

Pancreatogastrostomy Versus Pancreatojejunostomy for RECONstruction After PANCreatoduodenectomy (RECOPANC, DRKS 00000767)

Est-ce que la chimiothérapie pré-opératoire peut influencer le taux de fistule ?

L'effet de la chimiothérapie n'a pas été évalué et la randomisation permet de répartir les patients de manière équivalente entre les 2 groupes.

Pour certains patients, le type de reconstruction a été modifié par le chirurgien (à l'encontre du bras de randomisation) ?

C'est pour cette raison que sont présentés les résultats en intention de traiter (ITT) et en per-protocole (PP). On pourrait donc critiquer le fait d'avoir choisi une randomisation pré-opératoire. Les résultats en ITT et PP sont cependant identiques.

Idéalement, il faudrait une pré-inclusion pré-opératoire et une randomisation per-opératoire avec cependant un taux de contre-indication per-opératoire très important dans cette étude (environ ¼ des patients).

Les techniques de reconstruction n'étant pas standardisées, les résultats peuvent-ils être biaisés ?

Cela montre bien la difficulté des études chirurgicales où le côté technique peut avoir une part importante. Donc oui, il existe dans l'absolu un biais même s'il est probable que la fistule pancréatique soit liée aux facteurs intrinsèques du patient. De plus, rappelons qu'il s'agit de centres à haut volume.

Que penses-tu des chiffres de mortalité, très élevés par rapport aux données habituelles de la littérature ?

Cela est peut-être le reflet véritable de l'activité clinique quotidienne...

Quelle est ta conclusion ? Quelle technique choisis-tu et dans quelles conditions ?

Il n'existe pas d'analyse en sous-groupe selon la texture du pancréas. En cas de pancréatite ou de pancréas dur, une PJ sans hésitation. En cas de pancréas à haut risque de fistule, je ferais plutôt une anastomose PG.