

Éditorial

Débat : Pour ou contre le drainage biliaire avant duodéno pancréatectomie pour cancers ?

L'ictère rétionnel est le symptôme le plus fréquent d'un néoplasme de la tête du pancréas. Le drainage biliaire préopératoire, initialement introduit dans le but d'améliorer les suites opératoires [1], offre un bénéfice incertain, surtout rapporté par des études non contrôlées de la littérature. Une nouvelle étude randomisée publiée dans le *New England Journal of Medicine* (NEJM) [2] ravive la controverse. Après une analyse factuelle du design et des résultats de ce travail, nous proposons nos commentaires, parfois opposés, avant de tenter « la conciliation » dans une synthèse acceptable par tous !

Patients et méthodes : Cet essai randomisé multicentrique a comparé, chez 202 patients porteurs d'un ictère obstructif avec taux de bilirubinémie entre 40 et 250 $\mu\text{mol/l}$, le drainage biliaire préopératoire pour 4 à 6 semaines avant la chirurgie ($n = 106$) vs chirurgie première dans la semaine suivant le diagnostic ($n = 96$) [2]. Six (6) patients ont été exclus de l'analyse du fait d'un non respect des critères d'inclusion ($n = 4$) ou d'un retrait du consentement ($n = 2$). Le drainage biliaire préopératoire était tenté primitivement par cathétérisme rétrograde endoscopique et mise en place de prothèse. L'objectif primaire était le taux de complications sévères dans les 120 jours suivant la randomisation.

Résultats : Les taux de complications sévères étaient de 39 % ($n = 37$) dans le groupe chirurgie précoce vs 74 % ($n = 75$) dans le groupe drainage biliaire (RR = 0,54 ; IC à 95 % : 0,41-0,71 ; $p < 0,001$). Le drainage biliaire préopératoire était un succès dans 94 % des cas ($n = 96$) après un ou plusieurs essais, avec des complications dans 46 % des cas ($n = 47$), essentiellement cholangite, nécessité de changement de prothèse, occlusion de celle-ci. Les complications liées à la chirurgie sont survenues dans 37 % des cas ($n = 35$) dans le groupe chirurgie vs 47 % ($n = 48$) dans le groupe drainage biliaire préopératoire (RR = 0,79 ; IC à 95 % : 0,57-1,11 ; $p = 0,14$), essentiellement de type gastroparésie, fistule pancréatique, infection de paroi. La mortalité (7 %) et la durée d'hospitalisation ne différaient pas significativement entre les groupes. Le taux de réadmission pour complication était significativement plus élevé dans le groupe drainage vs chirurgie première (39 % vs 19 %).

■ Le point de vue du chirurgien (Christophe Mariette – Lille)

Cet essai randomisé confirme les résultats de deux méta-analyses d'essais randomisés et une revue de la littérature [3,4]. Le taux de complications plus élevé dans le groupe drainage biliaire est dû, en partie, aux complications de la procédure elle-même.

Il n'y a donc plus lieu de drainer, de façon systématique, les voies biliaires avant duodéno pancréatectomie céphalique pour cancer, sous réserve de pouvoir opérer le patient rapidement (en moyenne 1,2 semaine dans cet essai) du fait : (i) d'un taux de complications postopératoires pas moins élevé après drainage ; (ii) des complications propres au drainage ; et (iii) une tendance à plus de complications infectieuses postopératoire dans le groupe drainage. La bile infectée a effectivement déjà été identifiée comme facteur de risque de complication infectieuse postopératoire.

En étant rigoureux, le drainage se faisant, dans cette étude, par voie endoscopique rétrograde, on ne peut conclure sur le non intérêt du drainage radiologique percutané. Néanmoins, on voit mal comment un geste, *a priori* techniquement plus difficile, pourrait amener, dans ce contexte, un quelconque bénéfice.

■ Le point de vue de l'endoscopiste (Bertrand Napoléon – Lyon)

On peut se demander pourquoi cet article a été accepté dans le NEJM : il enfonce un certain nombre de portes ouvertes déjà largement débattues depuis 30 ans sans apporter aucune information complémentaire qui permettrait de mettre ce sujet à jour :

- En 2002, la première méta-analyse des études de la littérature incluait, entre autres, 5 études contrôlées randomisées (datant, pour la plupart, des années 80). Les conclusions étaient sans appel : « *le drainage biliaire préopératoire des cancers de la tête du pancréas n'a pas de bénéfice direct pour le patient, et il ne faut pas le réaliser chez un patient opérable d'emblée.* » Les 5 séries retrouvaient une diminution de la morbidité postopératoire proprement dite dans le groupe avec drainage préopératoire mais avec une morbidité globale plus importante liée aux complications résultant de ce même drainage. Les complications liées au drainage (60 % par CPRE, 40 % par voie radiologique) comportaient : 27 % de complications liées au geste (6 % de perforation, 10 % d'hémorragie, 11 % de pancréatite) et 34 % de problèmes infectieux secondaires liés à une dysfonction de la prothèse.
- Dans la série du NEJM, les complications liées au drainage sont plus faibles et proches de nos pratiques (7 % de pancréatite, 2 % de perforation, 2 % d'hémorragie). Le pourcentage de complications liées à un dysfonctionnement de prothèse est plus difficile à préciser. Trente pour cent (30 %) des patients ont bénéficié d'un changement de prothèse, 26 % ont présenté une angiocholite, mais on ne connaît pas le croisement entre ces deux groupes. La durée moyenne de stenting était, quoi qu'il en soit, plus élevée ici (5 semaines de moyenne vs 2 semaines dans la méta-analyse), ce qui ne peut qu'avoir majoré les complications infectieuses. La morbidité postopératoire était identique dans les deux groupes dans la série du NEJM (soit des résultats un peu plus défavorables que dans la méta-analyse, conséquences possibles du long stenting et des risques infectieux majorés). Fort logiquement, la même conclusion en découle : il n'y a pas d'intérêt à un stenting préopératoire si le patient est opérable...
- Que d'argent et d'énergie dépensés pour ce résultat déjà connu ! Ce que l'on attendait d'une nouvelle série ne résidait pas là : dans l'intervalle, les prothèses métalliques, couvertes ou non, sont apparues et ont révolutionné le risque infectieux. Un mois après un stenting biliaire, on passe ainsi d'un risque de dysfonction de prothèse de 10-20 % avec les prothèses plastiques (voire plus dans les séries sus-citées) à un risque de 1 à 4 % [5] ! Cela est, bien sûr, de nature à changer fondamentalement les résultats du groupe avec drainage préopératoire. Il est, par ailleurs, évident que l'intérêt du drainage est de préparer le patient à une chirurgie à risque. Cela devrait donc, logiquement, concerner des patients jugés fragiles sur des critères objectifs de gravité, ce qui n'a pas été le cas dans cette étude : pourquoi drainer les patients avec 40 mmol/l de bilirubine, et exclure ceux avec plus de 250 mmol/l de bilirubine ?
- Le problème reste ouvert. Il faut certainement opérer d'emblée les patients en bon état général, non infectés et qui peuvent bénéficier rapidement de la chirurgie. Pour les autres, le drainage préopératoire par cathétérisme reste à discuter (en attendant une vraie « nouvelle » étude) mais sous conditions : prothèse métallique courte impérative (restant au moins 2 cm en dessous du hile) ; prise en charge médicale pour améliorer l'état général et nutritionnel ; chirurgie uniquement différée le temps de la préparation.

Finalement, après analyse de travail controversée, peut-on concilier les positions ? La réponse est certainement positive. Alors que cette nouvelle étude n'apporte pas d'éléments très nouveaux au débat du drainage biliaire préopératoire chez les patients présentant un cancer de la tête du pancréas opérable, nous pourrions retenir que celui-ci doit être évité chez les patients en bon état général et non infectés pouvant être opérés rapidement. Il doit être discuté dans les autres cas, et faire alors appel impérativement à une prothèse biliaire métallique courte. »

■ Références

1. Van der Gaag NA, Kloek JJ, de Castro SM, Busch OR, van Gulik TM, Gouma DJ. Preoperative biliary drainage in patients with obstructive jaundice: history and current status. *J Gastrointest Surg* 2009;13:814-20.
2. Van der Gaag NA, Rauws EA, van Eijck CH, et al. Preoperative biliary drainage for cancer of the head of the pancreas. *N Engl J Med* 2010;362:129-37.
3. Wang Q, Gurusamy KS, Lin H, Xie X, Wang C. Preoperative biliary drainage for obstructive jaundice. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;3:CD005444.
4. Sewnath ME, Karsten TM, Prins MH, Rauws EJ, Obertop H, Gouma DJ. A meta-analysis on the efficacy of preoperative biliary drainage for tumors causing obstructive jaundice. *Ann Surg* 2002;236:17-27.
5. Kahaleh M, Brock A, Conaway MR, Shami VM, Dumonceau JM, Northup PG, Tokar J, Rich TA, Adams RB, Yeaton P. Covered self-expandable metal stents in pancreatic malignancy regardless of resectability: a new concept validated by a decision analysis. *Endoscopy* 2007;39:319-24.