

Peut-on se passer d'un curage ganglionnaire dans le cancer du rectum ?

F. Leblanc, C. Laurent, E. Rullier

Service de chirurgie digestive, hôpital Saint-André, Bordeaux.

Correspondance : E. Rullier, service de chirurgie digestive, hôpital Saint-André, 1 rue Jean Burguet, F 33075 Bordeaux.

e-mail : eric.rullier@chu-bordeaux.fr

Résumé/Abstract

Peut-on se passer d'un curage ganglionnaire dans le cancer du rectum ?

F. Leblanc, C. Laurent E. Rullier

Le curage ganglionnaire fait partie du traitement des cancers du rectum. Il permet d'éviter les récidives locales et de connaître le stade de la maladie. Il existe trois types de curage lymphatique. Le curage du mésorectum est systématique et enlève au moins 5 cm de mésorectum au-delà de la tumeur. Le curage mésentérique inférieur est également obligatoire et doit se faire au minimum jusqu'à la naissance de l'artère colique gauche. Le curage ilio-obturateur est source de complications et n'améliore pas la survie, il ne doit donc pas être fait de principe. Enfin, l'absence de tout curage ganglionnaire n'est proposée que pour les petits cancers du rectum classés T1 et de bon pronostic histologique.

Mots-clés : Cancer du rectum. Ganglions lymphatiques. Curage ganglionnaire.

Can lymph node dissection for rectal cancer ever be omitted?

F. Leblanc, C. Laurent, E. Rullier

Lymph node dissection is a standard part of surgical resection of rectal cancer which helps to avoid local recurrence and allows for accurate staging of the disease. Three types of lymph node dissection have been considered. Mesorectal lymphadenectomy should remove the mesorectum systematically and should extend at least 5cm distal to the tumor. Inferior mesenteric lymphadenectomy should extend at least to the origin of the left colic artery. Lateral lymphadenectomy removing iliac and obturator nodes results in complications and has not been shown to improve survival; it is not routinely recommended. Omission of lymph node dissection is only proposed for the smallest T1 tumors with favorable histology.

Key words: Rectal cancer. Lymph nodes. Lymphadenectomy.

l'artère iliaque interne. Le drainage lymphatique prédominant du rectum est le système rectal supérieur – mésentérique, le drainage latéral iliaque demeurant accessoire.

Les ganglions du rectum sont situés principalement autour de l'artère rectale supérieure et de ses deux branches de bifurcation. Ils prédominent donc sur les faces postérieures et latérales du mésorectum. Le nombre moyen de ganglions présents dans le mésorectum varie de 8 à 13 [4, 5] et leur taille moyenne est de 3 mm [5]. Le drainage pelvien latéral chemine le long de l'artère rectale moyenne puis dans l'espace ilio-obturateur et le long des artères iliaques interne, externe et commune jusqu'à la bifurcation aortique [6].

Histoire naturelle des métastases ganglionnaires du cancer du rectum

Courants lymphatiques

Le cancer du rectum est associé dans environ 30 % des cas à la présence de métastases ganglionnaires. La localisation habituelle de ces métastases suit le courant lymphatique ascendant mésentérique inférieur. La présence de ganglions lymphatiques métastatiques dans le mésorectum sous la tumeur rectale suggère que la circulation lymphatique dans le mésorectum est à la fois ascendante et descendante [7]. Les ganglions métastatiques les plus distaux observés se situaient à 4 cm sous la tumeur [7, 8] (figure 2). Des métastases ganglionnaires latérales seraient présentes dans 8 % à 16 % des cancers du rectum, plus particulièrement en cas de tumeur localement évoluée (stades T3T4) et bas située [9, 10]. Cependant ces données proviennent exclusivement d'études japonaises et n'ont jamais été rapportées en occident.

En résumé, les sites ganglionnaires potentiellement métastatiques sont dé-

Introduction

La chirurgie est le seul traitement curatif des cancers du rectum. La chirurgie comprend l'exérèse du rectum et du tissu cellulo-graisseux périrectal (mésorectum) qui contient les structures vasculaires et lymphatiques. Par conséquent le curage ganglionnaire fait partie intégrante de l'exérèse rectale. En cas de tumeur localement avancée (stade T3 ou T4), la chirurgie doit être associée à une radiochimiothérapie préopératoire afin d'améliorer le contrôle local [1]. L'objectif du curage est également d'obtenir un statut ganglionnaire précis de la maladie pour guider le traitement [2]. En effet, la chimiothérapie adjuvante est habituellement proposée après exérèse rectale en cas de cancer rectal avec métastase ganglionnaire. Enfin, le curage

ganglionnaire (nombre de ganglions et intégrité du mésorectum) est considéré comme l'un des critères qualité de l'exérèse chirurgicale des cancers du rectum [3]. Le but de l'exposé est de préciser les types de curage ganglionnaire nécessaires dans le traitement chirurgical des cancers du rectum.

Drainage lymphatique du rectum

Le drainage lymphatique du rectum naît de la paroi rectale et se développe suivant la vascularisation artérielle et veineuse du rectum. Le rectum est vascularisé par trois artères : les artères rectales supérieure, moyennes (inconstantes) et inférieures (figure 1). L'artère rectale supérieure faite suite à l'artère mésentérique inférieure. Les artères rectales moyennes et inférieures proviennent de

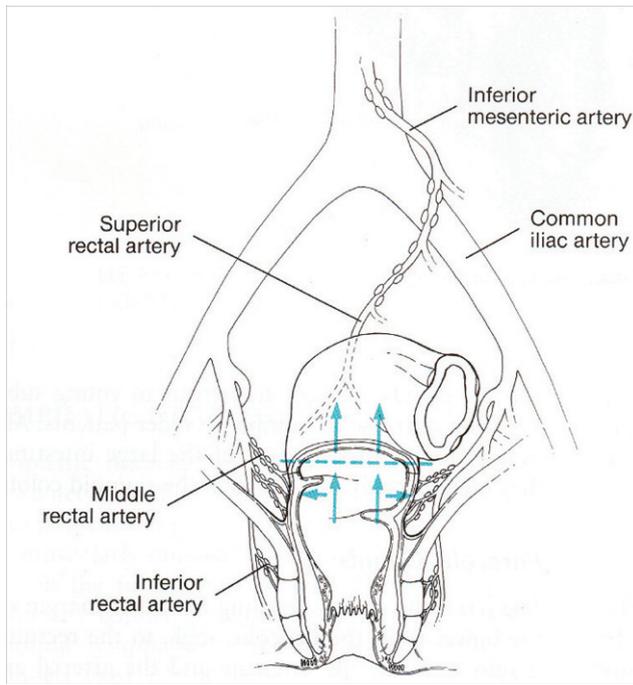


Figure 1 : Vascularisation du rectum : les 3 artères rectales supérieure, moyennes et inférieures.

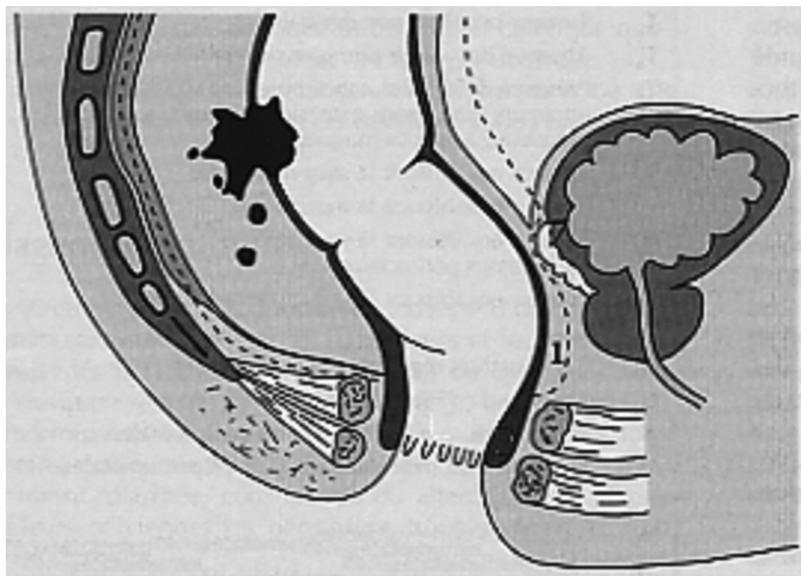


Figure 2 : Ganglions dans le mésorectum sous la tumeur.

pendants du siège de la tumeur rectale. Les tumeurs du haut rectum se drainent essentiellement dans les ganglions lymphatiques mésentériques inférieurs, alors que les tumeurs des moyens et bas rectum se drainent également le long des vaisseaux iliaques internes.

Impact du stade tumoral

Le risque de métastase ganglionnaire dans le cancer du rectum augmente avec le degré d'infiltration pariétale de

la tumeur rectale : 10 % pour les stades T1, 20 à 30 % pour les stades T2 et 40 % pour les stades T3 [1]. Pour le stade T1, il varie également selon l'infiltration tumorale de la sous muqueuse (SM) : 2 % pour le stade SM1, 8 % pour le SM2 et 25 % pour le SM3 [11, 12]. La connaissance précise de ce risque servira à guider la stratégie thérapeutique car le risque ganglionnaire est le principal facteur pronostique des cancers du rectum. Le grade tumoral

(différenciation tumorale) et la présence d'embolies vasculaires constituent d'autres facteurs histopronostiques [11-13].

L'impact pronostique des métastases ganglionnaires justifie la classification TNM des cancers du rectum proposée par l'Union internationale contre le cancer (UICC) :

T1 : infiltration pariétale muqueuse ou sous muqueuse ; T2 : infiltration de la musculuse ; T3 : infiltration de l'adventice ou de la séreuse ; T4 : infiltration des organes adjacents ; N0 : pas de métastase ganglionnaire ; N1 : moins de 4 métastases ganglionnaires ; N2 : plus de 3 métastases ganglionnaires.

Les curages ganglionnaires dans le cancer du rectum

Il y a 3 types de lymphadénectomie dans les cancers du rectum (figure 3). Les curages lymphatiques mésentérique inférieur et mésorectal sont indiqués de façon systématique pour tous les cancers du rectum, à l'exception de certains petits cancers de bon pronostic de stade

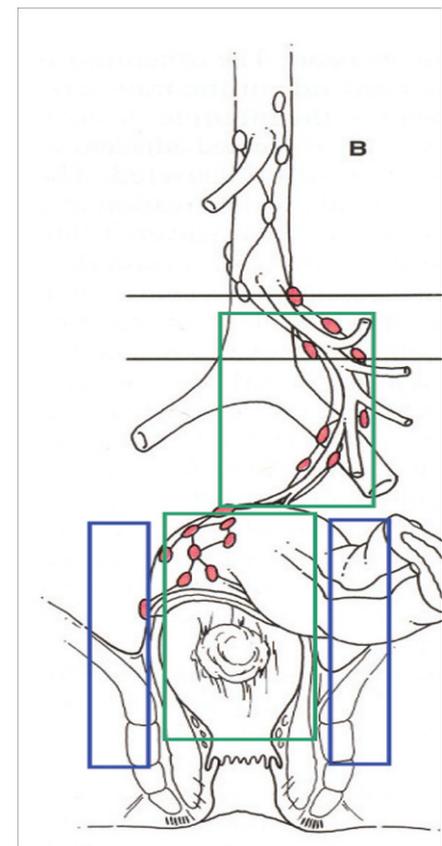


Figure 3 : Les curages lymphatiques des cancers du rectum : en haut le curage mésentérique inférieur, en bas et au milieu le curage mésorectal, en bas et latéralement le curage ilio-obturbateur.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4296514>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4296514>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)