



HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PARIS CENTRE

Cochin • Port-Royal • Tarnier • Broca
La Collégiale • La Rochefoucauld • Hôtel-Dieu

Actualités en chirurgie œso-gastrique 2024

20^{ème} journée de gastro-entérologie de l'hôpital Cochin
Samedi 04 mai 2024

Docteur Mahaut Leconte

Plan

1. **Adénocarcinome gastrique à cellules peu cohésives:**
la **gastrectomie totale** doit-elle encore être la règle ?
2. **Rôle de la chirurgie anti-reflux**
dans le traitement des lésions dysplasiques/ ADK superficiels de l'œsophage sur EBO
3. Intérêt du **robot** dans la chirurgie anti-reflux

Adénocarcinomes gastriques à cellules peu cohésives: la gastrectomie totale doit-elle encore être la règle ?

Rappel: Définition du carcinome gastrique à cellules peu cohésives (PCC)

Laurén (1965)	OMS (2019)
Intestinal Indéterminé Diffus	Papillaire Tubuleux, bien ou moyennement différencié Tubuleux (solide), peu différencié Peu cohésif, à cellules en bague à chaton Peu cohésif, autres types de cellules
Intestinal/diffus/indéterminé	Mucineux
Mixte	Mixte
Non défini	Autres sous-types histologiques : – carcinome adénoquameux – carcinome épidermoïde – carcinome indifférencié – carcinome à stroma lymphoïde – carcinome hépatoïde – adénocarcinome avec différenciation entéroblastique – adénocarcinome à cellules pariétales – adénocarcinome micro-papillaire

Classification de Lauren et classification OMS 2019

Consensus on the pathological definition and classification of poorly cohesive gastric carcinoma

C. Mariette¹ · F. Carneiro² · H. I. Grabsch^{3,4} · R. S. van der Post⁵ · W. Allum⁶ · Giovanni de Manzoni⁷ on behalf of European Chapter of International Gastric Cancer Association

Gastric Cancer (2019)

Sous types de PCC

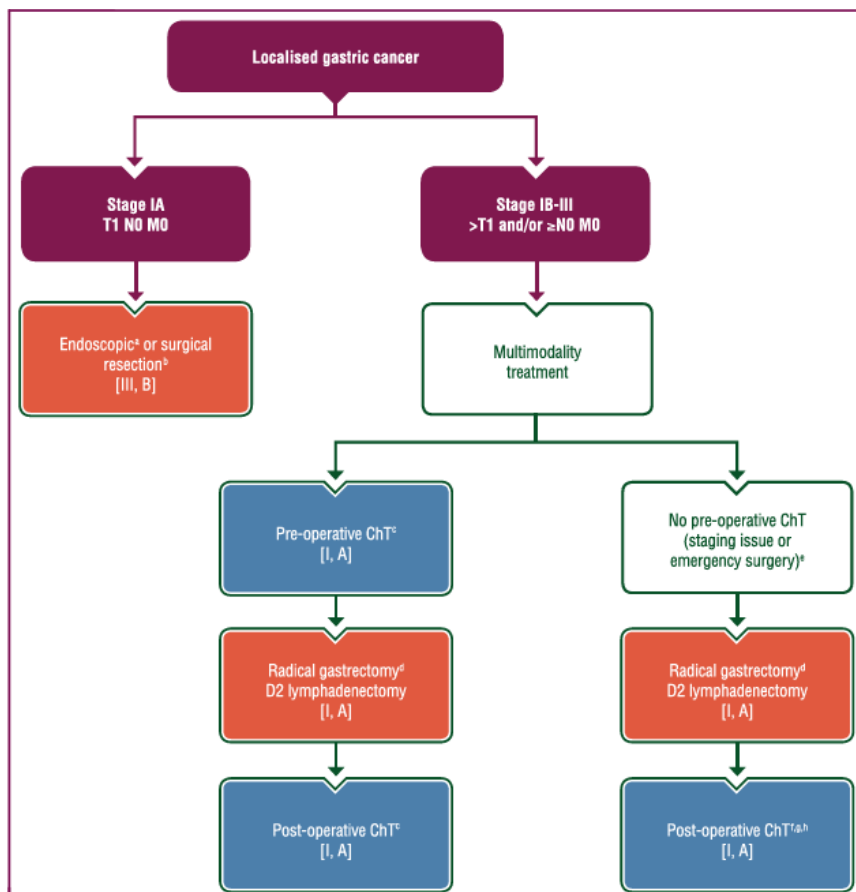
- **SRC-type:** >90% de cellules en bague à chaton
- **PCC avec composante SRC:** >10% mais <90% de cellules en bague à chaton
- **PCC- NOS:** <10% de cellules en bague à chaton

PCC: Poorly cohesive cells

SRC: Signet ring cells

PCC-NOS: Poorly cohesive cells-no otherwise specified

Adénocarcinomes gastriques à cellules peu cohésives: la gastrectomie totale doit-elle encore être la règle ?



SPECIAL ARTICLE

Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up [☆]

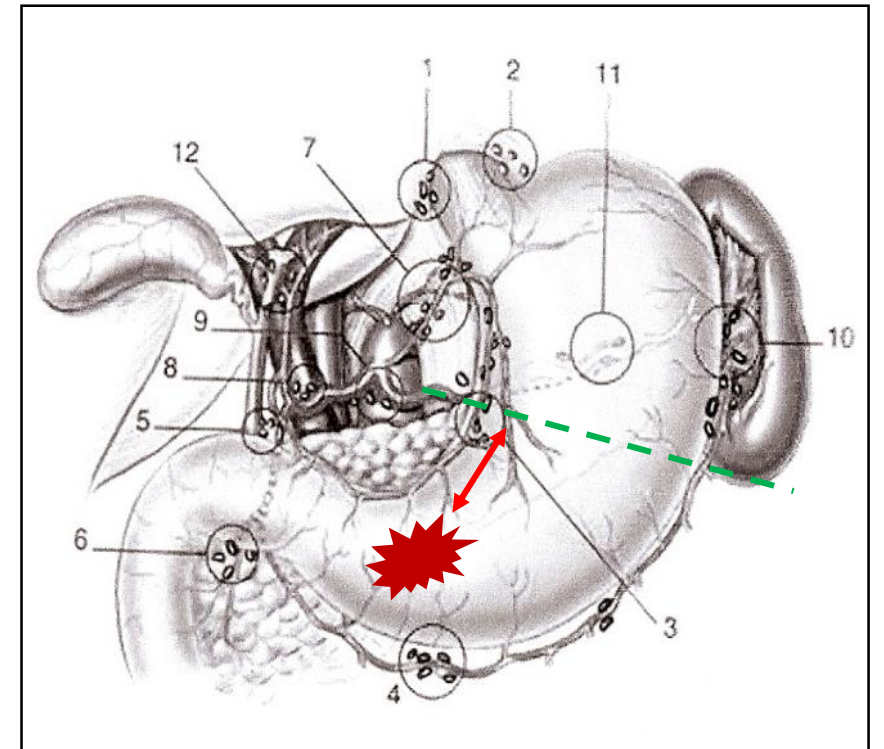
F. Lordick¹, F. Carneiro^{2,3,4}, S. Cascinu⁵, T. Fleitas⁶, K. Haustermans⁷, G. Piessen^{8,9,10,11}, A. Vogel¹² & E. C. Smyth¹³, on behalf of the ESMO Guidelines Committee^{*}

Available online 29 July 2022

For stage IB-III disease, radical gastrectomy is indicated. A proximal margin of ≥ 3 cm is recommended for tumours with an expansive growth pattern (including intestinal histotypes) and ≥ 5 cm for those with an infiltrative growth pattern (including poorly cohesive/diffuse histotypes). When these rules cannot be satisfied, it is advisable to examine the whole thickness of proximal resection margin by frozen section. Subtotal gastrectomy can be selected when a satisfactory proximal resection margin can be obtained.⁵⁸⁻⁶⁰

Tumeurs distales (1/3 inférieur de l'estomac)

→ **Gastrectomie sub totale**

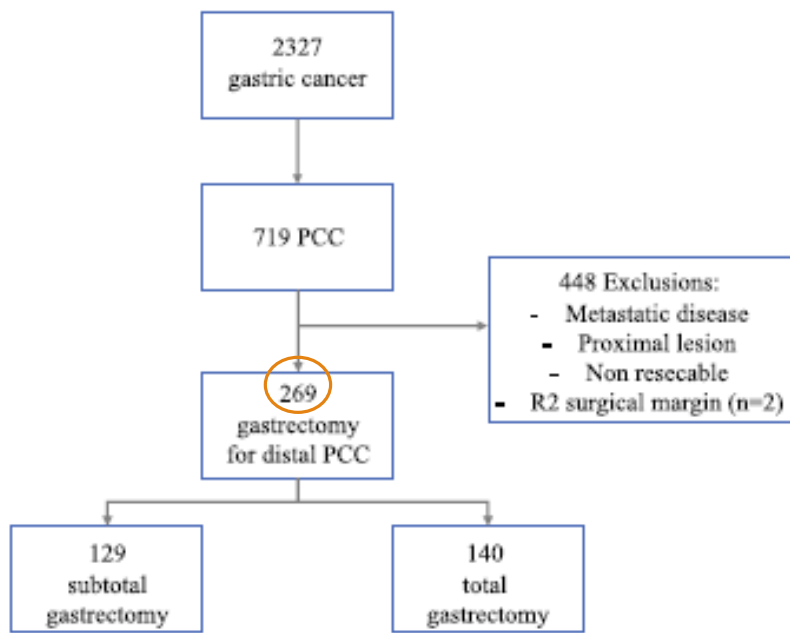


Adénocarcinomes gastriques à cellules peu cohésives: la gastrectomie totale doit-elle encore être la règle ?

Total Versus Subtotal Gastrectomy for Distal Gastric Poorly Cohesive Carcinoma

Mehdi Boubaddi¹, Hugo Teixeira Farinha^{1,2}, Céline Lambert^{3,4}, Bruno Pereira^{3,4}, Guillaume Piessen⁵, Monica Gualtierotti⁶, Thibault Voron⁷, Styliani Mantziari², Denis Pezet⁸, and Caroline Gronnier^{1,8} on behalf of the French Association of Surgery

Ann Surg Oncol (2024) :



Flow chart, PCC: Poorly cohesive carcinoma

	Subtotal gastrectomy (n = 129) n (%)	Total gastrectomy (n = 140) n (%)	p Value ^a
Male sex	71 (55.0)	82 (58.6)	0.56
Mean age (years)	65.9 ± 14.2	60.8 ± 14.0	0.003
Alcohol consumption	13/85 (15.3)	18/112 (16.1)	0.88
Active smoking	40/88 (45.5)	55/121 (45.5)	1.00
<i>WHO performance status</i>			0.02
0	34/94 (36.2)	69/132 (52.3)	
1	42/94 (44.7)	53/132 (40.2)	
2	15/94 (15.9)	9/132 (6.8)	
3	3/94 (3.2)	1/132 (0.8)	
<i>Invasion depth (cT)</i>			0.002
cT0	0 (0.0)	3 (2.1)	
cT1	13 (10.1)	18 (12.9)	
cT2	27 (20.9)	18 (12.9)	
cT3	39 (30.2)	70 (50.0)	
cT4	6 (4.7)	5 (3.6)	
cTX	44 (34.1)	26 (18.6)	
<i>Lymphatic metastasis (cN)</i>			0.55
cN0	64 (49.6)	63 (45.0)	
cN ≥ 1	46 (35.7)	59 (42.1)	
cNX	19 (14.7)	18 (12.9)	
Neoadjuvant treatment	47 (36.4)	70 (50.0)	0.03
Median stay: days (25th; 72th %tiles)	11 (8; 16)	13 (10; 18)	0.002
Adjuvant treatment	62/121 (51.2)	97/134 (72.4)	0.001

Caractéristiques démographiques et médicales de la population

Adénocarcinomes gastriques à cellules peu cohésives: la gastrectomie totale doit-elle encore être la règle ?

Total Versus Subtotal Gastrectomy for Distal Gastric Poorly Cohesive Carcinoma

Mehdi Boubaddi¹, Hugo Teixeira Farinha^{1,2}, Céline Lambert^{3,4}, Bruno Pereira^{3,4}, Guillaume Piessen⁵, Monica Gualtierotti⁶, Thibault Voron⁷, Styliani Mantziari², Denis Pezet⁸, and Caroline Gronnier^{1,8} on behalf of the French Association of Surgery

Ann Surg Oncol (2024) :

	Subtotal gastrectomy (n = 129) n (%)	Total gastrectomy (n = 140) n (%)	p Value ^a
<i>Complications (Dindo-Clavien)</i>			< 0.001
I/II/IIIa	66/111 (59.5)	91/118 (77.1)	
IIIb/IVa/IVb	10/111 (9.0)	17/118 (14.4)	
R1 resection	26/128 (20.3)	16 (11.4)	0.046
Lymph nodes removed ≥ 15	99/126 (78.6)	119/137 (86.9)	0.08
Positive proximal margin	9/125 (7.2)	3/129 (2.3)	0.07
Positive distal margin	14/127 (11.0)	11/129 (8.5)	0.50
SRC amount (%)			0.02
<50	47 (36.4)	38 (27.1)	
>50	49 (38.0)	77 (55.0)	
Unspecified	33 (25.6)	25 (17.9)	

Caractéristiques histopathologiques et chirurgicales

	5-Year OS			5-Year DFS		
	n	HR (95 % CI)	p Value ^a	n	HR (95 % CI)	p Value ^a
<i>Type of gastrectomy</i>						
Subtotal	129	1.00		112	1.00	
Total	140	0.94 (0.68–1.29)	0.68	131	0.97 (0.70–1.34)	0.84
<i>Neoadjuvant treatment</i>						
No	152	1.00		130	1.00	
Yes	117	1.01 (0.72–1.41)	0.97	113	1.16 (0.87–1.54)	0.32
<i>Resection margin</i>						
R0	226	1.00		205	1.00	
R1	42	1.73 (0.94–3.19)	0.08	38	1.79 (1.13–2.84)	0.01
<i>Surgical complication</i>						
No	217	1.00		198	1.00	
Yes	52	1.46 (0.99–2.16)	0.06	45	1.32 (0.82–2.10)	0.25
<i>Adjuvant treatment</i>						
No	96	1.00		79	1.00	
Yes	159	0.82 (0.53–1.27)	0.37	156	1.19 (0.79–1.80)	0.40
<i>SRC amount (%)</i>						
<50	85	1.00		77	1.00	
>50	126	1.31 (0.78–2.23)	0.31	117	1.31 (0.84–2.02)	0.21
Unspecified	58	1.44 (0.67–3.09)	0.35	49	1.28 (0.66–2.47)	0.47

Facteurs associés à la survie globale (OS) et sans récurrence (DFS)

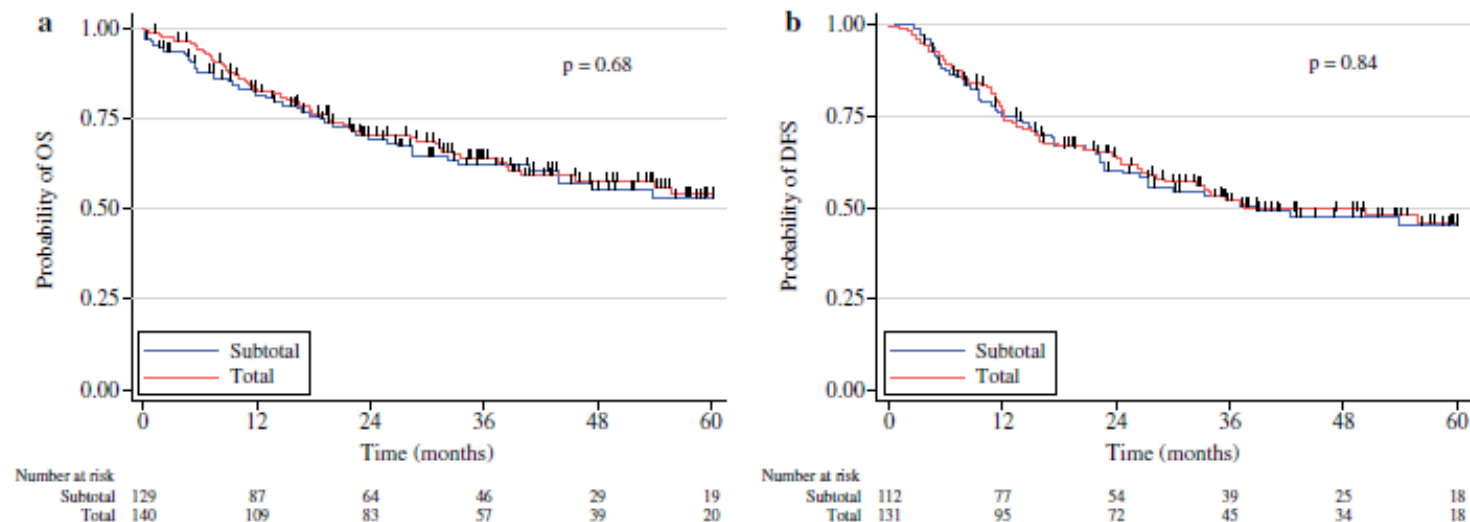
Adénocarcinomes gastriques à cellules peu cohésives: la gastrectomie totale doit-elle encore être la règle ?

Total Versus Subtotal Gastrectomy for Distal Gastric Poorly Cohesive Carcinoma

Mehdi Boubaddi¹, Hugo Teixeira Farinha^{1,2}, Céline Lambert^{3,4}, Bruno Pereira^{3,4}, Guillaume Piessen⁵, Monica Gualtierotti⁶, Thibault Voron⁷, Styliani Mantziari², Denis Pezet⁸, and Caroline Gronnier^{1,8} on behalf of the French Association of Surgery

Ann Surg Oncol (2024) :

Courbes de survie de Kaplan–Meier



a: Survie globale
b: Survie sans récive

Adénocarcinomes gastriques à cellules peu cohésives: la gastrectomie totale doit-elle encore être la règle ?

La **gastrectomie partielle** est valable pour les ADK gastriques à cellules indépendantes distaux sous réserve d'une marge carcinologique ≥ 5 cm (examen extemporané)

- Moins de complications opératoires
- Meilleurs résultats fonctionnels
- Pas de différence significative en termes de survie globale ou sans récurrence

Rôle de la chirurgie anti-reflux dans le traitement des lésions dysplasiques/ ADK superficiels de l'œsophage sur EBO

La chirurgie renforce l'efficacité du traitement endoscopique

Reflux Control After Barrett's Esophagus Ablation

Sumeet K. Mittal^{1,2}, Komeil Mirzaei Baboli¹, and Ross M. Bremner^{1,2}

Foregut
2021, Vol. 1(1) 78-85

Revue de la littérature.

Récidive dysplasie/métaplasie **traitement endoscopique seul** (mucosectomie et/ou radiofréquence) versus **traitement endoscopique + chirurgie anti-reflux**



Moins de récurrence en cas d'association de traitement

Tableau 1: Récidive de dysplasie après traitement endoscopique

Author	N	Pre-ablation Pathology	Follow-up (mo)	Recurrence (%)				
				1y	2y	3y	4y	5y
Cotton et al ¹	110	LGD HGD	60	-	-	-	-	Overall:32 LGD: 26 HGD: 38
Tan et al ⁴	430	BE	23	-	29.1	-	-	-
Shaheen et al ⁵	106	LGD HGD	36	13.2	3.8	-	-	-
Orman et al ²²	188	IM LGD HGD	48	-	-	-	7	-
Guthikonda et al ²³	306	IM LGD HGD	12	24	-	-	-	-
Komanduri et al ²⁴	221	LGD LGD HGD IMC	48	-	-	-	5.9	-
Korst et al ⁴⁰	53	NDBE NDBE LGD HGD T1a	18	-	26	-	-	-
Sami et al ²⁹	594	NDBE LGD HGD	34	-	-	25.4	-	8-year: 75

Tableau 2: Récidive de dysplasie après traitement par chirurgie + traitement endoscopique

Author	N	Pre-ablation Pathology	Surgical method	Follow-up (mo)	Residual disease (%)	Recurrence (%)			
						1y	2y	3y	≤4y
Johnson et al ⁴⁵	49	IM LGD HGD	Nissen	?	14.3	-	-	-	-
Skrobić et al ²⁷	56	LGD IM	Nissen	24	-	-	9.1	-	-
O'Connell et al ³	19	LGD HGD	Nissen	15	-	-	5.2	-	-
Puchkov et al ⁴⁶	71	IM	Toupet	24	-	-	4.3	-	-

HGD: Dysplasie de haut grade, LGD: Dysplasie de bas grade, IM: Métaplasie intestinale

Rôle de la chirurgie anti-reflux dans le traitement des lésions dysplasiques/ ADK œsophagiens superficiels

Patiente âgée de 73 ans

RGO depuis 30 ans: **IPP simple dose**

Endoscopie 12/22: Œsophagite grade D: **IPP double dose**

Endoscopie 01/23: Persistance d'une zone non cicatrisée, EBO , **DHG**

Adressée au service d'endoscopie de Cochin

Endoscopie 08/23: EBO C5M5 avec **multiples lésions érosives** dont une **zone quasi circonférentielle au pôle proximal du Barrett compromettant la réalisation d'une résection endoscopique.**

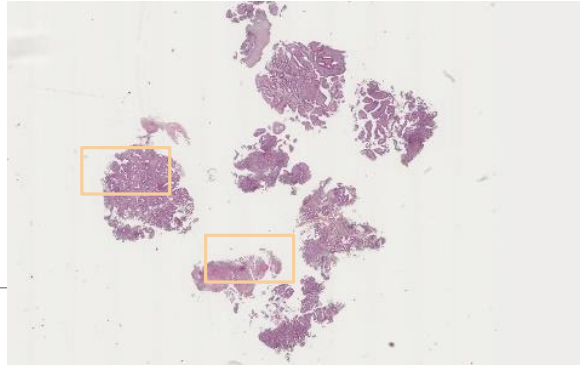
→ **foyers d'ADK bien différencié** au minimum intra-muqueux.

09/23: **Fundoplicature selon Toupet** par voie robot-assistée.

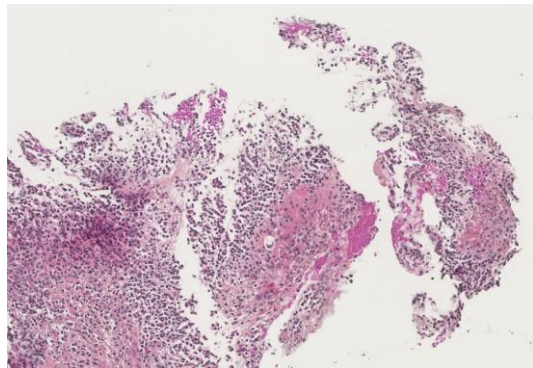
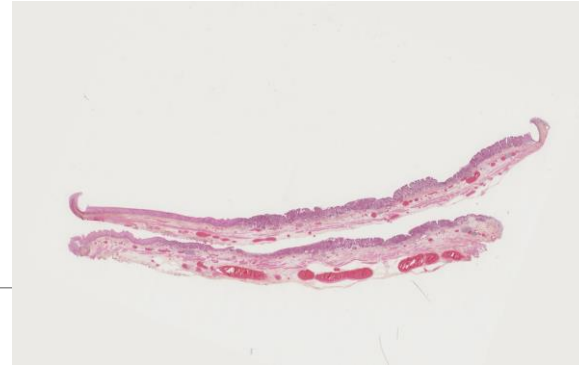
Endoscopie 10/23: **Régression de l'immense majorité des lésions peptiques.** Persistance de l' EBO C5M5 avec **lésion quasi circonférentielle à son sommet, réséquée par dissection sous muqueuse.**

→ EBO en métaplasie intestinale, parfois ulcéré associé à des lésions dysplasiques BG et de HG avec des territoires d'**adénocarcinome intramuqueux bien différencié atteignant au maximum l'espace entre les deux musculaires muqueuse (m3/m4) sans infiltration sous-muqueuse.**

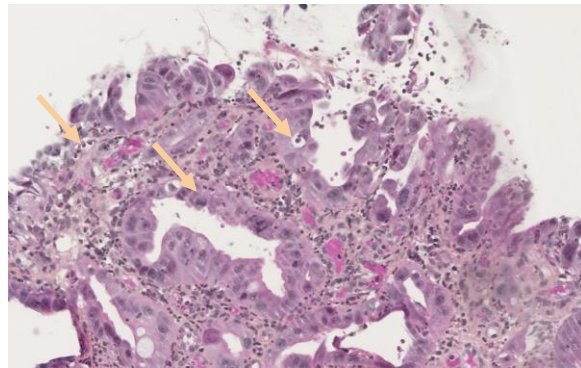
AVANT



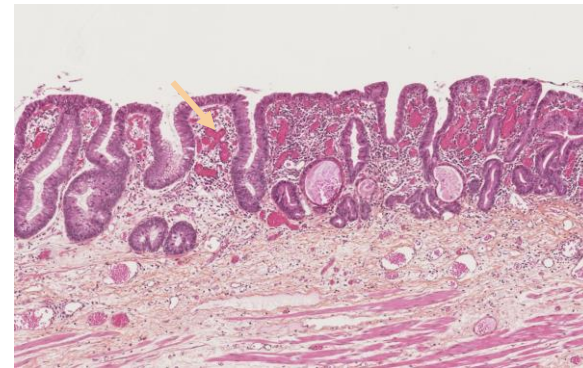
APRES



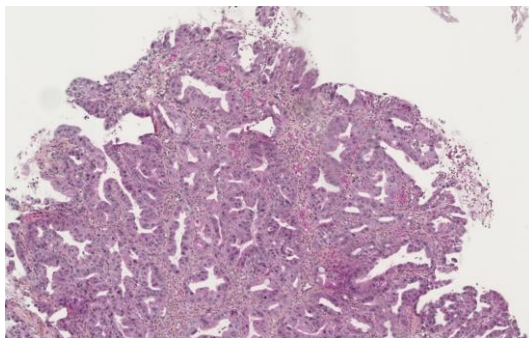
Fibrine et PN traduisant une ulcération



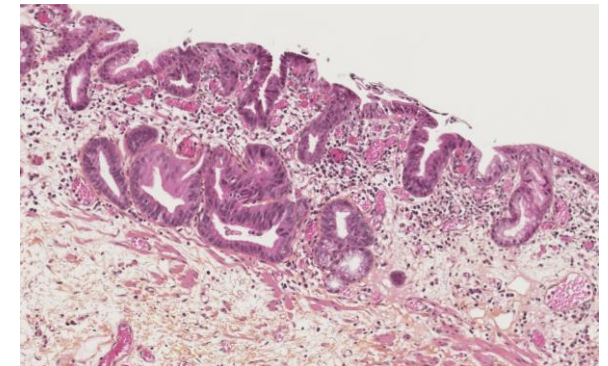
EBO en DHG avec inflammation du chorion et exocytose de nombreux PNN dans l'épithélium



Congestion vasculaire avec vaisseaux dilatés



EBO en DHG avec inflammation du chorion



Diminution inflammation du chorion et exocytose PNN dans l'épithélium

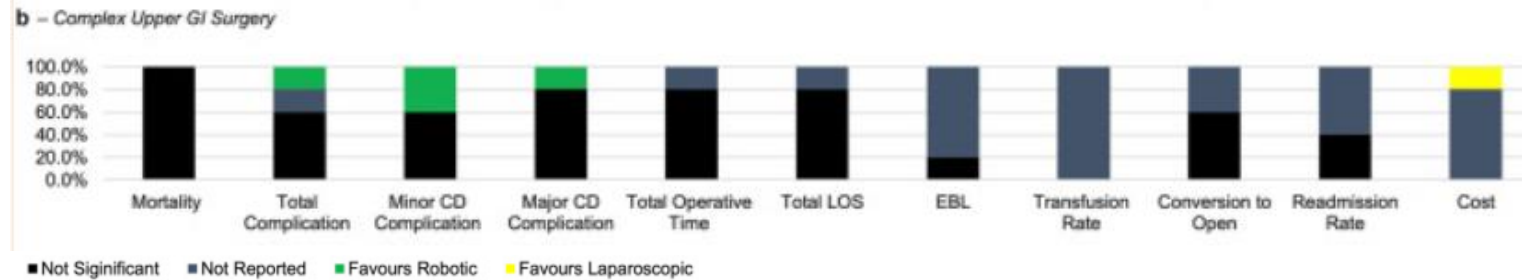
Dr Alexandre ROUQUETTE

Rôle de la chirurgie anti-reflux dans le traitement des lésions dysplasiques/ ADK œsophagiens superficiels

La chirurgie anti-reflux

- Renforce l'efficacité du traitement endoscopique
- Diminue l'intensité des lésions inflammatoires permettant le traitement endoscopique

Robot et chirurgie anti-reflux

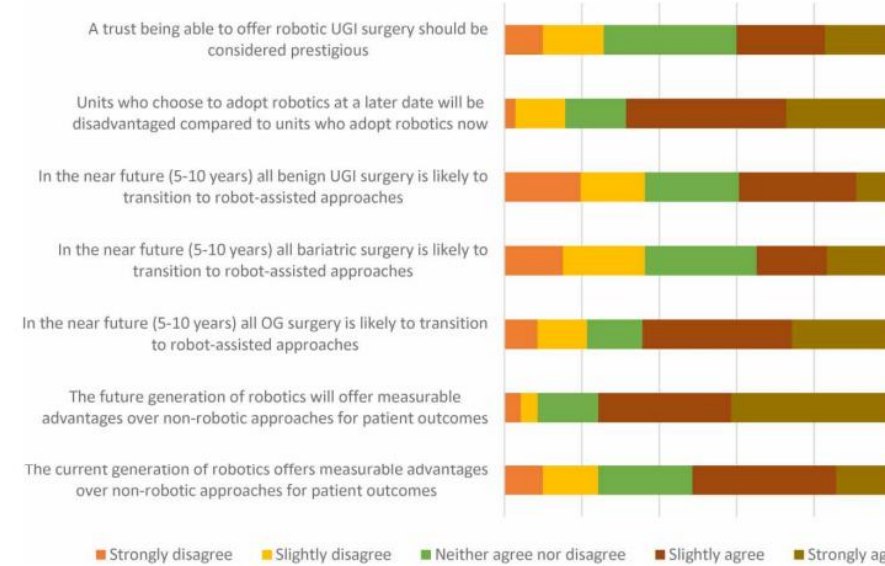
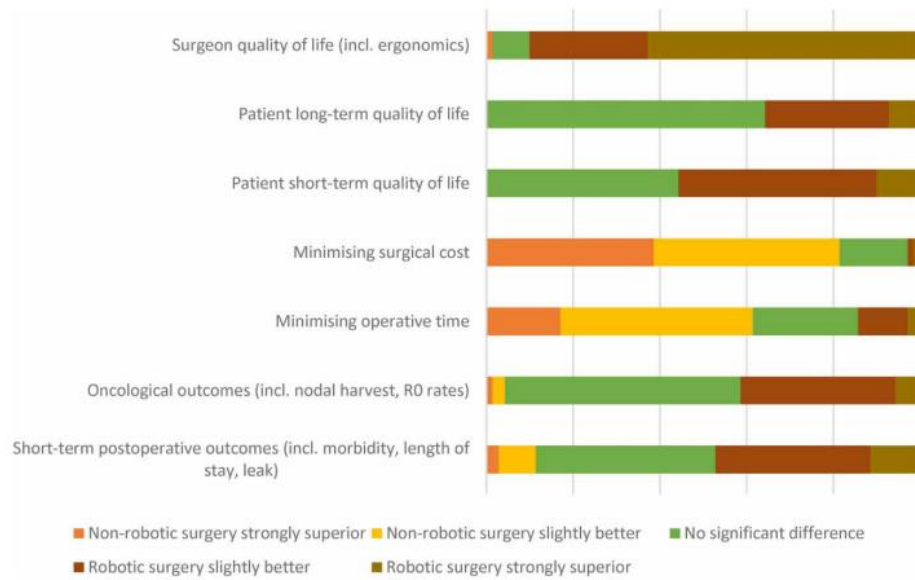


Laparoscopic versus robotic abdominal and pelvic surgery: a systematic review of randomised controlled trials

Michal Kawka¹ · Yuman Fong² · Tamara M. H. Gall³

Surgical Endoscopy (2023)

Revue de la littérature: 45 études (7364 patients)



Opinion, uptake and current practice of robot-assisted upper gastrointestinal and oesophagogastric surgery in the UK: AUGIS national survey results

P May-Miller¹, SR Markar², N Blencowe³, JA Gossage⁴, A Botros¹, PH Pucher¹

Ann R Coll Surg Engl 2024;

81 chirurgiens

Robot et chirurgie anti-reflux



Robot et chirurgie anti-reflux

Robotic revision surgery after failed Nissen anti-reflux surgery: a single center experience and a literature review

Graziano Ceccarelli¹ · Manuel Valeri² · Lavinia Amato² · Michele De Rosa¹ · Fabio Rondelli² · Micaela Cappuccio³ · Francesca Elvira Gambale⁴ · Mariarita Fantozzi⁵ · Guido Sciaudone⁴ · Pasquale Avella^{3,6} · Aldo Rocca^{4,6}

Journal of Robotic Surgery 2023

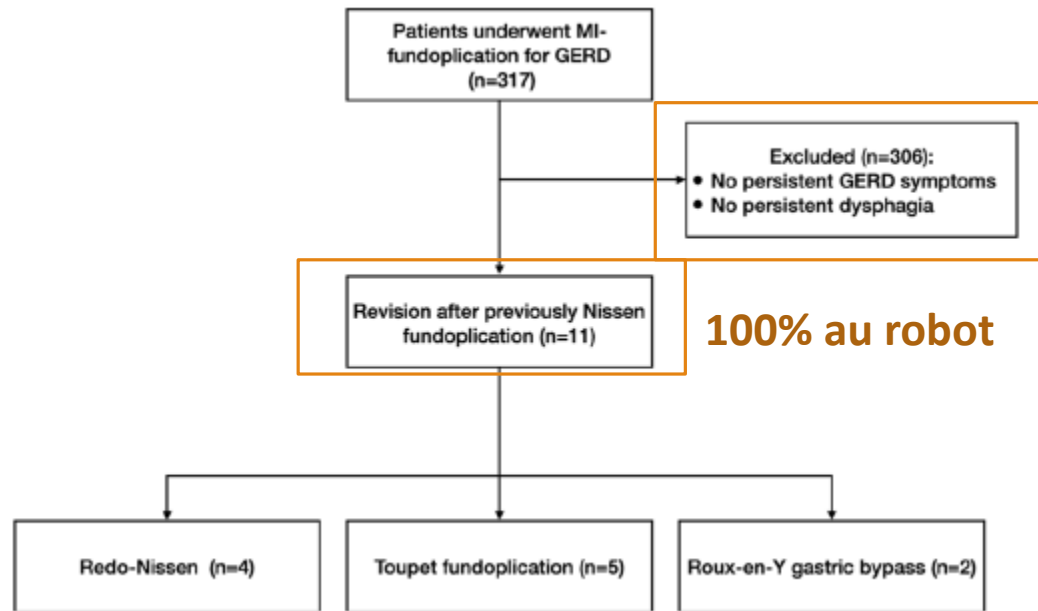


Table 2 Perioperative and postoperative data of patients who underwent revision surgery

Conversion to open, <i>n</i> (%)	0 (0)
Emergency, <i>n</i> (%)	1 (9)
Operative time, mean (range)	147 (110–225) min
Estimation of blood loss, mean (range)	45 (30–180) ml
Hospital stay, mean (range)	3.2 (2–7) days
Clavien–Dindo score \geq III, <i>n</i> (%)	2 cases of IIIa ^b (18.19)
Persistent symptoms, <i>n</i> (%)	
Dysphagia	1 (9)
Gastroplegia/delayed gastric emptying	1 (9)
GERD	0 (0)
Second or more reoperation, <i>n</i> (%)	0 (0)

Intérêt du robot dans la chirurgie anti-reflux



HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PARIS CENTRE

Cochin • Port-Royal • Tarnier • Broca
La Collégiale • La Rochefoucauld • Hôtel-Dieu

Actualités en chirurgie œso-gastrique 2024

20^{ème} journée de gastro-entérologie de l'hôpital Cochin
Samedi 04 mai 2024

Docteur Mahaut Leconte