

Prévention des fistules après résection pancréatique

Définition

- Grande variabilité des définitions
- Ecoulement de liquide pancréatique pendant plus de 2 semaines (Zinner), 7 à 10 jours (Papachristou)
- Amylase élevée (>3 N) dans le liquide de drainage supérieur à 10 mL par jour après 3 jours post-opératoires
- Ecoulement supérieur à 50 mL par jour persistant après 10 jours avec un taux d'amylase supérieur à 5 N
- Définition radiologique

Fréquence

- 10 à 20% des duodéno pancréatectomies céphaliques selon les séries
- 10% des pancréatectomies gauches
- Morbidité entre 8 et 40% selon les séries
- Mortalité 5%

Facteurs de risque

- Qualité du parenchyme pancréatique restant (Bartoli 1991)
 - Pancréatite chronique : 5%
 - Adénocarcinome pancréatique : 12%
 - Ampullome : 15%
 - Cancer du cholédoque : 33%
- Diamètre du Wirsung (Van Berge Henegouwen 1997)
 - Moins de fistule si >2 mm
- Durée de l'ictère choléstatique (Huguier 1993)
 - Endotoxines

Critères de gravité des fistules

- Débit fistuleux (Tashiro)
 - >100 mL/j : majeure
 - <40 mL/j : mineure
- Association à une fistule bilio-digestive
- Association à un état de choc infectieux, à un SDM_V (poumons, reins)

Moyens de prévention

- Modification du montage chirurgical
- Inhibition de la sécrétion pancréatique exocrine
- Modification de la consistance parenchymateuse

Inhibition de la sécrétion pancréatique exocrine

- **SOMATOSTATINE®**
 - Hormone polypeptidique 14 aa
 - $\frac{1}{2}$ vie : 2-3 min
 - Traitement des fistules pancréatiques
 - 6 mg/24h soit 0,25 mg/h PSE
- **SANDOSTATINE®** octréotide
 - Polypeptide 8 aa
 - $\frac{1}{2}$ vie : 100 min
 - Prévention des fistules pancréatiques
 - 100 μ g \times 3/24h sous-cutané
- **SOMATULINE®** lanréotide
 - Analogue à libération prolongée
 - Pas d'AMM en chir digestive

Effets digestifs de la somatostatine et de ses analogues

- Inhibition :
 - Sécrétion endocrine (insuline, glucagon, gastrine, sécrétine, VIP)
 - Sécrétion exocrine (gastrique, pancréatique)
 - Motricité digestive
 - Absorption digestive des nutriments
 - Débit sanguin splanchnique
- Stimulation :
 - Absorption eau et électrolytes

Essais Somatostatine ou Octréotide vs placebo

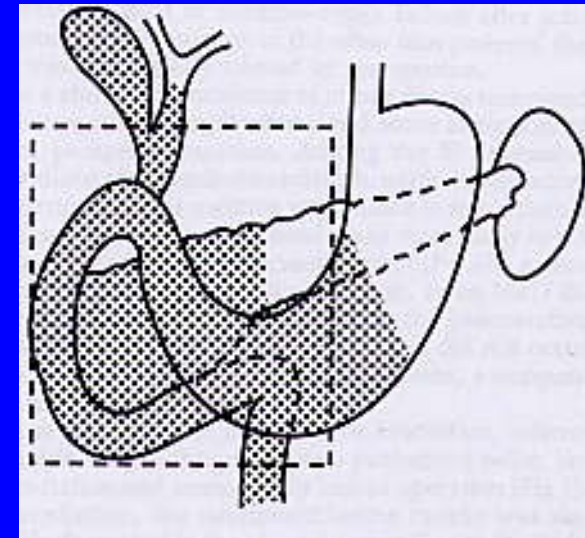
	Produit	Patients	Morbidité	Mortalité
Büchler, 1992	Octréotide	246	32 vs 55%	6 vs 3%
Buccoliero, 1992	Somatostatine	16	2 vs 3%	-
Lange, 1992	Octréotide	21	20 vs 36%	0 vs 0%
Pederzoli, 1994	Octréotide	252	16 vs 29%	4 vs 2%
Beguiristain, 1995	Somatostatine	35	10 vs 36%	-
Friess, 1995	Octréotide	247	16 vs 30%	2 vs 1%
Montorsi, 1995	Octréotide	218	22 vs 36%	8 vs 6%
Lowy, 1997	Octréotide	110	30 vs 25%	0.02 vs 0%
Fourtanier, 1997	Octréotide	230	22 vs 32%	12 vs 7%
Briceno Delgado, 1998	Octréotide	34	2 vs 16%	0 vs 0.05%
Yeo, 2000	Octréotide	221	40 vs 34%	0 vs 1%
Gouillat, 2001	Somatostatine	75	5 vs 12%	-

Critiques

- Produits
- Nombre de patients
- Critères de jugement :
 - Taux de complications ou de fistules
- Protocoles différents
- Résection pancréatique variable
- Pathologies diverses
- Sous-groupes

Modification de la consistance parenchymateuse

- Radiothérapie externe (Ishikawa, 1991)
- 76 patients, 22 irradiés, étude rétrospective
- 50 Gy, 25 fractions, 5 semaines
- Diminution du taux de fistule après irradiation
- Principe :
 - Diminution sécrétion pancréatique
 - Fibrose parenchymateuse



Conclusion

- On ne peut pas affirmer la supériorité d'une technique de rétablissement de la continuité pancréatico-digestive après résection pancréatique.
- Les études concernant l'utilisation de la somatostatine et de ses analogues sont trop hétérogènes pour recommander ou non leur emploi systématique.
- D'autres essais prospectifs randomisés sont nécessaires.