



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Revue de presse[☆]

Press review

D. Goéré^{a,*}, A. Brouquet^b

^a Département de chirurgie oncologique, institut Gustave-Roussy, 114, rue Edouard-Vaillant, 94800 Villejuif, France

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

■ Résultats décevants du chewing-gum en postopératoire – Étude multicentrique, randomisée. Registration number : NTR2594 (Netherlands Trial Register)

de Leede EM, van Leersum NJ, Kroon HM, et al. Multicentre randomized clinical trial of the effect of chewing-gum after abdominal surgery. *Br J Surg* 2018.
<https://doi.org/10.1002/bjs.10828>

Il a été rapporté que la prise de chewing-gum après une chirurgie abdominale pouvait accélérer la reprise du transit par une stimulation vagale [1]. Cependant, dans la plupart des études rapportées, les patients n'étaient pas traités dans le cadre d'un programme ERAS. Cet essai randomisé, contrôlé, de phase 3, multicentrique, avait pour objectif principal d'analyser l'effet de la prise de chewing-gum sur la durée d'hospitalisation. Les objectifs secondaires étaient le délai pour la reprise d'un transit et le taux de complications postopératoires à 30 jours.

Entre 2011 et 2015, 2000 patients ayant eu une chirurgie abdominale ont été randomisés ; les patients du bras chewing-gum (GW+) mastiquait un chewing-gum pendant 30 min 3 fois par jour de J0 jusqu'au jour de la sortie d'hôpital. Les groupes étaient comparables pour les items suivants : âge, sexe, BMI, antécédents de chirurgie abdominale, chirurgie pour cancer. Il était réalisé une résection colorectale chez 70 % des patients de chaque

groupe. L'intervention était réalisée par voie laparoscopique chez 38 % des patients GW– et 39 % des GW+. La durée moyenne de la chirurgie était également comparable entre les 2 groupes. Près de 75 % des patients de chaque groupe avaient une analgésie péridurale postopératoire.

Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant la durée d'hospitalisation (7 jours pour les 2 bras, $p=0,36$), le retour à un transit de gaz (24 h pour GW– et 23 h pour GW+, $p=0,87$), à un transit de selles (GW– 60 h versus GW+ 52 h, $p=0,56$), et le taux de complications (GW– 38,4 % versus GW+ 35 %, $p=0,83$).

Les auteurs concluent que la prise de chewing-gum après chirurgie abdominale chez des patients suivis dans le cadre d'un programme ERAS, ne permet pas de réduire la durée d'hospitalisation ou le délai de reprise d'un transit.

Commentaires

1. D'un point de vue méthodologique, l'essai est de bonne qualité. L'effectif a été calculé pour mettre en évidence une diminution de durée d'hospitalisation de 1 jour dans le groupe GW+, avec une puissance de 80 %.
2. En 2016, une méta-analyse de la Cochrane [2] à propos de 17 essais randomisés, ayant inclus 3149 patients, avait souligné la grande hétérogénéité de ces essais, de qualité mauvaise, et la difficulté à élaborer des conclusions de niveau de preuve élevé. La présente étude permet de conclure à l'absence de bénéfice de l'administration de chewing-gum en postopératoire immédiat après chirurgie abdominale, en termes de durée d'hospitalisation ou reprise du transit. Ceci peut être expliqué par le fait que tous les patients suivaient un programme ERAS dont les mesures ont permis de diminuer la durée d'hospitalisation et d'accélérer la reprise du transit.
3. Il est à noter qu'une étude de compliance a été réalisée. Le recueil d'informations sur la compliance des patients est incomplet, seuls 65 % des patients ont rendu leur cahier journalier complété. Cependant, parmi

DOI de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.jviscursurg.2018.05.001>.

[☆] 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 : Diane.GOERE@gustaveroussy.fr (D. Goéré).

<https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2018.05.001>
1878-786X/

les 975 patients du groupe GW+, 8 % ont signalés qu'ils n'ont pas pris de chewing-gum entre J1 et J3. Il s'agit d'une analyse en intention de traiter, et les résultats rapportés ainsi que la compliance sont représentatifs de la pratique quotidienne.

Références

- [1] *Int J Surg* 2009;7:100–105.
 [2] *Cochrane Database Syst Rev* 2016;10:CD011562.

■ Une semaine de régime hypocalorique et pauvre en graisse avant hépatectomie diminue les saignements peropératoires – Essai randomisé de phase 3 (Clinical Trials.gov NCT01645852)

Barth RJ Jr, Mills JB, Suriawinata AA, Putra J, Tosteson TD, Axelrod D, Freeman R, Whalen GF, LaFemina J, Tarczewski S, Kinlaw W. Short-term preoperative diet decreases bleeding after partial hepatectomy: results from a multi-institutional randomized controlled trial. *Ann Surg* 2018. [Epub ahead of print].
<https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002709>

Les auteurs ont montré dans une étude précédente non contrôlée qu'un régime hypocalorique préopératoire permettait de diminuer le volume de pertes sanguines au cours d'une hépatectomie, probablement en raison d'une diminution de la stéatose hépatique [1].

Le but de cet essai randomisé de phase 3 était de confirmer ces résultats, chez des patients ayant un BMI ≥ 25 kg/m². Dans le groupe expérimental (hypocal), les apports caloriques étaient limités à 800 kCal par jour intégrant 20 g de graisse, 70 g de protéines, 100 g de glucose, sous la forme de 5 unités d'Optifast 800 (Nestlé Nutrition, Vevey, Switzerland) et ceci pendant 1 semaine avant la chirurgie hépatique. Les patients du groupe témoin (normocal) poursuivaient leur régime alimentaire habituel. Les patients devaient reporter toute leur prise alimentaire sur un cahier journalier. Le critère principal de jugement était le volume de pertes sanguines peropératoires. Les critères secondaires étaient : le taux de transfusions sanguines, l'évaluation peropératoire des difficultés à mobiliser le foie selon une échelle de Likert par le chirurgien, de complications postopératoires, de stéatose et de teneur en glycogène des hépatocytes à l'examen histologique. L'effectif de sujets nécessaires (55 dans chaque bras) était calculé pour montrer une diminution des pertes sanguines de 33 % dans le bras hypocal avec une puissance de 80 % et un risque d'erreur de 5 %.

Entre 2012 et 2015, 63 ont été randomisés. Le BMI moyen était comparable entre les 2 groupes (32,1 \pm 6,5 et 32,9 \pm 6,3). La majorité des patients étaient opérés de métastases hépatiques (85 %). Le type d'hépatectomie était comparable entre les 2 groupes avec une résection ≥ 2 segments chez 40 % des patients, par voie ouverte dans 90 % des cas pour le groupe témoin et 97 % pour le groupe hypocal.

Le taux de compliance au régime hypocalorique était de 94 %. L'apport calorique pour le groupe hypocal était de 807 kCal, versus 1968 pour le groupe normocal ($p < 0,001$), avec un apport en graisse de 21 g versus 86 g, respectivement.

Le volume moyen de pertes sanguines étaient significativement diminué dans le groupe hypocal 452 versus 863 mL ($p = 0,021$), avec une diminution non significative du volume de transfusions sanguines (138 versus 322 mL, $p = 0,06$). Le foie était jugé plus facile à manipuler par le chirurgien dans

le bras hypocal (1,86 versus 2,90 ; $p = 0,004$). Les valeurs du TP postopératoires, les taux de complications postopératoires (20 % versus 17 %), de mortalité, et de durée médiane d'hospitalisation (5 versus 4 jours) ne différaient pas significativement entre les 2 groupes. À l'examen histologique, le degré de stéatose était comparable, en revanche, la teneur en glycogène des hépatocytes étaient significativement diminuée dans le groupe hypocal (score de coloration PAS 1,61 versus 2,46, $p < 0,0001$).

Les auteurs concluent qu'un régime hypocalorique pendant 1 semaine avant hépatectomie permet de diminuer les pertes sanguines et de modifier l'histologie du foie.

Commentaires

- D'un point de vue méthodologique, on peut souligner plusieurs points positifs :
 - le suivi nutritionniste (prérandomisation puis 2 appels téléphoniques dans la semaine),
 - une étude en simple insu, le chirurgien et l'anatomopathologiste n'étaient pas informés du groupe de randomisation des patients,
 - les 2 groupes étaient comparables tant sur les données épidémiologiques, les types de pathologie, les techniques opératoires, la durée de la chirurgie (4,1 versus 4,3 heures, $p = 0,42$) et le volume d'apport intraveineux durant la chirurgie (3488 versus 3512 mL, $p = 0,96$).
- L'étude a été arrêtée prématurément après l'analyse intermédiaire réalisée après inclusion de 60 patients en raison d'une diminution nettement significative du volume de pertes sanguines (moins = 0,021) en faveur du groupe expérimental hypocal. Le régime hypocal permettait de diminuer de moitié le volume moyen de pertes sanguines pour le sous-groupe de patients ayant la résection d'au moins 2 segments (719 versus 1406 mL).
- On peut regretter qu'il n'ait pas été prévu dans l'étude de réaliser de biopsie hépatique en foie non tumoral préopératoire pour analyser l'effet du régime hypocalorique sur la stéatose (chaque patient serait son propre témoin), comme cela avait été fait dans une étude après 6 semaines de régime hypo [2].
- La plupart des patients étaient en surpoids, puisque le BMI moyen était de 32. Cela perturbe l'analyse des résultats. En effet, le bénéfice potentiel d'un régime hypocalorique préopératoire [3] ainsi que la diminution de la stéatose [4,5], ont été démontré chez des patients obèses. Par conséquent, bien que le critère d'inclusion ait été un BMI > 25 , ces résultats sont potentiellement applicables uniquement en cas d'obésité.
- Il faut souligner que seuls 14 patients avaient reçu une chimiothérapie préopératoire, alors que l'indication d'hépatectomie était une pathologie néoplasique chez tous les patients. Et, il a été montré qu'une chimiothérapie préopératoire, notamment avec de l'irinotecan, pouvait induire des lésions de stéatose et de stéatohépatite [6].
- Par ailleurs, aucune mention n'était faite concernant la prescription préopératoire d'une immunonutrition type Oral Impact[®], dont le bénéfice potentiel avant hépatectomie est actuellement en France l'objet de l'étude PROPILS [7].

Références

- [1] *Surgery* 2013;154:1031–1037.
 [2] *Liver Transpl* 2016;22:1295–1300.
 [3] *Obes Res* 1997;5:595–602
 [4] *Obesity Surg* 2006;16:697–701.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8728730>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8728730>

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