

**Prise en charge
des métastases hépatiques synchrones
des cancers colorectaux**

Enquête 2006 de la
Société de Chirurgie Viscérale de l'Ouest

Bernard Faber, Karim Boudjema
Rennes

Rappel

- ✓ 35000 nouveaux cas de CCR par an en France
- ✓ 50 % de malades métastatiques
- ✓ 30% de métastases hépatiques isolées
- ✓ 10 à 25 % de métastases hépatiques synchrones
- ✓ \pm 5 % métastases sont résécables d'emblée:
Exérèse en 1 temps, complète
- ✓ RCP en 2004

Analyse rétrospective

Métastases synchrones des cancers du colon et du rectum

Janvier 1998 – décembre 2005

CHG et CHU région Ouest

Fermeture de la base le 10 juin 2006

Centre

Nom (3lettres) Sexe Date de naissance

Circonstances de découverte des métastases hépatiques Autres métastases associées

Tumeur primitive

Siège du Primitif

Circonstances de découverte du primitif

Traitement néoadjuvant à l'excision du primitif

Si OUI, Chimiothérapie néoadjuvante

5FU
 Oxaliplatine
 Campto

Préciser la drogue principale reçue.
 Cocher 2 cases si changement de chimio

Traitement du primitif Date d'excision du I

Métastases hépatiques

Moment de prise en charge par votre centre

Siège des métastases hépatiques Nombre des métastases hépatiques

Foie droit Segment I
 Segment IV lobe gauche

Timing de la résection des métastases Date d'excision des métastases

Chimiothérapie d'intervalle Aucune Oxaliplatine Biothérapies
 5FU Campto

Traitement des métastases

Clampage du pédicule hépatique Causes de non excision des métastases

Chimiothérapie complémentaire à l'excision hépatique

Aucune Oxaliplatine Biothérapies
 5FU Campto

Suivi

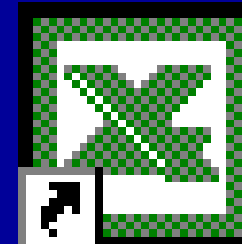
Durée de l'hospitalisation I (jours) Durée de l'hospitalisation II (jours) si chirurgie séquentielle

Complications de l'excision hépatique

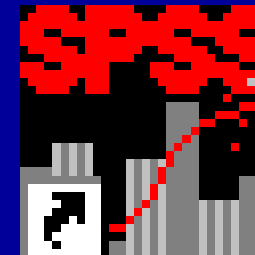
Aucune Défaillance hépatique complication infectieuse extrapéritonéale
 Hémorragie Complication digestive anastomotique Autre...
 Fuite biliaire Complication de paroi

Statut Date de décès

Récidive Date des dernières nouvelles



Lissage



Analyse

4 centres participants

230 fiches

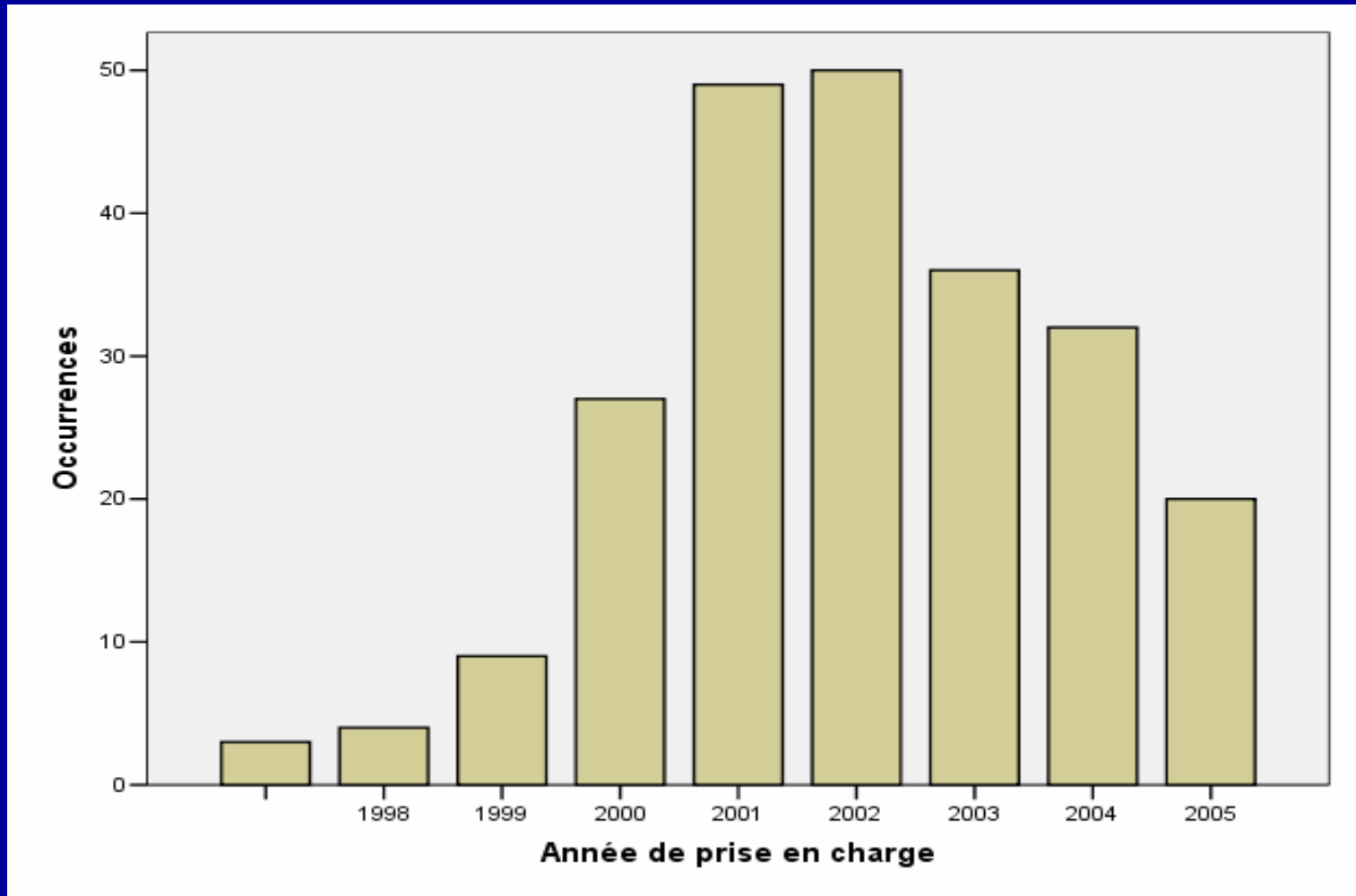
71 (30%)

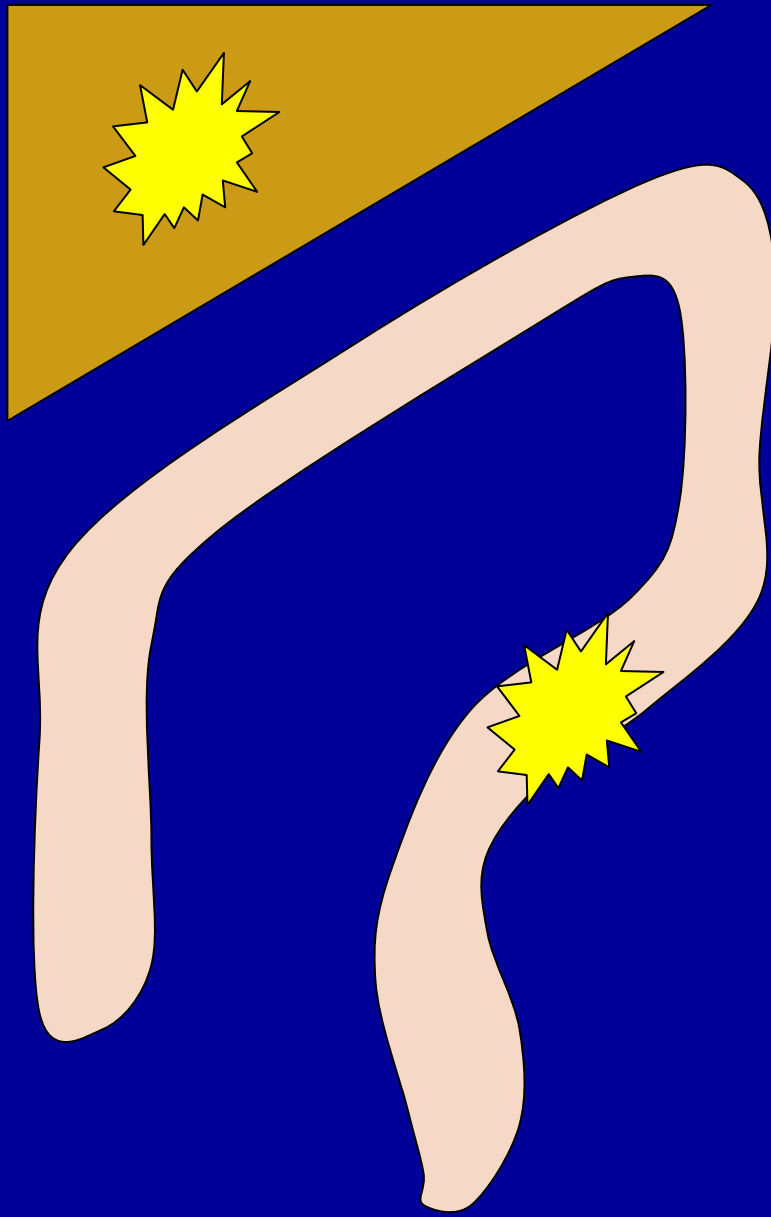
20 (8,7%)

20 (8,7%)

119 (51%)

Evolution des inclusions / année





Circonstances de découverte

Topographie des lésions

Geste digestif

Geste hépatique

Stratégies envisagées

Résultats de la prise en charge

Morbidité

Récidive

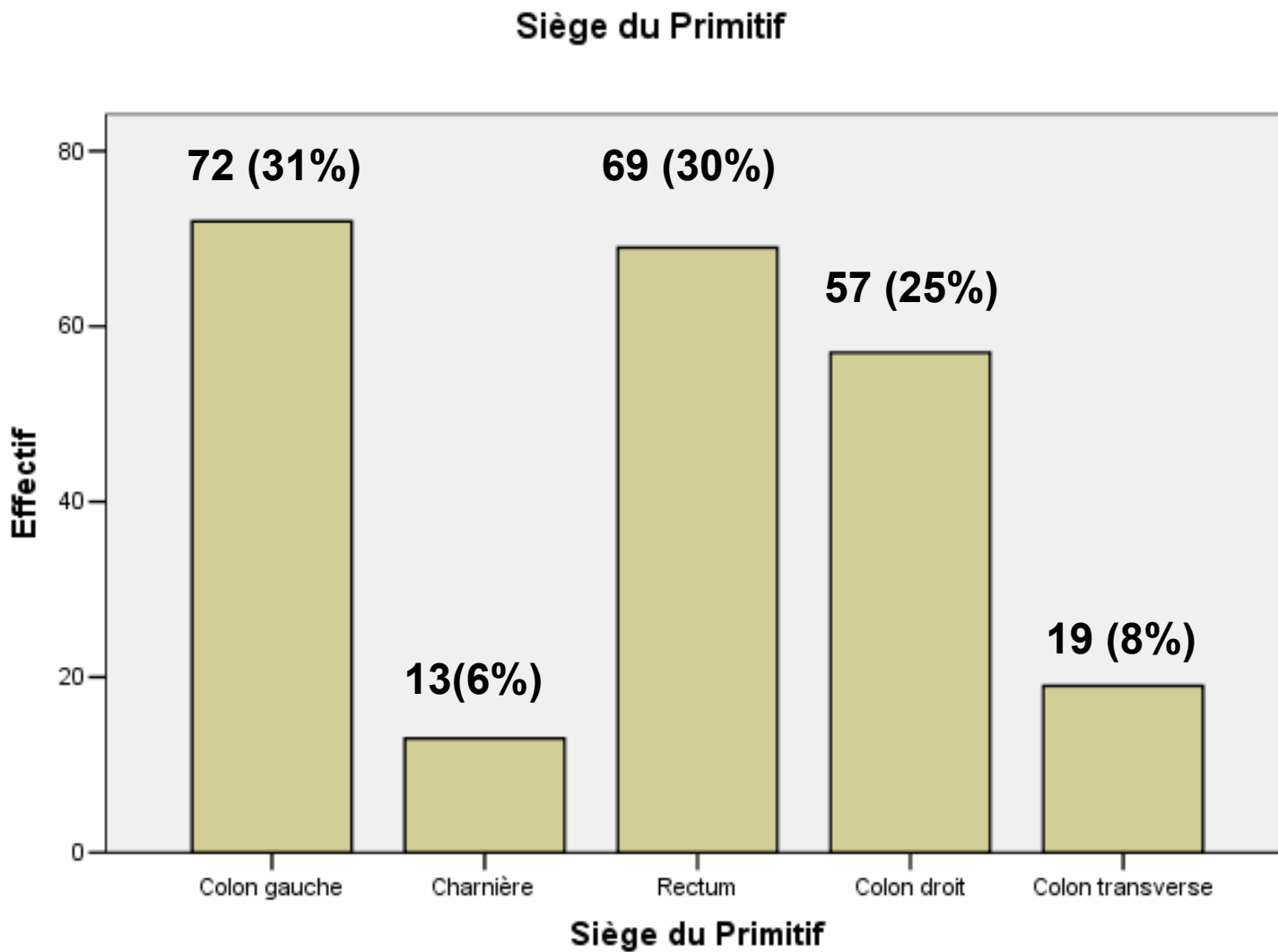
Survie

Données démographiques

Age

	N	Moyenne	E-Type	Médiane
Hommes	143	62,7	12,2	64
Femmes	87	63,1	15,6	66
Total	230	62,9	13,5	65

Cancer primitif

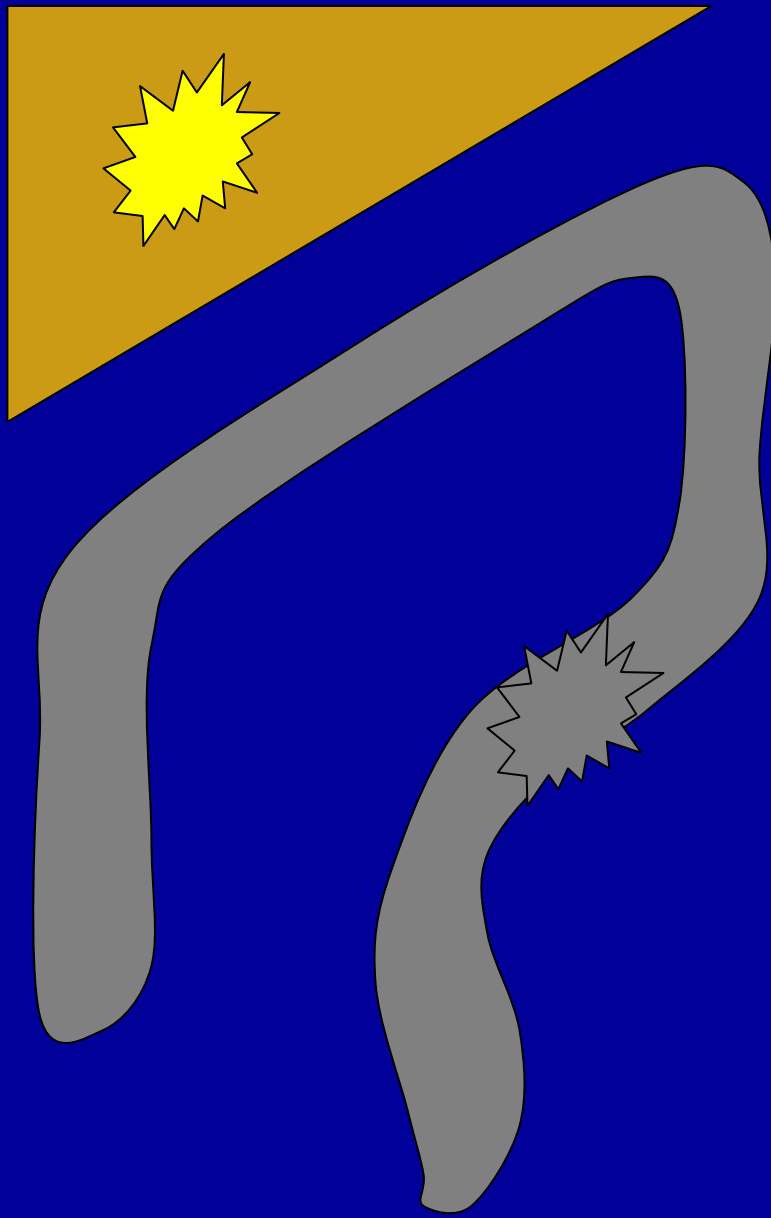


Circonstances de découverte du primitif

Troubles du transit & autre	70 (30%)
Saignement	63 (27%)
Occlusion	45 (20%)
Métastases	29 (13%)
Perforation	9 (4%)
Abcès péritumoral	5 (2%)

Chirurgie du primitif

Pas d'exérèse	6 (3%)
Colostomie simple	4 (2%)
Exérèse	216 (95%)



Quelle hépatectomie?

Quelle stratégie hépatique

En 1 temps

En 2 temps

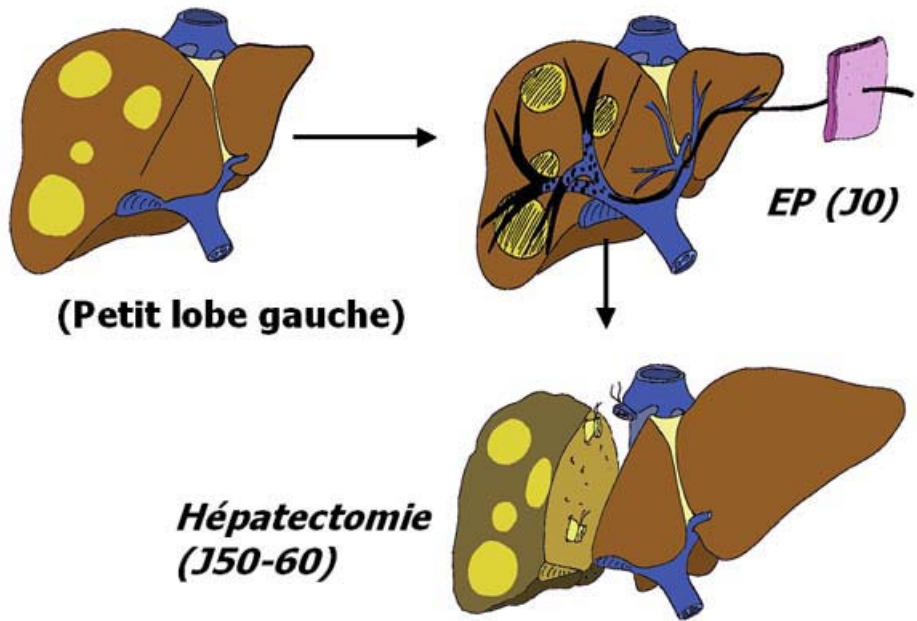
Embolisation

Quel timing

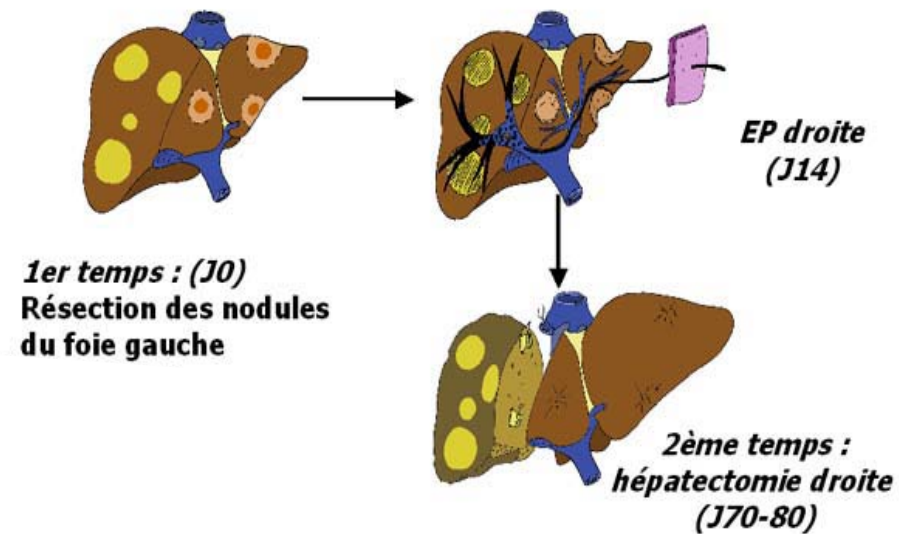
Séquentielle

Combinée

Embolisation portale



Chirurgie en deux temps



Exérèse combinée colon + métastases hépatiques

Inconvénients:

**Long,
ischémie des sutures digestives,
contamination du champ hépatique
morbidité plus importante ?**

Avantages:

**Une seule intervention,
Pas de progression tumorale entre les 2 temps**

Exérèse séquentielle colon puis métastases hépatiques

Avantages:

**Moins long,
pas de souffrance des sutures digestives,
pas de contamination du champ hépatique
connaissance de l'évolutivité des métastases**

Inconvénients:

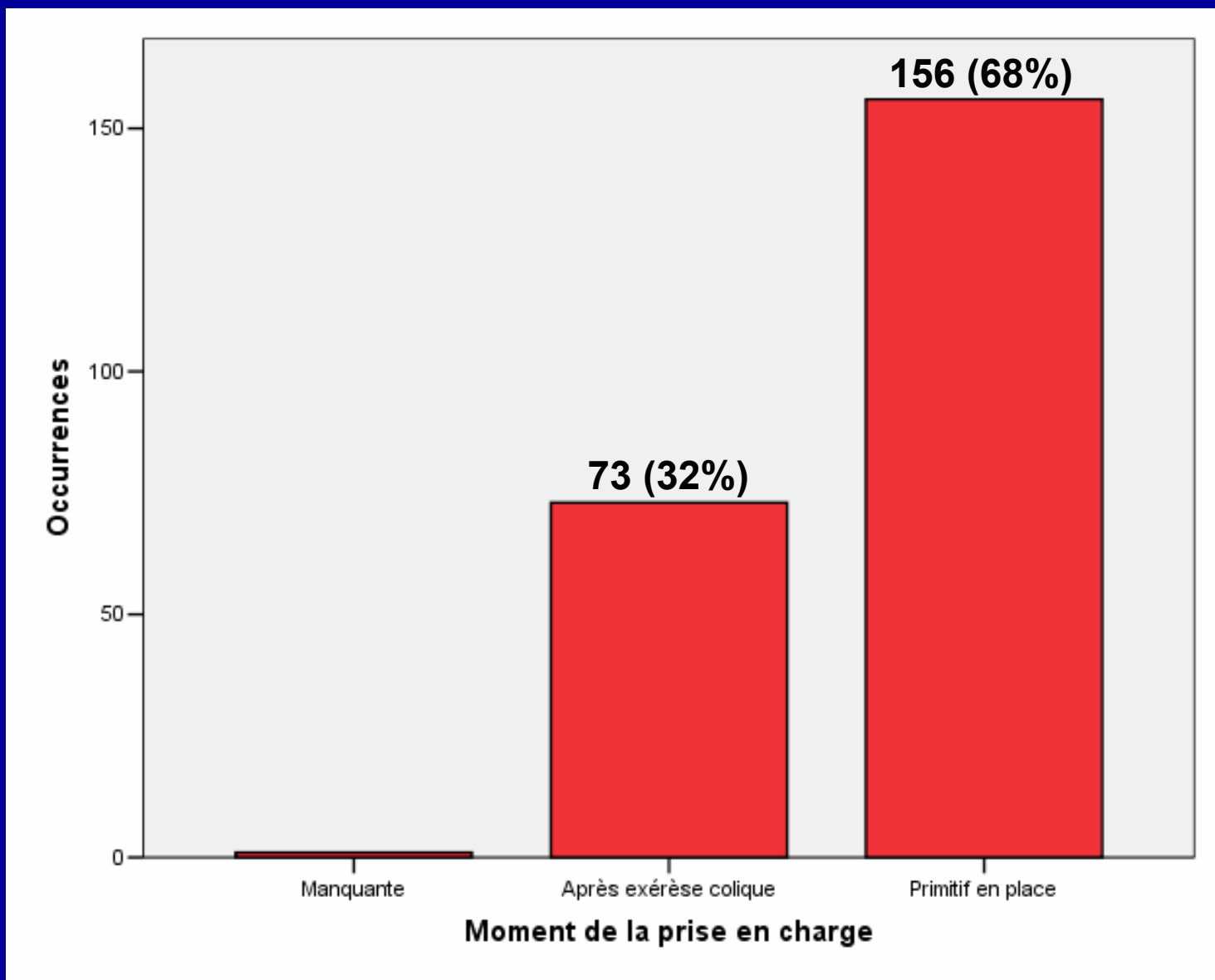
**2 interventions
croissance (non résecabilité) des MH
plus lourde morbidité ?**

Auteurs	Année	N	Combiné Séquentiel	Morbidité %	Mortalité %
Vogt	1991	36	19 17	5,2 17,6	0 0
Scheele	1991	98	60 38	-	-
Jaeck	1996	41	20 21	20 10	0 0
Nordlinger	1996	1008	115 893	- -	7 2
Jenkins	1997	46	22 24	- -	- -
Bolton	2000	165	50 115	- -	12 4
Fugita	2000	97	83 14	58 -	
Lyass	2001	112	26 86	27 35	0 2,3

Circonstances de découverte des métastases

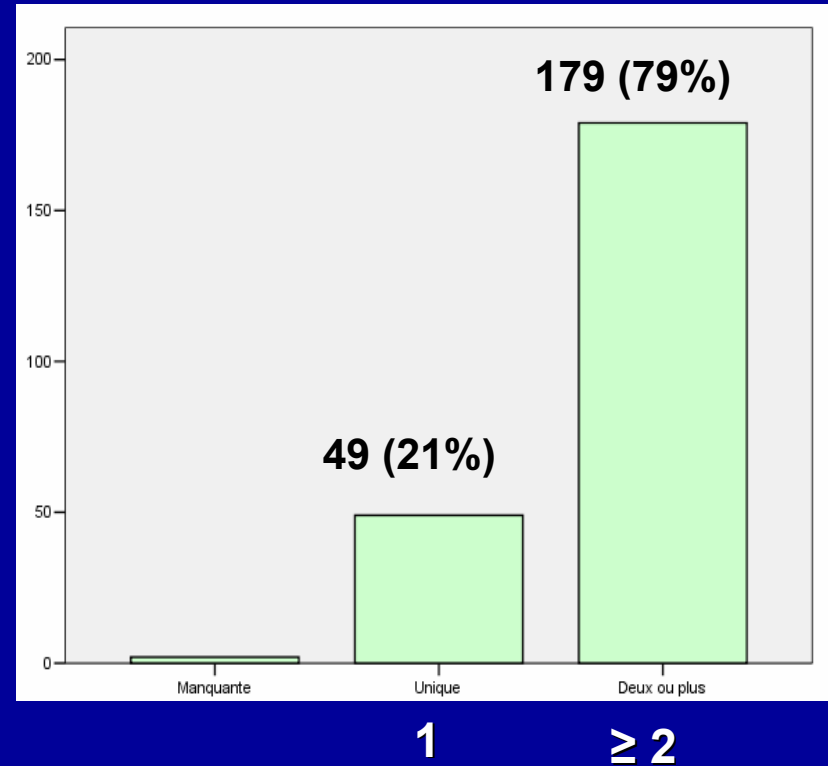
Au cours du bilan du I	147 (64%)
Au cours de la chirurgie du I	55 (24%)
Révélatrices du I	29 (13%)

Circonstances de prise en charge

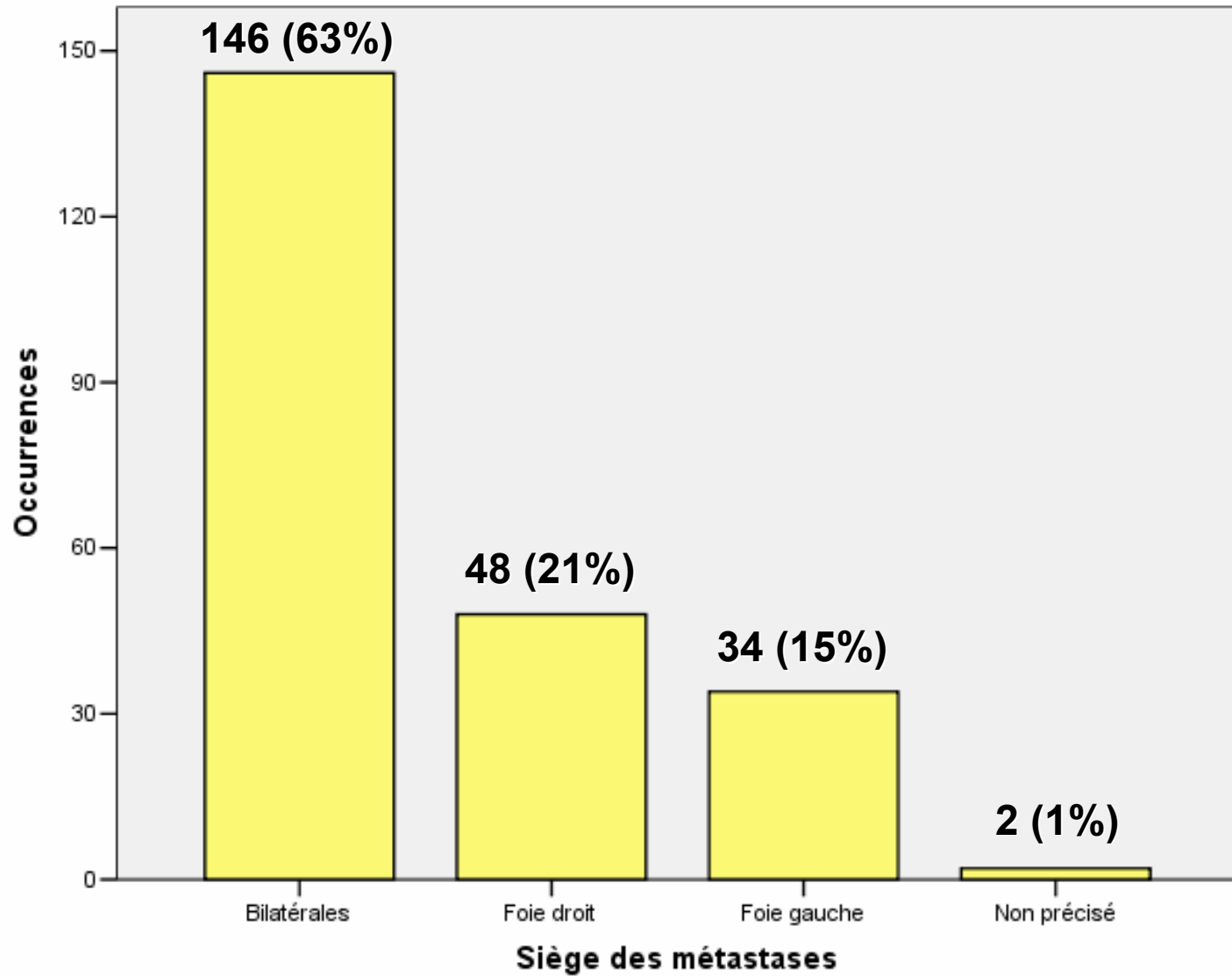


Nombre de métastases / malade

1	49 (21%)
2	40 (18%)
3	20 (9%)
4	21 (9%)
> 4	98 (43%)



Métastases



Timing de la chirurgie hépatique

Pas de chirurgie hépatique	98 (43%)
Chirurgie combinée	37 (16%)
Chirurgie séquentielle colon – foie	86 (37%)
Combinée et séquentielle (foie en 2 temps)	9 (4%)

Influence nombre métastases / chirurgie hépatique

	Ø Hx	Tt combinée	Tt séquentiel	Combiné + séquentiel
1 méta	9	20	20	0
≥ 2 métas	88	16	66	9

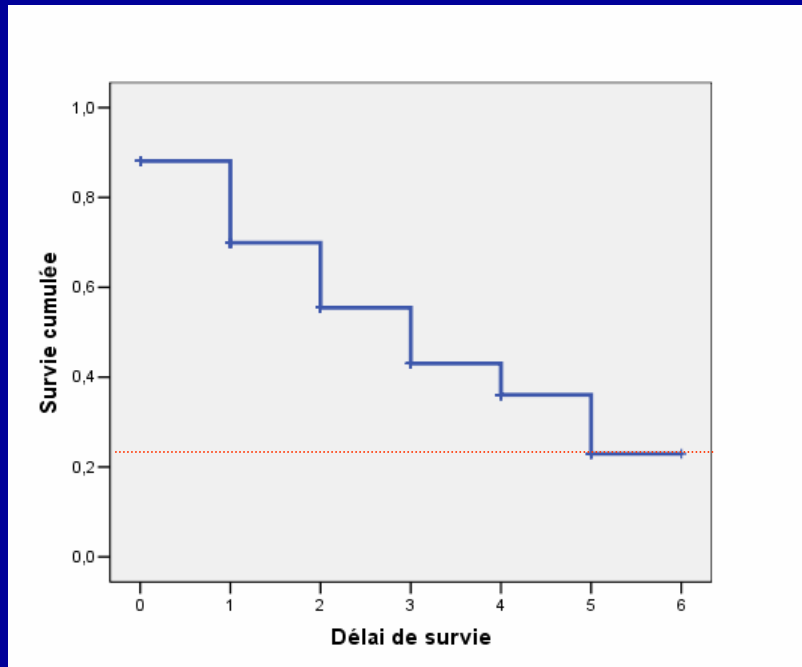
p=0,017

Complications / type de chirurgie

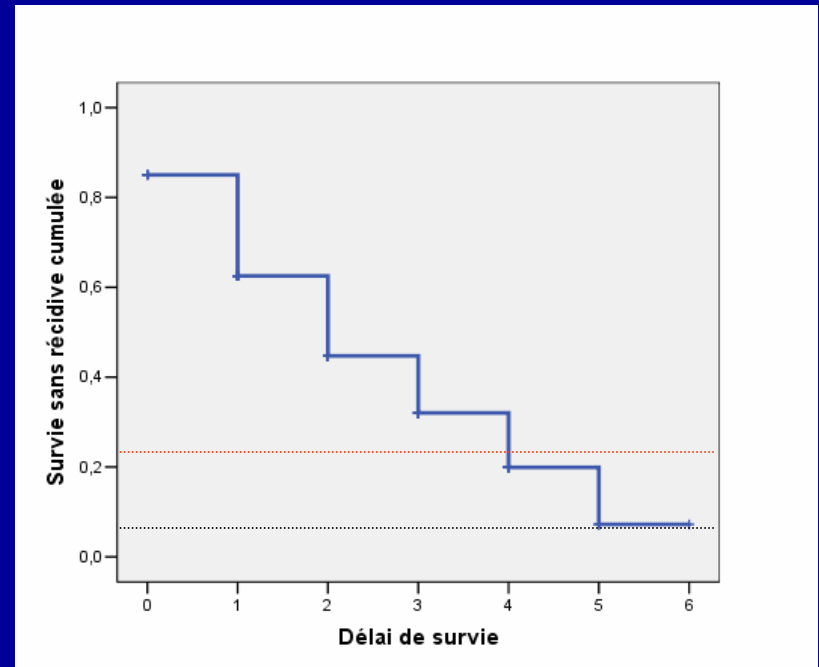
	Combinée (37)	Séquentielle (86)	Combinée & Séquentielle (9)
∅	29 (62%)	57 (66%)	6 (66%)
≥ 1 complication grave Hémorragie Biliome I.Hépatique	4 (10%)	17 (20%)	3 (33%)
Fistule anastomotique	3 (8%)	1 (11%)	0

Survie de l'effectif SCVO (n=230)

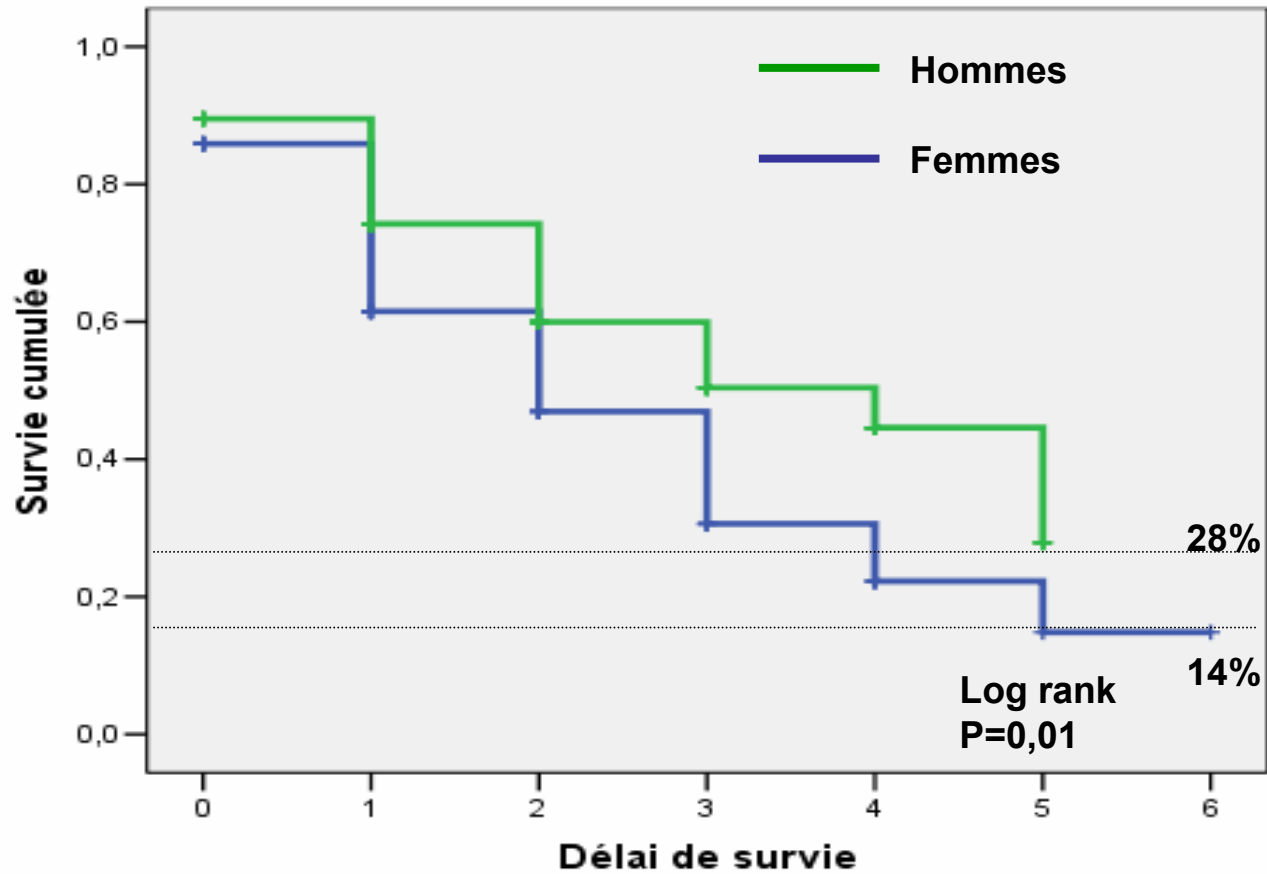
Globale



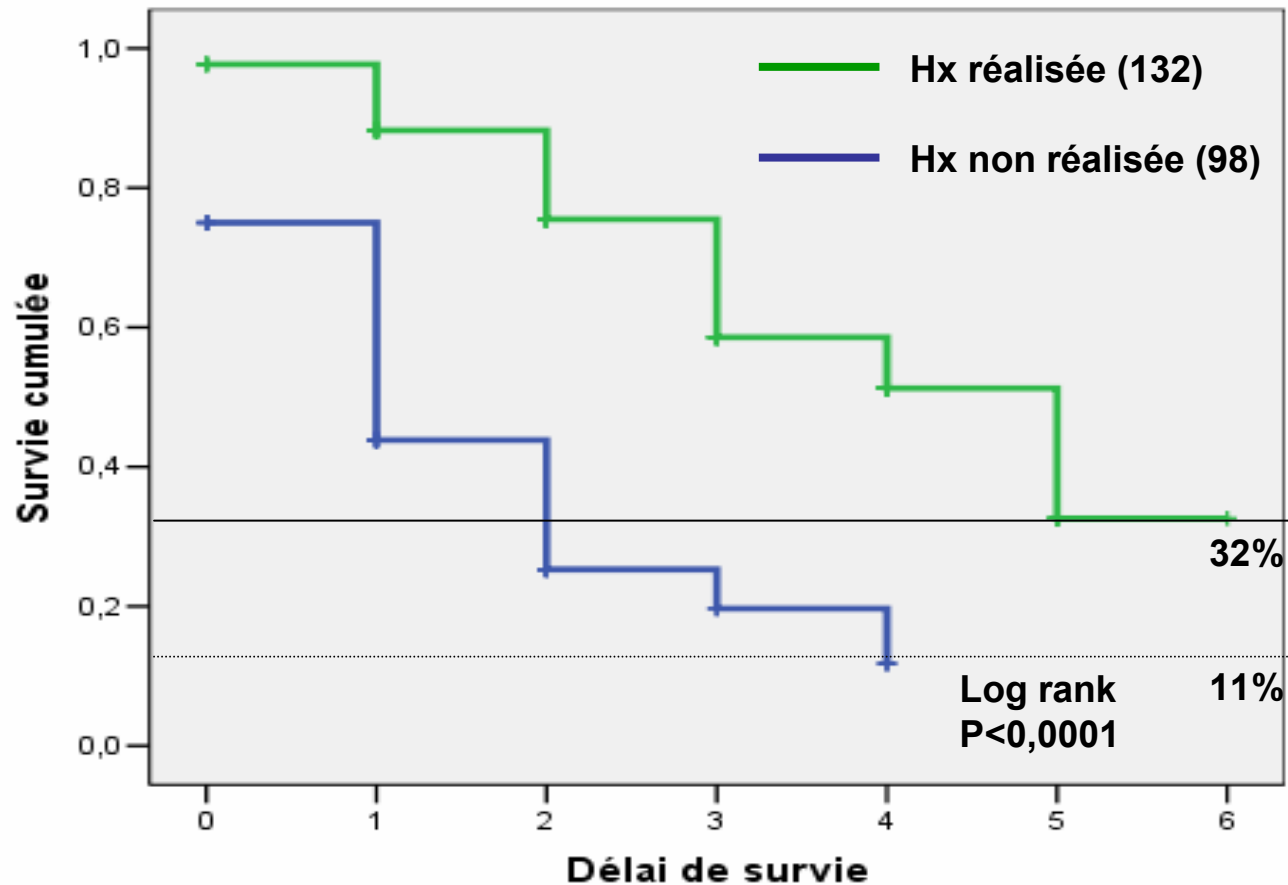
Sans récidence



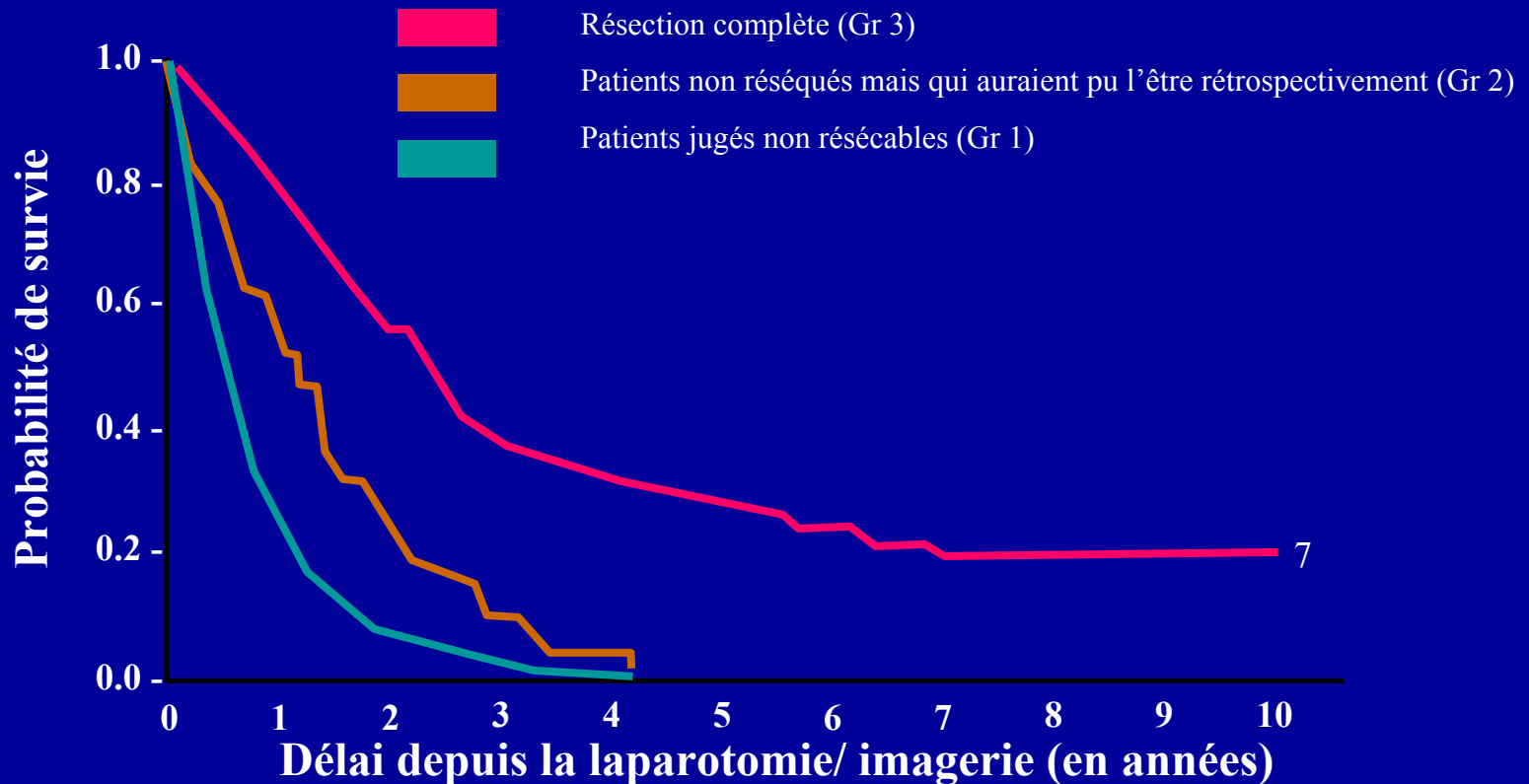
Influence du sexe sur la survie globale



Influence de la chirurgie hépatique sur la survie globale

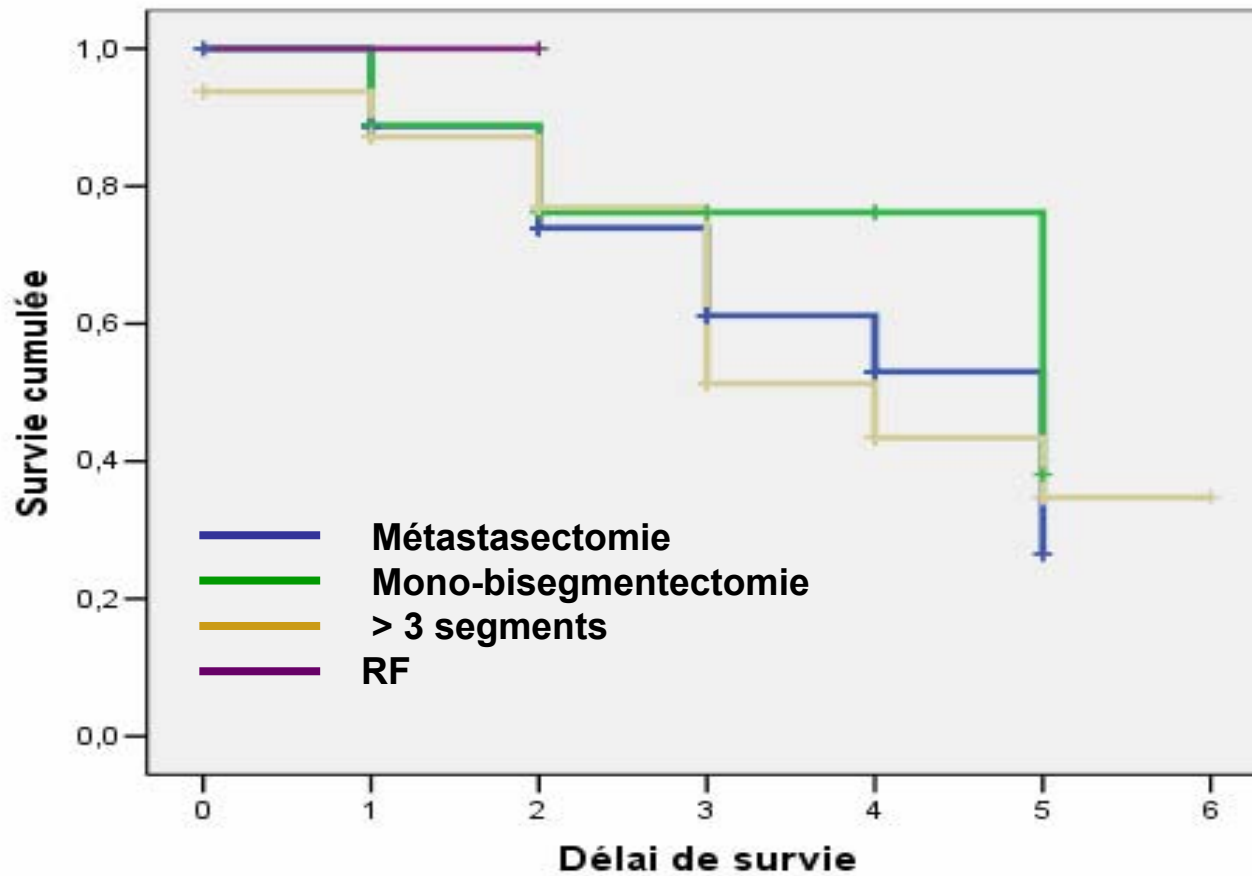


Quelle survie en fonction du type de résection ?

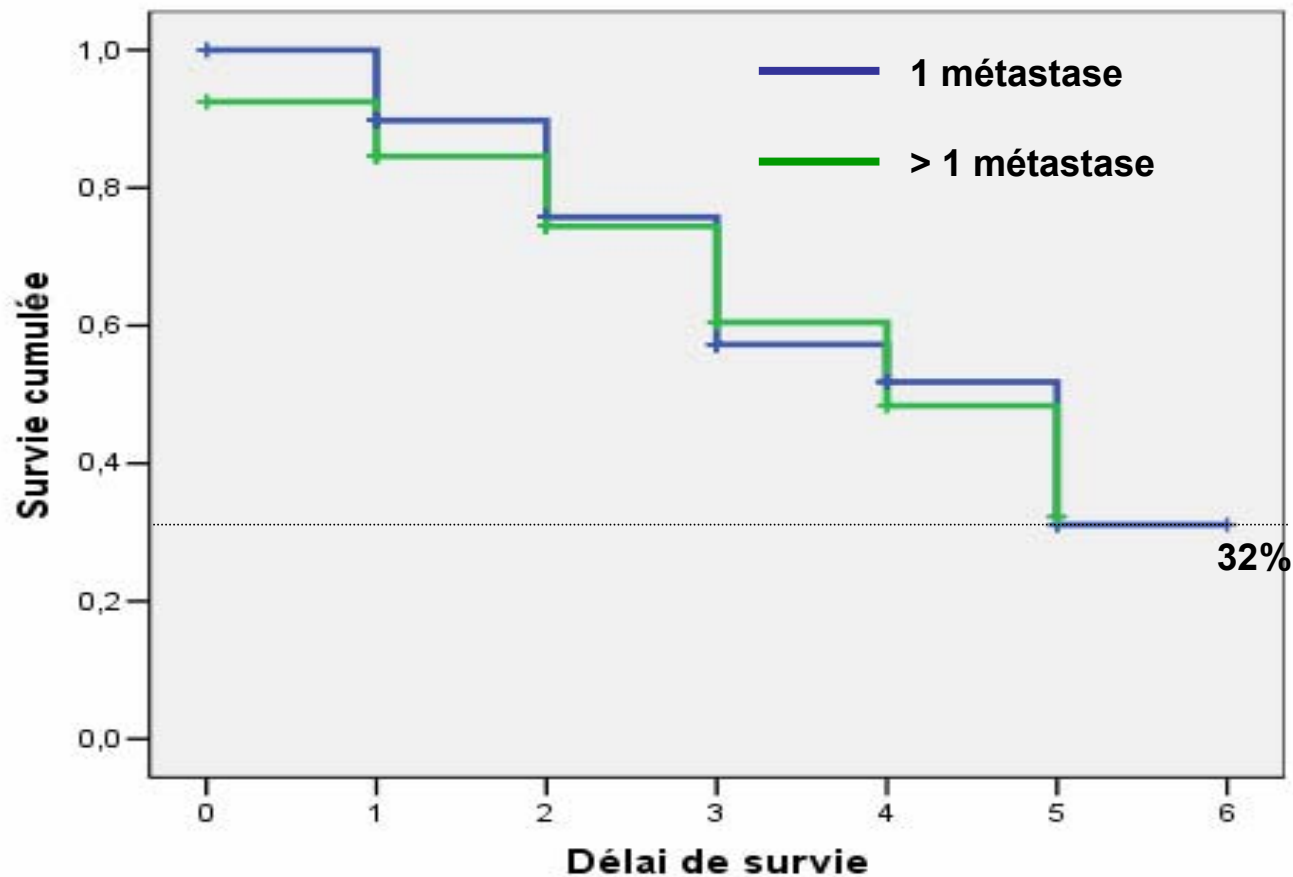


Survie des patients classés dans le groupe 1 (n=921), groupe 2 (n=62) et groupe 3 (n=226), y compris la mortalité opératoire.
Le nombre à l'extrémité de la courbe indique le nombre de patients en vie au-delà de 10 ans. $P < 0,001$

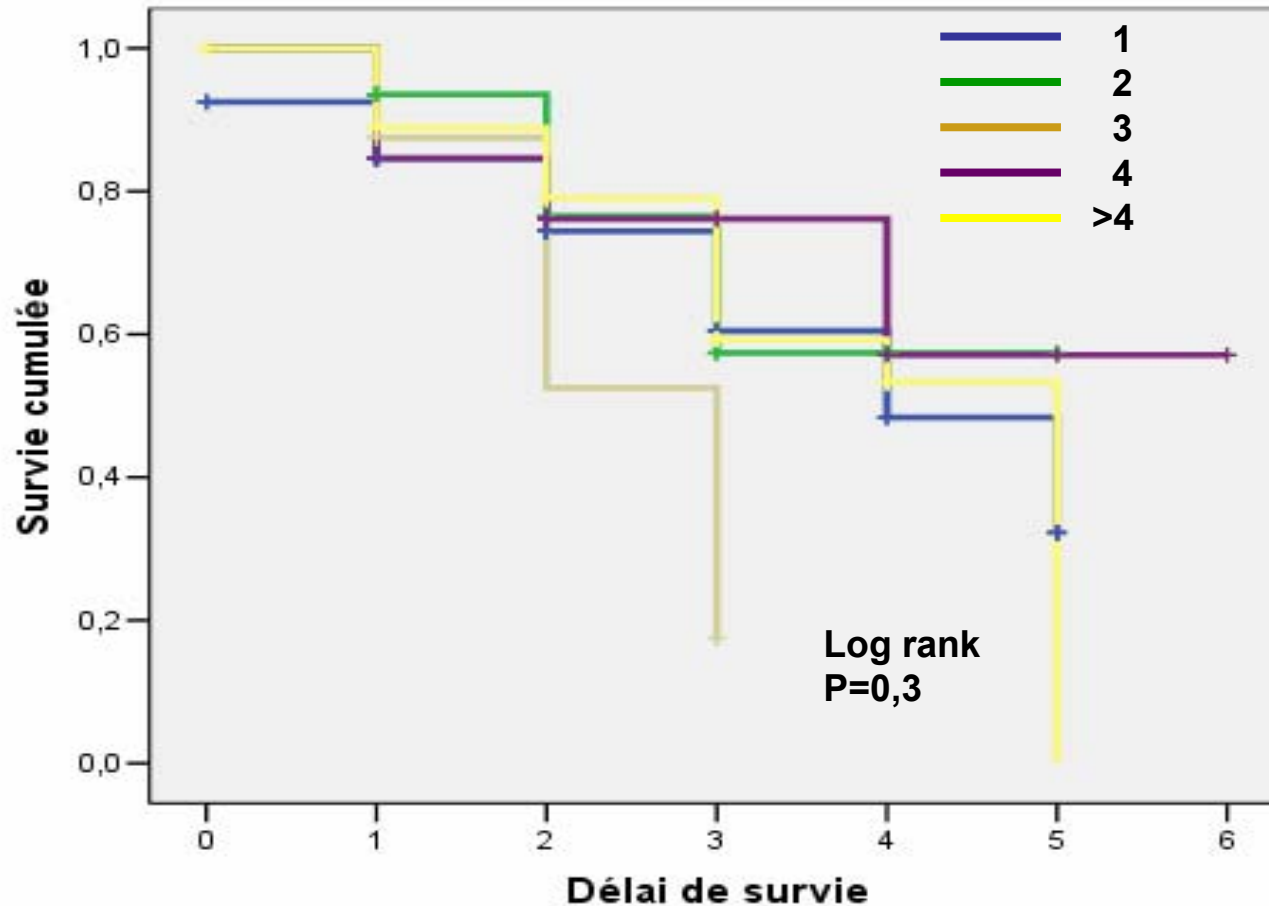
Influence du type d'exérèse hépatique sur la survie globale



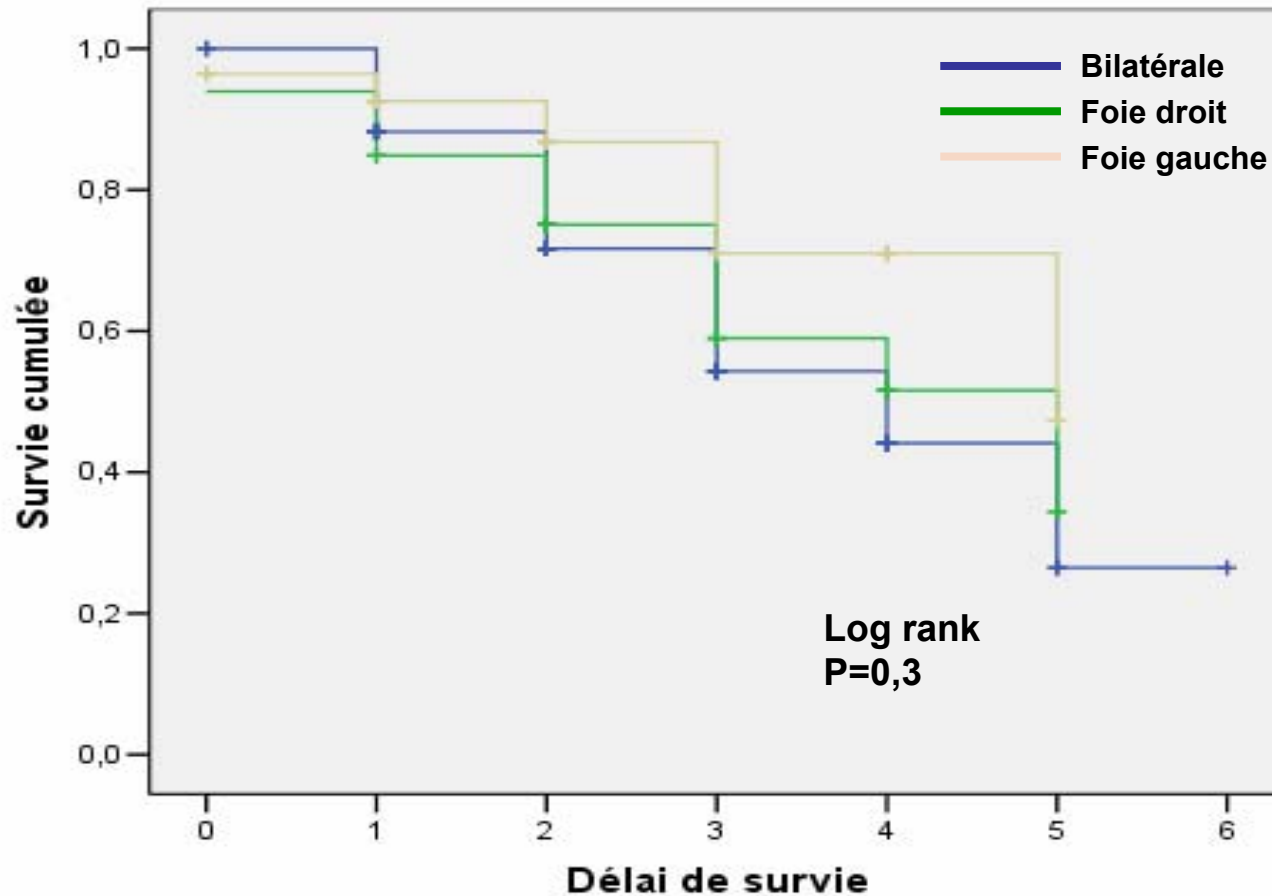
Influence du nombre de métastases sur la survie globale après hépatectomie



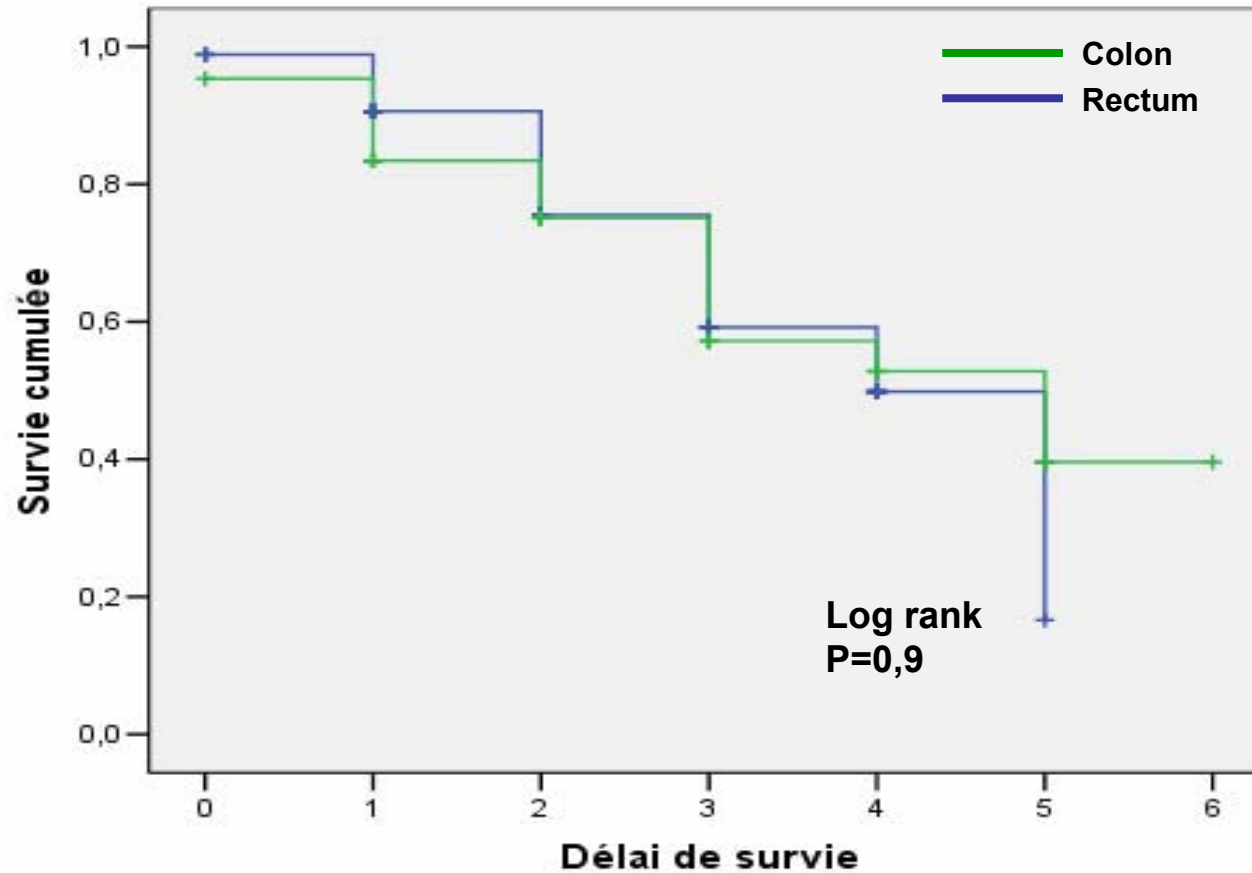
Influence du nombre de métastases sur la survie globale après hépatectomie



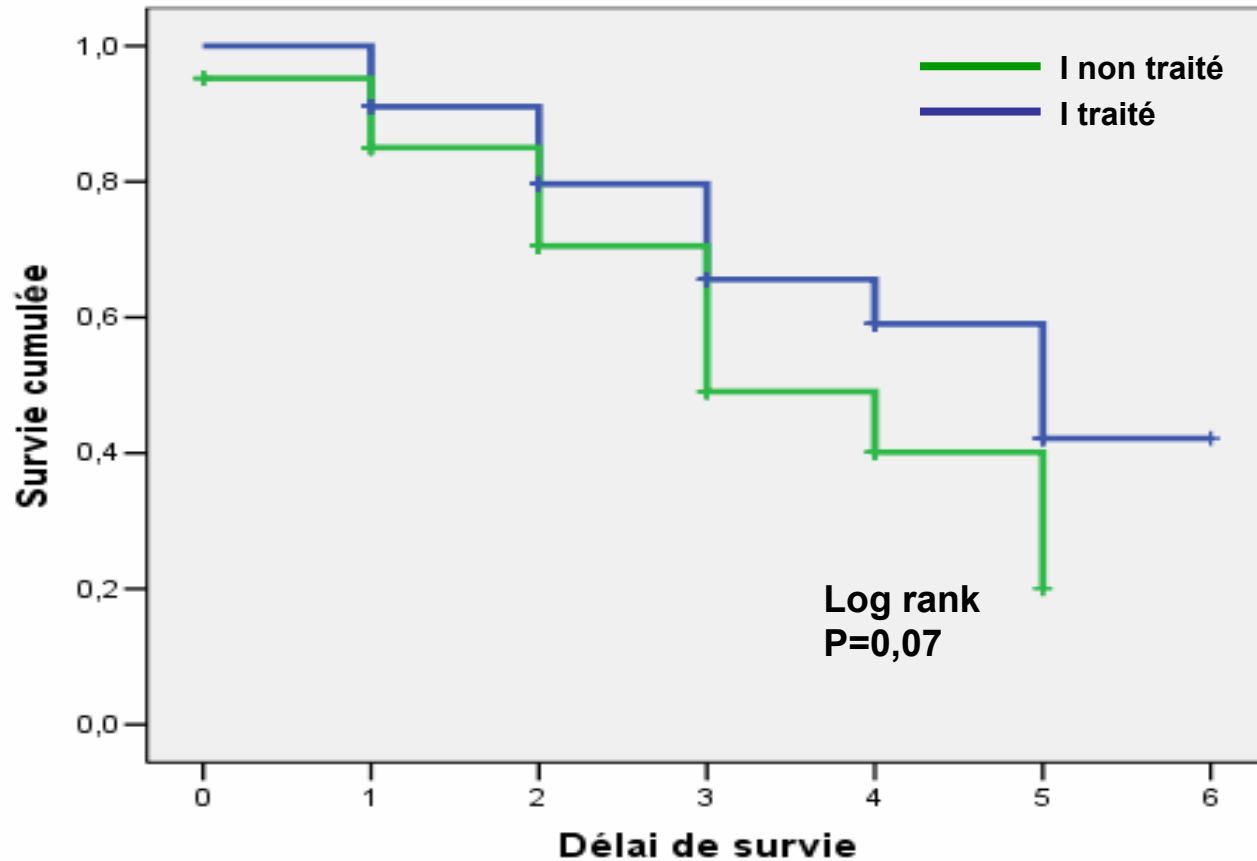
Influence du siège des métastases sur la survie globale après hépatectomie



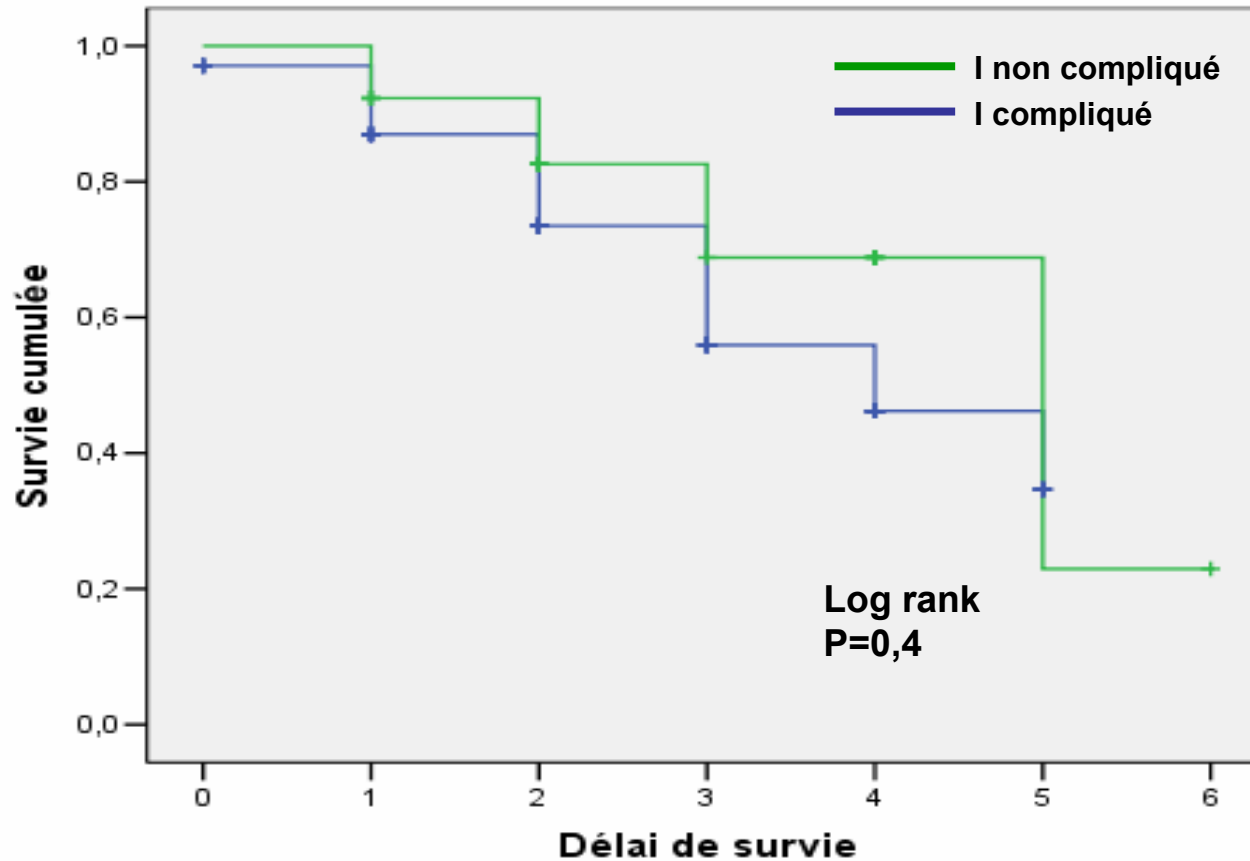
Influence du siège du primitif sur la survie globale après hépatectomie



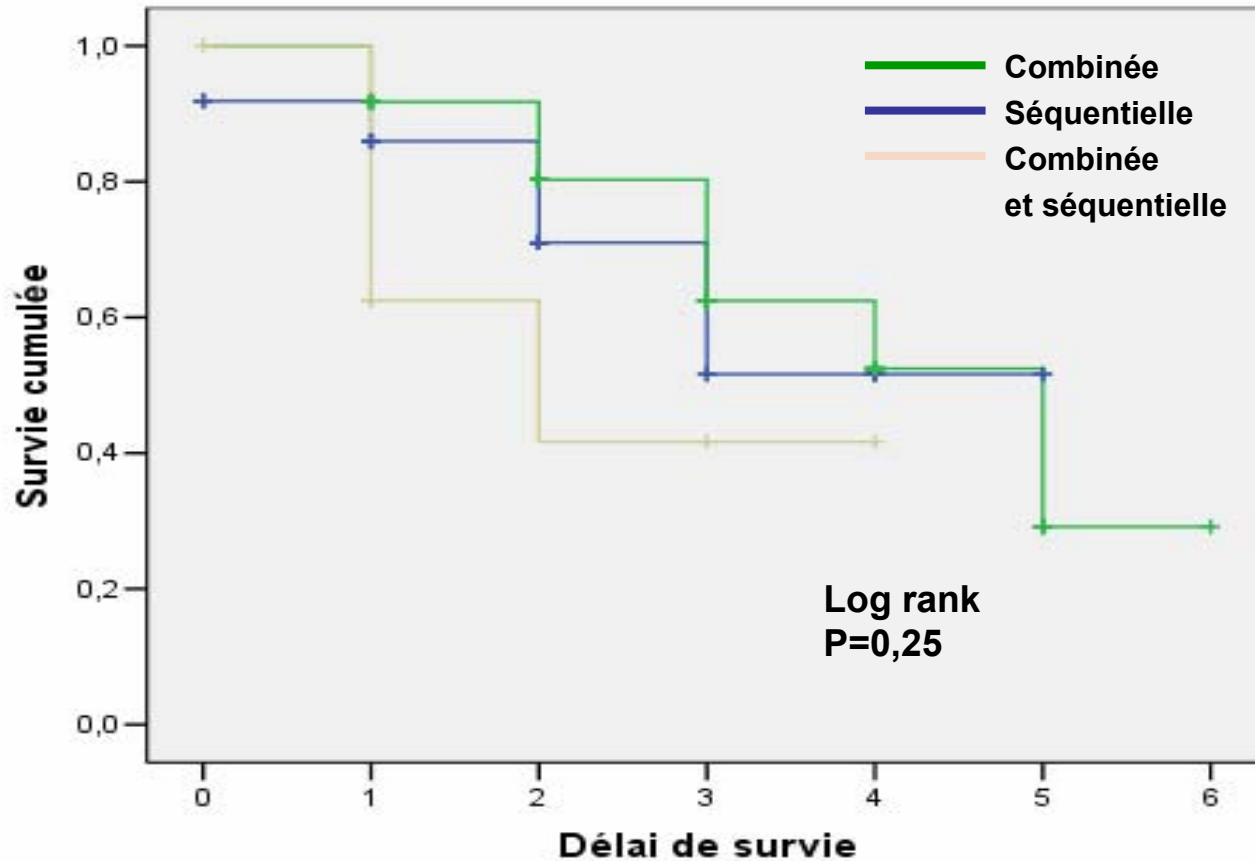
Influence du mode de prise en charge sur la survie globale après hépatectomie



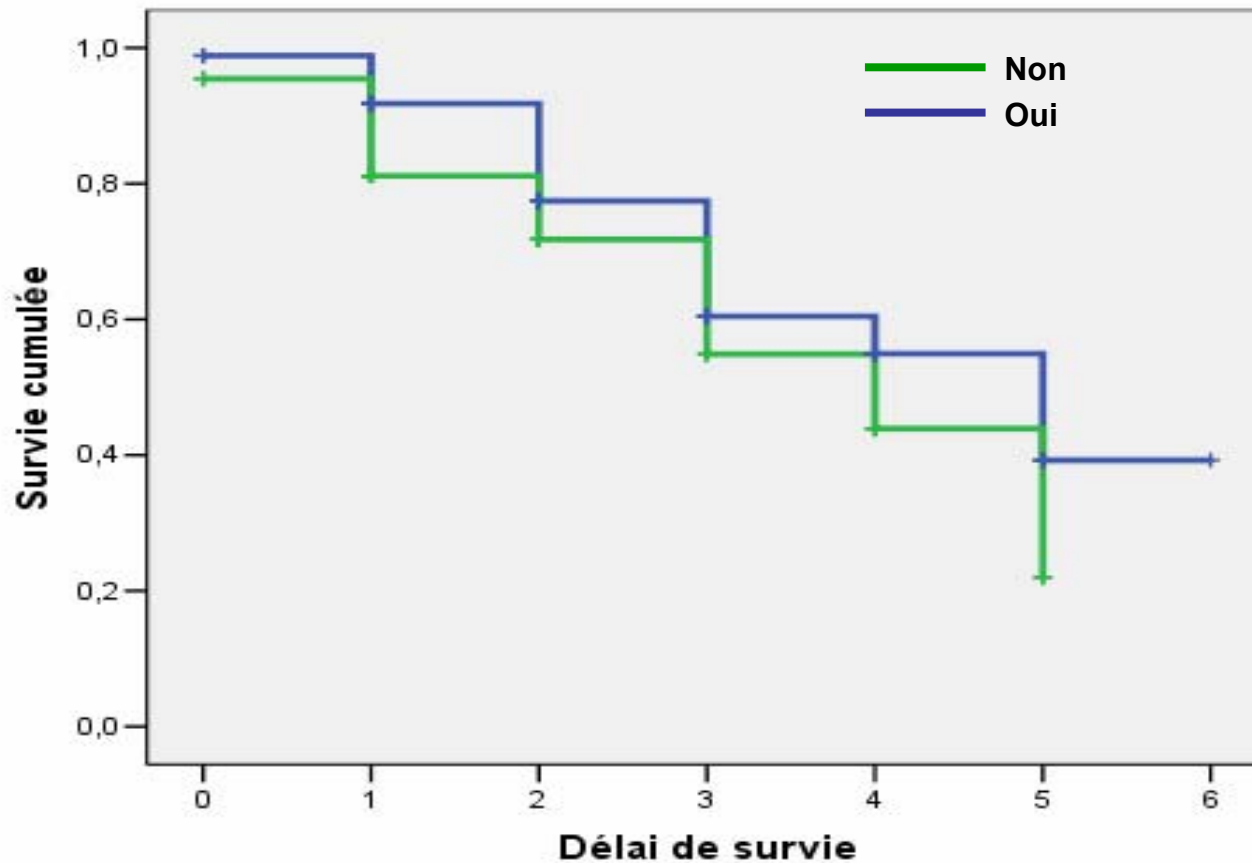
Influence de la présentation du I sur la survie globale après hépatectomie



Influence de la séquence thérapeutique sur la survie globale après hépatectomie



Influence d'une chimiothérapie néoadjuvante sur la survie globale après hépatectomie



Conclusion

Les malades opérés ont une probabilité de survie meilleure que les non opérés

Pas de facteur évident influençant la survie des malades opérés

Les complications semblent augmenter avec le nombre des interventions

Semblent...

Etude prospective randomisée comparant la morbidité et la mortalité de la chirurgie des métastases hépatiques synchrones des cancers du colon et du rectum selon qu'elle est réalisée en même temps (traitement simultané) ou à distance (traitement séquentiel) de l'exérèse de la tumeur primitive

PROTOCOLE

Promoteur : CHU de Rennes, Hôpital de Pontchaillou, 35033 Rennes cedex.

Cancer du colon ou du rectum + Métastases hépatiques synchrones

