|  |  |
| --- | --- |
| **Titre de l’étude/code Promoteur** | **Résultats de la prise en charge chirurgicale du gastrinome sporadique** |
| **Investigateur Coordonnateur** | **Pr GAUJOUX Sébastien**Chirurgie Digestive, Hépato-bilio-pancréatique et Endocrinienne,Université Paris Descartes, Hôpital Cochin – Pavillon Pasteur, 27 rue du Faubourg Saint Jacques, 75014 ParisTél : 01 58 41 17 08Mail : sebastien.gaujoux@aphp.fr**Léa Robin** Chirurgie Digestive, Hépato-bilio-pancréatique et Endocrinienne,lea.robin.n@gmail.com |
| **Classification, type d’essai**  | Étude rétrospective multicentrique  |
| **Rationnel** | Le gastrinome est une tumeur neuroendocrine rare entraînant une hypersécrétion de gastrine qui se traduit cliniquement par un syndrome de Zollinger-Ellison (ZES). Environ trois quarts des gastrinomes sont d'origine sporadique.Le principe du traitement du gastrinome est double incluant le contrôle de la sécrétion acide et la suppression du tissu tumoral. Le seul traitement potentiellement curatif reste la chirurgie1,2.Dans les formes sporadiques, il a été montré que l’exérèse chirurgicale augmentait la survie 2,3 de même qu’un curage régional systématiquement associé 4. La chirurgie en centre expert doit donc être toujours proposée, même en cas d’imagerie initiale ne retrouvant pas de tumeur primitive5, sauf en cas de métastases non résécables3. Les modalités du traitement chirurgical sont encore mal définies entre résection limitée avec curage et duodénopancréatectomie céphalique, et les séries publiées sont à ce jour très limitées en nombre.Ce constat justifie donc la réalisation d’une large étude rétrospective afin de pouvoir affiner les résultats de la prise en charge chirurgicale du gastrinome sporadique. |
| **Objectif de l’étude** | Étudier les résultats de la prise en charge chirurgicale de patients ayant été opérés d’un gastrinome, sporadique  |
| **Population concernée** | Patients ayant été opérés d’un gastrinome sporadique entre 2000 et 2020, avec au moins un an de suivi. |
| **Critères d'évaluation** | **Critère principal :*** Survie globale

**Critères secondaires :*** Survie sans récidive morphologique
* Survie sans récidive biologique
* Morbidité post-opératoireà 90 jours
* Morbidité post-opératoireà 90 jours sévère (Clavien-Dindo >3)
* Mortalité post-opératoire globale à 90 jours
 |
| **Nombre prévu de centres / durée de l’étude** | Période d’inclusion de 2000 à 2020 |
| **Calendrier de l’étude**  | Soumission CPP – été 2020Recueil des données sous format Excel – septembre 2020 – mai 2021Analyse des données – été 2021Publication et présentation des résultats - septembre 2021 |
| **Bibliographie** | 1. Norton JA, Fraker DL, Alexander HR, et al. Surgery to Cure the Zollinger–Ellison Syndrome. http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199908263410902. doi:10.1056/NEJM1999082634109022. Norton JA, Fraker DL, Alexander HR, et al. Surgery Increases Survival in Patients With Gastrinoma. *Ann Surg*. 2006;244(3):410-419. doi:10.1097/01.sla.0000234802.44320.a53. Norton JA, Jensen RT. Resolved and Unresolved Controversies in the Surgical Management of Patients With Zollinger-Ellison Syndrome. *Ann Surg*. 2004;240(5):757-773. doi:10.1097/01.sla.0000143252.02142.3e4. Bartsch DK, Waldmann J, Fendrich V, et al. Impact of lymphadenectomy on survival after surgery for sporadic gastrinoma. *Br J Surg*. 2012;99(9):1234-1240. doi:10.1002/bjs.88435. Norton JA, Fraker DL, Alexander HR, Jensen RT. Value of surgery in patients with negative imaging and sporadic Zollinger-Ellison syndrome. *Ann Surg*. 2012;256(3):509-517. doi:10.1097/SLA.0b013e318265f08d |