Journal de Chirurgie Viscérale (2018) xxx, xxx—xxx

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Revue de presse

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*

Article 1. Résultats à 1 an de l'essai randomisé de phase 3, SCANDIV, comparant le lavage péritonéal laparoscopique pour péritonite diverticulaire Hinchey III à la résection

Schultz JK., Wallon C, Blecic L., et al. One-year results of the SCANDIV randomized clinical trial of laparoscopic lavage versus primary resection for acute perforated diverticulitis. Br J Surg 2017; 104(10):1382—92. https://doi.org/10,1002/bjs.10567.

Le lavage laparoscopique comme alternative à la résection—stomie (intervention de Hartmann) vient d'être évalué dans 3 essais randomisés récents [1—4], qui ont fait l'objet d'une méta-analyse en 2016 [5], elle-même commentée dans la *Revue de Presse*.

Les auteurs rapportent les résultats à 1 an de l'essai de phase 3 SCANDIV, afin de comparer les 2 options thérapeutiques tant sur le taux de réinterventions dans l'année que sur la qualité de vie.

Au total, 74 patients dans le groupe lavage laparoscopique (L) et 70 dans le groupe Résection (R) ont été inclus dans cette analyse à 1 an. Les analyses de qualité de vie étaient disponibles pour 63 patients du groupe L et 56 du groupe R.

À 1 an, les résultats étaient comparables entre les 2 groupes (taux de mortalité, de complications médicales, de réhospitalisations non programmées). Les taux d'infections profondes (32 vs 13 % ; $p = 0{,}006$) et de réinterventions non programmées (27 vs 10 % ; p) étaient significativement supérieurs dans le groupe L, alors que les taux d'infections pariétales (1 % vs 17 %, $p = 0{,}001$) et de stomies en place (42 vs 14 %, $p < 0{,}001$) étaient supérieurs dans le groupe R. Parmi les patients ayant une péritonite diverticulaire Hinchey < IV, les taux de complications sévères étaient de 27 % dans le groupe L et de 15 % dans le groupe R (différence absolue 5,6 % [—8,5 to 19,3 ; $p = 0{,}445$]). Les taux de décès étaient de 12 % et de 11 % respectivement pour les groupes L et R. Les évaluations de qualité de vie étaient similaires entre les 2 groupes, avec notamment un score moyen de Cleveland Global Q de 0,73 pour le groupe L et de 0,75 pour le groupe R ($p = 0{,}558$).

La cause de la perforation était tumorale chez 11 (7 groupe L et 4 groupe R) des 199 patients inclus dans l'étude, et n'a pas était diagnostiquée durant l'intervention chez 4 patients (2 dans chaque groupe).

Les auteurs concluent que les résultats de cette étude à 1 an ne permettent de conclure formellement en faveur d'une des 2 options thérapeutiques. Les risques de réinterventions et de sepsis suite à un lavage laparoscopique sans résection en cas de péritonite diverticulaire Hinchey < IV doivent être balancés avec ceux liés à une résection sans anastomose, intégrant un risque de stomie définitive élevé.

Commentaires

1. Le taux de réinterventions était moindre dans le groupe Résection. Cependant, il faut noter que sous le terme réintervention, les auteurs intègrent tous gestes de drainage, radiologique ou chirurgical.
2. Il faut souligner qu'à 1 an, seuls 4 patients du groupe Lavage, soit 5 %, ont eu secondairement une résection sigmoïdienne, et 15 % ont eu un geste pour persistance ou récidive infectieuse. Sachant que le risque de nouvel épisode infectieux diminue avec le temps, la majorité des patients (95 %) qui n'ont pas eu de résection sigmoïdienne lors du lavage laparoscopique ont de grande chance de ne pas en avoir ultérieurement, ce qui diminue le risque de stomies. Alors qu'après 1 an de recul, 42 % des patients du groupe Résection sont porteurs d'une stomie et risquent de la conserver à plus long-terme.
3. Les auteurs soulignent que les scores de qualité de vie étaient similaires malgré un taux de stomie de 42 % dans le groupe Résection, et expliquent ce résultat par une meilleure acceptation de la stomie par les patients

DOI de l'article original : http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2018.01.001.
* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : Diane.GOERE@gustaveroussy.fr (D. Goéré).

https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2018.01.001
1878-786X/

scandinaves comparativement aux autres nationalités. Ces résultats ne seraient peut-être pas similaires chez des patients du sud de l'Europe.
4. Les auteurs concluent que chacune des 2 options thérapeutiques présentent des avantages et inconvénients, mais le principal écueil lié à la Résection sans anastomose reste le taux de stomie à 1 an élevé atteignant 42 %. La question qui reste en suspens est la comparaison de la résection—anastomose en 1 temps versus lavage laparoscopique, chez les patients sélectionnés, opérés d'une péritonite Hinchey < 4.

Références

[1]JAMA. 2015; 314:1364—75.
[2]Lancet 2015; 386:1269—77.
[3]Ann Surg 2016; 263:117—22.
[4]Ann Internal Med 2016;164:137—45.
[5]Ann Surg 2017; 265:670—76.

Article 2. La chirurgie bariatrique permet de diminuer le risque de cancer. Analyse d'une cohorte multicentrique

> Schauer DP, Feigelson HS, Koebnick C, et al. Bariatric surgery and the risk of cancer in a large multisite cohort. Ann Surg. 2017. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002525. [Epub ahead of print].

L'obésité est associée à un risqué augmenté de développer un cancer. Le but de cette analyse de cohorte était de comparer l'incidence de cancer chez des patients ayant eu une chirurgie bariatrique à celle des patients n'ayant pas été opérés. Les patients ayant un BMI $\geq 25\,kg/m^2$, ont été sélectionnés dans les bases de données des assurances maladies et de soins, entre janvier 2004 et décembre 2014. Il s'agit d'une étude cas-témoins avec comme critère d'appariement : le BMI, le sexe, le centre, l'année de naissance (± 1 an) et l'index de comorbidités Elixhauser. L'analyse statistique était réalisée selon un modèle de Cox à régression multiples.

Un total de 22 198 patients ayant eu une chirurgie bariatrique (B) ont été comparé à 66 427 patients appariés n'ayant pas eu de chirurgie bariatrique (NB). La population était majoritairement féminine (> 80 %). Les 2 groupes étaient comparables pour la plupart des caractéristiques démographiques, et notamment sur les taux de diabète et d'hypertension artérielle.

Après un suivi moyen de 3,5 ans, le risque de développer un cancer était diminué de 33 % chez les patients du groupe B [HR 0,67 ; 95 % CI 0,60—0,74, $p < 0{,}001$]. Ce risque était d'autant plus diminué pour les cancers associés à la présence d'une obésité tels que : les cancers du sein (HR 0,58 ; 95 % CI 0,44—0,77, $p < 0{,}001$), du côlon (HR 0,59 ; 95 % CI 0,36—0,97, $p < 0{,}04$), de l'endomètre (HR 0,50 ; 95 % CI 0,37—0,67, $p < 0{,}001$), du pancréas (HR 0,46 ; 95 % CI 0,22—0,97, $p < 0{,}04$).

Les taux de survie sans cancer à 3, 5 et 10 étaient de 98,5 %, 97,2 % et 94,1 % chez les patients du groupe B et de 97,3 %, 95,6 % et 89, 3 % chez les patients du groupe NB.

Les auteurs concluent que la réalisation d'une chirurgie bariatrique permet de diminuer les risques de cancer associés à la présence d'une obésité ; les mécanismes de cette diminution restent à déterminer.

Commentaires

1. L'augmentation de l'incidence de certains cancers (colorectal, sein postménopause, endomètre, rein, œsophage, pancréas) chez les patients présentant une obésité ou une obésité morbide, a été rapportée dans de nombreuses études [1—3].
2. Les résultats de précédentes études ont démontré une diminution du risque de décès de plus de 50 % après chirurgie bariatrique chez les patients obèses [4,5], ainsi qu'une diminution du risque de cancers féminins [6], surtout chez les patientes présentant un hyperinsulinisme avant chirurgie bariatrique [7]. Ce dernier point est également observé dans cette étude, avec une diminution du risque de cancers féminins, sans diminution significative du taux global de cancer intégrant les populations féminines et masculines.
3. Les points forts de cette étude sont : le nombre important de patients, le caractère multicentrique de l'étude, incluant des patients d'origine géographique différente, ainsi qu'une analyse statistique robuste.

Références

[1]World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research: food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC, AICR, 2007.
[2]Obesity (Silver Spring) 2009;17:796—802.
[3]J CLIN Ondol 2014;32:4004—11.
[4]Lancet Ondol 2009;10:653—62.
[5]JAMA 2015;313:62—70.
[6]Lancet On Col 2009;10:653—62.
[7]Gynecology Ondol. 2017; 145:224—29.

Article 3. Traitement chirurgical d'une métastase hépatique colorectale unique : résection limitée versus hépatectomie majeure ? Comparaison des résultats issus du registre LiverMet Survey

> Isamu Hosokawa, Marc-Antoine Allard, Darius F. Mirza, et al. Outcomes of parenchyma-preserving hepatectomy and right hepatectomy for solitary small colorectal liver metastasis: a LiverMet Survey study. Surgery 2017;162:223—32. https://doi.org/10.1016/j.surg.2017.02.012.

Il s'agit d'une analyse rétrospective issue du registre LiverMet Survey comportant 21 072 patients opérés de métastases hépatiques colorectales (MHCCR) entre 2000 et 2015. Au sein de registre, ont été sélectionnés les patients opérés d'une métastase unique de moins de 3 cm localisée dans le foie droit. Le but de ce travail était de comparer les résultats chirurgicaux immédiats et les résultats oncologiques à plus long terme de 2 attitudes : la résection limitée (RL) vs l'hépatectomie majeure par hépatectomie droite (HD).

La majorité des patients répondant aux critères d'inclusion ont eu une résection limitée ($n = 1748$, 86 %), une hépatectomie droite ayant été réalisée chez 242 patients (14 %). Le taux de complications majeures et le taux de mortalité à 90 jours étaient significativement inférieurs chez les patients du groupe RL, respectivement 3 % vs 10 % ($p < 0{,}001$), et 1 % vs 3 % ($p = 0{,}008$). Les patients du groupe HD étaient plus souvent transfusés (8 % vs 18 %, $p < 0{,}001$), et les durées d'hospitalisation étaient plus longues dans le groupe HD ($10{,}5 \pm 8{,}1$ vs $12{,}7 \pm 12{,}5$, $p < 0{,}001$).

D'un point de vue oncologique, le taux de résection complète R0 était similaire entre les 2 groupes (94 % et 95 %), ainsi que le taux de récidive hépatique, 20 % dans le groupe

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/8728773

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/8728773

Daneshyari.com