

Nouveautés en chirurgie viscérale

R. Vonlanthen, Lukas Krähenbühl

Chirurgie œsophagienne/ gastrique

Ces dernières années, plusieurs études ont montré que dans les cas où une résection curative est possible, les patients atteints de *carcinomes pavimenteux* de l'œsophage moyen et distal (T3 et/ou N+) profitent d'une radio-chimiothérapie adjuvante pré-opératoire. Cet effet est moins prononcé en cas d'*adénocarcinome* et on préfère ici tenter une résection primaire, pour autant que chirurgicalement faisable.

On respecte un intervalle de 2 à 4 semaines entre le traitement adjuvant et la résection curative. Cette procédure permet d'élever le taux de survie à 5 ans de <10% à 30–40% [1]. Comme procédé opératoire, on préfère un accès transhiatal en cas de (adéno-)carcinome distal, tandis que les tumeurs du tiers moyen de l'œsophage sont réséquées «en bloc» (avec lymphadénectomie complète des deux territoires) par une voie d'accès thoraco-abdominale. La reconstruction se fait en remontant l'estomac (plastie de rotation du fundus) avec anastomose cervicale. Les volumineuses tumeurs du tiers proximal de l'œsophage sont en général traitées par une radio-chimiothérapie combinée seule, tandis que les petites (jusqu'à T2) sont traitées par résection primaire.

Dans une étude prospective randomisée, Macdonald et al. [2] ont pu montrer pour la première fois qu'une radio-chimiothérapie adjuvante peut améliorer l'intervalle libre de récurrence et la survie médiane chez les patients atteints de *carcinome gastrique*. Les points critiques principaux de cette étude américaine sont la lymphadénectomie incomplète ou même absente (D2) et la dose d'irradiation abdominale élevée dans le territoire opératoire. Ceci entraîne des effets secondaires toxiques marqués, avec limitation de la qualité de vie. Les résultats de cette étude demandent à être contrôlés et confirmés par d'autres travaux.

Chirurgie hépatobiliaire et pancréatique

On est devenu plus agressif dans la *chirurgie hépatique*. Alors qu'auparavant, la résection se cantonnait la plupart du temps aux limites anatomiques (résection formelle), les résections atypiques de tumeurs atteignant les gros vais-

seaux (veine cave, veine porte et veines hépatiques) sont devenues plus sûres, entre autres grâce à la possibilité d'interrompre complètement la circulation hépatique (total vascular exclusion). En cas de tumeur hépatique multifocale, on dispose de la combinaison avec le traitement de radiofréquence ou de cryothérapie. Comme glaciés aux interventions citées et en cas de lésions hépatiques primaires inopérables, on peut entreprendre un downstaging. Pour cela, on dispose par exemple d'une chimiothérapie intra-artérielle locorégionale et/ou systémique avec ligature d'un tronc porte veineux. A l'issue de ce procédé, on peut effectuer la résection hépatique [3].

Dans le domaine de la *transplantation hépatique*, on essaie de pallier l'important manque d'organes par la possibilité du don d'organe chez le vivant, ce qui a entraîné un regain de discussions éthiques et de santé publique. De plus en plus, il faut se poser des questions et apporter des réponses crédibles concernant la faisabilité, le financement et l'éthique.

En *chirurgie du pancréas*, on tente de définir les avantages et désavantages des concepts de traitement multimodal du carcinome. Ainsi, dans une étude ouverte récemment publiée, on a pu montrer l'avantage de la chimiothérapie adjuvante en cas de résection palliative (R1) [4]. On évalue actuellement des schémas de traitement adjuvant sur lesquels on ne dispose cependant pas de données plus précises.

Chirurgie colorectale

En *chirurgie du carcinome rectal*, la «low anterior resection» (LAR) avec excision totale du meso rectal (TME) s'est imposée. Ici, le remplacement du rectum par la poche de coloplastie transverse proposée par Z'graggen et al. [5] est intéressant. Dans une étude de phase I, les résultats fonctionnels paraissent meilleurs que ceux obtenus par l'anastomose directe et sont donc prometteurs. Les résultats sont semblables à ceux obtenus par une autre technique de réservoir colique (J-pouch). Mais on attend des études randomisées pour l'évaluation de cette technique.

Laparoscopie

En *chirurgie laparoscopique*, l'appendicectomie, la cholécystectomie (aussi en cas de cho-

Correspondance:
Pr Lukas Krähenbühl
Médecin-chef
Clinique chirurgicale
Hôpital cantonal de Fribourg
CH-1708 Fribourg

kraehenbuehl@hopcantfr.ch

lécystite aiguë) et la fundoplication se sont imposées comme des méthodes standard. Le nombre de splénectomies, surrénalectomies, résections de la queue du pancréas et résections hépatiques simples par laparoscopie est en augmentation. Les expériences en Suisse sont encore limitées, mais pour la splénectomie et la surrénalectomie, des données randomisées montrent pourtant jusqu'ici les avantages connus liés à une intervention mini-invasive. La chirurgie robotisée et la téléchirurgie se sont établies dans certains centres de laparoscopie et récemment, on a réussi la première cholécystectomie transatlantique robotisée entre New York et Strasbourg [6]. Au cours de ces prochaines années, cette technique assistée par ordinateur va certainement révolutionner nos procédures opératoires.

En *chirurgie laparoscopique du côlon*, la résection du sigmoïde pour diverticulose s'est imposée. Une grande étude randomisée montre pour la première fois aussi des avantages dans l'évolution à long terme des carcinomes du côlon opérés en technique laparoscopique [7]. Ces résultats méritent cependant d'être encore confirmés par de nouvelles études. C'est la raison pour laquelle il ne faudrait actuellement entreprendre de résection laparoscopique d'un carcinome colique que dans le cadre d'études.

Imagerie

Tomographie par émission de positrons (PET)

La PET est de plus en plus utilisée en chirurgie oncologique comme une aide diagnostique (diagnostic, [re-]staging). C'est avec le traceur 2-[¹⁸F]fluoro-2-deoxy-D-glucose (FDG) que l'on a le plus d'expérience. Selon les données ac-

tuellement disponibles [8], la PET a une grande spécificité (jusqu'à 93%) et une grande sensibilité (jusqu'à 95%) pour le carcinome pancréatique et le carcinome colorectal. Pour le carcinome hépatocellulaire, seules environ 50% des tumeurs montrent un enrichissement en FDG. De sorte que pour le carcinome hépatique, la PET sert à notre avis avant tout à l'exclusion d'une manifestation tumorale extrahépatique. Pour le carcinome colorectal, on reconnaît à la PET les indications suivantes: staging avec recherche de métastases hépatiques (sensibilité jusqu'à 94%, spécificité jusqu'à 98%) et exclusion d'autres métastases à distance, diagnostic différentiel entre une récurrence tumorale et une fibrose post-opératoire, restaging. D'une manière générale, la limite de la valeur d'un examen PET est déterminée par le fait que la sensibilité et la spécificité dépendent du stade de la tumeur et que la présence d'un processus inflammatoire peut représenter un problème de diagnostic différentiel.

Reconstructions en 3D

Pour toutes les méthodes utilisées de manière routinière actuellement (US, CT, IRM, PET), on obtient des images bidimensionnelles que le radiologue ou le chirurgien doivent convertir en trois dimensions. Pour cette tâche, on utilise de plus en plus des systèmes de reconstruction qui exécutent les reconstructions tridimensionnelles à partir des données (par exemple CT) recueillies. Ces reconstructions 3D peuvent être retournées à volonté sur le PC et il est aussi possible de planifier et exécuter des interventions virtuelles. A notre avis, ces systèmes n'en sont encore qu'à leur tout début mais comportent un grand potentiel de développement, y compris en combinaison avec la télé-médecine et la télé-chirurgie.

Références

- 1 Siewert JR, Stein HJ, Feith M, et al. Histological tumor type is an independent prognostic parameter in esophageal cancer: lessons from more than 1,000 consecutive resections at a single center in the Western world. *Ann Surg* 2001;234:360-7.
- 2 Macdonald JS, Smalley SR, Benedetti J, et al. Chemoradiotherapy after surgery compared with surgery alone for adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction. *N Engl J Med* 2001;345:725-30.
- 3 Clavien PA, Selzner N, Morse M, Selzner M, Paulson E. Downstaging of hepatocellular carcinoma and liver metastases from colorectal cancer by selective intra-arterial chemotherapy. *Surgery* 2002;131:433-42.
- 4 Neoptolemos JP, Dunn JA, Stocken DD, et al. Adjuvant chemoradiotherapy and chemotherapy in resectable pancreatic cancer: a randomised controlled trial. *Lancet* 2001;358:1576-85.
- 5 Z'graggen K, Maurer CA, Birrer S, et al. A new surgical concept for rectal replacement after low anterior resection: the transverse coloplasty pouch. *Ann Surg* 2001;234:780-5.
- 6 Marescaux J, Leroy J, Gagner M, et al. Transatlantic robot-assisted telesurgery. *Nature* 2001;413:379-80.
- 7 Lacy AM, Garcia-Valdecasas JC, Delgado S, et al. Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomised trial. *Lancet* 2002;359:2224-9.
- 8 Schiepers C, Hoh CK. Positron emission tomography as a diagnostic tool in oncology. *Eur Radiol* 1998;8:1481-94.