



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

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



## ARTICLE ORIGINAL

# Comparaison entre gastrectomie ouverte et cœlioscopique dans le cancer gastrique : une étude rétrospective monocentrique<sup>☆</sup>

*Comparison between open and laparoscopic gastrectomy for gastric cancer:  
A monocentric retrospective study from a western country*

X. Rod<sup>a</sup>, D. Fuks<sup>b,\*</sup>, R. Macovei<sup>a</sup>, H. Levard<sup>a</sup>,  
J.-M. Ferraz<sup>a</sup>, C. Denet<sup>a</sup>, C. Tubbax<sup>a</sup>, B. Gayet<sup>b</sup>,  
T. Perniceni<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Département des maladies digestives, institut mutualiste Montsouris, 42, boulevard Jourdan, 75014 Paris, France

<sup>b</sup> Université Paris Descartes, 15, rue de l'École de Médecine, 75005 Paris, France

### MOTS CLÉS

Cœlioscopie ;  
Gastrectomie ;  
Cancer gastrique ;  
Complications  
postopératoires

### Résumé

**Contexte.** — La majorité des études portant sur la gastrectomie cœlioscopique provient d'Asie et les résultats ne sont pas forcément transposables. L'objectif de cette étude était de comparer les résultats après gastrectomie pour cancer par cœlioscopie (GC) ou par voie ouverte (GO) dans un centre français.

**Méthodes.** — Entre 2005 et 2015, l'ensemble des patients atteints de cancer gastrique opérés d'une gastrectomie était inclus. La morbi-mortalité postopératoire était évaluée selon la classification de Dindo-Clavien.

**Résultats.** — Parmi 164 patients, 60 (âge médian : 62 ans) étaient opérés d'une GC et 104 (âge médian : 65 ans) une GO. La gastrectomie totale représentait 58 % des GC et 54 % des GO ( $p=0,749$ ). La durée opératoire n'était pas différente dans les deux groupes (160,8 vs. 174,2 min,  $p=0,780$ ), de même que les pertes sanguines (111 vs. 173 mL,  $p=0,057$ ). Le taux de complications sévères (Clavien  $\geq 3$ ), incluant l'hémorragie postopératoire, était significativement plus élevé dans le groupe GC (40 % vs. 23 %,  $p=0,012$ ), de même que le taux de réinterventions (27 % vs. 6 %,  $p<0,001$ ). Il n'y avait pas de différence en termes de mortalité postopératoire (0 vs. 3 %,  $p=0,252$ ) ou de durée d'hospitalisation (20 vs. 16 jours,  $p=0,116$ ).

**Conclusion.** — La GC pour cancer semble être réalisable avec cependant un taux plus élevé de complications sévères par rapport à la GO.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2017.07.001>.

<sup>☆</sup> 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. Département des maladies digestives, institut mutualiste Montsouris, université Paris-Descartes, 42, boulevard Jourdan, 75014 Paris, France.

Adresse e-mail : [david.fuks@imm.fr](mailto:david.fuks@imm.fr) (D. Fuks).

<https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2017.05.007>

1878-786X/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**KEYWORDS**

Laparoscopy;  
Gastrectomy;  
Gastric cancer;  
Postoperative  
outcomes

**Summary**

*Background.* – The majority of laparoscopic gastrectomy (LG) reports arise from Asia and the benefit of this approach in western countries remains unclear. The objective of this study was to compare the postoperative outcomes between LG and open gastrectomy (OG) for gastric cancer in a western center.

*Methods.* – Between 2005 and 2015, all consecutive patients with gastric cancer who underwent either LG or OG were enrolled. Postoperative morbi-mortality was evaluated according to Dindo-Clavien classification.

*Results.* – Over 164 patients, 60 had LG and 104 OG with a mean age of 62 and 65 years, respectively. Total gastrectomy represented 58% of LG and 54% of OG ( $P=0.749$ ). Operative time was not different in the two groups (160.8 vs. 174.2 min,  $P=0.780$ ) so as intraoperative blood loss (111 vs. 173 mL,  $P=0.057$ ). The rate of severe complications (including postoperative bleeding) was significantly higher in the LG group (40% vs. 23%,  $P=0.012$ ) so as reoperation rate (27% vs. 6%,  $P<0.001$ ). There was no statistical difference in terms of postoperative mortality (0 vs. 3%,  $P=0.252$ ) or length of hospital stay (20 vs. 16 days,  $P=0.116$ ).

*Conclusion.* – Laparoscopic gastrectomy for the treatment of gastric cancer in western countries appears to be feasible but with a higher rate of severe complications compared to open gastrectomy.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

Le cancer gastrique (CG) représente la deuxième cause de mortalité par cancer dans le monde [1]. La gastrectomie avec lymphadénectomie périgastrique est le traitement de référence permettant d'améliorer la survie des patients atteints de CG [2,3]. Les techniques de résection par coelioscopie se sont progressivement développées depuis la première gastrectomie distale coelioscopique pour cancer rapportée par Kitano et al. en 1994 [4]. Les progrès technologiques et l'expérience chirurgicale ont favorisé le développement de la voie d'abord coelioscopique (GC), qui s'est révélée être faisable et sûre pour les patients atteints de cancer gastrique précoce [5,6]. En effet, la GC présente comme avantages une diminution des pertes sanguines et des douleurs postopératoires, une récupération plus rapide et une meilleure qualité de vie à court termes en comparaison avec la gastrectomie par voie ouverte (GO) [7,8]. Cependant, la plupart des séries de la littérature provient d'Asie du sud-est où l'incidence du cancer gastrique est nettement plus élevée et où il existe un programme national de dépistage. Les caractéristiques épidémiologiques du cancer gastrique sont assez différentes dans les pays occidentaux, ce qui conduit à des prises en charge différentes [20].

Dans les pays occidentaux, le CG est moins fréquent et le plus souvent diagnostiqué à un stade avancé. La principale conséquence est la rareté des séries chirurgicales portant sur la gastrectomie coelioscopique pour CG [9,19,21–23]. Dès lors, l'objectif de cette étude était donc de comparer les résultats après gastrectomie réalisée pour cancer, soit par coelioscopie soit par voie ouverte dans un centre occidental.

## Matériel et méthodes

### Sélection des patients

De 2005 à 2015, tous les patients ayant été opérés d'une gastrectomie pour cancer gastrique primitif confirmé

histologiquement ont été sélectionnés rétrospectivement à partir d'une base de données complétée de manière prospective. Les critères d'exclusion comprenaient les patients ayant subi une gastrectomie totale pour un cancer du moignon gastrique, les patients traités pour GIST gastriques et les patients ayant subi une gastrectomie en urgence pour saignement ou perforation. Les patients ont été divisés en deux groupes : gastrectomie coelioscopique (GC) et gastrectomie par voie ouverte (GO). Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique local.

### Interventions chirurgicales

Les procédures coelioscopiques étaient réalisées avec 5 trocarts. En cas de gastrectomie totale, le curage ganglionnaire comportait la dissection du pédicule hépatique, descendant sur l'artère gastroduodénale pour terminer la dissection sous-pylorique (curage D1,5). Le duodénum était sectionné à l'aide d'une agrafeuse et la dissection était poursuivie de droite à gauche en effectuant une résection complète du petit et du grand épiploon, jusqu'au ligament gastrosplénique qui était séparé de la rate avec une hémostase des vaisseaux courts. La dissection était poursuivie à partir du hile splénique jusqu'au tronc cœliaque avec section de la veine gastrique gauche sur la veine splénique. Ce curage comportait l'exérèse des ganglions lymphatiques du hile splénique [3]. Le rétablissement de la continuité par anastomose œsojéjunale terminolatérale manuelle ou mécanique comportant une anse en Y de 60 cm de longueur. La pièce opératoire était extériorisée en « monobloc » par une incision sus-pubienne. Pour la gastrectomie distale, l'anastomose gastrojéjunale latérolatérale était réalisée à l'aide d'une agrafeuse ou à la main par une incision médiane sus-ombilicale. Toutes les procédures ont été effectuées par des chirurgiens experts en chirurgie œso-gastrique. Une chimiothérapie néo-adjuvante à base de Folfox était proposée en accord avec les recommandations nationales.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8728740>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8728740>

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