De la laparotomie à la laparoscopie à un seul trocart ou 25 ans de chirurgie colorectale

L. Maggiori · Y. Panis

© Springer-Verlag France 2011

Quand on réfléchit à la chirurgie colorectale pratiquée il y a 25 ans (malheureusement, un des signataires de cet éditorial s'en souvient...), on se rend compte que toutes les règles de l'époque ont été jetées à la poubelle. « Du passé faisons table rase » comme disait un célèbre homme politique. Ainsi, un patient avec cancer du rectum méritait le plus souvent, il y a 25 ans, une « mauvaise » amputation du rectum, sans exérèse totale du mésorectum, sans radiothérapie préopératoire, par une médiane xyphopubienne, et évidemment en postopératoire, le patient gardait sagement sa sonde gastrique jusqu'au retour du transit intestinal...

De tous les progrès observés, qu'il est impossible d'aborder ici, la laparoscopie est bien sûr l'exemple le plus frappant. Introduite en chirurgie colorectale depuis maintenant 20 ans, elle supprime aujourd'hui progressivement la laparotomie comme voie d'abord de référence pour la quasi-totalité des indications opératoires en chirurgie colorectale.

Les pathologies bénignes ont été les premières concernées, et le bénéfice de la laparoscopie pour la prise en charge à froid de la diverticulite est maintenant clairement démontré, cette voie d'abord étant associée à un taux de complications postopératoires, une consommation d'antalgiques et une durée d'hospitalisation moindres que la laparotomie [1]. Des résultats superposables sont aussi démontrés pour les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin [2] y compris, comme nous l'avons montré, en cas de formes compliquées de maladie de Crohn comme les abcès, fistules ou récidives [3]. Au-delà des bénéfices à court terme, la laparoscopie, dans cette indication, pourrait de plus être associée à une diminution des complications à long terme comme les troubles de la fertilité chez la femme et les occlusions du grêle sur bride, puisqu'il est maintenant suggéré que cette voie d'abord est associée à une diminution des adhérences postopératoires par rapport à la laparotomie [4].

La crainte d'une diminution de la qualité de l'exérèse a longtemps pesé sur l'essor de la laparoscopie pour cancer. Dans cette indication, bien plus que des suites postopératoires plus simples, l'impératif est en effet d'obtenir un résultat carcinologique satisfaisant, assurant une survie globale, et un taux de récurrence locale ou métastatique au moins équivalents à ceux obtenus après laparotomie. Plusieurs essais randomisés [5] de très bonne qualité ont cependant rapidement permis de démontrer que ces résultats oncologiques étaient exactement superposables entre les deux voies d'abord pour le cancer du côlon. Pour le cancer du rectum, dont les résultats oncologiques sont plus étroitement liés à la qualité technique de l'exérèse, l'essor de la laparoscopie est encore plus limité, et il aura fallu attendre 2009 pour que le premier essai randomisé sur le sujet suggère des résultats oncologiques comparables entre les deux voies d'abord [6] du moins dans des centres experts. Ces résultats ont depuis été appuyés par d'autres études [7].

En France, les excellents résultats de la laparoscopie ont ainsi permis un essor rapide de cette voie d'abord. Nous avons récemment réalisé une large étude sur la prise en charge chirurgicale du cancer colorectal en France [8] et, après revue de l'ensemble des interventions réalisées à l'échelle nationale sur trois ans (de 2006 à 2008), grâce à la base de données du PMSI, il apparaissait que le taux d'interventions réalisées par laparoscopie augmentait au cours des années, pour atteindre un taux global de plus de 25 % en 2008. Cette étude, probablement grâce à l'importance du nombre de malade inclus (plus de 85 000), a permis de plus, pour la première fois, de démontrer que la laparoscopie était identifiée comme le seul facteur modifiable diminuant la mortalité postopératoire en analyse multivariée, achevant ainsi de démontrer l'intérêt majeur de cette voie d'abord en chirurgie colorectale.

La démonstration des bénéfices associés à la laparoscopie a ouvert la voie à de nombreuses nouvelles pistes de progrès technique en chirurgie colorectale. Cette technique a, en premier lieu, été adaptée à l'exérèse transanale des tumeurs du rectum, permettant le développement de la microchirurgie endoscopique (TEM) qui permet d'observer un taux significativement plus élevé d'exérèse complète des tumeurs par

L. Maggiori · Y. Panis (✉)
Service de chirurgie colorectale,
pôle des maladies de l'appareil digestif (PMAD),
hôpital Beaujon et université Paris-VII Denis-Diderot,
F-92110 Clichy, France
e-mail : yves.panis@bjn.aphp.fr

TEM, par rapport à la technique transanale classique, se traduisant par des taux de récurrence locale à distance significativement plus faibles.

L'esprit même de la laparoscopie étant de diminuer le traumatisme induit par l'acte chirurgical, plusieurs auteurs ont ensuite proposé d'approfondir ce concept en réalisant une voie d'abord par les orifices naturels, supprimant ainsi totalement le traumatisme pariétal. Cette voie d'abord, baptisée NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery), a été proposée depuis de nombreuses années mais peine cependant à faire sa place en chirurgie colorectale. Le nombre de cas rapportés dans la littérature est en effet très faible, et il s'agit le plus souvent d'une procédure exceptionnelle, peu utilisée en pratique courante. Une publication récente du registre allemand [9], rapportant plus de 550 cas de chirurgie NOTES, ne faisait état que de 14 cas de résection colorectale. De plus, la technique utilisée pour l'ensemble de ces cas n'était en fait que des extractions de pièce opératoire par les orifices naturels, puisqu'en moyenne trois trocars de laparoscopie conventionnelle étaient systématiquement nécessaires. Enfin, aucune étude comparant les résultats de la chirurgie NOTES à une autre voie d'abord n'est disponible en chirurgie colorectale.

Un compromis entre la laparoscopie conventionnelle et la chirurgie NOTES est constitué par la laparoscopie à trocart unique. L'engouement pour cette nouvelle technique a été beaucoup plus important que pour la chirurgie NOTES. En effet, depuis le premier cas rapporté en 2008, 55 études, rapportant plus de 650 résections colorectales, ont été publiées dans la littérature. Nous avons [10], dans le même temps que d'autres équipes, comparé les résultats opératoires associés à la laparoscopie à trocart unique et à la laparoscopie conventionnelle. Il ressortait de cette comparaison que la laparoscopie à trocart unique était faisable et sûre en chirurgie colorectale, puisque associée à des taux de morbidité et de mortalité superposables à ceux obtenus en laparoscopie conventionnelle, avec un potentiel bénéfique en termes de durée d'hospitalisation. Ces résultats semblent être confirmés par la méta-analyse des dix études comparatives publiées que nous avons réalisée récemment. À ce jour, pourtant, aucun essai prospectif randomisé sur le sujet n'est encore disponible.

Enfin, la chirurgie robotique, proposée depuis maintenant une petite décennie, pourrait permettre de faciliter encore la gestuelle chirurgicale qui serait ainsi plus sûre. Cette technique très séduisante s'est rapidement imposée dans différentes spécialités, comme l'urologie, mais reste d'adoption très limitée en chirurgie colorectale. En effet, aucune étude n'a réussi, à ce jour, à en démontrer un quelconque bénéfice en termes de résultats opératoires par rapport à la laparoscopie conventionnelle [11] ne permettant pas de justifier

ses coûts encore extrêmement élevés d'achat et de maintenance.

En conclusion, en 25 ans, le monde a bien changé. En effet, en 1986, Mitterrand était président (ah...), les Français espéraient encore gagner une Coupe du monde de football, et l'URSS avait de beaux jours devant elle... Alors pourquoi la chirurgie colorectale n'aura-t-elle pas, elle aussi, changé du tout au tout ? C'est heureusement le cas.

Merci au Dr Dubois d'avoir, sous les huées de certains « grands » chirurgiens, osé réaliser des cholécystectomies laparoscopiques en dehors de tout essai randomisé. Alors, le chirurgien qui, aujourd'hui, oserait pronostiquer que la laparoscopie est le progrès ultime qui ne sera jamais dépassé serait bien présomptueux. On est toujours le vieux con de quelqu'un. Méfions-nous...

Références

1. Klarenbeek BR, Veenhof AA, Bergamaschi R, et al (2009) Laparoscopic sigmoid resection for diverticulitis decreases major morbidity rates: a randomized control trial: short-term results of the Sigma Trial. *Ann Surg* 249:39-44
2. Tan JJ, Tjandra JJ (2007) Laparoscopic surgery for Crohn's disease: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 50:576-85
3. Goyer P, Alves A, Bretagnol F, et al (2009) Impact of complex Crohn's disease on the outcome of laparoscopic ileocecal resection: a comparative clinical study in 124 patients. *Dis Colon* 52:205-10
4. Indar AA, Efron JE, Young-Fadok TM (2009) Laparoscopic ileal pouch-anal anastomosis reduces abdominal and pelvic adhesions. *Surg Endosc* 23:174-7
5. Bonjer HJ, Hop WC, Nelson H, et al (2007) Laparoscopically assisted vs open colectomy for colon cancer: a meta-analysis. *Arch Surg* 142:298-303
6. Jayne DG, Thorpe HC, Copeland J, et al (2010) Five-year follow-up of the Medical Research Council CLASICC trial of laparoscopically assisted versus open surgery for colorectal cancer. *Br J Surg* 97:1638-45
7. Kang SB, Park JW, Jeong SY, et al (2010) Open versus laparoscopic surgery for mid or low rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): short-term outcomes of an open-label randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 11:637-45
8. Panis Y, Maggiori L, Caranhac G, et al (2011) Mortality after colorectal cancer surgery: a French survey of more than 84,000 patients. *Ann Surg* (in press)
9. Lehmann KS, Ritz JP, Wibmer A, et al (2010) The German registry for natural orifice transluminal endoscopic surgery: report of the first 551 patients. *Ann Surg* 252:263-70
10. Gaujoux S, Bretagnol F, Ferron M, Panis Y (2011) Safety, feasibility, and short-term outcomes of single port access colorectal surgery: a single institutional case-matched study. *J Gastrointest Surg* [Submitted]
11. Delaney CP, Lynch AC, Senagore AJ, Fazio VW (2003) Comparison of robotically performed and traditional laparoscopic colorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 46:1633-9