

VIDEO DIGEST : TOUJOURS PLUS

Chaque année, VIDEO DIGEST bat des records d'audience et de qualité. Le cru 2003 restera dans les annales dans le record de participants, de la qualité des intervenants et la satisfaction de tous.

Les démonstrations en direct pendant plus de 7 heures constituent incontestablement la locomotive de la réunion. De la qualité du direct naît l'ambiance qui conduit le congrès jusqu'au samedi soir. Jean-Charles Grimaud, Marc Barthet, les intervenants étrangers et français ne nous ont pas déçus. Qualité du choix des malades, de la réalisation des endoscopies avec des degrés de difficultés variables, de transmission et de diffusion des images : tout paraît simple, clair et didactique ; et pourtant, que de difficultés d'organisation et de réalisation, que de tension et d'angoisse qui passent heureusement inaperçues pour le spectateur. Alors, une pensée particulière pour Marc Barthet sur qui reposait la plus grande partie du stress et qui a su maîtriser les demandes forcément contradictoires des uns et des autres.

Les trois modules qui complétaient ce programme scientifique ont répondu à notre attente : le plateau technique du futur avec une présentation incisive et juste de J. Lapuelle en présence d'une représentante de la DHOS, V. Salomon, qui était venue, pour une fois, écouter nos angoisses et nos demandes : une première ! La mucosectomie avec l'apport en direct au microscope de J.Y. Scoazec, montrant les difficultés d'interprétation de l'anatomopathologie et pour finir la dernière présentation de H. Inoue, venu pour nous en voyage-éclair du Japon, pour présenter les images de l'endoscopie de demain.

Ces deux jours étaient complétés :

— par les ateliers, avec une audience importante, une association, dans certains, médecins/infirmières permettant de couvrir toute la pratique réelle de l'endoscopie digestive. De plus, à 14 heures, un rapport dynamique fait sous la modération de J. Frexinos et Ph. Houcke ;

— le Vidéo Corner avec de nombreux films remarquables de nos amis japonais mais également des productions d'amateurs qui sont les bienvenus ;

— l'exposition pharmaceutique, et

— la participation non négligeable d'étrangers qui doit nous faire ouvrir VIDEO DIGEST vers l'international, pour montrer le savoir-faire de l'endoscopie française.

La formation médicale continue, comme le montre VIDEO DIGEST, est un lieu de rencontre, de convivialité qui n'a pas besoin d'une situation exotique forcément critiquable par les médias et mal comprise par nos patients.

Soyons irréprochables comme l'ont été tous les participants par leur assiduité.

Jean-François REY
Novembre 2003-76

RÉFÉRENCE

VIDEO DIGEST – 7-8 Novembre 2003 – CNIT PARIS LA DÉFENSE

LA MUCOSECTOMIE NOUVELLE EST-ELLE ARRIVÉE ?

Au cours du symposium scientifique de VIDEO DIGEST, Haruhiro Inoue (Showa University, Yokoyama) a montré un nouveau matériel de mucosectomie endoscopique, la TT knife (Triangular type). Au Japon, la résection endoscopique (EMR) des lésions néoplasiques digestives superficielles non saillantes a ses indications électives par rapport à la chirurgie, dans le traitement curatif du cancer superficiel. Le principe de l'EMR est simple : la lésion est soulevée par injection sous-muqueuse de sérum physiologique (ce qui confirme son caractère superficiel) puis elle est attirée pour être réséquée facilement à l'anse diathermique. L'EMR peut être pratiquée par tous les endoscopistes qui pratiquent des polypectomies, à condition de : 1- respecter les indications strictes (lésions non déprimées jusqu'à 2 cm, lésions

déprimées jusqu'à 1 cm) ; 2- disposer du matériel d'hémostase avec les clips ; 3- faire vérifier par le pathologiste si la lésion n'envahissait pas la sous-muqueuse. Certains endoscopistes élargissent les indications pour des lésions étendues : la résection en un seul fragment (*En bloc*) est remplacée par la résection en plusieurs fragments (*Piecemeal*). Cependant, l'analyse histopathologique de fragments multiples est moins précise et les résultats sont moins bons que ceux de la résection *En bloc* avec plus de récurrences. Récemment, plusieurs experts japonais ayant la double formation chirurgicale et endoscopique ont proposé la résection *En bloc* de segments très étendus (plus de 5 cm de diamètre) de muqueuse gastrique en utilisant, après le soulèvement, un bistouri endoscopique pour sectionner la muqueuse au