

# 7<sup>ème</sup> Congrès Francophone de Chirurgie Digestive et Hépatobiliaire

Disney's Hôtel New York, Disneyland Paris



La société française de chirurgie digestive (SFCD) et l'association de chirurgie hépatobiliaire et de transplantation hépatique (ACHBT) ont organisé le 7<sup>ème</sup> **Congrès Francophone de Chirurgie Digestive et Hépatobiliaire** au Disney's Hôtel New York (Disneyland Paris) du 30 novembre au 2 décembre 2011, congrès auquel ont participé plus de 300 chirurgiens dont plusieurs dizaines d'algériens. Ce congrès s'est déroulé sous forme de sessions de communications libres, conférences, posters, sessions de FMC, sessions vidéo, symposiums et séances de dossiers cliniques.

Parmi les différents travaux présentés, nous avons sélectionnés quelques uns que nous présentons aux collègues visiteurs du site [www.santemaghreb.com/algerie](http://www.santemaghreb.com/algerie)

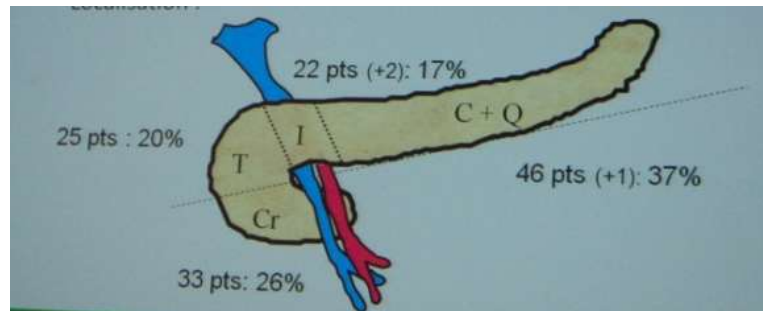
## Pathologie pancréatique

L'équipe de Beaujon (F. Faitot, A. Sauvanet) a présenté une communication intitulée : **Enucléations pancréatiques : le risque de fistule pancréatique ne dépend que de la localisation de la lésion.** Après avoir précisé l'intérêt des enucléations (épargne parenchymateuse et diminution des complications métaboliques à long terme ; préservation des continuités digestive, biliaire et pancréatique), l'orateur signalera que les limites théoriques de ces interventions sont représentées par les marges de résection au contact et l'absence de lymphadénectomie ( → à réserver aux lésions bénignes). Qu'en est-il du risque de fistule pancréatique (FP) et de récurrence ? La fistule pancréatique se définit par la détection d'un taux d'amylase dans le drainage supérieur à 3 fois la limite supérieure du taux plasmatique dès le 3<sup>ème</sup> jour quelque soit la durée.



	Mortalité opératoire	Taux de Fistule pancréatique	Diabète de novo
Duodéno pancréatectomie	3-5%	30-40%	30%
Pancréatectomie gauche	1%	10-20%	15-20%
Pancréatectomie centrale	1%	30-80%	2%
Enucléations	1%	40-50%	2-5%

Pour répondre à ces questions, une étude rétrospective a inclus tous 126 patients opérés d'une énucléation pancréatique (129 énucléations) quelque soit l'indication durant la période 1996/2010. Les indications étaient essentiellement une TIPMP (29%) d'un canal secondaire, une tumeur endocrine (27%) ou un cystadénome mucineux (19%). La taille de la lésion était en moyenne de 21mm. L'énucléation n'était réalisée qu'après repérage du Wirsung en pré et en péroopératoire. Une extemporané est réalisée. Un drainage non aspiratif est réalisé dans 100% des cas. 84 patients (67%) ont reçu de la sandostatatine en préventif et une cholécystectomie était associée dans 35%.



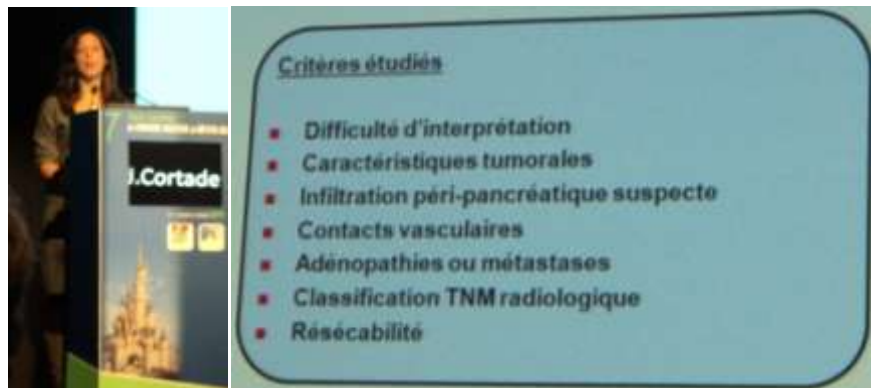
**Topographie des lésions**

La mortalité était de 0,8% (une perforation duodénale ayant entraîné une fistule et une péritonite). La morbidité globale était de 59 % représentée par 72 fistules pancréatiques (57%) survenant en moyenne à J5( 3-14) qui se répartissent en 28 % grade A, 46% grade B et 26 % grade C. Ces complications ont nécessité un séjour en soins intensifs pour 9 patients et une réintervention chez 4 patients. En analyse multivariée, une localisation au crochet était le seul facteur de risque retrouvé. La durée moyenne de séjour en présence d'une FP était de 20 jours. Les orateurs concluent que **l'énucléation pancréatique est une technique faisable et sûre permettant une épargne parenchymateuse dans des indications sélectionnées (TIPMP), dénuée de complications métaboliques à distance avec un risque de récurrence faible mais au prix d'un risque non négligeable de fistule pancréatique en particulier si localisation au cochet.**



La même équipe de Beaujon (**R. Cherif, A. Sauvanet**) a présenté une autre communication intitulée : **Résultats des énucléations et pancréatectomies médianes dans la prise en charge des tumeurs endocrines pancréatiques bien différenciées.** Si les tumeurs endocrines pancréatiques (TEP) sont en règle traitées par pancréatectomie réglée (PR), les résultats des pancréatectomies limitées (PL : pancréatectomie médiane PM ou énucléation EN) sont mal connus. A travers une étude de 187 patients opérés d'une TEP (68 PL et 65 PR)  $\leq 4$ cm, sans métastases hépatiques ou ganglionnaire décelable en imagerie, les auteurs ont comparés les résultats de ces deux modalités d'exérèses. La morbidité globale était supérieure après PL mais un diabète de novo était plus fréquent après DPC qu'après PL et l'insuffisance exocrine plus fréquente après PR. Pour cette équipe si la morbimortalité des PL n'est pas nulle et doit être prise en compte dans la balance bénéfice-risque, la survie sans récurrence est au moins aussi bonne et les résultats fonctionnels des PL sont meilleurs que ceux des PR et, semblent autoriser leur réalisation pour les TEP  $\leq 4$ cm, sous réserve d'un recul plus important.

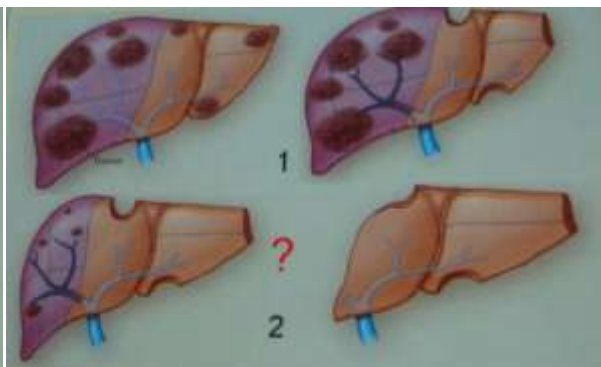
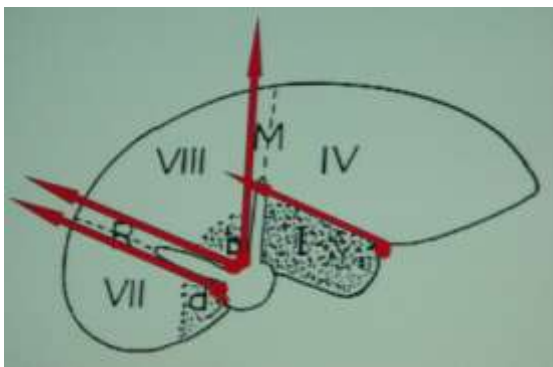
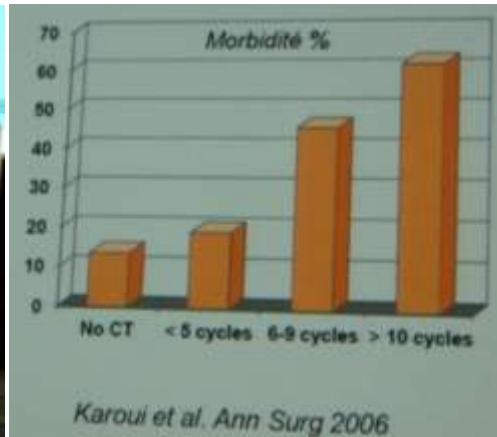
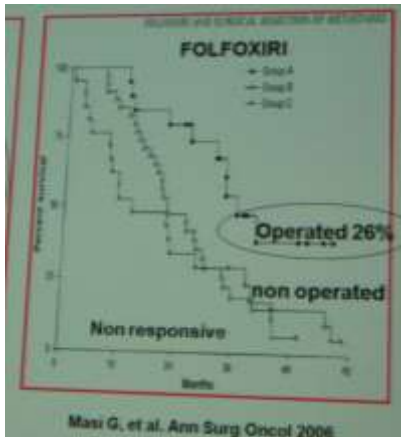
L'équipe chirurgicale de l'hôpital du Haut-L'évêque de Bordeaux (J. Cortade, A. Sa Cunha) a quant à elle présenté une communication intitulée " **Evaluation du scanner dans le bilan de résecabilité des adénocarcinomes de la tête du pancréas localement avancés après traitement néoadjuvant**". L'oratrice rappelle que seulement 10 à 20 % des cancers de la tête du pancréas sont résecables au moment du diagnostic. La détermination de la résecabilité est déterminée par la TDM dont la VPN est de 99/100% ; la VPP 85% ; la Se 80/100% et la Ps 89/100%. Les signes évocateurs d'invasion vasculaire sont : occlusion, thrombose, sténose, atteinte circonferentielle veineuse supérieure à 180%, atteinte artérielle. Devant une lésion localement avancée, un traitement néoadjuvant est préconisé. Celui-ci permet d'obtenir 20-40% de résection secondaire avec un taux de R0 de 80% et une survie de 20-23 mois. Mais à quels patients proposer ce traitement néoadjuvant et comment procéder à la réévaluation tumorale ? Pour tenter de répondre à cette question, les auteurs ont analysés les examens TDM de 80 patients présentant une ADK de la tête du pancréas vue entre janvier 2005 et décembre 2010. 38 patients avaient eu un traitement néoadjuvant pour une tumeur jugée borderline ou localement avancée sur le scanner initial. Une étude rétrospective de corrélation entre les données TDM, opératoires et histologiques a été réalisée puis comparée aux patients traités d'emblée (groupe contrôle).



Les performances du scanner de prédire l'opérabilité était de 95% dans le groupe contrôle et de 72% dans le groupe néoadjuvant, la spécificité du scanner pour déterminer la résecabilité R0 était diminuée dans le groupe néoadjuvant (60% contre 83%). Il y avait une surestimation des contacts vasculaires et une diminution de la performance d'appréciation du stade T dans le groupe néoadjuvant. Pour les auteurs , **après radiochimiothérapie , une laparotomie exploratrice est indispensable pour juger de la résecabilité pour les patients en bon état général , ayant une diminution du Ca 19-9 et une TDM post-traitement stable ou en regression .**

### Pathologie hépatique

Le professeur **Karim Boudjema** du CHU de Rennes, dans le cadre de la chirurgie des métastases hépatiques d'origine colorectale, a présenté une conférence intitulée : **Les techniques classiques de résection**. Après avoir précisé que l'objectif premier, même au stade métastatique est la chirurgie, le Pr. Boudjema rappelle les 4 groupes de patients et le potentiel de résecabilité : MH résecable classe I, classe II, MH résecables si réponse et enfin MH peut-être résecable. Il donnera également les moyens ayant permis d'améliorer la survie des patients (chimiothérapie type FOLFOX et FOLFOXIRI) .Il insistera sur le choix d'une chimiothérapie qui permet d'obtenir une réponse tumorale importante et rapide qui facilite l'exérèse des MH (plus la résection est rapide – moins de 6 cycles de chimio- moins la morbidité après résection est importante. En matière de chirurgie, si l'objectif est la résection R0, une résection R1 de nécessité peut être envisagée. Une chirurgie complète et sûre grâce entre autre à la manœuvre de Hanging, décrite initialement pour l'hépatectomie droite sans mobilisation du foie mais qui peut être étendu à la majorité des exérèses hépatiques réglées ; grâce également au clampage intra hépatique de la VCI et à la chirurgie en 2 temps.



Le Dr. **D. Goéré** de l'IGR, a présenté une communication intitulée : **La chimiothérapie intra-artérielle hépatique (CIAH) dans le traitement des métastases hépatiques colorectales. De la théorie à la pratique.** Les MH étant vascularisées par sang artériel, la CIAH représente le meilleur contrôle local du fait d'une extraction hépatique forte permettant une augmentation de la biodisponibilité, une concentration locale plus importante que par IV et une concentration systémique moindre. Les études d'Amori et Kemeny ainsi que celle de De Gramont ont montré que le FUDR en intra-artériel permettait un meilleur contrôle local (5FU systémique 19-27 % de réponse ; FUDR IAH 41-62% de réponse) mais il n'y a pas d'étude comparant la CIAH à FOLFOX ou FOLFIRI systémique (RO : 31-62%). A travers une revue de la littérature, l'oratrice conclue qu'en situation palliative, **la CIAH permet d'obtenir un contrôle de la maladie hépatique chez 85% des patients. Associée à une chimiothérapie systémique « moderne » les taux de réponse de plus de 90% permettent d'augmenter les possibilités de résection secondaire.** L'équipe de l'IGR rapporte une expérience de 44 patients ayant reçu une CIAH adjuvante à base d'oxaliplatine +LV5FU2 IV après résection d'au moins 4 MH avec des taux de survie globale à 3 ans de 75 %. La technique de mise en place du cathéter dans l'artère gastro-duodénale est exposée, ainsi que les complications (22%, la complication la plus fréquente étant la perfusion extrra-hépatique) qui diminuent avec l'expérience de l'opérateur. L'oratrice propose un essai randomisé phase II multicentrique puis phase III (oxaliplatine en CIAH + LV5FU2 systémique vs FOLFOX ou XELOX IV 6 cycles) après résection de plus de 3 MHCCR. Par ailleurs elle signale l'organisation d'atelier pratique d'une journée à l'IGR pour l'initiation à la pose des catheters en intra-artériel avec le soutien des laboratoires Merck-Serono .

Le Dr. **E. Vuibert** de Paul Brousse, a présenté une communication intitulée : **Insuffisance hépatique après hépatectomie : les nouveaux concepts**, communication déjà présentée à l'AFC 2011 ou il conclue que la fonction hépatique est une surface d'échange entre les hépatocytes et les sinusoides, que **l'insuffisance hépatique postopératoire**, à la différence de l'hépatite fulminante, **est une maladie vasculaire , que la régénération hépatique est une prolifération hépatocytaire puis une prolifération endothéliale**, que le rapport entre volume et fonction est différent avant et après

hépatectomie , **que la modulation de la régénération hépatocytaire est ( peut être) la solution pour prévenir l'insuffisance hépatique .**



L'équipe de Beaujon (D. Fuks, O. Farges et J. Belghiti), a présenté une communication intitulée : **Intérêt de l'analyse des marqueurs tumoraux intra-kystiques dans le diagnostic des lésions kystiques du foie précancéreuses et cancéreuses.** Un dosage de l'ACE, du CA 19-9 et du CA 72-4 intra-kystique a été réalisé chez 89 patients présentant une lésion kystique du foie et dont la paroi kystique avait été partiellement ou totalement réséquée permettant un diagnostic de kyste biliaire, de cystadénome ou d'une autre lésion précancéreuse ou cancéreuse.

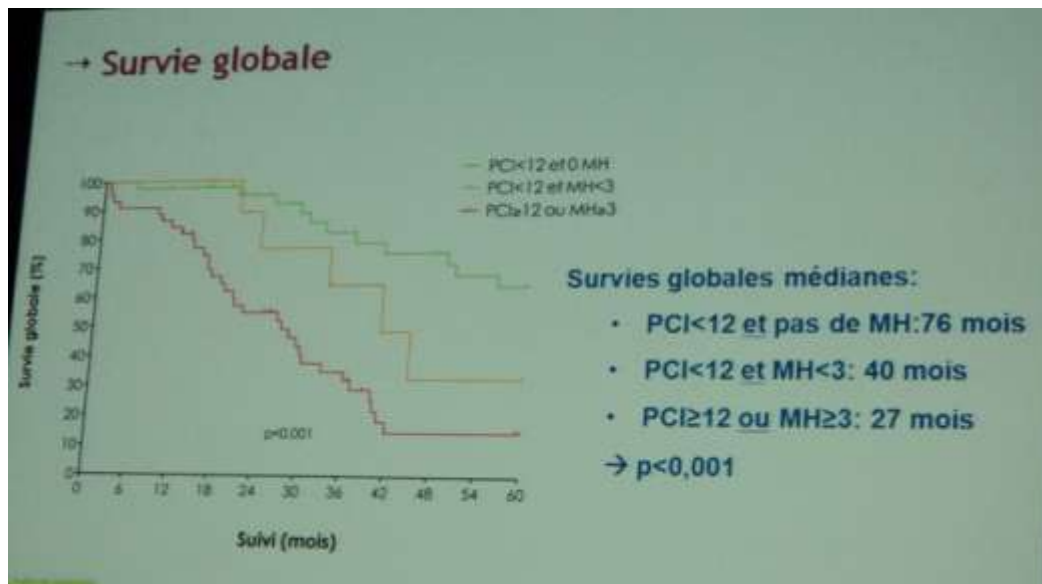


La conclusion de l'orateur est **qu'une ponction percutanée avec dosage du CA 72-4 intrakystique devrait être proposée en cas de lésions kystiques atypiques.** Une concentration de CA72-4 > 25U/ml permet de différencier les lésions kystiques qui justifient d'une exérèse complète de celles qui peuvent être traitées de manière conservatrice.

L'équipe de l'hôpital Pontchaillou de Rennes (G. Guillauda, K. Boudjema), a présenté une communication intitulée : **Facteurs de risque des fuites biliaires (FB) à l'ère moderne de la chirurgie hépatique .** Le but étant d'analyser l'incidence, l'impact sur la survie et les facteurs de risque de fuites biliaires à l'ère de la chirurgie moderne de la résection hépatique dans un centre expert. L'incidence des fuites biliaires mal connue serait de 3,6 à 10% et les facteurs de risque sont disparates. A travers une série de 1001 hépatectomies consécutives réalisées entre 2005 et 2001 avec un taux de fuite biliaire de 8%, l'orateur analyse les caractéristiques de ces fuites, leur gravité (tarissement à 100% dans un délai moyen de 26 jours ; mortalité de 2,9 %). Les facteurs de risque de FB , dans cette étude , étaient l'utilisation du Bevacizumab, la résection majeure, la résection R1 ou R2, le clampage sélectif, la chirurgie en 2 temps, l'absence de test au Bleu. **Ce test au bleu est facteur de prévention de ces FB.**

L'équipe de l'IGR (L. Maggiori, D. Elias), a présenté une communication intitulée : **Faut-il opérer les patients ayant une carcinose péritonéale et des métastases hépatiques synchrones ? .** L'objectif étant d'étudier le pronostic des patients ayant des MHCCR et une carcinose péritonéale après traitement chirurgical à visée curatrice. L'orateur conclue que la présence de MHCCR diminue la survie des patients opérés à visée curatrice de carcinose péritonéale mais **lorsque l'étendue de la**

carcinose et le nombre de MHCCR sont limités (PCI < 12 et moins de 3 MH), la résection complète des lésions péritonéales et hépatiques permet d'obtenir une survie prolongée.



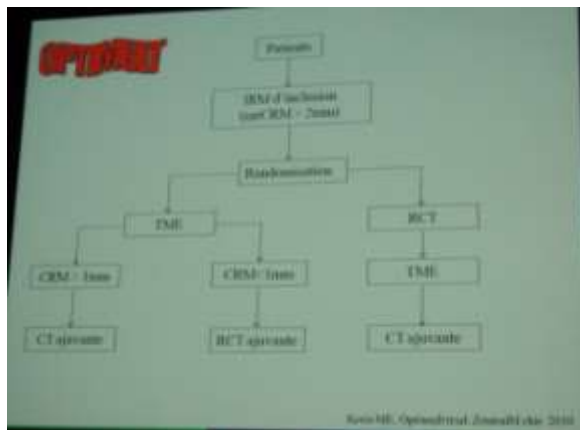
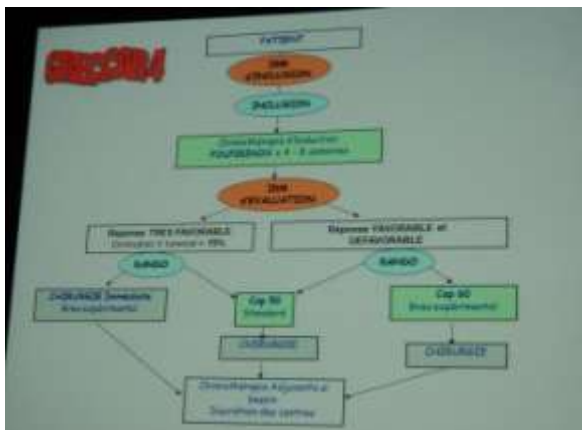
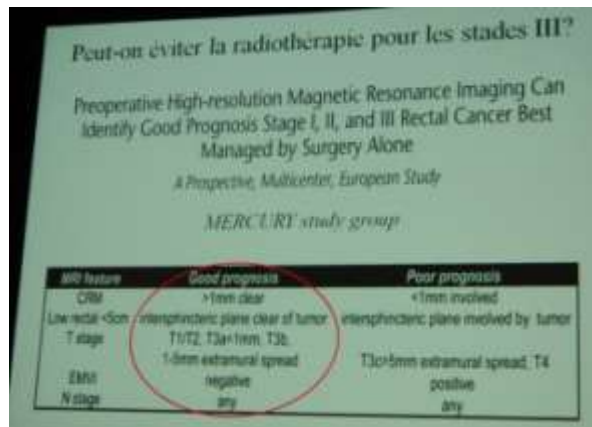
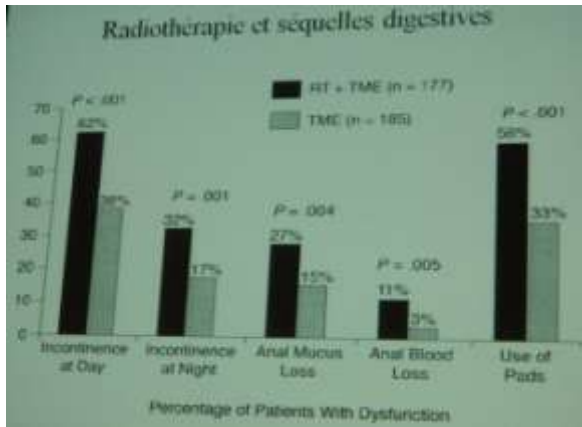
Vue de la salle pendant le congrès



Remise des bourses SFCD , ACHBT et BENOIT MALASSAGNE aux lauréats

## Pathologie colorectale

L'équipe de l'hôpital Sant André de Bordeaux (Q. Denost, E. Rullier), a présenté une communication intitulée : **Indications sélectives des traitements néoadjuvants dans l'adénocarcinome du rectum**. Les recommandations 2009 sont : radiochimiothérapie préopératoire pour les stades II (T3-T4, NO, MO) et stade III (tous T, N+, MO) avec option de chirurgie seule si marge IRM > 1mm. La radiochimiothérapie néoadjuvante augmente la réponse tumorale et diminue de moitié le taux de récurrence locale mais n'a pas d'impact sur la survie. Par ailleurs la radiothérapie a une morbidité propre (retard de cicatrisation, diarrhée, complication cardiaque).



L'auteur conclue que si les indications standard de la radiochimiothérapie c'es : T3, T4, N+ , les nouveaux standard 2012 vont être : IRM avec marge < 1 mm et IRM T3c, T3d, T4.



Quelques chirurgiens algériens lors de ce congrès