

Place de l'écho-endoscopie dans le bilan pré-thérapeutique, la réévaluation après traitement néoadjuvant, pour dépister les récurrences des cancers du rectum et du canal anal

P. Senesse, E Assenat

CRLC Val d'Aurelle – CHU Montpellier

Echo-anatomie

Anus

Rectum

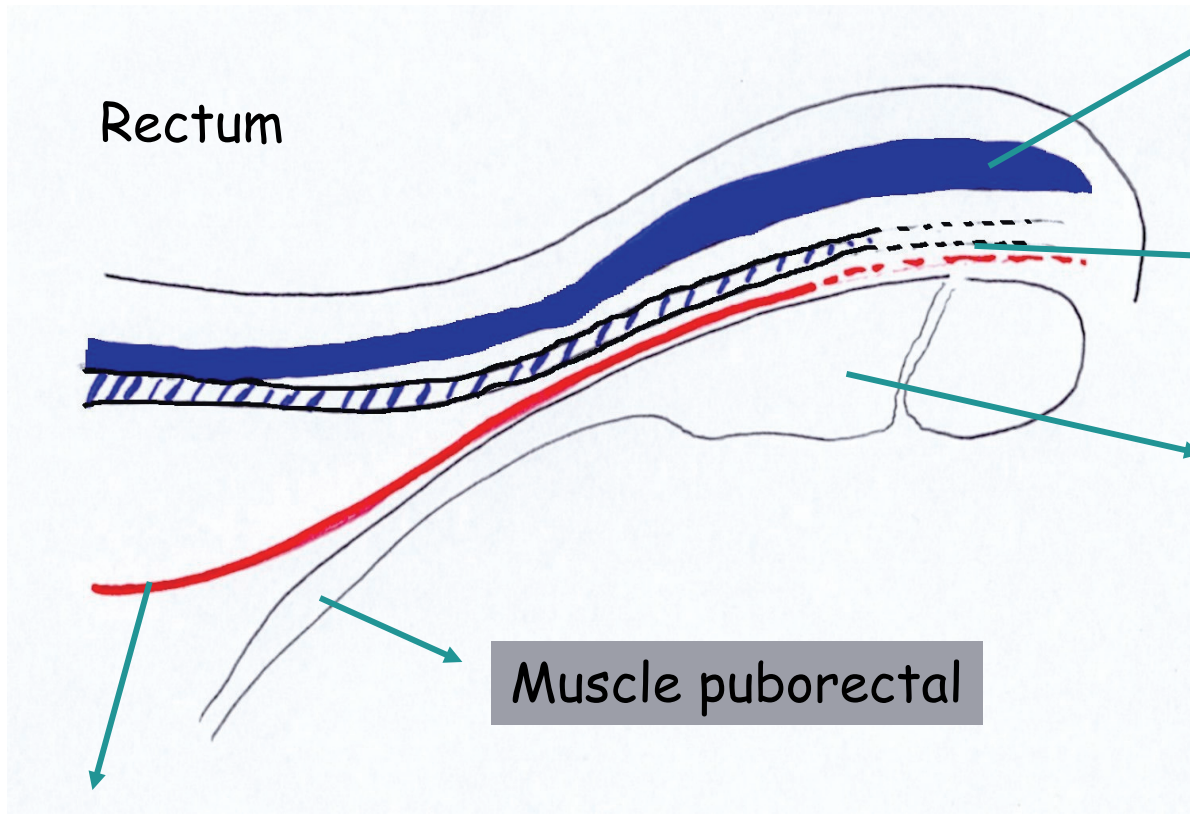
Sphincter interne

Espace intersphinctérien

Complexe strié externe

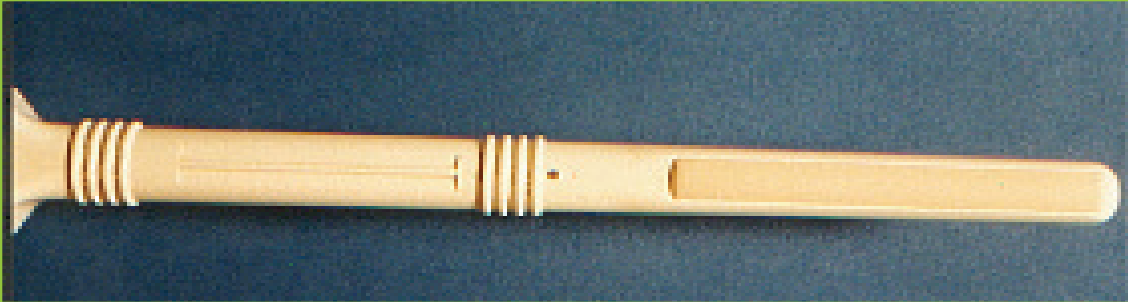
Muscle puborectal

Fascia rectalis

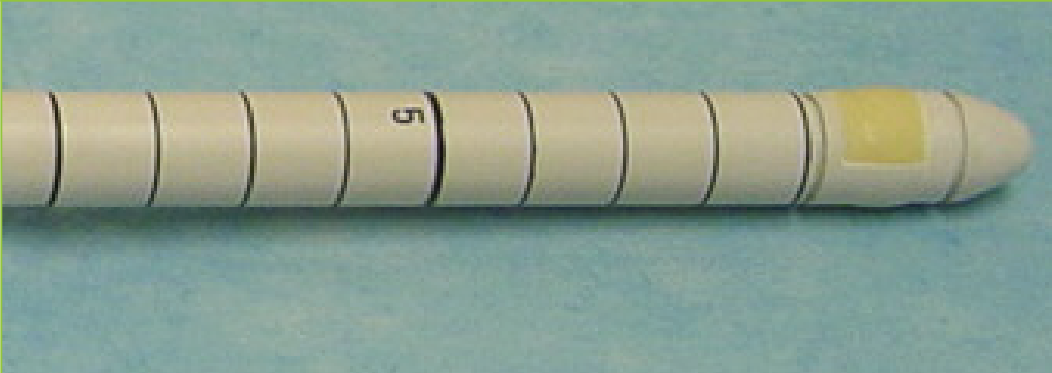
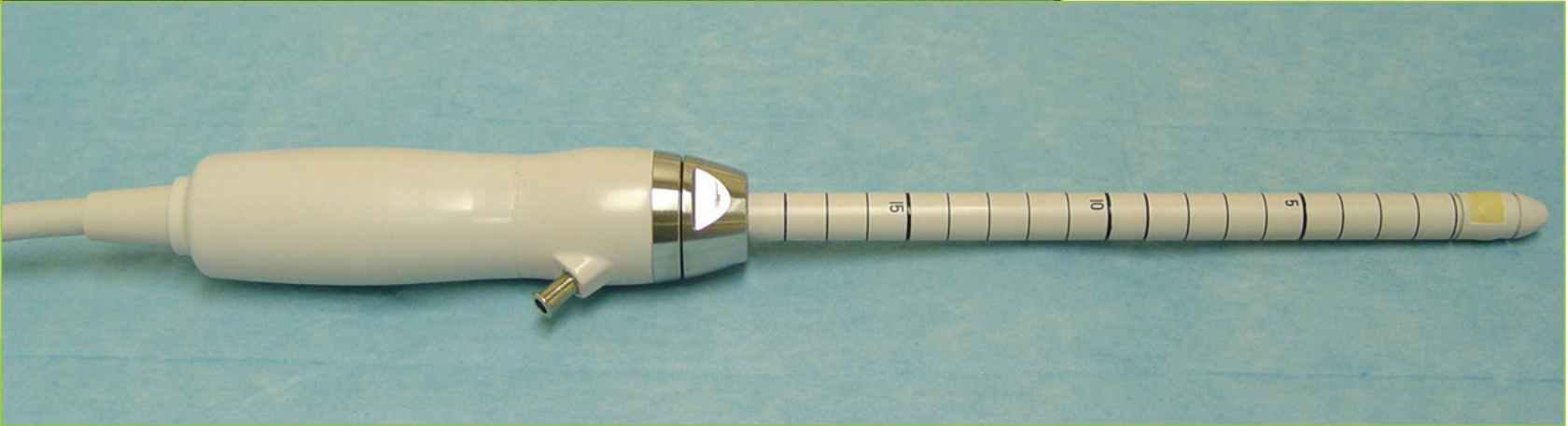


Matériel et Technique

Matériel: sondes rigides



U33



R54

Technique

- **TECHNIQUE D' EXAMEN**
 - Décubitus latéral gauche
 - Lavement (normacol®)
 - Anesthésie uniquement si douleurs (formes fissuraires...) ou biopsie
- +/- BALLONNET
- **APPAREILLAGE**
 - Radial
 - **Linéaire (tumeurs)**
 - **Sonde rigide**
 - Echoendoscope

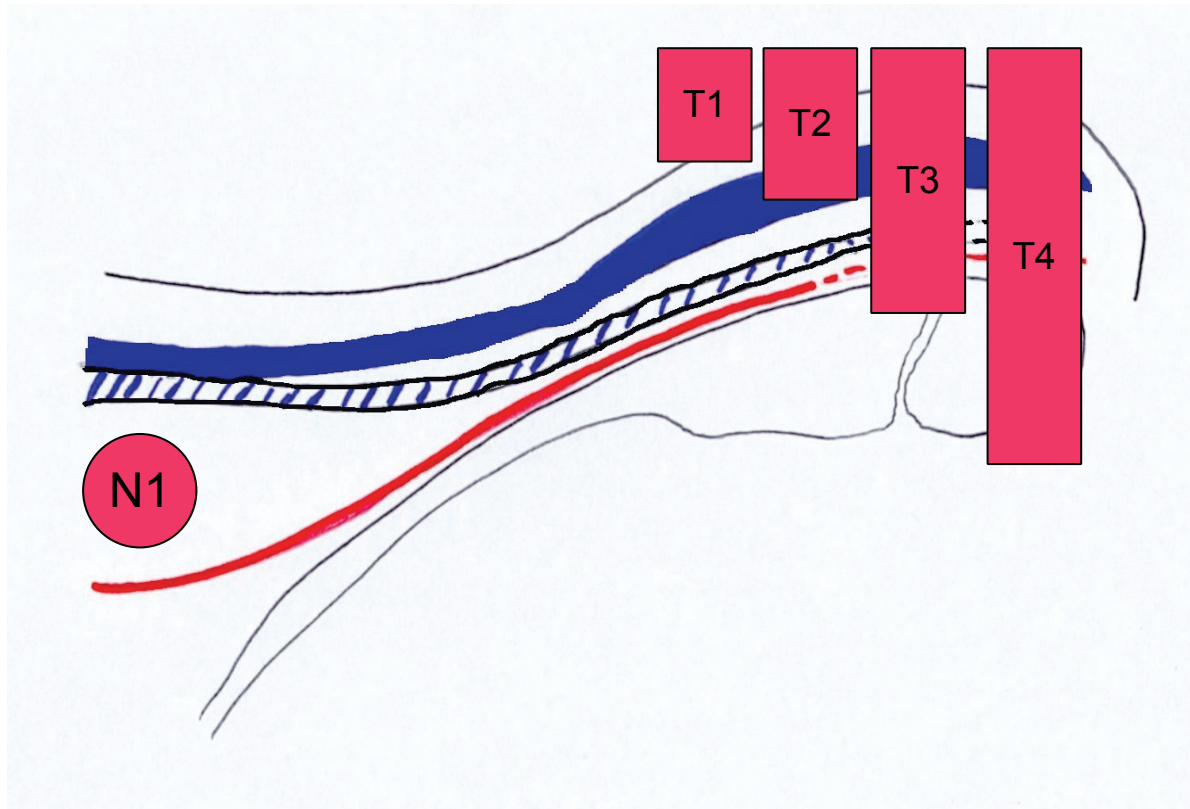
Tumeurs du canal anal

Classification UICC 87

- **T1 : TUMEUR < 2 cm**
- **T2 : 2 cm < TUMEUR < 5 cm**
- **T3 : TUMEUR > 5 cm**
- **T4 : ENVAHISSEMENT D'UN ORGANE PELVIEN.**

- **N0 : PAS D'ADP**
- **N1 : ADP PERI-RECTALE**
- **N2 : ADP UNILATERALE ILIAQUE INT/INGUINALE**
- **N3 : ADP PERI-RECTALE ET INGUINALE, ILIAQUE INT/INGUINALE BI-LATERALE**

Classification us TN



Classifications des tumeurs épidermoïdes du canal anal

Clinique : basée sur la hauteur et les ADP

Ultrasonographique : basée sur l'extension en profondeur et les ADP

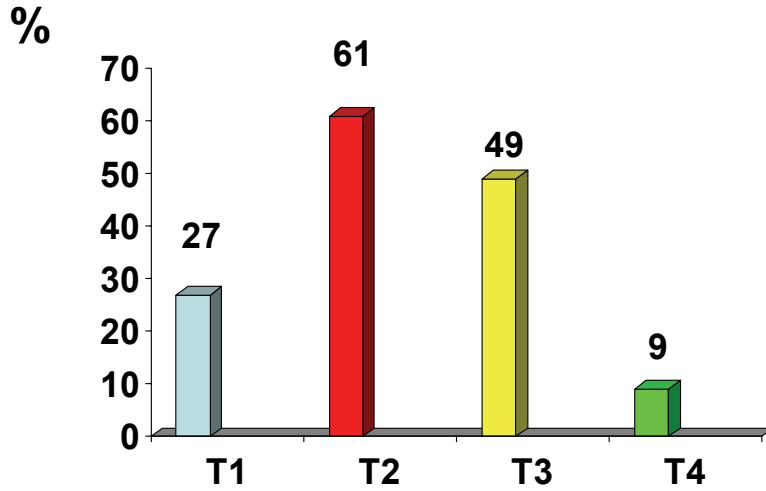
Environ 2/3 des lésions classée T1, T2 clinique seront classées uT3

Quel impact ?

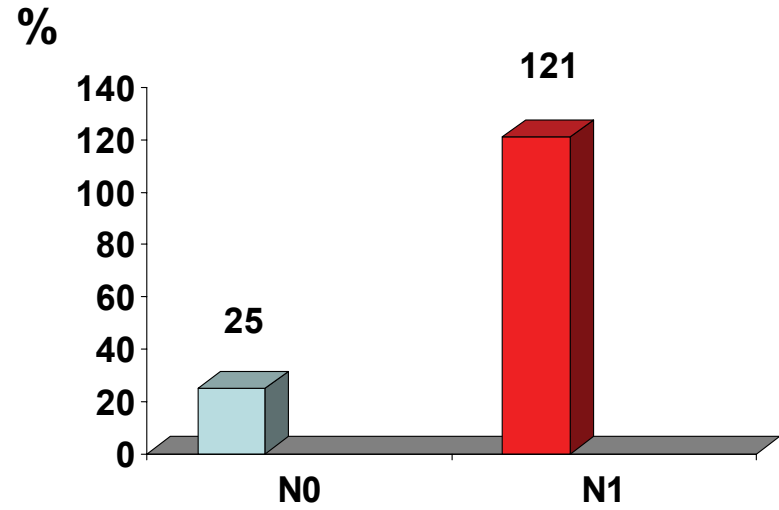
Giovannini M, Bardou VJ, Barclay R et al. Anal carcinoma: prognostic value of endorectal ultrasound (ERUS). Results of a prospective multicenter study. Endoscopy. 2001; 33: 231-6

- 146 patients inclus par 8 centres
- Les tumeurs classées T1-T2N0 (<4cm) ont été traitées par RTT seule.
- Les tumeurs classées T3-T4 cliniques ont été traitées par RC.

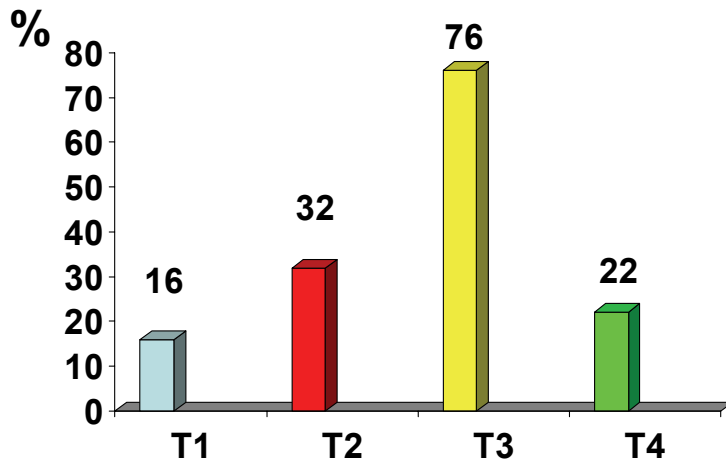
CLASSIFICATION T



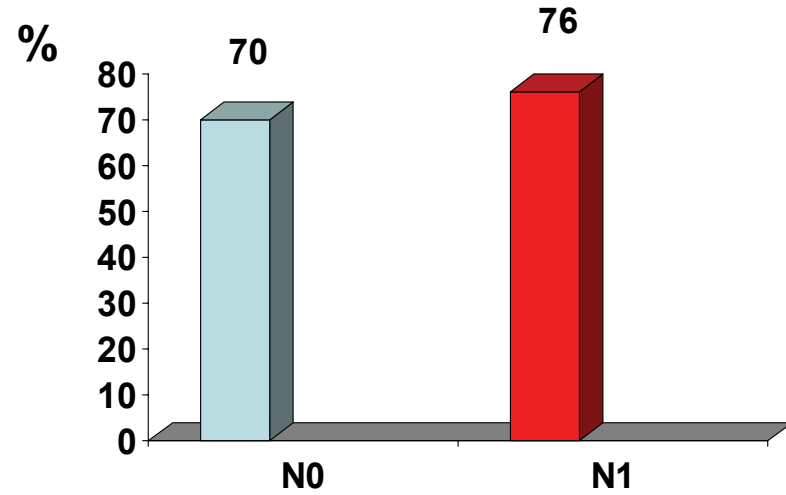
CLASSIFICATION N



CLASSIFICATION uT



CLASSIFICATION uN



Résultats

T1T2N0

uT1T2N0

Réponse au traitement

80% (RC)

94,7% (RC)

P=0.008

Récidive

T et le N clinique

T et N us

P=0.4 et *P=0.5*

P=0.001 et *P=0.03*

Réponse au traitement et récurrence

Aucune donnée récente de la littérature

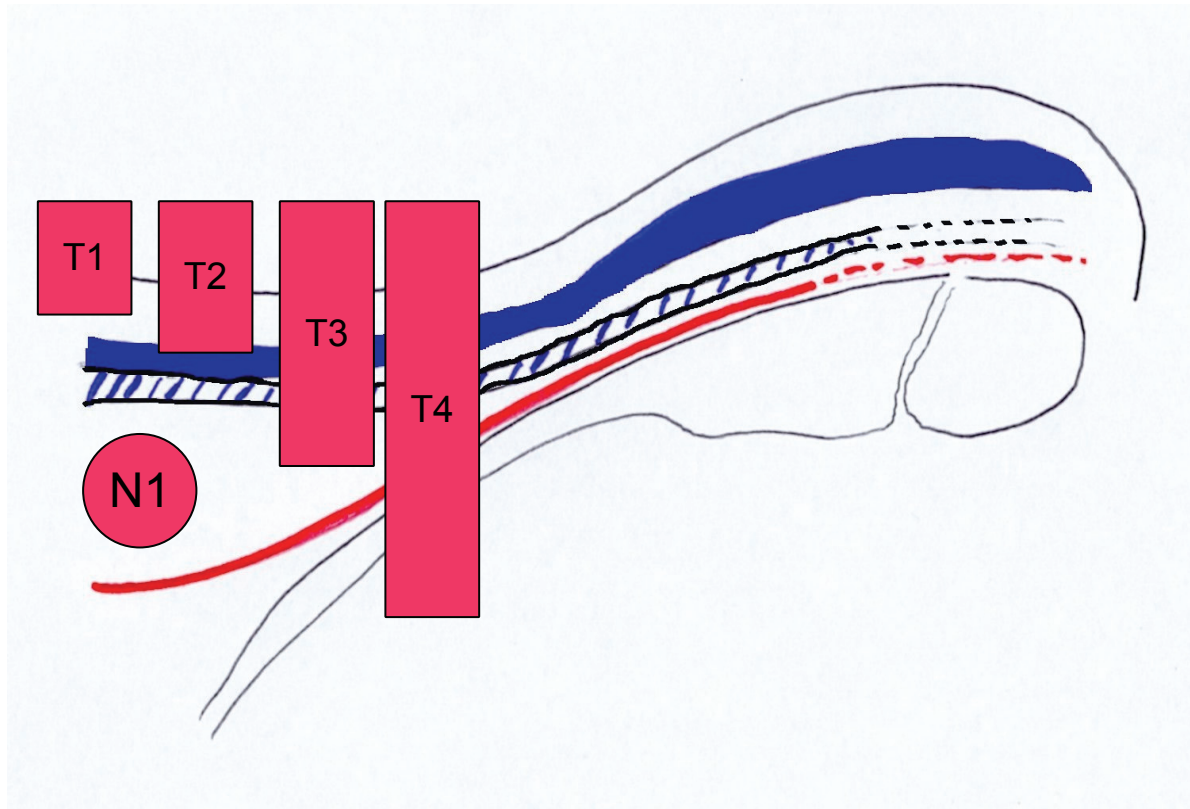
Expérience personnelle: **Pas d'intérêt**

- Réponse au traitement : TR
- Doute : EER +/- ponction
- Récurrence : **N+ périmaires ?**

- Notre pratique : surveillance couplée avec un clinicien pendant 2 ans tous les 3/4 mois (intérêt non prouvé)

Tumeurs du rectum

Classification us TN



Traitement des cancers du rectum

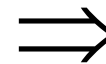
RT + TME (Résection du mésorectum)

⇒ RLR 2,4 %

vs TME

⇒ RLR 8,2 %

	RT + TME	TME	P value
10.1-15 cm	1.3%	3.8%	0.17
5.1-10 cm	1.0%	10.1%	<0.001
< or = 5cm	5.8%	10.0%	0.05
STADE I	0.5%	0.7%	0.15
STADE II	1.0%	5.7%	0.01
STADE III	4.3%	15.0%	<0.001
STADE IV	10.1%	23.8%	0.25



EER

Moyen et bas rectum
T2, T3, N

Bilan locoregional : Données globales

- EER = meilleur examen en terme de précision diagnostique

2 méta-analyses

BIPAT. Radiology. 2004

LAHAYE . Seminar US, CT and MR imaging 2005

	TDM	IRM	EER
Précision diagnostique (T)	73%	82%	87%
Précision diagnostique (N)	66%	74%	74%

Le stade us T possède une valeur pronostique

mais pas de valeur pronostique pour le us N

Bilan locoregional : Plus précisément

Problème de précision diagnostique surtout pour le us T2

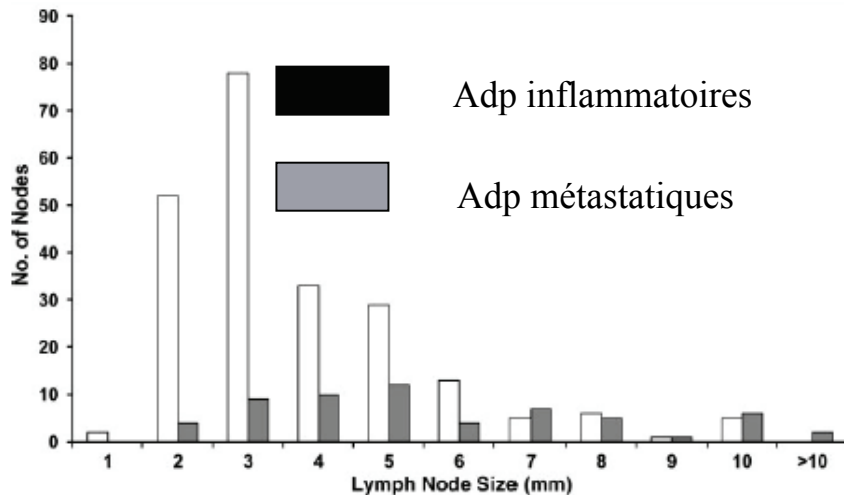
63/90 patients avec T.du rectum bien classés par EER (70%)

mais 19 us T2 → pT1

8 us T2 → pT3

LINDMARK. Radiology, 1997

La précision de l'EER pour estimer le stade N est plus discutée



BROWN. Radiology 2003 ; 227 : 371-77

HARNSBERGER. Dis Colon Rectum 1994; 37 : 73-87

MONIG. Ann Surg Oncol 1999 ; 6 : 579-81

ANDREOLA. Cancer 1996 ; 77 : 607-612

BJELOVIC. Hepatogastroenterology 1998 ; 45 : 433-38

DWORAK. Surg Endosc 1989 ; 3 : 96-99

Intérêt pour la décision thérapeutique ?

- Lésions us T3-T4 : RT néo adjuvante

(+/- CT si « gros » T3, T4 fixée, T du bas rectum)

Le statut ganglionnaire ne modifie pas pour l'instant le traitement.

- Lésions us T1-T2

pT1 : 12 % de N+ pT2 : 29 % de N+ KIM N.K. - *Dis. Colon. Rectum* 2000.

RT néo adjuvante

 **Ponction échoguidée ?**

PONCTION ÉCHOGUIDÉE d'une ADP

Bons résultats pour l'évaluation de l'extension ADP avant traitement

SHAMI Dis Colon Rectum 2004 ;47:59-65

16 /60 malades cyto-ponction d'une ADP suspecte non juxta tumorale.

⇒ Une confirmation histologique a été obtenue dans tous les cas.

⇒ modification de la décision thérapeutique dans 19% .

ET

intérêt ?

HAREWOOD Gastroenterol., 2002,123 (1), 24-32.

FNA ADP change la décision thérapeutique pour 1/80 patients

⇒ **La « valeur ajoutée » de la cytoponction écho-guidée par rapport à la seule EE diagnostique pour les ADP, n'est pas clairement établie !**

Evaluation post radiothérapie

L'EER ne différencie pas l'altération post RT et le tissu tumoral résiduel

⇒ **surestimation dans 38% des cas.**

BERNINI. Ann Surg Oncol.1996; 3;131-5

BURTIN. Gastroenterol. Clin. Biol., 1993,17 (4), 287-291.

GAVIOLI. Dis. Colon Rectum, 2000, 43 (8),1075-1083.

KNAEBEL. Recent Results Cancer Res,2005; 165:46-57

**La valeur diagnostique de l' EER post RT reste correcte quand la T. "résiste" à la RT
mais n'est pas bonne en cas de réponse objective (surestimation le + souvent)**

⇒ **pas d'utilisation en routine !!**

VANAGUNAS Am J Gastroenterol 2004 ; 99 :109-12

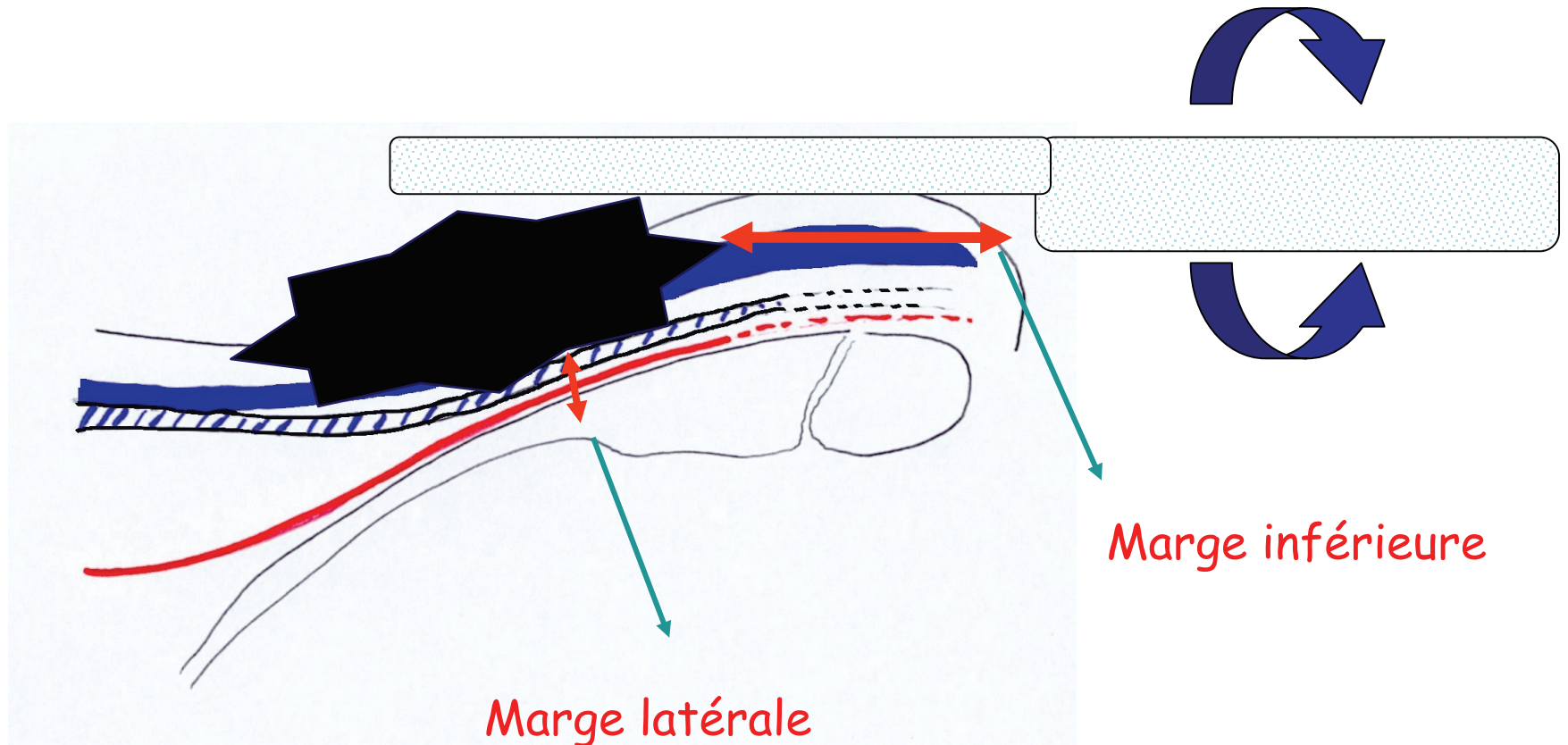
RAU Surg Endosc, 1999, 13 (10), 980-984

KAHN. Dis. Colon. Rectum 1997,40,140-144

Cas du bas rectum

Evaluer l'extension vers le bas en direction du sphincter anal.

Sonde rigide +++



EER après traitement néoadjuvant

ERUS 2	Pathology		
	Puborectalis infiltration, n	Clearance < 1 mm, n	No infiltration + clearance ≥ 1 mm, n
≤ 0 mm, n	4	4	7
> 0 mm, n	0	0	51

La surveillance systématique par EER en postopératoire reste débattue

D'autres examens (TR, endoscopie, TDM, ACE) permettent de diagnostiquer les récidives locales

10 études prospectives / Collectif de 694 malades avec 118 RLR.

31/118 (4% effectif global) RLR diagnostiquées uniquement par l' EER.

GIOVANNINI. Gastroentérologie pratique 1996,78,1-6

Intêtret ?

275 patients avec EER de surveillance vs 176 surveillance sans EER .

pas de différence de taux de survie ou de taux de chirurgie curative

entre les patients dont la RLR a été diagnostiquée par EER (1/3) ou / d'autres méthodes.

de ANDA Dis Colon Rectum 2004 47(6) :818 -24.

Suspicion de récurrence (sans lésion endoscopique) : intérêt de la cyto-ponction écho-guidée

90 % des RLR sont extra luminales = récurrences anastomotiques sous muqueuses
⇒ sensibilité de EER > 90 % mais spécificité : 57 - 74 % !

⇒ **intérêt EUS-FNA :**

sensibilité = 88,3 %, spécificité = 100 % , fiabilité = 95,7 %

GIOVANNINI. Acta Endoscopica, 1998,28,45-51.

⇒ **impact direct sur la prise en charge ultérieure**

60 malades - 5 suspicions de récurrence et cyto-ponction

⇒ Une confirmation histologique a été obtenue dans tous les cas

⇒ La décision thérapeutique a été modifiée en conséquence.

SHAMI Dis Col Rectum 2004;47:59-65



Compte-rendu systématisé +++

- ⇒ **Bilan fiable,**
- ⇒ **Réévaluation,**
- ⇒ **Surveillance adaptée**

Nom

Prénom

Date

Opérateur

Indication

Type de sonde utilisée: Examen réalisé par une sonde rigide et/ou par une sonde souple

Evaluation clinique (Creux inguinaux, toucher rectal et vaginal)

Examen endorectal :

Qualité et limite de l'examen

Hauteur maximale examinée

Tumeur :

Taille de la tumeur dans son plus grand diamètre

Hauteur proximale de la tumeur par rapport à la marge anale

Localisation tumorale et extension circonférentielle (pourcentage)

Degré d'infiltration tumorale

Marge latérale et degré d'invasion du mésorectum (clairance au fascia recti en mm)

Marge latérale entre la lésion tumorale et le muscle pubo-rectal et/ou le sphincter externe (EAS)

Atteinte sphinctérienne (SI, SE)

*Statut ganglionnaire (description, taille, **localisation**)*

Préciser si ponction d'une adénopathie

Inclusion dans un éventuel protocole de recherche.

Conclusion : uTN avec un rappel des limites de l'examen