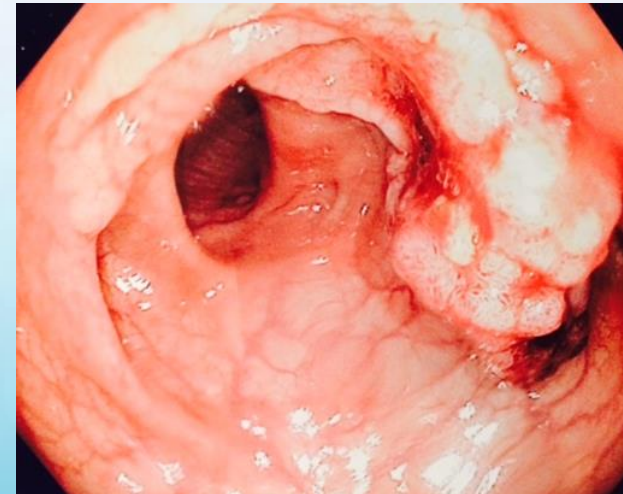


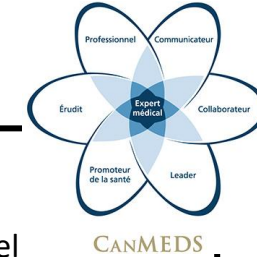
DÉBAT : TRAITEMENTS ENDOSCOPIQUES ET CHIRURGICAUX DU CANCER DU RECTUM LOCALISÉ

Philippe Bouchard, MD
Chirurgien colorectal
CHU de Québec
Professeur agrégé



- Aucun conflit d'intérêt pertinent à cette présentation

Compétences CanMEDS



X	Expert médical (En tant qu'experts médicaux, les médecins assument tous les rôles CanMEDS et s'appuient sur leur savoir médical, leurs compétences cliniques et leurs attitudes professionnelles pour dispenser des soins de grande qualité et sécuritaires centrés sur les besoins du patient. Pivot du référentiel CanMEDS, le rôle d'expert médical définit le champ de pratique clinique des médecins .)
X	Communicateur (En tant que communicateurs, les médecins développent des relations professionnelles avec le patient et ses proches ce qui permet l'échange d'informations essentielles à la prestation de soins de qualité.)
	Collaborateur (En tant que collaborateurs, les médecins travaillent efficacement avec d'autres professionnels de la santé pour prodiguer des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins du patient.)
	Leader (En tant que leaders, les médecins veillent à assurer l'excellence des soins, à titre de cliniciens, d'administrateurs, d'érudits ou d'enseignants et contribuent ainsi, avec d'autres intervenants, à l'évolution d'un système de santé de grande qualité.)
	Promoteur de santé (En tant que promoteurs de la santé, les médecins mettent à profit leur expertise et leur influence en oeuvrant avec des collectivités ou des populations de patients en vue d'améliorer la santé. Ils collaborent avec ceux qu'ils servent afin d'établir et de comprendre leurs besoins, d'être si nécessaire leur porte-parole, et de soutenir l'allocation des ressources permettant de procéder à un changement.)
X	Érudit (En tant qu'érudits, les médecins font preuve d'un engagement constant envers l'excellence dans la pratique médicale par un processus de formation continue, en enseignant à des tiers, en évaluant les données probantes et en contribuant à l'avancement de la science.)
X	Professionnel (En tant que professionnels, les médecins ont le devoir de promouvoir et de protéger la santé et le bien-être d'autrui, tant sur le plan individuel que collectif. Ils doivent exercer leur profession selon les normes médicales actuelles, en respectant les codes de conduite quant aux comportements qui sont exigés d'eux, tout en étant responsables envers la profession et la société. De plus, les médecins contribuent à l'autoréglementation de la profession et voient au maintien de leur santé.)

Objectifs

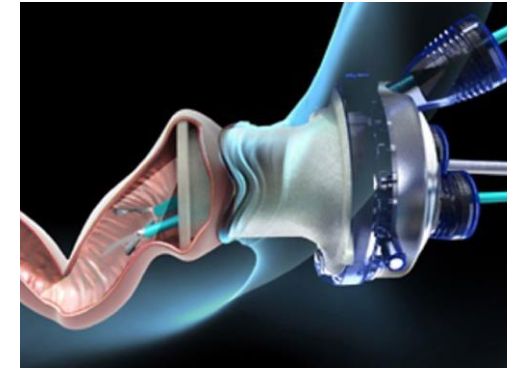
- 1) Décrire le rôle, l'efficacité et les limites de la dissection sous muqueuse et intermusculaire.
- 2) Reconnaître le rôle, l'efficacité et les limites de la chirurgie transanale minimalement invasive (TEM).
- 3) Comparer les deux approches et définir les patients pouvant en bénéficier pour obtenir une résection en marges saines.

Biais

- Je ne fais pas d'ESD.
- Dans la ville de Québec, pas d'ESD.
- Centre de référence en colorectal pour TEM depuis 2009.

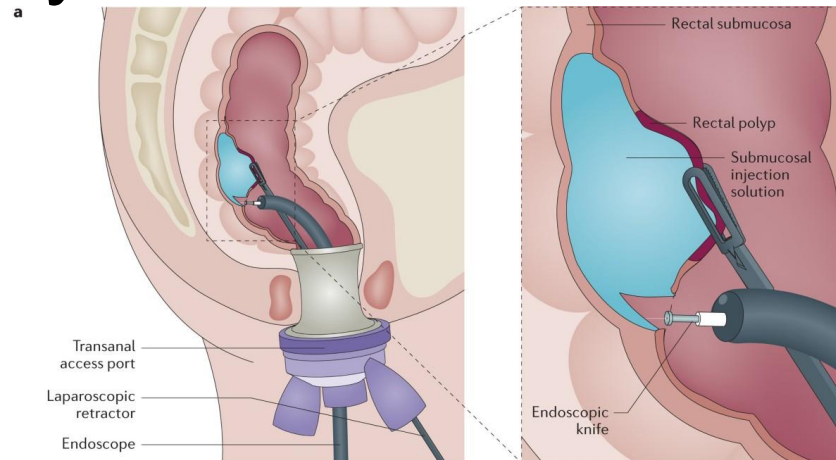
Je ne discuterai pas de:

- TAMIS



Rev Col Gastroenterol vol.34 no.2

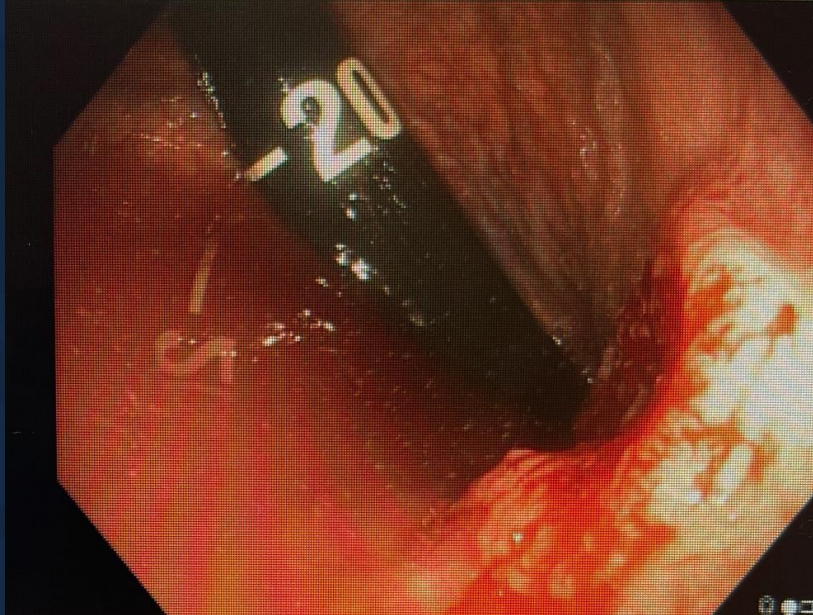
- Technique hybride



Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology volume 13, pages 486–496

Cas

- Femme 50 ans
- Récidive polype rectum au suivi endoscopique
- Valve Ao métallique A/C
- Biopsie: adénome DHG
- IRM: T1N0 probable
- TDM TAP: pas de métastase
- TR: lésion postérieure 2 cm abutée ligne dentelée, légère induration



Est-ce qu'une approche endoanale est indiquée ?

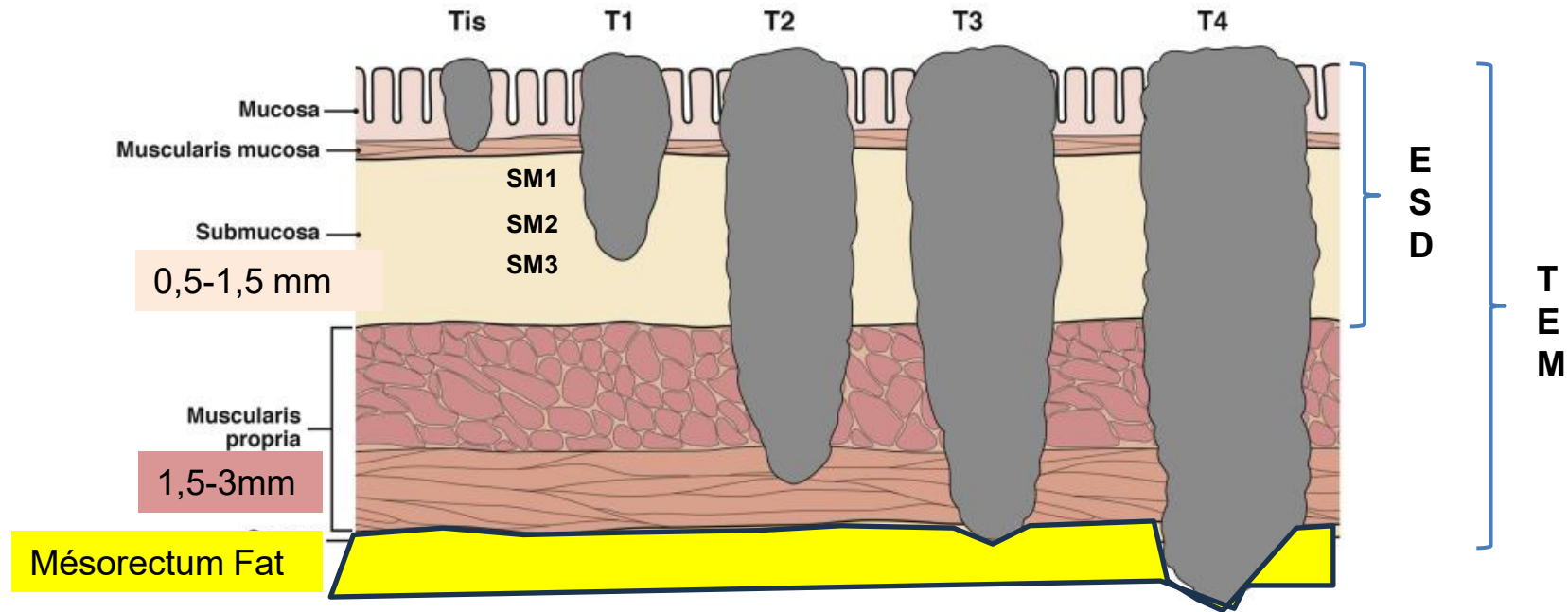
ESD ou TEM ?

Définition: cancer du rectum précoce

Adénorcarcinome invasif de stade

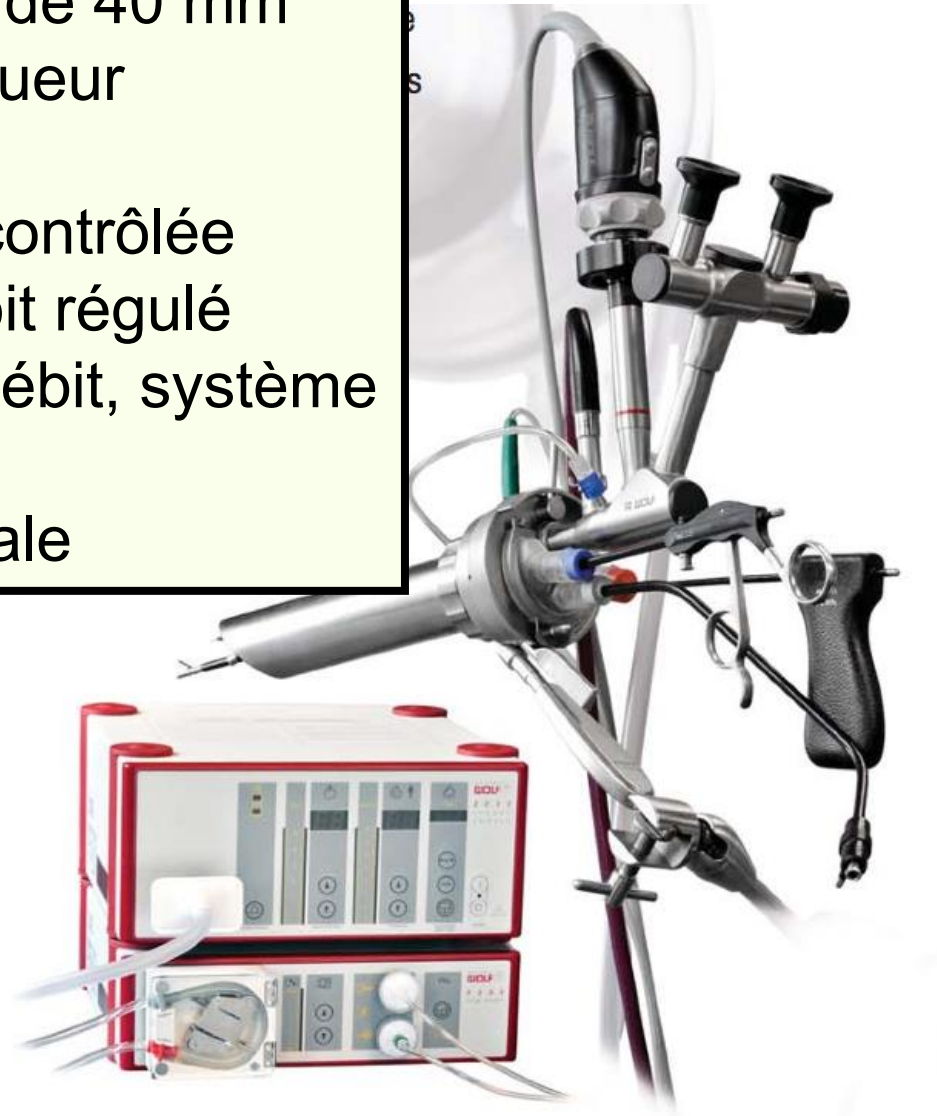
T1N0M0

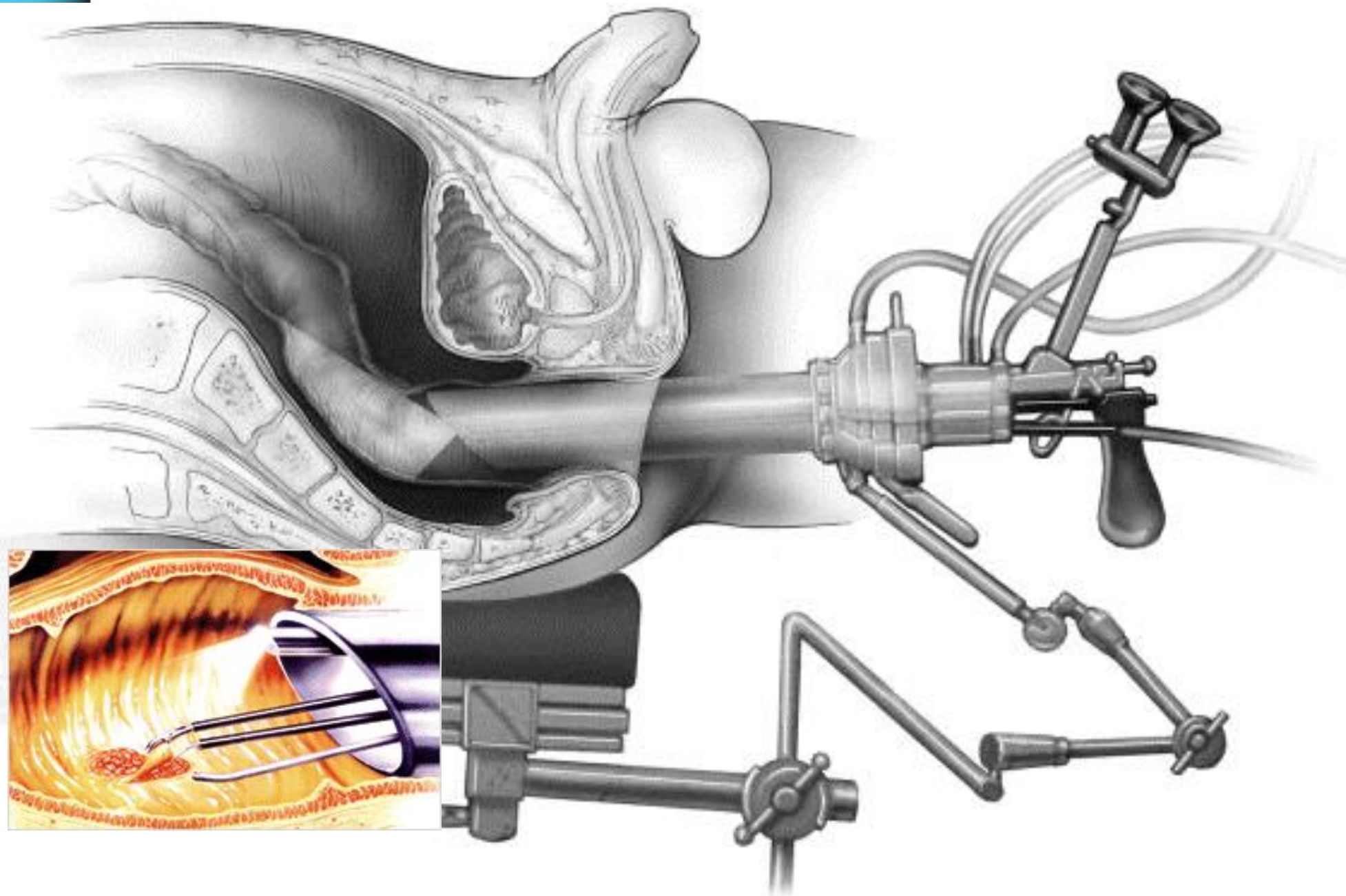
T2N0M0



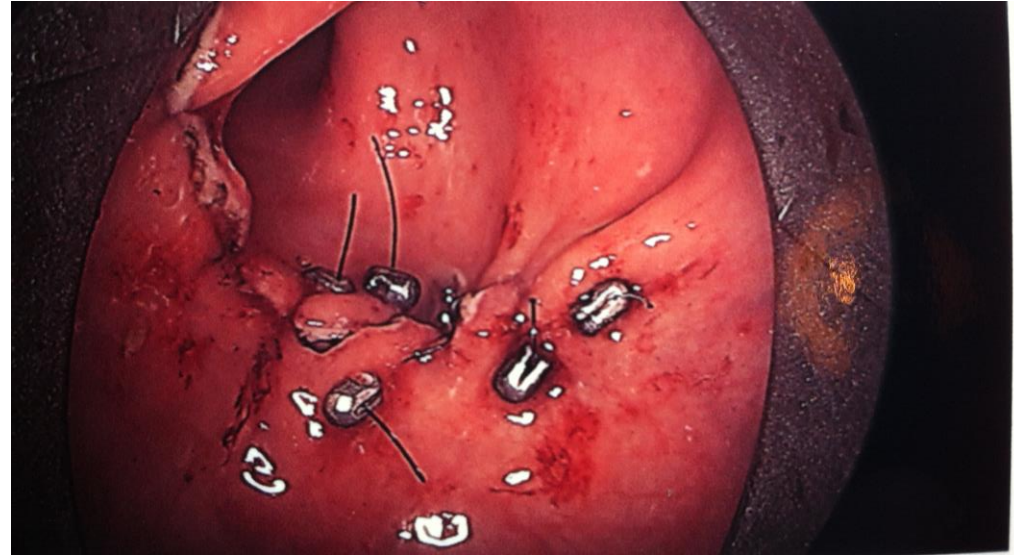
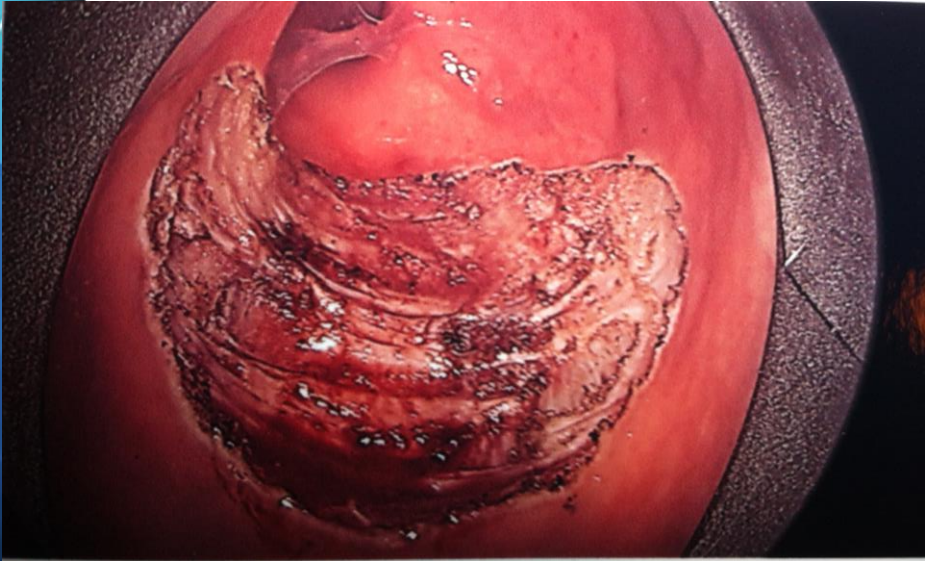
TEM: Transanal Endoscopic Microsurgery

- ◆ Proctoscopes diamètre de 40 mm
- ◆ 12 cm et 20 cm de longueur
- ◆ Caméra vs Microscope
- ◆ Système d'insufflation contrôlée
- ◆ Pression contrôlée, débit régulé constant, succion bas débit, système étanche
- ◆ Sous anesthésie générale

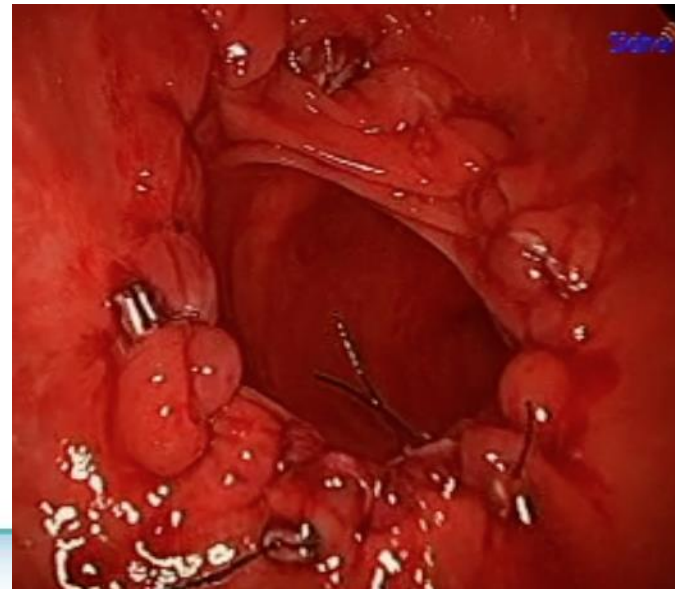




Résection sous muqueuse: équivalent ESD



Résection transmurale





Quand considérer une résection endoanale par TEM (**rôle**)?

Cancer du rectum précoce avec les critères suivants:

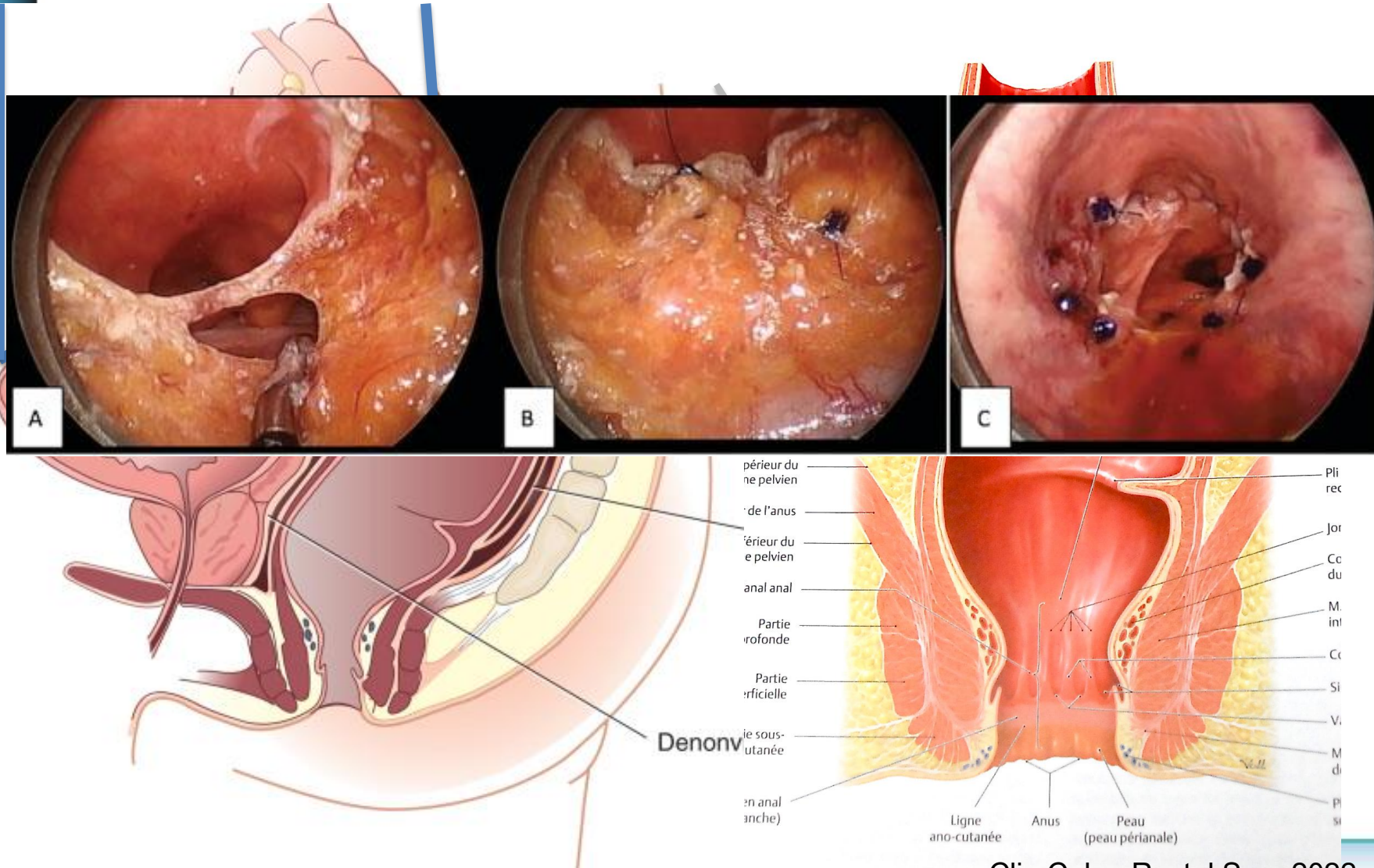
- Tumeur **mobile** au TR
- Aspect endoscopique: **non ulcéré**, < 3cm , < 30 % circ.
- Sous la réflexion péritonéale: < 10-12 cm
- **Biopsie: adénocarcinome ou DHG si suspect**
- **Bilan d'extension négatif: TDM TAP C+**
- Imagerie par **IRM** et échoendo 3D: **T1 vs T2N0**
 - pas fiable pour distinguer T1 vs T2
 - **≤T2 vs >T2" with ~85–90% accuracy**



Limitations TEM

- Coagulopathie
- Varices rectales
- Patient médicalement inopérable - SAG
- Sténose anale/rectale
- *ATCD de radiothérapie pelvienne ancienne*
 - *Moins de compliance rectale*

Facteurs anatomiques à considérer



Transanal endoscopic microsurgery as an outpatient procedure is feasible and safe

Anne-Sophie Laliberte¹ · Aude Lebrun¹ · Sebastien Drolet¹ · Philippe Bouchard¹ · Alexandre Bouchard¹

175 patients , TEM

Table 4 Complications

Morbidity	31.4 %
Postoperative urinary retention	19 % (<i>n</i> = 33)
Dehiscence	5.1 % (<i>n</i> = 9)
Postoperative bleeding	3.4 % (<i>n</i> = 6)
Stenosis	2.3 % (<i>n</i> = 4)
Abscess	0.6 % (<i>n</i> = 1)
Recto-vaginal fistula	0.6 % (<i>n</i> = 1)
Medical complications	2.3 % (<i>n</i> = 4)

L'EFFICACITÉ du TEM en terme oncologique

Can transanal endoscopic microsurgery effectively treat T1 or T2 rectal cancer? A systematic review and meta-analysis

Xiaoyu Xiong^a, Chao Wang^{a,b}, Bo Wang^{a,b}, Zhanlong Shen^{a,b}, Kewei Jiang^{a,c},
Zhidong Gao^{a,c,*}, Yingjiang Ye^{a,b,**}

^a Department of Gastrointestinal Surgery, Peking University People's Hospital, Beijing, 100044, PR China

^b Laboratory of Surgical Oncology, Peking University People's Hospital, Beijing, 100044, PR China

^c Beijing Key Laboratory of Colorectal Cancer Diagnosis and Treatment Research, Peking University People's Hospital, Beijing, 100044, PR China

Conclusion: TEM seems appropriate for T1 rectal cancer with favourable histopathology. For patients with T2 rectal cancer, NAT before TEM may contribute to achieving oncological outcomes equivalent to that achieved with RS.

Comparable à la chirurgie radicale
Survie à 5 ans: > 95 %
Récidive 5-10 %

Surgical Oncology 37 (2021)

Diseases of the Colon & Rectum Volume 60: 2 (2017)

Diseases of the Colon & Rectum 59(1):p 8-15, January 2016

Quel est le résultat souhaité d'une approche par ESD ou TEM pour un cancer du rectum?

- 1) Spécimen en marges négatives sans fragmentation > 1 mm
 - marge latérale
 - marge profonde
- 2) Minimiser les complications
- 3) Minimiser l'impact fonctionnel
- 4) **Guérir le patient**

Comparer les deux approches et définir les patients pouvant en bénéficier pour obtenir une résection en marges saines

- Aucune bonne étude pour répondre à cette question.
- Problèmes: T1 et DHG, polypes inclus ensemble.

Endoscopic submucosal dissection or transanal endoscopic microsurgery for nonpolypoid rectal high grade dysplasia and submucosa-invading rectal cancer

Endoscopic submucosal dissection versus transanal endoscopic surgery for the treatment of early rectal tumor: a systematic review and meta-analysis

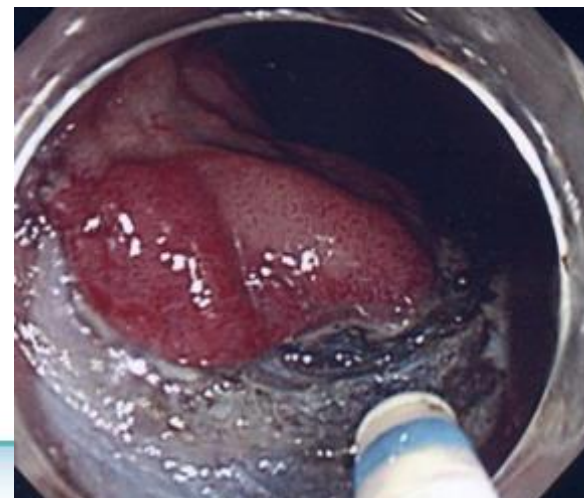
Systematic review and meta-analysis of endoscopic submucosal dissection versus transanal endoscopic microsurgery for large noninvasive rectal lesions

Alberto Arezzo • Roberto Passera • Yutaka Saito • Taku Sakamoto •
Nozomu Kobayashi • Naoto Sakamoto • Naohisa Yoshida • Yuji Naito •
Mitsuhiro Fujishiro • Keiko Niimi • Tomohiko Ohya • Ken Ohata •
Shinichi Okamura • Shinei Iizuka • Yoji Takeuchi • Noriya Uedo •
Pietro Fusaroli • Marco Augusto Bonino • Mauro Verra • Mario Morino

Surg Endosc (2014) 28:427–438
DOI 10.1007/s00464-013-3238-3

CONCLUSION:

- Le TEM augmente le taux de résection en marges saines: 98.7 % vs 87.8 %
- Le TEM diminue le taux de chirurgie abdominale ultérieure: 1.8 % vs 8,4 %



Comparaison TEM vs ESD

Avantages du TEM par rapport à l'ESD

- MARGES plus sécuritaires pour T1 et certainement T2

Ann Laparosc Endosc Surg 2018

- Fermeture du déficit

Surg Endosc. 2017

- Accès aux tumeurs près de la ligne dentelée

- Résultats oncologiques connus dans de larges études

Surgical Oncology 37 (2021)

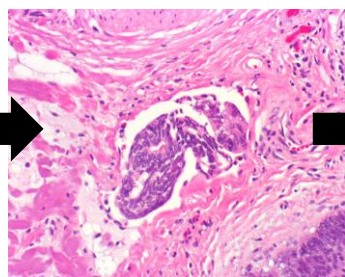
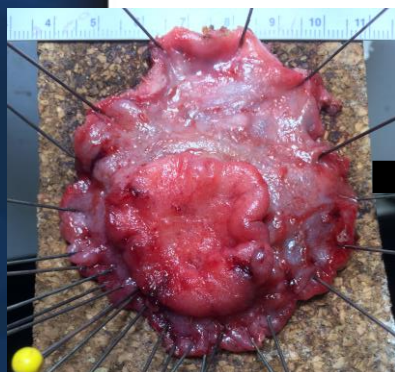
Comparaison TEM vs ESD

Inconvénients du TEM par rapport à l'ESD

- SAG
- Dilatation anale
- Complications? En général comparables.
- Accès aux tumeurs du rectum supérieur?
- Coût? Associé à l'hospitalisation?

Après l'excision locale, la suite...

- En fonction des critères pathologiques sur le spécimen final de TEM, déterminer le risque de métastase ganglionnaire au niveau du mésorectum.



HAUT RISQUE

- Envahissement lymphovasculaire
- Envahissement périnerveux
- Mal différencié
- Budding > 5
- SM3
- T2

Observation

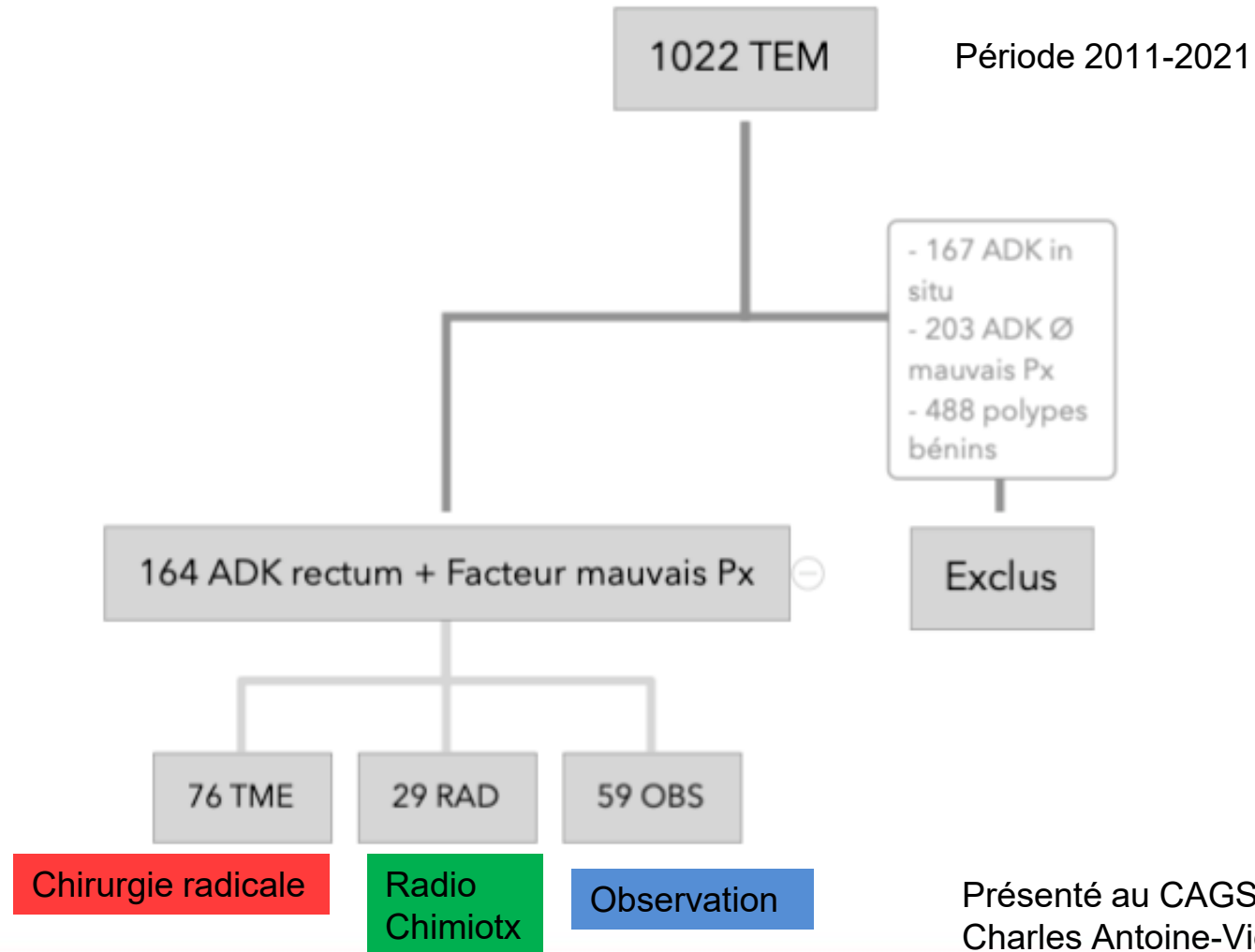
BAS RISQUE

MARGE négative

**Radiochimiothérapie
adjuvante**

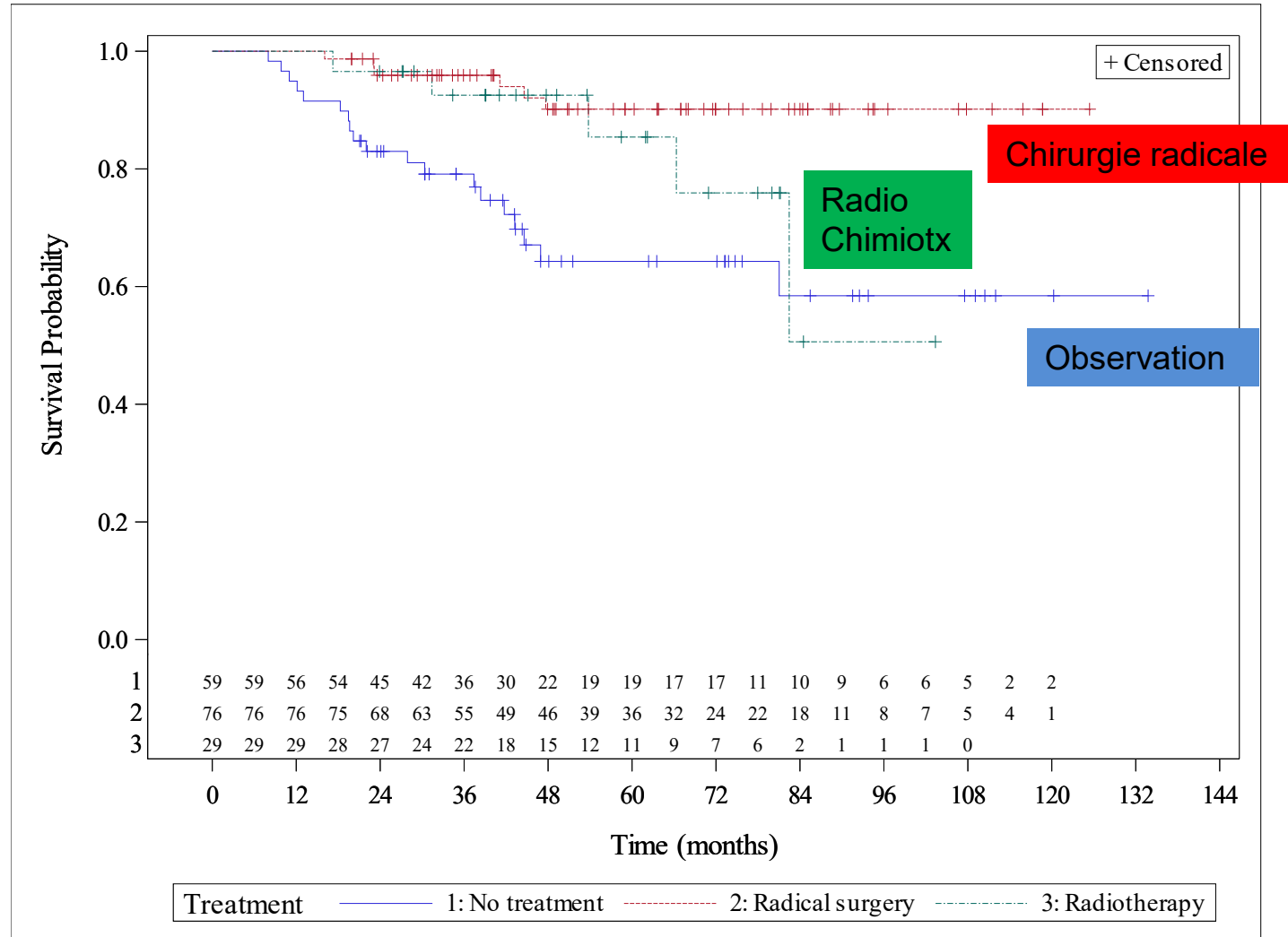
**Chirurgie radicale
(Chx)**

Résultats TEM pour les cancers du rectum T1-T2 CHU-SFA

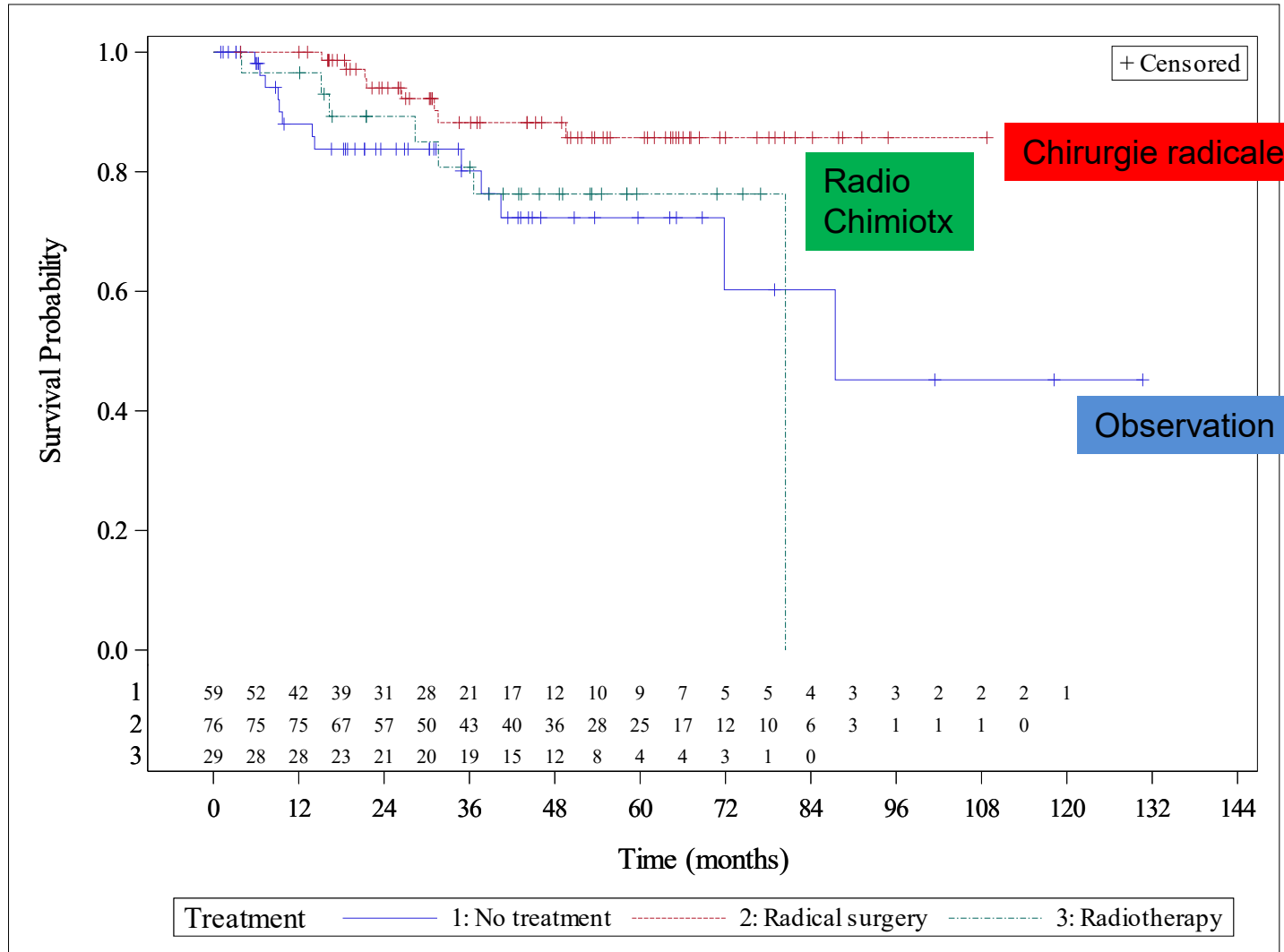


Présenté au CAGS en 2024
Charles Antoine-Vigneault

Survie Globale T1 mauvais px et T2

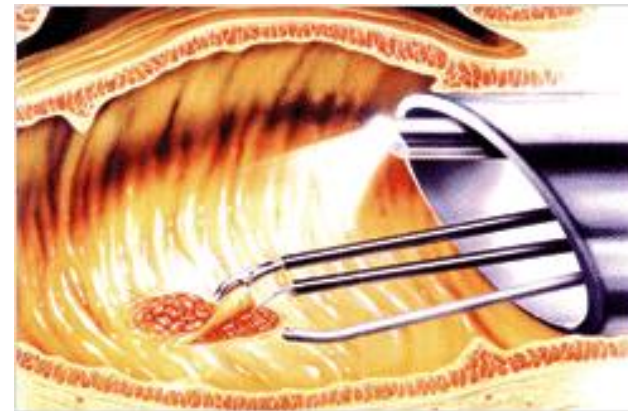
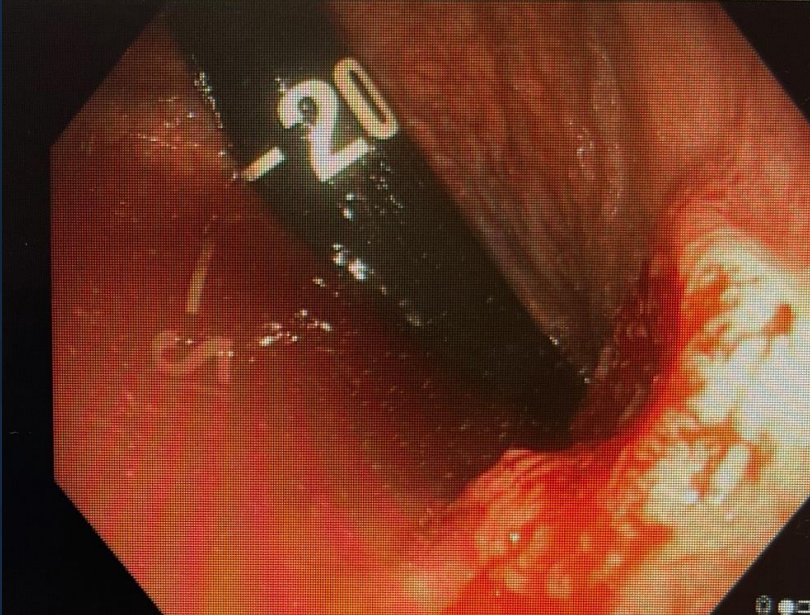


Survie sans récidive T1 mauvais px et T2



Cas

- Femme 50 ans
- Récidive polype rectum au suivi endoscopique
- Valve Ao métallique A/C
- Biopsie: adénome DHG
- IRM: T1N0 probable
- TDM TAP: pas de métastase
- TR: lésion postérieure 2 cm abutée ligne dentelée, légère induration



DIAGNOSTIC

Rectum, résection endoanale par TEM :

- Type histologique : Adénocarcinome infiltrant avec composante mucineuse (10-15%), développé dans un adénome tubulovilleux avec dysplasie de haut grade
- Taille maximale (de l'adénocarcinome infiltrant) : 21 mm
- Grade histologique : G2; modérément différencié
- Composante de haut grade : présence
- Extension tumorale microscopique : infiltration de la sous-muqueuse
- Profondeur d'infiltration : environ 2 mm
- Marges de résection : Latérales : négatives pour l'adénome et l'adénocarcinome; adénocarcinome à 1.5 mm (marge anale)
Profonde : négative; adénocarcinome à 1.1 mm
- Envahissement lymphovasculaire : présence
- Envahissement veineux : non identifié
- Bourgeonnement tumoral (« tumor budding ») : 0 à 4 "bud"/0.785mm² sur H&E
- Stade pathologique (AJCC 8^e édition) : pT1

NOTE : Certaines lames montrées à Dre Aude Roussel-Jobin, qui est en accord avec les envahissements lymphovasculaires

- Alessandro Lugli et al. Recommendations for reporting tumor budding in colorectal cancer based on the International Tumor Budding Consensus Conference (ITBCC) 2016. *Modern Pathology* (2017), 1–13
- Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) Guidelines 2014 for treatment of colorectal cancer, *Int J Clin Oncol* (2015) 20:207–239

EXPRESSION IMMUNOHISTOCHIMIQUE DES PROTÉINES MMR

Immunohistochimie pour les protéines réparatrices de mésappariements de l'ADN MLH1, MSH2, MSH6 et PMS2 effectuée.

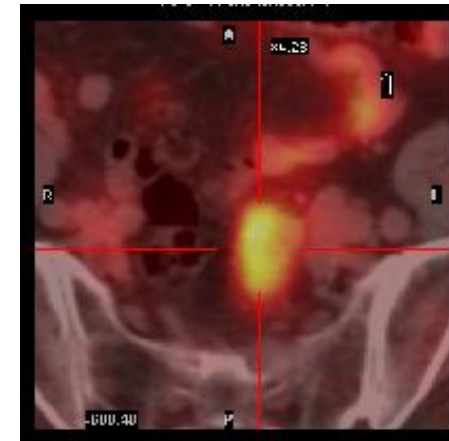
Bloc évalué : A07

Résultats :

- MLH1 : Expression nucléaire intacte
- MSH2 : Expression nucléaire intacte
- MSH6 : Expression nucléaire intacte
- PMS2 : Expression nucléaire intacte

DUPLICATA-DPE

Follow up post TEM



SUIVI CANCER RECTUM POST-TEM

Contexte de néoplasie, suggestion extrapolée du NCCN, ASCRS et du Watch and Wait.

Histoire, examen physique et CEA	TDM TAP C+	IRM rectum	Coloscopie
Aux 4 mois x 2 ans, puis aux 6 mois x 3 ans (total 5 ans)	Annuel x 5 ans	Annuel x 5 ans* *À débiter 6 mois post-op, il y aura ainsi une alternance entre la TDM et l'IRM.	Courte aux 6 mois x 2 ans Alternier avec une colo longue 1 an post-op, puis espacer selon les trouvailles au suivi usuel post-CCR

Discussion : pertinence d'un suivi plus rapproché en cas de tumeurs avec facteurs de mauvais pronostic ayant reçu traitement adjuvant?

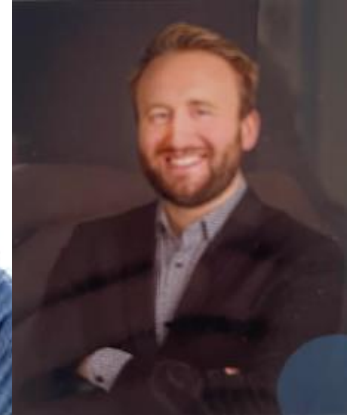
Bref, notre vision en chirurgie colorectale

- Le **TEM** permet d'obtenir des marges plus sécuritaires que l'ESD
 - permet d'éviter plus de chirurgies radicales
 - permet la préservation rectale de tumeur T2 à bon pronostic
- Le **suivi intensif est ESSENTIEL** post-TEM ou post-ESD



À retenir absolument

- **Ultimement le choix de l'approche pour cancer du rectum précoce est complexe** et déterminé par de multiples facteurs
 - Locale: TEM et ESD
 - Chirurgie radiale
 - TNT: **Total neoadjuvant therapy** → Watch and Wait
- **L'approche multidisciplinaire** de tous les cas de cancer du rectum précoce est obligatoire



MERCI !