

# IL N'Y A PAS, EN 1997, D'ARGUMENTS SUFFISANTS POUR ABANDONNER LES COLECTOMIES PAR LAPAROSCOPIE DANS LES CANCERS COLIQUES CHEZ DES PATIENTS SÉLECTIONNÉS

G.B. Cadère\*, J. Himpens\*, J.C. Lemper\*\*, M. Vertruyen\*, A. Rajan\*\*\*

Bruxelles

**L**e développement de greffes néoplasiques sur les sites d'implantation des trocars et sur la minilaparotomie dans des cas reports en 1991 et 1993 [1] ont remis en cause l'utilisation de la laparoscopie dans le traitement du cancer du côlon. Y a-t-il en 1997 des arguments formels pour arrêter de réaliser cette intervention ? Cette question implique trois sous-questions :

- 1) La laparoscopie augmente-t-elle les risques de greffes métastatiques pariétales ?
- 2) Peut-on réaliser par laparoscopie une exérèse carcinologiquement satisfaisante ?
- 3) Y a-t-il des récurrences plus précoces et une survie différente après laparoscopie ?

**MOTS CLÉS :** Cancer colique, Laparoscopie, Laparotomie, Greffes néoplasiques.

## La laparoscopie augmente-t-elle les risques de greffes pariétales ?

Si des greffes pariétales ont été rapportées dans des cas reports, leur incidence n'avait jamais été précisée.

Nous avons au sein du FDCL [1], réalisé une étude prospective portant sur 545 colectomies pour cancer tous stades confondus, réalisées par laparoscopie. Cette étude

Auteurs	Nombre patients	Greffes pariétales	Suivi (années)
FDCL 1994 [1]	545	1,8 %	?
COST 1996 [2]	372	1,1 %	3
FRANKLIN 1996 [3]	191	0	5

Tableau I

Auteurs	Nombre patients	Récurrences pariétales	Suivi (années)
REILLY WT [4] Dis. Colon Rectum 1996	1711	0,6 %	3 4
HUYGHES [5]	1600	1 %	?
American Society of colon and Rectal and Surgeons	480	1,1 %	1

Tableau II

avait montré 10 greffes pariétales (1,8 % des cas). Depuis, d'autres études ont été publiées. Dans le groupe COST (Clinical Outcome Of Surgical Therapy Study Group) [2], sur 372 malades et avec un recul de 3 ans cette incidence est de 1,1 %. Elle est de 0 % dans la série de Franklin [3] sur 191 malades avec un recul de 5 ans (Tableau I).

Cet indice n'est pas supérieur à la fréquence des greffes sur cicatrice de laparotomie (Tableau II) de l'ordre de 1 % que nous avons relevée dans une étude de la littérature [4, 5, 6].

*On s'est probablement alarmé inutilement mais il faut continuer à étudier ces greffes même si elles sont rares.*

**Peut-on réaliser par laparoscopie une exérèse carcinologiquement satisfaisante ?**

Une seule étude, celle de Franklin [3], permet actuellement d'aborder ce problème en évaluant les marges de résection et l'étendue de la résection ganglionnaire. Dans cette étude (Tableau III), deux groupes de chirurgiens ont opéré 415 malades. Le premier groupe exclusivement par laparoscopie et le deuxième groupe exclusivement par laparotomie.

Les deux séries étaient comparables aussi bien pour l'âge, le sexe, le type de résections et le stade TNM, et les résections portaient aussi bien sur les cancers du côlon droit, du côlon gauche ou du rectum.

Les deux groupes de patients ont été évalués cliniquement par des critères identiques. L'analyse des pièces opératoires a été faite par un seul groupe d'anatomo-pathologistes.

La marge de résection proximale et distale au niveau du sigmoïde et du rectum est plus grande après laparoscopie. Les résections ganglionnaires sont également plus importantes par laparoscopie.

*La résection laparoscopique d'après cette étude ne semble pas moins étendue que par laparotomie.*

**Y a-t-il des récurrences plus précoces et une survie différente après laparoscopie ?**

Dans l'étude du COST [2], le pourcentage de survie à 3 ans classé par le stade a été comparé à une importante étude du National Cancer Institute, de 106269 résections portant sur laparotomie. Cette série est semblable (Tableau IV).

Dans l'étude de Franklin [3] le pourcentage de survie sans récurrence classé par stade est semblable dans les résections par laparoscopie et par laparotomie (Tableau V).

En conclusion, sur la base des résultats actuels, l'incidence des greffes pariétales n'est pas plus élevée par laparoscopie. La qualité de la résection sur le plan oncologique, la fréquence des récurrences à moyen terme et la survie ne semblent pas différentes

Étendue de la résection après laparoscopie et laparotomie				
Nombre patients 415	Laparoscopie N = 191		Laparotomie N = 224	
	Sigmoïde	Rectum	Sigmoïde	Rectum
Marge de résection proximale	10,4	14	5,8	1
distale	7,2	5,2	6,2	4,4
Nb. ganglions prélevés	15,2	16,5	11,5	11,9

Tableau III

Survie à 3 ans après colectomie par laparoscopie et laparotomie en fonction des stades de cancer		
	COST [2] Laparoscopie N = 191	NATIONAL CANCER INSTITUTE [6] Laparotomie N = 224
	STADE I	93
II	72	82
III	53	58
IV	10	10

Tableau IV

Pourcentage de survie sans récurrence après colectomie par laparoscopie et laparotomie en fonction du stade des cancers		
	Laparoscopie N = 191	Laparotomie N = 224
	STADE I	93 %
II	85 %	85 %
III	80 %	67 %
IV	0 %	0 %

Tableau V

par laparoscopie et par laparotomie. Cependant la seule étude qui ait un recul de 5 ans, est une étude qui comporte peu de malades, qui n'est pas randomisée et dans laquelle le traitement adjuvant n'est pas spécifié. En tenant compte de ces limites, il est justifié de ne pas arrêter les études prospectives, et si possible randomisées, mais cette intervention ne peut pas être proposée en routine classique.

- \* C.H.U.Saint-Pierre \*Service de Chirurgie
- \*\* Service Endoscopie
- rue Haute 322, 1050 Bruxelles - Belgique
- \*\*\* Hôpital Etterbeek-Ixelles
- Rue Jean Paco 63 - 150 Bruxelles - Belgique

---

## RÉSUMÉ

Les auteurs posent la question de savoir si fin 1997 il existe des arguments suffisants pour abandonner la réalisation cœlioscopique des colectomies pour cancer colique, question qui s'est posée de façon aiguë après la publication de greffes néoplasiques pariétales en 1991 et 1993. Les auteurs répondent à trois questions, celle des greffes pariétales, celle de la qualité carcinologique de l'exérèse, celle de la durée et de la qualité de la survie. En ce qui concerne la survenue des greffes pariétales, une analyse de la littérature [1, 2, 3, 4, 5], montre que leur taux n'est pas différent en cœlio-chirurgie et en chirurgie conventionnelle. En ce qui concerne la qualité carcinologique de l'exérèse, l'étude de l'étendue de l'exérèse cœlio-chirurgicale prenant en compte les marges de résection et le nombre de ganglions prélevés montre que ceux-ci sont au moins aussi importants que par laparotomie (Franklin [3]). En ce qui concerne la survie et la précocité des récurrences, la comparaison des études du COST [2] et du NCI [6], de même que l'étude de Franklin [3], donne des pourcentages identiques en laparotomie et en laparoscopie. Il n'y a donc pas d'arguments suffisants pour abandonner la voie cœlioscopique bien que la seule étude qui ait un recul de 5 ans ne soit pas randomisée. Ce mode d'intervention ne peut cependant pas être proposé en routine classique mais il semble souhaitable de ne pas arrêter les études prospectives, si possible randomisées.

## SUMMARY

The authors ask whether, by the end of the year 1997, there exist sufficient arguments to give up celioscopic colectomy for colon cancer, a question that has been a sensitive issue ever since parietal neoplastic grafts were published on in 1991 and 1993. The authors address three issues, that of parietal grafts, that of the carcinological quality of the exeresis, and that of the length and quality of the survival period. Regarding parietal graft occurrence, an analysis of the literature [1, 2, 3, 4, 5] shows that the rate is virtually the same in celiosurgery and in conventional surgery. Regarding the carcinological quality of the exeresis, a study of the extent of the celiosurgical exeresis taking into account the safety margins and the number of lymph-nodes removed, shows that they are at least as important as by laparotomy. (Franklin [3]). Regarding survival and early recurrence, both the COST [2] and the NCI [6] surveys, as well as Franklin's study [3] report identical rates by laparotomy and by laparoscopy. Therefore, there are no sufficient arguments to give up the celioscopic approach although the only study with a 5 year follow-up has not been randomized. This technique cannot be proposed routinely, however, it seems desirable not to give up prospective - and if possible randomized - studies.

**KEY WORDS :** Colon cancer, Laparoscopy, Laparotomy, Neoplastic grafts.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - CADIÈRE G.B., LEROY J., DROUARD F., BOULEZ J., PASSONE-SZERZYNA N. : Colectomie gauche pour cancer par voie laparoscopique : *Le Journ. de Cœlio-chir.* 1994, 12, 17-22.
- 2 - FLESHMAN J.W., NELSON H., PETERS W.R., KIM C., LARACH S., BOORSE R.R., AMBROZE W. et al. : Early results of laparoscopic surgery for colorectal cancer. Restrospective analysis of 372 patients treated by clinical outcomes of surgery therapy (COST) study group : *Dis. Colon Rectum*, 1996, s53-s58.
- 3 - FRANKLIN M.E., ROSENTHAL D., DORMAN J.P., GLASS J.L. : NOREM R., DIAZ A. : Prospective comparison of open vs laparoscopic colon surgery for carcinoma : five year results : *Meeting of the American Society of Colon and Rectal Surgeons, Seattle Washington 1996.*
- 4 - REILLY W.T., NELSON H., SCHROEDER G., WIEAND H.S., BOLTON J., O'CONNELL M.J. : Wound recurrence following conventional treatment of colorectal cancer. A rare but perhaps underestimated problem. : *Dis Colon Rectum*, 1996, Feb, 39, 2, 200-207.
- 5 - HUGHES E.S., Mac DERMOTT F.T., POLGASSE A.L., JOHNSON W.R. : Tumor recurrence in the abdominal wall scar after large bowel cancer surgery : *Dis Colon Rectum* 1993, 6, 571-572.
- 6 - NATIONAL CANCER INSTITUE : Sponsored intergroup trial int 01146, phase III prospective randomized trial comparing laparoscopic assisted vs open colectomy for colon cancer. Jan. 1996