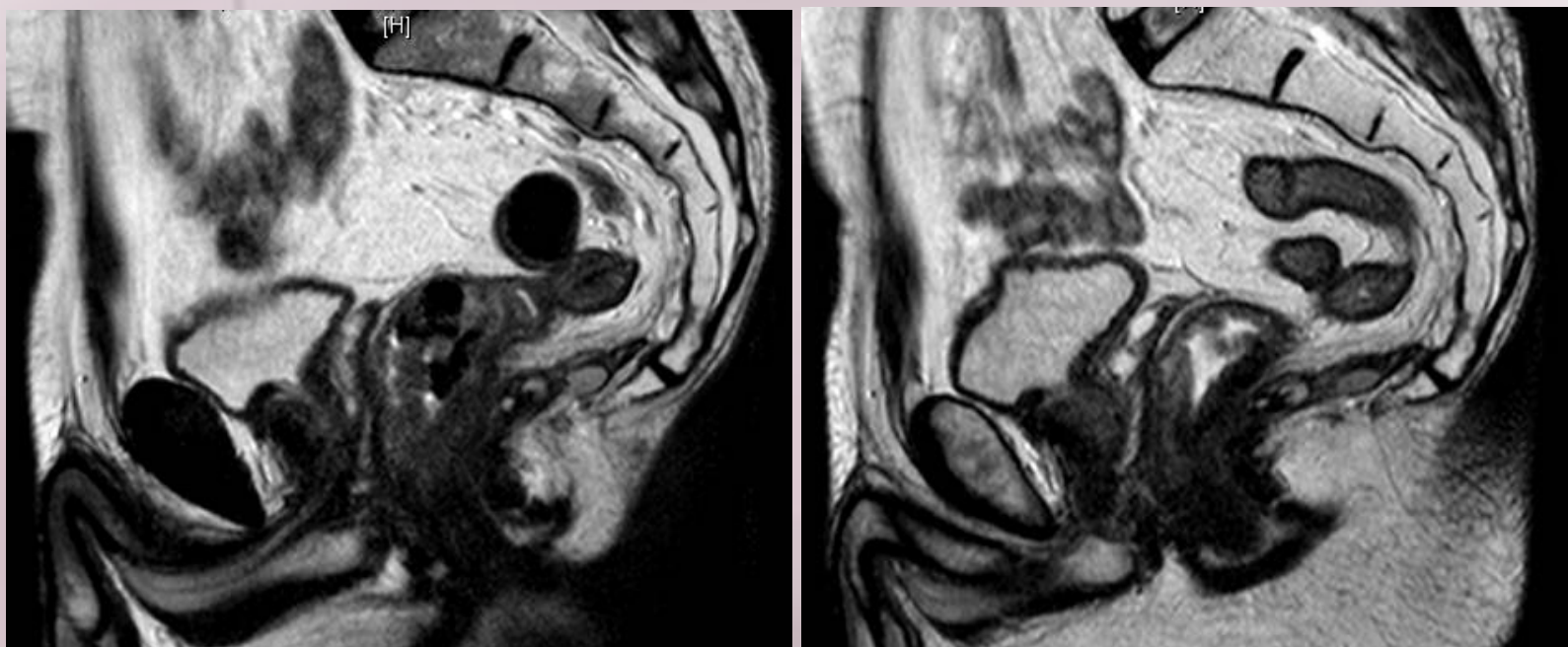
❖ usT3N0

Traitement

❖ Radiochimiothérapie 45 Gy Xeloda

TR: tumeur beaucoup moins importante que la description initiale. Petite tumeur ulcéro-bourgeonnante latérale gauche d'environ 2 cm de large, complètement mobile, située 1 cm au dessus de la ligne pectinée

IRM:



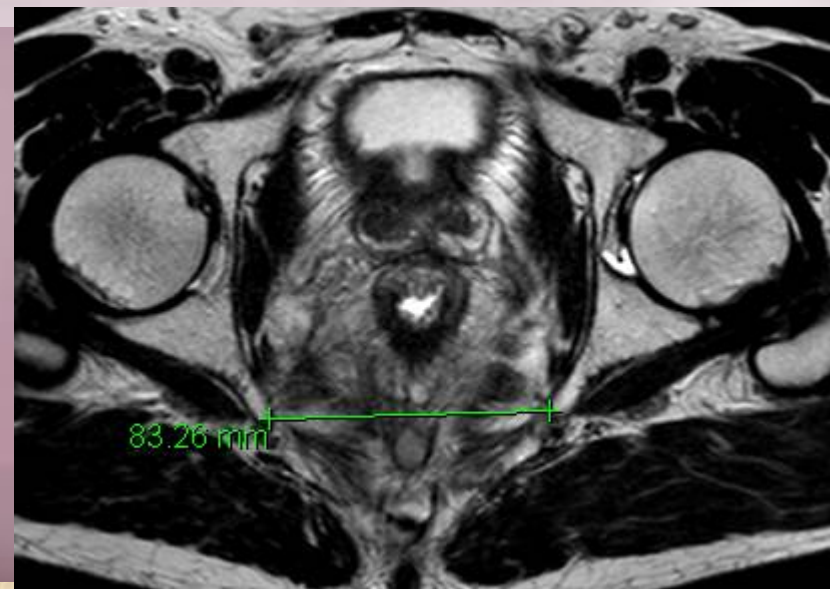
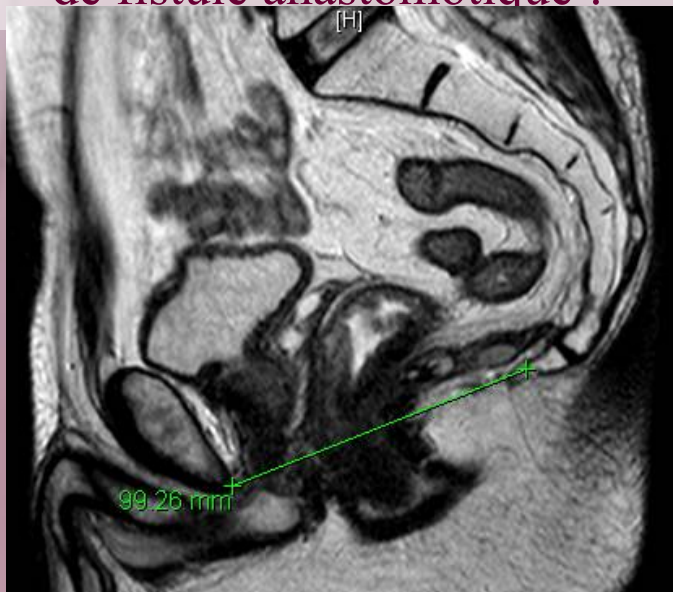
Choix de la Technique

- ❖ Résection antérieure du rectum, Résection intersphinctérienne partielle
- ❖ Coelioscopie
- ❖ Double voie d'abord transanale première et abdominale

Pelvis étroit= diamètre pubo-coccygien $<10,5\text{cm}^{a,c}$, diamètre intertubérositaire $<10,5\text{cm}^b$

Volumineuse tumeur= diamètre craniocaudale $>5\text{cm}^b$

→ Sur risque de CRM envahie^a, durée opératoire prolongée^{b,c}, de conversion^b, de fistule anastomotique^c.

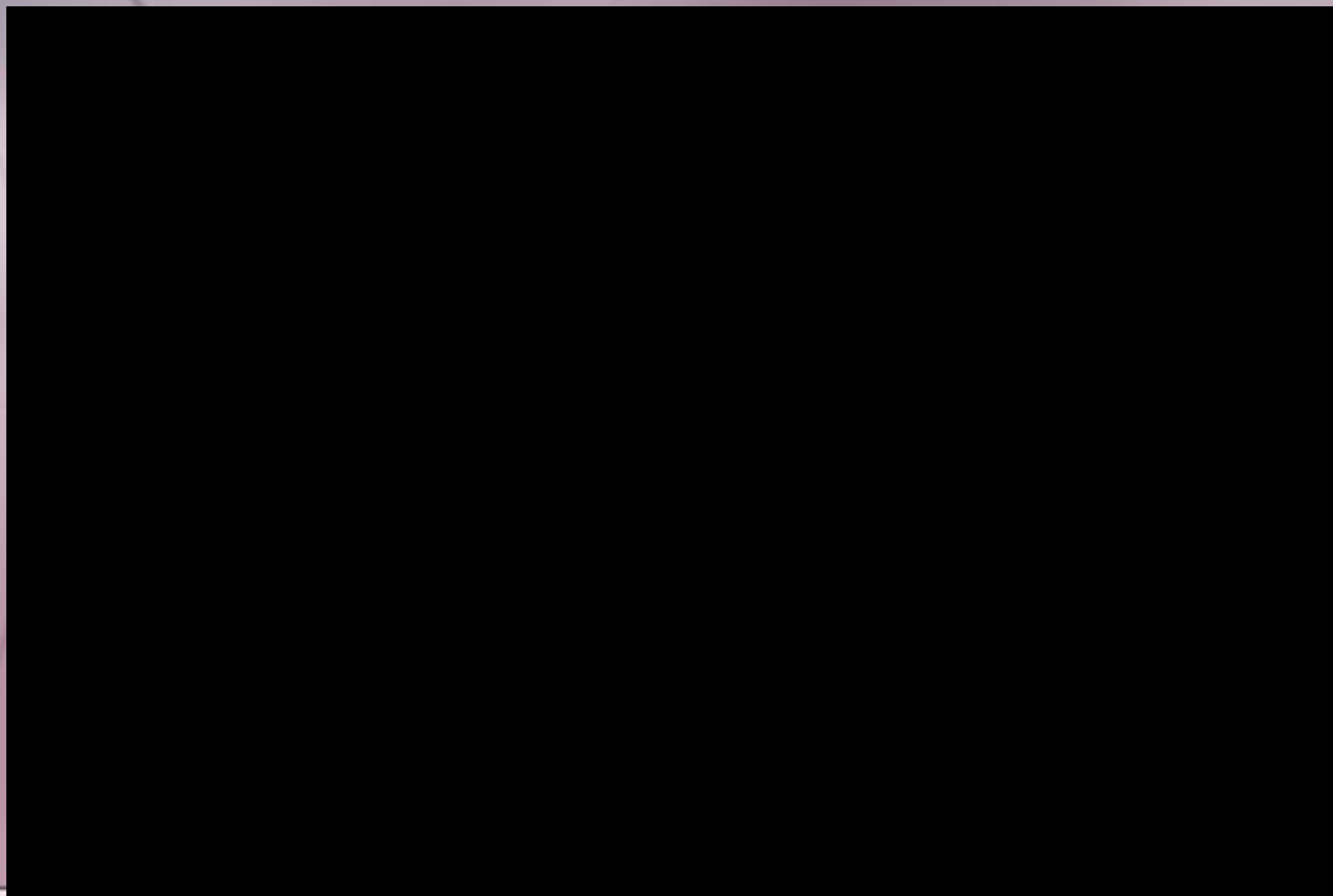


a. Boyle et al., Colorectal Dis 2005

b. Targarona et al., Ann Surg 2008

c. Akiyoshi et al., Surgery 2009

Intervention



Histologie

- ❖ Persistance d'un adénocarcinome liberkuhnien différencié de 3 cm au sein d'une large fibrose, sans embole nerveux. Marge circonférentielle (2,8 mm) et distale (5 mm) indemne
 - ❖ ypT2N0 (0/12) crm 2,8mm, régression grade 2, R0.

Suites immédiates et à distance

- ❖ Suites opératoires simples, durée hospitalisation 12j
 - ❖ Dernières nouvelles: absence de récidence à 1 an.
- Wexner 7

Quels T3N0 irradier?

Faut-il systématiquement une irm ET une échoendoscopie?

Quand faut-il amputer ? (espace intersphinctérien, quelle niveau de réponse à la radiochimiothérapie)?

Quelle intervention auriez-vous?

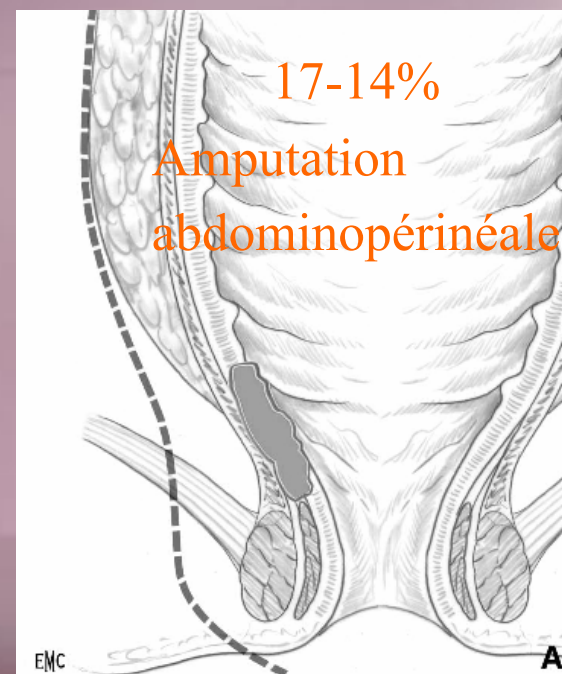
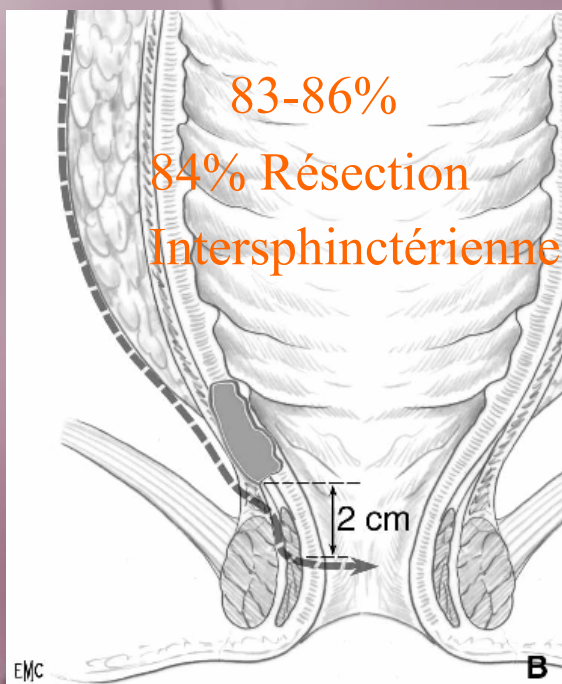
- ❖ Amputation abdomino-périnéale.
- ❖ Résection antérieure du rectum avec RIS par coelioscopie multitrocards standard
- ❖ Résection antérieure du rectum avec RIS par coelioscopie single-port double voie
 - ❖ Autre

Pourquoi ne pas amputer?

Greccar 1

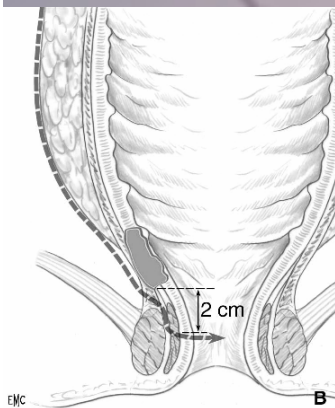
Etude prospective randomisée comparant 2 radiothérapies néoadjuvantes différentes
Patients inclus: Cancer du bas rectum devant avoir une AAP (<2cm)

Pas de différence entre les groupes
90% R0, marge distale 1cm et radiaire 4mm, RL 3,3% suivi 22 mois



Mais!!!

La RIS est elle la technique idéale?



EORTC (QLQ-C30)	ISR (n = 14)	PPC (n = 22)	P value
Overall health status	66.7(41.6-83.3)	62.5(33.3-100)	0.55
Physical functioning	84.1 (40-100)	100(73.3-100)	0.044
Role functioning	93.6 (0-100)	100(16.6-100)	0.811
Emotional functioning	78.7(20-100)	80(46.7-100)	0.824
Cognitive functioning	71.8(33.3-100)	100(66.7-100)	0.473
Social functioning	65.4(0-100)	75(0-100)	0.55

	ISR (n = 14)	PPC (n = 22)	P value
Median Wexner score (range)	11 (1-18)	10 (1-18)	0.403
Continent (%)	6 (42.8)	13 (59)	0.221
incontinent (%)	8 (58.2)	9 (41)	
Difficult evacuation (%)	6 (46.1)	0 (0)	<0.001

ISR pour petite tumeur pT1-T2 ou ayant une très bonne réponse à la RtCt, ne nécessitant pas de RIS totale (<1cm ligne pectinée).



logie
ISSY
igr.fr

Surg Endosc, 2010 May;24(5):1205-10. Epub 2010 Feb 26.

NOTES transanal rectal cancer resection using transanal endoscopic microsurgery and laparoscopic assistance.

Sylla P, Rattner DW, Delgado S, Lacy AM.

Department of Surgery, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA.



Available online at www.sciencedirect.com



ScienceDirect

EJSO 37 (2011) 334–335

EJSO
the Journal of Cancer Surgery
www.ejsso.com

How I Do It

Natural orifice total mesorectal excision using transanal port and laparoscopic assistance

J.-J. Tuech, V. Bridoux, B. Kianifard, L. Schwarz, B. Tsilividis, E. Huet, F. Michot*

Department of digestive surgery, Rouen University hospital, 1 rue Gemont, 76031 Rouen 6, France

Accepted 23 December 2010
Available online 23 January 2011

Pourquoi préférer la voie combinée et transanale?

Colorectal Dis, 2011 Sep;13(9):e305-7. doi: 10.1111/j.1463-1318.2011.02676.x.

Single port access proctectomy with total mesorectal excision and intersphincteric resection with a primary transanal approach.

Gaujoux S, Bretagnol F, Au J, Ferron M, Panis Y.

Department of Colorectal Surgery, Beaujon Hospital, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), Clichy, France.

DYNAMIC ARTICLE

Scott Steele, M.D., *Section Editor*

Dis Colon Rectum 2012; 55: 00–00
DOI: 10.1097/DCR.0b013e318260d3a0
© The ASCRS 2012

DISEASES OF THE COLON & RECTUM VOLUME 55: 9 (2012)

Transanal Endoscopic Total Mesorectal Excision Combined With Single-Port Laparoscopy

Frédéric Dumont, M.D. • Diane Goéré, M.D. • Charles Honoré, M.D. • Dominique Elias, M.D., Ph.D.

Department of Digestive Oncological Surgery, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France



Comparatif multitrocarts versus monotrocarts pour la dissection d'un bas rectum chez un homme

