

Quoi de neuf en chirurgie hépatique ?

ACHBT 2002

Jacques PAINEAU
CHU Nantes

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES CONSULTEES

- Annals of Surgery
- American Journal of Surgery
- Annales de Chirurgie
- Archivs of Surgery
- British Journal of Surgery
- Eur J Gastroenterology
- Gastroenterology
- Gastroentérologie Clin Biol
- Gut
- Hepatology

- Journal de Chirurgie
- J Am Coll Surg
- Journal of Hepatology
- Surgery

et PUBMED 2001

hepatic and resection

hepatectomy

hepatic and surgery

portal and hypertension

Choix subjectif ...

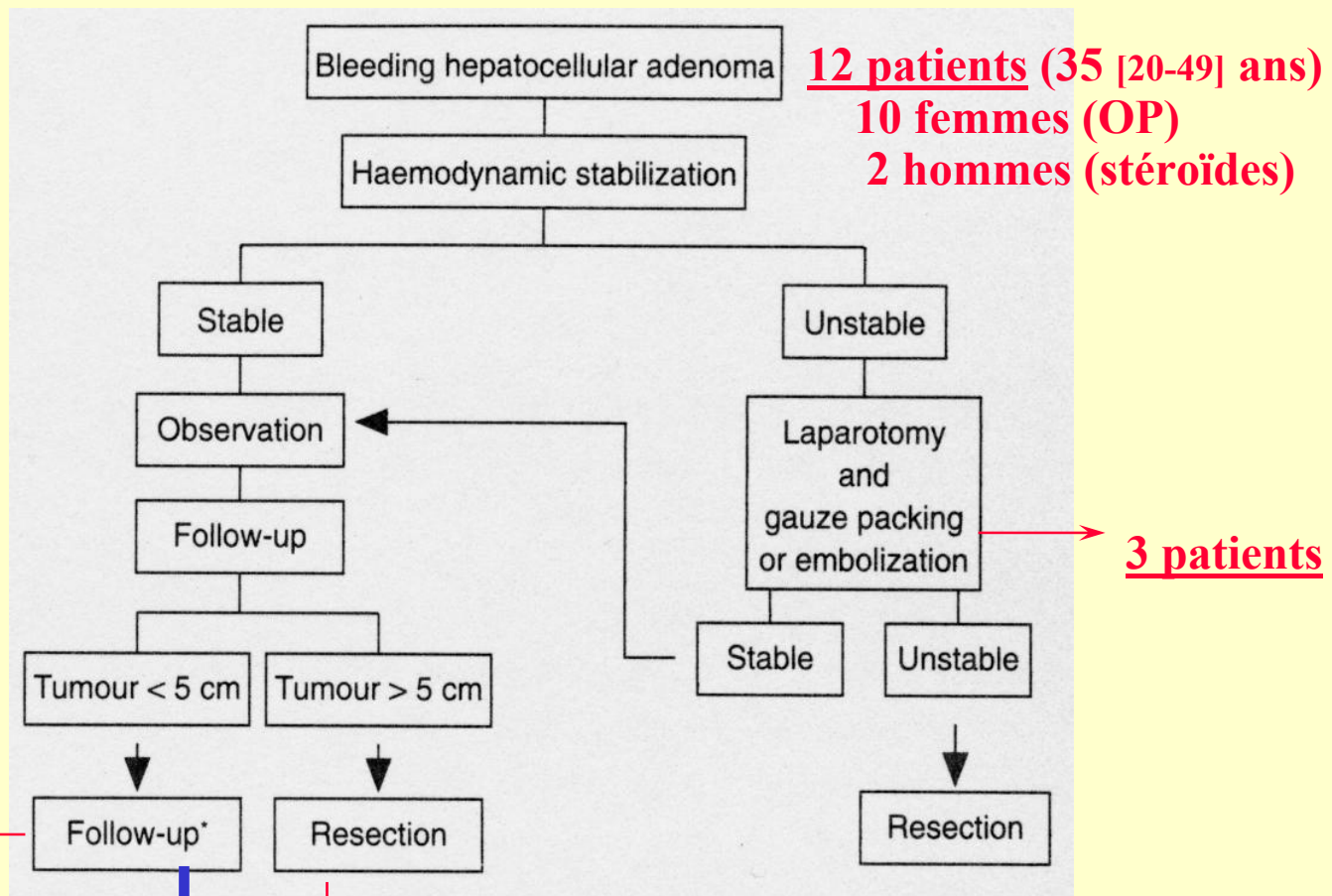
TUMEURS non CHC

Pathologie bénigne

Treatment of ruptured hepatocellular adenoma.

T Terkivatan et coll. (Rotterdam)

Br J Surg 2001;88:207-209.



12 patients (35 [20-49] ans)
10 femmes (OP)
2 hommes (stéroïdes)

3 patients

4 patients

3 régressions

1 stable (résection ?)

8 patients. Délai = 10,5 (3-64) jours

si hépatite B ou C, si AFP élevées : résection

Management of liver hydatid cysts with a large biliocystic fistula: multicenter retrospective study.

A Zaouche (*Tunis*)

World J Surg 2001;25:28-39.

- 1988-92 : 2013 KH opérés dans 14 centres tunisiens
244 (12,2 %) ont large fistule biliaire (> 5 mm)
chir en urgence dans 52% des cas (infection)
- chirurgie par voie ouverte dans tous les cas
eau oxygénée ou sérum salé
- traitement radical
- traitement conservateur
réparation biliaire et drainage bipolaire
drainage interne transfistuleux
suture simple de la fistule dans le fond du KH
intubation simple de la fistule (Kehr ou Nélaton)

- + traitement d'éventuels débris hydatiques dans VBP
- + discussion | cholécystectomie systématique ou non
| drainage VBP systématique ou non

les meilleurs résultats sont obtenus avec la méthode radicale, mais elle n'est utilisable que dans 10% des cas

la présence ou non de matériel hydatique dans la VBP ne doit pas influencer le procédé chirurgical réalisé (et ne modifie pas les résultats)

Pathologie maligne

Five-year survival following hepatic resection after neoadjuvant therapy for nonresectable colorectal (liver)metastases.

R Adam (*Paul Brousse*)

Ann Surg Oncol 2001;8:347-353.

- 1988-96 : 701pts non résécables : C° néoadjuvante
95 (13,6%) chirurgie secondaire curatrice possible
(variable, embolisation préop, 2 temps, cryo, ...)

		Survie 5 ans
série globale	95	34%
taille	9	60%
mal placée	12	49%
multifocale	48	34%
extra-hép (hors gg)	26	18% (36%)

Résections hépatiques pour métastases de cancer du sein: résultats et facteurs pronostiques (65 cas)

M Pocard et coll. (*Institut Curie - Paris*)

Ann Chir 2001;126;413-420.

- but : évaluer les résultats de ces exérèses
C° de + en + efficace, mais limitée dans le temps
survie sans intervention avec ttt actuel : environ 2 ans
- 65 patientes de 1988 à 1999 très sélectionnées
(1000 pts/an, 50% ont ou auront métastases)
1 à 3 métastase(s) hépatique(s), unilobaires le + svt
stabilisation ou régression sous C°
si site osseux associé, est contrôlé par C° ou R°
pas de localisation cérébrale
- canalaire infiltrant 80%, délai 60 (0-250) mois

- 31 hépatectomies majeures, 25 segmentec, 9 atypiques
- C° post-op 32 cas, H° post-opératoire 30 fois

	Survie (%)	récidive (%)
1 an	90	27
2 ans	71	55
3 ans	46	67

- 1 facteur influençant la survie : le délai (\pm 48 m) ($p=0,01$)
- 2 facteurs pour récidive hépatique : gg pédicule ($p=0,01$)
et type chirurgie (majeure ou non) ($p=0,02$)
- pas d'impact : âge, nb et siège métastases hépatiques, autres sites contrôlés par C°, nombre cycles C°, stabilisation ou régression métastases par C° ou H°, présence de récepteurs H°, TNM, facteurs anapath

—————> quelques patientes ...

Surgical resection for metastatic melanoma to the liver.

DM Rose et coll. (Sydney)

Arch Surg 2001;136;413-420.

26 résections

disease-free et survie à 5 ans : 12 et 29 %

Results of hepatic resection for sarcoma metastatic to liver.

RP DeMateo et coll. (New York)

Ann Surg 2001;234:540-548.

56 résections

disease-free et survie à 5 ans : 20 et 30 %

seul facteur : délai de survenue 2 ans

Clinicopathological factors predicting outcome after resection of mass-forming intrahepatic cholangiocarcinoma.

T Uenishi et coll. (*Osaka*)

Br J Surg 2001;88:969-974.

**35 résections avec curage extensif
prédictifs de survie : ganglions et marges
si gg- : exérèse élargie avec extempo**

Lymphatic spreading pattern of intrahepatic cholangiocarcinoma.

T Tsuji et coll. (*Kumamoto*)

Surgery 2001;129:401-407.

**29 résections avec curage extensif
pédicule, rétropancréatiques, paraaortiques, ...
petit épiploon et petite courbure gastrique**

GENERALITES

The anterior approach: the right way for right massive hepatectomy.

D Azoulay et coll. (*Paul Brousse*)

J Am Coll Surg 2001;192:412-417.

- = transection parenchymateuse, vasculaire et biliaire sans mobilisation du foie
- indication : si mobilisation du foie dangereuse (risque de rupture tumorale, d'hélgie, problème de volume tumoral, d'adhérences diaph, ...)
- description : l'hépatectomie D \pm élargie aux sgts 1 et 4 (technique habituelle et variantes possibles)
- expérience de 14 interventions

—————→ à connaître ...

Resection of the inferior vena cava for hepatic malignancy.

AW Hemming et coll. (USA)

American Surgeon 2001;67:1081-1088.

- **1997-2000, 11 patients 2-58 (M 46) ans
4 CHC, 4 méta CR, 1 hépatoblastome, 2 divers**
- **voie abdominale pure, clampages
pédiculaire lors section hépatique (US)
VCI latéral ou total (sous ou sus VSH, 1 clampage
intrapéricardique transdiaph) selon topographie
2 ex-vivo (envahissement portal et VCI)**
- **réparation VCI
suture lat. (5) (sténose < 50%), résection (< 2 cm),
patch de Gore (1), tube de Gore (5)**
- **transfusions : 0-20 unités, médiane 4**

- héparine postop, aspirine au long cours si Gore
- résultats
 - 1 décès postopératoire (déchéance hépatique)
 - 1 décès à 4 mois (incarcération grêle dans un lâchage de réparation diaphragmatique)
 - 1 décès à 32 mois (récidive t. stromale gastrique)
 - 1 en vie avec récurrence CHC à 16 mois
 - 7/11 patients vivants sans récurrence (3-40 mois)
 - 1 œdème mb inf (sténose VCI 50%)
- discussion :
 - possibilité (rare) de résection latérale de la VCI
 - préférer pontage complet
 - problème des clampages VCI
 - mobiliser le plus possible la VCI avant hépatotomie
 - rare nécessité de chirurgie ex-vivo

—————> quelques patients ...

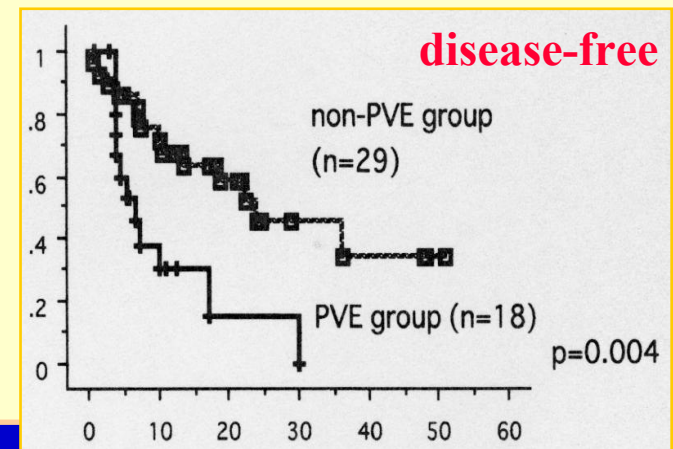
Proliferative activity of intrahepatic colorectal metastases after preoperative hemihepatic portal vein embolization.

N Kokudo et coll. (Tokyo)

Hepatology 2001;34:267-272.

- 18 patients avec vs 29 sans embolisation pré-op
- évaluation à 3 sem : parenchyme hép G : + 20,5%
volume tumoral : + 20,8%
% volume tumoral/volume foie total : + 18,5%
- index de prolifération (Ac Ki-67) : 46,6 vs 35,4% (p=0.013)
- suivi moyen 24 mois
- survie id (mais pts différents)
- récidives dans groupe embolisé

→ chimiothérapie associée ?



Destruction de tumeurs hépatiques malignes par radiofréquence. Expérience préliminaire à propos de 25cas.

O Risse et coll. (*Grenoble*)

Ann Chir 2001;126:118-126.

Cryochirurgie des cancers primitifs et métastatiques du foie.

BM Gignoux et coll. (*Lyon*)

Ann Chir 2001;126:950-959.

Increased risk of tumor seeding after percutaneous radiofrequency ablation for single hepatocellular carcinoma.

JM Llovet et coll. (*Barcelone*)

Hepatology 2001;33:1124-1129.

- but : étudier l'ensemencement après RF
OH percutané : 0,6% pts 0,08% par séance
RF : aiguilles plus grosses ...
- 32 pts CHC unique <5 cm ou 3 nodules < 3 cm
CI chirurgie
diagnostic : biopsie 27 pts ; imagerie + AFP 5 pts
- RF : aiguille de 17 gauges
sous échographie. Hyperéchogénéicité lors de RF
nombre de passages d'aiguille : $2,0 \pm 1,2$ (1-5)
nombre de séances : 1,25 (1-3)
- 16 complications chez 8 (25%) patients

- surveillance scanner
 - ensemencement chez 4 (12,5%) pts à 4, 6, 7, 18 mois toujours extra-hépatique
 - **3 facteurs de risque de survenue :**
 - localisation tumeur initiale sous-capsulaire (p=0,009)**
 - mauvaise différenciation (p=0,02)**
 - AFP élevées (p=0,02)**
 - NS | hématome sous-capsulaire en fin de RF
 - NS | taille tumeur
 - NS | nombre séances ou passages d'aiguille
 - **physiopathologie ?**
 - cellules entraînées par hémorragie de ponction ?**
 - cellules diffusant lors de «l'explosion» de fin de RF ?**
 - rôle du type de matériel utilisé ?**
- | exclure les CHC sous-capsulaires ?
- | exclure les CHC peu différenciés ?
- | ne pas faire de RF en attente de TxHep

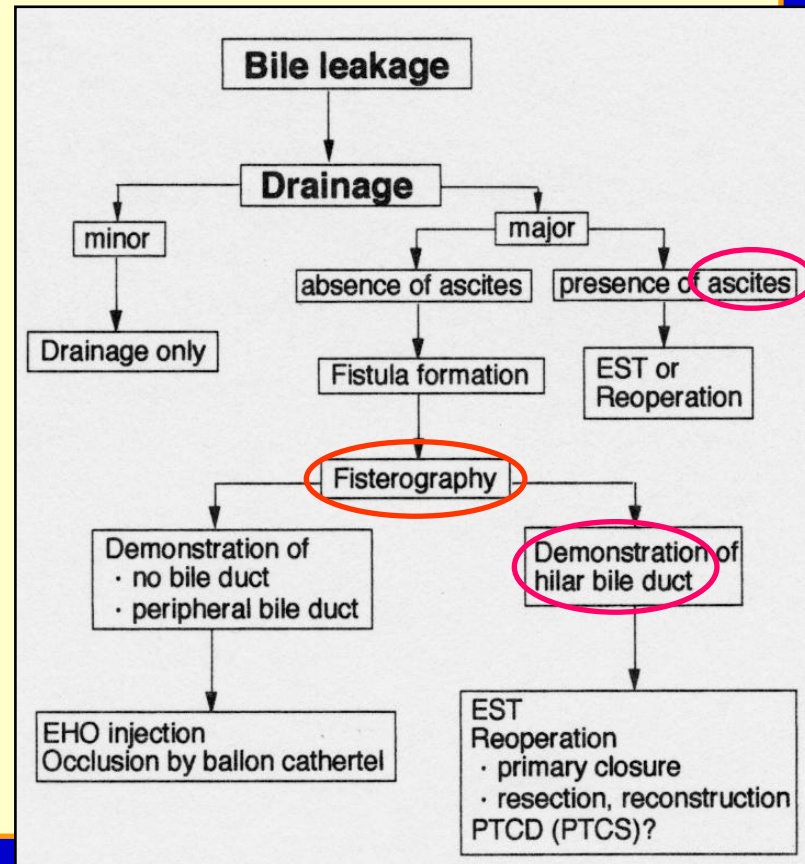
Bile leakage after hepatic resection.

Y Yamashita et coll. (*Fukuoka - Japon*)

Ann Surg 2001;233:45-50.

- **but : évaluer fréquence et rechercher facteurs de risques per-opératoires de fuites biliaires post-op**
- **781 hépatectomies (1985-99)(712 cancers dont 604 CHC)
dissection hilare
clamp parenchymateux (85-86), bistouri US (87-99)
contrôle biliaire systématique après 1997 (102 pts)
et suture soigneuse des fuites notées
drainage abdomen (J5)**
- **fuite biliaire = plus de 7 jours**
- **résultats : 31 fuites biliaires
toutes dans le groupe sans contrôle systématique**

- 13 arrêts < 4 sem 18 > 4 sem dont 7 > 8 sem ou décès
2 décès (fuite associée à ascite post-opératoire)
- facteurs de risque chirurgicaux :
intervention difficile, hémorragique (EVF?)
intéressant la région hilare
exposant le hile biliaire
- gravité si associée
à ascite post-op (2/4 décès)
ou infection
- valeur fistulographie
à J10 (20 patients)
± alcoolisation trajet
± obstruction trajet (ballon)



Hepatectomy using the coagulating shears type of ultrasonically activated scalpel.

T Okamoto et coll. (*Tokyo*)

Dig Surg 2001;18:427-430.

- **but : évaluer l'utilisation du bistouri Harmonic[®] lors de résections hépatiques**
- **1995-1999 : 30 patients, hépatectomies variables**

→ parfois difficultés d'utilisation (localisation tumorale)
diminution des pertes sanguines sur foie sain,
mais non sur foie pathologique
accroissement des fuites biliaires postopératoires
(recherche peropératoire systématique ?)