



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 Édouard-Vaillant, 94800 Villejuif, France

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

■ Faut-il proposer une surveillance prolongée aux patients ayant une lésion kystique du pancréas ? Résultats d'une analyse d'une cohorte monocentrique de 3024 patients

Lawrence SA, Attiyeh MA, Seier K, et al. Should patients with cystic lesions of the pancreas undergo long-term radiographic surveillance? Results of 3024 patients evaluated at a single institution. *Ann Surg* 2017;266:536–44.

En 2015, l'American Gastroenterological Association (AGA) recommandait chez les patients ayant une lésion kystique pancréatique stable, de stopper la surveillance radiologique après 5 ans [1].

Le but de ce travail était d'évaluer l'intérêt éventuel de poursuivre une surveillance au-delà de 5 ans. À partir d'une base prospective, les auteurs ont sélectionnés les patients suivis et surveillés pour lésion kystique pancréatique entre 1995 et 2016. Les patients étaient divisés en 2 groupes : (1) suivi de moins de 5 ans et (2) suivi de plus de 5 ans. Les points analysés étaient : l'augmentation de taille du kyste (diamètre > 5 mm), traitement chirurgical, diagnostic de cancer.

Parmi 3024 patients ayant une lésion kystique du pancréas, une surveillance était décidée pour 2472 (82 %), dont 596 (24 %) ont été surveillés au moins 5 ans. Comparativement aux patients surveillés moins de 5 ans ($n=1876$), l'augmentation de taille du kyste était plus fréquente (44 % vs 20 % ; $p<0,0001$), le taux de traitement chirurgical était

inférieur (8 % vs 11 % ; $p=0,02$), et le taux de diagnostic de cancer était similaire (2 % vs 3 % ; $p=0,07$) chez les patients surveillés au moins 5 ans.

Parmi les patients surveillés au moins 5 ans, 412 (69 %) avaient une lésion kystique stable à 5 ans. Ces patients avaient un taux de traitement chirurgical et de cancer inférieurs par rapport aux patients surveillés moins de 5 ans, respectivement 5 % vs 11 % ($p<0,0001$) et 1 % vs 3 % ($p=0,008$). Le risque de développer un cancer chez les patients ayant une lésion stable à 5 ans était de 31,3 pour 100 000 par an, alors que l'incidence nationale calculée et ajustée sur l'âge est de 7,04 pour 100 000 par an.

Les auteurs concluent que les risques d'augmentation de taille, de traitement chirurgical et de développer un cancer persistent chez les patients ayant une lésion kystique pancréatique stable à 5 ans de surveillance. Chez ces patients, le risque de développer un cancer du pancréas est 3 fois supérieur à celui de la population générale, ce qui justifie la poursuite de la surveillance radiologique au-delà de 5 ans.

Commentaires

1. Il s'agit d'une étude rétrospective à partir d'une *data-base* prospective, ayant inclus un nombre important de patients, mais sur une période longue de plus de 20 ans. Par conséquent, les groupes de patients ne sont pas homogènes, tous n'ont pas eu le même suivi radiologique, du fait des progrès de l'imagerie.
2. Les raisons pour arrêter la surveillance avant 5 ans ne sont pas clairement expliquées. Était-ce pour résection chirurgicale, ou lié au choix du patient ? Au cours de la surveillance, une augmentation de taille de la lésion kystique a été constatée chez 25 % des patients, et une résection chirurgicale a été réalisée chez 11 %, soit 262 patients dont 214 dans le groupe surveillance de moins de 5 ans.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvisc Surg.2017.10.004>.

[☆] 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 : goere@igr.fr (D. Goéré).

3. Toutes ces données obscurcissent le message de cette étude. La question était de savoir si une surveillance au-delà de 5 ans était nécessaire lorsque la lésion kystique était jugée stable en taille. Quatre cent douze patients répondaient à ce critère. Parmi ces patients, 20 (5 %) ont eu une résection et un cancer a été diagnostiqué chez 4 (1 %), taux qui est décrit comme supérieur à celui de la population générale et qui justifie par conséquent une poursuite de la surveillance.
4. Par ailleurs, les auteurs ont inclus dans l'analyse toutes les lésions kystiques du pancréas, mais il s'agissait majoritairement de TIPMP à l'examen anatomopathologique des lésions réséquées. Les conclusions sur la poursuite de la surveillance au-delà de 5 ans s'adressent peut-être uniquement aux TIPMP. Ce qui est en accord avec les recommandations récentes du consensus international de Fukuoka [2] : il est recommandé de poursuivre la surveillance des lésions de TIPMP tant que l'état général du patient permet d'envisager une chirurgie. La surveillance repose sur la TDM, l'IRM et l'échoendoscopie en alternance.
5. Il faut retenir les critères actuels « inquiétants » lors du diagnostic radiologique de TIPMP : (1) taille > 3 cm, (2) nodule mural prenant le contraste < 5 mm, (3) parois épaissies/prenant le contraste, (4) diamètre du canal pancréatique principal de 5–9 mm, (5) sténose du canal principal avec atrophie pancréatique, (6) adénopathie, (7) élévation du CA 19-9 sérique, (8) augmentation du diamètre de la lésion kystique > 5 mm/2 ans. En présence d'un de ces critères, il est nécessaire de compléter le bilan par une échoendoscopie et de proposer un traitement chirurgical en cas de nodule mural > 5 mm, suspicion d'envahissement du canal principal, de cytologie positive ou suspecte. En l'absence de ces critères, chez un patient jeune, un diamètre > 3 cm devra faire également discuter une résection chirurgicale.

Références

- 1 Gastroenterology 2015;148:819–822.
- 2 Pancreatology 2017. pii:S1424-3903(17)30516-1.

■ Résultats d'un essai randomisé multicentrique sur le drainage abdominal après pancréatectomie gauche

Van Buren G, Bloomston M, Schmidt CR, et al. A prospective randomized multicenter trial of distal pancreatectomy with and without routine intraperitoneal drainage (NCT01441492). Ann Surg 2017;266:421–31.

Le drainage au cours des pancréatectomies gauches reste un sujet débattu. Les résultats d'un essai randomisé publié en 2014 étaient en faveur d'un drainage prophylactique placé en peropératoire après duodéno pancréatectomie, en raison d'une augmentation du taux de mortalité postopératoire chez les patients non drainés [1]. Dans la plupart des études portant sur l'intérêt du drainage intra-abdominal après pancréatectomies, les résections pancréatiques gauches sont mélangées aux duodéno pancréatectomies, et en nombre faible. Il s'agit du premier essai randomisé évaluant l'intérêt du drainage spécifiquement au cours d'une pancréatectomie gauche. Cette étude a été présentée au congrès annuel de l'American Surgical Association (ASA) en 2017. L'objectif de ce travail était de démontrer que l'absence de drainage intra-abdominal après pancréatectomie gauche n'augmentait le taux de complications postopératoires de grade ≥ 2 à 60 jours.

Il s'agit d'un essai randomisé multicentrique ($n = 14$). Les taux et types de complications à 60 jours et le taux de mortalité à 90 jours étaient enregistrés. L'effectif nécessaire était calculé pour détecter une différence d'au moins 15 % pour le taux de complications ≥ 2 , entre les 2 groupes. Les patients étaient stratifiés sur la texture du pancréas (mou ou ferme) et sur la technique opératoire (laparotomie ou laparoscopie).

Au total, 344 patients ont été randomisés en préopératoire : 174 avec drainage et 170 sans drainage. Les 2 groupes étaient comparables en termes de données démographiques, comorbidités, IMC, étiologie, diamètre du canal de Wirsung, texture du pancréas, technique opératoire. Le taux de complications ≥ 2 était similaire entre les 2 groupes : 44 % vs 42 %, $p = 0,80$. Le taux de fistule pancréatique et de mortalité postopératoire étaient également similaires, respectivement 18 % et 12 % ($p = 0,11$) et 0 % vs 1 % ($p = 0,24$). Deux décès sont survenus, tous 2 dans le groupe sans drainage. Le taux de collections intra-abdominales était supérieur dans le groupe sans drainage (9 % vs 22 %, $p = 0,0004$). Il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes concernant : le recours à une imagerie postopératoire, le placement d'un drain percutané, le taux de réinterventions, de réadmissions et les scores de qualité de vie.

Les auteurs concluent que les suites postopératoires après pancréatectomie gauche avec ou sans drainage intra-abdominal peropératoire sont comparables.

Commentaires

1. Il s'agit du 4^e essai randomisé évaluant l'intérêt du drainage abdominal systématique après pancréatectomie, et du 1^{er} spécifiquement ciblé sur les pancréatectomies gauches. Les études précédentes avaient essentiellement inclus des patients ayant eu une duodéno pancréatectomie. Pour 2 de ces études, le drainage systématique n'apportait pas de bénéfice [1,2]. Alors que dans l'étude la plus récente, une augmentation de la mortalité en l'absence de drainage était rapportée [3].
2. Initialement, les 2 types de pancréatectomies (DPC et pancréatectomie gauche) étaient inclus. En raison d'une augmentation de la mortalité dans le groupe DPC sans drain, l'étude a été stoppée en décembre 2012 [3]. Puis, l'étude a été modifiée, et ciblée uniquement sur les pancréatectomies gauches en raison de la probable moindre gravité des fistules après pancréatectomie gauches ; du fait de l'absence de contamination digestive, et d'anastomose biliaire. Ceci explique la durée d'inclusion longue, de plus de 5 ans.
3. La méthodologie de cette étude est d'excellente qualité, ainsi que le contrôle de qualité. La randomisation était faite en préopératoire et seule une déviation peropératoire (groupe pas de drain vers drain) a été constatée. Les 2 groupes étaient bien équilibrés notamment sur la texture du pancréas, la technique de fermeture de la tranche (agrafes dans 71 % des cas), IMC, le taux de gestes chirurgicaux supplémentaires (25 %).
4. Seuls des centres experts (au moins 50 résections pancréatiques par an) ont participé à cette étude, ce qui peut représenter un biais. Le taux de complications postopératoires en l'absence de drainage systématique serait-il identique dans des centres de petit volume ? À cette question, le Dr Van Buren a répondu lors du congrès ASA, qu'il recommandait de maintenir un drainage prophylactique systématique dans 2 situations : dans les centres où une équipe expérimentée de radiologues interventionnels n'était pas disponible 24 h/7j et

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8728811>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8728811>

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