

Quoi de neuf en chirurgie hépatique ?

ACHBT 2002

Jacques PAINEAU
CHU Nantes

Treatment strategy for small hepatocellular carcinoma: comparison of long-term results after percutaneous ethanol injection therapy and surgical resection.

J Yamamoto et coll. (*Tokyo*)
Hepatology 2001;34:707-713.

- but : évaluer la place de la chirurgie d'exérèse et de l'alcoolisation face à de petits hépatomes
- diagnostic CHC, évaluation des fonctions hépatiques
préférence pour chirurgie si faciles et Child A ou B
sinon OH (cytologie dans ce groupe)
- 1994-1997 : **92 CHC \leq 3 tumeurs, taille \leq 3 cm**
39 pts OH
53 résections (45 limitées, 9 segmentectomies, 4 bi-)

- suivi : 5,3 ans pour chirurgie
5,6 ans pour OH

- survie (%)

	1 an	3 ans	5 ans
Alcoolisation	100	82,1	59
Chirurgie	96,6	84,4	61,5

NS

facteurs péjoratifs de survie :

pour tous, bilatéralité et Child élevé

OH : pas d'autre facteur

chirurgie : non-rehaussement, multiplicité,
AFP ≥ 20 $\mu\text{g/mL}$

→ traitements comparables si bon choix initial

Does the choice of treatment influence survival of patients with small hepatocellular carcinoma in compensated cirrhosis ?

F Faritani et coll. (*Venise*)

Eur J Gastroenterol Hepatol 2001;13:1217-1224.

- but : évaluer rétrospectivement la survie de 186 pts cirrhotiques avec petit CHC (<5cm)
- cytologie systématique

• *choix du traitement :*

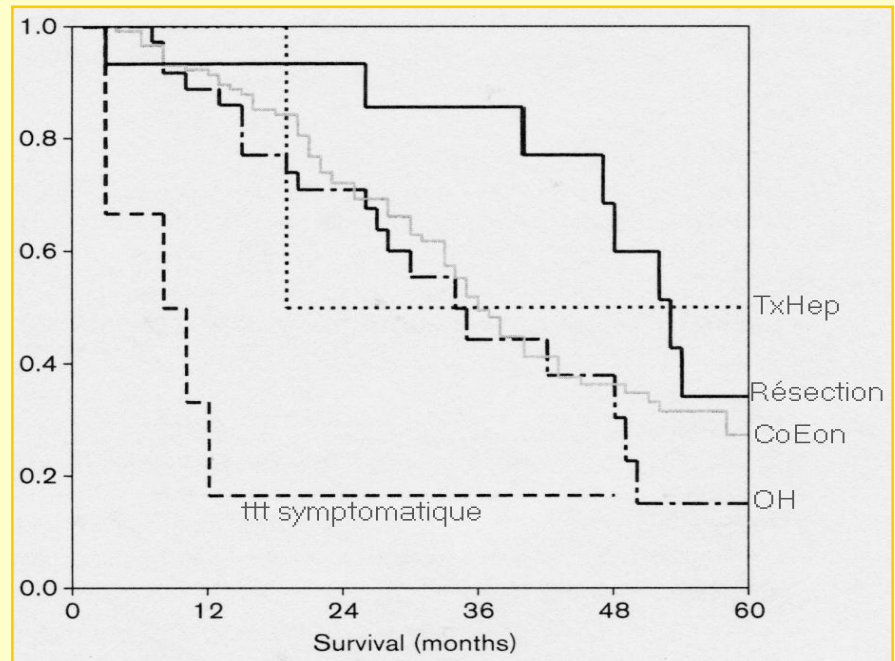
TxHep si < 60, pas de thrombose, fortuit	n=4
résection si < 70 ans, périphérique, sans tble majeur coag ni thrombose portale	n=15
OH si accessible, pas d'ascite ou tble coag	n=117
C°E ^{on} si pas de thrombose ou HTP sévère	n=44
traitement symptomatique	n=6

- survie médiane = 38 mois / survie à 5 ans = 26%
- S : étiologie : virus > alcool
AFP : meilleur si normale vs élevée (qqsoit chiffre)

- NS : taille (± 3 cm)
Child
Okuda ou TNM
ttt (sauf sympto)

coût par année de survie :

TxHep	: 21664 \$
résection	: 1959 \$
OH	: 1233 \$
C ^o E ^{on}	: 4009 \$



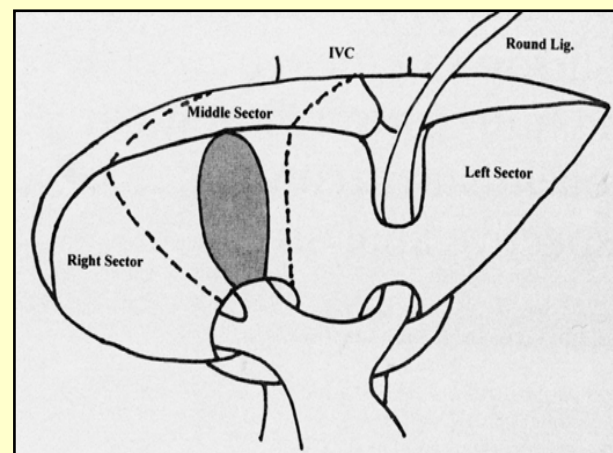
→ excepté traitement symptomatique,
pas de différence significative pour la survie

Effectiveness of systematized hepatectomy with Glisson's pedicle transection at the hepatic hilus for small hepatocellular carcinoma : retrospective analysis.

M Yamamoto et coll. (*Tokyo*)

Surgery 2001;130:443-438.

- but : utilité d'une section portale hilare segmentaire lors des hépatectomies pour petits (<5cm) CHC
- 3 segments hépatiques selon bifurcation portale hilare:
 - segment droit (VI et VII)
 - segment médian (V et VIII)
 - segment gauche (II, III, IV)
- tendance à faire non systématisé dans CHC petits, superficiels ou sur cirrhose sévère



- **1990-1994 : 204 patients**
 - 90 hépatectomies systématisées (HS)**
 - 114 hépatectomies non systématisées (HNS)**
- **survie à 5 ans :**
 - avec atteinte extranodulaire : 47%**
 - HS : 67%**
 - HNS : 21% (p=0,0002)**
 - pas d'atteinte extranodulaire : 69 % (p=0,02)**
 - pas de diff entre les types d'hépatectomies**
- **décès dus à récurrences : HS < HNS (p=0,01)**

→ **résections systématisées si possible,
surtout si tumeurs filles détectées au bilan**

Hepatic resection for large hepatocellular carcinoma.

K Hanazaki et coll. (*Matsumoto, Japon*)

Hepatology 2001;34:707-713.

- but : évaluer l'exérèse des gros hépatomes (≥ 5 cm)

1983-1997 : 386 CHC	≥ 5 cm n = 133	< 5 cm n = 253
hépatocarcinomes majeurs	31%	8,3%
marge > 5 mm	18,8%	57,3%
mortalité	10,5%	5,1%
morbidity	33,8%	19,8%
récidives	68,9%	63,8%
délai	15±16 mois	28±22 mois
survie 3 ans	26%	42%
5 ans	20%	25%

facteur de mauvais pronostic : les transfusions perop

Selection criteria for hepatectomy in patients with hepatocellular carcinoma and portal vein tumor thrombus.

M Minigawa et coll. (Tokyo)

Ann Surg 2001;3:379-384.

- 1989-1998 : 45/455 pts avec CHC et thrombose portale (du tronc à branche de second ordre)
- chirurgie d'exérèse si pas d'ascite réfractaire
pas occlusion complète du tronc
- 23 sont opérés (après C°E^{on})(BT et IDG : type d'exérèse)
5 non réséqués : extension CHC (4), ganglions (1)
18 réséqués, hépatectomie majeure 11 fois
- thrombose 13 sur pièce seulement
3 enlevée par moignon portal
3 dans TP : phlébotomie/désobstruction
- survie : 3,42 ans avec chirurgie d'exérèse
0,36 sans exérèse

—————> quelques patients

Clinicopathological study of hepatocellular carcinoma with diaphragmatic involvement.

KF Leung et coll. (*Hong Kong*)

Br J Surg 2001;88:681-682.

- **but : que faire d'un accolement diaphragmatique découvert en perop lors de la résection d'un CHC ?**
- **28 observations :**
 - pas de tentative de libération tumeur - diaphragme,**
 - exérèse systématique d'une collerette de diaph en passant au large des lésions adhérentielles**
- **anapath : 26/28 accolements purement inflammatoires**
- **mais : pas de morbidité**
 - moindre hémorragie**
 - pas de risque d'effraction tumorale**

→ **ne pas hésiter à réséquer du diaphragme ...**

Hepatocellular carcinoma with biliary tumor thrombi: aggressive operative approach after appropriate preoperative management.

M Shiomi et coll. (*Nagoya - Japon*)

Surgery 2001;129:692-698.

- **but : clarifier l'aspect anatomo-clinique de ces lésions et en définir une stratégie thérapeutique**
- **1980-1999 : 132 hépatectomies pour CHC**
 - 17 avec thrombus biliaire (17/132 = 13%)**
 - 6 id non opérés (résecabilité si thrombus 17/23 = 74%)**
- **seulement 10 patients ictériques**
- **13 drains percut pour radio et/ou normaliser bilirubine**
=> thrombus descendant sous convergence si ictère

- **cholangioscopie percutanée chez 8 patients
=> thrombus non adhérent à la paroi,
biopsie (positive 7 fois)**
- **chirurgie quand bilirubine < 2 mg/dL
± large selon localisation
exérèse lobe caudé 80%
cholécotomie et thrombectomie chez 8/17 pts
résection biliaire ± anse montée chez 5/17 patients
hépatectomie sans geste biliaire chez 4/17 pts**
- **AP : atteinte biliaire périphérique, peu des gros canaux**
- **survie 3 et 5 ans : 47 et 28% (60 et 44% sans thrombus bil)**

→ | ne pas récuser ...

intérêt de l'exploration radiologique
exérèse ± cholécotomie d'extraction

Preoperative systemic chemoimmunotherapy and sequential resection for unresectable hepatocellular carcinoma.

WY Lau et coll. (*Hong Kong*)

Ann Surg 2001;233:236-241

- **1996-1999 : 150 patients avec CHC non résécable (extrahépatique, trop étendu localement) reçoivent cysplatine, a-interféron, doxorubicine et 5FU
6 cycles si réponse (imagerie, biologie)**
- **chirurgie éventuelle 2 mois après traitement**
- **27/150 : réponse > 50% (complète 2 ; partielle 25)
15 opérés à visée curative (10% série, 37% répondeurs)
les autres restent non résécables**

- **10 H, 5 F 43 (12-59) ans**
biopsie (sauf 3 avec AFP très élevé)
13/15 hépatite B, pas d'hépatite C
- **avant ttt : bilatéral (6), thrombose axe portal (4),**
mixte (1) , extrahépatique (4)
(après ttt, reperméation portale autorisant chirurgie)
- **chirurgie hépatique diverse + 2 loc extrahépatiques**
- **anapath : nécrose tumorale sur > 95% : 15/15**
tumeur encapsulée 14/15
marge non envahie : 15/15
- **suivi : 2 décès à 31 et 35 mois**
13 survivants (suivi moyen 27[15-37] mois)
survie à 1, 2, 3 ans : 100, 100, 53%

—————→ **à suivre ...**

Pronostic factors and survival after hepatic resection for hepatocellular carcinoma without cirrhosis.

N Nagasue et coll. (*Izumo - Japon*)

Br J Surg 2001;88:515-522.

- but : évaluer devenir pts opérés d'un CHC sur foie non cirrhotique et rechercher facteurs de récurrence
- 349 CHC, sans cirrhose chez 126, 100 (79%) résections
 - alcool : 59
 - hépatite B : 33
 - hépatite C : 43
 - ≥ 3 segments : 57
 - 2 segments : 11
 - 1 segment : 42
- taille tumeur : ≤ 5 cm 56 fois ; > 5,1 cm 44 fois
- marge considérée positive si inférieure à 5 mm
- 3 DPO, 24 complications
- 50 récurrences pendant suivi (moyenne 2,4 ans)

- survie 5 et 10 ans : 50 et 47%

5 facteurs de risque : pertes sanguines per-op
marge chirurgicale
tumeurs filles intrahépatiques
invasion portale
importance de l'hépatectomie

- disease-free à 5 ans

2 facteurs de risque : hépatite C : si + : 6% (p<0.001)
si - : 47%
(hépatite B + 58 %)

atteinte portale : - 23 (p=0.035)
+ 34%

- sans influence : chimio post-op, diabète, clearance ICG
AFP, capsule tumorale, score de fibrose hépatique

→ transplantation préférable pour patients HCV + ?

Repeat liver resection for hepatocellular carcinoma.

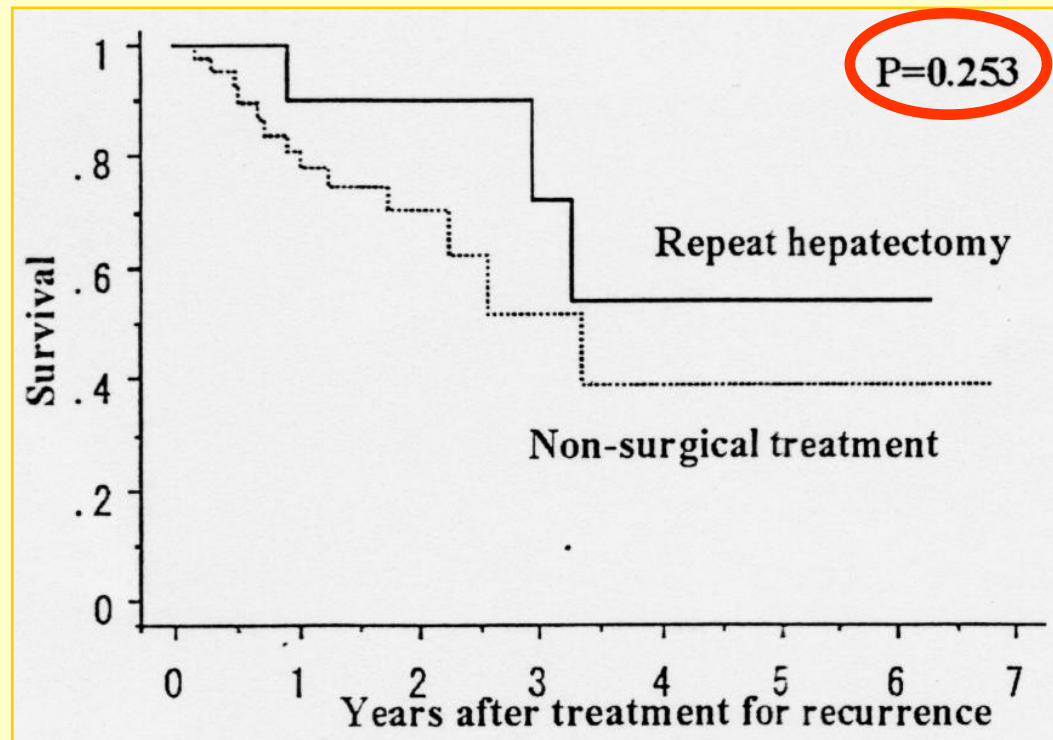
Y Nakajima et coll. (*Nara - Japon*)

J Am Coll Surg 2001;192:339-344.

- but : évaluer les réinterventions pour CHC
- 1991-1996 : 57/94 pts suivis plus de 12 mois après une première résection jugée curatrice ont une récurrence localisée au foie
- 12 sont réopérés, 45 non (C^oE^{on}, OH)

	Réopérés (n=12)	non réopérés (n=45)	p
délai récurrence (mois)	32±17	19±14	0.0079
récurrence unique/multiple	10/2	15/30	0.0028
sexe, âge, Child, indocyanine, hépatopathie nombre de tumeurs initiales étendue de l'hépatectomie initiale			non différents

- survie non statistiquement différente ...



faisabilité sans risque accru par rapport à 1^{ère}
hépatectomie

pas d'amélioration de la survie