



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 Claude-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

Discordance entre oncologues et chirurgiens dans l'évaluation de la résecabilité et indication de chimiothérapie pour les métastases hépatiques de cancer colorectal (MHCCR)

- Homayounfar K, Bleckmann A, Helms HJ, et al. Discrepancies between medical oncologists and surgeons in assessment of resectability and indication for chemotherapy in patients with colorectal liver metastases. *Br J Surg* 2014;101:550–7. doi:10.1002/bjs.9436

Le but de cette étude était de comparer l'évaluation de la résecabilité des MHCCR et l'indication de chimiothérapie entre chirurgiens et oncologues, et l'impact de la formation sur cette évaluation. Les dossiers médicaux de 30 patients porteurs de MHCCR ont été présentés à 10 oncologues expérimentés et 11 chirurgiens lors d'une première réunion. Les recommandations de traitement ont été recueillies pour chaque participant suite à un vote à partir de réponses standardisées. L'évaluation a été répétée selon les mêmes modalités lors d'une seconde réunion après des cours sur la prise en charge chirurgicale et médicale des MHCCR. Lors de la première évaluation, la résecabilité a été jugée possible plus fréquemment par les chirurgiens. Les participants ont changé leurs réponses dans 56,8% des cas lors de la seconde évaluation. L'évaluation est passée de potentiellement résecable à résecable dans 81/161 cas et de non résecable à potentiellement résecable dans 29/36 cas.

La chimiothérapie préopératoire était proposée plus fréquemment par les oncologues, dans 41,3% des cas à la première évaluation et dans 27,1% lors de la seconde évaluation. Les oncologues ont changé plus fréquemment d'avis que les chirurgiens quant à l'indication de chirurgie première ($p=0,006$). La chimiothérapie postopératoire était proposée dans 51,9% des cas à la première évaluation et dans 52,4% des cas lors de la seconde évaluation, sans différence entre chirurgiens et oncologues médicaux ($p=0,980$).

Les auteurs concluent que la résecabilité des MHCCR et l'indication de chimiothérapie préopératoire était évaluée de façon significativement différente entre chirurgiens et oncologues. La formation a permis à plus de patients d'être évalués comme résecables, avec moins d'indication de chimiothérapie.

Commentaires

1. La chirurgie étant le seul traitement à visée curative des MHCCR et la chimiothérapie ayant montré son intérêt à rendre résecables des MHCCR initialement jugées non résecables dans environ 30% des cas [1,2], une discussion de chaque cas entre chirurgiens, oncologues et radiologues s'imposent. Alors que la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) est le cadre idéal pour cette pratique, des études de registre suggèrent que des patients porteurs de MHCCR résecables ne bénéficient pourtant pas d'un traitement à visée curative [3,4].
2. Cette étude confirme que, individuellement, la résecabilité et l'indication d'une chimiothérapie préopératoire sont jugées différemment par les chirurgiens et par les oncologues, mais que la formation permet d'augmenter le nombre de patients se voyant proposer un traitement à visée curative pour les deux catégories de médecins.
3. La principale explication avancée pour ce sous traitement est des connaissances insuffisantes pour juger de la résecabilité des MHCCR, notamment en cas de stratégies en plusieurs étapes.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvisc.2015.01.006>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans le *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.2014.12.002>

- La résecabilité présumée ayant augmenté entre la première et la seconde évaluation, cela suggère que la formation des oncologues mais aussi des chirurgiens permet de proposer plus souvent la chirurgie.
- On note que les oncologues ont proposé une chirurgie première pour les lésions résecables dans 69,7% des cas à la première et dans 79,7% à la seconde évaluation, laissant à penser que l'absence de bénéfice démontré sur la survie globale de la chimiothérapie préopératoire dans l'essai EORTC [5] laisse la place à la discussion et à d'autres études.

Références

- Lancet Oncol 2010;11:38–47.
- J Clin Oncol 2012;(Suppl. 4): abstract 540.
- Int J Colorectal Dis 2011;26:1475–81.
- Cancer 2007;109:718–26.
- Lancet Oncol 2013;14:1208–15.

Quelle valeur pour l'examen extemporané lors de la duodéno pancréatectomie céphalique (DPC) pour adénocarcinome du pancréas ?

- Kooby DA, Lad NL, Squires 3rd MH, et al. Value of intraoperative neck margin analysis during whipple for pancreatic adenocarcinoma: a multicenter analysis of 1399 patients. *Ann Surg* 2014;260:494–501. doi:10.1097/SLA.0000000000000890

Lors de la DPC, l'analyse extemporanée de la recoupe pancréatique est traditionnellement réalisée avec extension de la pancréatectomie en cas de positivité. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'impact de cette pratique sur la survie globale.

À partir d'une base de données multicentrique américaine de 1399 patients opérés d'une DPC entre 2000 et 2012 avec analyse extemporanée de la recoupe pancréatique, l'impact sur la survie globale de l'extension de la résection pancréatique chez les patients R1a a été évaluée. En extemporané, 151 patients (10,9%) étaient R1 et 51 patients supplémentaires étaient des faux négatifs (3,6%). Parmi l'ensemble des patients R1, 131 patients sont restés R1 (9,3%) et 72 (5,1%) ont été jugés R0 en extemporané grâce à une extension de la résection. La survie médiane était de 21,1 mois pour les patients R0 vs 13,7 mois pour les patients R1 ($p < 0,001$) vs 11,9 mois pour les patients R1 devenus R0 après une extension de la résection ($p < 0,001$). Comparativement à la population R0, dans la population des R1 les tumeurs étaient plus volumineuses ($p = 0,001$), avec plus d'invasion péri-nerveuse ($p = 0,02$) et d'envahissement ganglionnaire ($p = 0,08$). En analyse multivariée, rendre un patient R0 par extension de la résection était associé à un plus mauvais pronostic comparativement à une recoupe d'emblée R0 (HR 1,55, $p = 0,009$).

Les auteurs concluent que lors d'une DPC pour adénocarcinome, étendre la résection pancréatique en cas de recoupe pancréatique positive n'améliore pas la survie globale.

Commentaires

- Alors que la chirurgie reste la meilleure option thérapeutique dans l'adénocarcinome du pancréas, parmi les facteurs pronostiques connus le chirurgien ne peut agir que sur les recoupes chirurgicales et le curage ganglionnaire. Cette étude suggère qu'étendre la résection pancréatique afin d'obtenir une recoupe saine n'améliore pas la survie.

- On en déduit qu'une recoupe R1 est un marqueur phénotypique d'une biologie tumorale agressive, notamment du fait de son association en analyse multivariée avec l'envahissement ganglionnaire.
- Ces résultats ne prônent pas une chirurgie de moins bonne qualité mais plaident en faveur du fait qu'après chirurgie radicale appropriée, une résection R1 est plus un marqueur phénotypique de l'agressivité tumorale plutôt que d'une insuffisance chirurgicale.
- Il aurait été intéressant d'évaluer dans quelles situations l'extension de la résection apportait un bénéfice de survie, notamment chez les patients N0.

Quel est l'intérêt de la laparoscopie dans la prise en charge chirurgicale des maladies inflammatoires du tube digestif ?

- Maggiore L, Khayat A, Treton X, Bouhnik Y, Vicaut E, Panis Y. Laparoscopic approach for inflammatory bowel disease is a real alternative to open surgery: an experience with 574 consecutive patients. *Ann Surg* 2014;260:305–10. doi:10.1097/SLA.0000000000000534



Alors que la faisabilité de l'approche laparoscopique est discutée dans la chirurgie des maladies inflammatoires digestives, les auteurs rapportent leur expérience de 790 résections consécutives réalisées sur 14 ans chez 633 patients. Une approche laparoscopique a été réalisée dans 73% des cas, dont 25% de procédures complexes en lien avec une chirurgie itérative (12%) ou un abcès ou une fistule intra-abdominale (16%). Une conversion a été nécessaire dans 12% des cas. La mortalité postopératoire était de 0,2% et la morbidité sévère de 13%. Avec le temps, les taux de laparoscopie et de procédures complexes réalisées par voie laparoscopique ont significativement augmenté ($p < 0,024$), alors que le risque moyen ajusté de conversion et de complications a significativement diminué ($p < 0,001$).

Les auteurs concluent que la voie laparoscopique est sûre et une alternative valide à la voie ouverte dans la prise en charge chirurgicale des maladies inflammatoires du tube digestif et qu'avec l'expérience les taux de conversions et de complications diminuent alors que le nombre de procédures augmente.

Commentaires

- Du fait de l'importance des lésions inflammatoires, de la fréquence de la dénutrition et de l'utilisation de corticoïdes et des adhérences fréquentes en peropératoire, la faisabilité de la chirurgie laparoscopique est débattue.
- Ces résultats confirment les résultats de 4 méta-analyses et 2 essais randomisés [1–6] quant à la faisabilité de la laparoscopie, mais chez des patients avec une atteinte digestive plus sévère.
- La laparoscopie est considérée par les auteurs comme l'approche standard, la voie ouverte étant réservée aux situations compliquées telles que la colite perforée, l'hémorragie massive, le mégacolon toxique, aux abdomens multi-opérés par laparotomie ou avec éviction majeure, aux sténoses multiples ou fistules complexes et aux contre-indications médicales à la laparoscopie.

Références

- Surg Endosc* 2006;20:1036–44.
- Dis Colon Rectum* 2007;50:576–85.
- Surg Endosc* 2005;19:1549–55.
- Cochrane Database Syst Rev* 2011;1:CD006956.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6098936>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6098936>

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