
La chirurgie colo-rectale à l'heure de la laparoscopie.

M Rangraj, J Griffin, P Mehta, S Ganta

New Rochelle, NY, USA

Correspondance :

M Rangraj
Department of surgery
Sound Shore Medical Center
New Rochelle, NY 10802 USA

Résumé

Il semble logique que dans la foulée du succès de la cholécystectomie par voie laparoscopique, les chirurgiens s'attachent à trouver d'autres champs d'application de cette technique peu "invasive". Cette ambition était basée sur l'assurance progressivement établie par la recherche expérimentale et clinique que le fait d'éviter les incisions traditionnelles était bénéfique aux fonctions cardio-respiratoires du malade pendant et après l'opération, réduisait le niveau du "stress" opératoire et sauvegardait l'intégrité immunitaire. Forte de la preuve que la laparoscopie n'allait pas créer de nouveaux risques intrinsèques à sa méthodologie, la communauté chirurgicale a élargi le cadre des opérations "mini-invasives" de l'exérèse simple d'un organe (comme la cholécystectomie) à l'exérèse suivie de reconstruction anatomique. Les opérations sur le côlon et le rectum, d'abord pour des lésions bénignes et ensuite, l'expérience aidant, pour des lésions malignes sélectionnées, s'imposaient dans le choix de ces indications nouvelles. Le fait que, pour enlever la pièce opératoire il faille réaliser une petite incision qui sert aussi à faire l'anastomose semble un compromis acceptable au vu des avantages réalisés avec cette nouvelle technique. En suivant cette logique, nous avons opéré notre premier malade pour une lésion bénigne du côlon par voie laparoscopique en mars 1991. Depuis lors, nous avons opéré quelques 350 malades, dont 110 pour des lésions malignes. Dans le suivi de ces malades, nous avons enregistré les indications, le siège des lésions, le nombre de ganglions lymphatiques ainsi que de métastases ganglionnaires et générales. Beaucoup de ces malades ont dépassé le cap des trois, voire des 5 ans après l'opération. Une série contemporaine et comparable de malades, opérés par voie ouverte pour des raisons variées dans le même hôpital et par les mêmes chirurgiens, sera analysée. Cette comparaison qui n'est pas le résultat d'une étude randomisée, montre après analyse détaillée des deux groupes de malades qu'il n'y a pas d'avantage d'une approche chirurgicale sur l'autre. Cependant, les suites opératoires mieux tolérées après laparoscopie ainsi que la réduction de la durée d'hospitalisation et le retour rapide du malade à l'emploi, plaident en faveur de la voie laparoscopique.

Mots clés : Chirurgie colo-rectale / laparoscopie / colectomie / cancers colo-rectaux

Introduction

Le rôle de la laparoscopie en chirurgie colo-rectale est, pour le moment encore, controversé. Depuis juillet 1991, nous avons progressivement transposé les techniques laparoscopiques utilisées en chirurgie biliaire et gynécologique au traitement des pathologies colo-rectales, d'abord bénignes [1] puis malignes. Au début de notre expérience, faute de pouvoir participer à une étude contrôlée randomisée qui n'existait pas à ce moment, nous avons comparé nos résultats à une série équivalente rétrospective et concomitante. Les patients appartenaient à la

Abstract

Laparoscopic-assisted colon resections : long-term results and survival.

Objective : To review the long term results and survival curves for laparoscopic-assisted resection of colorectal malignancies.

Summary background data : The place of laparoscopic colectomy for colorectal carcinomas is controversial. The techniques and expected surgical outcomes for patients undergoing laparoscopic and laparoscopic-assisted colectomies are slowly being defined as these procedures become more common and widely available. There are anecdotal reports in the literature describing port site recurrences and wound recurrences in patients undergoing laparoscopic-assisted colectomies for colorectal malignancies. This raises concerns about whether these recurrences are more common in these patients and whether their survival is compromised by the laparoscopic technique.

The authors reviewed data from 110 patients who underwent laparoscopic-assisted colectomies for colorectal cancer, to determine the long term results and survival, and compared the safety and efficacy of the procedure to open colectomies.

Patients and methods : Three hundred and fifty patients underwent laparoscopic assisted colectomies between July 1991 and June 1999. Of these, 110 patients had colorectal malignancies. Survival rates and patterns of recurrence rates were compared between the various TNM stages and compared with conventional data after open surgery. The AJCC staging for colorectal carcinomas and the Kaplan-Meier method were used to determine the survival curves.

Results : One hundred and ten patients underwent laparoscopic-assisted colon resections for colorectal malignancies. 50.9% of the patients were females and 49.1% were males with a mean age of 78.17 years. The mean follow-up was 43 months. Thirteen cases were converted to open, due to various difficulties encountered during surgery. Mean OR time was 128.16 minutes and mean hospital stay was 6.91 days. Perioperative mortality was 2.8%. There were four local recurrences. The survival rates for the various stages were 73.33% /84 months for stage I, 29.19%/89 months for stage II, 29.19%/84 months for stage III, and 12.5%/34 months for stage IV. There were no port site recurrences.

Conclusion : Laparoscopic-assisted colon resection of colorectal carcinomas is technically feasible and safe. It allows earlier postoperative recovery and a shorter hospital stay. The long-term survival is also satisfactory. The incidence of port site recurrences is also no more than with the conventional open technique. Its benefits over the conventional open technique, however, still await prospective randomized trials.

Key words : Laparoscopic colon resection / laparoscopic-assisted colon resection / colectomy / colorectal cancer

même population hospitalière, étaient comparables en âge et en sex-ratio, en conditions et types de pathologie et étaient opérés par le même groupe de chirurgiens, par laparotomie, parce que le malade ou le chirurgien préféraient cet abord. Ces préférences étaient bien sûr indépendantes des compétences chirurgicales qui étaient identiques en laparoscopie et en laparotomie pour le groupe entier. Après quelques 5 années de ce contrôle « maison », facilité technique et résultats positifs aidant, la laparoscopie a pris peu à peu le dessus dans notre centre [2-6].

Patients et méthode

Entre juillet 1991 et juin 1999, nous avons opéré 350 patients présentant une pathologie colo-rectale dont 110 malignes. Parmi ces 110 malades, 50,9 % étaient de sexe féminin. L'âge moyen était de 78.17 ans (extrêmes : 54 à 91 ans)

Les interventions pratiquées furent : une hémicolectomie droite (n=57), une colectomie transverse (n=5), une hémicolectomie gauche (n=7), une sigmoïdectomie (n=23), une résection rectale antérieure (n=5), une amputation abdomino-périnéale (n=5).

Sur ces 110 opérations, 13 furent converties en laparotomie : 6 fois du fait d'adhérences très denses, 5 fois pour des difficultés à mobiliser la pièce opératoire de façon satisfaisante, 2 fois enfin du fait d'une découverte opératoire imprévue.

La durée opératoire moyenne fut de 128.16 min (± 69.9) comparée à 155 min pour les interventions réalisées par voie laparotomique.

Les marges obtenues sur les pièces opératoires étaient de 8.57 cm (± 5.52) en moyenne du côté proximal et de 8.23 cm (± 5.50) du côté distal.

Le nombre de ganglions lymphatiques examinés sur chaque pièce opératoire était de 10.75 (± 6.8) dont 1.46 (± 2.93) contenaient des métastases.

La durée d'hospitalisation fut de 6.91 jours en moyenne (± 4.24) comparée à une moyenne de 12.5 jours lorsque l'intervention était réalisée par voie traditionnelle.

La reprise de l'alimentation liquide se fit à j 2.28 (± 1.37) comparé à 3.9 jours pour les laparotomies, et le régime alimentaire normal fut autorisé à j 4.21.

Résultats

La mortalité opératoire fut de 0.90 % (1 sur 110).

Nous avons eu 3 complications opératoires : 3 plaies du grêle, reconnues et réparées pendant l'intervention laparoscopique.

Dans la période postopératoire 19 complications (17.27 %) sont survenues. Trois réinterventions furent nécessaires, une pour hémorragie et deux pour abcès intrapéritonéal.

A distance, avec un recul de 43 mois en moyenne, nous avons eu 4 récurrences locales (3.63 %) [7, 8]. Deux malades sont décédés de métastases.

La survie exprimée par stade selon l' "American Joint

Commission on Cancer" avec la méthode de Kaplan-Meier était de 94 % pour le stade 1, 66% pour le stade 2, 55 % pour le stade 3, 0 % pour le stade 4 [9].

Conclusion

Avec une expérience de 10 années, les avantages attribuables à la technique laparoscopique sont pour nous : la reprise rapide de la fonction respiratoire dans la période postopératoire ; la réduction de l'intensité de la douleur ; un iléus postopératoire bref ; des risques réduits d'infection ; une durée d'hospitalisation plus courte, avec une reprise rapide du travail et donc une réduction des dépenses [3, 6].

Cependant il reste des problèmes qui ne pourront être élucidés que par des études randomisées, tels que les métastases pariétales sur trajet de trocars [7, 8], dont nous n'avons observé aucun exemple, et la définition des marges de résection, ainsi que les problèmes concernant la dissémination des cellules malignes du fait de la technique laparoscopique [10], la survie à très long terme ainsi que l'effet des techniques opératoires moins invasives sur les systèmes immunitaire [11-13].

Références

1. Faynsod M, Stamos MJ, Arnell T, Borden C, Udani S, Vargas H. A case-control study of laparoscopic versus open sigmoid colectomy for diverticulitis. *The American Surgeon* 2000 ; 66 : 841-3
2. Chapman A, Levitt MD, Hewett P, Woods R, Sheiner H, Maddern GJ. Laparoscopic-assisted resection of colorectal malignancies. *Annals of Surgery* 2001; 234 : 590-600
3. Gibson M, Byrd C, Pierce C, Wright F, Norwood R, Gibson T et al. Laparoscopic colon resections: a five-year retrospective review. *The American Surgeon* 2000 ; 66 : 245-49
4. Lauter DM, Froines EJ. Initial experience with 150 cases of laparoscopic-assisted colectomy. *The American J of Surgery*. 2001 ; 181 : 398-403
5. Hoffman GC, Baker JW, Doxey JB, Hubbard W, Kirkland Ruffin W, Wishner JA. Minimally invasive surgery for colorectal cancer: initial follow-up. *Annals of Surgery* 1996 ; 223 : 790-8
6. Leung KL, Yiu RYC, Lai BS, Lee JFY, Thung KH, Lau WY. Laparoscopic-assisted resection of colorectal carcinoma: five-year audit. *Dis. Colon Rectum* 1999 ; 42 : 327-33
7. Stocchi L, Nelson H. Wound recurrences following laparoscopic-assisted colectomy for cancer. *Archives of surgery* 2000 ; 135 : 948-58
8. Vukasin P, Ortega AE, Greene FI, Steel GD, Simons AJ, Anthonie GJ et al. Wound recurrence following laparoscopic colon cancer resection: results of the American Society of Colon and Rectal Surgeons laparoscopic registry. *Dis Colon Rectum* 1996 ; 39 : S20-3
9. Paulin, EC, Mamozza J, Schlachta C, Gregoire R, Roy N. Laparoscopic resection does not adversely affect early survival curves in patients undergoing surgery for colorectal adenocarcinoma. *Annals of Surgery* 1999 ; 229 : 487-92
10. Bessa X, Castells A, Lacy AM, Elizalde I, Delgado S, Boix L et al. Laparoscopic-assisted vs open colectomy for colorectal cancer. Influence of neoplastic cell mobilization. *J. Gastrointestinal Surgery* 2001 ; 5 : 66-73
11. Tang CL, Eu KW, Tai BC, Soh GS, Machinand D, Seow-Choen F. Randomised clinical trial of the effect of open versus laparoscopically assisted colectomy on systemic immunity in patients with colorectal cancer. *British Journal of Surgery* 2001; 88 : 801-7
12. Vittemberga Jr FJ, Foley DP, Meyers WC, Callery MP. Laparoscopic surgery and the systemic immune response. *Annals of Surgery* 1998 ; 227 : 326-34
13. Gupta A, Watson DI. Effect of laparoscopy on immune function. *British Journal Of Surgery* 2001 ; 88 : 1296-306