



ACADÉMIE NATIONALE  
de CHIRURGIE  
*French Academy of Surgery*

**Mercredi 15 JUIN 2022**  
Présidence : Albert-Claude Benhamou

## **Interventionnel Digestif**

**Coordinateur : BELGHITI Jacques**  
**Co-Coordinateur : VILGRAIN Valérie**

**14h30-17h00, Les Cordeliers**

**Résumé de la séance par Georges ABI LAHOUD**  
**Secrétaire Annuel de Séance**

**Le président Albert-Claude BENHAMOU ouvre la séance.**

**Le secrétaire général Hubert JOHANET annonce le décès du Docteur Claude LIGUORY, l'un des pionniers de l'endoscopie digestive interventionnelle et membre de l'Académie nationale de chirurgie depuis 1987. Une minute de silence est observée.**

**Le secrétaire annuel Jean Pierre ROZENBAUM lit ensuite le résumé de la séance précédente du 25 Mai 2022.**

### **GUIU Boris : Interventionnel veineux du foie : de la privation veineuse à la recanalisation porte**

De nouvelles techniques de radiologie interventionnelle se développent dans les veines du foie (porte et sus-hépatiques), parmi lesquelles la **privation veineuse** qui associe une embolisation de l'apport portal et d'une (ou de plusieurs) veine(s) hépatique(s) dans le but d'accélérer l'hypertrophie du foie avant une hépatectomie majeure.

La recanalisation du système porte en cas de thrombose porte chez les patients non cirrhotiques est toujours possible techniquement. Elle permet de normaliser les pressions, de rétablir souvent un flux physiologique, et de ce fait empêcher les conséquences cliniques sévères telles que l'hémorragie par rupture de varices ou la cholangiopathie portale. Cette technique nécessite des opérateurs entraînés.

Concernant les cavernomes porte, tout cavernome porte doit bénéficier d'un avis multidisciplinaire Hépato/Chir/RI et d'un possible traitement à l'issue.

## QUESTIONS/COMMENTAIRES :

**Albert-Claude BENHAMOU: délai entre l'embolisation portale avant hépatectomie ? R : le patient peut être opéré à J8 après l'embolisation. Malgré sa complexité, la technique de l'embolisation portale ne va pas disparaître.**

**Olivier SEROR : Déprivation veineuse chez les cirrhotiques ? R : Prudence car augmentation de la pression (HTP) : pas plus d'une veine sus-hépatique.**

**Définition de la cholangiopathie portale. R : apparition des signes à l'imagerie avant l'atteinte clinique et les modifications biologiques hépatiques. Balance bénéfice risque : traité plus tôt, mais pas très tôt.**

## **SEROR Olivier : Ablation tumorale hépatique: jusqu'où aller ?**

Les ablations des tumeurs hépatiques ont pour objectif l'éradication complète de la totalité des tissus malins. Elles sont classées, avec la résection et la transplantation, parmi les traitements à intention curative. L'ablation percutanée est classiquement proposée aux patients non opérables. Elle est jugée non réalisable pour un nombre non négligeable de ces candidats (jusqu'à 30%) à cause d'une visibilité insuffisante des tumeurs ou une localisation tumorale considérée à trop grand risque de complication. Les avancées technologiques telles que la fusion d'image ou les techniques d'ablation multibipolaire No Touch permettent aujourd'hui de lever la majorité de ces limitations de faisabilité. Leurs utilisations en routine réduisent considérablement le recours à la stratégie de glissement thérapeutique interclasses et ouvrent la possibilité de traiter avec une intention curative certains patients présentant des formes plus avancées. **jusqu'où aller ? le plus loin possible !**

## QUESTIONS/COMMENTAIRES :

**Jacques BELGHITI : il y a très peu de centres qui utilisent ses techniques actuellement. Qu'est-ce qui rebute : la technologie ou le temps ? R : c'est le temps, par ce qu'il y a une courbe d'apprentissage importante, pour un nombre limité de cas. Il y a aussi l'habitude d'utiliser les traitements connus, et l'innovation est parfois compliquée à adopter.**

**Valérie VILGRAIN: nous avons beaucoup appris grâce à la chirurgie hépatique et beaucoup de concepts ont été adoptés, notamment la biologie des tumeurs. Dans l'avenir, à taille égale de tumeur, un traitement personnalisé pourra être proposé.**

**Albert-Claude BENHAMOU: quel est votre avis et votre expérience sur l'utilisation des ultrasons à très haute fréquence. R : méthode extrêmement séduisante, mais son utilisation est ralentie par son coût très cher et le temps de traitement assez long (utilisation plutôt sur des cibles non mouvantes).**

## **PRAT Frédéric : Techniques d'ablation tissulaire endocanalaire et échoguidées dans l'arbre biliaire et le pancréas : potentiel et limites des techniques endoscopiques**

L'ablation tissulaire endoscopique peut être réalisée selon deux méthodes: la thérapie photodynamique (PDT) et la radiofréquence (RFA). L'ablation endocanalaire guidée par CPRE est un appoint précieux chez des patients non opérables ayant un cholangiocarcinome extrahépatique ou en cas de tumeur ampullaire avec extension intracanalaire. La RFA est la méthode d'ablation de choix bien que son bénéfice sur la perméabilité des prothèses soit incertain. Une confirmation d'un bénéfice en survie requiert de nouvelles études contrôlées de haute qualité. Bien que la valeur intrinsèque de l'ablation reste difficile à établir en présence de traitements concurrents, la démonstration d'une réponse locale par la cholangioscopie pourrait aider à valider cette option. Enfin

l'ablation guidée par échographie a des perspectives intéressantes dans les tumeurs bénignes du pancréas, au premier rang desquelles l'insulinome, tandis que son intérêt reste à démontrer dans le cancer du pancréas.

#### **QUESTIONS/COMMENTAIRES :**

**Valérie VILGRAIN:** les techniques endoscopiques sont actuellement moins matures que les percutanées, mais ont tendance à prendre leur place dans l'arsenal thérapeutique.

**Arlette COLCHEN:** Quid de la cryothérapie pour désobstruer ? **R :** pas de réel intérêt démontré par rapport à la radiofréquence, plus complexe à mettre en œuvre parce que les sondes sont plus grosses et leur utilisation plus contraignante.

**Albert-Claude BENHAMOU:** usage du Laser fibres longues ? **R :** beaucoup de destructions locales ont été faites avec le laser colorant dans les années 80/90 en endoscopie, mais cela a été remplacé par les nouvelles techniques notamment la radiofréquence.

#### **PEREZ CUADRADO Enrique : avancées récentes dans la création d'anastomoses de l'appareil digestif et bilio-pancréatique par échographie**

La réalisation d'anastomoses digestives guidées par l'échographie constitue une thérapeutique en plein essor. Les anastomoses bilio-digestives ont d'abord été développées pour le traitement des occlusions biliaires d'origine tumorale avec de très bons résultats techniques et cliniques. Les anastomoses digestives endoscopiques non biliaires guidées par échographie (EUS-A) sont de développement plus récent. La technique consiste en l'utilisation d'une prothèse métallique d'apposition luminale (LAMS) entre deux cavités digestives, afin de permettre un accès endoscopique impossible par les techniques usuelles ou de rétablir le flux alimentaire ou biliaire en cas d'occlusion. La dérivation gastro-jéjunale endoscopique sera prochainement le traitement de première ligne de l'occlusion digestive haute sur sténose tumorale du duodénum (cancer du pancréas). L'échographie thérapeutique représente une nouvelle alternative chez les patients ayant un by-pass gastrique nécessitant un drainage biliaire.

#### **QUESTIONS/COMMENTAIRES :**

**Valérie VILGRAIN:** il est très important que les différents médecins spécialistes puissent travailler ensemble sur des sujets convergents, afin d'apporter le meilleur traitement pour les patients.

**Albert-Claude BENHAMOU:** culture commune de partage, d'hybridité et d'échanges pour ne pas rester dans des zones de conflits éventuels. Transformation du nom de l'Académie nationale de chirurgie en Académie nationale de chirurgie et des techniques innovantes pour accepter des médecins non chirurgiens au sein de l'académie.