



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## Revue de presse

### Press review

C. Mariette<sup>a,\*</sup>, S. Benoist<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de chirurgie digestive et générale, hôpital C. Huriez, CHRU, place de Verdun, 59037 Lille cedex, France

<sup>b</sup> Service de chirurgie digestive, hôpital du Kremlin-Bicêtre, 78, rue du Général-Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre, France

Disponible sur Internet le 18 septembre 2014

#### Impact pronostique des ganglions latéro-aortiques dans les adénocarcinomes de la tête du pancréas

- Schwarz L, Lupinacci RM, Svrcek M, et al. Para-aortic lymph node sampling in pancreatic head adenocarcinoma. *Br J Surg* 2014;101:530–8. doi: 10.1002/bjs.9444.



Afin d'évaluer la signification pronostique de l'envahissement de ganglions latéro-aortiques (GLA) dans l'adénocarcinome du pancréas résécable, les auteurs ont mené de 2000 à 2010 une évaluation prospective auprès de 111 patients consécutifs opérés par duodéno pancréatectomie céphalique (DPC) d'un adénocarcinome de la tête du pancréas avec curage systématique de l'espace inter-aortocave sous la veine rénale gauche. Une analyse pathologique extemporanée puis définitive ont été réalisées, tous les patients bénéficiant de la DPC quel que soit le résultat extemporané. L'objectif principal était d'évaluer l'impact de GLA envahis en extemporané sur la survie globale et la survie sans maladie. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'impact de GLA envahis en analyse définitive sur la survie, la prévalence des micrométastases et leur impact pronostique. Après un suivi de 20,8 mois, la survie globale était de 54,0% à 2 ans et 24,7% à 5 ans, la survie sans récurrence de 28,1% et 18,8% respectivement. L'envahissement des GLA était rapporté chez 12 patients en extemporané et chez 17 patients en définitif et était systématiquement associé à un envahissement des ganglions péri-pancréatiques. La sensibilité de

l'extemporané était de 71% et la sensibilité de 100%. Pour l'analyse extemporanée, la médiane de survie globale était de 28,5 mois en l'absence d'envahissement GLA vs. 9,7 mois en cas d'envahissement ( $p=0,012$ ), avec une différence de survie similaire pour l'anatomopathologie définitive. La médiane de survie sans maladie était de 12,9 vs. 5,6 mois respectivement ( $p=0,041$ ). La présence de micrométastases n'était pas un facteur pronostique de survie.

Les auteurs concluent que l'analyse extemporanée des GLA lors de la DPC pour adénocarcinome pancréatique permet de dépister avec fiabilité l'envahissement tumoral, qui doit être considéré comme une contre-indication à la chirurgie.

#### Commentaires

1. Belle étude prospective confirmant de façon scientifique l'impression clinique de l'absence de bénéfice sur la survie d'une chirurgie lourde de type DPC pour les adénocarcinomes de la tête du pancréas avec envahissement des GLA, déjà classé comme site métastatique dans la nomenclature japonaise [1]. Cette étude apporte 2 informations supplémentaires importantes (i) la fiabilité de l'examen extemporané et (ii) l'absence de valeur pronostique des micrométastases.
2. La médiane survie globale rapportée dans le groupe GLA+ de 9,7 mois est similaire à celle des patients non réséqués [2].
3. Alors que l'envahissement des GLA est considéré comme une maladie métastatique, on est surpris que l'analyse des sites de récurrence ne retrouve pas plus de métastases à distance dans le groupe GLA+ (36% vs. 37%).
4. On aurait été intéressé par l'identification de facteurs prédictifs d'envahissement tumoral des GLA de façon à éviter de mettre un certain nombre de patients au bloc

DOI de l'article original :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jvisc.2014.08.001>.

\* Auteur correspondant.

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

1878-786X/\$ – see front matter

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jchirv.2014.07.008>

opératoire et les diriger plus rapidement vers la chimiothérapie.

5. Il convient d'être vigilant à ne pas extrapoler ces résultats à d'autres indications de DPC comme par exemple l'adénocarcinome duodénal, où les données sont moins robustes.

#### Références

- [1] World J Surg 2010;34:1900–1907.  
[2] Ann Oncol 2008;19:1592–1599.

#### Intérêt de la nutrition entérale précoce pour diminuer le taux d'iléus postopératoire après chirurgie rectale extensive pour cancer. Résultats d'un essai contrôlé

- Boelens PG, Heesakkers FF, Luyer MD, et al. Reduction of post-operative ileus by early enteral nutrition in patients undergoing major rectal surgery: prospective, randomized, controlled trial. Ann Surg 2014;259:649–655. doi: 10.1097/SLA.000000000000288.

La reprise précoce de l'alimentation est un des éléments importants des programmes de réhabilitation précoce en chirurgie colorectale [1,2]. Chez les patients ayant bénéficié d'une chirurgie extensive pour cancer du rectum, la réalimentation orale précoce est souvent gênée par une gastroparésie secondaire à la réalisation d'une épiploplastie ou à une viscérolyse. Les auteurs ont donc réalisé un essai contrôlé monocentrique comparant la nutrition entérale précoce (NEP) par sonde naso-jéjunale post-pylorique à la nutrition parentérale précoce (NPP) chez 123 malades opérés en électif d'un cancer localement évolué ou d'une récurrence de cancer du rectum. Le critère de jugement principal était le délai à la première selle. Une conservation du sphincter a été possible chez 52 malades (42 %) et une résection associée du sacrum, de la prostate, de la vessie ou du vagin était réalisée chez 59 malades (48 %). Une stomie temporaire ou définitive était réalisée chez 121 malades (98 %). Après le tirage au sort, 61 malades ont eu une NEP (groupe NEP) et 62 une NPP (groupe NPP). La NEP consistait en une NE par sonde naso-jéjunale utilisant le Nutrison® avec un débit de 500 mL à j0, 1L à j1 et 2L de j2 à j5. La NP était réalisée via un cathéter central en utilisant le Kabiven® avec un débit identique que pour la NE. Les boissons par voie orale étaient autorisées dès j1. Une violation du protocole, en particulier la non-réalisation complète de la nutrition précoce était observée chez 20 malades (33 %) du groupe NEP et chez 17 (27 %) du groupe NPP. Le délai à la première selle était significativement plus court dans le groupe NEP que NPP ( $p=0,04$ ). Le taux iléus postopératoire était de 54 % dans le groupe NEP et de 68 % dans le groupe NPP (ns). En cas de chirurgie conservatrice, le taux de fistule était de 4 % dans le groupe NEP et de 33 % dans le groupe NPP ( $p=0,0009$ ). Le taux de réintervention était de 23 % dans le groupe NEP et de 26 % dans le groupe NPP. Enfin, la durée moyenne d'hospitalisation était de  $13,4 \pm 2$  j dans le groupe NEP et de  $16,7 \pm 2$  j dans le groupe NPP.

Les auteurs concluent qu'en cas de chirurgie rectale extensive, la NEP doit être recommandée car elle diminue le risque d'iléus postopératoire et le risque de fistule anastomotique.

#### Commentaires

1. Les conclusions de cet essai sont à interpréter avec prudence tant sa méthodologie est peu rigoureuse. En particulier, le critère de jugement est pour le moins

étrange, alors que la majorité des malades ont une stomie. En effet, les premières selles dans une colostomie peuvent correspondre à une simple vidange du colon sans pour autant correspondre à une reprise du transit et en cas d'une iléostomie, il est très difficile de savoir au début si le liquide digestif correspond à une reprise de transit. D'ailleurs, les auteurs n'ont même pas fait l'effort de préciser le délai moyen de reprise de transit sous forme de selle dans chaque groupe et l'on sait seulement qu'il est plus court dans le groupe NEP.

2. Les hypothèses pour le calcul des effectifs sont pour le moins farfelues et reposent uniquement sur une cohorte non publiée de 19 malades opérés dans le même centre. En effet, les auteurs ne donnent aucune justification sur le fait que la NEP pourrait permettre de réduire de 50 % le délai pour observer les premières selles.
3. Le taux de violation du protocole est beaucoup trop important dans les 2 groupes pour pouvoir affirmer que les différences observées sont réellement secondaires au type nutrition.
4. La population étudiée ne paraît pas pertinente dans la mesure où la chirurgie rectale extensive est grevée d'une très lourde morbidité empêchant le plus souvent la poursuite d'une NE pendant 5 jours.
5. Il aurait été utile de préciser les modalités de l'analgésie postopératoire et la réalisation ou non d'une préparation colique préopératoire. En effet, ces 2 critères sont susceptibles d'influencer le critère de jugement principal.

#### Références

- [1] Clin Nutr 2005;24:466–477.  
[2] J Gastrointest Surg 2009;13:569–575.

#### La laparoscopie est-elle associée à une diminution du risque d'occlusion intestinale sur adhérences après appendicectomie ?

- Isaksson K, Montgomery A, Moberg AC, et al. Long-term follow-up for adhesive small bowel obstruction after open versus laparoscopic surgery for suspected appendicitis. Ann Surg 2014;259:1173–7. doi: 10.1097/SLA.000000000000322.

Alors que l'appendicectomie est un geste très courant en chirurgie digestive et le risque d'occlusion intestinal au long cours non négligeable, l'impact de la laparoscopie sur l'incidence des occlusions sur brides est mal connu. À partir d'une cohorte de 4705 patients opérés de 1992 à 2007 sur 2 hôpitaux universitaires, l'un faisant que de la laparoscopie et l'autre que des voies ouvertes, les auteurs ont évalué le taux de réhospitalisation pour occlusion intestinale entre les approches laparoscopique ( $n=2372$ ) et ouverte ( $n=2333$ ). Le délai de suivi était d'au moins 5 ans. En intention de traiter, la fréquence de réhospitalisation pour occlusion après appendicectomie était faible dans les deux groupes, mais significativement moins élevée après laparoscopie (0,4 % vs. 1,0 %,  $p=0,015$ ). La voie ouverte et un âge élevé étaient des facteurs de risque d'occlusion en analyse multivariée.

Les auteurs concluent que l'approche laparoscopique dans la chirurgie pour appendicite aiguë permet de diminuer le risque d'occlusion intestinale par adhérences.

#### Commentaires

1. Alors qu'en Suède à titre d'exemple les coûts liés aux occlusions intestinales sont de l'ordre de 40 à 60 millions d'euros par an, on comprend que même si l'incidence semble relativement faible, l'impact pour la société de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6098863>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6098863>

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