



## Les points essentiels

## L'article

Le rôle du drainage abdominal dans la chirurgie pancréatique reste encore basé sur des habitudes sans réel fondement scientifique. Le substratum scientifique du drainage abdominal repose sur la possibilité d'un drainage externe en cas de fistule pancréatique, diminuant la gravité de cette complication. Cependant un travail de Conlon dans une étude prospective randomisée démontrait que le drainage était inutile voir délétère.<sup>1</sup> Depuis aucune étude prospective randomisée n'a confirmé ce travail. Cette étude prospective randomisée remet encore une fois en cause l'aspect délétère du drainage non pas en comparant patient drainé et non drainé mais tout simplement en comparant un drainage court de 3 jours à un drainage plus long de 5 jours ou plus. C'est une étude prospective randomisée unicentrique effectuée sur 184 patients. Seul 114 patients ont pu être randomisés en fonction du dosage initial d'amylase et de lipase dans le drain externe après chirurgie pancréatique (57 patients dans chaque groupe). Il y avait autant de duodéno pancréatectomie ou de pancréatectomie gauche dans chaque groupe. La technique chirurgicale était standardisée pour les deux groupes avec une anastomose pancréatico-jéjunale et une conservation pylorique. Aucun stent externe ni interne n'a été utilisé pour la confection de l'anastomose pancréatico-jéjunale. Si le patient avait un dosage de moins de 5000 UI, le patient était randomisé avec une ablation à J3 ou à J5. Un second dosage d'amylase était réalisé dans le drain A J5 chez les patients inclus dans le deuxième groupe. Si l'amylase est <à 200UI, le drain était alors retiré, sinon il était laissé en place en fonction de la clinique. Les résultats de cette étude sont édifiants. En effet, le taux de fistule pancréatique était significativement plus important dans le groupe : retrait plus tardif du drain (26,3% vs 1,8%, p=0,0004). Mais ce taux est aussi associé à un taux significativement plus élevé de complications abdominales et pulmonaires (52,6% vs 12,5-26% ; p=0,001) avec pour corolaire une augmentation significative de la durée d'hospitalisation et par conséquent du coût hospitalier. Ces résultats ont été confirmés par une analyse univariée qui permet d'observer les facteurs de risques habituels de fistule pancréatique ainsi que la modification de la taille du diamètre du canal pancréatique principal et la qualité du parenchyme pancréatique, la dénutrition, et surtout l'ablation précoce du drain. L'analyse multivariée confirme que l'ablation tardive du drain abdominal est un facteur de risques indépendant de fistules pancréatiques

## Rédacteur

## Le point de vue

Dr Mehdi OUAISSI,

Service de chirurgie digestive et oncologique, CHU La Timone, 264 Rue Saint Pierre, 13385 Marseille Cedex

## Commentaires

Ce travail remet de nouveau en cause la validité d'un drainage abdominal et surtout le moment de l'ablation de celui-ci en chirurgie pancréatique. La question posée est : quand retirer le drain ? -Au moment où il ne donne plus?-Lorsque le dosage de l'amylase dans les drains est complètement négatif ? -En fonction du TDM de contrôle ?

La sélection initiale des malades pose problème puisque 70 des 184 malades enrôlés ont été exclus de l'étude (38%). Les causes de l'exclusion étaient une fistule biologique dans 27% des cas mais aussi l'apparition de fistules cliniques ou d'hémorragie dans 20 cas (10%). Dans les études prospectives randomisées le groupe des patients exclus est souvent intéressant à analyser. En effet, le drain a-t-il pu permettre de reprendre rapidement certains patients pour une hémorragie active?. Les complications précoces sont plus importantes que dans la littérature et ont peut être été mises en évidence par le drainage. Mais on peut aussi se demander comment le choix de la durée du drainage a été choisi car un drainage prolongé de 5 jours n'est pas forcément considéré comme long. Par ailleurs, plutôt que de choisir drainage long ou court pourquoi tout simplement ne pas choisir drainage ou non en fonction des constatations opératoires. Et c'est là toute la difficulté, la prévision du risque de fistules pancréatiques avec précision! Par ailleurs, la proportion de drainage biliaire préopératoire manque variable pouvant modifier la morbidité. De même, il faudrait essayer de séparer les DPC des pancréatectomies gauches où un certain nombre d'études démontrent que pour la pancréatectomie gauche, le drain est retiré souvent avant l'apparition d'une fistule pancréatique. Même si la définition des fistules pancréatiques correspond à celle de « l'international study group of pancreatic fistula (ISGPF) <sup>4</sup> », il n'en reste pas moins que parmi tous ces patients ,certains n'ont pas eu de TDM de façon systématique, et que l'on peut se demander si l'apport d'un TDM à 7 jours aurait peut être modifié l'incidence des taux de fistules pancréatiques. En effet, il y a un taux très faible (1,8 %) de fistules pancréatiques dans le groupe drainage de courte durée. L'article prospectif randomisé unicentrique est intéressant dans la problématique initiale posée sans que les conclusions puissent être associées à un changement de nos pratiques. Malgré l'originalité de cet article, les conclusions ne sont pas applicables pour une pratique quotidienne. Le drainage reste encore une habitude, 96 % de drainages dans le rapport de l'AFC et reste encore un standard.

**Type** article prospectif randomisé unicentrique

**Domaines** Pancréas

**Originalité**



## Qualités & défauts

Il est difficile de croire qu'une étude prospective randomisée excluant plus de 30 % de malades puisse avoir des conclusions exploitables pour des séries de patients hétérogènes.

## A lire absolument

1. Conlon KC, Labow D, Leung D, et al. Prospective randomized clinical trial of the value of intraperitoneal drainage after pancreatic resection. *Ann Surg* 2001; 234(4):487-93; discussion 493-4.
2. Bassi C, Dervenis C, Butturini G, et al. Postoperative pancreatic fistula: an international study group (ISGPF) definition. *Surgery* 2005; 138(1):8-13.

## Références

**Titre**

Early Versus Late Drain Removal After Standard Pancreatic Resections  
Results of a Prospective Randomized Trial

**Auteurs**

Claudio Bassi, MD, FRCS,\* Enrico Molinari, MD,\* Giuseppe Malleo, MD,\* Stefano Crippa, MD,\*Giovanni Butturini, PhD,\* Roberto Salvia, PhD,\* Giorgio Talamini, MD,† and Paolo Pederzoli, MD\*

**Journal**

*Ann Surg* 2010;252: 207–214

**IF**

IF: 7.9

