

**Dissection 003bis - Mars 2021, écrite par :**  
Dr Delphine Gastineau et Dr Raffaele Brustia

**Type :** essai randomisé prospectif

**Journal :** JAMA surgery 2020 Nov 4:e205050

**Impact factor :** 13.6

**Mots clés :** métastases hépatiques de cancer colo rectal, approche antérieure, hépatectomie droite conventionnelle, cellules tumorales circulantes

**Originalité :** ++

## Anterior Approach vs Conventional Hepatectomy for Resection of Colorectal Liver Metastasis

*Auteurs : Nuh N Rahbari 1 2, Emrullah Birgin 3, Ulrich Bork 4, Arianeb Mehrabi 1, Christoph Reißfelder 1 2, Jürgen Weitz 4*

*1 Department of General, Visceral and Transplantation Surgery, University of Heidelberg, Heidelberg, Germany.*

*2 now affiliated with Department of Surgery, Universitätsmedizin Mannheim, Medical Faculty Mannheim, Heidelberg University, Mannheim, Germany.*

*3 Department of Surgery, Universitätsmedizin Mannheim, Medical Faculty Mannheim, Heidelberg University, Mannheim, Germany.*

*4 Department of Gastrointestinal, Thoracic and Vascular Surgery, University Hospital Carl Gustav Carus at the Technische Universität Dresden, Dresden, Germany.*

### Résumé de l'article

Points essentiels : Malgré que la chirurgie hépatique soit l'un des piliers de la prise en charge multimodale des métastases hépatiques d'origine colorectale (MHCCR), le risque de récurrence et de survie à long terme semble lié à la présence de cellules tumorales circulantes (CTC). L'approche chirurgicale classique (AC) d'une hépatectomie droite (mobilisations du foie droit suivie de transection) semble augmenter la dissémination des CTC, associées à un important risque de récurrence tumorale. Des études rétrospectives à faible effectif semblent indiquer que l'approche antérieure (AA : transection première, suivie de mobilisation du foie droit) était associée à une diminution de CTC et à une meilleure survie, comparée à l'AC.

Cet essai monocentrique allemand randomisé, contrôlé et en aveugle, comparant l'AA versus AC lors d'une hépatectomie droite sur une population cible de patients atteints de MHCCR, avait pour objectif principale le taux de CTC sur des prélèvements sanguins immédiatement après résection. Sur la base de précédentes études estimant le taux de patients avec CTC à 50% lors de l'AC et à 20% en cas de AA, les Auteurs ont estimé nécessaire un échantillon de n=56 patients par groupe (n=112 au total), pour observer une différence de 30% avec une puissance à 90% et risque alpha à 5%.

Sur une période de 9 ans (2003 - 2012) 80 sujets ont été inclus, mais le critère de jugement principale a été évalué que sur 43 patients : aucune différence du taux de patients avec CTC a été observée entre les groupes (AC : 5 sur 21 [24%] vs AA : 6 of 22 [27%]; p = 0.54). Aucune différence de survie à long terme, ni sur le taux de récurrence ont été observées. Les seules différences observées étaient sur la durée d'intervention et du clampage portal, plus longues en cas d'AA.

Commentaires : cette étude prospective et randomisée monocentrique ne permet pas de conclure sur un avantage en termes de taux de CTC, récurrence ou survie entre les deux techniques d'hépatectomie. En dépit du design bien conçu, avec un critère de jugement objectif et reproductible, sur une population cible bien définie, et avec un groupe de relecture du critère de jugement aveugle, cette étude mérite plusieurs observations. La première est relative à l'arrêt de l'étude pour futilité, lors d'une analyse intermédiaire à 67% des inclusions (n=75 sur 112). Cependant, seulement 43 patients ont été analysés (39% de l'échantillon) pour le critère de jugement principal : autrement dit, aucune conclusion ne peut être tirée de cette comparaison. La deuxième observation est relative au rôle des CTC plus que de la technique opératoire en soi, sur la mortalité (Présence de CTC à l'analyse de COX multivariée : HR, 2.18; 95% CI, 1.09-4.37; P = .03).

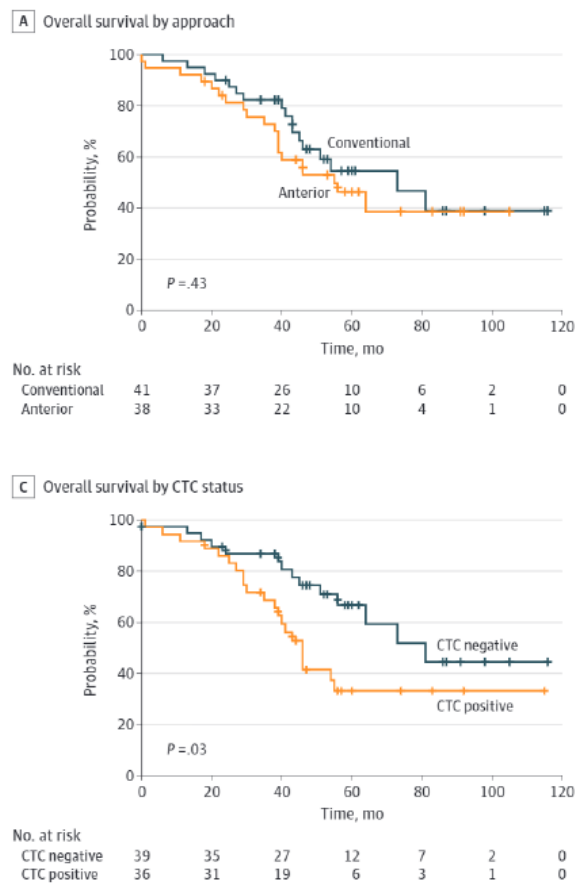
**Dissection 003bis - Mars 2021, écrite par :  
Dr Delphine Gastineau et Dr Raffaele Brustia**

Sur la base de cette étude bien désigné mais avec une puissance insuffisante, il n'est pas possible de conclure à un avantage de l'AA vs AC sur taux de CTC, survie globale ou sans récurrence. Les résultats observés cependant suggèrent que le rôle majeur soit joué plus par la biologie tumorale que par l'abord chirurgicale en soi.

## Conclusion

En conclusion, cette étude est la première à identifier une corrélation directe entre le volume hospitalier de chirurgie pancréatique et le taux de FTR après PD, quand bien même ce taux de MPO est faible après cette procédure. De plus, les auteurs proposent un concept intéressant de centralisation optimisée qui pourrait permettre une amélioration globale des résultats de la chirurgie pancréatique en France sans engendrer de majoration excessive des mouvements de patient ni de surcout pour les autorisées de santé.

**Figure 2. Kaplan-Meier Plots for Overall and Disease-Free Survival**



### Points faibles :

- puissance insuffisante, longue période d'inclusion

### Forces :

- randomisation, prospectif, population cible homogène, CJP pertinent, analyse intérimaire programmée.