Chirurgie colorectale par cœlioscopie, le débat n'est pas clos

K. Slim

© Springer-Verlag 2009

J'ai lu, avec beaucoup d'intérêt, l'éditorial d'Yves Panis sur l'irrésistible avènement de la chirurgie colorectale cœlioscopique (*Colon Rectum* 2008 ; 2 : 1–3) et partage son analyse. Mais le plus passionnant dans notre métier est que l'évolution dans la prise en charge de tels patients est continue et que la recherche clinique ne s'arrête pas. *Nul n'ose maintenant contester*, en termes d'EBM (*evidence-based medicine*), la supériorité de la voie cœlioscopique sur la voie ouverte, telle qu'elle a été démontrée dans les essais et les méta-analyses publiés, la plus importante étant celle de la *Collaboration Cochrane* publiée début 2008 [1]. Avec des résultats carcinologiques similaires, la voie cœlioscopique apporte aux patients un meilleur confort postopératoire et, peut-être, moins d'éventrations de la paroi abdominale. Et c'est là où la discussion s'anime...

Il est illusoire de croire que les suites opératoires (en termes de confort et de qualité de vie) dépendent du seul geste chirurgical, même réalisé avec dextérité. L'agression périopératoire que nous imposons à nos patients (même avec la cœlioscopie) est maintenant connue et mérite d'être prévenue [2]. Les protocoles visant à réduire l'agression chirurgicale sont connus sous le nom de réhabilitation périopératoire, accélérée selon une approche multimodale (ou *fast-track surgery*, FTS) [3] qui constitue à mon sens la principale avancée en chirurgie colorectale depuis l'avènement de la cœlioscopie. Or, dans tous les essais publiés (donc dans les méta-analyses), le groupe témoin a eu une prise en charge périopératoire classique ne tenant pas compte de (et ne réduisant pas) l'agression chirurgicale. Aucune comparaison n'a été faite entre la chirurgie cœlioscopique « classique » et la chirurgie ouverte réalisée dans le cadre d'un protocole FTS.

Kehlet (le pionnier de cette approche) a fait des comparaisons indirectes [4] et a trouvé que si on considérait la durée de séjour postopératoire, celle-ci dépassait cinq jours après cœlioscopie dans tous les essais, alors que dans les études sur les protocoles FTS, elle était toujours inférieure à cinq jours après chirurgie ouverte. L'analyse de la littérature ne retrouve aucune

preuve (en termes d'EBM) que la cœlioscopie classique est supérieure à la chirurgie ouverte avec FTS [4]. La question est donc de savoir si, en 2009, la cœlioscopie en l'absence de FTS est réellement la référence ou le *gold standard*. Il peut paraître a priori logique que la cœlioscopie, dans le cadre d'un protocole FTS, serait le meilleur choix puisqu'on profiterait ainsi de l'aspect mini-invasif des deux approches. D'ailleurs, cette option est privilégiée dans notre pratique quotidienne.

Deux essais randomisés ont tenté de répondre à la question en comparant la chirurgie cœlioscopique à la chirurgie ouverte, les deux groupes ayant un protocole FTS [5,6]. Malheureusement, leurs résultats étaient contradictoires. Le seul essai mené en double insu n'a pas confirmé de supériorité de la cœlioscopie [5]. Une méta-analyse de ces essais (et d'autres études comparatives) est peu pertinente du fait de l'hétérogénéité des malades et que les résultats étaient rapportés sous forme de médianes. La réponse à notre question viendra probablement d'un essai hollandais en cours [7] qui comporte quatre bras (100 patients par bras) : un bras cœlioscopie sans FTS, un bras cœlioscopie classique, un bras voie ouverte avec FTS et un bras voie ouverte classique.

Comme quoi, la messe est loin d'être dite, comme le suggère le point d'interrogation dans le titre de l'éditorial d'Yves Panis.

Références

1. Kuhry E, Schwenk WF, Gaupset R, et al (2008) Long-term results of laparoscopic colorectal cancer resection. *Cochrane Database Syst Rev* Issue 2: CD003432
2. Kehlet H, Dahl JB (2003) Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet* 362:1921–1928
3. Slim K (2005) La réhabilitation rapide après chirurgie digestive. Une approche multidisciplinaire. *Ann Chir* 130:599–601
4. Kehlet H (2008) Fast-track colorectal surgery. *Lancet* 371:791–793
5. Basse L, Jakobsen DH, Bardram L, et al (2005) Functional recovery after open versus laparoscopic colonic resection: a randomized, blinded study. *Ann Surg* 241:416–423
6. King PM, Blazeby JM, Ewings P, et al (2006) Randomized clinical trial comparing laparoscopic and open surgery for colorectal cancer within an enhanced recovery programme. *Br J Surg* 93:300–308
7. Wind J, Hofland J, Preckel B, et al (2006) Perioperative strategy in colonic surgery; LAparoscopy and/or FAst track multimodal management versus standard care (LAFA trial). *BMC Surg* 6:16

K. Slim (✉)

Service de chirurgie générale et digestive, pôle digestif et hépatobiliaire, Hôtel-Dieu, CHU, boulevard Léon Malfreyt, F-63058 Clermont-Ferrand, France
e-mail : kslim@chu-clermontferrand.fr