

# Résection endoscopique des tumeurs endo-rectales : Groupe TEM des hôpitaux de Neuchâtel

X. Delgadillo\*, Y. Groebli\*\*, J.-C. Renggli\*, M. Merlini\*

\* Département de chirurgie Hôpital de La Chaux de Fonds.

\*\* Département de chirurgie Hôpital des Cadolles.

Le programme de résection endoscopique des tumeurs endo-rectales développé en association à l'Hôpital de La Chaux de Fonds et l'Hôpital des Cadolles depuis janvier 2002 a permis la résection de polypes ou de tumeurs endo-rectales non accessibles à la voie trans-anales classique ou de lésions dont l'ablation aurait nécessité une laparotomie et une résection antérieure basse (1,3,7,9).

(Suite de la page 27)

que le "concept endovasculaire" est une forme moderne et d'avenir du traitement des maladies vasculaires.

Professeur Dr M. Merlini

Hôpital Général

Rue de Chasseral 20

2300 La Chaux-de-Fonds

Tél. 032 967 25 30

Fax 032 967 25 34

e-mail : Marco.Merlini@ne.ch

## Références

1. Cirafo L, Benoit Z, Merlini M. *La dilatation vasculaire faite par les chirurgiens*. Helv chir Acta 1994; 60:743-47.
2. Nelson PR, Powell RJ, Schemerhorn NL, Fillinger MF, Zwolak RM, Walsh DB, Cronenwett JL. *Early results of external iliac artery stenting combined with common femoral endarterectomy*. J Vasc Surg 2002; 35:1107-13.
3. Winter C, Kilic M, Gamstatter G. *Combination of endovascular procedures with open vascular surgery*. Zentralbl Chir 2002; 127:105-9.
4. Lundbom J, Hatlinghus S, Odegard A, Eide TO, Lange C, Aasland J, Aadahl P, Myrhe HO. *Combined open and endovascular treatment of complex aortic disease*. Vascular 2004; 12:93-8.
5. Sénéchaud C, Wellensiek B, Merlini M. *Intérêt de l'association pontage-dilatation transluminale pratiquée dans le même temps opératoire par le chirurgien*. Poster présenté au 84<sup>e</sup> Congrès Annuel de la Société Suisse de Chirurgie, Davos, 12-14 juin 1997.

Pour les lésions bénignes ou de faible degré de malignité situées dans le haut ou moyen rectum (5 à 20 cm de la marge anale), la microchirurgie endoscopique trans-anales (TEM: Trans-anales Endoscopique Microsurgery) est la technique de choix si l'on dispose de l'équipement endoscopique évolué adéquat (1,3,8).

Nous avons étudié prospectivement les bénéfices, les risques et la courbe d'apprentissage de cette procédure peu invasive. (4, 5, 6, 9)

## Matériel et méthode

Durant une période de dix-neuf mois (2002 - 2004), dix patients (âge moyen 66.3 ans, entre 32 - 82 ans) ont été opérés par notre équipe chirurgicale associée, la seule équipe en Suisse romande à pratiquer ce type d'interventions. (Tableau 1).

Notre protocole pré-opératoire comprend l'examen proctologique habituel, la prise de sang de routine, la colonoscopie associée à une biopsie de la lésion et l'ultrason endo-anales. Nous avons opéré après préparation intestinale à base de Cololyt®, administré vingt-quatre heures avant l'intervention (1,2,3).

L'équipement est installé à l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds. Le système comprend un endoscope trans-rectal de grand diamètre connecté à un système optique stéréo-angulé à 45 degrés permettant la visualisation de la lésion endo-rectale, une tour

de laparoscopie avec un moniteur VGA, un appareil d'insufflation de dioxyde de carbone (1,3,7,9), qui permet de créer un espace pneumatique intra-rectal avec exposition large de la région opératoire.

L'excision des lésions se fait par électro-cautérisation mono et bipolaire grâce à un instrument polyvalent de type ERBOTOM-ICC 350 MIC® (8), dans les plans muqueux, sous-muqueux ou de la muscularis mucosae. La zone d'excision est fermée par un surjet intra-rectal au fil monofilament à résorption lente (1,4,5,6).

## Résultats

Neuf femmes et un homme ont été opérés d'une lésion localisée à 9,5 cm de moyenne de la marge anale (5 à 16 cm.). Le temps opératoire moyen est de 145 min. (35 - 310 min.). Aucune complication locale per-opératoire ou immédiate n'est à signaler. Les résultats d'histopathologie ont révélé 80 % d'adénomes tubulo-villeux à haut degré de dysplasie, 10 % de carcinomes (stade pT1 / pT2) et 10 % des polypes cloacogéniques. Les suites opératoires ont été simples. Une patiente a présenté une incontinence fécale minime, traitée et contrôlée par biofeedback (disparition des symptômes à quatre semaines). Tous les patients ont été réalimentés le lendemain de l'opération et ont quitté l'hôpital le surlendemain. Le suivi

Tableau 1 (Indications opératoires)

- Adénomes villeux type sessile	n = 8
- Carcinome débutant bien ou moyennement différencié pT1	n = 1
- Carcinome non invasif chez le patient âgé à haut risque opératoire pT2	n = 1
- Rectoscopies diagnostiques et d'hémostase	-
- Correction des sténoses anales.	-

post-opératoire actuel (moyenne 8 mois) a montré une récurrence de polype adénomateux. Celui-ci a été ré-excisé par TEM.

## Discussion

La TEM permet un abord non invasif de tumeurs rectales sélectionnées (tumeurs bénignes, dysplasies, carcinomes pT1 / pT2) Elle évite une résection trans-anales inadéquates ou une résection antérieure basse par laparotomie.

Les résultats anatomiques et fonctionnels sont excellents. Le séjour hospitalier est de 48 heures et les complications sont minimales. Le nombre de cas limité a favorisé une collaboration inter-hospitalière.

*Adresse de correspondance :*

*Dr Xavier Delgadillo*

*Service de chirurgie*

*Hôpital*

*Rue de Chasseral 20*

*2300 La Chaux de Fonds*

*Tél: 0041 32 967 25 32*

*Fax: 0041 32 967 25 34*

*e-mail:*

*edgar-xavier.delgadillo@ne.ch*

## Références

1. Delgadillo X, Groebli Y, Merlini M. *Actualités et nouveautés proctologiques: La TEM*. SNM NEWS 2002; 34:28-9.
2. von Flüe MO, Harder F. *Die TEM: Indikation und Grenzen*. Schweiz Med Wochenschr 1994; 10 : 1800-06.
3. Demartines N, von Flüe MO, Harder F. *Transanal endoscopic microsurgical excision of rectal tumors: indications and results*. World J Surg 2001; 25: 870-5.
4. Guerrieri M, Paganini AM, Feliciotti F, Lezoche E. *Technique of TEM*. Surgery 1999; 7 : 161-4.
5. Said S. *Stellenwert der TEM in der Behandlung von Rektumkarzinomen*. Minimal Invasive Chirurgie 2001 ; 10 : 58 – 64.
6. Raestrup H, Manncke B, Mentges B, Buess G, Becker H.D. *Indications and technique for TEM*. Endoscopic Surg 1994; 5 : 241-6.
7. Buess G, Kayser J. *Technik und Indikation zur sphinktererhaltenden transanal Resektion beim Rectumkarzinom*. Chirurg 1996, 67: 121-8.
8. Farin G. *Pneumatically controlled bipolar cutting instruments*. End Surg 1993 ; 1: 97-101
9. Platell C, Denholm E, Makin G. *Efficacy of transanal endoscopic microsurgery in the management of rectal polyps*. J Gastroenterol Hepatol. 2004; 19: 767-72.