

---

## Traitement des cancers coliques en occlusion : chirurgie ou stents ?

---

B MILLAT.

Service de chirurgie générale et viscérale  
CHU Hôpital Saint Eloi  
80 avenue Augustin Fliche  
34295 Montpellier cedex 5

Correspondance :  
Professeur Bertrand Millat  
b-millat@chu-montpellier.fr

---

### Résumé

En France, 70 %, des occlusions coliques sont dues au cancer, et 16 % des cancers colo-rectaux sont diagnostiqués au stade d'occlusion. Deux occlusions néoplasiques sur 3 siègent entre le tiers gauche du transverse et la charnière recto-sigmoïdienne. La colostomie de proche amont par une voie d'abord élective avec exérèse de la tumeur 8 à 15 jours plus tard est l'attitude recommandée par la Conférence de Consensus Française et par l'Association Américaine des chirurgiens colo-rectaux. L'exérèse de la tumeur sans rétablissement de la continuité, la colectomie subtotalaire d'amont et la colectomie segmentaire avec lavage peropératoire sont plus difficiles dans les conditions de l'urgence. La mise en place d'une prothèse métallique auto-expansive au travers de la tumeur par voie transanale sous contrôle radiologique ou endoscopique est d'introduction récente dans l'arsenal thérapeutique. Les complications sont la perforation du côlon (4%), ou les hémorragies. Les échecs sont soit techniques (impossibilité de mise en place : 8%), soit cliniques (absence de levée de l'occlusion malgré la prothèse en place : 12%). En intention curative, la colectomie a lieu quelques jours plus tard, dans des conditions proches de la chirurgie élective. Cette méthode thérapeutique n'est pas validée par rapport à la chirurgie première et une étude randomisée est en cours depuis janvier 2003 en France. Lorsque le bilan d'extension ou le pronostic à court terme sont péjoratifs, la prothèse est laissée en place à titre palliatif. Les risques secondaires sont la migration de la prothèse (10%), ou son obstruction (10%).

**Mots clés :** Cancer du côlon / occlusion / stents colo-rectaux

---

En France, 70 %, des occlusions coliques sont dues au cancer, et 16 % des cancers colo-rectaux sont diagnostiqués au stade d'occlusion. Les problèmes thérapeutiques ne se posent en pratique que pour les cancers siégeant en aval de l'angle gauche ; les cancers qui siègent en amont peuvent être traités par une colectomie droite élargie vers la gauche, avec anastomose iléo-colique. Deux occlusions néoplasiques sur 3 siègent entre le tiers gauche du transverse et la charnière recto-sigmoïdienne. Il existe pour les cancers du côlon gauche en occlusion plusieurs attitudes, en un ou plusieurs temps opératoires.

**La colostomie première** latérale sur baguette, faite par une voie d'abord élective lève l'occlusion. Le siège de la colostomie dépend de celui de la tumeur. Les contre indi-

---

### Abstract

#### Obstructing left colonic carcinomas

In France, up to 70 % of acute colonic obstructions are due to malignancy and nearly 16 % of patients with colorectal cancers present with obstructive symptoms. Two out of three obstructing colonic carcinomas are located between the splenic flexure and the colorectal junction. Primary diverting colostomy through an elective incision followed by oncologic colonic resection 8 to 15 days later is recommended by the French Consensus Conference about colonic cancer and by the American Association of Colorectal Surgeons. Primary colonic resection without anastomosis (Hartmann procedure), subtotal colectomy with ileorectal anastomosis or primary segmental colectomy with intraoperative antegrade colonic lavage are technically more demanding in emergency conditions. Self-expanding colorectal metallic stents introduced through the tumor under radiologic or endoscopic control might offer an alternative to surgical intervention. Complications related to stenting are colonic perforation (4%), or haemorrhage. Technical success is achieved in 92% and clinical success in 88%. When used successfully as "a bridge to surgery", stents allow a secondary single-stage elective colonic resection some days later. Colorectal stents are still waiting for a clinical validation when compared to primary surgery and, starting in January 2003, a randomized comparison between these two approaches is running in France. If metastatic disease is discovered or surgical risks are high, stenting can be used for palliation. In palliative situations, secondary complications are stent migration (10%) or obstruction (10%).

**Key words :** Colonic cancer / obstruction / colorectal stents

---

cations à la voie d'abord élective sont la suspicion de souffrance du côlon d'amont et l'occlusion du grêle associée. Lorsqu'une colostomie première a été réalisée, l'exérèse de la tumeur est faite 8 à 15 jours plus tard. La mortalité de la colostomie première varie de 0 à 39%, selon les séries et l'état des patients traités. Pour les patients qui ont pu avoir une exérèse de la tumeur dans un deuxième temps, la mortalité cumulée des différents temps varie de 2,7% à 10%. Dans certaines séries, jusqu'à 50% des patients ne vont pas au bout des différentes étapes du traitement, en raison d'un cancer avancé ou d'un état général altéré. La colostomie première est l'attitude recommandée pour le traitement des cancers

coliques gauches en occlusion par la Conférence de Consensus Française sur le traitement des cancers du côlon (1) et par l'Association Américaine des chirurgiens colo-rectaux.

**Intervention de Hartmann** : L'exérèse de la tumeur lors du premier temps opératoire est possible, sans rétablissement de la continuité. Elle est plus difficile qu'une simple colostomie, et dans les conditions de l'urgence, les conditions techniques ne sont pas optimales pour une chirurgie carcinologique réglée. La mortalité de cette intervention est de l'ordre de 10%. Le rétablissement de la continuité est programmé trois mois plus tard mais 30 à 60% des patients n'ont jamais de rétablissement de la continuité.

**La colectomie subtotalaire d'amont** permet une anastomose dans le même temps entre l'iléon terminal et le côlon. La distension et l'absence de préparation du côlon d'amont ne sont donc plus un obstacle. Cette intervention permet également de prendre en compte la souffrance du côlon d'amont et les éventuelles lésions tumorales coliques synchrones (adénomes et cancers). La mortalité de cette intervention varie de 3 à 13%. La morbidité est voisine de 8%, avec un risque de fistule de 4%. L'intérêt de l'absence de colostomie temporaire doit être nuancé en fonction du résultat fonctionnel définitif : nombre de selles par 24 heures, selles nocturnes et diarrhée chronique. Cette intervention n'est donc pas recommandée en cas de fonction sphinctérienne déficiente.

**La colectomie segmentaire avec lavage peropératoire** par irrigation antérograde du côlon au dessus de la tumeur, nécessite pour faciliter la propulsion du liquide et du contenu colique de mobiliser les deux angles du côlon. La mortalité de cette technique varie de 0 à 11% et le taux de fistules anastomotiques de 0 à 4%. Les avantages de cette technique sont de n'entraîner aucun sacrifice colique inutile. On fait par contre l'impasse sur les lésions synchrones du côlon d'amont qui n'a pu être exploré.

Il n'existe pas d'étude prospective et randomisée comparant les attitudes en un temps aux attitudes en plusieurs temps. Une étude prospective et randomisée a comparé après une incision médiane, la colostomie première à la résection première sans anastomose (2). La mortalité postopératoire des 2 groupes était identique. Il y avait moins de complications et de transfusions dans le groupe des colostomies premières. La survie à distance n'était pas différente. La proportion de patients survivant à la résection, sans colostomie définitive, était plus élevée dans le groupe des colostomies premières. Une étude prospective et randomisée a comparé la colectomie subtotalaire d'amont à la colectomie segmentaire avec lavage peropératoire (3). La mortalité (13% contre 11%) et la morbidité postopératoire n'étaient pas significativement différentes. Le taux de fistules anastomotiques était de 9% après colectomie totale contre 5% après lavage (ns). Le nombre de selles par 24 heures, et la fréquence des selles nocturnes étaient plus élevés après colectomie sub-totale. Deux patients étaient incontinents après colectomie sub-totale, et 15% des patients ont

gardé une stomie définitive, soit pour une complication soit pour un échec fonctionnel. La différence était significative avec le groupe des patients ayant eu un lavage peropératoire (2%).

**La mise en place par voie transanale d'une prothèse métallique auto-expansive** est d'introduction récente dans l'arsenal thérapeutique (4,5). La prothèse est mise en place sous contrôle radiologique ou endoscopique. Les complications sont soit la perforation du côlon (4%), soit des hémorragies. La dilatation de la tumeur pour mettre en place la prothèse augmente le risque de perforation tumorale et doit être évitée. Les échecs sont soit techniques (impossibilité de mise en place : 8%), soit cliniques (absence de levée de l'occlusion malgré la prothèse en place : 12%). La coloscopie d'amont au travers du stent n'est pas recommandée. La colectomie a lieu quelques jours plus tard, dans des conditions proches de la chirurgie élective. Lorsque le bilan a montré la présence d'une extension importante et que le pronostic à court terme est réservé, la prothèse peut être laissée en place à titre palliatif. En situation palliative les risques secondaires sont la migration de la prothèse (10%) ou son obstruction par la tumeur (10%). Cette méthode thérapeutique qui paraît raisonnable en situation palliative n'a en revanche pas été validée de façon comparative par rapport à la chirurgie première. Une étude randomisée est en cours aux USA et une autre a débuté en janvier 2003 en France.

## Références

1. Tiret E. Quelle est la conduite à tenir en situation d'urgence devant un cancer du côlon ? Conférence de Consensus : Prévention, Dépistage et Prise en charge des cancers du côlon. Janvier 1998. *Gastroenterol Clin Biol* 1998; 22 (3bis):S102-S107.
2. Kronborg O. Acute obstruction from tumour in the left colon without spread. A randomized trial of emergency colostomy versus resection. *Int J Colorect Dis* 1995;10:1-5.
3. The 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: 1622-7.
4. Khot UP, Lang AW, Murali K, Parker MC. Systematic review of the efficacy and safety of colorectal stents. *Br J Surg* 2002; 89: 1096-102.
5. Sebastian S, Johnston S, Geoghegan T, Torregiani W, Buckley M. Pooled analysis of the efficacy and safety of self-expanding metal stenting in malignant colorectal obstruction. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 2051-7.

## **Discussion**

### **Intervention de F Dubois**

L'indication de pose d'un « stent » est-elle fonction du niveau de la sténose ?

### **Réponse de B Millat**

La majorité des stents sont posés sur des tumeurs situées entre l'angle gauche et la charnière rectosigmoïdienne. La pose de stents au niveau ou en amont de l'angle gauche est techniquement plus difficile même si dans la littérature on trouve quelques cas de poses avec succès jusqu'à l'angle droit. Les stents dont l'extrémité inférieure se trouve dans le rectum sont très mal tolérés du point de vue fonctionnel.

### **Intervention de M Prémont**

Cette technique palliative de pose de stent pour lever une occlusion colique tumorale est passionnante. D'autant qu'elle est originale par rapport à toutes les autres techniques exposées précédemment qui sont anciennes sinon antiques.

B Millat nous l'a magistralement exposée.

J'aimerais savoir si une exploration endoscopique du côlon est possible à travers le stent ?

### **Réponse de B Millat**

Une coloscopie au travers du stent est théoriquement possible mais elle est déconseillée en raison des risques de perforation au passage de l'endoscope ou lors de sa manipulation. J'ajoute que sont également formellement déconseillées les tentatives de dilatation de la tumeur en vue du passage d'un endoscope ou d'un stent pour les mêmes raisons.

### **Intervention de L. Hollender**

Quel est le coût d'un stent ?

### **Réponse de B Millat**

Lors de la mise en place de notre étude le coût d'un stent était estimé à 1300 €