



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 30 octobre 2015

Analyse de l'air expiré pour faire le diagnostic de cancer œsogastrique

- Kumar S, Huang J, Abbassi-Ghadi N, et al. Mass spectrometric analysis of exhaled breath for the identification of volatile organic compound biomarkers in esophageal and gastric adenocarcinoma. *Ann Surg* 2015. DOI: 10.1097/SLA.0000000000001101

La plupart des cancers œsogastriques étant diagnostiqués tardivement, des techniques de dépistage sont à développer. On connaît le principe de l'analyse de l'air expiré au travers du test respiratoire à l'urée marquée au carbone 13 dans le dépistage d'*Helicobacter Pylori*. Mais les applications en pratique clinique pourraient être bien plus larges. Des échantillons d'air expiré ont été analysés par spectrométrie de masse chez 81 patients atteints de cancer de l'œsophage ($n=48$) ou de l'estomac ($n=33$) et comparés à 129 contrôles. Douze composés organiques volatiles étaient présents à une concentration supérieure chez les patients atteints de cancer ($p<0,05$). Les aires sous la courbe ROC construites à partir de ces composés offraient une très bonne discrimination des patients atteints d'un cancer de l'œsophage (0,97) ou de l'estomac (0,98) comparativement au groupe témoin. Les aires sous la

courbe du score de prédiction construit et de sa validation dans une cohorte indépendante étaient de 0,92 et 0,87, respectivement.

Les auteurs concluent que l'analyse de l'air expiré permet de différencier les patients porteurs d'un cancer œsogastrique des patients sains.

Commentaires

1. Comme de nombreux cancers, les cancers œsogastriques sont diagnostiqués souvent tardivement du fait de symptômes d'alarme spécifiques tardifs. Innover dans le dépistage est donc essentiel.
2. L'analyse de l'air expiré, bien que relativement complexe avec plus de 250 composés organiques volatiles identifiés et une logistique standardisée, est une technique prometteuse dans le dépistage. Une analyse olfactive canine à partir des échantillons d'air expiré et de selles a permis de diagnostiquer des cancers colorectaux chez l'homme avec un bon rendement diagnostique [1].
3. Il est intéressant de souligner que le groupe témoin comportait des patients présentant des symptômes digestifs non spécifiques pour lesquels une fibroscopie est souvent réalisée. Ceci souligne la bonne spécificité du test pour dépister la présence d'un cancer. Il convient néanmoins de souligner qu'il n'existait pas de patients atteints de cancer autre qu'œsogastrique dans le groupe témoin.
4. Les avantages clés de cette technique sont la rapidité d'acquisition de l'information (15 min) et son caractère non invasif, en faisant une méthode facilement acceptée par les patients.
5. En dehors du diagnostic initial, il serait très pertinent d'évaluer l'intérêt de cette stratégie dans le diagnostic précoce de récurrence.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvisc Surg.2015.10.002>.

[☆] 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).

Référence

[1] Gut 2011;60:814–9.

Statut ganglionnaire dans le cancer de l'œsophage : quel impact de la radiochimiothérapie néoadjuvante (RCTN) ?



■ Robb WB, Dahan L, Mornex F, et al. Impact of neoadjuvant chemoradiation on lymph node status in esophageal cancer: post-hoc analysis of a randomized controlled trial. Ann Surg 2015;261:902–8. DOI: 10.1097/SLA.0000000000000991

Le statut ganglionnaire en anatomopathologie est un facteur pronostique majeur et un critère de qualité de la chirurgie. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer l'impact du nombre de ganglions prélevés et du nombre de ganglions envahis sur le pronostic chez les patients traités par RCTN. À partir des données d'un essai de phase III ayant comparé la RCTN suivie de chirurgie versus chirurgie seule dans les cancers de l'œsophage de stade I et II (essai FFCD9901), la RCTN entraînait un *downstaging* tumoral avec plus de stades pT0 (40,7 % vs 1,1 %, $p < 0,001$) et pN0 (69,1 % vs 47,2 %, $p = 0,016$), mais surtout une diminution du nombre médian de ganglions prélevés (16,0 vs 22,0, $p = 0,001$) et de ganglions envahis (0 vs 1,0, $p = 0,001$). Une réponse histologique majeure était associée à une diminution du nombre médian de ganglions envahis (0 vs 1,0, $p = 0,007$). Après ajustement sur l'effet traitement, le nombre de ganglions envahis était corrélé de façon significative au pronostic à l'inverse du nombre de ganglions prélevés. En analyse par régression logistique, la RCTN était un facteur prédictif indépendant de réduction du nombre de ganglions analysés (exp[coefficient] 0,80, IC à 95 % 0,66–0,96, $p = 0,018$).

Les auteurs concluent que la RCTN est responsable d'un *downstaging* tumoral bien connu, mais également d'une diminution du nombre de ganglions analysés, avec des conséquences sur les critères de qualité de la chirurgie.

Commentaires

1. Dans le cancer de l'œsophage, comme dans d'autres cancers, de plus en plus de travaux suggèrent qu'un nombre élevé de ganglions réséqués permet, au-delà d'un meilleur *staging*, d'améliorer la survie des patients. De plus, le nombre de ganglions envahis, mais aussi le nombre de ganglions prélevés, sont des facteurs pronostiques [1,2].
2. Le nombre de ganglions à prélever d'au moins 23 recommandé dans le cancer de l'œsophage a été déterminé à partir d'études où les patients recevaient une chirurgie première. Il est utilisé comme indicateur de qualité de la chirurgie. Les présents résultats suggèrent que la RCTN diminue de 27 % le nombre de ganglions analysés, remettant en question de faire de cette variable un critère de qualité de la chirurgie après traitement néoadjuvant.
3. De façon intéressante, alors que le nombre de ganglions envahis garde sa valeur pronostique après RCTN, la valeur pronostique du nombre de ganglions prélevés disparaît après RCTN. Ceci suggère qu'un curage moins extensif pourrait être réalisé après RCTN. Bien sur cette étape ne doit pas être franchie à ce jour faute de preuves solides, d'autant que le curage est rarement responsable d'une morbidité propre dans le cancer de l'œsophage.
4. Des résultats comparables ont été retrouvés dans le cancer du rectum, la RCTN entraînant une réduction du nombre de ganglions prélevés et du nombre de ganglions

envahis, témoins de la bonne réponse tumorale à la RCTN et facteur de bon pronostic [3,4].

Références

- [1] Ann Surg 2008;247:365–71.
- [2] Ann Surg 2008;248:549–56.
- [3] Ann Surg 2008;248:1067–73.
- [4] Dis Colon Rectum 2008;51:277–83.

Conversion dans la chirurgie majeure hépatique laparoscopique : quels facteurs de risque et quelles conséquences ?



■ Cauchy F, Fuks D, Nomi T, et al. Risk factors and consequences of conversion in laparoscopic major liver resection. Br J Surg 2015;102:785–95. DOI: 10.1002/bjs.9806

Alors que des travaux récents suggèrent des avantages à l'approche laparoscopique dans la chirurgie hépatique majeure (CHML), l'impact de la conversion sur les suites opératoires est peu connu. À partir d'une analyse bicentrique ayant inclus 223 patients opérés d'une CHML entre 2000 et 2013, une conversion a été nécessaire chez 30 patients (13,5 %). Les principales causes de conversion étaient le saignement ($n = 14$) et les difficultés opératoires ($n = 9$). En analyse multivariée, les facteurs de risque de conversion étaient l'âge > 75 ans (OR 7,72, IC 95 % 1,67–35,70, $p = 0,009$), la présence d'un diabète (OR 4,51, IC 95 % 1,16–17,57, $p = 0,030$), l'indice de masse corporelle > 28 kg/m² (OR 6,41, IC 95 % 1,56–26,37, $p = 0,010$), un diamètre tumoral > 10 cm (OR 8,91, IC 95 % 1,57–50,79, $p = 0,014$) et la nécessité d'une reconstruction biliaire (OR 13,99, IC 95 % 1,82–238,13, $p = 0,048$). Après appariement sur score de propension, le taux de complications chez les patients convertis était plus élevé que chez les patients non convertis (75 % vs 47,3 %, $p = 0,038$), mais non différent de ceux des patients opérés en laparotomie d'emblée (79 % vs 67,9 %, $p = 0,438$).

Les auteurs concluent que la conversion en CHML peut être anticipée chez les patients avec un IMC élevé, de grosses tumeurs et avec reconstruction biliaire et qu'elle n'augmente pas la morbidité comparativement à la laparotomie.

Commentaires

1. Même si le développement de la chirurgie hépatique laparoscopique est lent en lien avec les difficultés techniques, les risques opératoires et les risques oncologiques, la laparoscopie offre des avantages en termes de diminution des pertes sanguines, du taux de complications et d'ascite avec une réduction de la durée d'hospitalisation.
2. Il est intéressant de souligner que le taux de conversion est resté stable tout au long la période d'étude, probablement en lien avec une expertise en chirurgie hépatique laparoscopique déjà acquise et la prise en charge de patients plus complexes au cours du temps.
3. L'identification des facteurs de conversion permet d'envisager, chez les patients à risque, une modification la stratégie thérapeutique et de proposer par exemple une approche hybride avec dissection laparoscopique du pédicule hépatique et section parenchymateuse par mini-laparotomie facilitant la manœuvre du *hanging*.
4. Même si les patients convertis avaient globalement une morbidité équivalente à ceux des patients opérés par laparotomie, on note un risque plus élevé de fistule biliaire et de collection intra-abdominale.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6098919>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6098919>

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