



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

L'énucleation tumorale pour tumeur stromale de l'œsophage est-elle raisonnable ?

- Robb WB, Bruyere E, Amielh D, et al.; FREGAT Working Group – FRENCH. Esophageal gastrointestinal stromal tumor: is tumoral enucleation a viable therapeutic option? *Ann Surg* 2015;261:117–24. doi: 10.1097/SLA.0000000000000505



Les tumeurs stromales de l'œsophage (GIST) sont des tumeurs rares pour lesquelles l'œsophagectomie est à ce jour recommandée. L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité et l'impact sur la récurrence et la survie de l'énucleation tumorale, comparativement à l'œsophagectomie. Sur une période de 10 ans, 19 cas ont été recensés en multicentrique, 16 ayant bénéficié d'un traitement chirurgical, 8 fois par énucléation (7 fois par voie mini-invasive thoracoscopique ou laparoscopique) et 8 fois par œsophagectomie. Dans le groupe énucléation, le diamètre tumoral médian était de 40 mm (16–65), sans ulcération muqueuse, ni rupture tumorale peropératoire, ni résection incomplète. Dans le groupe œsophagectomie, le diamètre tumoral médian était de 85 mm (55–250), avec présence d'une ulcération muqueuse dans 4 cas, un cas de rupture tumorale peropératoire et résection complète dans tous les cas. Une complication postopératoire sévère est survenue dans 25% et 50% des cas respectivement, avec 2 décès, tous dans le groupe œsophagectomie. Après un suivi médian de 6,4 ans, 2 récurrences ont

été observées dans le groupe œsophagectomie, aucune dans le groupe énucléation. La réalisation de biopsies endoscopiques pré-thérapeutiques n'exposait pas à un sur-risque de complications ou de récurrence après énucléation. La présence d'une ulcération muqueuse endoscopique était associée à un profil tumoral plus agressif.

Les auteurs concluent que les GIST œsophagiens de moins de 65 mm de diamètre peuvent être retirés par énucléation.

Commentaires

1. Cette étude a un effectif faible, mais représente de loin la plus large série rapportée pour ces tumeurs très rares, les GIST de l'œsophage représentant 0,7% de l'ensemble des GIST qui sont déjà des tumeurs rares.
2. Les auteurs suggèrent que l'énucleation est faisable sans impacter le risque de rupture capsulaire tumorale ou le risque de résection incomplète, ni les résultats oncologiques à distance. Réalisée le plus souvent par voie mini-invasive type thoracoscopie, elle permet de surcroît de diminuer la morbidité postopératoire, sous réserve d'une lésion de moins de 65 mm de diamètre.
3. Alors que les GIST de localisation gastrique doivent être traités par résection au moins en barquette, il semble donc que l'approche chirurgicale soit organe dépendant.
4. Cette étude ouvre des perspectives intéressantes, notamment en lien avec la question non résolue de la conduite à tenir devant des GIST de l'œsophage de moins de 20 mm. Du fait du caractère mini-invasif de l'énucleation, la prise en charge chirurgicale pourrait venir challenger la stratégie de surveillance.
5. Enfin le dogme de la biopsie à éviter en préopératoire tombe, celle-ci n'étant pas associée dans le présent travail à un sur-risque de complications per- ou postopératoire après énucléation.

* Auteur correspondant.

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

Surrénalectomie par voie rétro-péritonéale postérieure mini-invasive ou par laparoscopie trans-péritonéale : résultat d'un essai randomisé en double insu

- Barczyński M, Konturek A, Nowak W. Randomized clinical trial of posterior retroperitoneoscopic adrenalectomy versus lateral transperitoneal laparoscopic adrenalectomy with a 5-year follow-up. *Ann Surg* 2014;260:740–7. doi: 10.1097/SLA.0000000000000982

Alors que la voie d'abord la plus répandue pour la surrénalectomie est la voie laparoscopique trans-péritonéale latérale (LTL), on a vu apparaître ces dernières années la voie rétro-péritonéale postérieure mini-invasive en position ventrale (RPMI). Les auteurs ont donc randomisé 61 patients porteurs d'une lésion unilatérale bénigne de moins de 7 cm de diamètre, 30 dans le groupe RPMI et 31 dans le groupe LTL, l'objectif primaire étant la durée opératoire, les objectifs secondaires les pertes sanguines, le taux de conversion, la récupération postopératoire, la morbidité et le coût. Il existait un avantage à la voie RPMI en termes de durée opératoire (50,8 vs 77,3 min), de pertes sanguines (52,7 mL vs 97,8 mL), d'intensité des douleurs dans les 48 h postopératoires, de prévalence des douleurs scapulaires (3,0% vs 37,5%), de délai de reprise de l'alimentation orale (4,4 vs 7,3 h), de délai de déambulation (6,1 vs 11,5 h), de durée d'hospitalisation et de coût (1728 vs 2315 euros), respectivement ($p < 0,001$). Aucune différence n'était mise en évidence en termes de taux de conversion, de morbidité, sauf pour ce qui est du taux d'éventration (0% vs 16,1%, $p = 0,022$) et de la nécessité du recours à une chirurgie pour éventration (0% vs 12,9%, $p = 0,050$). Les facteurs prédictifs d'allongement de la durée opératoire étaient l'indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m² et la voie LTL.

Les auteurs concluent que les 2 approches sont sûres, mais que la voie RPMI offre une supériorité comparativement à la voie LTL sur plusieurs paramètres postopératoires.

Commentaires

1. Trois essais randomisés, ayant inclus de petits effectifs, n'ont pas mis en évidence de différences entre les 2 voies d'abord, en dehors d'une durée de convalescence plus courte pour deux d'entre eux et d'une reprise plus rapide de l'alimentation orale pour le troisième [1–3]. Il s'agit néanmoins du premier essai utilisant la voie RPMI en position ventrale.
2. Les auteurs mettent en évidence des avantages postopératoires nets en faveur de la voie RPMI, essentiellement liés à la réduction de la durée opératoire et à l'absence de pneumopéritoine et de son impact sur les nausées et les douleurs.
3. On regrette néanmoins que l'objectif principal ne soit pas plus robuste et médicalement pertinent, tel que la morbidité, ou évalué par le patient tel que la qualité de vie. En effet, tous les objectifs étudiés sont des objectifs secondaires, insuffisants pour convaincre les praticiens.
4. On retrouve ici l'ambivalence de nombre d'essais chirurgicaux, qui sont désignés pour optimiser leur positivité et leur publication, plutôt que d'évaluer des critères de jugement robustes (à savoir peu influençable par les variations de pratiques) et médicalement pertinents. À ce titre, la durée opératoire est loin d'être un critère pertinent, avec une différence de 26 minutes entre les groupes, et surtout par définition, non évalué en aveugle.

Références

- [1] *Ann Surg* 1996;224:727–34.
- [2] *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2013;23:362–6.
- [3] *J Urol* 2005;174:442–5.

Pancréatectomie caudale : voie ouverte ou laparoscopique ? Résultats d'une méta-analyse

- Mehrabi A, Hafezi M, Arvin J, et al. A systematic review and meta-analysis of laparoscopic versus open distal pancreatectomy for benign and malignant lesions of the pancreas: it's time to randomize. *Surgery* 2015;157:45–55. doi: 10.1016/j.surg.2014.06.081

L'objectif de cette méta-analyse était d'évaluer la faisabilité et l'impact clinique de la pancréatectomie caudale laparoscopique comparativement à l'approche ouverte. À partir de 29 études comparatives ayant inclus 3701 patients, il existait une supériorité de l'approche laparoscopique en termes de pertes sanguines (–308 mL en moyenne, $p < 0,01$), de délai de réalimentation (–0,3 jour en moyenne, $p < 0,01$) et de durée d'hospitalisation (–3,8 jours en moyenne, $p < 0,01$). Il n'existait pas de différence entre les groupes laparoscopie et voie ouverte en termes de mortalité à 30 jours (0,4% vs 1,1%, $p = 0,33$), de morbidité postopératoire à 30 jours (34% vs 38%, $p = 0,50$) ou de fistule anastomotique (incidence de 21,7%, OR: 1,11, IC à 95%: 0,57–3,62, $p = 0,38$), de complications hémorragiques (incidence de 0,99%, OR: 1,44, IC à 95%: 0,57–3,62, $p = 0,44$), de collections intra-abdominales (incidence de 2,6%, OR: 1,30, IC à 95%: 0,73–2,30, $p = 0,38$), ou d'infection de paroi (incidence de 6,7%, OR: 0,62, IC à 95%: 0,38–1,01, $p = 0,06$). Les taux de conversion s'évaluaient de 0 à 34%. Les résultats oncologiques n'étaient disponibles que dans 6 études, uniquement sur le taux de résection R0. 4 études ne retrouvaient pas de différence en termes de résection R0 (OR: 1,63, $p = 0,29$), alors que 2 retrouvaient une diminution du risque de résection R1 (OR: 0,34, IC à 95%: 0,14–0,83, $p = 0,02$).

Les auteurs concluent que la pancréatectomie laparoscopique est faisable et pourrait représenter une alternative à la voie ouverte. D'autres études non randomisées ne sont pas nécessaires, par contre un large essai randomisé est indispensable devant évaluer les impacts oncologiques et coût-efficacité.

Commentaires

1. Les résultats de ce type de méta-analyse, basée sur des études comparatives non randomisées, sont à interpréter avec précaution, notamment du fait de l'absence d'études randomisées.
2. Les éléments suivants limitent grandement l'extrapolation des résultats à la pratique clinique (i) absence de retour aux données sources pour réaliser la méta-analyse, (ii) absence de définition standardisée des complications, (iii) absence de données oncologiques permettant d'évaluer la sécurité carcinologique de la procédure, (iv) absence de randomisation qui a pu amener à comparer des groupes non comparables, avec les malades ou les tumeurs les plus favorables dans le groupe laparoscopie, (v) biais d'évaluation qui a tendance à favoriser le bras de l'innovation qui satisfait plus le clinicien.
3. On comprend donc qu'il est plus que temps, après 29 études comparatives non randomisées et pas moins de 5 méta-analyses, d'avoir des résultats d'essais

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6099022>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6099022>

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