

Disponible en ligne sur www.mdn.dz et sur www.atrss.dz /Revue Médicale de l'HMRUO, Volume 8 N°3



Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran
Docteur Amir Mohammed BENAÏSSA
LA REVUE MÉDICALE DE L'HMRUO
B.P 35 AHMED MEDAGHRI ORAN Tél: 041.58.71.79-83
Fax : 041.58.71.90 Email : hmruo@mdn.dz



Observation clinique

Gastrectomie par laparoscopie pour cancer gastrique

S.Zatir, B.Makhlouf, S.Bouchakour, S.Laouisset, T.Larkam.

Service des Urgences Médico-Chirurgicales / Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran



Résumé

Le cancer gastrique est la troisième cause de décès par cancer et le cinquième cancer le plus répandu dans le monde. Même si son incidence et sa mortalité diminuent régulièrement ces dernières années, on estime à 1 000 000 le nombre de patients nouvellement diagnostiqués et plus de 783 000 patients sont décédés d'un cancer gastrique en 2018. Pendant longtemps, la gastrectomie par voie classique reste le pilier de l'approche curative du cancer gastrique. En 1994, Kitano décrit l'efficacité de la gastrectomie par laparoscopie dans le cas d'un carcinome de stade précoce de l'antrum de l'estomac. Au cours des dernières décennies, le traitement du cancer gastrique a atteint un développement rapide et de multiples avantages, une agression moins invasive, une diminution de perte de sang, une utilisation moindre d'analgésiques en postopératoire et une récupération trèsrapide. Un autre avantage de la chirurgie laparoscopique est la capacité d'observer le champ chirurgical dans une vue agrandie, ce qui pourrait aider les chirurgiens à effectuer une dissection plus méticuleuse des ganglions lymphatiques, ce qui est bénéfique pour le pronostic du patient. Nous discutons un cas d'un patient âgé de 69 ans, opéré pour cancer gastrique par voie laparoscopique, chez qui il a été réalisé une gastrectomie avec anastomose gastro jéjunale en toute sécurité.

Mots Clés : Estomac, Laparoscopie, Gastrectomie, Cancer.

Summary

Gastric cancer is the third leading cause of cancer death and the fifth most common cancer in the world. Even though its incidence and mortality have been steadily decreasing in recent years, an estimated 1,000,000 newly diagnosed patients and more than 783,000 patients died of gastric cancer in 2018. For a long time, the conventional gastrectomy remained the mainstay of the gastric cancer curative approach. In 1994, Kitano described the effectiveness of laparoscopic gastrectomy (LG) in early stage carcinoma of the antrum of the stomach. During the last decades, the treatment of gastric cancer has achieved rapid development and multiple benefits, less invasive aggression, decreased blood loss, less use of analgesics postoperatively and very rapid recovery. Another benefit of laparoscopic surgery is the ability to observe the surgical field in a magnified view, which may help surgeons perform more meticulous lymph node dissection, which is beneficial for the patient's prognosis. We discuss a case of a 69-year-old patient who had been operated on for laparoscopic gastric cancer, a gastrectomy with gastro-jejunal anastomosis was performed.

Keywords: Stomach, Laparoscopy, Gastrectomy, Cancer.

Introduction

Le cancer gastrique est la 3ème cause de décès par cancer au monde, la chirurgie reste la seule thérapie curative [1]. La laparoscopie a déjà prouvé sa supériorité sur la chirurgie ouverte du cancer colorectal avec un séjour hospitalier plus court et des résultats oncologiques similaires à long terme [2]. Kitano et coll [3] ont réalisés la première gastrectomie distale laparoscopique pour adénocarcinome gastrique en 1994 avec une dissection ganglionnaire D1 modifiée. Après ce résultat préliminaire, la technique s'est répandue en Asie avec plusieurs séries de cas confirmant sa sécurité et sa faisabilité. La première expérience européenne est publiée en 1999. Azagra et al [4] ont rapporté une série de 13 cas de cancer gastrique opérés par voie laparoscopique en Belgique. La majorité des preuves de la chirurgie laparoscopique du cancer gastrique proviennent d'études asiatiques. L'étendue de la lymphadénectomie par voie laparoscopique a subi des changements progressifs pour trouver celle associée à la meilleure stadification et à la meilleure survie. Le principe oncologique avec l'apport de la laparoscopie est de réaliser une lymphadénectomie D2, ce qui est recommandée comme standard pour tous les stades TNM N + et au-dessus du cancer gastrique T2 dans les recommandations japonaises (5).

Observation

Il s'agit du patient C.B âgé de 69 ans, admis dans notre service pour prise en charge d'un adénocarcinome gastrique classé T2vN+M0. Le début de la symptomatologie semble remonter à il ya 2 mois par l'apparition de vomissements avec un amaigrissement chiffré à 6 kg. Une fibroscopie digestive haute a été réalisée et qui a objective : un processus ulcéro-bourgeonnant antro-pylorique, des biopsies ont été réalisées en faveur d'un adénocarcinome moyennement différencié.

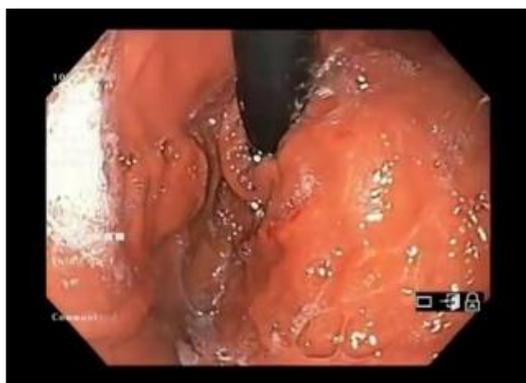


Figure 1 : Fibroscopie œsogastrique haute.

Un bilan d'extension a été réalisé, à savoir un scanner thoracoabdominopelvien (TAP) qui a objectivé : un épaissement de la muqueuse jusqu'à la musculaire antropylorique sténosant localisé sans envahissement des organes de voisinage avec deux adénopathies périgastriques sans atteindre les organes de voisinages, classé CT2N+M0.

Le dossier du patient a été discuté dans la réunion de concertation pluridisciplinaire, ainsi une gastrectomie avec curage a été décidée pour le patient.



Figure 2 : TDM abdominale

L'indication d'une gastrectomie 4/5 avec curage D2 est posée, on a décidé d'opérer le patient par voie laparoscopique avec un expert en laparoscopie avancée.

TECHNIQUE OPERATOIRE : Gastrectomie 4/5 par cœlioscopie.

-Patient admis au bloc opératoire sous anesthésie générale, en décubitus dorsal.

-Mise en place des trocarts

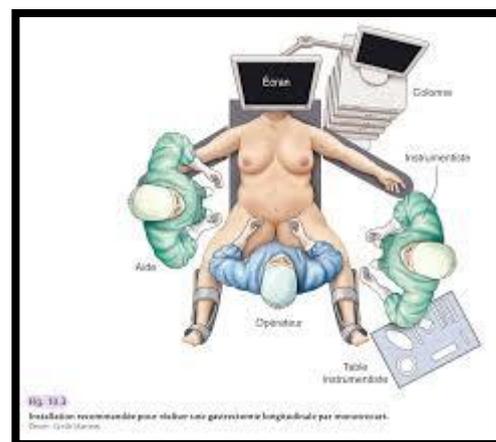


Figure 3 : Installation du patient

- 1- Décollement colo-omental, section du ligament gastrosplénique .
- 2- Curage du groupe sous-pylorique n° 6.

- 3- Curage ganglionnaire du groupe sus-pylorique n° 5.
- 4- Section du petit omentum , section duodénale.
- 5- Curage ganglionnaire de l'artère gastrique gauche du groupe n° 7.
- 6- Dissection de l'hiatus œsophagien.
- 7- Section gastrique 4/5 à la pince mécanique EndoGEA .
- 8- Anastomose gastro-jéjunale à la pince mécanique endoGEA, fermeture sous drainage aspiratif.

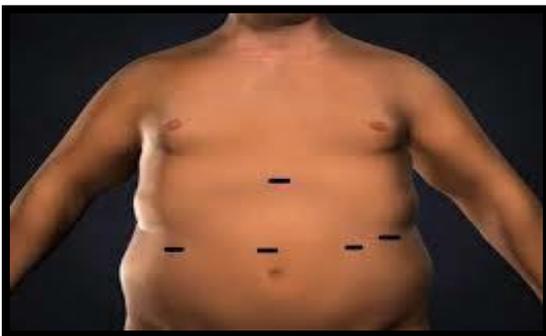


FIGURE 4 : Mise en place des trocarts



Figure 5 : Pièce opératoire

Le patient est sorti au 6ème jour postopératoire, avec reprise de l'alimentation après épreuve au bleu de méthylène qui est revenue négative. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire est revenue en faveur d'un adénocarcinome moyennement différencié avec marges de résection proximales et distales saines, curages

ganglionnaires D2 avec 25 ganglions dont 22 ganglions métastatiques dont 2 ganglions avec effractions capsulaires. Le patient est orienté au service d'oncologie pour une chimiothérapie adjuvante.

Discussion

La plupart des experts s'accordent à dire que les bénéfices du traitement des cancers gastriques par laparoscopie sont excellents [11.12.13]. En effet, une diminution de la douleur, un abord esthétique, une durée d'hospitalisation plus courte, moins de douleur postopératoire, une meilleure qualité de vie, ainsi des résultats oncologiques similaires voire supérieures que la voie classique surtout dans le curage ganglionnaire. Récemment, les résultats des essais prospectifs menés par Choi Y.Y et al [14] au Japon et en Corée pour évaluer la sécurité et la faisabilité oncologique de la gastrectomie laparoscopique pour le cancer gastrique précoce ou avancé, ces dernières ont montré la supériorité de la coelioscopie à la technique ouverte pour les stades précoces de cancers gastrique. Pour notre expérience débutante, nous avons opéré un patient âgé de 69 ans pour un adénocarcinome gastrique par laparoscopie en toute sécurité ,réalisant une gastrectomie 4/5 avec anastomose gastrojéjunale. Une très bonne évolution postopératoire avec une reprise du transit au premier jour postopératoire et pratiquement moins de douleurs postopératoires. La lymphadénectomie par laparoscopie nous a permis de réaliser un très bon curage carcinologique D2 de tous les groupes pratiquement, 25 ganglions dont 20 métastatiques. Cette approche devrait être mieux maîtrisée et développée dans notre hôpital avec des mains expertes pour un apprentissage de qualité en toute sécurité.

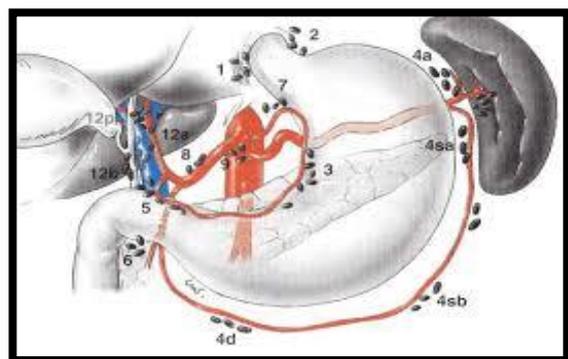


Figure 6 : Les groupes de curage ganglionnaire

Conclusion

Il semble que de nouveaux horizons se profilent pour la chirurgie laparoscopique, car les preuves cliniques et carcinologiques actuelles ont révélé que la gastrectomie

laparoscopique réalisée par des mains expérimentées est supérieure à la gastrectomie ouverte pour le cancer gastrique précoce. La gastrectomie laparoscopique présente de nombreux avantages par rapport à la gastrectomie ouverte, : moins de douleur, des séjours hospitaliers postopératoires plus courts, une récupération plus précoce et de meilleurs résultats esthétiques, mais elle nécessite une véritable courbe d'apprentissage élevée.

Bibliographie

- [1] S.S. Yoon, H.K. Yang Lymphadenectomy for gastric adenocarcinoma: should west meet east? *Oncologist*, 14 (2009), pp. 871-882.
- [2] 2013 Japanese Gastric Cancer Association Japanese gastric cancer treatment guidelines (ver. 3) *Gastric Cancer*, 14 (2) (2010), pp. 113-123.
- [3] S. Kitano, Y. Iso, M. Moriyama *et al*/K. Sugimachi Laparoscopy-assisted Billroth I gastrectomy *Surg. Laparosc. Endosc.*, 4 (1994), pp. 146.
- [4] Azagra and al Minimally invasive surgery for gastric cancer *Surg Endosc.* 1999 Apr;13(4):351-7.
- [5] C.D. Bali, G.D. Lianos, D.H. Roukos Gastric cancer guidelines and genome differences between Japan and the west *Future Oncol.*, 9 (8) (2013), pp. 1053-1056.
- [6] M. Sasako, M. Saka, T. Fukagawa, *et al*/Surgical treatment of advanced gastric cancer: Japanese perspective *Dig. Surg.*, 24 (2007), pp. 101-107
- [7] V.E. Strong, K.Y. Song, C.H. Park, *et al*/Comparison of gastric cancer survival following R0 resection in the United States and Korea using an internationally validated nomogram *Ann. Surg.*, 251 (2010), pp. 640-646
- [8] V.E. Strong, K.Y. Song, *et al*/Comparison of disease-specific survival in the United States and Korea after resection for early-stage node-negative gastric carcinoma *J. Surg. Oncol.*, 107 (2013), pp. 634-40
- [9] G.D. Lianos, C.D. Bali, G.K. Glantzounis, *et al*/BMI and lymph node ratio may predict clinical outcomes of gastric cancer *Future Oncol.*, 10 (2) (2014), pp. 249-255
- [10] A. Cuschieri, B. Tang Human reliability analysis (HRA) techniques and observational clinical HRA *Minim. Invasive Ther. Allied Technol.*, 19 (1) (2010), pp. 12-17
- [11] C.H. Yoo, H.O. Kim, S.I. Hwang, *et al*. Short-term outcomes of laparoscopic assisted distal gastrectomy for gastric cancer during a surgeon's learning curve period *Surg. Endosc.*, 23 (2009), pp. 2250-2257
- [12] Z.M. Bamboat, V.E. Strong Minimally invasive surgery for gastric cancer *J. Surg. Oncol.*, 107 (2013), pp. 271-276
- [13] M.C. Kim, S.U. Han, W. Kim, *et al*/Morbidity and mortality of laparoscopic gastrectomy versus open gastrectomy for gastric cancer: an interim report—a phase III multicenter, prospective, randomized Trial (KLASS Trial) *Ann. Surg.*, 251 (2010), pp. 417-420
- [14] Choi Y. *et al* Using *laparoscopic* Gastrectomy to treat early *gastric cancer* *Surg. Endosc.*, 23 (2016), pp. 2250-2257.
- [15] A.I. Mushlin, H. Ghomrawi Health care reform and the need for comparative effectiveness research *N. Engl. J. Med.*, 362 (3) (2010), p. e6
- [16] J. Ding, G.Q. Liao, Y. Xia, *et al*/Laparoscopic versus open right hemicolectomy for colon cancer: a meta-analysis *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A*, 23 (1) (2013), pp. 8-16
- [17] K.W. Jung, S. Park, Y.J. Won, *et al*/Prediction of cancer incidence and mortality in Korea *Cancer Res. Treat.*, 43 (2011), pp. 12-18
- [18] H.H. Kim, W.J. Hyung, G.S. Cho, *et al*/Morbidity and mortality of laparoscopic gastrectomy versus open gastrectomy for gastric cancer: an interim report—a phase III multicenter, prospective, randomized Trial (KLASS Trial) *Ann. Surg.*, 251 (2010), pp. 417-420
- [19] H.H. Hartgrink, E.P.M. Jansen, N.C.T. von Griesen, *et al*. Gastric Cancer *Lancet*, 374 (2009), pp. 477-490