



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Revue de presse[☆]

Press review

C. Mariette^{a,*}, S. Benoist^b

^a Service de chirurgie digestive et générale, hôpital C.-Huriez, CHRU, place de Verdun, 59037 Lille cedex, France

^b Service de chirurgie digestive, hôpital du Kremlin-Bicêtre, 78, rue du Général-Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre, France

Disponible sur Internet le 11 août 2016

Quelle place pour les prothèses en cas de cancer colón métastatique en occlusion ? Résultat d'une méta-analyse

- Takahashi H, Okabayashi K, Tsuruta M, et al. Self-expanding metallic stents versus surgical intervention as palliative therapy for obstructive colorectal cancer: a meta-analysis. *World J Surg* 2015;39:2037–2044.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00268-015-3068-7>

En cas de cancer colérectal en occlusion, plusieurs études ont montré, qu'en situation non métastatique, la pose d'une prothèse colique pour traiter l'occlusion avant une résection pouvait impacter négativement le pronostic et ne devait donc pas être recommandée [1,2]. En revanche, en situation palliative chez un patient métastatique, plusieurs études rétrospectives comparatives ont suggéré que la prothèse semblait être une alternative valable à la chirurgie d'urgence [3,4]. Afin de mieux préciser la place de la prothèse en situation palliative, les auteurs ont réalisé une méta-analyse à partir de 9 études rétrospectives et 1 étude prospective non contrôlée comparant la pose d'une prothèse à la chirurgie d'urgence. Ainsi 793 patients ayant un cancer du côlon métastatique non résecable en occlusion ont

été inclus : 375 (47 %) ont eu une prothèse et 418 (53 %) une chirurgie d'urgence qui consistait en une stomie ou une résection. La pose d'une prothèse permettait de diminuer significativement la morbidité précoce ($p < 0,01$, OR 0,34), la mortalité hospitalière ($p < 0,01$, OR 0,31) et le taux de stomie définitive ($p < 0,01$, OR 0,19). De plus, la pose d'une prothèse améliorerait significativement la survie à long terme ($p < 0,01$, HR 0,46). En revanche, la pose d'une prothèse augmentait le taux de complications au-delà de 30 j ($p = 0,03$, OR 1,94). Chez les patients ayant eu une prothèse, le taux d'échec initial était de 4,5 %, le taux de perforation globale incluant les perforations précoces et tardives était de 7,4 % et enfin le taux d'obstruction de prothèse à distance était de 13 %.

Les auteurs concluent qu'en cas de cancer colérectal métastatique en occlusion, la pose d'une prothèse colique doit être privilégiée à la chirurgie dans la mesure où elle diminue le risque de morbidité et augmente la survie à long-terme.

Commentaires

1. En l'absence d'essai contrôlé, cette méta-analyse incluant toutes les études comparatives est un argument fort pour la prothèse colique en situation métastatique. Il est certain que les inconvénients habituels de la prothèse, à savoir la perforation tumorale et l'augmentation de cellules tumorales circulantes n'ont pas ou que peu d'impact en situation palliative chez un patient métastatique.
2. Comme hypothèses explicatives, on peut avancer que grâce à la diminution de la morbi-mortalité, la prothèse permet probablement de démarrer la chimiothérapie chez un plus grand nombre de patients et plus rapidement. Néanmoins, dans toutes les études ayant

DOI de l'article original :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jvisc Surg.2016.07.001>.

☆ Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : christophe.mariette@chru-lille.fr (C. Mariette).

1878-786X/\$ – see front matter

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jchirv.2016.06.004>

servi à cette méta-analyse, on ne sait pas si les patients ayant eu une prothèse ou une chirurgie étaient comparables pour l'extension de leur maladie métastatique si bien que l'impact pronostique de la prothèse est à interpréter avec prudence.

3. En situation métastatique, si la survie est un objectif important, la qualité de vie en est un autre, pour lequel nous n'avons aucune donnée dans cette méta-analyse. Or en pratique courante, si la prothèse à l'avantage d'éviter une stomie, elle est parfois génératrice de troubles du transit et de douleurs chroniques qui altèrent considérablement la qualité de vie de ces patients qui reçoivent une chimiothérapie jusqu'à la fin de leur vie.

Références

- [1] Ann Surg 2013;258:107–15.
- [2] Br J Surg 2014;101:1751–7.
- [3] Arch Surg 2007;142:619–23.
- [4] Dig Dis Sci 2010;55:1732–7.

La coelioscopie permet de diminuer les complications pulmonaires des hépatectomies majeures



■ Fuks D, Cauchy F, Ftériche S, et al. Laparoscopy decreases pulmonary complications in patients undergoing major liver resection: a propensity score analysis. Ann Surg 2016;263:353–361.

Après hépatectomie majeure (HM), les complications pulmonaires (CP) sont parmi les plus fréquentes et peuvent survenir chez 20 à 50 % des patients [1]. La coelioscopie, en permettant une meilleure réhabilitation, pourrait diminuer l'incidence de ces CP. Si plusieurs études ont montré la faisabilité de la coelioscopie pour la réalisation d'HM [2-4], aucune n'a évalué spécifiquement son impact sur les CP. Les auteurs ont donc réalisé une étude rétrospective multicentrique à partir des données de 3 centres de chirurgie hépatique français. Dans deux de ces centres, seuls les patients ayant eu une HM sous coelioscopie ont été inclus alors que dans le 3^e centre, seuls les patients ayant eu une HM par laparotomie ont été sélectionnés. Ainsi 1214 patients opérés d'une HM entre 2000 et 2013 ont été inclus. Parmi eux, 988 (81 %) ont été opérés par laparotomie et 226 (19 %) par coelioscopie. Sur l'ensemble de la population, en analyse multivariée, la coelioscopie était un facteur protecteur indépendant de survenue de CP ($p \leq 0,024$, OR 2,48). Comme les 2 populations de patients n'étaient pas comparables, les auteurs ont réalisé un score de propension incluant l'ensemble des variables pour lesquelles ils différaient, ainsi que, de principe, l'année de chirurgie, la réalisation d'un clampage vasculaire et l'administration d'une transfusion. Ainsi 242 patients comparables ont été sélectionnés : 121 opérés par coelioscopie et 121 opérés par laparotomie. La morbidité globale était respectivement de 48,7 % versus 64,8 % ($p < 0,001$), le taux de CP de 13,2 % versus 40,5 % ($p < 0,001$). Cette différence était due à un taux plus bas d'épanchement pleural symptomatique (11,6 % vs 26,4 %, $p = 0,003$), d'insuffisance respiratoire nécessitant une ventilation assistée de plus de 48 h (2,5 % vs 11,6 %, $p = 0,006$) et de détresse respiratoire nécessitant une réintubation (1,7 % vs 9,9 %, $p = 0,006$). Enfin la durée d'hospitalisation était en moyenne de 10 j versus 13 j ($p < 0,001$).

Les auteurs concluent qu'en cas d'HM, la coelioscopie permet de diminuer la morbidité et en particulier les CP et devrait donc être de plus en plus réalisée.

Commentaires

1. Cette étude confirme l'étude française réalisée à partir de la cohorte de l'Association française de chirurgie

qui avait montré qu'en cas de résection hépatique pour métastase hépatique d'origine colorectale, la coelioscopie permettait de diminuer la morbidité opératoire [5].

2. Une étude récente réalisée à partir des données du PMSI en France montrait que 14 % des résections hépatiques, quelle que soient leur étendue et leurs indications, étaient réalisées sous coelioscopie [6]. Dans cette étude qui n'a inclut que des HM, le taux de coelioscopie atteignait 19 % et le taux de conversion n'était que de 13,3 %. Ceci traduit l'extrême expertise des centres ayant participé et se pose donc la question de la reproductibilité de ces résultats.
3. D'un point de vue méthodologique, il est dommage que les patients opérés par laparotomie dans les 2 centres « coelioscopie » n'aient pas été également inclus. Ceci aurait permis d'affirmer que la diminution des CP après coelioscopie était réellement due à la coelioscopie en elle-même et ne correspondait pas à un effet centre.
4. Des précisions sur les protocoles de réhabilitation post-opératoire pratiqués auraient été intéressantes, pouvant avoir un effet non négligeable sur la survie des CP.

Références

- [1] Ann Surg 2012;255:540–550.
- [2] Ann Surg 2015;261:1226–31.
- [3] Ann Surg 2009;250:856–60.
- [4] Ann Surg 2013;257:506–11.
- [5] Ann Surg 2015;262:794–802.
- [6] Ann Surg 2014;260:916–21.

L'amputation abdominopérinéale extra-lévatorienne (ELAPE) permet-elle de diminuer le risque de récurrence locale par rapport à une amputation abdomino-périnéale (AAP) classique ? Résultats d'une étude multicentrique nationale

- Prytz M, Angenete E, Bock D, et al. Extralevator abdominoperineal excision for low rectal cancer-extensive surgery to be used with discretion based on 3-year local recurrence results: a registry-based, observational national cohort study. Ann Surg 2016;263:516–521.
<http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000001237>

Récemment a été développée une nouvelle technique d'AAP, cylindrique, extra-lévatorienne (ELAPE) permettant d'éviter un effet cône au niveau des tumeurs et de diminuer le risque de perforation tumorale et de résection R1 par envahissement de la marge circonférentielle [1,2]. Afin de vérifier si l'ELAPE permettait de diminuer le risque de récurrence locale, les auteurs ont réalisé, en Suède, une étude rétrospective à partir des données du registre prospectif national de cancer colorectal. Tous les compte-rendus opératoires ont été relus afin de déterminer précisément la technique d'AAP employée. Ainsi 1319 ayant eu une AAP ont été inclus : 209 ont eu une AAP classique, 519 une ELAPE et le type d'AAP était indéterminé chez 592 patients. Les groupes AAP classique et ELAPE n'étaient pas comparables et les patients du groupe ELAPE étaient significativement plus jeunes et à plus faible risque chirurgical selon la classification ASA, avaient moins de métastases à distance, plus de tumeurs du très bas rectum, avec traitement néoadjuvant plus fréquent. Le taux de résection R1 était de 28 % après AAP classique et de 29 % après ELAPE (ns). Après un suivi médian de 3,3 ans, la survie globale à 3 ans était de 75 % après AAP classique et de 78 % après ELAPE (ns). En analyse multivariée, les facteurs

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311569>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311569>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)