

# La chirurgie robotique en oncologie en 2016

## Robotic Surgery in Oncology in 2016

M. Schneider

© Lavoisier SAS 2016

### Article de L. Bougherara

**Question 1.** Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) concernant la chirurgie robotique en oncogynécologie ?

- A – Dans le cancer de l'endomètre, la méta-analyse de Gaia a montré que le taux de laparoconversions était de 5 % en cœlioscopie robot-assistée et de 10 % en cœlioscopie conventionnelle.
- B – Dans les cancers du col de l'utérus, en cas de colpohystérectomie, la cœlioscopie robot-assistée assure la même durée d'hospitalisation que la cœlioscopie conventionnelle selon Kruijdenberg.
- C – Dans les cancers de l'ovaire, Ferrer a comparé la chirurgie robot-assistée à la laparotomie. Les durées d'intervention ont été plus longues avec la chirurgie robot-assistée, mais les durées d'hospitalisation ont été plus courtes avec également une réduction des pertes sanguines.
- D – Fastrez et Lambaudie ont montré que le curage lomboaortique robot-assisté dans le cancer du col localement avancé par voie transpéritonéale et rétropéritonéale est faisable sans complication majeure et avec une morbidité post-opératoire faible.
- E – Minig a indiqué que les données de la chirurgie robotique sont très importantes dans le cancer de l'ovaire et que cette technique peut être envisagée de façon générale et régulière.

### Article de G. Fournier

**Question 2.** Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) inexacte(s) concernant la chirurgie robotique en uro-oncologie ?

- A – Dans les cancers de prostate, Tewari a comparé dans une méta-analyse la prostatectomie radicale robot-assistée (PRRA), la prostatectomie radicale laparoscopique (PRL) et la chirurgie ouverte. La PRRA et la PRL sont moins hémorragiques, et les durées d'hospitalisation sont plus courtes que pour la chirurgie ouverte.
- B – Kermarec a montré que la PRRA permet de réaliser une anastomose urétrovésicale de meilleure qualité qu'avec la PRL chez les patients obèses ou porteurs d'une grosse prostate.
- C – Porpiglia a indiqué que le taux de récupération de l'érection est de 80 % avec le robot et de 54,2 % avec la cœlioscopie.
- D – Pour le traitement chirurgical des tumeurs du rein, l'assistance robotique est utilisée autant pour la néphrectomie partielle que pour la néphrectomie totale.
- E – Pour la plupart des auteurs, le temps d'ischémie, période durant laquelle le rein est en souffrance et à risque de perte néphronique, est plus court en chirurgie robotique qu'en cœlioscopie.

---

M. Schneider (✉)  
Comité des Alpes-Maritimes de la Ligue contre le cancer,  
3, rue Alfred-Mortier, F-06000 Nice, France  
e-mail : maurice.schneider@ligue-cancer.net

**Article de P. Rouanet**

**Question 3.** Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) concernant la chirurgie robotique dans les cancers du rectum ?

- A – L'exérèse totale du mésorectum est réalisable par laparoscopie, et les bénéfices sont supérieurs à la laparotomie, avec une diminution du taux de récurrence locale, mais seules 40 % des tumeurs du moyen et du bas rectum sont opérées par laparoscopie selon Penninckx, et le taux de conversion est de 34 % selon Guillou.
- B – La proctectomie robot-assistée permet une durée opératoire plus courte que la laparoscopie, et le taux de conversion est de 0 à 9,5 % versus 2 à 20 % pour la chirurgie laparoscopique selon Allemann et Kang.
- C – La morbidité globale est comparable, de 20 à 40 % pour la chirurgie robot-assistée et la chirurgie laparoscopique. L'essai de Yamaguchi est le seul à retrouver une morbidité inférieure à 10 % ainsi qu'une diminution des complications urologiques pour la chirurgie robot-assistée.
- D – Plusieurs études indiquent que l'abord robotisé ne modifie ni la survie globale ni la survie sans récurrence, et le taux de récurrence locale n'est pas significativement différent selon l'étude de Park.
- E – Pour les résultats génito-urinaires, la récupération de la fonction sexuelle est plus rapide avec la chirurgie robot-assistée, de même, une tendance à l'amélioration plus rapide de la fonction urinaire.

**Article de J.-M. Baste**

**Question 4.** Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) inexacte(s) concernant la chirurgie robotique dans les pathologies tumorales thoraciques ?

- A – Dans la série de l'équipe de Baste, sur 70 cas de tumeurs médiastinales, le traitement par vidéothoroscopie robot-assistée (VRA), il n'y a eu aucune conversion en thoracotomie ni morbidité et une seule résection marginale R2 sur un nerf phrénique envahi.
- B – En pathologie pulmonaire, ce sont les stades précoces de cancer pulmonaire de stade I qui ont été traités par VRA en comparaison à la vidéothoroscopie (VTC), puis les stades II et les stades localement avancés III A, selon les études de Park et de Cao.
- C – Selon les travaux de ces auteurs et de Guilianottis, les résultats à long terme sont meilleurs pour la VRA par rapport à la thoracotomie pour les stades précoces de stade I.
- D – Au plan du coût pour la lobectomie, la chirurgie conventionnelle coûte plus cher que la VTC et la VRA. La VRA coûte plus cher que la VTC selon Park (1 000 euros pour les exérèses majeures).
- E – Certains gestes chirurgicaux sont de bonne indication pour la VRA : thymectomie, segmentectomie pulmonaire, tumeurs du médiastin postérieur.

**Article de B. Lallemand**

**Question 5.** Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) concernant la chirurgie robotique dans les pathologies thyroïdiennes ?

- A – En pathologie thyroïdienne, la chirurgie robot-assistée s'adresse principalement à la prise en charge diagnostique et thérapeutique des dystrophies nodulaires de petite taille (< 4 cm) et aux carcinomes différenciés de souche folliculaire à faible risque de récurrence (T1–T2, N0, M0).
- B – Henning et Lee ont montré que la plaie des voies aérodigestives, et notamment la plaie trachéale, est une complication majeure, peu décrite en chirurgie ouverte et que l'on retrouve dans 0,2 % des chirurgies robot-assistées.
- C – Au plan carcinologique, l'étude de Lee sur 2 014 patients atteints de cancers thyroïdiens indique d'excellents résultats postopératoires, un très faible taux de complications, un très bon contrôle carcinologique ainsi qu'une amélioration de l'ergonomie du chirurgien.
- D – Plusieurs études indiquent que la qualité de l'exérèse (scintigraphie à l'iode<sup>131</sup>), la thyroglobulinémie postopératoire, le nombre de ganglions prélevés lors des curages étaient significativement supérieurs pour la chirurgie robot-assistée versus la chirurgie ouverte.

E – D'autres études ont montré que la durée de la chirurgie robot-assistée était significativement plus longue que la procédure classique, mais que la durée était similaire à la procédure endoscopique.

### Article de G. Lawson

**Question 6.** Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) inexacte(s) concernant la chirurgie robotique en cancérologie ORL ?

- A – La chirurgie robotique est recommandée pour les tumeurs T1–T2 de l'oropharynx par rapport à la résection transcutanée, selon Roland.
- B – La laryngectomie supraglottique est une des indications importantes de la chirurgie robotique, en particulier pour les tumeurs T1–T2 de la margelle selon Weinstein. Cette procédure a été adoptée au détriment du microscope associé au laser d'après Arshad.
- C – L'usage du robot en pathologie ORL amène moins de comorbidités périopératoires, un temps opératoire plus court, un séjour hospitalier plus court et une reprise alimentaire plus rapide selon White.
- D – L'étude d'Ansarin a comparé la chirurgie robotique transorale à la chirurgie microscopique transorale assistée par laser CO<sub>2</sub>. Les résultats sont significativement supérieurs avec la chirurgie robotique et les coûts moindres par rapport à la chirurgie assistée par laser.
- E – Une des indications de la chirurgie robotique est le traitement de rattrapage après échec d'une chirurgie–radiothérapie concomitante de préservation d'organe ou d'un dysfonctionnement majeur du larynx nécessitant une laryngectomie totale selon Lawson.

### Article de I. Kassite

**Question 7.** Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) concernant la chirurgie robotique en chirurgie pédiatrique ?

- A – Dans l'étude de Cundy, dans 39 tumeurs solides pédiatriques, le taux de complications de la chirurgie robot-assistée a été de 2/39, le taux de conversion de 12,5 versus 21 à 56 % en cas de chirurgie conventionnelle.
- B – Omar a montré que la néphrectomie partielle robot-assistée est supérieure à la chirurgie laparoscopique en termes d'épargne néphronique et de préservation de la fonction rénale.
- C – Pour les néphrectomies totales, la chirurgie laparoscopique reste supérieure à la chirurgie robot-assistée, en particulier dans la qualité de dissection des vaisseaux et l'absence de mobilisation de la tumeur.
- D – Par contre, selon Jamii, le système robotique a permis une dissection plus sûre et plus précise ainsi qu'une préservation des tissus surrenaliens fonctionnels pour une surrenalectomie chez une enfant atteinte du syndrome de von Hippel-Lindau.
- E – Cette chirurgie robot-assistée est indiquée dans l'exérèse des neuroblastomes avec des résultats supérieurs à la chirurgie conventionnelle.

Réponses : Question 1 : A, C, D ; Question 2 : D ; Question 3 : A, C, D, E ; Question 4 : D ; Question 5 : A, B, C, E ; Question 6 : D ; Question 7 : A, B, D.