

Etude de la pertinence d'une chirurgie conservatrice pour cancer du rectum après radiothérapie pour cancer prostatique

Buscail E , Blondeau V, Pontallier A, Adam J, Laurent C, Rullier E, Denost Q

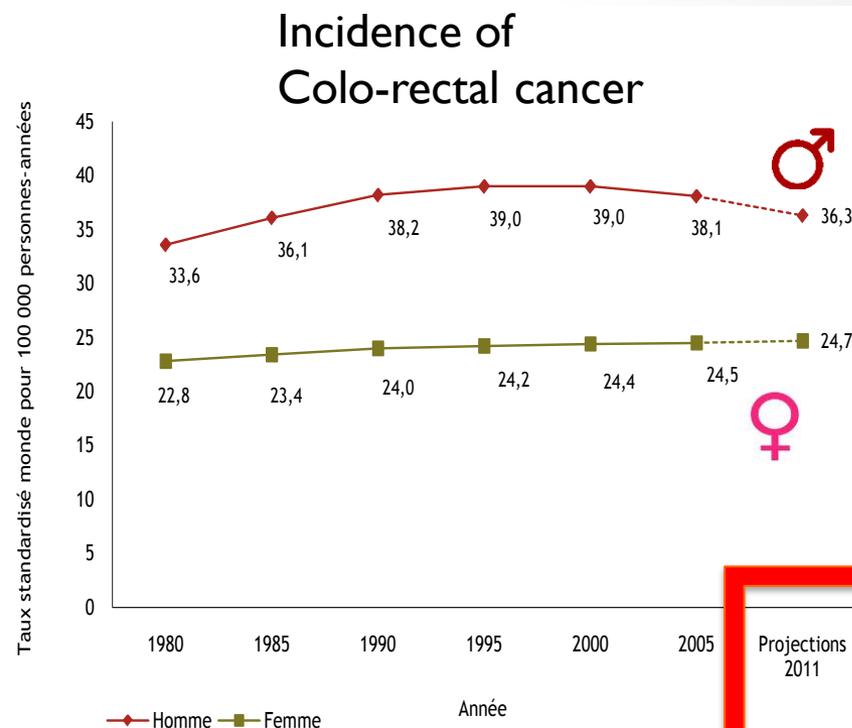
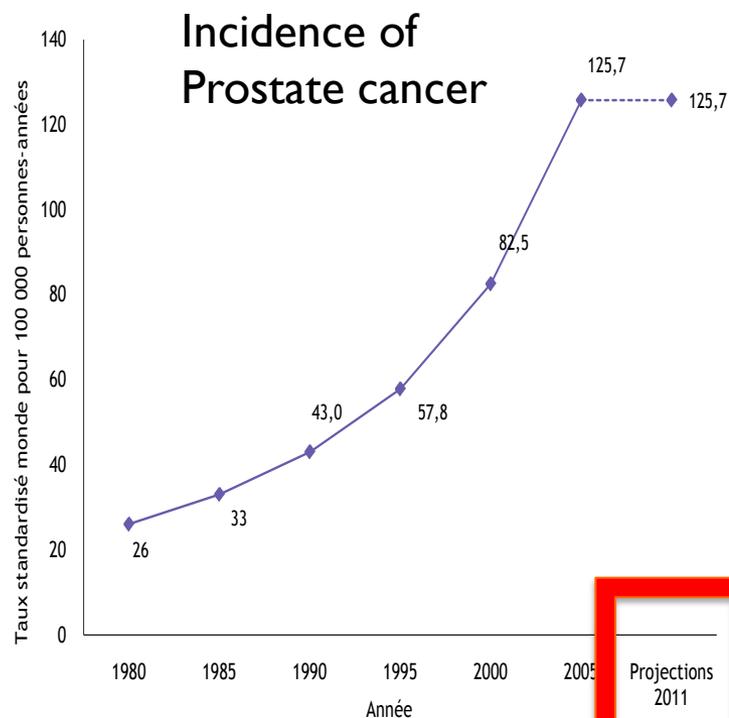


Hopital Saint André
CHU Bordeaux

université
de **BORDEAUX**



Données épidémiologiques



Source: période 1980 à 1985 [Belot A, 2008] ; période 1990 à 2011 [HCL/InVS/INCa/Francim/Inserm, 2011] Traitement : INCa 2011

Peu de données

Management of synchronous rectal and prostate cancer

D. O. Kavanagh • D. M. Quinlan • J. G. Armstrong •
J. M. P. Hyland • P. R. O'Connell • D. C. Winter

Table 2 Management of patients with synchronous prostate and rectal cancer with no metastases

Patient	Prostate therapy ^a	Rectal therapy	Morbidity	Length of stay
1	74 Gy	Abdominoperineal excision and prostatectomy	Wound infection	21
2	74 Gy	Pelvic exenteration–ileal conduit	1. Foot drop 2. Intra-abdominal collection requiring radiological drainage	71
3	74 Gy	Pelvic exenteration–colonic conduit	–	19
4	74 Gy	'Watchful waiting'	–	
5	Prostatectomy	54 Gy of chemorxt followed by anterior resection+stoma	Wound infection	21

Rectosigmoid cancer after radiotherapy for prostate cancer can be detected early and successfully treated

K-J Cho and D Christie

School of Health Sciences, Bond University, Gold Coast, Queensland, Australia

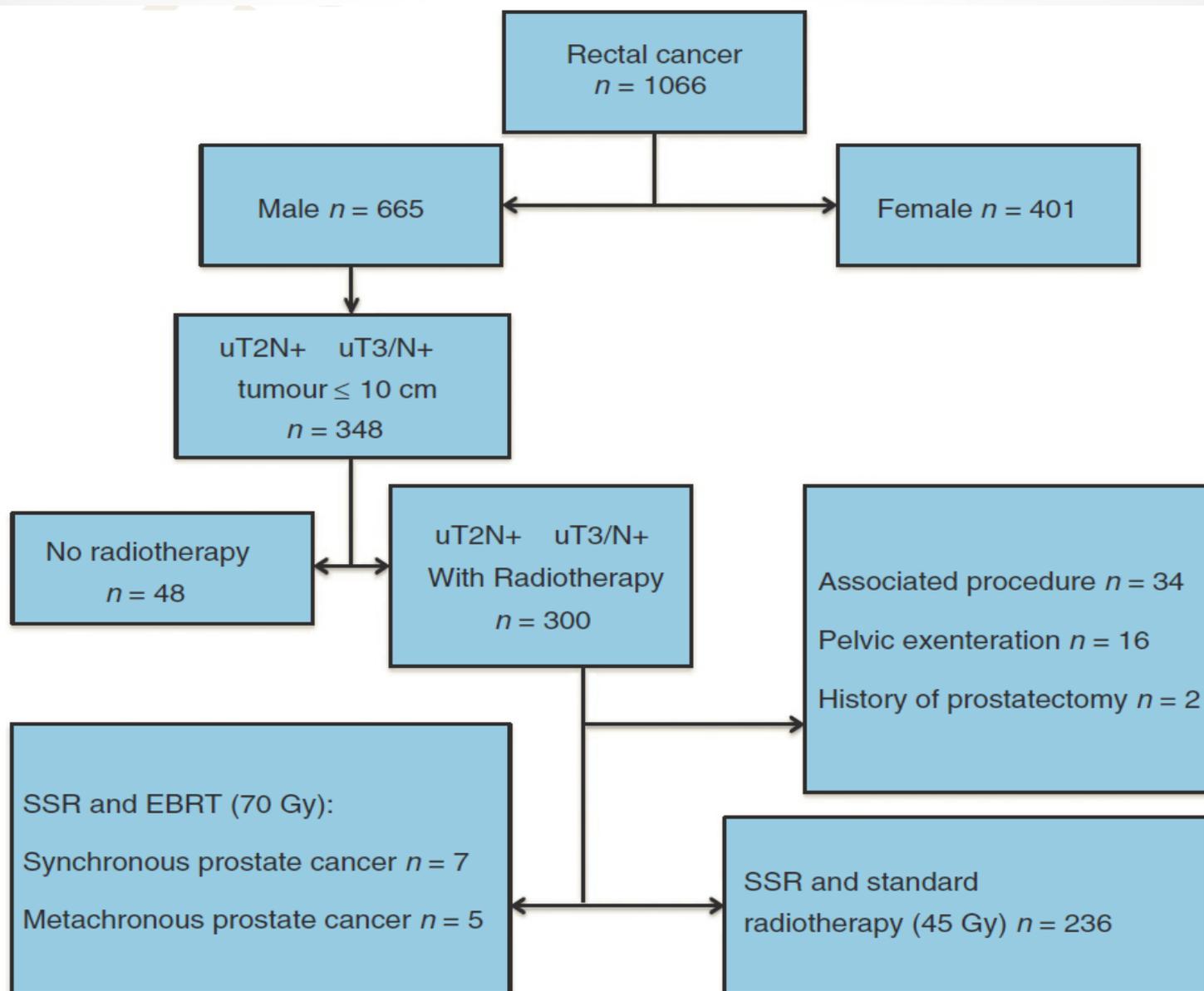
- Evaluer le risque opératoire après une RT haute dose (74Gy)
- Éléments de réponse quant à la stratégie chirurgicale pertinence d'un traitement conservateur

- **Type d'étude**

Monocentrique rétrospective comparative

- **Période d'étude :**

Janvier 2000 à decembre 2012



Critères de jugements:

- **Taux de fistule anastomotique**
- Morbidité chirurgicale
- Taux de stomie définitive
- Taux de ré-intervention
- Faisabilité oncologique

Contexte

Objectif

Méthode

Résultats

Conclusion

Pas d'ATCD
ADK prostate
N = 236

ATCD
ADK prostate
N = 12

 p

Taux de fistule

n=23 (10%)

n=6 (50%)

 $p = 0.01$ Morbidity
chirurgicale

n=59 (25%)

n=8 (67%)

 $p = 0.004$ Taux de ré-
intervention

n=40 (17%)

n=6 (50%)

 $p = 0.02$ Taux de stomie
définitive

n=17 (7%)

n=6 (50%)

 $p = 0.02$

Contexte	Objectif	Méthode	Résultats	Conclusion
----------	----------	---------	-----------	------------

	Pas d'ATCD ADK prostate N = 236 n(%)	ATCD ADK prostate N = 12 n(%)	p
Marge circonférentielle (mm)	6 (0-20)	8 (0-45)	0,534
Résection	213 (90)	9 (75)	0,119
R0	23 (10)	3 (25)	
R1			
Mésorectum			0,393
Complet	196 (84)	9 (75)	
Presque complet	15 (6)	2 (17)	
Incomplet	23 (10)	1 (8)	
Ganglions analysés	14 (1-34)	17 (9-31)	0,082

Analyse multivariée:

Seul facteur indépendant prédictif de fistule anastomotique (OR= 5,12; 95%IC 1,45–18,08; $p<0,011$) de stomie définitive (OR=10,56; 95%IC 3,02–39,92; $p<0,001$) était la radiothérapie haute dose.

Résultats confirment:

- Difficulté technique
- Morbidité associée
- Faisabilité oncologique

•Question:

Place de la chirurgie conservatrice?

➤ Hartmann

➤ Anastomose colo-anale différée