Résultats de la chirurgie d'exérèse des métastases hépatiques des cancers non-colorectaux

DESC - SCVO

Rennes - Vendredi 15 janvier 2010

Thomas Courvoisier
Service de Chirurgie Viscérale CHU de Poitiers
Pr Carretier

Introduction

PHYSIOPATHOLOGIE DES METASTASES HEPATIQUES :

- Distribution mécaniciste des métastases viscérale (lois de Walter) :
  - Les métastases hématogènes dépendent du mode de drainage veineux

- **Métastases « type Porte » :**
  - Métastases hépatiques spécifiquement
  - **Métastases « type Pulmonaire » :**
  - Veines pulmonaires > cœur gauche > circulation systémique
  - **Métastases ubiquitaires**
  - **Métastases « type Cave »**
  - Atteinte pulmonaire
  - **Tout organisme**

Donc les métastases hépatiques des cancers non-colorectaux s'intègrent dans une MALADIE SYSTEMIQUE

A l'encontre d'une prise en charge chirurgicale ?

CHU de Poitiers

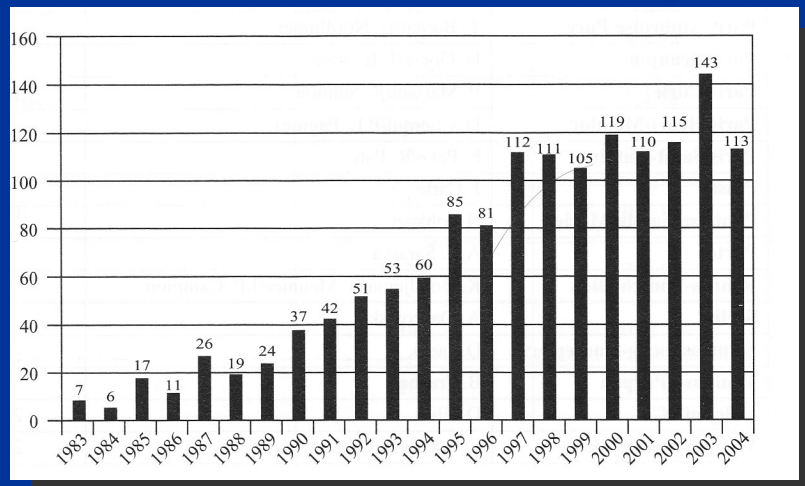
Introduction

ET POURTANT :

- Evolution croissante du nombre de résection hépatique pour métastases hépatiques de cancer non-colorectaux non-endocrine (MHNCNE)
- Progrès imagerie, anesthésie, réanimation, techniques chirurgicales, …

DES CHIFFRES ENCOURAGEANT LA CHIRURGIE :

- Métastase hépatique isolée dans 56% des cas
- <4 métastases dans 83% des cas
- Unilatérales dans 71% des cas
- Résection : R0 83% / R1 8% / R2 9%
- Mortalité 2 à 3%



Evolution du nombre annuel d'hépatectomie pour MHNCNE; sur 41 centres de 1983 à 2004

Adam R. Chiche L. Chirurgie des métastases hépatiques de cancers non colo-rectaux non endocrine. 107ème Congrès Français de Chirurgie. Paris, Arnette, 2005

CHU de Poitiers

Résultats globaux :

SURVIE GLOBALE APRES RESECTION MHNCNE :

- **36% à 5ans** / 23% à 10 ans

SURVIE SANS RECIDIVE APRES RESECTION :

- 15% à 5 ans / 10% à 10 ans

Donc survie prolongée pour plus d'un tiers des patients !

Adam R. Chiche L. Chirurgie des métastases hépatiques de cancers non colo-rectaux non endocrine. 107ème Congrès Français de Chirurgie. Paris, Arnette, 2005

CHU de Poitiers

Caractéristiques de la tumeur primitive

SIEGE :

- Sein 32%
- Digestif 16% (estomac +++)
- Urologique 14%
- Mélanome 10%
- Autre

HISTOLOGIE :

- Adénocarcinomes 66%
- Mélanomes 13%
- Sarcomes 11%
- Autre

Adam R. Chiche L. Chirurgie des métastases hépatiques de cancers non colo-rectaux non endocrine. 107ème Congrès Français de Chirurgie. Paris, Arnette, 2005

CHU de Poitiers

Résultats selon le primitif

SURVIE A 5 ANS SELON L'HISTOLOGIE :

- Tumeur stromale 69 %
- Adénocarcinomes 36% et sarcomes 31%
- Epidermoïdes 19% et mélanomes 21%

SELON LE SIEGE DU PRIMITIF :

Survie à 5ans	> 30%	15 à 30%	< 15%
Siège	•Rein, amp. Vater •Sein, Ovaire, Testicule, utérus, Surrénales	Estomac, Duodénum, mélanome cut., pancréas	Épidermoïde anus, œsophage, cardia, poumon, ORL …
Chirurgie	•Seule ou •En Adjuvant	Malades sélectionnés Chimio peu efficace	Non recommandée

Adam R. Chiche L. Chirurgie des métastases hépatiques de cancers non colo-rectaux non endocrine. 107ème Congrès Français de Chirurgie. Paris, Arnette, 2005

CHU de Poitiers

Résultats selon les caractéristiques de la maladie métastatique

SELON L'EXISTENCE D'UNE METASTASE EXTRA-HEPATIQUE :

- **Synchrone** (≤ 3 mois) ou préalable à la chirurgie : survie à 5 ans de 31%
- Absence : survie à 5 ans de 38%
- **Différence significative**

SELON L'AGRESSIVITE DE LA MALADIE :

- Appréciée par le délai de survenue de métastase **métachrone**
- Plus le délai est court, plus le cancer est « agressif» et moins la survie est bonne
- **Différence significative** sur la survie à 5ans dès 12 mois de délai de survenue

Délai survenue	Survie à 5ans	Diff. Signif.
≤ 12 mois	32 %	OUI
> 12 mois	39 %	
≤ 24 mois	31 %	OUI
> 24 mois	43 %	

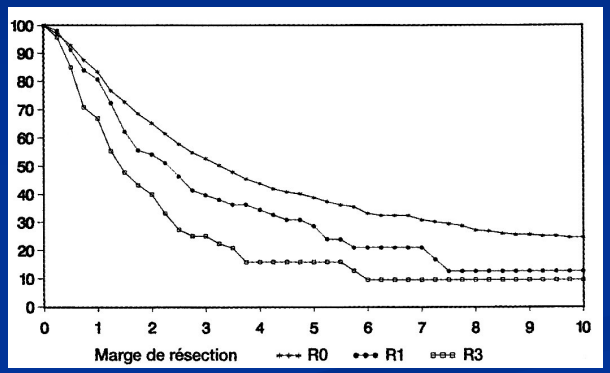
Adam R. Chiche L. Chirurgie des métastases hépatiques de cancers non colo-rectaux non endocrine. 107ème Congrès Français de Chirurgie. Paris, Arnette, 2005

CHU de Poitiers

Résultats selon le type de chirurgie

SURVIE A 5 ANS SELON LA MARGE DE RESECTION :

- R0 versus R1 / R2
  - 39 % pour les R0
  - 29 % pour les R1 / 17% pour les R2
- **Différence significative**



Survie globale après résection de MHNCNE

SURVIE A 5 ANS SELON LE TYPE DE RESECTION :

- Hépatectomie
  - Majeure (≥ 3 segments) : 35 %
  - Limitée (< 3 segments) : 38 %
- **Différence significative**
- Témoin de l'EXTENSION

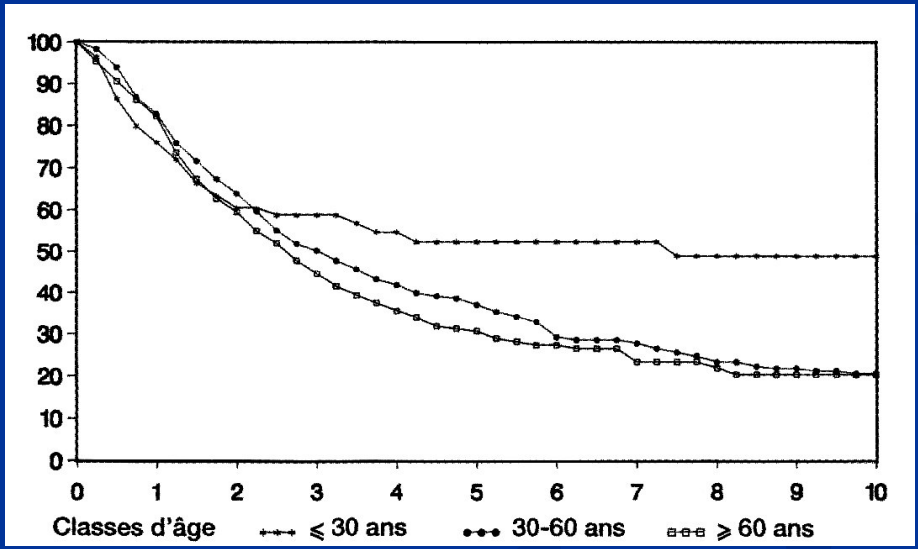
Adam R. Chiche L. Chirurgie des métastases hépatiques de cancers non colo-rectaux non endocrine. 107ème Congrès Français de Chirurgie. Paris, Arnette, 2005

CHU de Poitiers

Résultats selon le patient

SURVIE A 5 ANS SELON L'AGE DU PATIENT :

- 52 % si ≤ 30 ans
- 37 % si 30 – 60 ans
- 31 % si > 60 ans
- **Différences significatives**
- Donc deux âges discriminants :
  - 30 ans
  - 60 ans



Survie globale après résection de métastases hépatiques de cancer

Adam R. Chiche L. Chirurgie des métastases hépatiques de cancers non colo-rectaux non endocrine. 107ème Congrès Français de Chirurgie. Paris, Arnette, 2005

Classification schématique

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Patient	Âge < 30 ans	Âge > 30 - <60	Âge > 60 ans
Primitif histologie Siège	GIST Sein, ampoule de Vater, surrénale, rein, ovaires, testicules, utérus	AdénoK, sarcome Estomac, duodénum, pancréas	Épidermoïde, mélanome Anus, œsophage, cardia, poumon, ORL
Maladie métastatique	Pas de MEH Délai MH > 24 mois	Pas de MEH Délai 12-24 mois	Avec MEH Délai < 12 mois
Chirurgie	R0 Hépatectomie limitée	R1 Hépatectomie majeure	R2 Hépatectomie majeure

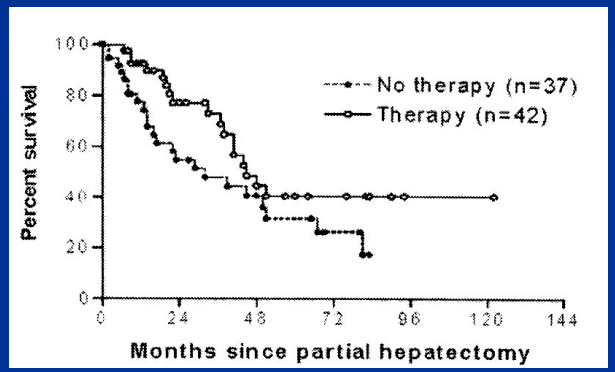
Adam R. Chiche L. Chirurgie des métastases hépatiques de cancers non colo-rectaux non endocrine. 107ème Congrès Français de Chirurgie. Paris, Arnette, 2005

CHU de Poitiers

Autre paramètre influençant la survie

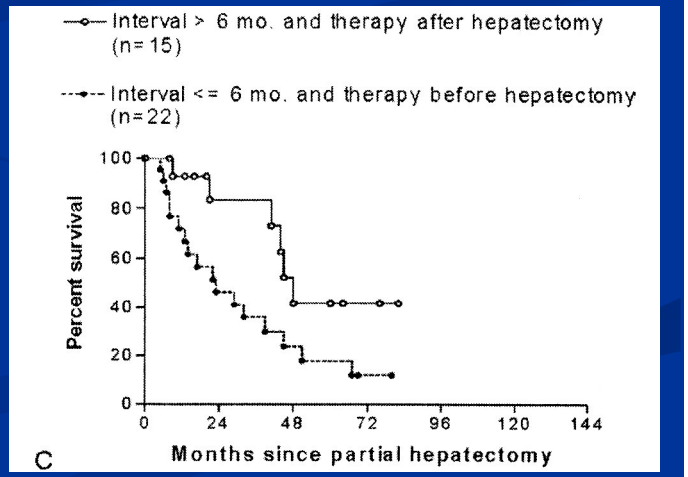
CHIMIOTHERAPIE

- Pas d'étude pour tester chirurgie seule VS chimio seule (éthique ???)



- Le pronostic est corrélé à l'utilisation de chimiothérapie adjuvante après résection (de façon **significative**)

- Survie **significativement** plus importante si :
  - Primitif peu agressif (MH < 6 mois)
  - chimio sensible (poursuite chimio post op)
- Survie **significativement** moins importante si :
  - Primitif agressif
  - Chimio résistant (pas de poursuite de chimio en post op)



Reddy et al - Resection of Noncolorectal Nonneuroendocrine Liver Metastase : A comparative analysis – J Am Coll Surg – March 2007

Conclusion

- **La chirurgie de ces métastases semble apporter un bénéfice en fonction :**
  - De l'âge
  - Du primitif : histologie, agressivité et chimio-sensibilité
  - Du type de résection possible (R0)
- **Pas de chirurgie sans chimiothérapie :**
  - Adjuvante si chimio-sensible
  - De sauvetage si chimio-résistante
- **Il convient donc de SELECTIONNER au mieux le patient pour lequel le traitement chirurgical donnera le plus de bénéfice**

CHU de Poitiers

Conclusion

- La chirurgie des MHNCNE est donc un outil thérapeutique parmi d'autres à disposition de l'oncologue

- Décision sein d'une concertation pluridisciplinaire

Donc collaboration étroite
CHIRURGIEN / ONCOTHERAPEUTE

CHU de Poitiers