



La Chirurgie Transanale Endoscopique

Prof Christian Simoens

Hoofd Afdeling Abdominale Heelkunde - UZ Brussel



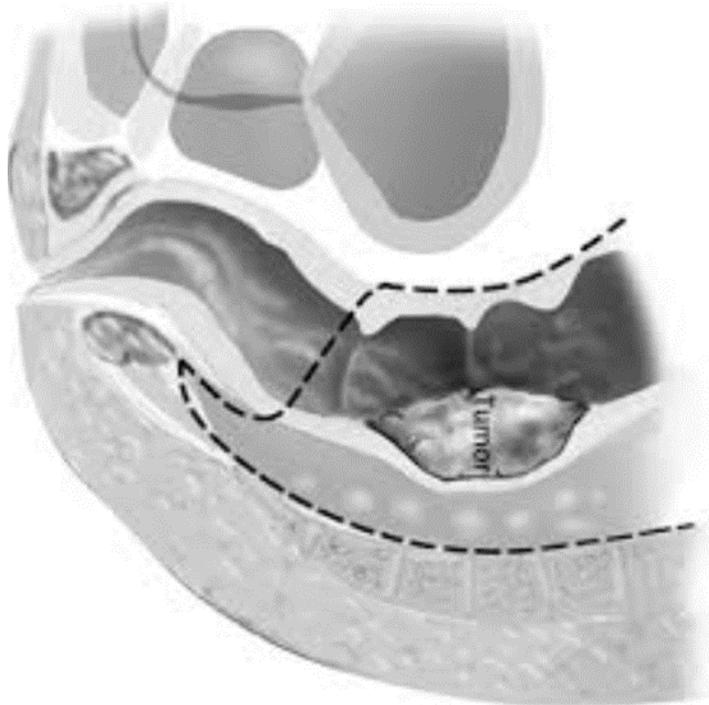
Universitair Ziekenhuis Brussel

- **Gold standard pour cancer du rectum**

(tiers moyen et distal du rectum)

→ TME (total mesorectal excision)

Open, laparoscopie ou robot



- Résection complète du mésorectum
- Mésorectum intact
- Marges de résection libres (distale, CRM!)
- Maximum de ganglions

- **Chirurgie radicale**
 - Problèmes urologiques
 - Problèmes sexuels
 - Syndrôme LAR (61,4 et 43,5% à 1 et 5 ans respectivement)
- **Dans certaines conditions difficulté d'abord du rectum distal**
 - Bassin étroit (♂)
 - Obésité
 - Post radiothérapie
 - Tumeur volumineuse
 - Hypertrophie prostate

TES (Indications)

- Résection tumeurs bénignes ou cancer précoces
 - TEM, TAMIS
 - Avantages:
 - pas de comorbidité liée à la TME
 - pas de stomie protectrice
 - courte hospitalisation
- TA-TME
 - Avantages techniques lors de la dissection du bas rectum vs. approche open ou laparoscopique

TEM – TAMIS indications

- Adénomes
- “Early stage”, “low risk” tumors (N0)
 - Tumeurs carcinoïdes (<2cm)
 - Stade 4
 - TME impossible ou refusée
- Contre-indications:
 - > 30% (50%?) de la circonférence
 - Taille de > 3cm (5cm?)
 - < 5cm de la marge anale
 - >15cm de la MA (tumeurs postérieures)
 - >10cm de la MA (tumeurs antérieures)

TEM – TAMIS indications

● “Early stage tumors”	N+
● T1sm1	0-3%
● T1sm2	8-15%
● T1sm3	23-25%
● T2	20-25%

- Facteurs de risque de récurrence (N+)
 - - tumeurs peu différenciées
 - - envahissement lympho-vasculaire ou perineural
 - - marges de résection < 1 mm

Salvage TME après TEM – TAMIS

- “Salvage” TME si:
 - Marges positives ou <1 mm
 - Tumeur $\geq T2$
 - Perineural or lymphovascular invasion
 - Tumeur peu différenciée

TEM

Plateformes rigides (TEM, TEO)

Buess 1983

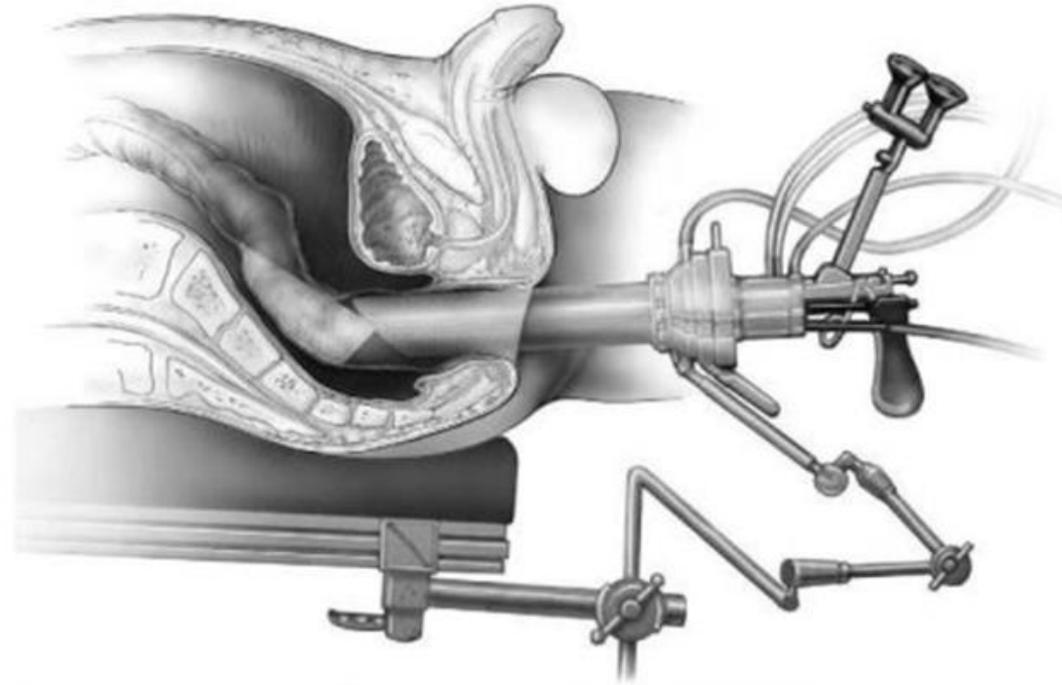
Système intégré (insufflation, source de lumière, aspiration, smoke evacuation, instrumentation, 3D,...)

Camera fixe
1 chirurgien

Positionnement du patient
(lésion doit être située vers le bas)

Coûts

Learning curve



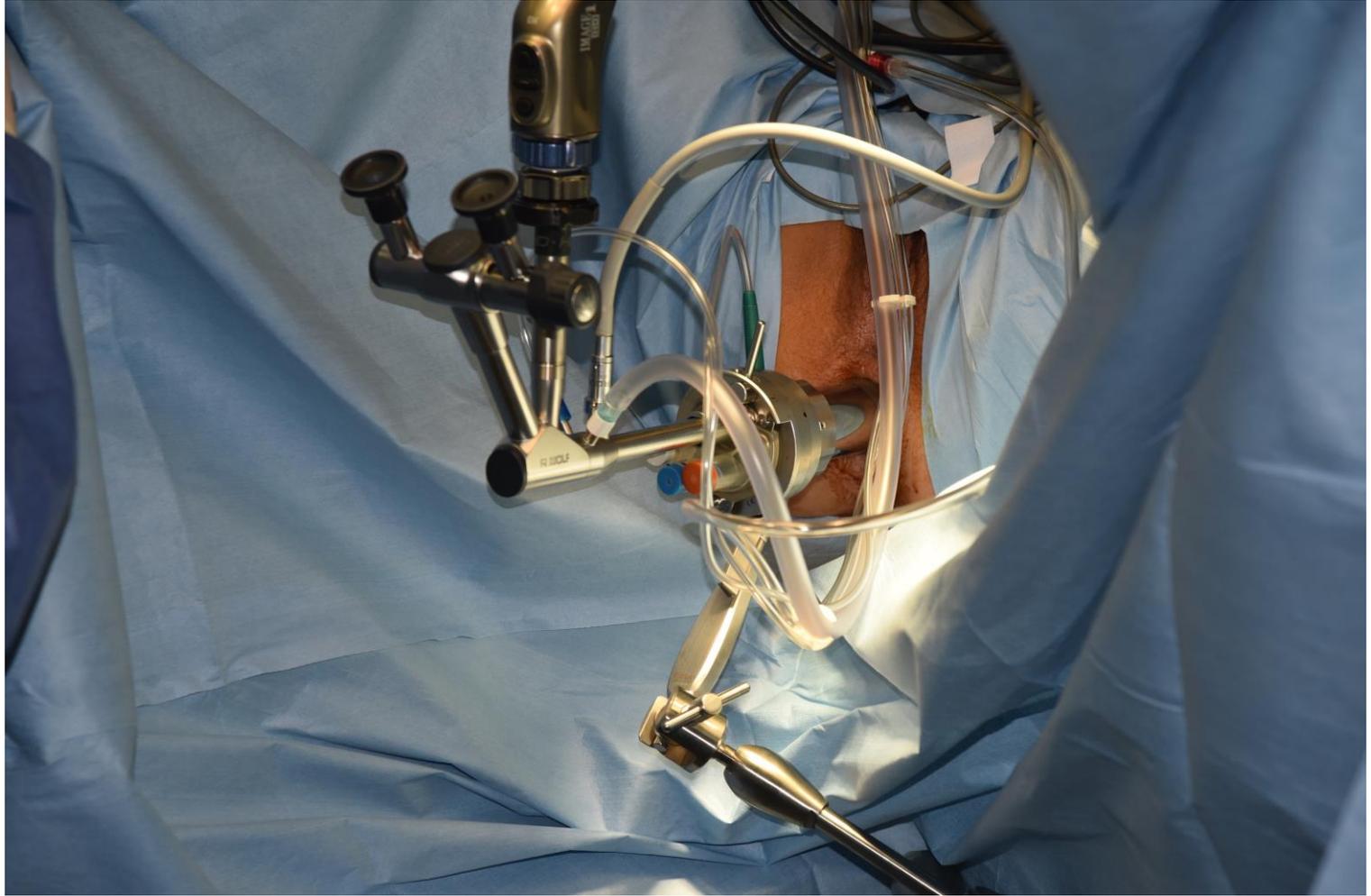
TEM



TEM



TEM



Plateformes flexibles

(SILS, GelpointPath)

2010

Instruments de laparoscopie classiques

Plus accessible

Coûts ↓

2 chirurgiens

Image moins stable

Conflits instruments (?)

Suture plus difficile (?)

Positionnement du patient



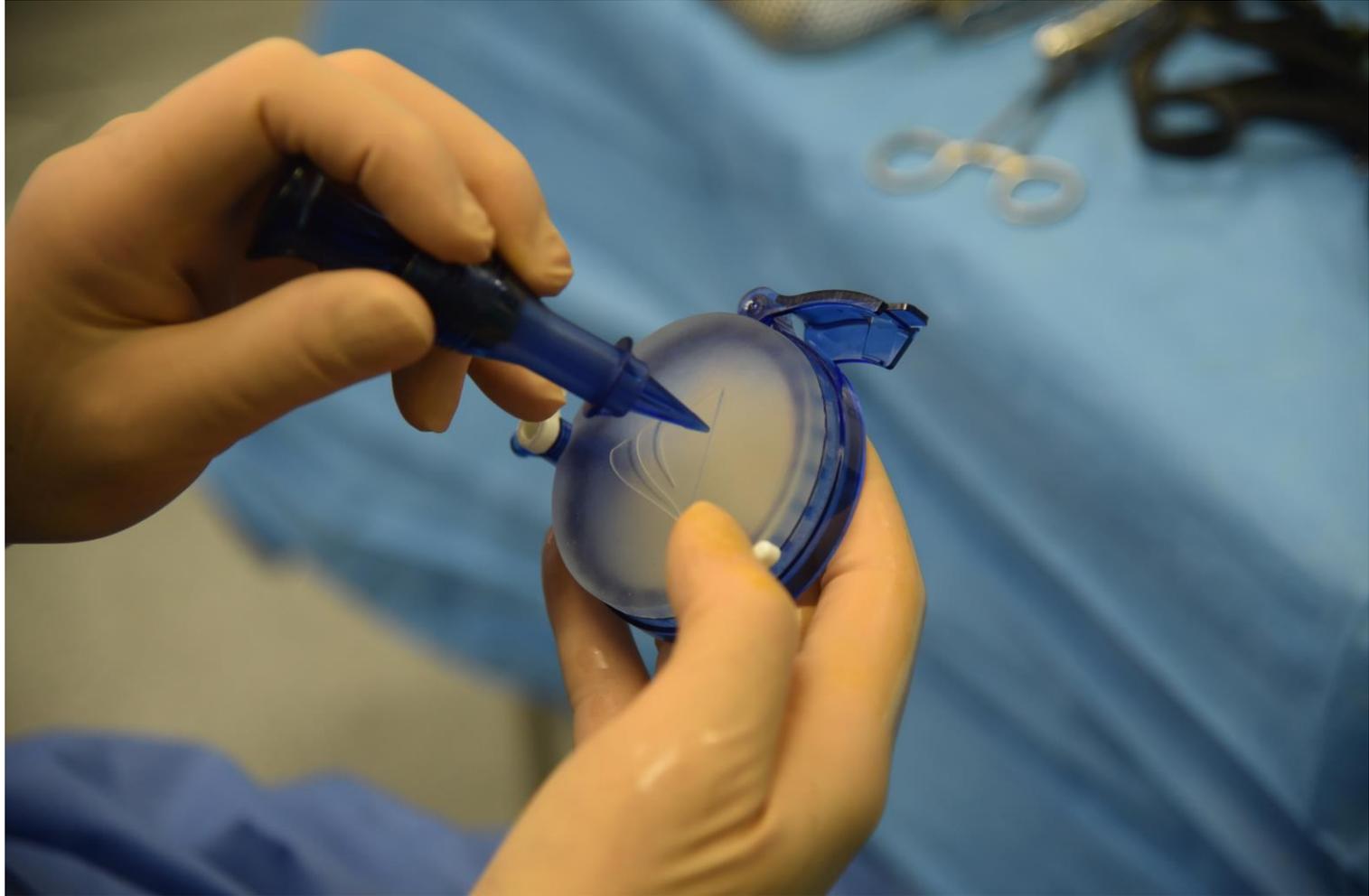
TAMIS



TAMIS



TAMIS



TAMIS



TAMIS



Video TEM

TAMIS Trans Anal Minimal Invasive Surgery

Dept Dig Heelkunde
UZ Brussel

TA-TME

- TME open ou laparoscopique
 - Risque de marges positives (tumeurs basses ou antérieures)
- Approche transanale: possible avantage technique vs. approche open ou laparoscopique

Bassin étroit (♂)

Obésité

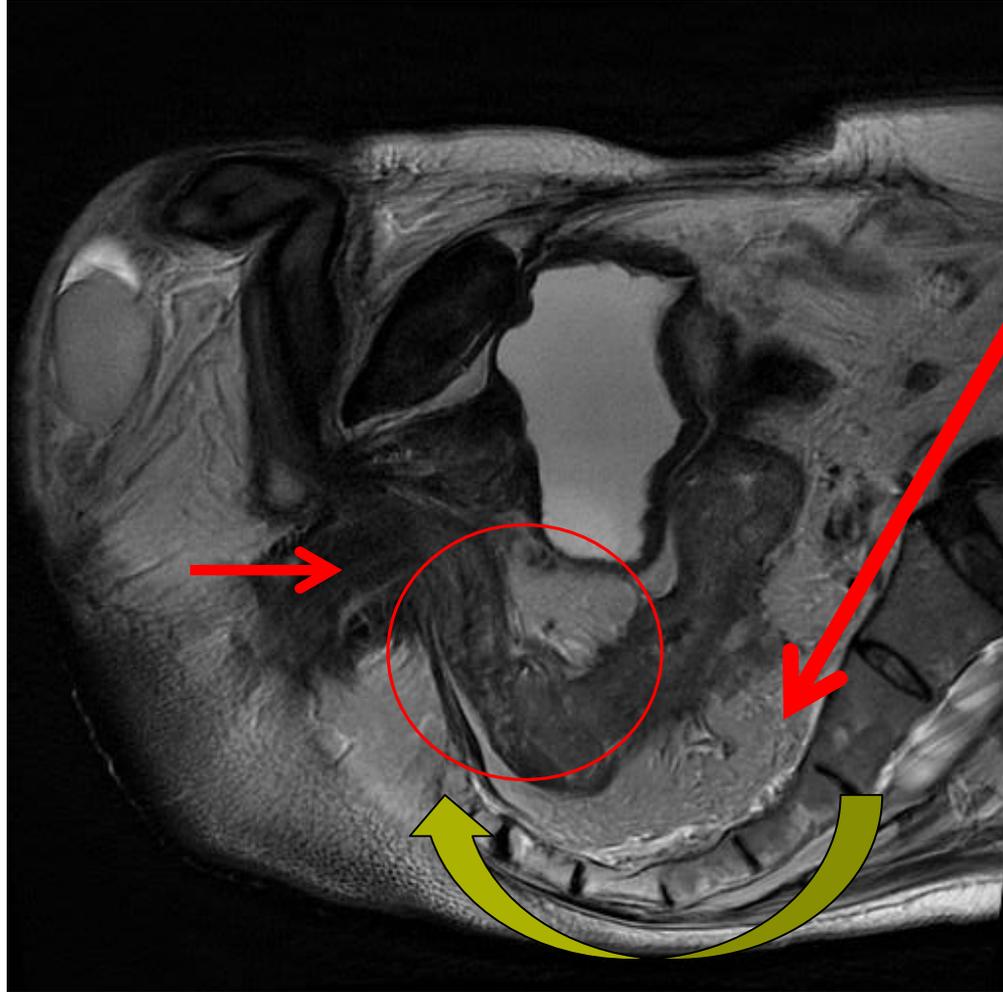
Post radiothérapie

Tumeur volumineuse

Hypertrophie prostate

- Avantages TA-TME
 - Excellente visualisation bas rectum (même si pelvis étroit)
 - Meilleure détermination de la marge distale

TME vs. TA-TME



- Position gynécologique
- Intervention :
 - Purement transanal
 - En 2 temps: abdominal - transanal
 - Temps abdominal:
 - TME laparoscopique
 - Temps transanal:
 - Retracteur Lone Star et Gelpoint Path
 - Pneumorectum
 - Point en bourse (distal de la tumeur)
 - Wash out isobetadine
 - Full-thickness transection paroi rectale
 - Plan de clivage TME (postérieur, antérieur puis latéral)
 - Point en bourse moignon rectal
 - Anastomose (agraffeuse circulaire)

TA-TME



Temps abdominal



Temps transanal



TA-TME (vidéo)



- **MERCI POUR VOTRE ATTENTION!**