

# Un petit cancer du rectum !

Emilie Duchalais

Cas cliniques - Chirurgie colorectale

4<sup>ème</sup> JNCDE



# Take home message

- Le traitement du cancer du rectum évolue vers une approche moins invasive pour lésions débutantes
- On manque de facteurs pronostiques pour cibler les meilleures indications et faire raisonnablement l'impasse sur le statut ganglionnaire
- Certaines formes de cancers ont une évolution plus sévère...

# Cas clinique

Patiente âgée de 46 ans adressée pour prise en charge d'un polype dégénéré du rectum

Le contexte:

Cancer du sein génétique: **BRCA1**

1998: Cancer du sein G Tumorectomie curage RT

1999: Cancer du sein D Tumorectomie curage RT

2002: Récidive: Mastectomie reconstruction

2004: Ovariectomie bilatérale prophylactique

# Cas clinique

- HDLM
  - Contexte de cancer du côlon dans la famille. Coloscopie systématique de dépistage
  - Qualité de la préparation excellente, coloscopie complète normale
  - Au retrait du coloscope: petit polype 6mm du bas rectum, exérèse à l'anse...

***Adénocarcinome lieberkhunien bien différencié  
pT1 marges limites***

# Cas clinique

- Cliniquement: Cicatrice perçue au toucher rectal, antérieure à 1.5 cm de la ligne pectinée
- Quel bilan d'extension ?

# Bilan d'extension

- A: IRM du rectum
- B: Echo-endoscopie rectale
- C: TDM thoraco-abdomino-pelvienne
- D: PET-scan
- E: Dosage ACE

# Bilan d'extension

- A: IRM du rectum
- B: Echo-endoscopie rectale
- C: TDM thoraco-abdomino-pelvienne
- D: PET-scan
- E: Dosage ACE

# Bilan d'extension négatif

- Cicatrice perçue à 1.5 cm... PT1
  - 46 ans, lourd passé carcinologique, lésion de 6 mm
  
- Que proposer à la patiente ?



# Quelle prise en charge ?

- A: Surveillance armée clinique et EEA
- B: TME anastomose colo-susanaie
- C: Résection transanaie de la cicatrice

## Review

J Korean Soc Coloproctol 2012;28(5):230-240  
http://dx.doi.org/10.3393/jksc.2012.28.5.230

Journal of the Korean Society of  
**Coloproctology**

pISSN 2093-7822 eISSN 2093-7830  
www.coloproctol.org

# Update and Debate Issues in Surgical Treatment of Middle and Low Rectal Cancer

Nam Kyu Kim, Min Sung Kim, Sami F. AL-Asari

Department of Surgery, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

## Pourquoi la résection locale est une option ?

**Table 1.** Results of retrospective series comparing local excision with radical surgery for T1 rectal cancer

Study	5-yr local recurrence rate (%)		5-yr overall survival rate (%)		Median follow-up (yr)
	Local excision	Radical resection	Local excision	Radical resection	
Mellgren et al. (2000) [57]	18	0	72	80	4.6
Nascimbeni et al. (2004) [15]	6.6	2.8	72	90	8.1
Endreseth et al. (2005) [13]	12	6	70	80	NR
Bentrem et al. (2005) [58]	15	3	89	93	4.3
You et al. (2007) [17]	12.5	6.9	77	82	6.3
Ptok et al. (2007) [16]	5.1	1.4	84	92	3.5
Folkesson et al. (2007) [59] <sup>a</sup>	7	2	87	93	NR
Nash et al. (2009) [60]	13.2	2.7	87	96	5.6

NR, not reported.

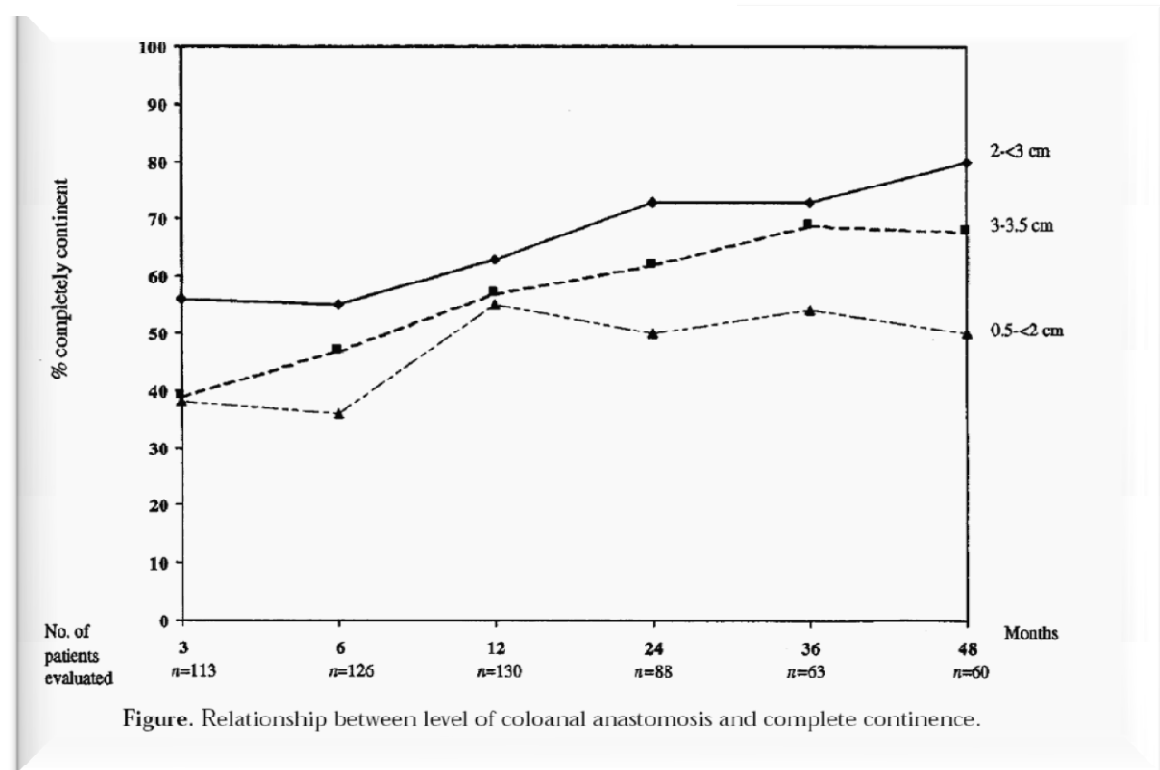
<sup>a</sup>Mix of T1 and T2.

# Parce-que la proctectomie n'est pas sans conséquences...

## Fecal continence following partial resection of the anal canal in distal rectal cancer: Long-term results after coloanal anastomoses

Reza Gamagami, MD, Gabor Istvan, MD, Philippe Cabarrot, MD, Arnaud Liagre, MD, Patrick Chiotasso, MD, and Franck Lazorthes, MD, *Toulouse, France, and San Diego, Calif*

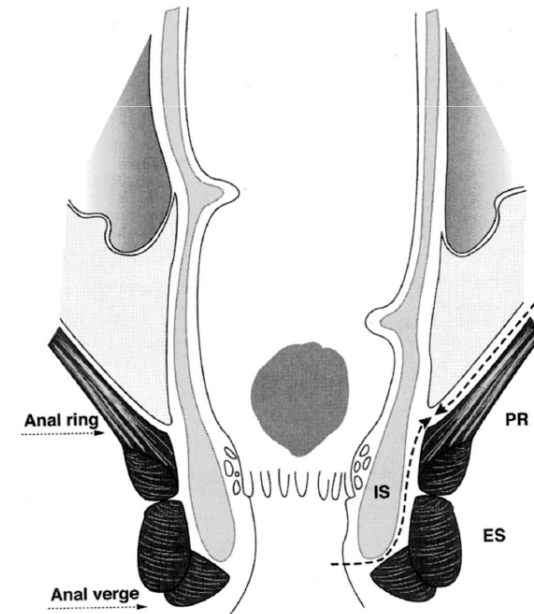
*(Surgery 2000;127:291-5.)*



## Sphincter-Saving Resection for All Rectal Carcinomas *The End of the 2-cm Distal Rule*

Eric Rullier, MD,\* Christophe Laurent, MD,\* Frédéric Bretagnol, MD,\* Anne Rullier, MD,†  
Véronique Vendrely, MD,‡ and Frank Zerbib MD, PhD§

and to others,<sup>11,13,15,21,25</sup> the limit for sphincter-saving resection in low rectal cancer appears to be functional rather than oncologic. The loss of the rectum induces stool frequency and urgency. Furthermore, internal sphincter excision may induce fecal incontinence.<sup>27,28</sup> However, in our opinion, the technique of ISR is justified because recent improvement in surgical management of fecal incontinence permits us to treat patients after surgical injury.<sup>29</sup>



29. Vaizey CJ, Kamm MA, Nicholls RJ. Recent advances in the surgical treatment of faecal incontinence. *Br J Surg.* 1998;85:596–603.

## Long-term Results of Intersphincteric Resection for Low Rectal Cancer

Reza Chamlou, MD,\* Yann Parc, MD, PhD,\* Tabassome Simon, MD, PhD,† Malika Bennis, MD,\*  
Nidal Dehni, MD,‡ Rolland Parc, MD,\* and Emmanuel Tiret, MD\*

(*Ann Surg* 2007;246: 916–922)

### 90 patients opérés d'une résection intersphinctérienne

Prudence avec les résultats  
fonctionnels...

**TABLE 3.** Functional Results After ISR

Stool frequency per 24 h	2.3 ± 1.3
≤2	50 (60)
3–5	30 (36)
>5	3 (4)
Nocturnal defecation	24 (29)
Fecal urgency	16 (19)
Pad wearing	38 (46)
Intestinal transit regulators	22 (26.5)
Feces-flatus discrimination	21 (25.3)
Stool fragmentation	40 (41)
Low fiber diet	30 (36)

Values inside parentheses indicate percentages.



**Résultats fonctionnels de la résection conservatrice**

Dans l'ensemble les résultats fonctionnels de la conservation sphinctérienne sont très bons. On peut dire que la contraction volontaire du sphincter est constamment conservée et que, dans la très grande majorité des cas, la continence automatique est excellente.

Il est important de préciser ce qu'on entend comme bon résultat après une résection du rectum. La contraction du sphincter sous l'influence de la volonté est toujours récupérée, certes ; mais, par elle-même, elle ne suffit pas. Ce qui compte avant tout c'est la continence automatique et la sensation de besoin qu'il importe d'obtenir pour assurer à l'opéré une fonction normale.

Nous avons pu procéder à une enquête précise chez 58 de nos anciens opérés âgés de 35 à 73 ans, revus à des époques variées, après l'opération, depuis cinq mois jusqu'à dix ans.

En voici les résultats :

**I. — RÉSULTATS EXCELLENTS (64 %).**

*Trente-sept opérés étaient normaux, ils avaient une continence absolument normale, pour les matières solides, les liquides et même les gaz, et ne portaient aucune garniture périnéale, ce qui est, dans une certaine mesure, un critérium de la continence parfaite. Le résultat n'avait pas toujours été acquis d'emblée ; certains immédiatement, d'autres au bout de quelques mois. Deux même, âgés de 60 et 65 ans, n'avaient obtenu ce résultat qu'au bout de un an et demi.*

Tous avaient été opérés par voie abdomino-sacrée avec suture du côlon au canal anal conservé sur une certaine hauteur. La suture avait été exécutée le plus souvent par voie endo-anale après évagination du canal anal, parfois, par suture sur drain, ou même suture directe par la voie sacrée, dans les cas où le segment inférieur conservé était particulièrement long ; un seul de ces malades avait été opéré par la méthode de Hochenegg avec dépouillement de la muqueuse. Il avait 35 ans et avait récupéré sa continence complète en quelques huit mois.

Ces 37 opérés avaient récupéré un état fonctionnel absolument normal à tous points de vue. Signalons simplement un inconvénient assez fréquent, mais qui disparaît à la longue : la fréquence des selles, qui atteint parfois 5 à 6 évacuations par jour. Il est probable que l'absence du réservoir normal que constitue l'ampoule rectale, explique cet inconvénient, qui ne nous a pas été signalé par les opérés revus au bout de plusieurs années, soit qu'il y ait une rééducation progressive, soit que le côlon ait reconstitué une nouvelle ampoule.

**II. — RÉSULTATS MOYENS (28 %).**

Dix-sept malades ont un résultat que nous considérons comme moyen.

Ils ont été revus entre six mois et dix ans après l'intervention et parmi eux, 5, qui n'ont pas encore un an de fonctionnement, doivent probablement s'améliorer.

Les inconvénients sont surtout une incontinence plus ou moins marquée pour les matières liquides.

Certains sont obligés de suivre un régime et d'user de bismuth pour être normaux. D'autres ont constamment des selles liquides, qui les obligent à se garnir.

Certes, tous ces malades sont enchantés de leur sort et s'estiment très heureux par comparaison avec leur état avant la fermeture de l'anus iliaque temporaire. Mais nous pensons que *tout malade qui, même enchanté du résultat obtenu, porte une garniture offre un résultat médiocre*. Le pansement protecteur témoignant nécessairement d'une fuite même légère, même inconstante, de l'appareil sphinctérien, constitue à notre avis un critérium du résultat obtenu.

Il serait intéressant de savoir pourquoi ces 17 malades n'ont pas obtenu un bon résultat. Cinq, comme nous l'avons dit, n'ont pas encore un an de fonction et doivent s'améliorer, et même probablement devenir parfaits.

Trois opérés ont actuellement 70 ans (opérés depuis sept mois), 75 ans (opéré depuis deux ans), 76 ans (opéré depuis cinq ans). L'âge avancé intervient certainement en diminuant les chances de récupération intégrale. L'un de ces malades, même, présentait une légère incontinence dès avant l'opération.

## Low Anterior Resection Syndrome Score

### *Development and Validation of a Symptom-Based Scoring System for Bowel Dysfunction After Low Anterior Resection for Rectal Cancer*

*Katrine J. Emmertsen, MD,\*† and Søren Laurberg, MD\**

**TABLE 3.** The LARS Score

	N	%	RR	P	Adjusted RR	LogRR	Score
<b>Incontinence for Flatus</b>							
Never	97	19.8	1		1	0	0
<once a week	127	25.9	2.03	0.029	1.50	0.40	4
≥once a week	267	54.4	4.67	<0.001	1.93	0.66	7
<b>Incontinence for liquid stools</b>							
Never	264	53.8	1		1	0	0
<once a week	184	37.5	2.27	<0.001	1.36	0.30	3
≥once a week	43	8.8	3.22	<0.001	1.38	0.33	3
<b>Frequency of bowel movements</b>							
>7 times a day	35	7.1	3.07	<0.001	1.46	0.38	4
4–7 times a day	147	29.9	1.97	<0.001	1.18	0.17	2
1–3 times a day	268	54.6	1		1	0	0
<once a day	41	8.4	1.42	0.128	1.68	0.52	5
<b>Clustering of stools</b>							
Never	85	17.3	1		1	0	0
<once a week	222	45.2	4.32	0.001	2.49	0.91	9
>once a week	184	37.5	10.30	<0.001	2.86	1.05	11
<b>Urgency</b>							
Never	144	29.3	1		1	0	0
<once a week	221	45.0	4.19	<0.001	2.89	1.06	11
≥once a week	126	25.7	10.10	<0.001	4.76	1.56	16
<b>Lars score</b>							<b>0–42</b>
Relative risk (RR) and score value for each item.							

# Quelle prise en charge ?

- A: Surveillance armée clinique et EEA
- B: TME anastomose colo-susanaie
- C: Résection transanaie de la cicatrice



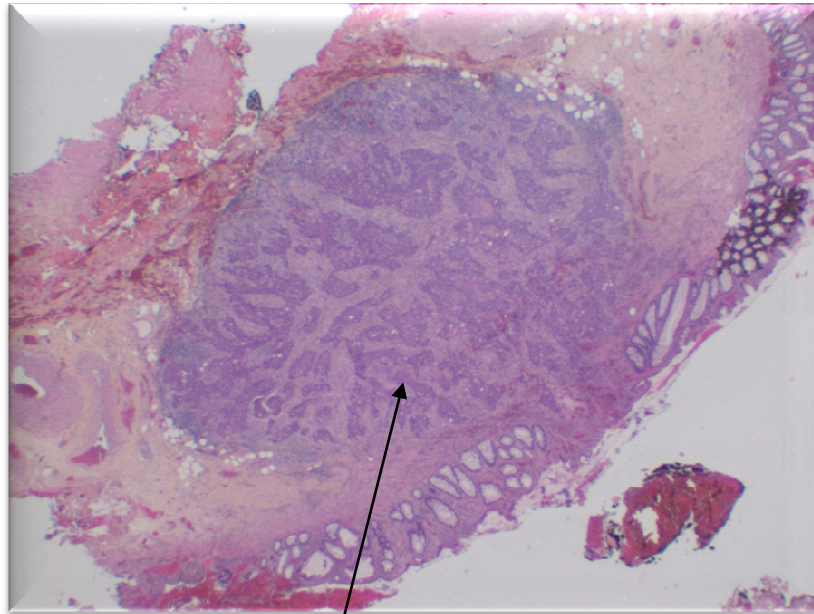
# Quelle prise en charge ?

- A: Surveillance armée clinique et EEA
- B: TME anastomose colo-susanaie
- C: Résection transanale de la cicatrice

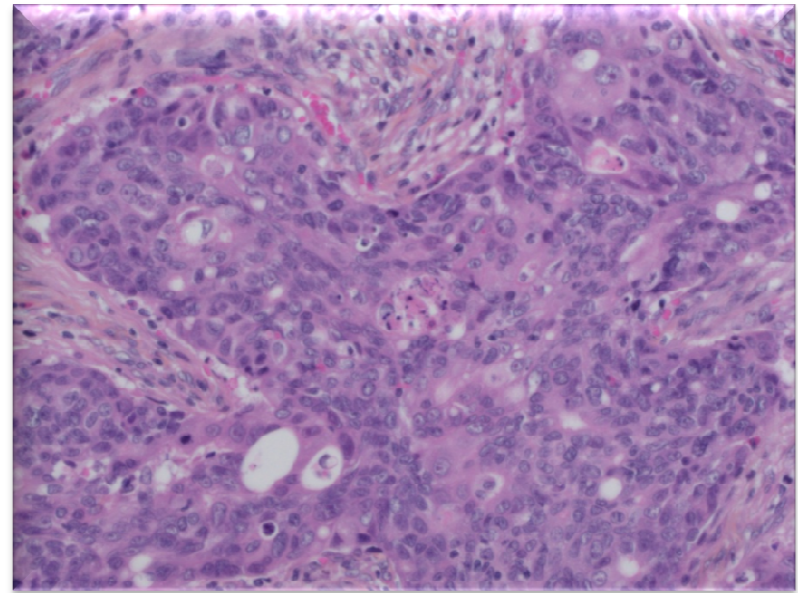
# Intervention chirurgicale

- Résection transanale
  - Bonnes conditions d'exposition
  - Cicatrice bien perçue
  - Pièce unique orientée / adressée pour examen
- Suites opératoires simples
- Sortie J2... Revue à 15 j

# Résultat anatomo-pathologique



**PT1 sm3**



Nodule tumoral sous-muqueux  
0.4 cm (ADK adéno-squameux)  
R0

# Risque envahissement gg

[Glasgow SC, Bleier JI, Burgart LJ, Finne CO, Lowry AC.](#)

***Meta-analysis of histopathological features of primary colorectal cancers that predict lymph node metastases.***

[J Gastrointest Surg.](#) 2012

## **Côlon**

lymphatic invasion (OR, 8.62)

tumor depth (T2 vs. T1; OR, 2.62)

overall differentiation (OR, 2.38)

## **Rectum**

poor differentiation at the invasive front (OR, 6.08)

tumor budding (OR, 5.82)

**Kikuchi / Haggitt:** statut sm 1 (1-2%) / 2 (8%) / 3 (12-20%)

# Que faire ?

- TME ?
- Surveillance armée ?
- Radiochimiothérapie puis surveillance ?

# Que faire ?

- TME
- Surveillance armée ?
- Radiochimiothérapie puis surveillance ?

# Intervention

- Proctectomie. Anastomose colo-anale latéro-terminale non protégée
- Résultats Anatomico-pathologique:
  - 2 ganglions envahis / 12
  - **PT1 N1**

Chimiothérapie adjuvante... FolFox

# Suivi à 2 ans

- Sans récurrence
- Résultat fonctionnel acceptable
  - Pas d'incontinence
  - Fragmentation des selles
    - (3/5 exonérations)

A suivre...

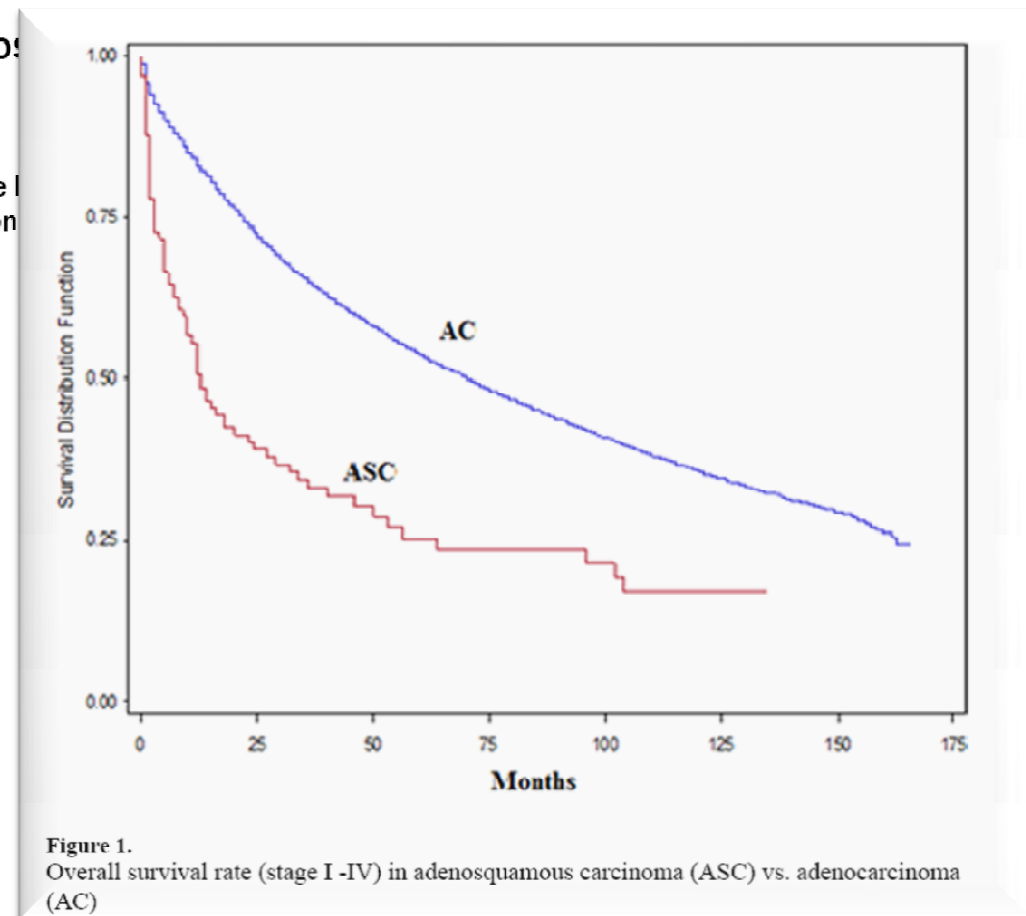


# Carcinome adéno-squameux et pronostic...

*Dis Colon Rectum.* 2012 May ; 55(5): 509–514. doi:10.1097/DCR.0b013e3182420953.

## Population-Based Evaluation of Adenosquamous Carcinoma of the Colon and Rectum

Hossein Masoomi, MD<sup>1</sup>, Argyrios Ziogas, PhD<sup>2</sup>, Bruce L. Steven Mills, MD<sup>1</sup>, Michael J. Stamos, MD<sup>\*,1</sup>, and Jason



# Proctectomie de rattrapage après exérèse locale

**Immediate radical resection after local excision of rectal cancer: an oncologic compromise?**

[Hahnloser D](#), [Wolff BG](#), [Larson DW](#), [Ping J](#), [Nivatvongs S](#).  
[Dis Colon Rectum](#). 2005 Mar;48(3):429-37

## **CONCLUSIONS:**

Local excision of rectal tumors followed by radical surgery within 30 days in cancer patients does not compromise outcome compared with primary radical surgery. Even after radical surgery for superficial T1 rectal cancers, recurrence rates are not insignificant. Future improvements in preoperative staging may be helpful in selecting tumors for local excision only.

# Morale de notre dossier

- Le traitement du cancer du rectum évolue vers une approche moins invasive pour lésions débutantes
- On manque de facteurs pronostiques pour cibler les meilleures indications et faire raisonnablement l'impasse sur le statut ganglionnaire
- Certaines formes de cancers (adénosquameux) ont une évolution plus sévère...