

***Recommandations pour le
traitement chirurgical des
métastases hépatiques (M.H) des
cancers colo-rectaux (CCR)
(A.N.A.E.S)***


DR. BADRA YOUSSEF

C.H.U DE POITIERS

réunion DESC/ SCVO

Rennes janvier 2004

INTRODUCTION

- *33000* nouveaux cas/an en France de cancers colo-rectaux (CCR)
- Site métastatique le plus fréquent : le foie
- 15-25 % des M.H synchrones
- 20 % des M.H métachrones
- 10-20%  Résection hépatique
(Liu, WJG 2003 : 25 %)

Le traitement chirurgical des M.H : la seule option thérapeutique à visée curative

- *Jamais palliative* : Ne laisser en place que du parenchyme sain (parfois chirurgie en plusieurs temps).
- *Avec chirurgie* : la survie à 5 ans se situe entre 25-50 % (24-36 %, Liu, WJG 2003).
- *Sans chirurgie* : la survie se situe entre 2 et 22 mois .

LA MULTIDISCIPLINITE

- Prend tout son sens dans le traitement des M.H des CCR :
- UCPO (Unité de concentration pluridisciplinaire en oncologie digestive (circulaire DGS/DH/98 n° 98/188))
 - Un *chirurgien*
 - Un *radiologue (Radio interventionnelle)*
 - Un *oncologue*

Prise en charge initiale : bilan pré-op de résecabilité

- L' examen clinique
- Bilan anesthésique (risque/bénéfice) (**ASA**)
- Echographie (malade et opérateur dépendant)
- T D M Hélicoïdale thoraco-abdomino-pelvienne avec injection iodée +++
- I R M ++ (Gadolinium)
- TEP-scan (si dissémination extra- hépatique redoutée) en cours d'évaluation
- ACE : suivi de la réponse thérapeutique

Recommandations pour l'évaluation de la résécabilité

- La résécabilité
 1. RO
 2. Type 1
 3. Type 2
- L'évaluation :
 1. Technique
 2. Anatomique
 3. Volumétrique

L' évaluation technique : légitimité carcinologique

- *Evaluation pré-op optimale*
- *Incision* : exploration abdo.complète
- Rechercher *carcinose* ou localisation *extra-hépatique* non résécable en totalité
- Limites de résécabilité/écho.per-op.+++
- Exploration *Laparoscopique* (place discutée)

L' évaluation anatomique : faisabilité de la résecabilité

- Les limites de résecabilité + les difficultés:
 - *Rapports de la (des) tumeur(s) avec les structures vasculo-biliaires surtout cavo-sus hépatique*
- La localisation plus que le nombre peut-être un facteur de non résecabilité
- Si chirurgie lourde :
 - *Sélection des cas*
 - *Une équipe spécialisée*
 - *évaluation des risques péri-opératoires (hémorragie, insuffisance hépato-cellulaire...)*

L'évaluation volumétrique: **Evaluer la fonction hépatique résiduelle post-opératoire**

- Capacité du foie restant (F.R) à assurer une fonction suffisante
 - Quantité de masse restante
 - Qualité de masse restante

A-QUANTITATIVE : **Si la résection laisse**

- > 40% du parenchyme = Résection
- de 25-40 % du parenchyme (discussion)
- < 25 % du parenchyme = contre-indication ou techniques complexes

B-QUALITATIVE

- Pré-opératoire :
 - +/- existence d'une hépatopathie
 - si cirrhose → réséction < 30% du parenchyme
 - Tenir compte d'une STEATOSE (chimiothérapie)
- Post-opératoire :
 - altération parenchymateuse en relation avec l'ischémie per-opératoire

Comment calculer le volume du FR fonctionnel ?

- T D M (acquisition rapide – tridimensionnelle-logiciels intégrés)
- Formule d'Okhamoto:
 - % FR = $\frac{\text{v. restant après hépatectomie prévue}}{\text{v. total du foie} - \text{v. de la tumeur non fonctionnel}}$

Critères Carcinologiques de résécabilité

- ***Gravité de la maladie cancéreuse
initiale***
- Si M.H synchrones = Résection non recommandée si
 - 1- intervention en urgence
 - 2- T. primitive à un stade localement avancé
 - 3- résécabilité hépatique de type II

Gravité de la maladie hépatique à discuter surtout si résécabilité de type II:

- Nb. et taille des M.H. (< 4 ?)
- Caractère bilobaire
- Envahissement vasculaire ou biliaire
- Taux d' ACE ?

Marge de sécurité péri-tumorale

- 1 cm, réduite actuellement à 0.5 cm
- exérèse atypique ou anatomique = pas de recommandations

Importance de la maladie extra-hépatique:

- Résection contre-indiquée si :
 - diagnostic pré-op d 'adénopathies métastatiques
 - localisations extra-hépatiques non résecables

***Si résection non réalisable
d'emblée: possibilité de
rendre les M.H résécables :***

- chimiothérapie
- destruction locale
- embolisation portale sélective

Traitement par destruction locale des M.H

- Cryoth., microondes, laser, radiofréquence
- voie per-cutanée ou per-opératoire
- résultats < résection
- utilisés de façon isolée ou + résection
- nb. de tumeurs < 4
- tumeur dont le plus grand diamètre est < de 1 à 2cm à la taille de la zone de destruction tissulaire (Tumeur < 3cm, 5cm cryoth.)

Si récidive de tumeurs?

- Résécabilité + complexe
- 50-75% récidivent
- 40-50% développent une nouvelle localisation
- *Ré-hépatectomie faisable :*
 - petit % de cas
 - morbidité >
 - même raisonnement technique et volumétrique que lors de la première hépatectomie

Contre-indications à la résection:

- Etat général du patient + antécédents
- Impossibilité de faire R0 des M.H
- Maladie extra-hépatique non résécable :
 - M.osseuses,cérébrales,pulmonaires...,
 - carcinose péritonéale dissiminée
 - adénopathies caeliaques ou retro-péritoneales...

Les scores de résécabilité:

<u><i>Nb de M.H.</i></u>	<u><i>Points</i></u>
<u>1</u>	0
2	1
> 2	2
<u><i>Caractères bilobaires des M.H.</i></u>	<u><i>Points</i></u>
<u>Non</u>	0
Oui	1

<u><i>Si Score =</i></u>	<u><i>résécabilité</i></u>
● 0	95%
● 3	62%

Score clinique pronostique (Fong et al.)

- **Critères** : stade N + du primitif, délai d'apparition de la M.H < 12 mois , nb de tumeurs > 1 et ACE > 200 ng/ml + taille de la plus grosse M.H > 5 cm

● <u>Points</u>	<u>survie à 5 ans</u>
0	60%
5	14%

Scores pronostiques (Nordlinger et al.)

- ***Critères : âge >60 ans, stade T du colon, stade N du colon, délai entre le primitif et le colon < 2 ans, taille de la plus grosse métastase > 5 cm, nb.des M.H > 3 et marge < 1cm***

<i><u>Points</u></i>	<i><u>survie à 2 ans</u></i>
<i>0-2</i>	<i>79%</i>
<i>3-4</i>	<i>60%</i>
<i>5-7</i>	<i>43%</i>

Références -1-

- 1-ANAES-RE-LILF-5J9DUW-2003
- 2-L.CHICHE J CHIR 2003 , 140 n' 2
- 3-R.ADAM F.LEVI- An. chir128-juillet 2003
- 4-Liu LX,WORLD J gastroenterol (2003) 15 , 9 (2) : 193- 200
- 5- ELIAS D et al ; Br J surgery 2002 ;131 :294-299
- 6-Rees et al. Br J surg 1997 ;84 : 1136 -1140

Références-2-

- 7-Fong Y et al Am surg 1999 , 230 : 309 - 318
- 8-Nordlinger B et al Cancer 1996 ,77, 1254 - 1262
- 9-Stangl , Lancet ; 343 , 1405 - 1410
- 10-Jarnagin WR et al; J-Am-coll, surg 2001 ; 192 : 577 - 583
- 11-Yamamoto J et al .Br, J .surg 1999 ; 86 : 332 - 337
- 12-Ruers . Eur cancer 2002;38:1023-1033



**MERCI
DE VOTRE
ATTENTION**