

Traitement du cancer colique gauche en occlusion

Mahaut Leconte

Service de Chirurgie Digestive Hépatobiliaire et Endocrinienne
Hôpital Cochin



Incidence

- 70 % des occlusions coliques sont d'origine tumorale
- 15 % des cancers coliques sont diagnostiqués au stade d'occlusion (1 sur 4 après 80 ans)

Siège Colon gauche ++++

angle gauche 40%
sigmoïde 30%
charnière recto-sigmoïdienne 5%

Pronostic

Les malades ayant un **cancer colique en occlusion**

- Sont en moyenne **plus âgés**
- Ont une **morbidity opératoire plus importante** pulmonaires, septiques, fistules
- Ont une **mortalité opératoire plus importante** (5-20%)

➔ La chirurgie en urgence est un **facteur indépendant de mortalité** de la chirurgie colorectale

The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland Study of Large Bowel Obstruction Caused by Colorectal Cancer

Paris P. Tekkis, MD, FRCS, Robin Kinsman, PhD,† Michael R. Thompson, MD, FRCS,‡
Jeffrey D. Stamatikis, MS, FRCS,§ on behalf of the Association of Coloproctology of
Great Britain, Ireland*

(*Ann Surg* 2004;240: 76–81)

- Ont des tumeurs \geq **T3**
- Ont moins de tumeurs résécables (47-53%)
- Ont une **survie à 5 ans** inférieure

L'**occlusion** est une variable pronostique péjorative indépendante du cancer colique

Cancer colique gauche en occlusion

Chirurgie



Prothèse colique

1. Colostomie première

Chirurgie en 2 ou 3 temps

2. Résection sans anastomose

- Intervention de Hartmann
- Double colostomie

3. Résection avec anastomose protégée ou non

(1) Colostomie première

Consensus 1998

1^{er} temps



Colostomie latérale par une voie d'abord élective

Lève l'obstacle, correction des désordres hydro-électrolytiques, coloscopie-biopsies, bilan d'extension, préparation colique

2^{ème} temps

Résection curative + anastomose dans les 10 jours

Voire 3^{ème} temps

Fermeture de colostomie

Contre-indications

- Occlusion du grêle
- Dilatation diastatique du caecum

(1) Colostomie première

Siège de la Tumeur



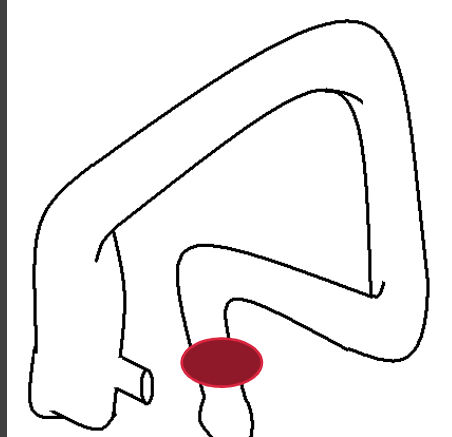
Siège de la colostomie

Seulement **60%** des malades vont au bout du programme chirurgical, les autres gardent une colostomie définitive

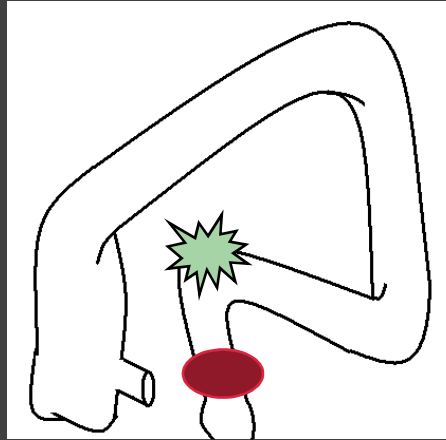
Leitman et al. *Surg Gynecol Obstet* 1992
Cummins et al. *Ann Surg* 2004
Daens et al. *Br J Surg* 1994

(1) Deux temps

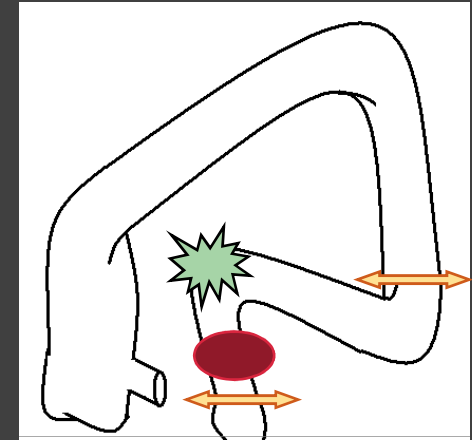
Sigmoïde distal



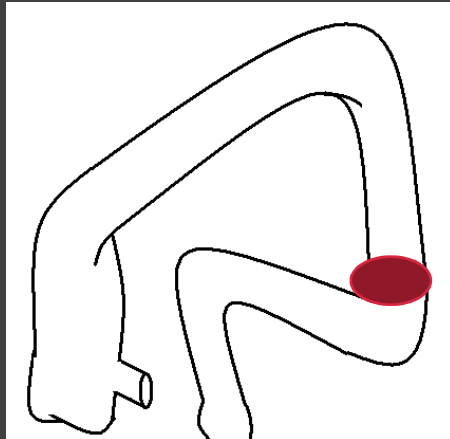
Proche Amont



Deux temps



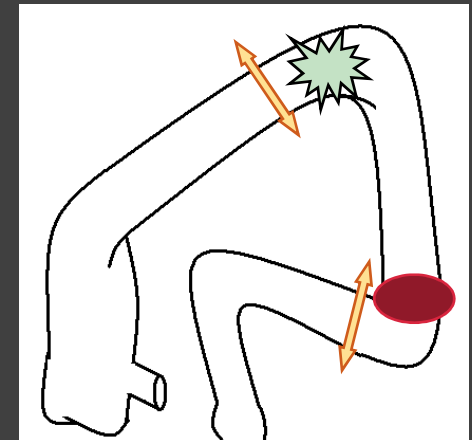
Sigmoïde proximal



Transverse gauche



Deux temps



(1) Trois temps

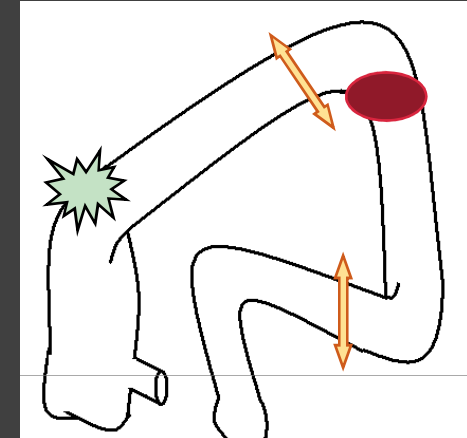
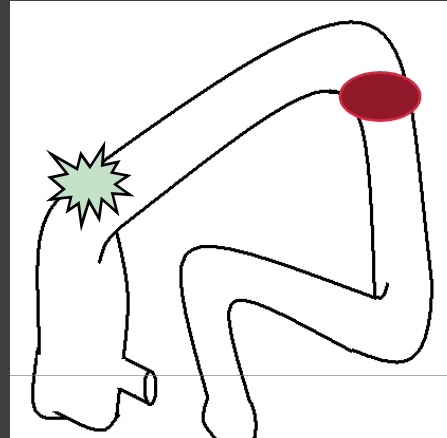
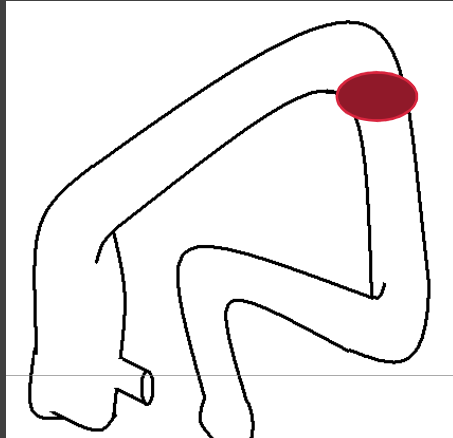
Angle gauche



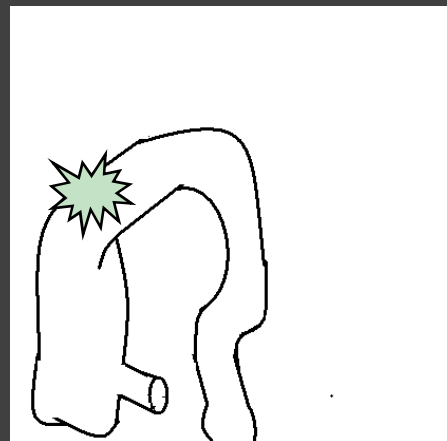
Transverse droite



Deuxième temps



Troisième temps
Fermeture stomie



(2) Résection sans anastomose

- **Intervention de Hartmann**

Morbidité **9 à 40%**

Mortalité **10 %**

30 % des malades gardent une colostomie définitive

- **Double colostomie (Bouilly-Volkman)**

Desai et al. *Am J Surg* 1999

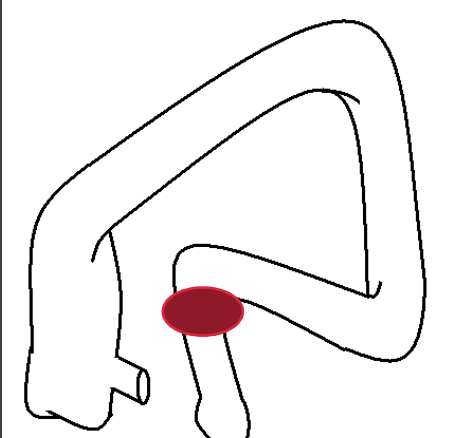
Qualité carcinologique de la résection ?

(3) Résection avec anastomose

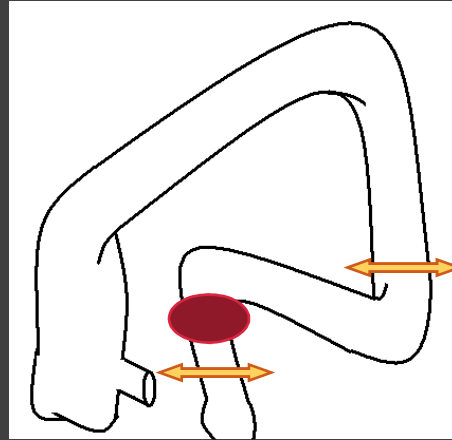
- **Colectomie sub-totale** avec anastomose iléo-sigmoïdienne
- **Résection segmentaire avec lavage colique per-opératoire** protégée ou non

(3) Résection avec anastomose

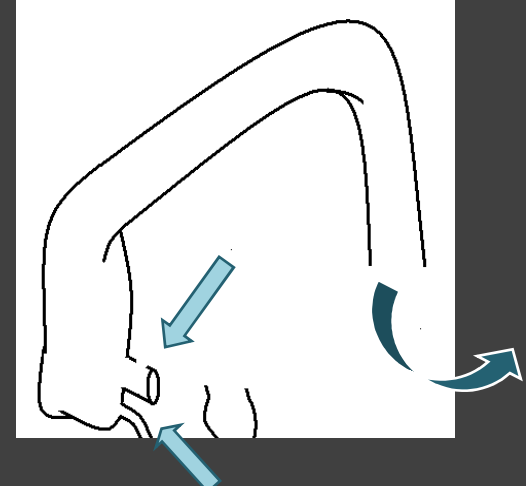
Sigmoïde distal



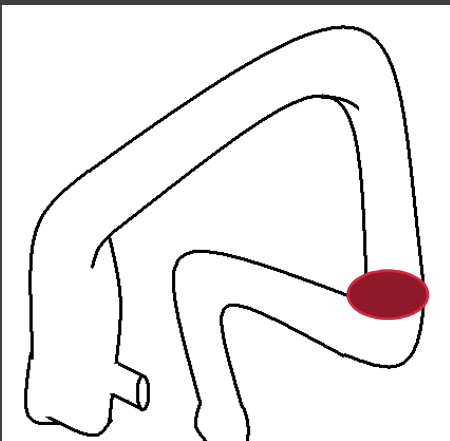
→ Résection segmentaire →



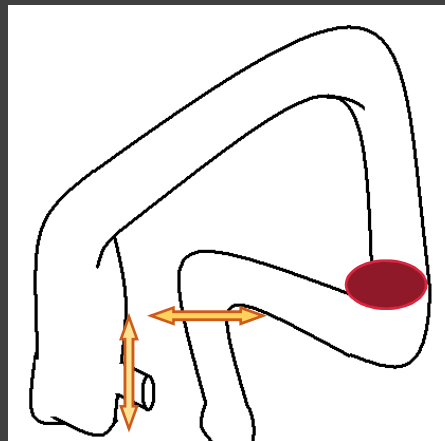
Lavage colique



Sigmoïde proximal



→ Colectomie sub-totale →



→ A iléo-sigmoïdienne



Colostomie première ?



Colostomy left-sided malignant colonic obstruction

273



1 essai randomisé

Kronborg O. *Int J Colorectal Dis* 1995

1 revue systématique

Breitenstein S. *Br J Surg* 2007

Colostomie première ?

Kronborg O. Acute obstruction from tumour in the left colon without spread. A randomized trial of emergency colostomy versus resection.

Int J Colorectal Dis 1995

Colostomie première (n=58) vs Hartmann (n=56)

Mortalité

Pas de différence

Morbidité, transfusion

Inférieure

Patients survivants **sans** colostomie

Supérieure (91% vs 72%)

Survie à distance

Pas de différence



La colostomie première (et non l'intervention de Hartmann) doit être considérée comme l'intervention « contrôle » dans les études comparatives évaluant l'anastomose en un temps

Colostomie première ?

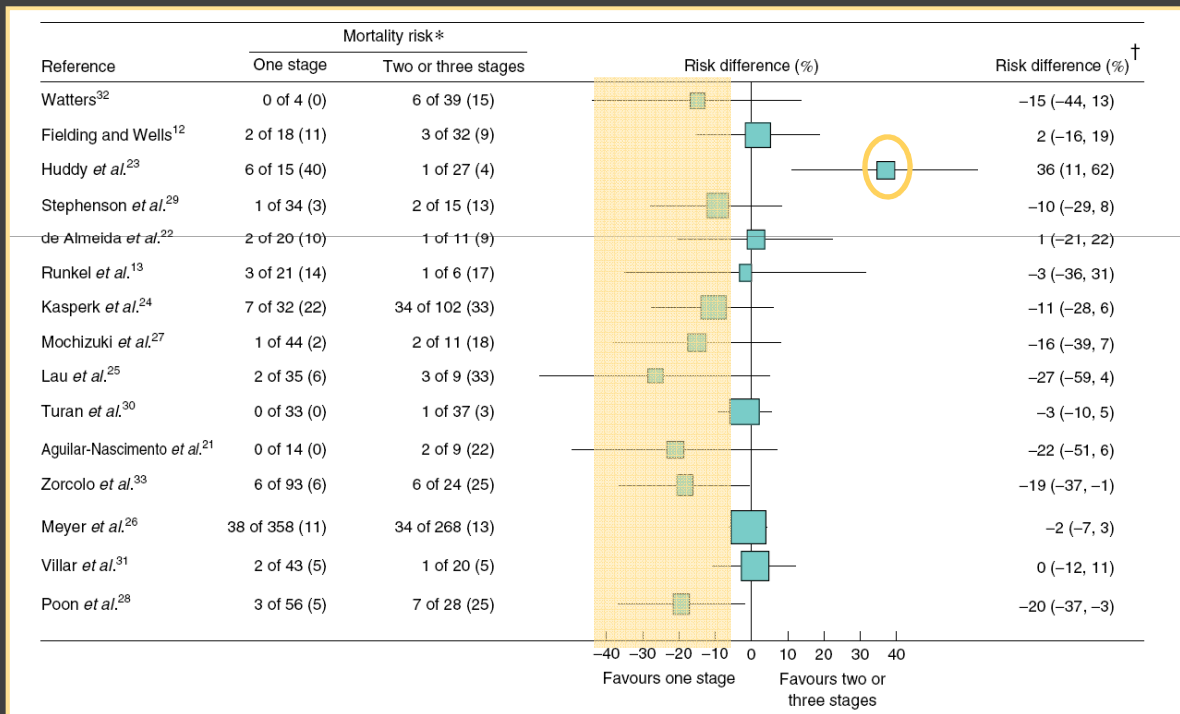
Systematic review

British Journal of Surgery 2007; 94: 1451–1460

Systematic evaluation of surgical strategies for acute malignant left-sided colonic obstruction

S. Breitenstein¹, A. Rickenbacher¹, D. Berdajs¹, M. Puhan², P.-A. Clavien¹ and N. Demartines¹

1 temps vs 2-3 temps
15 études non randomisées



Mortalité



1 temps

Colostomie première ?

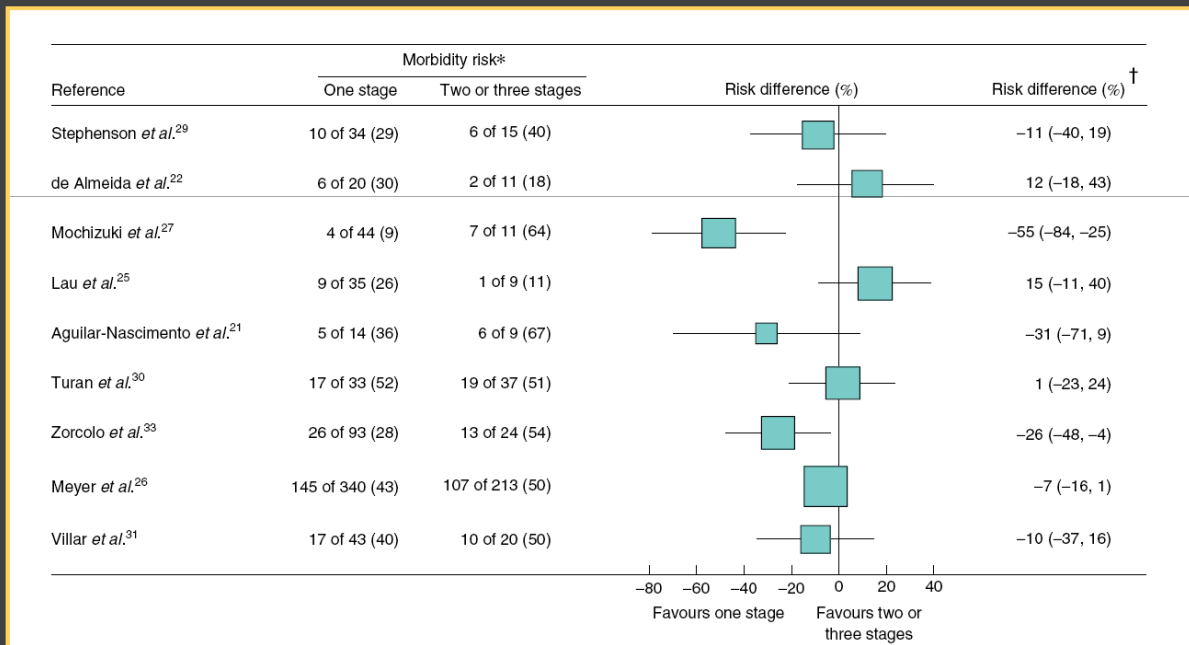
Systematic review

British Journal of Surgery 2007; 94: 1451–1460

Systematic evaluation of surgical strategies for acute malignant left-sided colonic obstruction

S. Breitenstein¹, A. Rickenbacher¹, D. Berdajs¹, M. Puhan², P.-A. Clavien¹ and N. Demartines¹

1 temps vs 2-3 temps
8/15 études non randomisées



Morbidité



Pas de différence

Colostomie première ?



Pas de réponse définitive avec un bon niveau de preuve

Place de la laparoscopie

Résection avec anastomose

Subtotal Colectomy *versus* On-Table Irrigation and Anastomosis (SCOTIA) Study Group. Single-stage treatment for malignant left-sided colonic obstruction: a prospective randomized clinical trial comparing subtotal colectomy with segmental resection following intraoperative irrigation. *Br J Surg* 1995; 82: 1622–1627.

Connaître l'état fonctionnel (continence) en pré opératoire +++

	Colectomie subtotale - anastomose iléo-sigmoïdienne	Colectomie segmentaire- anastomose/ lavage colique
	47	48
Avantages	Lésions d'amont	Fonctionnel
Inconvénients	Fonctionnel *	Lésions d'amont
Fistules	9%	5%
Sepsis	11%	5%
Mortalité	13%	11%
Stomie	15%	2%
Hospitalisation	15-20 j	15-20 j

* Nombre de selles /24 h > 3 et nocturnes supérieur

Résection avec anastomose

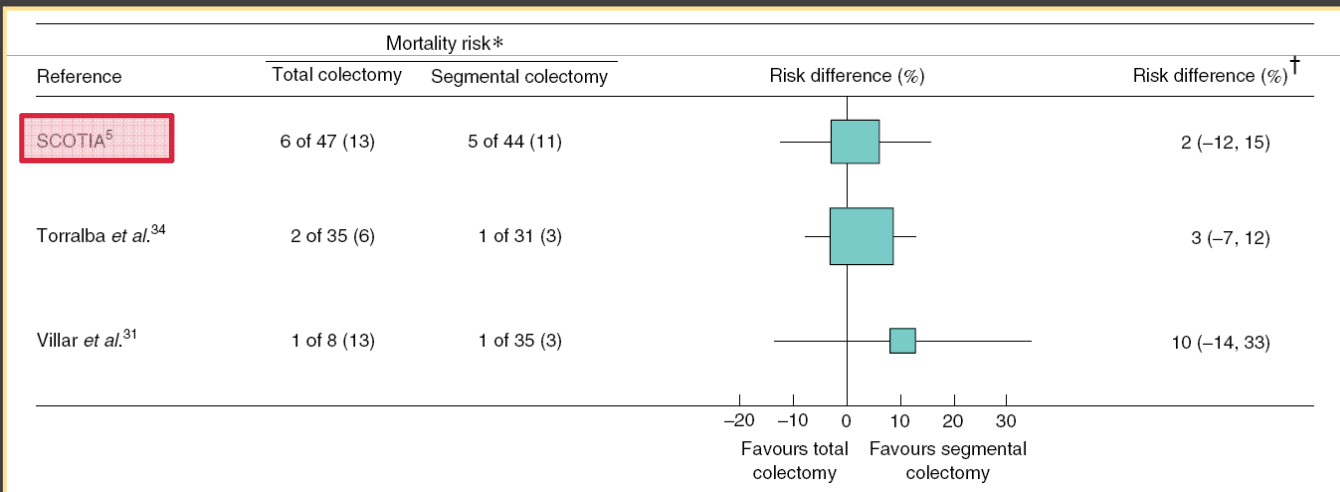
British Journal of Surgery 2007; 94: 1451–1460

Systematic review

Systematic evaluation of surgical strategies for acute malignant left-sided colonic obstruction

S. Breitenstein¹, A. Rickenbacher¹, D. Berdajs¹, M. Puhan², P.-A. Clavien¹ and N. Demartines¹

1 temps
Résection segmentaire
vs colectomie (sub)totale
2 études non randomisées
1 étude randomisée **



Résection segmentaire

Choix de la méthode chirurgicale ?

		n	1 temps	Mortalité 95% IC
Sjodahl	1993	115	35	1-19
Mochizuki	1993	79	69	0-6
Omejc	1998	72	100	5.8-21.8
Runkel	1998	80	40	4-18
Poon	1998	116	81	2.4-11.6
De Aguilar	2002	23	60	0-13
Ascanelli	2003	118	63	6.1-17.7
		603	63	6.1-11.8

Choix de la méthode chirurgicale ?

95 % des chirurgiens anglo-saxons préfèrent une chirurgie en deux temps....

Goyal et al. *Dig Surg* 2001
Pain et al. *Ann R Coll Surg* 1991

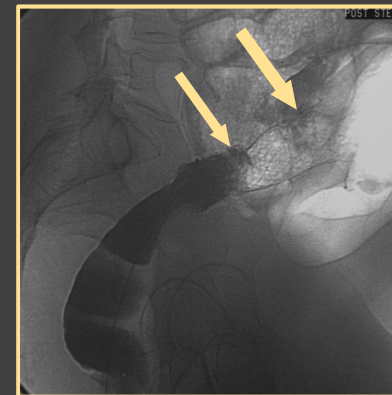
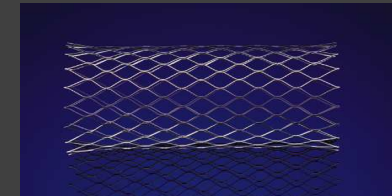
Prothèses coliques

Prothèse transanale métallique auto-expansible

Levée en urgence de l'obstacle tumoral

- Décompression préopératoire « pont vers la chirurgie » ou Palliation
- Radiologie ou endoscopie interventionnelle

- métal
- acier
 - nitinol (Nickel-titane) expansion plus progressive
-
- non couvertes
 - couvertes d'une membrane plastique partiellement ou totalement



Contre indications

- < 5 cm de la marge anale
- Incontinence anale
- Dilatation pneumatique tumeur

Prothèses coliques

Self-expanding Metallic Stents for Relieving Malignant Colorectal Obstruction

A Systematic Review

Amber M. Watt, BmedSc, Ian G. Faragher, FRACS,† Tabatha T. Griffin, PhD,*
Nicholas A. Rieger, MB, MS, FRACS,‡§ and Guy J. Maddern, PhD, FRACS*¶||*

Annals of Surgery • Volume 246, Number 1, July 2007

1845 prothèses chez **1785** patients

43 % palliatif

20% pont vers la chirurgie

Systematic review of the efficacy and safety of colorectal stents

British Journal of Surgery 2002, **89**, 1096–1102

U. P. Khot, A. Wenk Lang*, K. Murali and M. C. Parker

Department of Surgery, Darent Valley Hospital, Dartford, UK and *Boston Scientific International, Paris, France
Correspondence to: Mr M. C. Parker, Darent Valley Hospital, Dartford DA2 8DA, UK (e-mail: mikesurg@aol.com)

58 publications entre **Janvier 1990** et **Décembre 2000** dont 29 « case report »

Clinical Review

Pooled Analysis of the Efficacy and Safety of Self-Expanding Metal Stenting in Malignant Colorectal Obstruction

The American Journal of Gastroenterology (2004) **99**, 2051–2057

Shaji Sebastian, Sean Johnston, Tony Geoghegan, William Torreggiani and Martin Buckley

54 publications entre **Janvier 1990** et **Mai 2003** **1198** malades

Prothèses coliques- résultats

Succès technique	96%	(66-100%)
Succès clinique	92%	(46-100%)
	78 %	Si carcinose ++
	72%	Si « pont vers la chirurgie »
Mortalité	Opératoire	<1%
	Globale	5.7%

Prothèses coliques- complications

Perforation	4%	La + grave J0 à J3, T3>>T4, dilatation ++
Migration	11 %	La + fréquente > J4
Ré-obstruction	7 – 9%	15% si palliatif Délai moyen 24 semaines
Colostomie secondaire	18 – 33%	

Prothèse colique ou chirurgie ?

1. Levée d'obstacle
2. A visée curative « pont vers la chirurgie »
3. A visée palliative

Levée d'obstacle: prothèse ou chirurgie?

Comparison of colonic stenting and open surgery for malignant large bowel obstruction

Surg Endosc (2007) 21: 225–233

H. S. Tilney, R. E. Lovegrove, S. Purkayastha, P. S. Sains, G. K. Weston-Petrides, A. W. Darzi, P. P. Tekkis, A. G. Heriot

10 études dont 2 randomisées

451 malades, prothèse palliative ou « pont vers la chirurgie »

	OR	IC (95%)	p
Hospitalisation	-7.72	-11.42 - -4.02	<0.001
Soins intensifs	0.07	0.01 - 0.31	<0.001
Mortalité	0.45	0.22 - 0.91	0.03
Complications médicales	0.18	0.08 - 0.40	<0.001
Stomie	0.02	0.01 - 0.08	<0.001

Succès technique 92.6% versus 100%

Levée d'obstacle: prothèse ou chirurgie?



- **Critère de jugement** nombre de stomies temporaires ou définitives lors de l'intervention initiale ou secondaire
- **Prothèse** (n=30) *versus* **chirurgie** (n=31) → **25%** *versus* **52%**
- **Essai interrompu** Echec technique 9/30 et perforation 3/30 dans le groupe prothèse avec pose endoscopique 2/3 des cas et traitement dans les 24h

Comparison Between Colorectal Stents and Primary Surgery in Obstructive Colonic Cancer. A Randomized, Controlled Study

This study has been terminated.
(enrolling participants stopped)

Sponsors and Collaborators:	University Hospital, Montpellier University Hospital, Rouen University Hospital, Toulouse University Hospital, Grenoble Rennes University Hospital University Hospital, Lille University Hospital, Angers University Hospital, Bordeaux
Information provided by:	University Hospital, Montpellier
ClinicalTrials.gov Identifier:	NCT00514332

Levée d'obstacle: prothèse ou chirurgie?



La pose d'une prothèse colique de première intention est une **alternative valable** voire **préférable** à la chirurgie d'urgence de première intention en terme de **complications médicales, de mortalité immédiate, de durée d'hospitalisation et de qualité de vie (nombre de stomies)**

Prothèse « pont vers la chirurgie » ou chirurgie d'emblée ?

Études comparatives non randomisées

	Prothèse + Chirurgie	chirurgie
Baqué et al. <i>Ann Chir</i> 2004 <i>prothèse vs colostomie première</i>		
Délai levée obstacle/chirurgie	18j	73j
Exérèse tumorale	56%	59%
Stomie définitive	6%	37%
Martinez Santos et al. <i>Dis Colon Rectum</i> 2002 <i>prothèse vs chirurgie</i>		
Résection-anastomose primaire	85%	41%
Complications sévères	11%	42%
Stomies	15%	58%
Saïda et al. <i>Dis Colon Rectum</i> 2003 <i>prothèse vs chirurgie</i>		
Fistules/Abcès de paroi	3%/2%	11%/14%
Anastomose primaire	77%	45%
Survie 3 ans / 5 ans	50% / 44%	48% / 40%

Prothèse « pont vers la chirurgie » ou chirurgie d'emblée ?



La **pose d'une prothèse colique de première avant chirurgie** permet plus fréquemment une **résection-anastomose en un temps**, réduit le **nombre de stomies définitives**, la **durée d'hospitalisation** et ne semble pas avoir d'**effet délétère sur le plan carcinologique**

Mais

- Pas d'étude prospective randomisée
- Risque de dissémination après prothèse non établi
- Perforation T3 → T4

Traitement palliatif: prothèse ou chirurgie ?

Études comparatives non randomisées

Dans le groupe prothèse

23 à 33% de complications tardives (perméabilité++, migration, perforation)

Geste complémentaire **18%**

Stomie secondaire définitive **5 à 30%**

Médianes de survie **comparables**

Ptok et al. *World J Surg* 2006

Law et al. *Br J Surg* 2003

Tomiki et al. *Surg Endosc* 2004

Études contrôlées

Nombre de malades inclus faible, suivi insuffisant

Fiori et al. *Anticancer res* 2006

Xinopoulos et al. *Surg Endosc* 2004

Pas d'étude prospective randomisée

Traitement palliatif: prothèse ou chirurgie ?



La **pose d'une prothèse colique à visée palliative** permet d'obtenir une survie globalement identique avec une **morbidité et une mortalité immédiates moindres** au prix d'un geste complémentaire tardif endoscopique ou chirurgical

Prothèse colique ou chirurgie ?

Dans les occlusions coliques aiguës tumorales la pose d'une **prothèse colique**

1. Est une méthode sûre et efficace pour lever l'occlusion
2. Évite une chirurgie en urgence
3. Permet en cas de tumeur résécable une chirurgie d'exérèse en un temps
4. Doit être chez le sujet âgé avec comorbidités élevées le traitement palliatif définitif de référence

Remerciements

Docteur Karim Slim

Professeur Bertrand Millat

Docteur Paul Bauret