



Dr Edouard Girard
Pr Mircea Chirica

CHU Grenoble

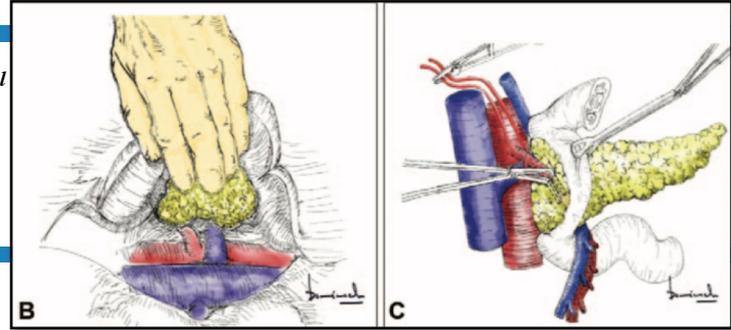
Does the Artery-first Approach Improve the Rate of R0 Resection in Pancreatoduodenectomy? A Multicenter, Randomized, Controlled Trial

Auteurs : Luis Sabater, Esteban Cugat, Alejandro Serrablo, ... , Constantino Fondevila and Javier Padillo.

Journal : Annals of Surgery, 2019, 270 (5)
Impact factor : 9.48

Type : Série prospective multicentrique randomisée

Originalité : 



La résection R0 permet de diminuer le taux de récurrence et d'augmenter la probabilité de survie à long terme après Duodéno-Pancréatectomie Céphalique (DPC) pour cancer du pancréas. La marge artérielle au niveau de l'Artère Mésentérique Supérieure (AMS) est le site le plus fréquemment R1 ; il s'agit d'un facteur de mauvais pronostic établi [1]. L'abord premier de l'AMS est principalement utilisé pour évaluer la résectabilité en cas de doute sur l'envahissement vasculaire. Selon certaines équipes, cette technique permettrait une dissection plus méticuleuse des plans péri-artériels et de la lame rétroporte, permettant d'augmenter le taux de résection R0. L'avantage de cette technique par rapport à la procédure standard n'est actuellement pas prouvé, et il n'a été évalué que dans des études de cohortes rétrospectives. L'objectif de cet essai prospectif randomisé multicentrique espagnol est de comparer le taux de R0 entre les 2 techniques, en cas de DPC réalisée pour une tumeur maligne céphalique ou périampullaire. Une résection était considérée comme R0 lorsque la marge tumorale était >1mm.

Sur une période de 2 ans (2016-17), 179 patients ont été randomisés en pré-opératoire, 153 patients ont été analysés après exclusion des patients qui présentaient des extensions tumorales en dehors des critères d'inclusion. Le taux de R0 était de 77,3% et 67,9% pour l'abord standard et l'abord premier de l'AMS respectivement, sans différence significative entre les groupes (NS). Dans le sous-groupe des adénocarcinomes (n=87), le taux de R0 était également NS (57,9% versus 58,8% respectivement). 22,7 % versus 32,1% (NS) avaient au moins une marge positive, le plus fréquent étant la marge circonférentielle postérieure. Il n'y avait pas de différence en termes de morbidité globale postopératoire (73,3% vs 67,9%). Aucune différence n'était montrée concernant les complications spécifiques (gastroparésie, fistule pancréatique, fistule biliaire, hémorragie etc...), ni en termes de réopération, durée d'hospitalisation ou réadmission.

Il s'agit de la première étude multicentrique randomisée contrôlée comparant le taux de R0 en fonction de 2 techniques chirurgicales. Deux facteurs ont contribué au récent engouement pour l'abord premier de l'AMS : les critères de résectabilité locaux sont passés de l'invasion veineuse à artérielle, et une meilleure compréhension de l'importance de marges de résections limitées par le bord latéral de l'AMS. Dans la littérature, plusieurs avantages potentiels ont été attribués à cette technique: un nombre augmenté de ganglions dans le curage, une durée opératoire plus courte, des pertes sanguines et transfusions moins importantes. Néanmoins ces avantages n'ont jamais été démontrés dans les études rétrospectives de cohorte ou cas-témoin. Une méta-analyse récente, incluant 17 études, objective une différence significative en faveur de l'abord premier de l'AMS pour les pertes sanguines, le taux de transfusion et la morbidité postopératoire. En dépit d'avantages théoriques et de preuves issues d'études de faible niveau, cette étude randomisée contrôlée multicentrique ne retrouve pas de différence en termes de taux de R0 et de complications postopératoires après DPC pour les adénocarcinome ou tumeur péri-ampullaire. La technique de l'abord premier de l'AMS reste néanmoins toujours recommandée en cas de doute sur l'envahissement de la lame rétroportale (accord d'experts) [2], et garde un avantage en cas d'envahissement veineux nécessitant résection et reconstruction [3]. Cette étude présente une méthodologie simple et bien cadrée, avec pour avantage de poser une question et d'y répondre.

Qualités et Défauts :

+ : Une question, une réponse ! Bonne méthodologie.

- : RAS

[1]. Ghaneh P, Kleeff J, Halloran CM, et al. The impact of positive resection margins on survival and recurrence following resection and adjuvant chemotherapy for pancreatic ductal adenocarcinoma. *Ann Surg.* 2017;269:520-529.

[2]. Digestive oncology: surgical practices. Guidelines of the French Society of Digestive Surgery and the French Association of Hepatobiliary Surgery and Liver Transplantation. *J Chir* 2009;146(Suppl2):s38-42

[3]. Pessaux P, Varma D, Arnaud JP. Pancreaticoduodenectomy: superior mesenteric artery first approach. *J Gastrointest Surg.* 2006;10:607-611.