

Comment améliorer le résultat du traitement chirurgical du cancer du rectum sans stomie d'amont pour tous les patients

Raymond POLO

Résumé

Depuis 2016 ce sujet n'a plus été abordé, sauf erreur de ma part, à l'Académie. Il y a 3 ans lors d'une excellente séance sur le Cancer du Rectum, ici même, il avait été retenu que toutes les anastomoses colo-rectales pour les tumeurs situées en dessous de 7 cm de la marge anale devaient être protégées par une iléostomie.

Comme un éternel refrain ce problème des stomies d'amont avait déjà été évoqué il y a plus de 30 ans. Philippe Bérard à Lyon réalisait ses anastomoses sans stomies de protection car, selon lui, le passage précoce des selles au niveau de l'anastomose assurait un bon calibre de cette dernière et un bon résultat fonctionnel. Un assistant du Pr. Malafosse, de mémoire Sèzeur, prônait la fermeture de l'iléostomie au 8^o jour post-opératoire si les suites avaient été simples avec un bénéfice fonctionnel pour le patient et un bénéfice économique en réduisant la durée de l'hospitalisation. D'autres auteurs réalisaient une iléostomie sans l'ouvrir et la supprimaient au 8^o jour post-opératoire si les suites avaient été simples.

C'est donc avec un grand plaisir que j'ai suivi en mars dernier en vidéo-conférence l'exposé de Quentin Denost, de l'équipe de Rullier, concernant "L'Utilisation Sélective de la stomie de protection dans le traitement du cancer du Rectum". La démarche thérapeutique adoptée par nos amis bordelais est différente, en bien des points, de celle que je me suis évertué à élaborer et il me paraît intéressant de vous la soumettre.

Quentin Denost a adopté une classification des patients, selon des critères classiques, en 7 catégories allant de 0 à 6. Les patients 0, 1 et 2 présentent un risque de fistule respectivement de 6% 10% 13% et sont les seuls éligibles à une intervention sans iléostomie. 30% de ces patients auront une iléostomie entre le 2^o et le 4^o jour post-opératoire avec la perspective de réintégrer le grêle aux alentours du 15^o jour pour assurer un meilleur résultat fonctionnel par rapport aux patients qui gardent leur iléostomie plus longtemps.

A noter que le risque de fistule croît exponentiellement de la catégorie 3 jusqu'à la 6 pour laquelle le risque est de 50%. Notre stratégie diffère sur bien des points de celle adoptée par nos amis bordelais : laparotomie et non pas coelioscopie et tous les malades aptes à bénéficier d'une laparotomie n'auront pas de stomie au départ, seuls 10% auront une colostomie droite le matin du 3^o jour post-opératoire sur des bases uniquement cliniques.

Pour obtenir ces résultats, seront détaillés tous les gestes opératoires avec la justification de leur bien fondé.