



Articles publiés
sous la direction de

JEAN LOUIS FROSSARD

Service de
gastroentérologie et
hépatologie
Hôpitaux
universitaires de
Genève

DARIUS MORADPOUR

Service de
gastroentérologie et
hépatologie
Centre hospitalier
universitaire vaudois
Lausanne

La résection endoscopique va-t-elle suppléer la chirurgie ?

Pr JEAN-LOUIS FROSSARD et Pr DARIUS MORADPOUR

Rev Med Suisse 2022; 18: 1575-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.793.1575

Les innovations technologiques en endoscopie digestive, encore impensables il y a peu, sont devenues quotidiennes, ingénieuses, et fulgurantes. Mais ne nous trompons pas: derrière cette déclinaison d'épithètes empathiques et de superlatifs généreux, le seul but recherché est l'amélioration de la prise en charge du patient lui offrant une intervention dont les résultats thérapeutiques sont identiques à ceux de la chirurgie pour une morbidité moindre et des durées de séjour notablement raccourcies; c'est du moins son objectif prioritaire sur le plan qualitatif. À côté de l'efficacité de ces avancées thérapeutiques, on ne peut pas ignorer les économies étonnantes réalisées, d'autant plus dans le contexte actuel de budgets sous tension dans le domaine de la santé.

C'est en 1852 que le premier endoscope apparaît sous l'impulsion de Desormeaux (figure 1).¹ Rigide et donc peu pratique pour l'exploration digestive, ce système est amélioré dans les années 1930 avec la création

d'appareils semi-flexibles qui permettent enfin d'accéder à la cavité gastrique. En 1950, l'introduction de faisceaux de fibres optiques par Hirschowitz permet la création d'endoscopes entièrement flexibles bientôt munis d'un plus large canal opérateur par lequel de

nombreux instruments peuvent être introduits: c'est le moment pivot où l'endoscopie passive devient réellement active. Elle permet non seulement de voir, diagnostiquer, prélever mais d'agir simultanément. Avec le temps, les fibres optiques sont remplacées par des petites caméras qui re-

transmettent l'image sur un écran aujourd'hui de qualité 4K.

Alors que la résection de tumeurs digestives inférieures à 2 cm est le plus souvent redevable de polypectomie ou de mucosectomie, le traitement de tumeurs digestives superficielles de plus grande taille envahissant la muqueuse, voire une partie de la sous-muqueuse, est réalisé préférentiellement par nos collègues chirurgiens. Toutefois, l'avènement de la dissection sous muqueuse considérée comme une résection minimalement invasive par endoscopie a élargi le spectre thérapeutique et constitue une alternative préférée à la chirurgie.² Cette dissection endoscopique emporte ainsi la muqueuse, la musculaire muqueuse et une partie de la sous-muqueuse, permettant de réaliser l'exérèse en un seul fragment avec des marges de résection bien meilleures que la résection fragmentée (figure 2).

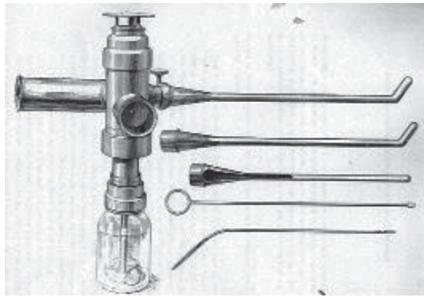
Cette technique, développée au Japon en raison de la prévalence élevée de cancer gastrique superficiel, a obtenu des résultats dépassant toutes les attentes avec un taux de résections complètes dans plus de 90% des cas et 4% de récidives locales. Des chiffres

**LE SEUL BUT
RECHERCHÉ EST
L'AMÉLIORATION
DE LA PRISE EN
CHARGE DU
PATIENT**

FIG 1

**Premier endoscope
fonctionnant avec
une lampe gazogène**

Cet instrument permettait une vision sans comparaison de la muqueuse urétrale et la cautérisation chimique.



Bibliographie

1

– Léger P, Antonin Jean Desormeaux. Prog Urol 2004;14:1231-8.

2

– Cao Y, Liao C, Tan A. Meta-analysis of endoscopic submucosal dissection versus endoscopic mucosal resection for tumors of the gastrointestinal tract. Endoscopy 2009;41:751-7.

Bibliographie

3

Fujishiro M, Yahagi N, Nakamura M, Kakushima N. Endoscopic submucosal dissection for rectal epithelial neoplasia. *Endoscopy* 2006;38:493-7.

4

Toyonaga T, Manji M, East JE, Nishino E. Endoscopic submucosal dissection cases in the esophagus, stomach and colorectum: complication rates and long-term outcomes. *Surg Endosc* 2013;27:1000-8.

5

Schlottmann F, Luckett DJ, Fine J. Laparoscopic myotomy versus peroral endoscopic myotomy (POEM) for achalasia: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 2018;267:451-60.

6

Sanaka MR, Chadalavada P, Covut F. Peroral endoscopic myotomy is equally safe and highly effective treatment option in achalasia patients with both lower and higher ASA classification status. *Oesophagus* 2021;18:932-40.

7

Frossard JL, Moradpour D. Café et pancréas: la demi-vie de la vérité en médecine. *Rev Med Suisse* 2014;10:1579.

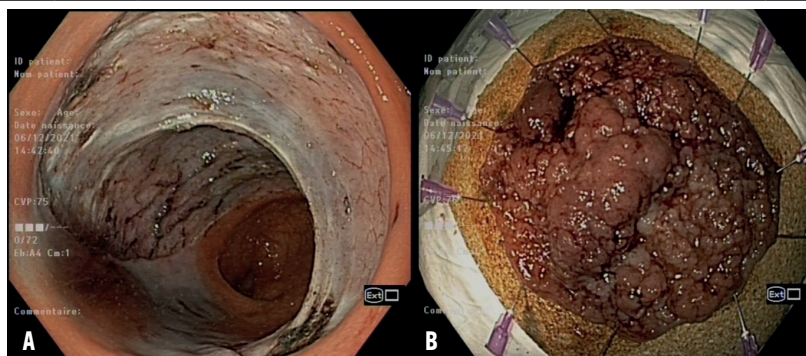
8

Bastid C, Frossard JL. The half-life of truth in medicine regarding the Covid-19 disease. *J Transl Sci* 2020;7: 1-2.

FIG 1

Dissection sous muqueuse d'une LST (lateral spreading tumor)

A. État après résection montrant la sous-muqueuse mise à nue dans les trois-quarts de la circonférence. B. Pièce extirpée en monobloc Ro.



similaires sont atteints pour les lésions coliques³ et œsophagiennes⁴.

Au fil du temps, la technique de dissection sous-muqueuse s'est trouvée d'autres indications avec, notamment, l'apparition du POEM (peroral endoscopic myotomy). Ce dernier constitue sans nul doute une avancée majeure dans le traitement de l'achalasia en comparaison avec la chirurgie plus lourde, le but final étant le même puisqu'il s'agit de sectionner les fibres musculaires circulaires afin de rétablir un péristaltisme le plus physiologique possible.^{5,6} Les résultats sont éloquentes: le lendemain de l'intervention, le patient se réalimente, la récupération est rapide et la durée de séjour plus brève alors que les effets à court et moyen termes sont identiques quand chirurgie et endoscopie sont comparées.

La demi-vie de la vérité devient de plus en plus courte eu égard aux progrès techniques.^{7,8} La chirurgie cardiovasculaire en est un exemple flagrant car elle a dû faire face à des changements en profondeur lors de l'apparition des stents coronariens ou du TAVI (implantation de valve aortique).

En 2022, la fiction a bel et bien rejoint la réalité grâce à ces avancées en résection endoscopique et aux équipes d'experts en la matière, tant à Genève qu'à Lausanne. On ne peut que s'en réjouir, pour la prise en charge de nos patients. Toutefois, un tel changement de pratique ne peut s'opérer sans une collaboration étroite entre la gastro-entérologie et la chirurgie quant au choix de l'intervention optimale au bénéfice du patient.

LA DEMI-VIE DE LA VÉRITÉ DEVIENT DE PLUS EN PLUS COURTE EU ÉGARD AUX PROGRÈS TECHNIQUES