

Symposium International de Cancérologie Digestive
SAHGE-FFCD
12 Décembre 2010

Quelles métastases hépatiques des cancers colorectaux sont résécables ?

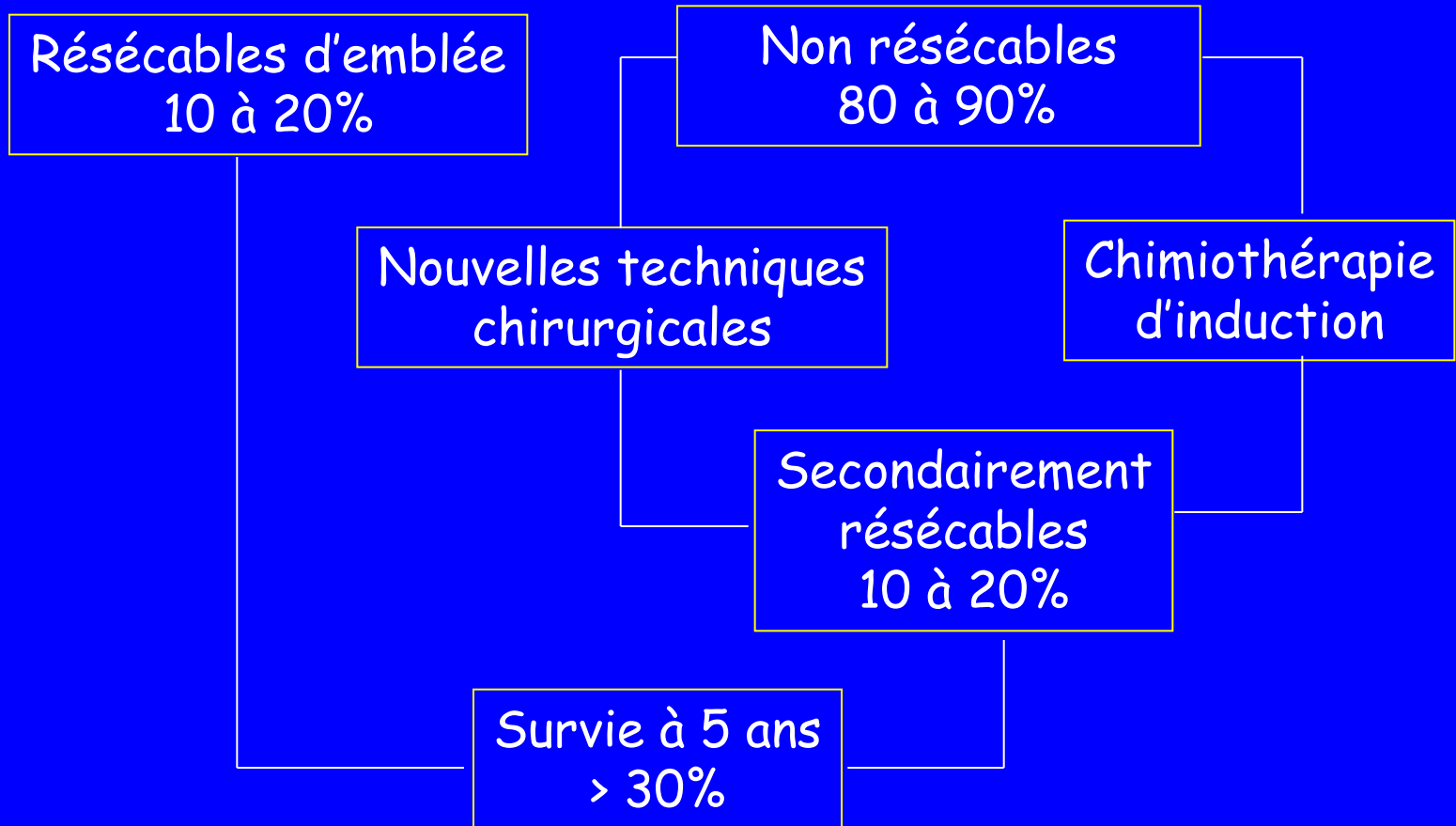
K. Bentabak, A. Graba

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

Introduction

- Une métastase hépatique est résécable si
 - L'hépatectomie enlève en totalité le tissu tumoral « résection R0 »
 - Avec un rapport bénéfice/risque opératoire favorable au patient
- Lorsque la résection est possible, la chirurgie est le traitement de référence
- La résection partielle est à éviter, car sans intérêt thérapeutique

Résécabilité des métastases hépatiques



Quelles métastases hépatiques sont résécables ?

1. Ces métastases sont-elles résécables sur le plan technique?
2. Ces métastases sont-elles résécables sur le plan carcinologique?



Étape essentielle dans la prise en charge des patients

1- Ces métastases sont-elles résécables sur le plan technique?

1. Évaluation préopératoire optimale

- Imagerie de qualité «TDM thoraco-abdomino-pelvien»
- Détection des lésions intra et extra-hépatique
- Détermination des rapport vasculaires

2. Évaluation peropératoire aussi complète que possible

- Exploration visuelle et palpatoire du foie et de la cavité péritonéale
- Exploration échographique indispensable pour l'évaluation finale de la résécabilité

Définition de la résécabilité technique

Une ou des métastases hépatiques sont résécables si

1. L'hépatectomie laisse un parenchyme restant intact avec sa propre vascularisation et son drainage biliaire

→ Faisabilité anatomique

2. Le parenchyme hépatique restant est suffisant pour assurer une fonction hépatocellulaire satisfaisante

→ Évaluation volumétrique et fonctionnelle

3. Les mortalité et morbidité opératoires prévisionnelles sont minimales

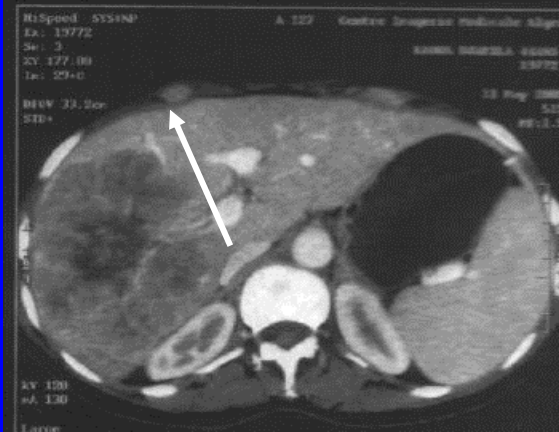
Évaluation de la faisabilité anatomique

Elle repose sur les bases anatomiques et les rapports de la tumeur avec les vaisseaux

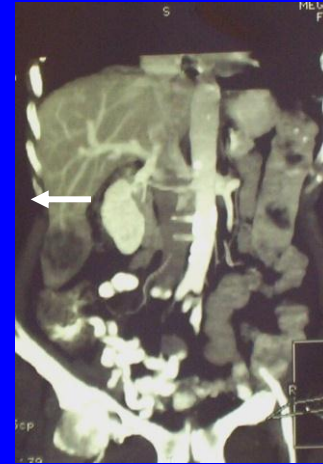
- En cas de tumeur unique ou de tumeurs multiples unilobaires
 - La taille: n'est pas une cause de non résecabilité
 - La localisation : aucun segment n'est inabordable
- En cas de tumeurs multiples bilatérales
 - Le nombre et la localisation des métastases peut être un facteur de non résecabilité
 - Les rapport vasculaires sont souvent le facteur limitant

Métastase unique unilatérale

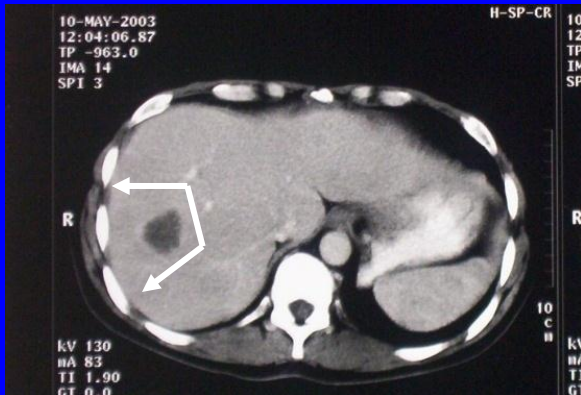
Résection hépatique adaptée (taille et localisation)



Hépatectomie droite



Métastasectomie



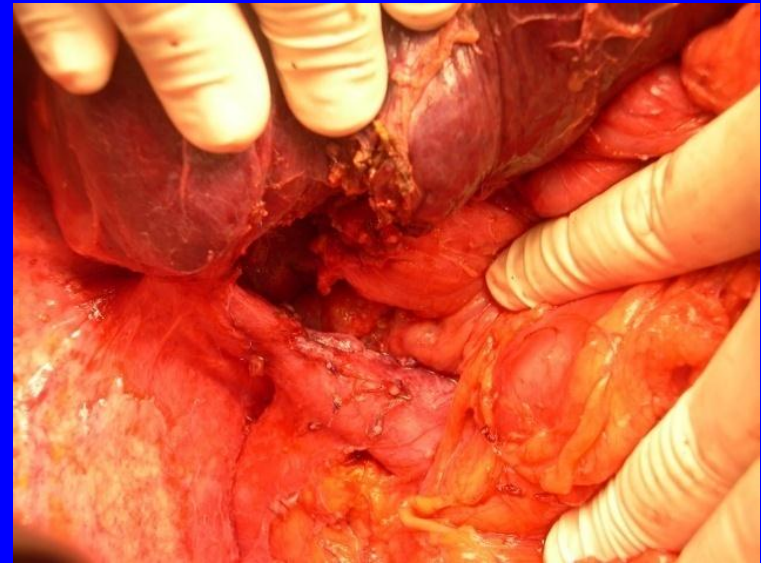
Résection atypique



Lobectomie gauche

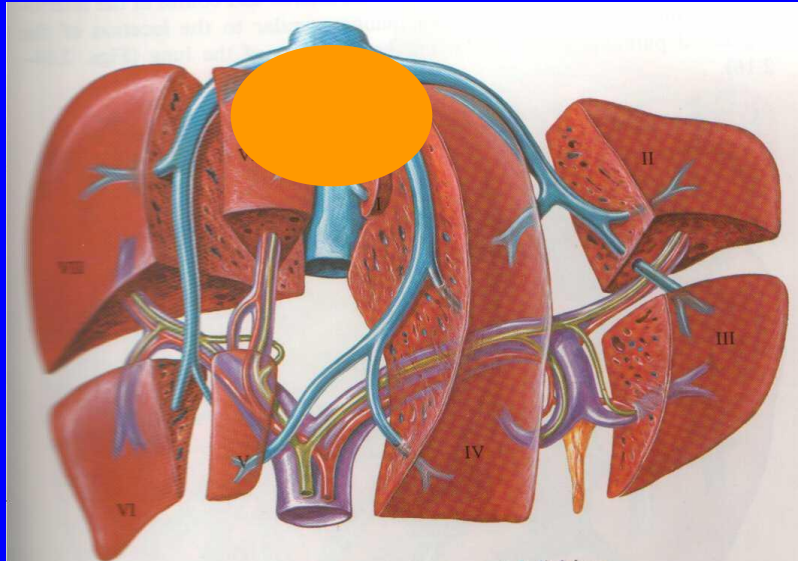
Métastase unique (Segment 1)

Segmentectomie 1

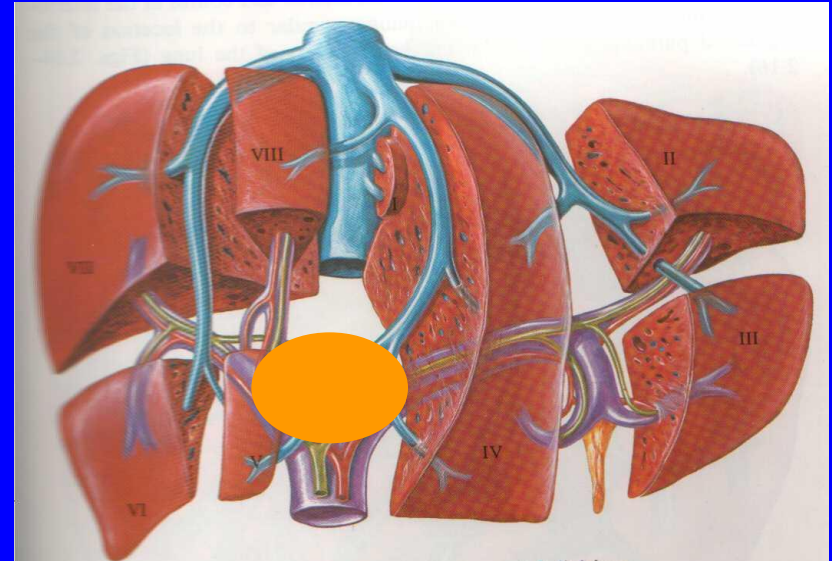


Métastase unique et bilobaire

Cause rare de non résecabilité



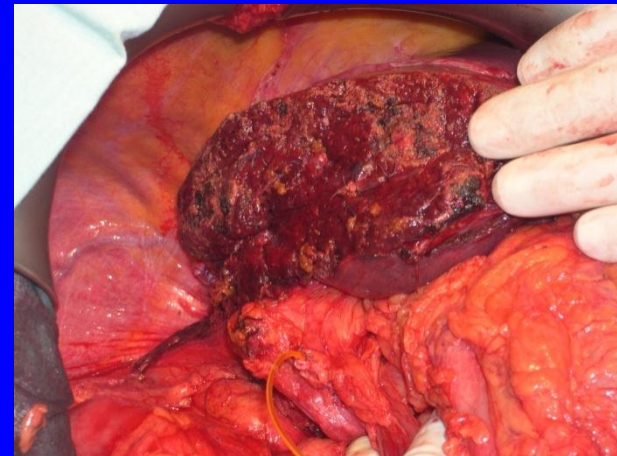
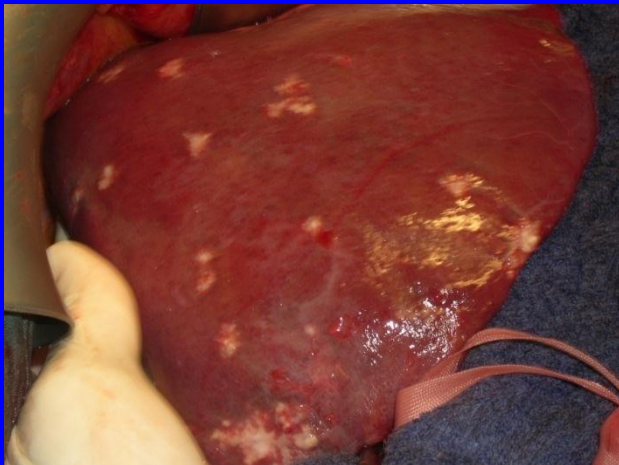
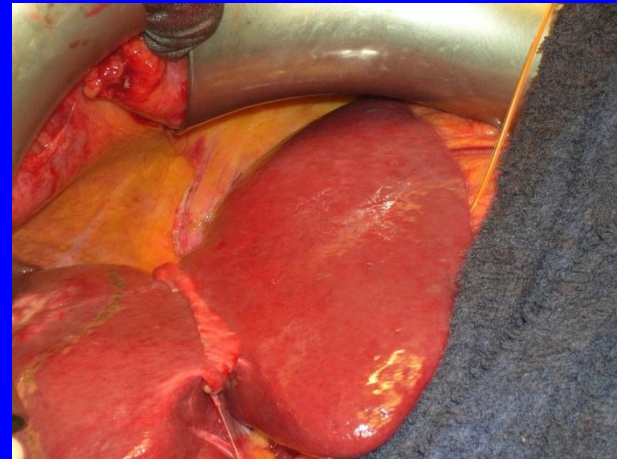
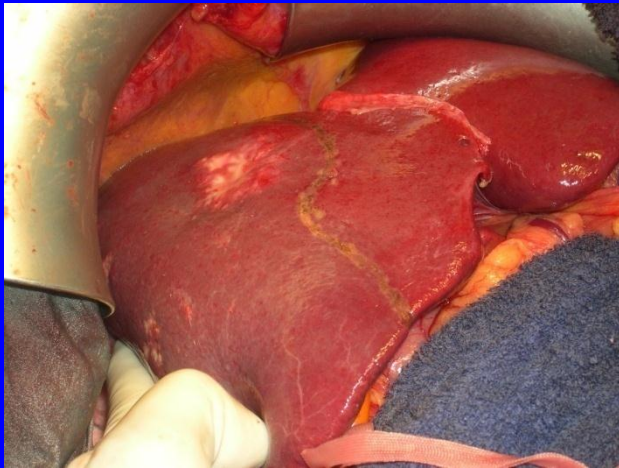
Atteinte des 3 veines hépatiques



Atteinte des 2 pédicules portes

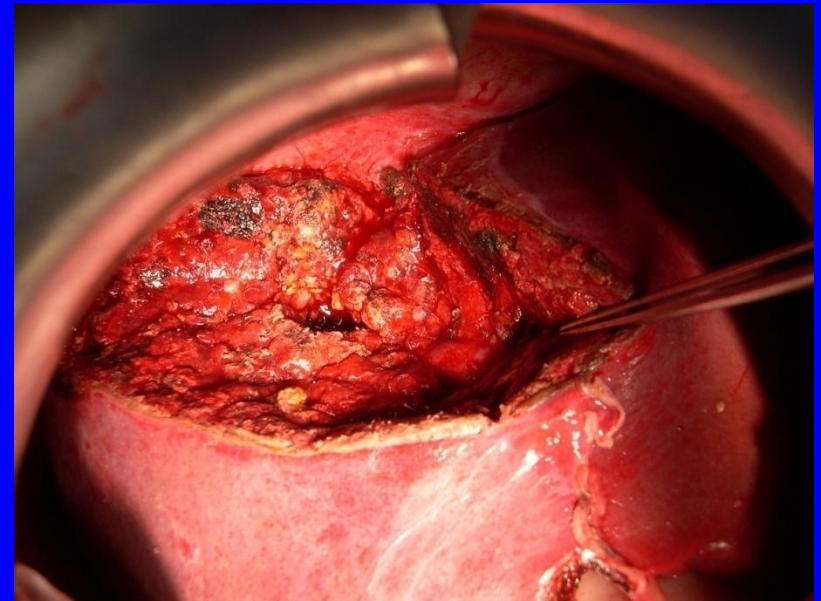
Métastases multiples unilatérales

Résection par hépatectomie droite



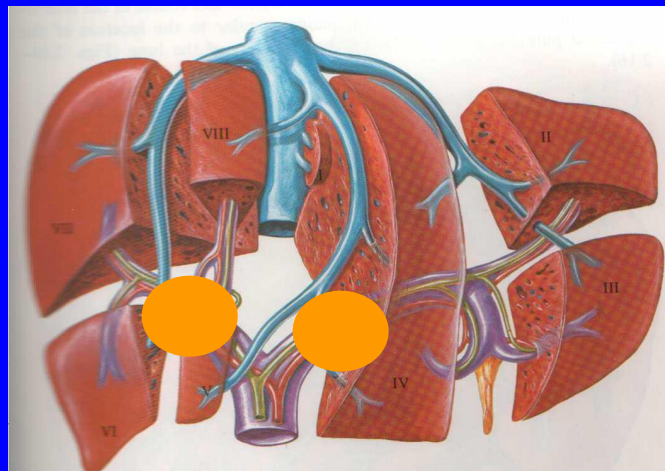
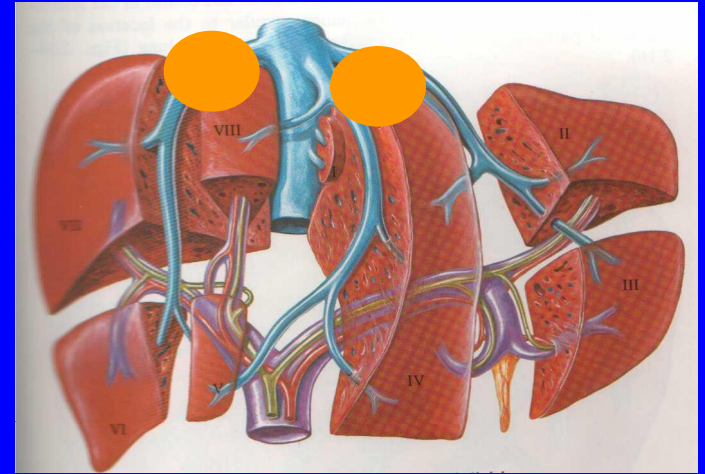
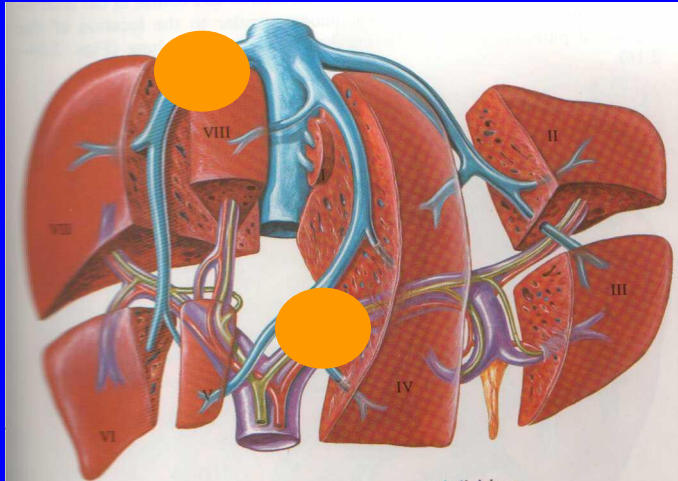
Métastases doubles et bilatérales

Segment 4 et 8: Segmentectomie 4-8



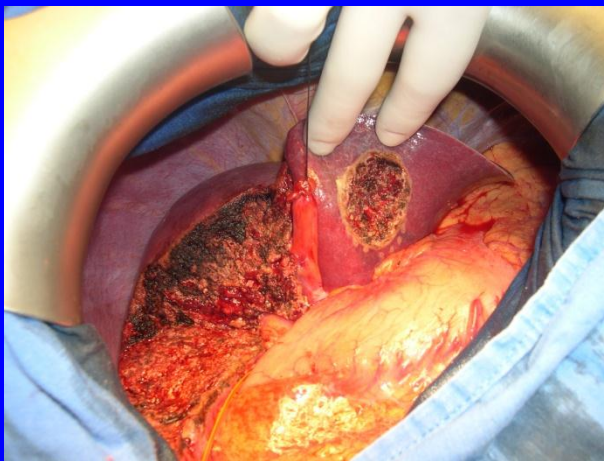
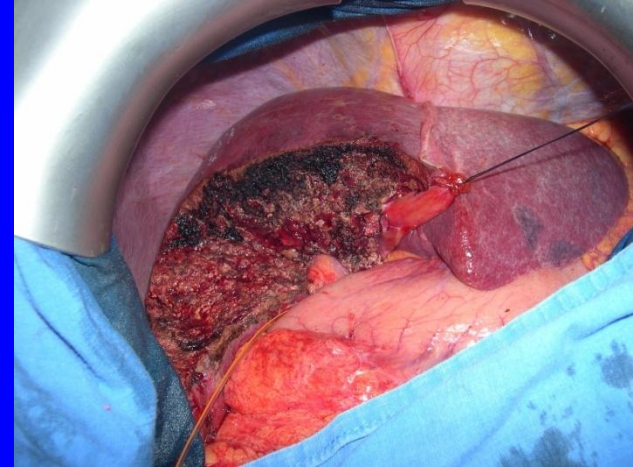
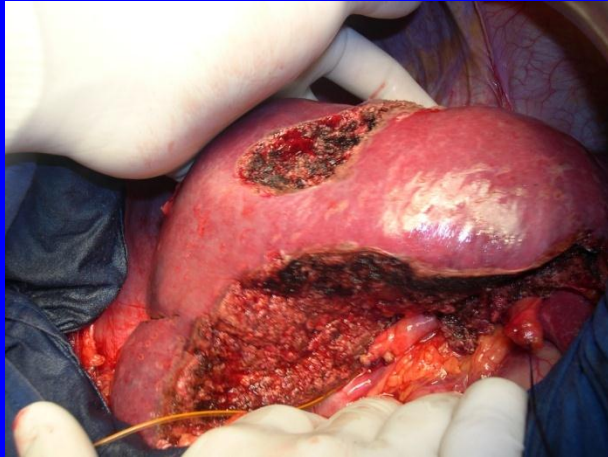
Métastases doubles et bilatérales

Rapports vasculaires de non résecabilité



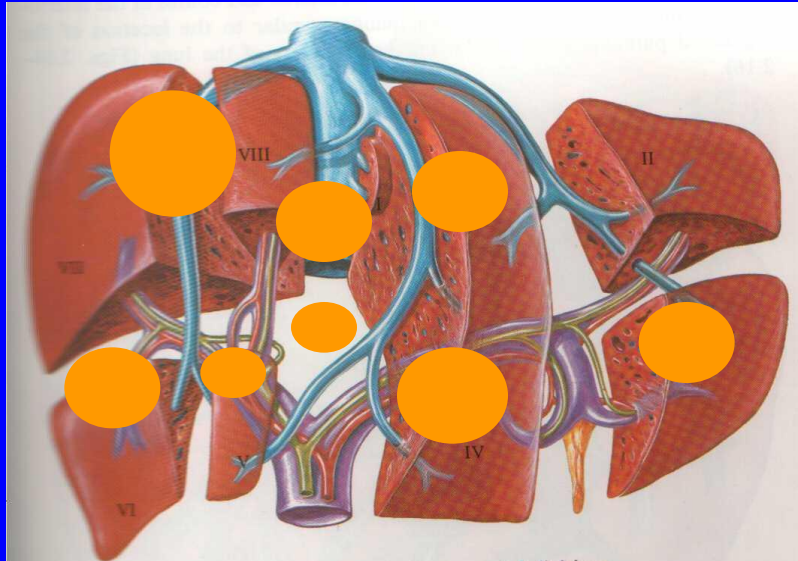
Métastases multiples et bilatérales

Résection hépatique à la carte

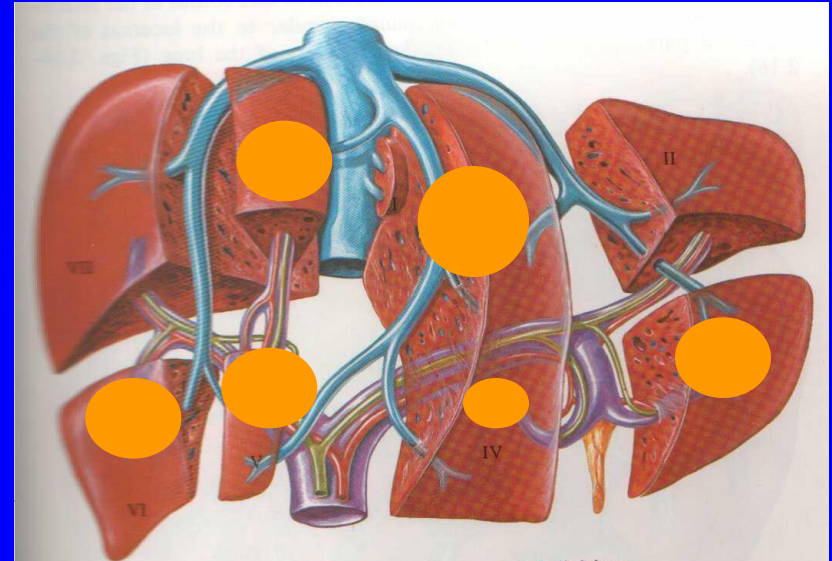


Métastases multiples et bilatérales

Nombre et localisation comme facteur de non résecabilité



Plus de 6 segments atteints



Plus de 5 segments non contigus

Évaluation du risque de l'intervention

1. Sur le plan chirurgical

- Risque fonctionnelle \Leftrightarrow Insuffisance hépatocellulaire
- Risque hémorragique

2. Sur le plan médical

- Y a-t-il des contre indications anesthésiques et médicales

Risque fonctionnel

1. Volume du foie restant

- 30 à 40% du volume du foie total (2 à 3 segments)
- 0,8 à 1% du poids du corps (0,5%*)

2. Limites de résection en terme volumétrique

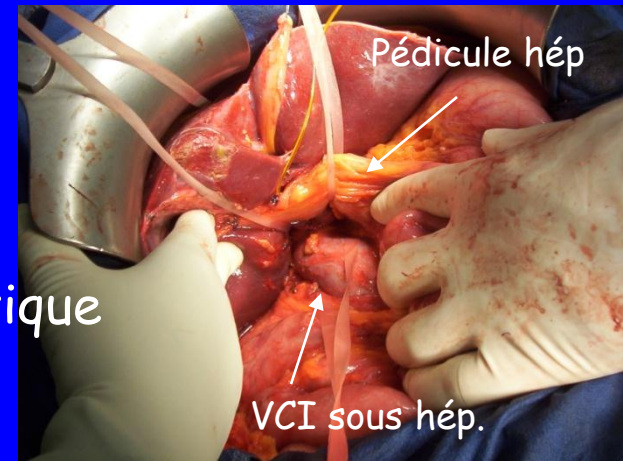
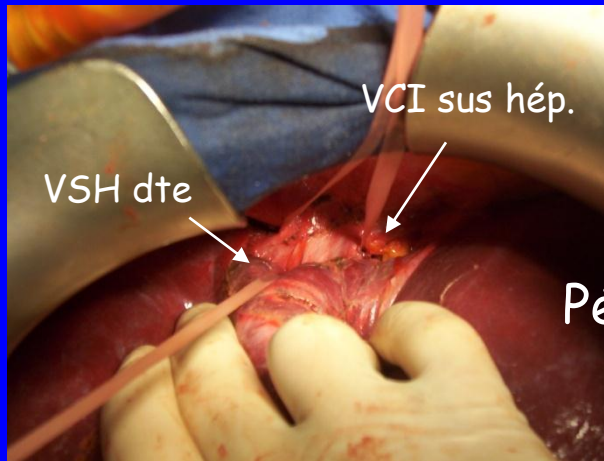
- Au dessus de 40% de foie résiduel: risque faible ou nul
- Entre 25 et 40% de foie résiduel: risque majoré
- Au dessous de 25% de foie résiduel : risque très élevé

3. Qualité du parenchyme (Altération par la chimiothérapie)

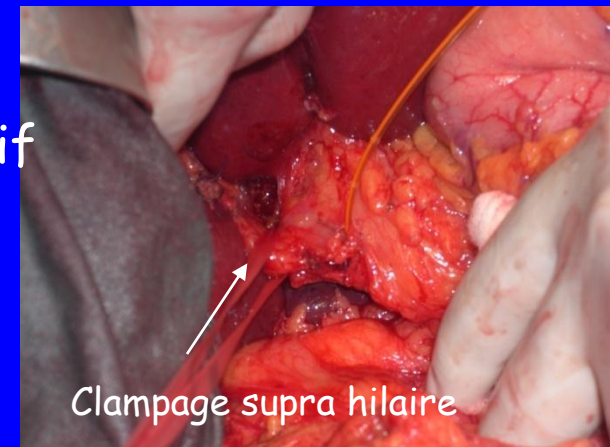
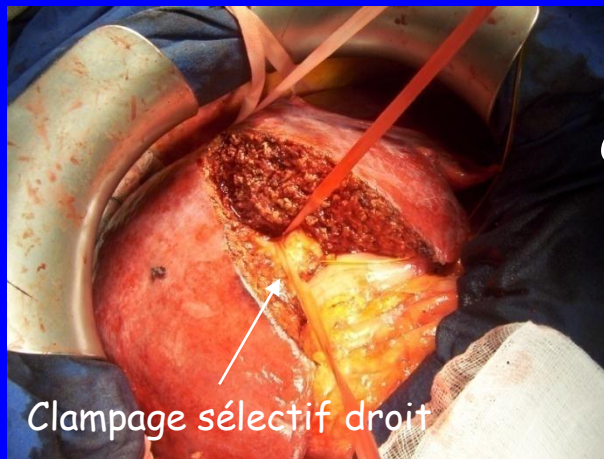
- Stéatose et stéato-hépatite (irinotécan)
- Hyperplasie nodulaire régénérative (oxaliplatine)

Risque hémorragique

Clampage vasculaire = \searrow du risque hémorragique



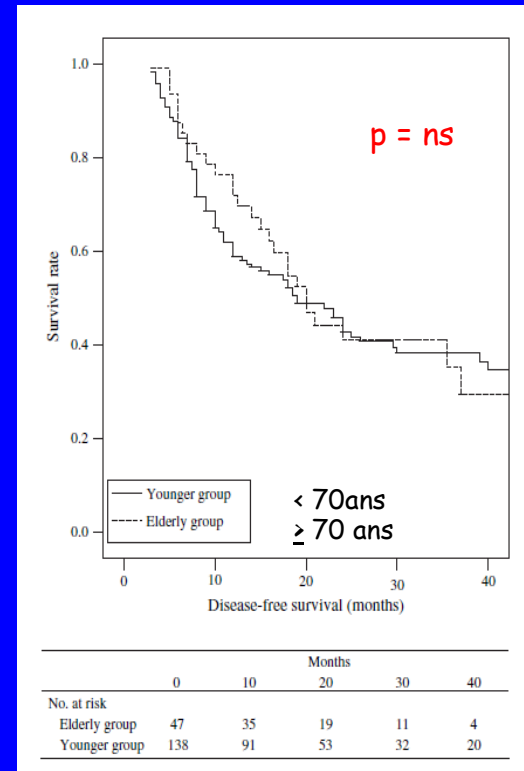
Exclusion vasculaire du foie



Évaluation du risque anesthésique

Doit prendre en compte

- L'âge physiologique du patient
- Le geste prévisionnel
- Le mode de clampage
- Les complications cardio-vasculaires...



	Elderly group (n = 49)	Younger group (n = 142)
Major resection ^a	30	96
Operative duration (min)	225 (90–450)	240 (75–660)
Transfusion rate	12	47
HDU stay (days)	2 (1–28)	2 (1–34)
Hospital stay (days)	11 (6–126)	10 (4–72)

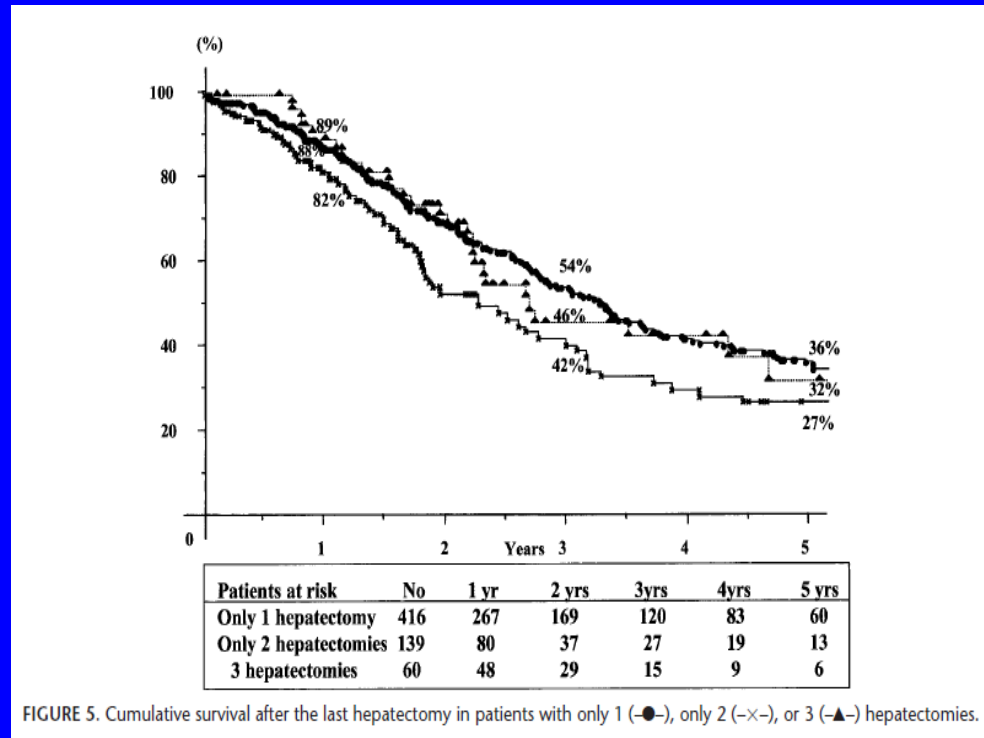
Values expressed as number or median (range).
^a Resection of >3 segments.

	Elderly group (n = 49)	Younger group (n = 142)
30-day mortality	0 (0%)	3 (2%)
60-day/inpatient mortality	2 (4%)	4 (3%)
Morbidity*	15	27
Re-laparotomy	3	6

Risque de la chirurgie des MHCCR

Auteurs	Année	Patients	Mortalité	Morbidité	Survie
Nordlinger	1992	1818	2.4%	24%	25%
Gayowski	1994	204	0	-	32%
Scheele	1995	469	4.4%	16%	39%
Fong	1999	1001	2.8%	-	37%
Minagawa	2000	235	0	-	38%
Abdellah	2004	190	1%	-	58%
CPMC	2009	95	4.4%	15%	26%

Risque des ré-hépatectomies



	1 ^e hépatectomie	2 ^e hépatectomie	3 ^e hépatectomie	p
Mortalité op.	1%	2.5%	0%	ns
Morbidité op.	18%	23%	25%	ns
Survie à 5 ans	36%	27%	32%	

Niveaux de difficulté technique des exérèses

Deux classes

- **Résécabilité de classe I** \Leftrightarrow Résécabilité évidente, facile
 - Hépatectomie droite
 - Hépatectomie gauche
 - Segmentectomie (s)
- **Résécabilité de classe II** \Leftrightarrow Résécabilité possible, difficile
 - Hépatectomie large (≥ 5 segments)
 - Hépatectomie complexe

2- Ces métastases sont-elles résécables sur le plan carcinologique?

Tous les caractères carcinologiques de la maladie doivent être pris en compte

1. Facteurs dépendant de la maladie initiale
2. Facteurs en rapport avec la maladie hépatique
3. Facteurs en relation avec la marge de sécurité
4. Facteurs dépendant de la maladie extra-hépatique

Facteurs dépendant de la maladie initiale

1. En cas de métastase (s) synchrone (s)

- Exérèse combinée si
 - Résécabilité de classe I et compétences réunies
- Exérèse non recommandée si
 - Tumeur primitive localement avancée
 - Résécabilité de classe II
- Exérèse contre indiquée en cas d'urgence

2. En cas de métastase (s) métachrone (s)

- Le stade de la tumeur primitive ne doit pas influencer sur la décision d'exérèse

Facteurs dépendant de la maladie hépatique

1. En cas de résecabilité de classe I

- Aucun critères carcinologiques mêmes s'ils ont une valeur pronostique péjorative, ne doit limiter l'indication opératoire
 - Taille
 - Nombre
 - Le caractère bilobaire
 - L'envahissement biliaire
 - L'envahissement vasculaire
 - Le taux d'ACE

2. En cas de résecabilité de classe II

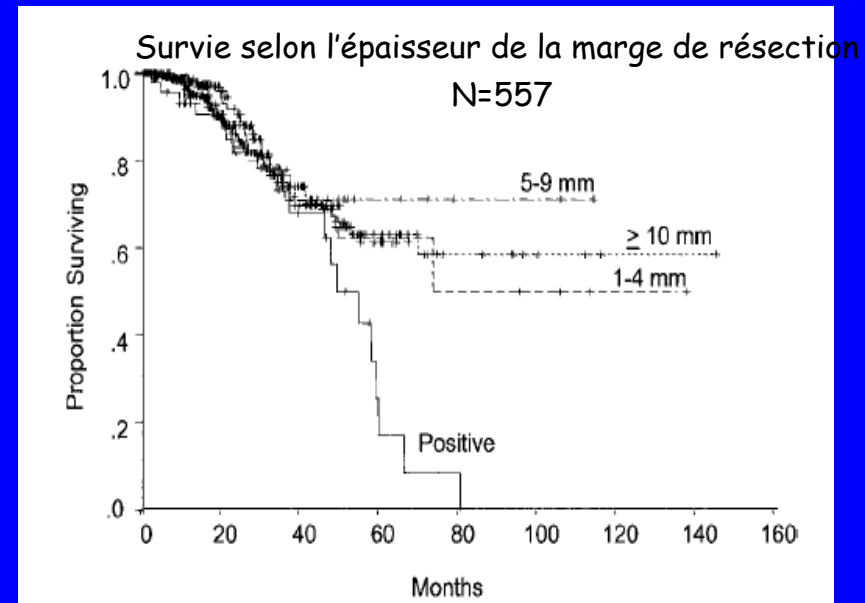
- L'association de plusieurs critères péjoratifs, discuter une chimiothérapie préopératoire

Facteur en relation avec la marge de sécurité

Marge de résection	N	Survie à 5 ans	p
Positive (R1)	45	17,7%	0,01
Négative (R0)	512	63,8%	
1-4 mm	129	62,3%	NS
5-9 mm	85	71,1%	
≥10 mm	288	63%	

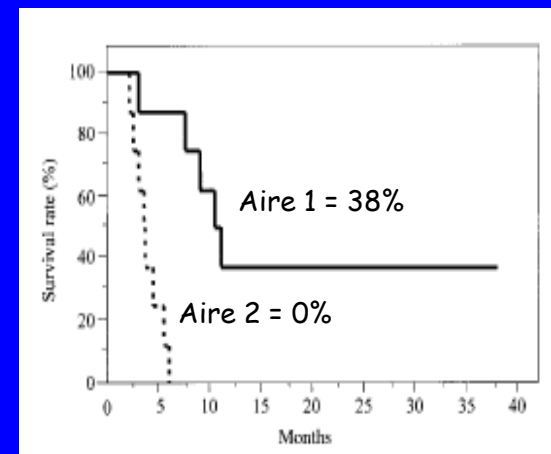
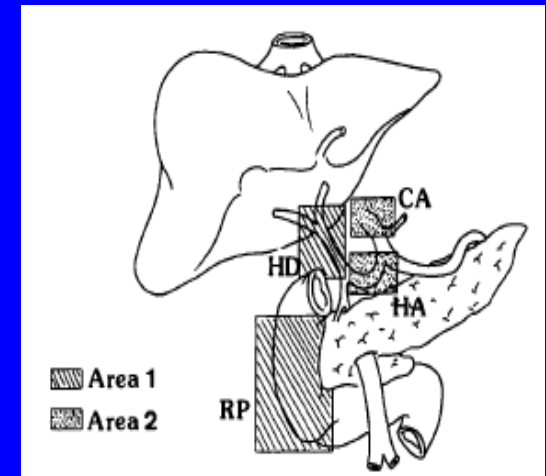
Marge positive (R1)

Médiane de survie : 49,6 mois
 Survie à 5 ans : 17,1%

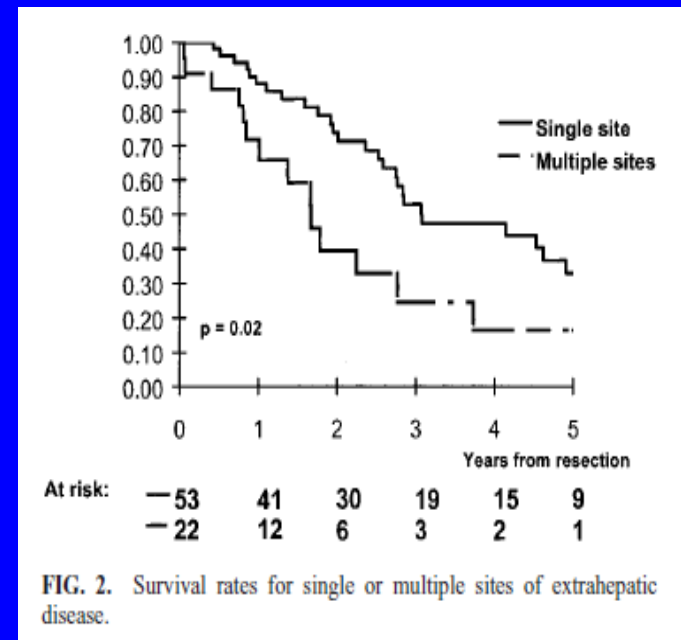
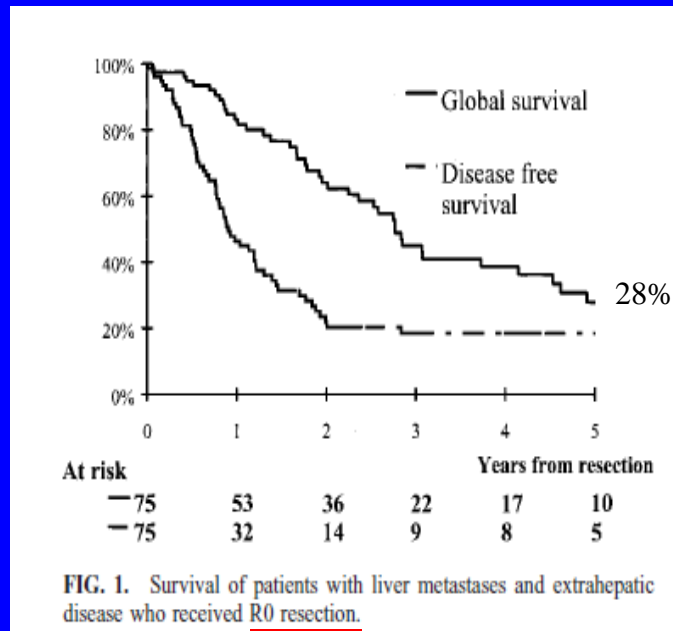


Facteurs dépendant l'extension ganglionnaire

- GG+ dans 10% des cas (17/160)
- Le risque de GG+ augmente si
 - Nombre de métastases > 3
 - Métastases des segments 4 et 5
 - Adénocarcinome peu différencié
 - Carcinose péritonéale localisée
- Survie à 3 ans
 - 62% si GG-
 - 18% si GG+
 - 38% si aire 1
 - 0% si aire 2
- Résection hépatique que si GG+ de l'aire 1



Facteurs dépendant de l'atteinte extra-hépatique



- Mortalité de 2,7%
- Morbidité de 25%
- Survie globale à 5 ans de 28%

TABLE 3. Cox model results after inclusion of all significant univariate analysis variables

Variable	P value	Hazard ratio	95% Confidence interval
No. of LMs (≤ 5 vs. >5)	.02	3.3	1.2-9.6
Multiple sites of EHD (mainly peritoneal carcinomatosis)	.04	2.0	1.0-3.8

LM, liver metastases; EHD, extrahepatic disease.

Conclusion

- On peut résumer la résecabilité des MHCCR selon 3 critères, indépendants des facteurs pronostiques
 1. Obtenir une résection complète R0, avec une marge saine
 2. Préserver au moins 2 segments hépatiques contigus bien vascularisés
 3. Disposer d'une volumétrie restante suffisante (25 à 40%)
- La résecabilité doit être discuté systématiquement au sein d'une unité de concertation pluridisciplinaire oncologique comprenant un chirurgien expérimenté en chirurgie hépatique