

SAMEDI 20 JUIN 2026

22^{EME} JOURNEE DE GASTRO-ENTEROLOGIE DE L'HOPITAL COCHIN

APHP. Centre Université Paris Cité

Les 3 papiers qui ont changé notre pratique en 2026

En chirurgie digestive

hépato-bilio-pancréatique

Stylianos Tzedakis

Chirurgie hépatobiliaire, digestive et endocrinienne, Hôpital Cochin, AP-HP
Université Paris Cité, HeKA, UMRS-1346, Inria, Paris



Flowchart

Journaux :

- Lancet
- Lancet Oncol
- Lancet Gastroenterol Hepatol
- Lancet Reg Health Eur
- N Engl J Med
- J Hepatol
- Ann Surg
- JAMA
- JAMA Surg
- Nature
- Nat Rev Gastroenterol Hepatol
- Br J Surg
- Hepatology
- J Clin Oncol
- Gastroenterology
- Am J Transplant
- Trials
- J Nucl Med

Organes : foie – pancréas – voies biliaires

Pubmed query: ((liver OR pancre* OR hepat* OR bile OR cholang* OR bili*)AND(resec* OR surg* OR transplan* OR laparos* OR robo*))
AND ("2025/01/01"[Date-Publication]: 2026/05/31"[Date-Publication])
AND (Clinical Trial[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp]OR Randomized Controlled Trial[ptyp]OR Observational study[ptyp])

210 Titre & abstract screening

```
graph TD; A[210 Titre & abstract screening] --> B[3 sélectionnés];
```

3 sélectionnés

1

PANDORINA

PANDORINA RCT · Lancet Gastroenterol Hepatol 2024

Drain prophylactique après pancréatectomie distale ?

282 patients · NL + IT

2

PORSCH

PORSCH post-hoc · Lancet Gastroenterol Hepatol 2026

Gestion précoce des complications améliore-t-elle la survie ?

1090 patients · Pays-Bas

3

NeoGOLP

ZSAB-neoGOLP · N Engl J Med 2026

Chimiothérapie néoadjuvante pour le CCKIH résécable à haut risque ?

178 patients · Chine

- Pancréatectomie distale élective (ouverte ou mini-invasive)
- 12 centres · Pays-Bas & Italie (Oct 2020 – Avr 2023)
- Stratification : volume centre + risque POPF (score DPFistula)
- Randomisation 1:1 en peropératoire

CRITÈRE PRINCIPAL

Morbidité majeure (Clavien-Dindo \geq III) à J90
Marge de non-infériorité : 8 points de %

CRITÈRE SECONDAIRE CLÉ

Fistule pancréatique postopératoire grade B/C (ISGPS)

PAS DE DRAIN

n = 138

Pancréatectomie distale
+ capécitabine si indiqué

DRAIN PROPHYLACTIQUE

n = 144

Pancréatectomie distale
+ capécitabine si indiqué

▼ J90 : évaluation morbidité

Stratification risque POPF :

Haut risque : \emptyset canal > 3 mm ou épaisseur col > 19 mm

Bas risque : Autres patients

15%

Morbidité majeure
(Pas de drain)

20%

Morbidité majeure
(Drain)

12%

POPF grade B/C
(Pas de drain)

27%

POPF grade B/C
(Drain)

✓ NON-INFÉRIORITÉ DÉMONTRÉE

Δ morbidité : -4,9 pts (IC 95% -13,8 à 4,0) · p non-inf = 0,0022

↓ MOINS DE FISTULES PANCRÉATIQUES

Δ POPF B/C : -15,5 pts (IC 95% -24,5 à -6,5) · p < 0,0001

Ce que ça change

Standard actuel

Drain prophylactique systématique
après toute pancréatectomie distale

Données PANDORINA

Pas de drain = non inférieur pour la morbidité
ET moins de fistules détectées

Mécanisme

Moins de détection ≠ moins de complications
Mais moins de ré-hospitalisations, moins
d'interventions

Limite

3 décès dans le groupe sans drain (vs 0)
Dont 1 possiblement lié — nécessite vigilance

Message pratique

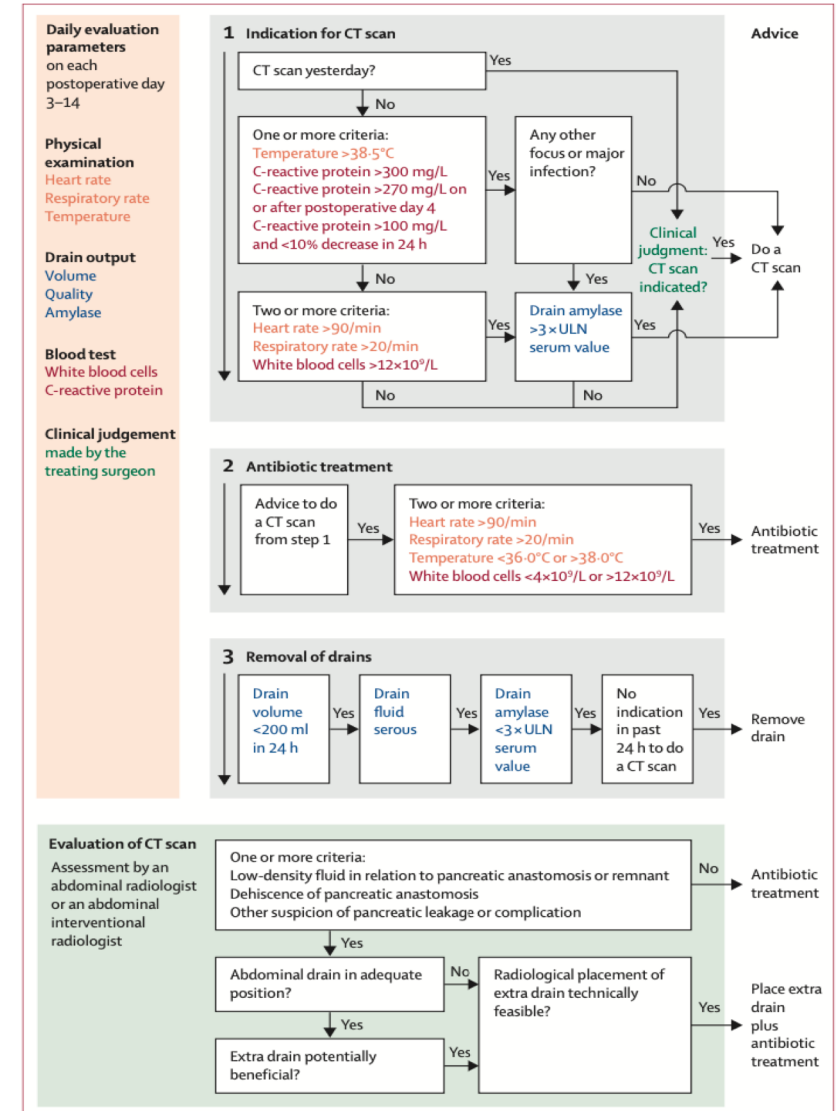
Abandonnez le drain systématique
chez les patients éligibles

Algorithm-based care versus usual care for the early recognition and management of complications after pancreatic resection in the Netherlands: an open-label, nationwide, stepped-wedge cluster-randomised trial



F Jasmijn Smits*, Anne Claire Henry*, Marc G Besselink, Olivier R Busch, Casper H van Eijck, Mark Arntz, Thomas L Bollen, Otto M van Delden, Daniel van den Heuvel, Christiaan van der Leij, Krijn P van Lienden, Adriaan Moelker, Bert A Bonsing, Inne H Borel Rinkes, Koop Bosscha, Ronald M van Dam, Wouter J M Derksen, Marcel den Dulk, Sebastiaan Festen, Bas Groot Koerkamp, Robbert J de Haas, Jeroen Hagendoorn, Erwin van der Harst, Ignace H de Hingh, Geert Kazemier, Marion van der Kolk, Mike Liem, Daan J Lips, Misha D Luyer, Vincent E de Meijer, J Sven Mieog, Vincent B Nieuwenhuijs, Gijs A Patijn, Wouter W te Riele, Daphne Roos, Jennifer M Schreinemakers, Martijn W J Stommel, Fennie Wit, Babs A Zonderhuis, Lois A Daamen, C Henri van Werkhoven, I Quintus Molenaar†, Hjalmar C van Santvoort†, for the Dutch Pancreatic Cancer Group

Summary



Analyse post-hoc · n=1090 patients · Résections pancréatiques pour cancer (PDAC, cholangiocarcinome distal, ampoule, duodénum)

Concept : l'algorithme PORSCH

- Monitoring quotidien : drain amylase J1–J3
- Seuil : amylase > 3× limite supérieure normale
- En cas de POPF suspectée : intervention précoce minimale
- Drainage percutané en 1ère intention · Pas de chirurgie immédiate
- Prise en charge multidisciplinaire coordonnée

Hypothèse

Si les complications précoces sont mieux gérées → moins de délai pour la chimiothérapie adjuvante → meilleure survie oncologique à long terme

Population

1090 patients · suivi médian 56 mois (soins usuels) / 48 mois (algorithme)
PDAC 59% · Cholangiocarcinome distal 16% · Ampoule 17% · Duodénum 8%

Résultats — Survie globale

HR 0,76

Survie globale
(algorithme vs usuel · ajusté)

+2,1 mois

RMST à 36 mois
(IC 95% +0,6–3,7 · p=0,008)

HR 0,71

PDAC uniquement
(p=0,005)

+2,5 mois

RMST PDAC à 36 mois
(IC 95% +0,8–4,2)

Mieux gérer les complications = 2 mois de vie gagnés

Recommander l'algorithme PORSCH dans tous les centres
pratiquant la résection pancréatique

Contexte

CCKIH = 2e cancer biliaire primitif en fréquence

Pronostic sombre · Médiane SG < 24 mois après résection

Aucun traitement néoadjuvant standard

Malgré 30–70 % de récurrence après R0

Facteurs de haut risque identifiés

Taille > 5 cm · Envahissement vasculaire · N+
Multinodulaire · CA19.9 élevé

Régime GOLP : efficacité en phase avancée

GEMOX + toripalimab (anti-PD1) + lenvatinib

Design — Phase 2–3, 1:1

GRUPE NEOADJUVANT

n = 88

GOLP × 3 cycles (9 sem)
+ Chirurgie curative
+ Capécitabine adjuvante × 8

GRUPE CONTRÔLE

n = 90

Chirurgie curative d'emblée
+ Capécitabine adjuvante × 8

Critère principal

Survie sans événement (EFS)

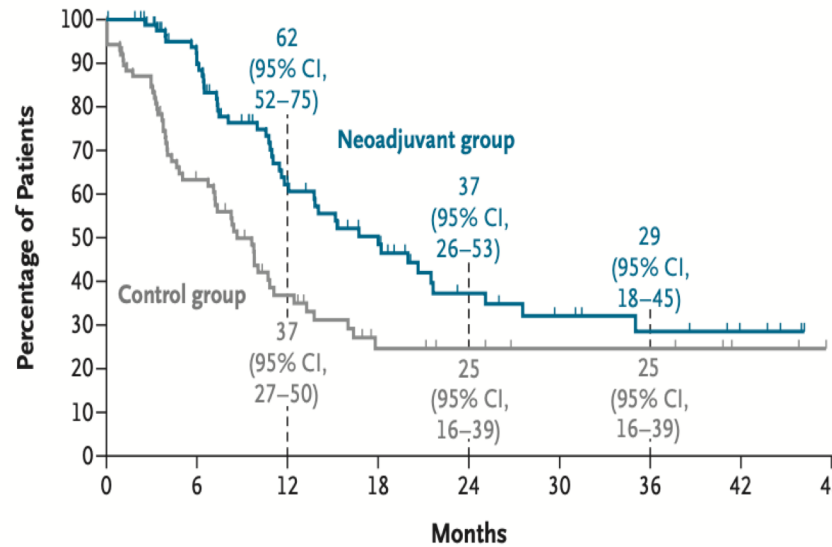
Critères secondaires

- Survie globale (SG)
- Taux de résection R0
- Réponse histologique
- Tolérance / EI grade ≥ 3

NeoGOLP · CCKIH résécable haut risque

N Engl J Med 2026 · Phase 2–3 RCT · Chine · n=178

A Event-free Survival



	No. of Events/ No. of Patients (%)	Median Event-free Survival (95% CI) <i>mo</i>
Neoadjuvant Group	43/88 (49)	18.0 (13.8–27.6)
Control Group	52/90 (58)	8.7 (7.2–12.4)

Two-sided P<0.001 by stratified log-rank test
Boundary for statistical significance, two-sided α of 0.0429

No. at Risk

Neoadjuvant group	88	71	39	27	15	11	8	4	0
Control group	90	44	21	10	8	5	5	2	0

18,0 m

EFS médiane
Néoadjuvant

8,7 m

EFS médiane
Contrôle

79%

SG à 24 mois
Néoadjuvant

61%

SG à 24 mois
Contrôle

EFS : p < 0,001 · HR mort = 0,43 (IC 95% 0,23–0,79) · SG : p = 0,005

SAMEDI 20 JUIN 2026

22^{EME} JOURNEE DE GASTRO-ENTEROLOGIE DE L'HOPITAL COCHIN

APHP. Centre Université Paris Cité

Les 3 papiers qui ont changé notre pratique en 2026

En chirurgie digestive

hépato-bilio-pancréatique

Stylianos Tzedakis

Chirurgie hépatobiliaire, digestive et endocrinienne, Hôpital Cochin, AP-HP
Université Paris Cité, HeKA, UMRS-1346, Inria, Paris

