

SAGEH / AFEF
Alger, le 13 décembre 2010

Résultats immédiats du traitement curateur du carcinome hépatocellulaire développé sur foie pathologique

K. Bentabak, M. Attig, MW. Boubnider, K. Cherchar, C. Bouzid, A. Graba

Service de Chirurgie Oncologique « A »
EHS, Centre Pierre et Marie Curie, Alger
Professeur A. Graba

Introduction

- Le CHC est le 5^e cancer le plus fréquent dans le monde
- Il est dans 90% des cas associé à une maladie chronique du foie
 - Le plus souvent au stade de cirrhose
- Le traitement curateur comporte:
 - La transplantation hépatique
 - La résection hépatique
 - La radiofréquence
- Seulement, 30% des patients peuvent en bénéficier

*But DY & al. World J. Gastroenterol. 2008;14(11):1652-1656.
Llovet JM & al. Lancet 2003; 362:1907-17.*

Problématique

- CHC sur foie pathologique:
 - Cancer
 - Etat précancéreux
 - Fonction hépatique précaire
 - Terrain souvent fragile
- Transplantation hépatique:
 - Traitement de choix
 - Traite le cancer, l'état précancéreux et la maladie du foie
 - Mais nécessité d'un greffon hépatique
 - Réduit le risque de récurrence

Problématique

- Résection hépatique:
 - Capacité de régénération réduite
 - Exérèse limitée par le risque d'IH irréversible
 - Risque de récurrence élevé ($\geq 70\%$ à 5 ans)
- Radiofréquence:
 - Alternative à la chirurgie
 - Risque de récurrence élevé ($\geq 85\%$ à 5 ans)

Objectif

- Rapporter nos résultats immédiats dans le traitement curateur du CHC développé sur foie pathologique (fibreuse ou cirrhotique)

Patients et méthodes

- Etude rétrospective: Janvier 1998 - Octobre 2010
- 24 patients ont bénéficiés d'un traitement curateur pour CHC développé sur foie pathologique (fibreux / cirrhotique):
 - Transplantation hépatique 1 cas
 - Résection hépatique 21 cas
 - Radiofréquence 2 cas
- Les dossiers de ces 24 patients ont été analysés:
 - Sexe, âge, nombre et taille des nodules
 - Socle hépatique, fonction hépatique et l'existence d'HTP
 - Morbidité et mortalité à 1 mois / sortie du patient

Résultats / Traitement curateur

- Sexe: 19 hommes / 5 femmes
- Âge moyen: 58 ans (37-80)
- Nombre de nodules: unique, 20 cas / double, 4 cas
- Taille moyenne des nodules: 60 mm (15 mm-135 mm)

- Le socle hépatique
 - Cirrhotique 19 cas 79%
 - Fibreux 5 cas 21%

- Fonction hépatique chez les patients cirrhotiques (Child - Pugh)
 - A5, 10 cas / A6, 6 cas / B7, 1 cas / B8, 2 cas

- Morbidité globale 10 cas 42%
- Mortalité globale 4 cas 17%

Résultats / Résection hépatique, n=21

- Sexe: 18 hommes / 3 femmes
- Âge moyen: 57 ans (37-80)
- Nombre de nodules: unique 18 cas / double 3 cas
- Taille moyenne: 65 mm (30-135)
- Le socle hépatique
 - Fibreux 5 cas 24%
 - Cirrhotique 16 cas 76%
- Fonction hépatique chez les patients cirrhotiques (Child - Pugh)
 - A5, 10 cas / A6, 5 cas / B7, 1 cas
- Signes d'HTP présents dans 50% des cas

Résultats / Résection hépatique, n=21

• Hépatectomie majeure		2 cas	9%
- Hépatectomie droite	1 cas		
- Hépatectomie gauche	1 cas		
• Hépatectomie mineure		19 cas	91%
- 2 segments	6 cas		
- 1 segment	10 cas		
- Tumorectomie	3 cas		
• Clampage vasculaire		20 cas	95%
- Pédiculaire intermittent	16 cas		
- Pédiculaire continu	4 cas		
• Transfusion per opératoire		3 cas	14%
- Moyenne 3 unités (2-10)			

Résultats / Résection hépatique, n=21

- Morbidité 9 cas 43%
 - Hémorragie per opératoire
 - Pneumopathie de la base droite (n=2)
 - Décompensation ascitique (A6)
 - Décompensation ascitique / éventration (A5, HTP)
 - Hémorragie per op / IHC → DCD J1 (A5, HTP, tumorectomie)
 - Hémorragie per op / IHC → DCD J1 (B7, ictère, HTP, tumorectomie)
 - Décompensation I-A / hémorragie digestive → DCD J17 (A5, HTP)
 - Hémorragie digestive par rupture de VO → DCD J45 (A6, HTP)
- Mortalité
 - A 1 mois 3 cas 14%
 - A 3 mois 4 cas 19%

Résultats / Radiofréquence, n=2

- Sexe: 1 homme / 1 femme
- Age moyen: 60 ans (58-62 ans)
- Nombre de nodule unique: 2 cas
- Taille des nodules: 15 mm et 30 mm
- Socle hépatique cirrhotique et signes d'HTP dans les 2 cas (B7 et B8)
- Traitement RF à ciel ouvert dans les 2 cas
- Morbi-Mortalité: 1 cas
 - Hémorragie digestive par rupture de VO → DCD J10 (B8, HTP)
- Dans le 2^e cas, récurrence à 3 mois par 3 nodules

Résultats / Transplantation hépatique, n=1

- Femme, 51 ans
- Cirrhose cryptogénétique avec AC anti HVC et PCR négative
- Nombre de nodules: n=2
- Taille des nodules: 5 et 2 cm
- Fonction hépatique: Child-Pugh A6
- Transplantation hépatique à donneur vivant apparenté
- Suites simples, vivante sans récurrence à 6 mois.

Commentaires / Résection hépatique

Auteur	Année	N	Cirrhose (%)	Mortalité (%) à 3 mois
Nagasue	1993	229	77	11
Vauthey	1995	106	33	6
Fong	1999	154	65	4,5
Poon	2001	136	50	13
Belghiti	2002	300	82	6
AFC	2006	1689	75	10
CPMC	2010	21	79	19

Commentaires / Résection hépatique

- Meilleur candidat à la résection
 - Nodule unique
 - Bilirubine normale
 - Transaminases = N ou < 2N
 - Child Pugh A
 - Absence d'HTP

Dans notre série, 4 décès/19 pts

- HTP chez les 4 patients
 - Hgie perop, 2 cas
 - Rupture VO, 2 cas
- Ictère chez 1 patients (B8)

- Taux de récurrence élevé
 - Environ 50% à 3 ans et 70% at 5 ans
 - Depend de la taille, du nombre, de l'invasion vasculaire, et du degré de différentiation

Llovet, et al. Hepatology 1999;30:1434-1440.

Ahn J and Flamm SL. Dis Mon. 2004;50(10):556-573.

Poon et al. Ann Surg 2002;235:373-382.

Bruix et al. Gastroenterology 1996;111:1018-1022.

Yanaga K. J Gastroenterol. 2004;39(10):919-926.

Commentaires / Radiofréquence

- Meilleur candidat :
 - Child Pugh A - B
 - Tumeur unique < 3 cm de diamètre

Notre série, 1 décès/2 pts

- Child Pugh B8
- Tumeur unique de 3 cm
- Rupture de VO

- Les chances de nécrose tumorale diminuent avec la taille de la tumeur
- Le risque de récurrence locale augmente avec la taille tumorale
- Récurrence intrahépatique de 85% à 5 ans après radiofréquence curative

Commentaires / Transplantation hépatique

- Indication consensuelle



- Critère de Milan (1999)¹
 - 1 nodule \leq 5 cm
 - 2 à 3 nodules \leq 3 cm
 - Absence d'envahissement veineux macroscopique
- Survie à 4 ans = 75%

- Critères de l'UCSF (2001)²

- 1 nodule \leq 6,5 cm
- 2-3 nodules \leq 4,5 cm
- Diamètre total \leq 8 cm
- Survie à 5 ans = 75%

- « Up to seven » criteria (2009)³

- Somme de la taille en cm du plus grand nodule et du nombre total de nodules
- Survie à 5 ans = 71,2%

1. Mazzaferro, New Engl J Med, 1996

2. Yao FY. & al. Hepatology. 2001

3. Mazzaferro V. et al. Lancet Oncol 2009

Conclusion

- Globalement, les chiffres de morbidité et de mortalité sont relativement élevés, témoignant de la difficulté de la prise en charge des résections hépatiques sur foie pathologique
- En revanche, une meilleure sélection des patients, en cirrhose composée et sans HTP, particulièrement en cas de résection hépatique devrait permettre d'améliorer nos résultats.
- Dans un contexte d'absence de greffon (cadavre ou vivant), la résection hépatique peut constituer une bonne alternative à la transplantation hépatique.