

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES CHOLANGIOCARCINOMES PERIPHERIQUES

**Service de chirurgie viscérale et digestive,
Brest, C. Brévar**

Introduction

- La chirurgie : seul ttt efficace du CCI,
- La survie à 3 ans est nulle sans exérèse,
- Survie de 38% dans les séries chirurgicales,
- Cependant cette chirurgie peut :
 - > Ne pas être réalisable,
 - > Nécessiter des gestes majeurs,
 - > Être grevée d'une morbi-mortalité élevée,
 - > Ne pas être R0.

Résécabilité :

- Si CCI opéré en vue d'une exérèse :
 - > 67% (séries occidentales), **Endo et al, Ann Surg, 2008**
 - > 83% (séries japonaises), **Nakagawa et al, World J Surg, 2005**
 - > Sinon laparotomie exploratrice.
- 2 explorations complémentaires :
 - > PET-scan : mais pas d'évaluation de son impact sur la PEC, **Petrowsky et al, J Hepatol, 2006**
 - > Laparoscopie : peu étudiée.

Etendue du geste d'exérèse :

- Geste réalisé : hépatectomie majeure dans $\frac{3}{4}$ des cas,

i.e. :

- > > ou = à 4 segments dans 50% des cas,
- > Exérèse du segment 1 dans $\frac{1}{3}$ des cas,

et :

- > Résection de la VBP dans 27% des cas,
- > Geste de reconstruction et/ou de réparation vasculaire dans 18% des cas.

Mortalité post-opératoire :

- Séries hétérogènes,
- MAIS : 50% des décès seulement dans le 1er mois post-op, Jonas et al, Ann Surg, 2009
 - > mortalité de 6% dans les différentes séries,
 - > $\frac{3}{4}$ des décès liés à : Nakagohri et al, World J Surg, 2008
 - IHC,
 - Sepsis.
- Embolisation portale pré-opératoire peu abordée.

Question des marges :

- > Exérèse R0 non standardisée, (1, 5, 10 mm ?),
- > Siège des marges atteintes n'est que rarement indiqué,
- > %age de patients ayant une résection R2 n'est que rarement indiqué, (probable exclusion),
 - > résection R0 = 75%, après exérèse à visée curative,

Résultat de l'exérèse : marges

Tableau VII

*Modalités, risques et résultats précoces des exérèses réalisées chez les patients ayant un CCI, stratifiés par zone géographique**

	Japon	Chine	Occident	AFC 2009
Étendue de l'exérèse				
Nombre de patients évaluables ^a	441-875	437-611	298-597	500-589
Exérèse majeure	76 %	67 %	77 %	82 %
Exérèse ≥ 4 segments	49 %	34 %	63 %	53 %
Exérèse du segment 1	48 %	9 %	27 %	32 %
Curage ganglionnaire	71 %	– (b)	63 %	61 %
Exérèse VBP	39 %	17 %	20 %	19 %
Exérèse vasculaire	21 %	– (b)	12 %	9 %
Risque de l'exérèse				
N. patients évalués	743	405	650	589
Mortalité postopératoire	6 %	5 %	6 %	6 %
Résultat de l'exérèse				
N. patients évalués	1 139	621	650	504
Exérèse R0 ^c	74 %	77 %	76 %	77 %

Résultats de l'enquête de l'AFC 2009

- Résécabilité :
 - > Taux de résection = 89% mais probable surestimation,
 - > Si analyse de tous les patients : taux = 80%,

- Principales CI à l'exérèse :
 - > Carcinose péritonéale,
 - > Présence de nodules satellites,

Tableau VIII

*Facteurs de risque de découverte d'une contre-indication à l'exérèse ou d'une exérèse R1 dans la série AFC 2009 (réinterventions exclues)**

	CI à l'exérèse ^a	p	Exérèse R1 ^b	p
<i>Moyenne</i>	11 %		23 %	
Sexe masculin	14 %	0,013		NS
Atteinte organes voisinage (TDM)	55 %	0,003		NS
Symptômes	17 %	0,03		NS
Âge > 70 ans		NS	15 %	0,008
Lésions multiples au scanner		NS	31 %	0,009
Nodules satellites en anapath.		NT	29 %	0,017
Résection vasculaire		NT	34 %	0,06
Statut N+ en anapath.		NT	24 %	0,06
Emboles vasculaires en anapath.		NT	29 %	0,014
Engainement périnerveux		NT	29 %	0,06

* L'analyse des CI à l'exérèse (globalement 11 %) porte sur 663 patients opérés et celle des exérèses R1 (globalement 23 %) sur 589 patients résequés. NS : non significatif, NT : variable non testée.

a. Les autres variables (âge, atteinte portale, nodules satellites ou adénopathies suspectes au scanner, dysmorphie hépatique, présence d'un ictère, aspect macroscopique ou topographique de la tumeur) n'avaient pas d'influence significative.

b. Les autres variables : sexe, aspect macroscopique ou topographique, atteinte portale au scanner, embolisation portale, hépatectomie majeure, exérèse des organes de voisinage, résection de la voie biliaire principale n'avaient pas d'influence significative.

CI : contre-indication.

Laparoscopie exploratrice

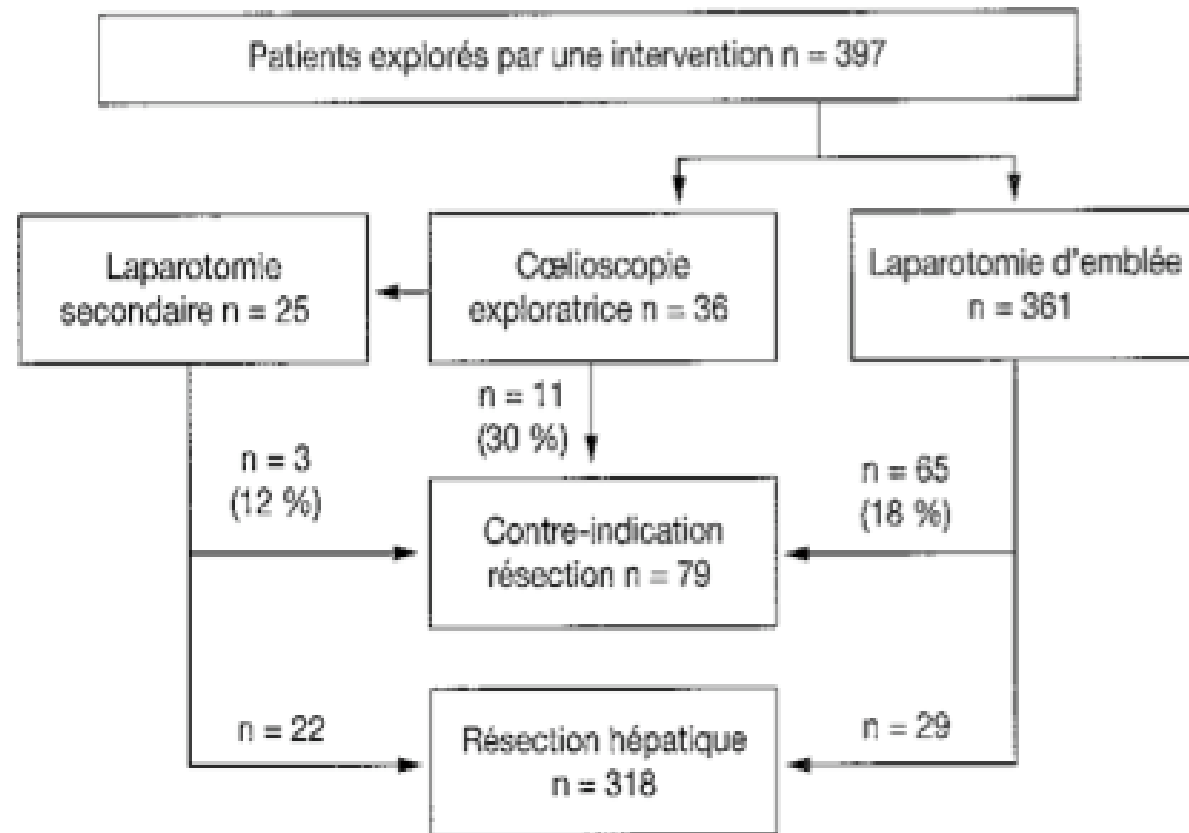


FIG. 9 : Modalités de découverte d'une contre-indication à l'exérèse chez les patients opérés d'un CCL. L'étude n'a porté que sur les 397 patients issus de centres ayant rapporté à la fois les patients réséqués et ceux ayant eu une intervention (laparotomie ou laparoscopie) exploratrice.

Gestes réalisés

Tableau VII

*Modalités, risques et résultats précoces des exérèses réalisées chez les patients ayant un CCI, stratifiés par zone géographique**

	Japon	Chine	Occident	AFC 2009
Étendue de l'exérèse				
Nombre de patients évaluables ^a	441-875	437-611	298-597	500-589
Exérèse majeure	76 %	67 %	77 %	82 %
Exérèse ≥ 4 segments	49 %	34 %	63 %	53 %
Exérèse du segment 1	48 %	9 %	27 %	32 %
Curage ganglionnaire	71 %	– (b)	63 %	61 %
Exérèse VBP	39 %	17 %	20 %	19 %
Exérèse vasculaire	21 %	– (b)	12 %	9 %
Risque de l'exérèse				
N. patients évalués	743	405	650	589
Mortalité postopératoire	6 %	5 %	6 %	6 %
Résultat de l'exérèse				
N. patients évalués	1 139	621	650	504
Exérèse R0 ^c	74 %	77 %	76 %	77 %

Morbi-mortalité

- Mortalité comparable aux données de la littérature,
- L'IHC représente 50% des causes de décès,
- Morbidité globale de 42%,
 - > complications biliaires, IHC, sepsis et complications respiratoires,
- IHC la plus grave +++,
- En analyse multivariée, seul le sexe masculin est un variable indépendante avec un RR = 6.6, IC = 1.4-30.1,
- FDR indépendant de morbidité était l'existence d'une transfusion avec un RR = 2.3, IC = 1.2-4.3.

Tableau IX

*Fréquence et gravité des complications observées chez 567 patients de la série AFC 2009 ayant eu une première exérèse d'un CCI (chez 22 patients les données étaient manquantes)**

Complications	Nombre de patients (%)	Gravité (selon Clavien ^a)		
		1-2	3-4	5
Toutes complications	236 (42)	42 %	42 %	16 %
Biliaires	79 (14)	29 %	68 %	3 %
Sepsis	71 (12)	31 %	64 %	5 %
Pulmonaires	63 (11)	46 %	46 %	8 %
Insuffisance hépatocellulaire	58 (10)	49 %	23 %	28 %

* Sont indiqués le nombre total de patients ayant présenté chaque complication (certains patients ont présenté plusieurs complications) et, pour chaque complication, leur sévérité en fonction de la classification de Clavien (exprimée en pourcentage).

a. La définition des critères de Clavien est rappelée dans l'introduction de la monographie.

Embolisation portale préopératoire :

- Réalisée chez 45 patients (8%),
- Bcp plus élevé que dans la littérature,
- Prévalence de l'IHC et des décès postopératoires comparable,
 - > IHC : 13% vs 14%
 - > Décès post-op : 10% vs 6%.

Tableau XI

Série AFC 2009. Devenir des 45 patients ayant un cholangiocarcinome intrahépatique (CCI) chez lesquels une embolisation portale (EP) a été réalisée

	Toutes exérèses	Exérèse		
		R2*	R1	R0
Nombre de patients	45	4	11	30
Postopératoire				
IHC**	8	1	2	5
Mortalité	6	0	1	5
Survie				
Médiane (mois)	34	2	38	50
1 an	73 %	33 %	76 %	79 %
3 ans	47 %	0 %	76 %	50 %
5 ans	26 %	0 %	38 %	27 %

* Y compris les laparotomies exploratrices ou les patients non opérés.

** IHC : insuffisance hépatocellulaire, qu'elle ait ou non entraîné le décès.

Synthèse (1)

- Env. 20% des patients opérés pour un CCI n'ont pas de résection,
- Parmi les patients réséqués, 25% n'auront pas une exérèse R0,
- On peut donc considérer que seuls 2/3 des patients soumis à une laparotomie pour CCI auront finalement une exérèse curative,
- L'imagerie préopératoire manque de fiabilité pour le prédire.

Synthèse (2)

- Ces exérèses complexes présente un risque péri-opératoire important+++ :
 - > > à celui rapporté pour les méta. hépatiques,
 - > Proche de celui rapporté pour les CHC, alors que la prévalence d'une hépatopathie sous-jacente est bcp + élevé.
- IHC = ppale cause de complications graves +++,
- Embolisation portale pré-opératoire :
 - > De + en + fréquente,
 - > Résultats contradictoires,
 - > Risque péri-opératoire et qualité des marges comparables à ceux des patients n'ayant pas eu cette préparation,
 - > Possibilité qu'elle ait été trop exclusivement réalisée chez des patients ayant *a priori* une résécabilité limitée.

Synthèse (3)

- L'étendue du geste est souvent sous-estimé en pré-opératoire,
- Une meilleure prise en compte de ces données pourrait inciter à mieux programmer la stratégie opératoire,
- L'extension des indications d'embolisation portale mérite d'être évaluée de façon prospective +++