



# ***Stratégies d'exérèse des métastases hépatiques des cancers colo-rectaux***

---

**Journées DESC-SCVO**

Rennes, Janvier 2007

*Marc-Henri JEAN, Nantes*



# Introduction

---

- *La résection chirurgicale complète des métastases hépatiques des cancers colorectaux est le seul traitement curatif.*
- *La résection partielle est à proscrire, car sans intérêt thérapeutique.*



# Explorations pré-thérapeutiques

---

- Examen clinique, état général
  - Bilan biologique (ACE)
- TDM thoraco-abdomino-pelvienne  
dont TDM foie avec temps portal

- IRM hépatique
- TEP scan
- Coloscopie
- PBH

# Critères de résecabilité et d'opérabilité

---

- Discussion en RCP
  - Bilan complet
  - Chirurgien, radiologue et oncologue
  
- Évaluer le rapport bénéfices / risques



# Évaluation technique - 1

---

- Évaluation pré- et per-opératoire
  - ✓ Faisabilité anatomique
  - ✓ Volume et fonction hépatique post-op
    - Volume résiduel > 25 à 40% de foie sain
    - Clairance du vert d'indocyanine
    - Score de Child-Pugh
  - ✓ Mortalité (1-5%) et morbidité (20-50%)  
(Jarnagin, 2002; Schroeder, 2006; Fong, 1999; Antoniou, 2007)



# Évaluation technique - 2

---

- 2 niveaux de difficulté :
  - Résécabilité de classe I : résécabilité évidente  
*(hépatectomie classique,  $\leq 4$  seg.,  $>40\%$  foie sain restant)*
  - Résécabilité de classe II : résécabilité possible  
*(hépatectomie complexe ou très large avec procédure difficile et/ou risquée)*
- Résécabilité impossible



# Critères carcinologiques - 1

---

- Maladie initiale
  - Métastases synchrones ou métachrones
- Maladie hépatique
  - Critères pronostiques péjoratifs (taille  $\geq 5$  cm, N>3, bilobaire, gg pédiculaire envahi, envahissement vasculaire ou biliaire,  $\uparrow$  ACE)
    - Si classe I : chirurgie
    - Si classe II : discuter traitement pré-op
- Technique chirurgicale
  - Marge de 1 cm au mieux (5 mm au minimum)
  - Controversée (Pawlik, 2005; Hamady, 2006)



# Critères carcinologiques - 2

---

- Maladie extra hépatique
  - Ganglion pédiculaire ou cœliaque
  - Autres localisations intra abdominales
- Localisations extra abdominales
  - Poumons
  - Autres



# Critères carcinologiques - 3

---

- A noter :
  - En cas de métastase métachrone : le stade de la tumeur primitive ne doit pas influencer la décision
  - La ré-hépatectomie se justifie sur les mêmes critères que la première hépatectomie

# Recommandations chirurgicales - 1

---

- Exploration complète de la cavité abdominale (péritoine)
- Exploration visuelle, manuelle et échographique du foie
- Prélèvement de tout ganglion suspect
- Résection uniquement si une exérèse R0 est possible (en 1 ou 2 temps)
- Technique d'hépatectomie selon taille, nombre et topographie des métastases

# Recommandations chirurgicales - 2

---

- Marge en foie sain de 1 cm au mieux (au minimum 5 mm)
- Limiter les pertes sanguines (Kooby, 2003)
- Conserver le maximum de foie non tumoral



# Métastases non résécables - 1

---

- Contre-indications absolues à la résection :
  - Impossibilité d'obtenir une marge de résection saine
  - Impossibilité de réséquer tout le tissu tumoral intra ou extra hépatique
  - Impossibilité de laisser en place une quantité suffisante de foie sain



# Métastases non résécables - 1

---

- Contre-indications absolues à la résection :
  - Impossibilité d'obtenir une marge de résection saine
    - Diminuer la taille des métastases : chimiothérapie
  - Impossibilité de réséquer tout le tissu tumoral intra ou extra hépatique
    - Traiter des métastases diffuses : chimiothérapie
  - Impossibilité de laisser en place une quantité suffisante de foie sain
    - Hypertrophier le foie restant : embolisation portale



# Métastases non résécables - 2

## Moyens thérapeutiques

---

But : rendre résécables des métastases initialement non résécables.

- Chimiothérapie
- Destruction locale
  - Cryothérapie, Laser, Micro-ondes, Radiofréquence
- Embolisation portale
  - Impérative si volume de foie restant < 25%
  - Non recommandée si volume foie restant > 40%

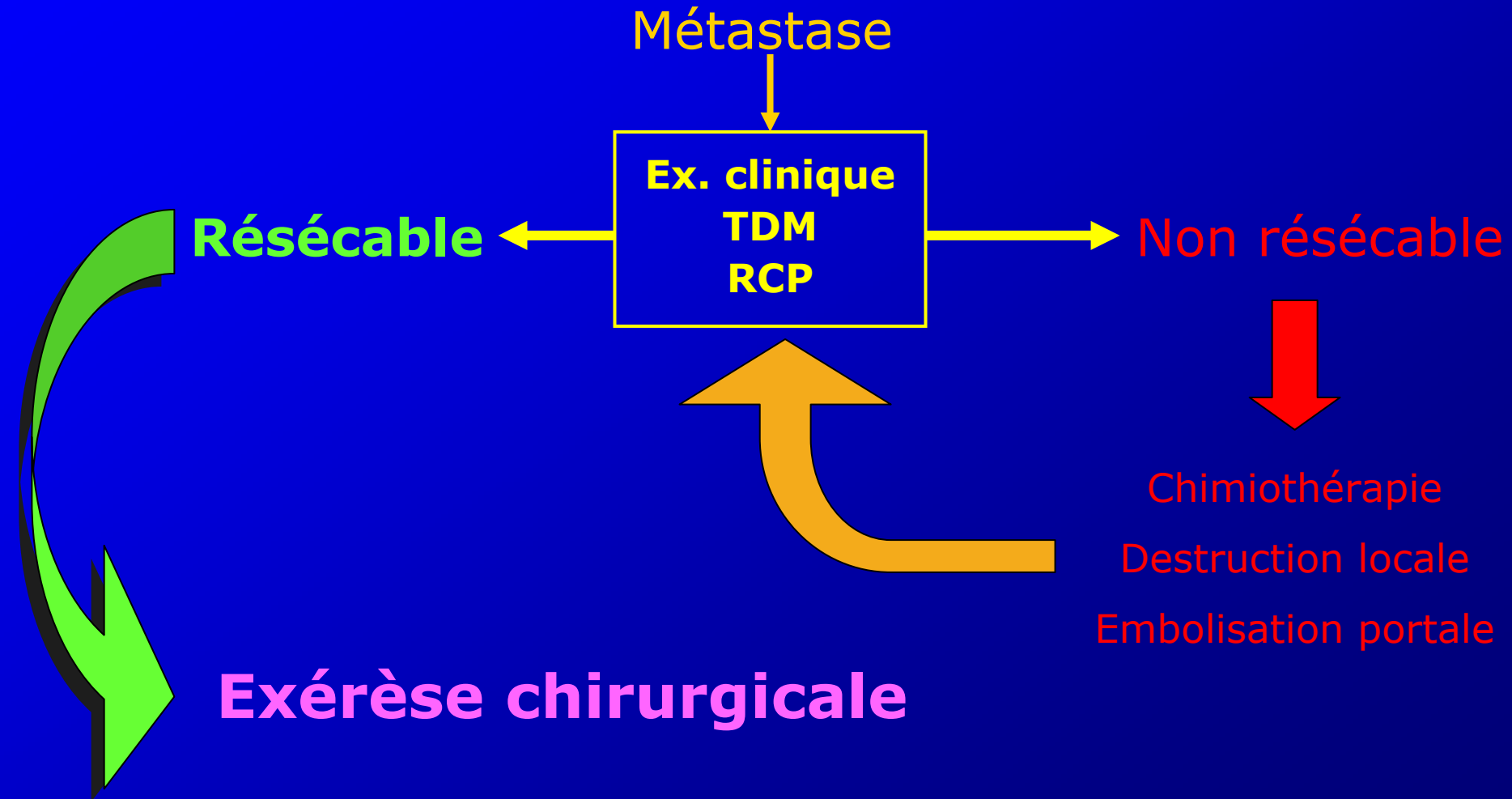
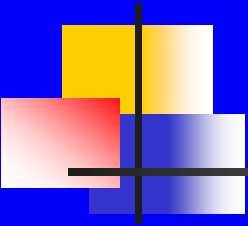


# Métastases synchrones

---

- Exérèse combinée contre-indiquée si :
  - Contexte d'urgence
  - Maladie colorectale localement avancée
  - Résécabilité hépatique de classe II
  
- Prise en charge non définie :
  - Traitement simultané ou séquentiel ?  
(K. Boudjema DGS 2005/0193; PHRC/04-01; CIC0203/030)

# Arbre décisionnel





# Bibliographie

---

- Prise en charge thérapeutique des métastases hépatiques des cancers colo-rectaux. Recommandations pour la pratique clinique. *Gastroenterol Clin Biol* 2003;27: B1-B104.
- Cancer colo-rectal métastatique. FFCD. 2005. Online.
- French Guidelines for Digestive cancers. Metastatic colorectal cancer. *Gastroenterol Clin Biol* 2006;30: 2S30-2S42.
- GERCOR. Les recommandations thérapeutiques (colon). 2005. Online.
- Conférence de Consensus. Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du colon. *Gastroenterol Clin Biol* 1998;22: 205-218.
- Pawlik & al. Effect of surgical margin status on survival and site of recurrence after hepatic resection for colorectal metastases. *Ann Surg* 2005;241: 715-724.
- Hamady & al. Resection margin in patients undergoing hepatectomy for colorectal liver metastasis: a critical appraisal of the 1 cm rule. *Eur J Surg Oncol* 2006;32(5): 557-63.
- Jarnagin & al. Improvement in perioperative outcome after hepatic resection. *Ann Surg* 2002;236: 397-407.
- Kooby & al. Influence of transfusions on perioperative and long-term outcome in patients following hepatic resection for colorectal metastases. *Ann Surg* 2003;237: 860-870.
- Antoniou & al. Meta-analysis of clinical outcome after first and second liver resection for colorectal metastases. *Surgery* 2007;141: 9-18.
- Fong & al. Clinical score for predicting recurrence after hepatic resection for metastatic colorectal cancer. *Ann Surg* 1999;230: 309-321.
- Schroeder & al. Predictive indices of morbidity and mortality after liver resection. *Ann Surg* 2006;243: 373-379.