

**ACHBT**ASSOCIATION DE CHIRURGIE
HEPATO-BILIO-PANCREATIQUE
ET TRANSPLANTATIONwww.achbt.org

CLUB DE RECHERCHE CLINIQUE

SYNOPSIS SUJET D'ETUDE

A transmettre par mail au leader du groupe correspondant (Foie & Voies biliaires, Pancréas, Transplantation) et à club_recherche@achbt.org

THEMATIQUE :

PANCREAS

Promoteur	Pr Alexandre DOUSSOT
Coordonnateur de l'étude	Pr Alexandre DOUSSOT / Pr Mehdi EL AMRANI
Titre complet de la recherche	PANCréatectomie après gAstrojéjunostomie endoscopiKE (PANCAKE)
Justification et Pertinence de la recherche	<p>Une occlusion digestive haute d'origine maligne, notamment au niveau duodénal, est le plus souvent la conséquence d'un cancer péri-ampullaire, généralement duodénal ou pancréatique. Classiquement, le traitement nécessite la mise en place d'une endoprothèse duodénale ou la réalisation d'un court-circuit chirurgical. Les avancées récentes en endoscopie thérapeutique incluent désormais la gastro-jéjunostomie guidée par écho-endoscopie (EUS-GJ), utilisant une endoprothèse métallique à apposition luminale (lumen-apposing metal stent, LAMS), permettant de mettre en communication pour anastomoser ensemble deux lumières du tube digestif (1).</p> <p>En situation palliative, l'EUS-GJ a démontré sa supériorité en termes de sécurité et de traitement symptomatique de l'occlusion, avec une efficacité clinique prometteuse comparativement à la mise en place d'une endoprothèse duodénale ou à la gastro-jéjunostomie chirurgicale (2, 3).</p> <p>L'essor des traitements néoadjuvants, en particulier dans le cancer du pancréas, a significativement amélioré le pronostic de ces patients (4, 5). Dans ce contexte, l'EUS-GJ pourrait évoluer d'une option strictement palliative réservée aux formes non résécables vers une procédure de « bridge-to-surgery » chez des patients initialement jugés non résécables, mais secondairement candidats à une intervention chirurgicale (6, 7).</p> <p>À ce titre, des données concernant la faisabilité et la sécurité de cette approche sont nécessaires. Notamment, la mise en place d'une telle prothèse peut s'avérer problématique concernant la réalisation de la pancréatectomie, que ce soit en termes de difficultés de la pancréatectomie, de problématiques techniques à la phase de reconstruction ou de complications postopératoires. Par ailleurs, les détails au sujet de la gestion de cette anastomose endoscopique (conservation ou résection) seront recueillis et analysés spécifiquement car il existe peu de données sur l'évolution à long terme à la suite de cette intervention (8). Plus particulièrement, il est en théorie contre-indiqué de laisser en place une EUS-GJ au long cours.</p>



À ce jour, les données publiées se limitent principalement à des observations de cas (9-11).

L'objectif principal de cette étude de cohorte rétrospective est d'évaluer la faisabilité et la sécurité de la pancréatectomie chez les patients atteints de cancers péri-ampullaires après mise en place d'une EUS-GJ. Un intérêt particulier sera également porté à la gestion de l'anastomose gastrojéjunale en peropératoire.

Références

1. Ge PS, Young JY, Dong W, Thompson CC. EUS-guided gastroenterostomy versus enteral stent placement for palliation of malignant gastric outlet obstruction. *Surg Endosc.* 2019;33(10):3404-11.
2. Teoh AYB, Lakhtakia S, Tarantino I, Perez-Miranda M, Kunda R, Maluf-Filho F, et al. Endoscopic ultrasonography-guided gastroenterostomy versus uncovered duodenal metal stenting for unresectable malignant gastric outlet obstruction (DRA-GOO): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2025;10(6):e8-e16.
3. Maida M, Facciorusso A, Rizzo GEM, Ligresti D, Marchegiani G, Vitello A, et al. EUS-guided versus surgical gastroenterostomy for the management of malignant gastric outlet obstruction: A systematic review and meta-analysis. *Dig Liver Dis.* 2026.
4. Springfield C, Ferrone CR, Katz MHG, Philip PA, Hong TS, Hackert T, et al. Neoadjuvant therapy for pancreatic cancer. *Nat Rev Clin Oncol.* 2023;20(5):318-37.
5. Stoop TF, Theijse RT, Seelen LWF, Groot Koerkamp B, van Eijck CHJ, Wolfgang CL, et al. Preoperative chemotherapy, radiotherapy and surgical decision-making in patients with borderline resectable and locally advanced pancreatic cancer. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2024;21(2):101-24.
6. Vanella G, Tamburrino D, Capurso G, Bronswijk M, Reni M, Dell'Anna G, et al. Feasibility of therapeutic endoscopic ultrasound in the bridge-to-surgery scenario: The example of pancreatic adenocarcinoma. *World J Gastroenterol.* 2022;28(10):976-84.
7. Dell'Anna G, Nunziata R, Delogu C, Porta P, Grassini MV, Dhar J, et al. The Role of Therapeutic Endoscopic Ultrasound in Management of Malignant Double Obstruction (Biliary and Gastric Outlet): A Comprehensive Review with Clinical Scenarios. *J Clin Med.* 2024;13(24).
8. Taibi A, Durand Fontanier S, Derbal S, Lepetit H, Christou N, Fredon F, et al. What is the ideal indwelling time for metal stents after endoscopic ultrasound-guided gastrojejunostomy? Case report of delayed iatrogenic perforation with a review of the literature. *Dig Endosc.* 2020;32(5):816-22.
9. Vanella G, Tamburrino D, Dell'Anna G, Petrone MC, Crippa S, Falconi M, et al. Endoscopic ultrasound-guided gastrojejunostomy does not prevent pancreaticoduodenectomy after long-term symptom-free neoadjuvant treatment. *Endoscopy.* 2022;54(4):E143-E5.
10. Yu TZ, Agnihotri A, Zheng R, Bashir B, Nasher N, Yeo CJ, et al. Salvage endoscopic ultrasound-guided gastrojejunostomy as a bridge to definitive surgical therapy for duodenal adenocarcinoma presenting with duodenal stent obstruction. *Clin J Gastroenterol.* 2023;16(3):387-91.
11. De Rosa RV, Wallenhorst T, Robin F, Sulpice L. Preservation of EUS-guided gastrojejunostomy LAMS during pancreaticoduodenectomy: a paradigm shift in the surgical management of borderline resectable pancreatic cancer. *Updates Surg.* 2025.



Objectifs	<ol style="list-style-type: none">1. Évaluer la faisabilité et la sécurité de la pancréatectomie chez les patients atteints de cancers péri-ampullaires après mise en place d'une EUS-GJ2. Décrire les modalités techniques de gestion de l'EUS-GJ en peropératoire (conservation vs. Résection)
Type d'étude	Étude de cohorte rétrospective multicentrique française
Population	Tout patient opéré d'une pancréatectomie et porteur d'une EUS-GJ mise en place en préopératoire de 2015 à 2025
Calcul d'effectif / Taille de l'échantillon	Non applicable
Critères de jugement	Mortalité Morbidity globale à 90 jours Complications spécifiques liées à l'EUS-GJ <ul style="list-style-type: none">- Préopératoires- Peropératoires- Postopératoires à 90 jours et 1 an (en cas de conservation de l'EUS-GJ)
Durée de l'étude	Les premières poses de EUS-GJ datent des années 2010 et sont limitées à très peu de centres mais son usage s'est vraiment démocratisé plus récemment, il est justifié de s'intéresser aux 10 dernières années. Durée d'étude : Janvier 2015- Décembre 2025
Déroulement de l'étude	Deadline recueil 30 septembre 2026 Données à retourner à Dr Maxime Constant (constant70@hotmail.fr) et Alexandre Doussot (lex.doussot@yahoo.com) Analyse et écriture = 3 mois
Remarques	