

# Cancer du rectum

Particularités du traitement chirurgical.

AGELA

7 octobre 2016

Pr Boubnider  
CPMC Alger

*les impératifs du traitement chirurgical :*

*Qualité d'exérèse*

*Conservation sphinctérienne.*

*Nos objectifs aujourd'hui sont:*

- *Allongement de la survie pour le plus grand nombre*
  - *formation,*
  - *standardisation • Techniques •*
  - *Traitement plus agressif.*
  
- *Amélioration de la QDV*
  - *Diminution des séquelles*
  - *Traitement moins agressif*

*Qualité d'exérèse*

## The mesorectum in rectal cancer surgery—the clue to pelvic recurrence?

*Five cases are described where minute foci of adenocarcinoma have been demonstrated in the mesorectum several centimetres distal to the apparent lower edge of a rectal cancer. In 2 of these there was no other evidence of lymphatic spread of the tumour. In orthodox anterior resection much of this tissue remains in the pelvis, and it is suggested that these foci might lead to suture-line or pelvic recurrence. Total excision of the mesorectum has, therefore, been carried out as a part of over 100 consecutive anterior resections. Fifty of these, which were classified as 'curative' or 'conceivably curative' operations, have now been followed for over 2 years with no pelvic or staple-line recurrence.*

**R. J. HEALD, E. M. HUSBAND  
AND R. D. H. RYALL**

Basingstoke Bowel Cancer Clinic, Basingstoke  
District Hospital, Basingstoke, Hampshire.

- Progrès chirurgical incontestable dans le traitement chirurgical du cancer du rectum.
- Référence actuelle pour l'exérèse carcinologique du cancer du moyen et bas rectum .
- Risque de récurrence locale 4% à 5ans , ETM seule .

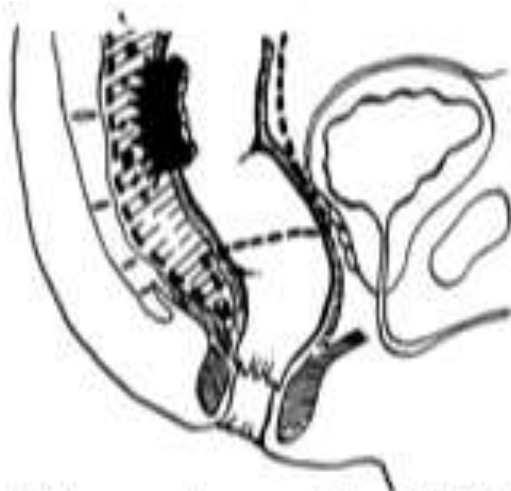
## The 'Holy Plane' of rectal surgery

---

**R J Heald** MChir FRCS *Colorectal Research Unit, Basingstoke District Hospital,  
Basingstoke, Hampshire RG24 9NA*

---

*Keywords:* rectal cancer; mesorectal excision; anterior resection; local recurrence



*Figure 1. Diagrammatic representation of the Holy Plane, as published in the British Journal of Surgery in 1982.*



*Figure 3*

**Le mésorectum dans la chirurgie du cancer rectal : un indice de récurrence pelvienne ?**

Heald RJ, Husband EM, Ryall RD (1982) Br J Surg 69: 613-6

A. Alves

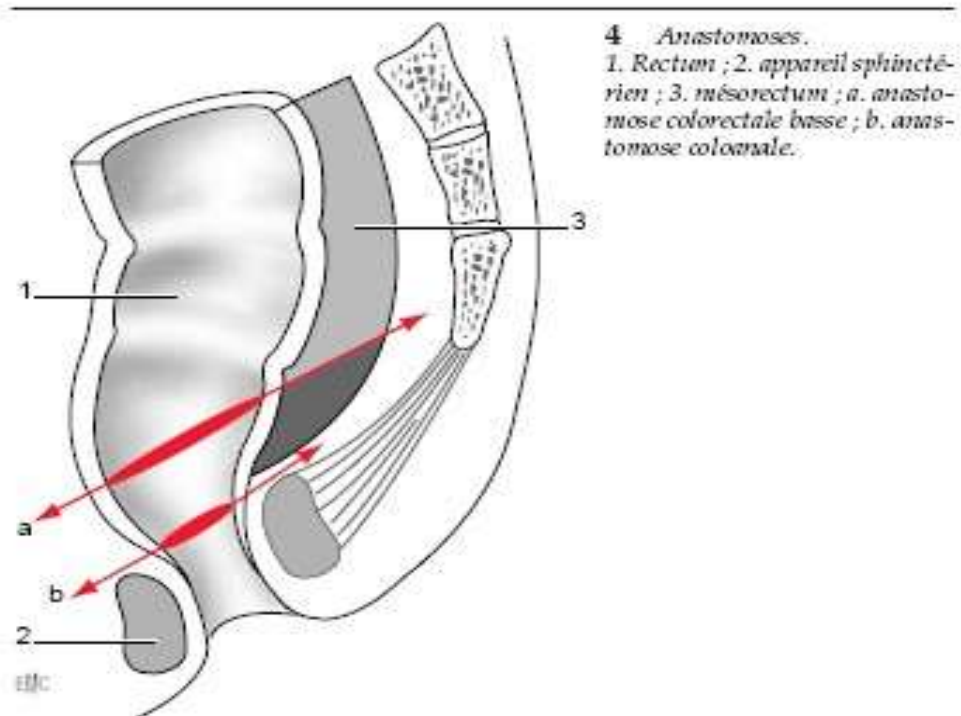
Département de chirurgie viscérale et digestive, CHU de la Côte-de-Nacre, F-14000 Caen, France

**Tableau 1.** Récidive locale (RL) en fonction du type d'exérèse

<i>Auteur</i>	<i>Exérèse (n)</i>		<i>Suivi (ans)</i>	<i>Taux de RL (%)</i>	
	<i>Conventionnelle</i>	<i>Mésorectum</i>		<i>Conventionnelle</i>	<i>Mésorectum</i>
Arbman et al. 1996	134	120	4	23	8
Martling et al. 2000	1 332	318	2	14	6
Machado et al. 2000	62	165	2	18	3
Nesbakken et al. 2002	217	161	5	27	11
Wibe et al. 2002	229	1 395	4	12	6
Kapiteijn et al. 2002	269	661		16	9
Bülow et al. 2003	246	311	3	30	11

# TME et conservation sphinctérienne

RA+ACR,  
RA+ ACRb ,ou ACA





# La résection rectale est bonne pour la tumeur ...Pas pour le patient

- Mortalité TME 4%
- Morbidité 40%
- Fistule / abcès 20%
- Stomie temporaire (60%) ou définitive (30%)
- Dysfonction génito-urinaire 20%
- Syndrome de resection rectale

Kapiteijn NEJM 01,  
Marijnen CAM. J Clin Oncol 2005

## Amélioration de la QDV ?

- Préservation nerveuse (dysfonction genito-urinaire )
- Diminution de la morbidité et la mortalité opératoire
- Amélioration des résultats fonctionnelle .

# Amélioration de la QDV ?

- Préservation nerveuse (dysfonction genito-urinaire )

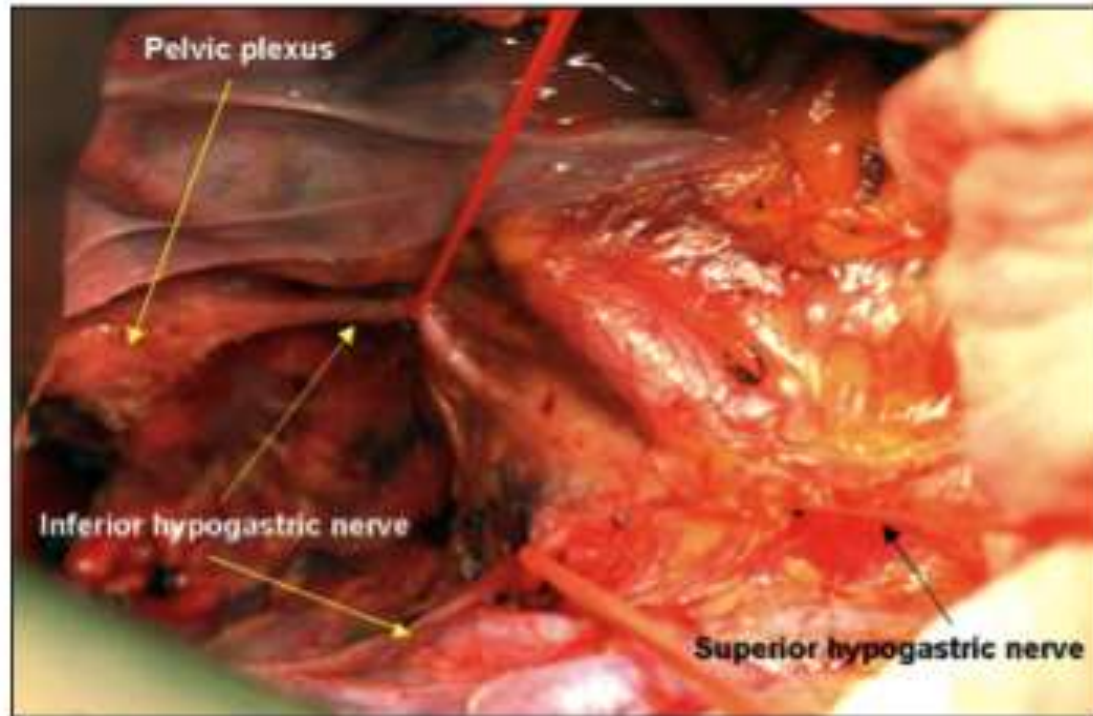
Yonsei Medical Journal  
Vol. 46, No. 6, pp. 737 - 749, 2005

Review Article

## **Anatomic Basis of Sharp Pelvic Dissection for Curative Resection of Rectal Cancer**

**Nam Kyu Kim**

*Department of Surgery, Division of Colorectal Surgery, Colorectal Cancer Special Clinic, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea.*



**Fig. 9.** On operative field, bifurcation of the superior hypogastric nerve was noted at the aortic bifurcation. The inferior hypogastric nerve descends along the pelvic side wall. The pelvic plexus forms after merging with the sacral parasympathetic nerve.

## Amélioration de la QDV ?

- Diminution de la morbidité et la mortalité opératoire

### La voie d'abord laparoscopique

- meilleur confort post-opératoire
- résultats carcinologiques équivalents à la laparotomie .
- En utilisant le robot



## Amélioration de la QDV ?



- Diminution de la morbidité et la mortalité opératoire

En confectionnant des stomies de protection

iléostomie ou colostomie en cas de tumeurs du moyen et du bas rectum surtout après traitement néo- adjuvant .  
Soit en réalisant des anastomoses colo-anales différées

## Amélioration de la QDV ?

- Amélioration des résultats fonctionnelle .

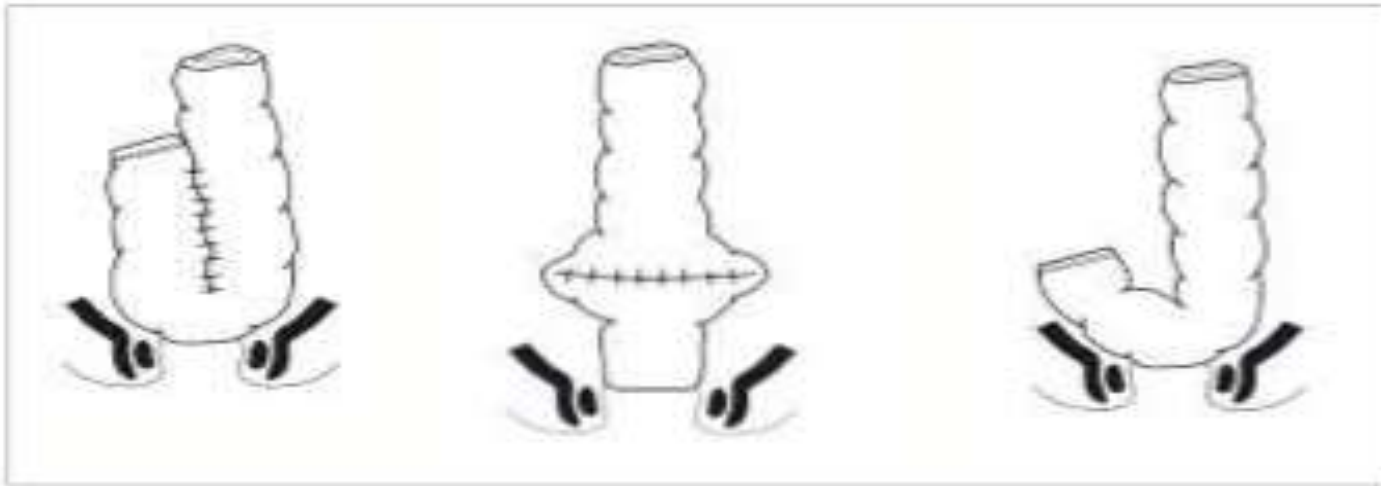


Figure 3. - Réservoirs coliques pour reconstruction rectale.  
A. Réservoir en J; B. Coloplastie transverse; C. Anastomose latéro-terminale



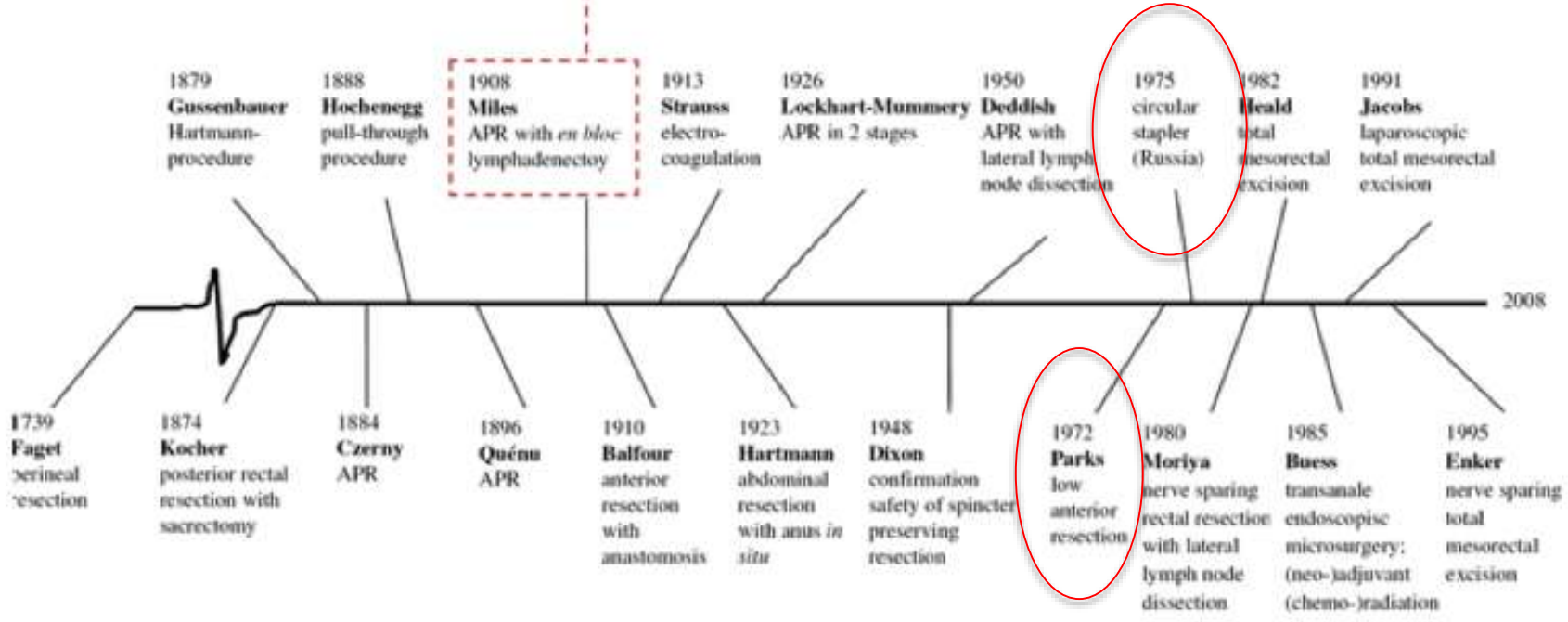
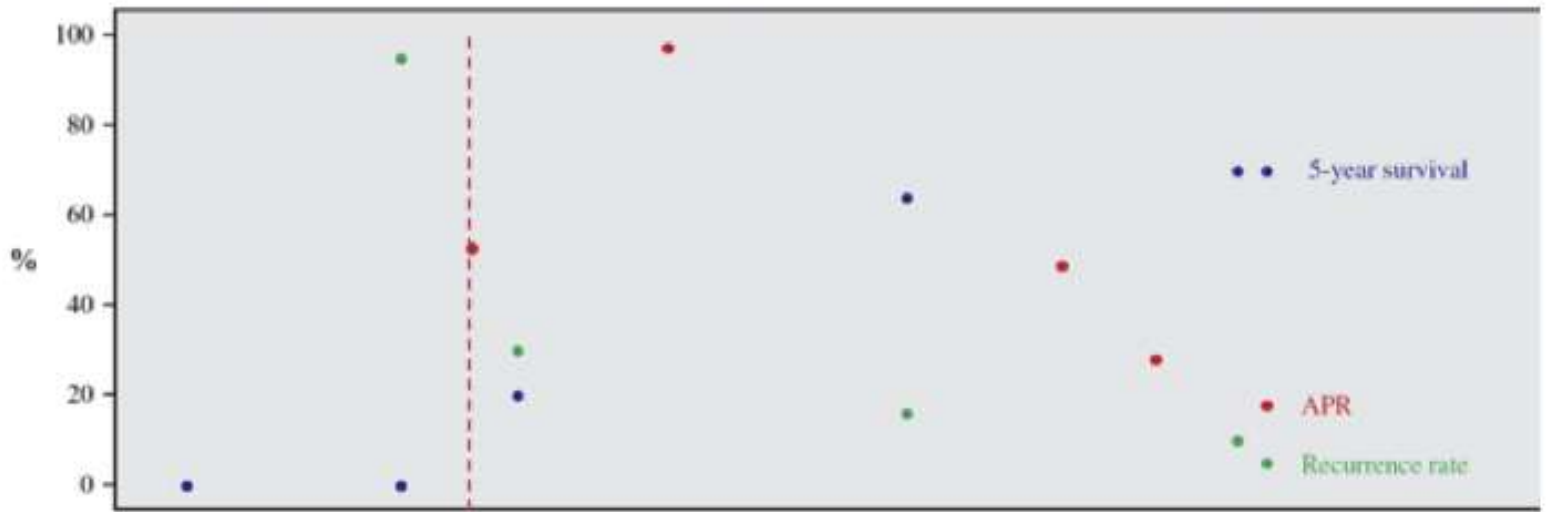
*conservation sphinctérienne*

# Abdominoperineal excision for Rectal cancer

W E Miles *Lancet*. 1908;2: 1812-

L'amputation abdomino-perinéale est le traitement de cancer du bas sigmoïde et du rectum  
Mais 30% de récurrence et 30% de mortalité





## *marge pariétale distale.*

•1980

*5cm de marge distale .*

Goligher Br J Surg 1951;39:199.

Pollet Ann Surg 1983;198:159.

Williams Br J Surg 1984;71:575.

•1990

*5cm à 2cm*

Shirouzu Cancer 1995;1:388.

Bokey BJS 1999;86:116.

•2005

*fin de la regle des « 2cm »*

Rullier Ann Surg 2005;24:465

•2011

*<1cm.*

Rutkowki Colorectal Disease 2011;14:71-8

## Low Rectal Cancer: A Call for a Change of Approach in Abdominoperineal Resection

*Iris D. Nagtegaal, Cornelius J.H. van de Velde, Corrie A.M. Marijnen, Jan H.J.M. van Krieken, and Philip Quirke*

### Results

Survival differed greatly between abdominoperineal resection (APR) and anterior resection (AR; 38.5% v 57.6%,  $P = .008$ ). Low rectal carcinomas have a higher frequency of circumferential margin involvement (26.5% v 12.6%,  $P < .001$ ). More positive margins were present in the patients operated with APR (30.4%) compared to AR (10.7%,  $P = .002$ ). Furthermore, more perforations were present in these specimens (13.7% v 2.5%,  $P < .001$ ).

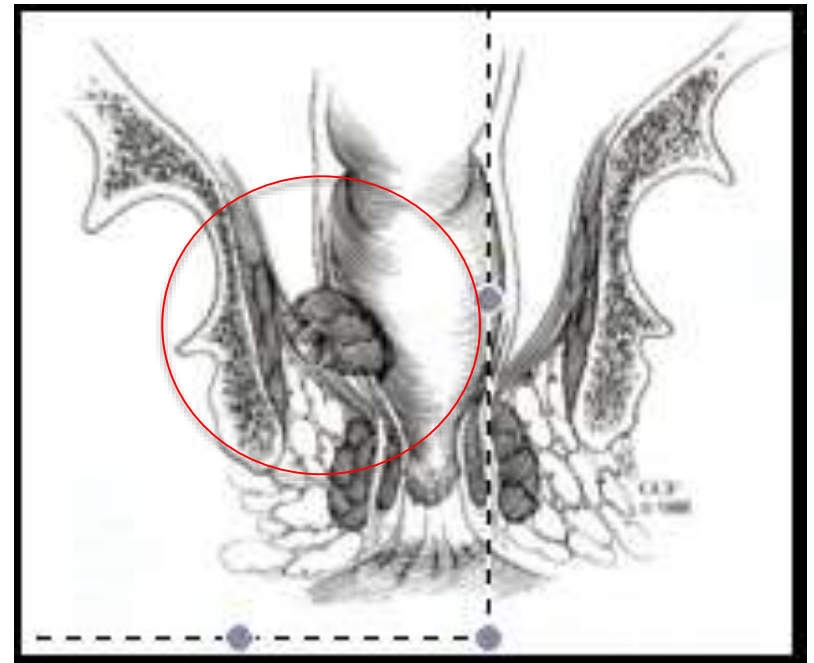
Perforation pièces op: 14% vs 2,5% si RA  
Marge latérale envahi: 26% vs 12% si RA

Nagtegaal, J Clin Oncol 2005  
West, B J Surg 2010.

## AAP = Les patients concernés

5 à 20 % des patients selon les séries

- Envahissement du « strié » (releveurs, sphincter externe)
- Envahissement de l'espace intersphinctérien
- Envahissement du sphincter interne avec marge circonférentielle <1mm

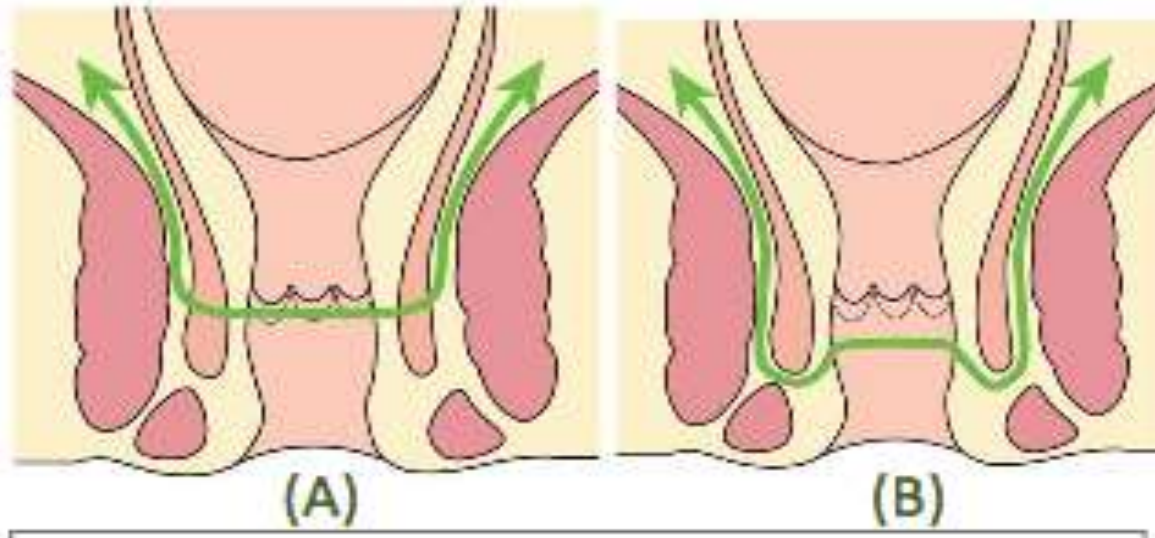


Comment augmenter le taux de conservation sphinctérienne?

- 1 En réalisant des Résection Inter Sphinctérienne (RIS) pour les cancers du bas rectum
- 2 En transformant grâce au down staging des AAP en RA

## Comment augmenter le taux de conservation sphinctérienne?

- 1 En réalisant des Résection Inter Sphinctérienne (RIS) pour les cancers du bas rectum .



Partielle (A) et totale (B) du sphincter interne pour cancer bas rectum.

92 cas des T de bas rectum.  
Diminution des AAP(21%).



# Comment augmenter le taux de conservation sphinctérienne?

## 2. En transformant grâce au down staging des AAP en RA

Est il licite d'avoir des lignes de transection proche l'ancien lit tumoral ???

- German Rectal Cancer Study Group trial ;  
40% des patients devant avoir une AAP ont eu une chirurgie conservatrice sans effet carcinologique délétère avec un recul de médian de 45 mois.
- GRECCAR I : résultats définitifs en attente.

Nous avons besoin d'une alternative à la chirurgie majeure

- Place de l'exérèse trans-anale ?



## TME

- échoendoscopie : uTis ou T1N0
- diamètre < 3cm (accord)
- exérèse monobloc, macroscopiquement complète, en muqueuse saine
- prenant toute l'épaisseur de la paroi rectale
- Suture de la zone d'exérèse



*Gouillat Ann Chir 2005;130:125-131*

## De la TEM à la TME

- *Voie endo-anale et laparoscopie conventionnelle (1)*
- *Voie endo-anale et laparoscopie single-port (2)*
- *Voie endoanale pure (NOTES) (3,4)*



3)Zhang H Tech Coloproctol 2013

2)Tuesch JJ EJSO 2011

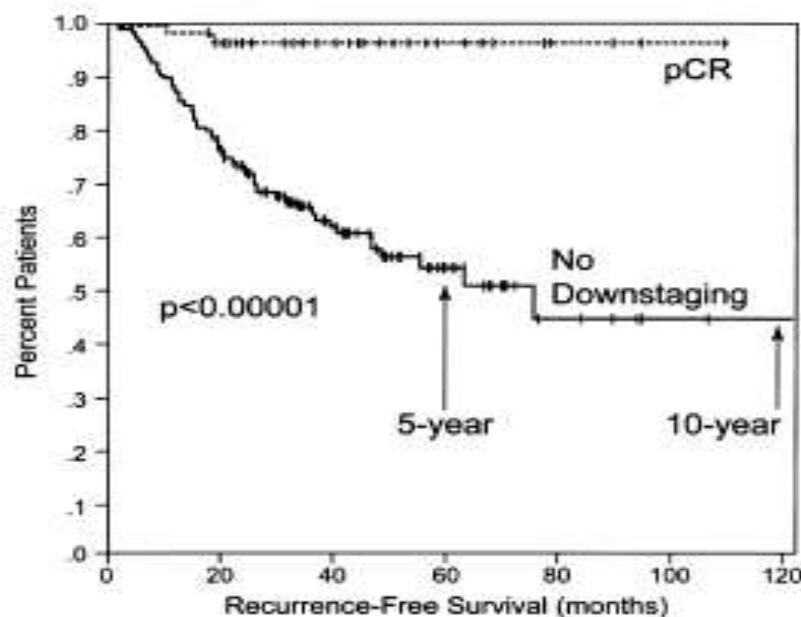
1)Sylla P Surg Endosc 2010

4) Leroy J Arch Surg 2012

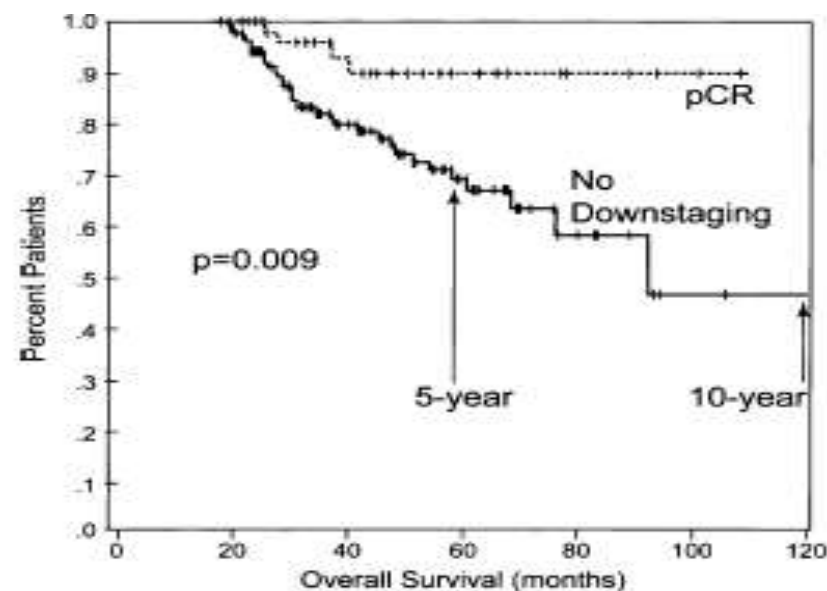
Le graal: obtenir une réponse complète - pCR

## A Pathologic Complete Response of Rectal Cancer to Preoperative Combined-Modality Therapy Results in Improved Oncological Outcome Compared With Those Who Achieve No Downstaging on the Basis of Preoperative Endorectal Ultrasonography

Francesco Stipa, MD,<sup>1</sup> David B. Chessin, MD,<sup>1</sup> Jinru Shia, MD,<sup>2</sup> Philip B. Paty, MD,<sup>1</sup>  
Martin Weiser, MD,<sup>1</sup> Larissa K. F. Temple, MD,<sup>1</sup> Bruce D. Minsky, MD,<sup>3</sup>  
W. Douglas Wong, MD,<sup>1</sup> and Jose G. Guillem, MD, MPH<sup>1</sup>



**FIG. 1.** Comparison of recurrence-free survival between the pathologic complete response (pCR) and no-downstaging groups.



**FIG. 2.** Comparison of overall survival between the pathologic complete response (pCR) and no-downstaging groups.

Le graal: obtenir une réponse complète - pCR



Le wait and see : traitement non- opératoire en cas de réponse clinique complète : le must .



**Table 1** Outcome of patients with clinical T2/T4 rectal tumours treated with radiotherapy/chemoradiation who did not proceed to surgery in the Habr-Gama series

Reference	No. of patients*	T2†	Follow-up (months)	Chemotherapy	cCR‡	Locoregional failure§	5-year survival (%)		
							Disease-free	Cancer-specific	Overall
Habr-Gama <i>et al.</i> <sup>10</sup> 1998	118 (1991–1996)	Yes	36	FUFA	36 of 118 (30.5)	8 of 30 (27)	NS	NS	NS
Habr-Gama <i>et al.</i> <sup>20</sup> 2004	265	(15)	57.3	FUFA	71 of 265 (26.8) sustained for 12 months	2 of 71 (3)	92	100	100
Habr-Gama <i>et al.</i> <sup>21</sup> 2005	260	(20)	57	FUFA	71 of 260 (27.3) sustained for 12 months	2 of 71 (3)	92	100	NS
Habr-Gama <i>et al.</i> <sup>22</sup> 2006	361 (1991–2005)	14 of 99 (14)	60	FUFA	99 of 361 (27.4) sustained for 12 months	5 of 99 (5)	85	93	93
Habr-Gama <sup>23</sup> 2006	360 (1991–2005)	14 of 99 (14)	NS	FUFA	99 of 360 (27.5) sustained for 12 months	6 of 99 (6)	NS	NS	NS
Habr-Gama <i>et al.</i> <sup>7</sup> 2011	173 (1991–2009)	(16)	85	5-FU-based	87 of 173 (38.7)	8 of 173 (4.6)	72	NS	96

Values in parentheses are \*recruitment period and †percentages. cCR, clinical complete response; FUFA, fluorouracil with folinic acid; NS, not stated; 5-FU, 5-fluorouracil.

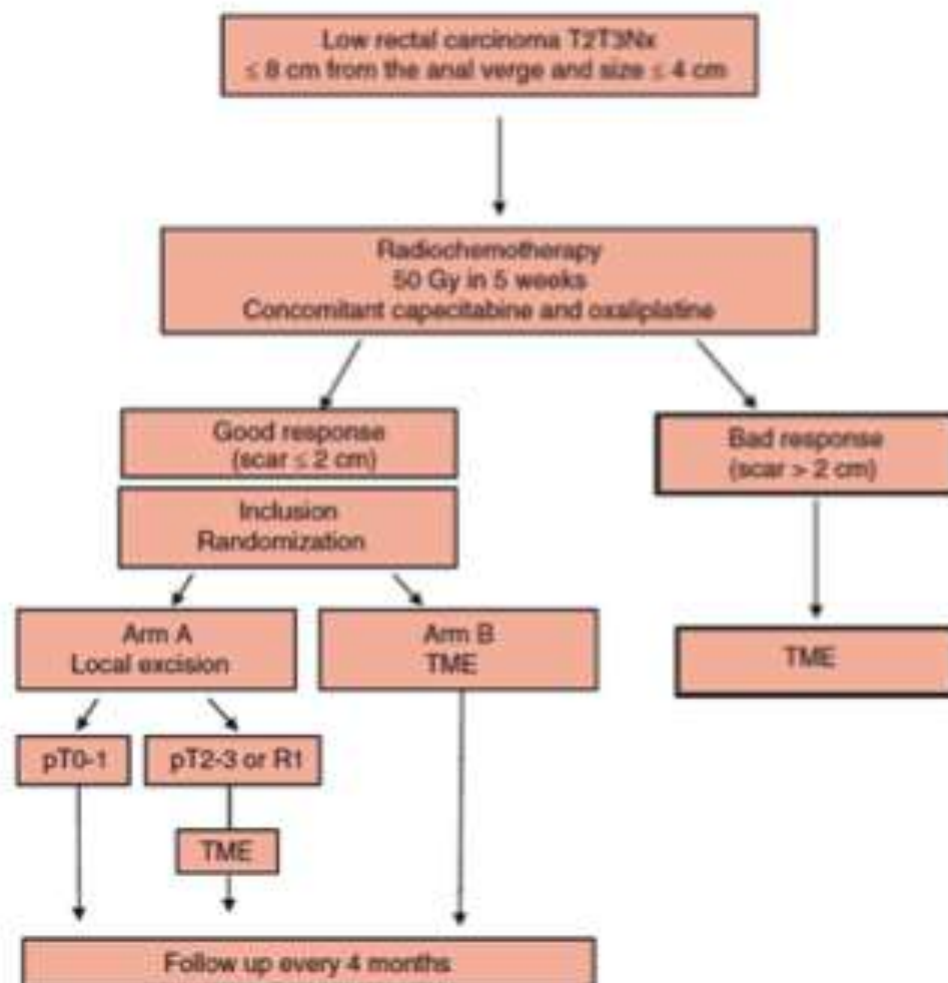


# Préservation rectale après traitement néoadjuvant pour cancer du rectum, un nouveau concept

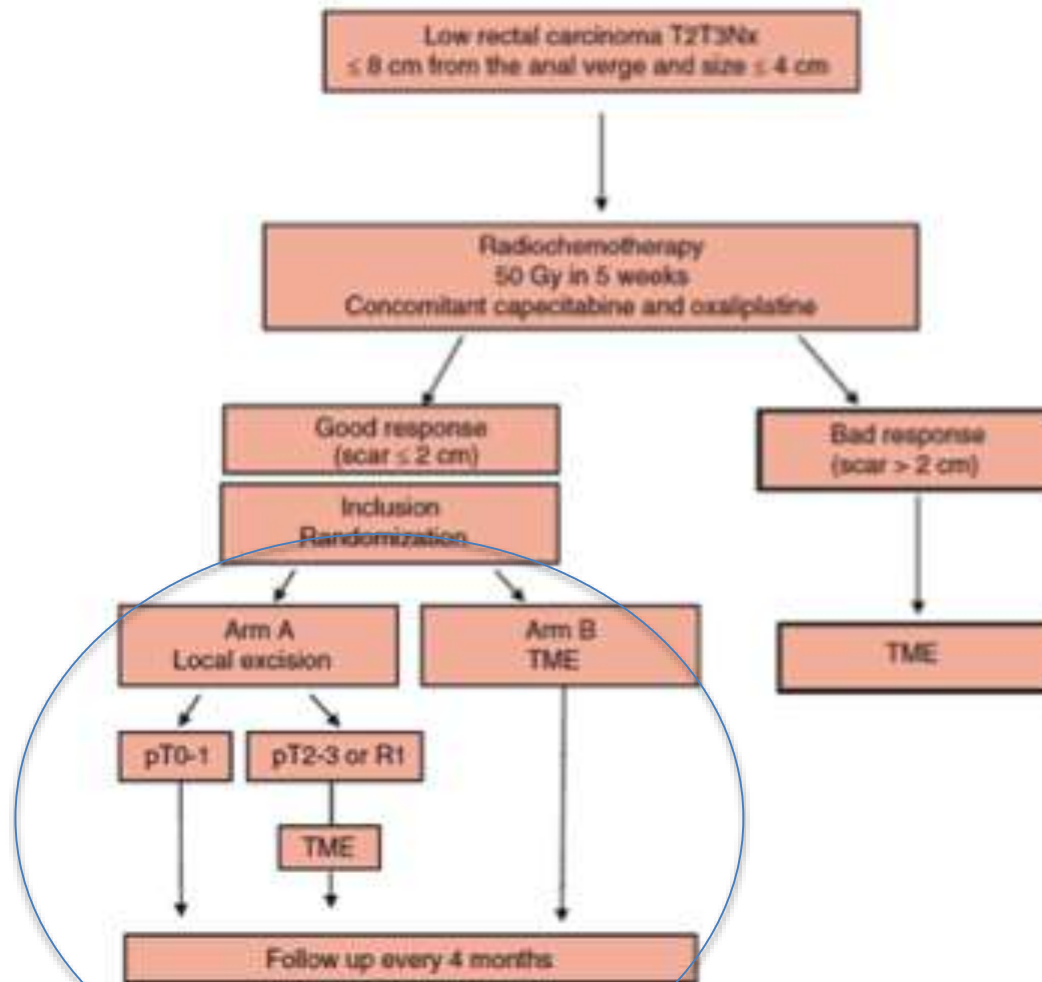
## Résultats préliminaires de l'essai GRECCAR 2



Rullier E, Rouanet P, Tuech JJ, Mosnier H, Lelong B,  
Rivoire M, Faucheron JL, Vanseymortier L, Portier G,  
Meunier B, Sastre B, Prudhomme M, Marchal F, Pocard  
M, Pezet D, Asselineau J, Doussau A.



**Figure 1** Design of the GRECCAR 2 trial: local excision vs total mesorectal excision (TME) in downstaged low rectal cancer after radiochemotherapy.



**Figure 1** Design of the GRECCAR 2 trial: local excision vs total mesorectal excision (TME) in downstaged low rectal cancer after radiochemotherapy.

## Résumé Greccar 2

T2T3 bas rectum  $\leq 4$  cm + RTCT

|

75% bonne réponse clinique  $\leq 2$  cm

|

61% chance pT0-1

|

100% chance pN0

|

46% (0.75 x 0.61) chance préservation rectale

## *Conclusion*

- L'intervention de référence comprend une exérèse totale du mésorectum avec préservations nerveuses.
- La voie d'abord peut être laparoscopique
- La conservation sphinctérienne doit être aussi un objectif thérapeutique.
- Une stomie de protection est recommandée pour diminuer les conséquences d'une fistule anastomotique .
- La réalisation d'un réservoir peut améliorer les résultats fonctionnels notamment lors de la première année post-opératoire.

- L'amputation abdomino-périnéale est réservée aux tumeurs pour lesquelles une marge distale de 1 cm et/ou circonférentielle >1 mm ne peuvent pas être obtenue même après dissection inter sphinctérienne
- Les exérèses par voie endoanale sont réservées au T1 sm1N0.
- Les exérèses endoanales pour les autres stades et le wait and see sont du domaine de la recherche clinique.

*Merci de votre attention !*