

Article original

Résection rectale pour cancer par laparoscopie avec exérèse totale du mésorectum (ETM). Résultats à long terme d'une série de 179 patients

Laparoscopic rectal excision for cancer using total mesorectal excision (TME). Long term outcome of a series of 179 patients

D. Lechaux ^{a,*}, Y. Redon ^b, G. Trebuchet ^{c,1}, J.L. Lecalve ^d, J.P. Campion ^c, B. Meunier ^c

^a Service de chirurgie viscérale, centre hospitalier Yves-Lefoll, 10, rue Marcel-Proust 22023 Saint-Brieuc, France

^b Service de chirurgie viscérale et cancérologique, polyclinique de l'Océan, 44600 Saint-Nazaire, France

^c Département de chirurgie viscérale, hôpital Pontchaillou, rue Henri-Le-Guilloux 35033 Rennes, France

^d Groupe de chirurgie digestive, polyclinique Sévigné, rue Chêne-Germain 35512 Cesson-Sévigné, France

Disponible sur internet le 21 janvier 2005

Résumé

Objectifs. – La chirurgie laparoscopique du cancer du rectum reste controversée. Nous avons voulu évaluer les suites opératoires et le résultat carcinologique de 179 patients consécutifs opérés par cette voie entre avril 1992 et avril 2003.

Méthodes. – Les patients porteurs d'une lésion rectale de plus de 5 cm et/ou fixées et les tumeurs occlusives ont été exclus de l'étude. La classification TNM a été utilisée. Une radiothérapie préopératoire était proposée pour les patients T₃ N₀ ou N₊ (45 Gy). Sur le plan technique, l'abord laparoscopique comportait une exérèse totale du mésorectum pour les tumeurs du moyen ou du bas rectum, un abord vasculaire à l'origine, une dissection centrifuge des mésos et une technique dite du « no touch ». Tous les patients N₊ bénéficiaient d'une chimiothérapie postopératoire. Le suivi postopératoire comportait une analyse de la mortalité, de la morbidité, des taux de récurrence locale ou à distance et de la survie actuarielle à cinq ans.

Résultats. – La population étudiée comprenait 108 hommes et 71 femmes, d'âge moyen 67 ans. Il y avait 61 tumeurs du haut rectum (34 %), 68 du moyen rectum (38 %) et 50 du bas rectum (28 %). Vingt neuf patients (16 %) ont nécessité une conversion en laparotomie. La morbidité chirurgicale était de 24 % et la morbidité médicale de 4 %. Il y avait 60 stade I (40 %), 25 stade II (16 %), 49 stade III (32 %) et 16 stade IV (10 %). À la date point, 90 patients étaient vivants sans récurrence (71 %), dix patients étaient vivants en récurrence (5 %) et 37 patients étaient décédés (20 %). Un seul cas de métastase sur orifice de trocart est survenu en cas de résection curative et cela avec un recul moyen de 76 mois. La survie à cinq ans était de 85 % pour les stade I, de 70 % pour les stade II et de 63 % pour les stade III.

Conclusion. – Dans notre expérience, une résection rectale par voie laparoscopique peut être réalisée sans majoration de la mortalité et de la morbidité même si une exérèse totale du mésorectum est requise du fait de la localisation tumorale. Nos résultats carcinologiques et la survie globale, de 71 % à plus de cinq ans, nous incitent à continuer à utiliser cette procédure.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Background. – The purpose of this study was to evaluate the outcomes and the five-year survival of 179 consecutive patients with rectal carcinoma operated with a laparoscopic procedure between April 1992 and April 2003.

Methods. – Patients with obstructing, bulky cancers were excluded from this study. Tumor stage was defined according to the TNM classification. Preoperative radiation therapy was offered to T₃ N₀ or N₊ patients (45 Gy). The laparoscopic-assisted technique included total mesorectal excision (TME), primary high vascular ligation, centrifugal dissection of the mesentery, and “no touch” technique. All the N₊ patients received adjuvant chemotherapy. The outcomes were defined as five-years recurrence (local recurrence and distant metastasis) and the diseases-free survival. The survival rates were calculated with the Kaplan–Meier test.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : david.lechaux@ch-stbrieuc.fr (D. Lechaux), yann.redon@wanadoo.fr (Y. Redon), jeanpierre.campion@chu-rennes.fr (J.P. Campion).

¹ Ce travail est dédié à la mémoire de Gérard Trébuchet, principal opérateur de cette série, qui a largement contribué à la conception de la technique de colectomie laparoscopique. Gérard est décédé à Rennes, le 1^{er} septembre 2003 à l'âge de 59 ans.

Results. – There were 108 males and 71 females, median age was 67 (range 39–88). There were 61 upper rectum localizations (34%), 68 middle rectum (38%) and 50 low rectum (28%). Twenty-nine patients required open conversion (16%). Surgical operative morbidity was 24% and medical morbidity was 4%. There were 60 stage I (40%), 25 stage II (16%), 49 stage III (32%), and 16 stage IV (10%). Ninety patients (71%) are alive and disease free, ten (5%) are alive with disease recurrence, and 37 patients (20%) are deceased. Only one case of trocar site implantation occurred after curative resection during an average follow up of 76 months. Five-year observed survival rate were 85% for stage I, 70% for stage II, and 63% for stage III.

Conclusion. – In our experience laparoscopic rectal resection could be done safely. The oncologic outcome was similar to that of open surgery. Further randomized trials will be necessary to confirm the value of this technique.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Résection laparoscopique du rectum ; Cancer du rectum ; Exérèse totale du mésorectum ; Survie

Keywords: Laparoscopic rectum resection; Rectum cancer; Survival

La chirurgie du cancer du rectum a considérablement progressé grâce à la description par Heald en 1982 [1] de la technique d'exérèse totale du mésorectum (ETM). Cette technique a diminué d'environ 25 % le taux de récidives pelviennes [2] tout en étant compatible avec une conservation sphinctérienne et une préservation nerveuse. L'essor de la coelioscopie a permis l'abord laparoscopique du cancer colorectal. Cet abord reste encore aujourd'hui débattu [3], ce d'autant qu'aucune série contrôlée randomisée n'a abouti à ce jour. Ces controverses sont liées au risque de récidives néoplasiques pariétales [4] et à l'incertitude concernant les résultats carcinologiques à long terme. De plus, nombreux sont ceux qui insistent sur l'importance de l'expertise technique devant faire réserver cette chirurgie aux centres spécialisés [5]. Pour certains auteurs [6], la chirurgie du cancer du rectum ne devrait être pratiquée que par voie conventionnelle. Malgré ces réserves, de nombreuses études [7–10] ont montré la faisabilité et l'intérêt de l'abord laparoscopique pour la qualité des suites opératoires et la faible morbidité. Le but de ce travail prospectif était de rapporter et d'analyser les résultats techniques, et carcinologiques à long terme, de l'abord laparoscopique du cancer du rectum chez 179 malades opérés entre avril 1992 et avril 2003.

1. Patients et méthodes

Entre le 1^{er} avril 1992 et le 1^{er} avril 2003, 179 patients ont été opérés d'un adénocarcinome du rectum par laparoscopie, à la polyclinique Sévigné et dans le département de chirurgie viscérale du CHU de Rennes. Ces patients ont été opérés par deux chirurgiens. Étaient considérées comme adénocarcinomes du rectum, toutes les lésions, prouvées histologiquement, dont le pôle inférieur se situait, endoscopiquement, à moins de 15 cm de la marge anale. Les lésions d'un diamètre de plus de 5 cm au scanner et/ou manifestation fixées étaient exclues de l'étude. Aucune exclusion de patient n'a été motivée par des critères médicaux ou par une surcharge pondérale. Lors du bilan préopératoire, l'échoendoscopie et l'IRM n'étaient pas systématiques, en revanche un examen endoscopique et un scanner abdominopelvien étaient toujours réalisés. Le suivi postopératoire comprenait une consultation chi-

urgicale à deux mois, un bilan hépatique à six mois et puis tous les ans un dosage des marqueurs tumoraux, une radio des poumons, un scanner et une coloscopie. L'ensemble des données cliniques, biologiques et morphologiques a été colligé de façon prospective sur une base de données Microsoft® Excel 2000. Les facteurs de risque opératoire étaient déterminés selon la classification ASA [11]. Les lésions étaient classées selon la classification TNM [12]. Les patients porteurs d'une lésion classée T₃ N₀ ou N₊, quel que soit le T, bénéficiaient d'une radiothérapie préopératoire de 36 Grays. L'irradiation préopératoire était de 45 Grays selon les recommandations de la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer de 1998 [13]. Les patients étaient opérés quatre à six semaines après la fin de l'irradiation. Tous les patients présentant des lésions classées N₊ bénéficiaient d'une chimiothérapie adjuvante. Les patients recevaient une préparation colique préopératoire qui consistait en un régime sans résidu durant la semaine précédant l'intervention et un Fleet phosphosoda® la veille de l'intervention. Une antibioprophylaxie par céphalosporine de deuxième génération était administrée à l'induction. Sur le plan technique, la procédure d'exérèse à visée carcinologique incluait un contrôle vasculaire premier, une mobilisation viscérale évitant toute préhension de la paroi colique ou rectale. Après la création d'un pneumopéritoine au CO₂, à l'aiguille, en hypochondre gauche, cinq trocars étaient placés. En cas de résection antérieure (RA) avec anastomose colorectale moyenne, le trocar optique (10 mm) était situé à deux travers de doigt au-dessus et à droite de l'ombilic. Pour les localisations nécessitant une dissection complète du mésorectum, l'optique était positionné sur la ligne médiane, deux doigts au-dessus de l'ombilic de façon à assurer une vision parfaitement symétrique de la cavité pelvienne. Un trocar de 12 mm était placé en fosse iliaque droite en dehors du pédicule épigastrique en tenant compte de l'éventualité d'une iléostomie extériorisée par une incision, prolongeant en dehors, l'orifice de ce trocar. Ce site était également choisi pour extérioriser la pièce opératoire. Trois autres trocars de 5 mm étaient positionnés en flanc droit, flanc gauche et sous xiphoïdien. L'angle gauche était mobilisé dans la plupart des cas, et en fonction de la longueur de la boucle sigmoïdienne et de la nécessité de confection d'un réservoir colique. L'exérèse du mésorectum était systématique.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9398570>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9398570>

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