



Catherine Courty Service de chirurgie digestive,
Dr Julie Périnel Hôpital Edouard Herriot, HCL, Lyon

Pancreaticojejunostomy With Externalized Stent vs Pancreaticogastrostomy With Externalized Stent for Patients With High-Risk Pancreatic Anastomosis
A Single-Center, Phase 3, Randomized Clinical Trial

Auteurs : Andrianello S, Marchegiani G, Malleo G, Masini G, Balduzzi A, Paiella S, Esposito A, Landoni L, Casetti L, Tuveri M, Salvia R, Bassi C

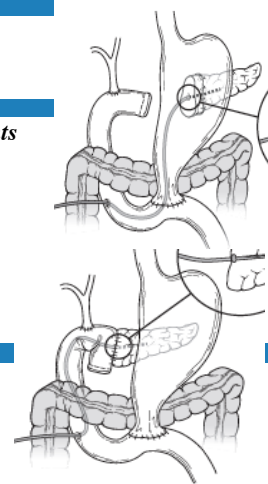
Journal : JAMA Surg. 2020; 155(4):313-321

Impact factor : 13.625

Type : Essai prospectif randomisé monocentrique

Originalité :

Mots clé : Pancreaticojejunostomy, pancreaticogastrostomy, postoperative pancreatic fistula, externalized stent



Différentes techniques d'anastomoses pancréatico-digestives ont été décrites au cours de la duodéno pancréatectomie céphalique (DPC) pour réduire le risque de fistule pancréatique postopératoire (FP). Deux techniques s'opposent dans la littérature: l'anastomose pancréatico-gastrique (APG) versus l'anastomose pancréatico-jéjunale (APJ). Les récentes méta-analyses, issues du groupe Cochrane et de l'IGSPS (1, 2), ne rapportent aucune différence significative entre les deux techniques sur le taux de FP et ne permettent pas de conclure quant à la meilleure stratégie à adopter.

Cette étude randomisée, contrôlée, a pour objectif de comparer l'APG vs l'APJ chez des patients à haut risque de FP (défini par un score de risque entre 7 et 10 (3)), avec pour critère de jugement principal le taux d'incidence de FP. Les auteurs ont fait le choix de ne pas administrer de somatostatine (STS) à visée prophylactique et de mettre systématiquement un drain trans-anastomotique externalisé (DTE), suite aux résultats d'une étude de cohorte, incluant 522 patients à haut risque de FP, et rapportant une diminution du taux de FP après APJ en présence de ces 2 facteurs (4).

Trente-six patients ont été randomisés dans chaque groupe. Il n'y avait pas de différence significative du taux de FP entre les 2 groupes (APG 50% vs APJ 38,9%; p=0,48). Les patients ayant bénéficiés d'une APJ avaient moins de complications majeures selon Clavien Dindo (APG 47,2% vs APJ 22,2%; p=0,047) et moins d'hémorragies de grade C (APG 11,1% vs APJ 2,8%; p=0,046). En cas de FP, les patients présentaient une morbidité relative moins importante après APJ (Average clinical burden: APG 0,39 vs APJ 0,25; p=0,04). Après APG, 47,2% des patients ont présentés une dysfonction du DTE contre seulement 25% dans le groupe APJ, avec une différence non significative. Le taux de FP était significativement plus élevé en cas de dysfonctionnement du DTE (65,4% vs 32,6%; p=0,01).

Cette étude prospective et randomisée, est la première à comparer l'APG vs l'APJ au cours de la DPC dans une population homogène de patients et suivant des techniques chirurgicales standardisées. Les auteurs ont inclus uniquement les patients à haut risque de FP, pour lesquels le bénéfice clinique attendu serait le plus important.

Les auteurs recommandent la réalisation d'une APJ chez les patients à haut risque de FP puisque cette dernière est associée à moins de complications majeures et moins d'hémorragies. En ce qui concerne le taux de FP, bien que la différence mise en évidence soit non significative, le taux de FP après APJ est divisé par deux comparativement au groupe APG. On peut légitimement se poser la question d'un résultat faussement négatif lié à l'inclusion d'un faible effectif.

Par ailleurs, nous n'avons pas connaissance de l'expérience des chirurgiens concernant le type d'anastomose réalisé. Ils sont présentés comme étant « familiers » avec les 2 techniques d'anastomoses sans que ce terme soit clairement défini. Selon une enquête internationale, seuls 10 % des chirurgiens réalisent une APG. Ainsi, il est possible que la supériorité de l'APJ soit liée à la courbe d'apprentissage du chirurgien.

L'hypothèse des auteurs de ne pas utiliser de STS à visée prophylactique et de placer systématiquement un DTE repose sur un faible niveau de preuve. Ils citent les résultats d'une seule étude de cohorte qui rapporte un bénéfice uniquement pour les APJ alors que les données de la littérature restent très discordantes. A contrario, l'ISGPS suggère un effet bénéfique de la STS. Enfin, les résultats rapportent un taux de FP significativement plus élevé en cas de dysfonctionnement du DTE. Or le taux de dysfonction du DTE est plus élevé après APG. On peut donc se demander si le taux élevé de FP après APG n'est pas lié en réalité au dysfonctionnement du stent plutôt qu'au type d'anastomose lui-même. Cette donnée constitue une source de biais et limite considérablement l'interprétation des résultats.

Qualités et Défauts :

- + : Essai clinique randomisé, population homogène,
- : Faible effectif, validité externe limitée

1. Cheng Y, Briarava M, Lai M et al. Cochrane Systematic Review. 12; 9(9):CD012257
2. Lyu Y, Li T, Cheng Y, et al. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2018;28(3):139-146
3. Callery MP, Pratt WB, Kent TS et al. J Am Coll Surg. 2013;216 (1):1-14
4. Ecker BL, McMillan MT, Asbun HJ, et al. Ann Surg. 2018;267(4): 608-616.