

# Contribution de la coelioscopie dans l'exploration et la décision thérapeutique des cancers digestifs.

T.HACHEMI, A. AZOUAOU.

Scé de chirurgie générale. CHU Douera. Université Blida 1.

## Résumé

Une étude prospective de faisabilité a été menée dans notre service de chirurgie générale, concernant l'exploration coelioscopique de cancers digestifs, dans le but d'un meilleur staging et d'orienter la meilleure indication thérapeutique. Notre étude porte sur 70 patients porteurs de cancers digestifs à des stades différents, et a pour objectif de démontrer les résultats de la laparoscopie exploratrice par rapport aux explorations pré opératoires et à la laparotomie exploratrice.

## Introduction

Les cancers digestifs demeurent un problème de santé publique de par le monde, avec une incidence et une mortalité toujours inquiétantes.<sup>[1]</sup> Malgré les progrès technologiques et le développement des moyens d'exploration, le diagnostic est souvent posé à un stade avancé. En effet, des insuffisances et des limites de l'imagerie médicale sont toujours rapportées dans plusieurs publications<sup>[2,3,4,5]</sup>, conduisant parfois les chirurgiens à changer leur conduite thérapeutique devant « les surprises per opératoires », pouvant se solder par une laparotomie inutile.

Comme alternative et en complément, une laparoscopie exploratrice première pour les cancers digestifs, dans le but d'établir un meilleur staging, et indiquer la meilleure conduite thérapeutique reste souhaitable. Tout en profitant des avantages reconnus de la chirurgie mini-invasive : agression chirurgicale réduite et l'immuno suppression est moindre, pour une récupération post opératoire rapide.

Notre travail évalue donc la contribution (faisabilité, apport et reproductibilité) de la laparoscopie dans l'exploration et la décision thérapeutique des cancers digestifs.

## Matériel et Méthodes

De Janvier 2008 à juin 2013, une étude prospective de faisabilité est faite sur 70 patients adultes, des deux sexes, et porteurs de cancers digestifs tous stades confondus. Une indication chirurgicale est posée au préalable lors d'une RCP (Réunion de concertation pluridisciplinaire). Une exploration coelioscopique première est pratiquée dans notre service sous une courte anesthésie générale, qui pourra être prolongée si l'indication d'une résection tumorale est décidée.

A travers une petite incision médiane sous ombilicale de 1,5 centimètre, et à travers un trocart de 10 millimètre, l'introduction de l'optique permet une vue complète de toute la cavité péritonéale, des coupes diaphragmatiques jusqu'au cul de sac de Douglas. On peut de suite, visualiser une éventuelle carcinose péritonéale non rapportée par les explorations pré opératoires. Dans ce cas, un ou deux trocarts de 5 millimètres sont mis dans les flancs, pour l'introduction de pinces nécessaires à la réalisation de biopsies et/ou la mise en place d'éventuelle jéjunostomie d'alimentation ou colostomie d'amont en cas de carcinose péritonéale ou de tumeur localement avancée et inextirpable.

En l'absence de carcinose péritonéale, les deux pinces mises dans les flancs permettent un staging précis de la tumeur. Après la recherche d'éventuelles métastases sur la face supérieure et

inférieure du foie, c'est la présence des adénopathies qu'il faut préciser. Siège, morphologie, dimension et coloration. La tumeur est décrite avec ses caractères, son extension pariétale (par rapport à la séreuse), et son extension quant aux organes de voisinage. Il sera recherché aussi, sa mobilité ou sa fixité pour juger de sa résecabilité et son extirpabilité.

Enfin, une classification TNM est identifiée et le geste chirurgical est précisé. Soit l'intervention s'arrêtera à ce stade au profit d'un traitement néo-adjuvant radio-chimiothérapeutique plus approprié, soit une résection tumorale est indiquée, dans un but carcinologique ou palliatif, par coelioscopie ou par une laparotomie.

## Résultats

Notre étude a comporté 70 patients. 39 hommes et 31 femmes. Sexe ratio H/F: 1,25. L'âge moyen est de 58 ans, (23 et 90 ans). 43 cancers de l'estomac, 14 cancers du colon, 6 cancers du rectum, 5 cancers de la vésicule biliaire, 1 tumeur du grêle, et 1 tumeur indéterminée ont bénéficié d'une coelioscopie exploratrice première.

La coelioscopie a permis de découvrir 18 Carcinomes péritonéaux versus 2 à la TDM (+ 02 suspectées), 18 Métastases hépatiques (27,6%) versus 02 à la TDM pré opératoire. 04 Métastases ovariennes dans des cancers gastriques (10% des cancers gastriques) contre 02 à la TDM. La sensibilité de la coelioscopie à la détection des métastases est de 100%. Elle a indiqué un traitement chirurgical carcinologique 41 fois (58,57%) contre 53 à la TDM, une résection de propreté 15 fois (21,42%). 13 Tumeurs ont été jugées non résecables (18,57%). 01 fois elle était non concluante, à cause de nombreuses adhérences. 02 fois l'exploration coelioscopique a révélé de faux positifs (2,85%), montrant 02 fausses métastases hépatiques. 12 laparotomies inutiles (17,14%) ont pu être évitées. La mortalité était nulle et la morbidité était faible, estimée à 1,4%. A distance on a eu 02 greffes tumorales (2,8%) sur site de trocarts (au début d'expérience).

La durée du séjour post opératoire est de 1 à 2 jours lors d'une coelioscopie exclusive, alors qu'il est plus long dans les laparotomies exploratrices (5 jours en moyenne). La durée du séjour post opératoire est en moyenne de 11 jours quand il y a eu une laparo-conversion pour une résection tumorale. Cette durée n'est guère influencée par la pratique de la coelioscopie exploratrice. La moyenne pour le début du traitement post opératoire complémentaire est de 9,9 jours (entre 10 et 15 jours). Enfin, elle a permis à un patient sur cinq de commencer son traitement complémentaire radio-chimiothérapie dans les quinze jours après une coelioscopie exclusive. Ce délai est entre 30 à 45 jours après une laparotomie inutile.

Après une coelioscopie exclusive, pour les cas dépassés, la durée de survie post opératoire est de 9 mois en moyenne. Elle est nettement meilleure à celle de la laparotomie inutile.

## Discussion

Nos malades sont plus jeunes que ceux de l'occident.(En France, le registre des cancers de 2013 rapporte un âge moyen de 72 ans pour les cancers de l'estomac et 71 pour le colon-rectum chez l'homme, contre 77 et 75 respectivement chez la femme).

Notre temps d'exploration coelioscopique dure 15 à 25minutes, et rejoint la littérature (entre 15 et 45 minutes).La littérature rapporte une sensibilité à la détection des métastases hépatiques de 96% pour la coelioscopie versus 52%à la TDM et 37% à l'échographie. Dans 40% à 60% des cas la coelioscopie découvre des métastases péritonéales.<sup>[6, 7]</sup> Un taux entre 10 et 40% de laparotomies inutiles est rapporté.<sup>[8, 9, 10]</sup> Une mortalité nulle et une morbidité entre 1 et 3% pour la coelioscopie exploratrice.

A titre d'exemple, nous rapportons une citation des sociétés savantes françaises, émise lors des recommandations de la chirurgie laparoscopique en 2006 : « Un grand nombre de laparotomies inutiles ont pu être évitées, comme l'indique d'ailleurs le travail de SFCD, ce qui, en termes de service rendu au patient et à sa prise en charge, ne peut être considéré comme négligeable..... Les sociétés savantes recommandent la laparoscopie dans le bilan d'extension des cancers digestifs »<sup>[11]</sup>. D'autres auteurs de part le monde recommandent aussi la pratique de la laparoscopie exploratrice dans les cancers digestifs.<sup>[12]</sup>  
[13] [14] [15]

Il a déjà été rapporté par plusieurs auteurs, et nous pouvons dire qu'au jour d'aujourd'hui et malgré le développement significatif du stagingpréopératoire des tumeurs, avec les nouvelles imageries et de techniques interventionnelles sophistiquées, l'extension tumorale occulte au péritoine et au foie,ainsi que des adénopathiesmétastasesne sont détectées avec précision ni à l'échographie, ni à la TDM, ni au PET-scan chez certain patients. Seule la laparotomie exploratrice est capable de faire un staging exhaustif, mais au pris des surprises opératoires et la dissémination qu'elle occasionne par les manipulations intempestives et inutiles. Afin de palier aux insuffisances de ceux-là, et éviter les effets néfastes de l'autre, la laparoscopie exploratrice est proposée comme dernier moyen efficace pour le staging des cancers digestifs.<sup>[13][16] [17][14] [18] [19] [20] [21] [22]</sup>

C'est une méthode qui est pratiquée par plusieurs équipes, en Europe, en Asie et en Amérique, et rapportée dans d'innombrables articles. A titre d'exemple, nous citons trois articles intéressants :

- Le premier est celui des professeurs Barrat et Champault, parmi les premiers qui ont pratiqué cette méthode, rapportant leurs résultats en 1998 à propos de 109 cas où ils concluent à : « ... dans le bilan d'extension des cancers de l'estomac, on considère le plus souvent que les explorations pré opératoires méconnaissent 20 à 30% de métastases en particulier péritonéales, mais aussi hépatiques »<sup>[23]</sup>.

- Le deuxième est celui du Jian Wang, qui a fait une étude comparative entre la coelioscopie exploratrice et la laparotomie exploratrice, rapportant tous les avantages de la mini-laparoscopie<sup>[17]</sup>.

- Le troisième article est une étude très intéressante de L. Chang, qui a fait une revue de la littérature en 2009 concernant le staging laparoscopique dans les cancers intra abdominaux<sup>[14]</sup>. En fin, en plus de la précision de la coelioscopie exploratrice, des avantages quant à l'agression moindre, une meilleure préservation de l'immunité du malade, une moindre réaction inflammatoire post opératoire ne sont plus à démontrer.<sup>[12] [24]</sup>.

## Conclusion

Il est connu qu'un bon résultat thérapeutique d'une pathologie cancéreuse, telle que les cancers digestifs, est tributaire avant tout d'un bon staging. Lequel, va déterminer la stratégie thérapeutique, prise dans un cadre pluridisciplinaire, où la chirurgie constitue l'arme principal et décisive. Chez nos patients, la coelioscopie exploratrice a permis un meilleur staging. Elle a démontré encore une fois, les limites de l'imagerie médicale, et redresser la conduite thérapeutique au profit d'un traitement néo adjuvant ou palliatif mieux adapté. Elle a évité un nombre considérable de laparotomies inutiles (laparotomie exploratrice). Nos résultats concordent avec ceux de la littérature, nous affirmons sa faisabilité et sa reproductibilité. De nos jours, son utilité et son efficacité sont reconnues par toutes les sociétés savantes. Ceci nous encourage à la pratiquer systématiquement pour nos malades, et permettre son enseignement et sa diffusion aux chirurgiens viscéralistes.

## Bibliographie

- 1- Waddell, M. Verheij, W. Allum, D. Cunningham, A. Cervantes, D. Arnold Gastric cancer: ESMO-ESSO-ESTRO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-upEuropean Journal of Surgical Oncology (EJSO), Volume 40, Issue 5, May 2014, Pages 584-591
- 2- HIROKI SHIMIZU, HIROSHI IMAMURA, KATSUYA OHTA, YASUHIRO MIYAZAKI, TOMONO KISHIMOTO, MUTSUMI FUKUNAGA, HIROKI OHZATO, MASAYUKI TATSUTA, and HIROSHI FURUKAWA Usefulness of Staging Laparoscopy for Advanced Gastric Cancer Surg Today (2010) 40:119-124
- 3- Jian Wang, Yan Jun Ni, Shi-yao Chen. Diagnostic Value of Mini-laparoscopy in Patients with Abdominal Neoplasma. Chin J Cancer Res. 2011 Septembre; 23(3) 214-217.
- 4- ShowkatMajeed Kakroo,1 Arshad Rashid, 1 , 2 ,\*Ajaz Ahmad Wani, 1 ZahidaAkhtar, 1 ManzooraAhamadChalkoo, 1 and Asim Rafiq Laharwal 1 . Staging Laparoscopy in Carcinoma of Stomach: A Comparaison with CECT Staging. Int J Surg Oncol. 2013 May 2; 674965
- 5- Kodera Y. Gastric cancer with minimal peritoneal metastasis: is this a sign to give up or to treat more aggressively? Nagoya J Med Sci. 2013 Feb; 75(1-2):3-10.
- 6- Kaitlyn J. Kelly MD, Luke Selby MD, Joanne F. Chou MPH, Katerina Dukleska MD, MarinelaCapanuPhD, Daniel G. Coit MD, Murray F. Brennan MD, Vivian E. Strong MD. Laparoscopic Versus Open Gastrectomy for Gastric Adenocarcinoma in the West: A Case-Control Study Annals of Surgical Oncology January 2015
- 7- Convie, L; Thompson, RJ; Kennedy, R; Clements, WDB; Carey, PD; Kennedy, JAThe Current Role of Staging Laparoscopy in Oesophagogastric Cancer Annals of The Royal College of Surgeons of England, Volume 97, Number 2, March 2015, pp. 146- 150(5)
- 8- Chandramohan K. Role of diagnostic laparoscopy in assessing operability in borderline resectable gastrointestinal cancers. HPB (Oxford). 2011 July; 13(7): 463-472.
- 9- Champault G. Port-site metastases. A prospective study of 131 cases. J Chir 1997;143(9-10): 423-8.
- 10- Muntean V. Staging laparoscopy in gastric cancer. Accuracy and impact on therapy. J Gastrointestin Liver Dis. 2009 Jun.
- 11- G. Champault a,1,\* B. Descottes b,1,2, J.-L. Dulucq e,2, J.-M. Fabre e,2, G. Fourtanier f,2, B. Gayet h,2, H. Johanet c,1, G. Samama ,Chirurgie laparoscopique : les recommandations des sociétés savantes spécialisées en 2006, SFCL-SFCE Ann Chir. n°131 (2006) 415-420.
- 12- ElianeAngst, MD, Lonathan R. hiatt, Beat Gloor, Howard a. Reber A. O Joe Hines Laparoscopic surgery for cancer: A systematic review and a way forward. J Am Coll Surg.2010 September; 211(3): 412-423
- 13-Giger U, Schafer M, Krahenbuhl L. Technique and value of staging laparoscopy. Dig Surg.2002; 19(6): 473-8.
- 14- L. Chang, D. Stefanidis, W.S. Richardson. The role of staging laparoscopic for intraabdominal cancers : an evidence-based review Surg Endosc 2009; 23: 231-241
- 15-Paraskeva PA, Purkayastha S, Darzi A Semin. Laparoscopy for malignancy: current status. Laparosc Surg 2004 Mar;11(1):27-36.
- 16-Gretschel S1, Moesta KT, Hünerbein M, Lange T, Gebauer B, Stroszczynski C, Bembenek A, Schlag PM. Newconcepts of staging in gastrointestinal tumors as a basis of diagnosis and multimodal therapyOnkologie. 2004 Feb; 27(1):23-30.
- 17- Jian Wang, Yan Jun Ni, Shi-yao Chen. Diagnostic Value of Mini-laparoscopy in Patients with Abdominal Neoplasma. Chin J Cancer Res. 2011 Septembre; 23(3) 214-217
- 18- Liu RC, Traverso LW. Diagnostic laparoscopy improves staging of pancreatic cancer deemed locally unresectable by Computed Tomography. Surg Endosc. 2005 May; 19(5): 638-42.
- 19- Mahadevan D, Sudirman A, Kandasami P, Ramesh G. Laparoscopic staging in gastric cancer: An essential step in its management. J Minim Access Surg. 2010 Oct; 6(4): 111-3.
- 20-PierandreaDe Iaco, Alessandra Musto, Luca Orazi, Claudio Zamagni, Marta Rosati, Vincenzo Allegri, Nicoletta Cacciari, Adil Al-Nahhas, Domenico Rubello, Stefano Venturoli, Stefano Fanti. FDG-PET/CT in advanced ovarian cancer staging: Value and pitfalls in detecting lesions in different abdominal and pelvic quadrants compared with laparoscopy. European Journal of Radiology, Volume 80, Issue 2, November 2011, Pages e98-e103
- 21- S. Burbidge, K. Mahady, K. NaikThe role of CT and staging laparoscopy in the staging of gastric cancerClinical Radiology, Volume 68, Issue 3, March 2013, Pages 251-255
- 22-Showkat Majeed Kakroo, 1 Arshad Rashid, 1 , 2 ,\*Ajaz Ahmad Wani, 1 Zahida Akhtar, 1 Manzoora Ahamad Chalkoo, 1 and Asim Rafiq Laharwal 1 . Staging Laparoscopy in Carcinoma of Stomach: A Comparaison with CECT Staging. Int J Surg Oncol. 2013 May 2; 674965
- 23- Barrat C, Champault G, Catheline JM. Is laparoscopic evaluation of digestive cancers legitimate? A prospective study of 109 cases. Ann Chir.1998; vol :52n°7:p602-6.
- 24- Wichmann MN, Huttill TP, Winter H, Spelsberg F, Angele MK, Heiss MN, Jauch KW. Immunological effects of laparoscopic Vs open colorectal surgery: a prospective clinical study. Arch Surg. 2005 Jul; 140(7): 692-7,