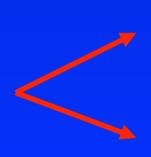


Traitement chirurgical du CHC : Résection et transplantation

Olivier Soubrane
Service de Chirurgie
Hôpital Cochin, Paris

Carcinome hépato-cellulaire

- 500 000 à 1 million de nouveaux cas / an dans le monde (Asie et Afrique sub-saharienne)
- Facteurs de risque :
 - Cirrhose
 - Hépatites B et C
 - Alcool
 - Aflatoxines
 - Maladies métaboliques...
- Pas de dépistage précoce efficace
- État pré-tumoral : dysplasie à grande cellules

Pronostic du CHC : 2 facteurs 

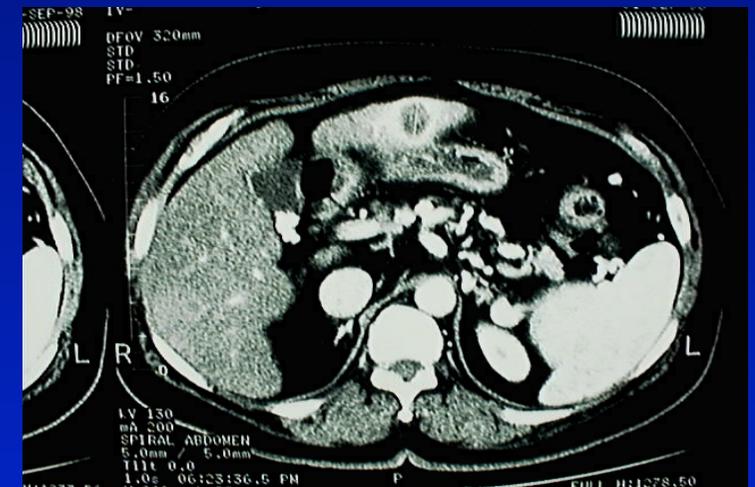
- Stade de la tumeur au dg
- Cirrhose (90 %)

Classification (s) : UICC

- Classification TNM (envahissement vasculaire +++)
- Hépatopathie sous-jacente



T4, N0



T2, N0



T2, N0

Arsenal thérapeutique des CHC

20-30 % de CHC résécables

Survie 50-75 % à 5 ans

(TH ± chimio : 50-70 %)

Alcoolisation
Radio-fréquence
CE

Survie : 20-50 % ?

- Chimio systémique
- Lipiodol*
- Radiothérapie
- Hormonothérapie
- Interféron
- divers

Pas d'effet sur la survie

CHC non traité :
Survie à 3 ans : 10-30 %

Résection (1)

Traitement de référence pour :

Tumeurs résécables (T1 à T3, N0, M0)
Bonne fonction hépatique (Child A)

Attention en cas de :

- petit foie
- antécédent d'ascite
- HTP sévère (VO \geq grade II, gradient >10 mm Hg)
- hépatite alcoolique ou virale

Résection (2) : quelle technique ?

Technique :

- Marge de sécurité : 1 cm
- Résection "économe" de parenchyme (tumorectomie, segmentectomie)
- Clampage intermittent et/ou pré-conditionnement
- Hépatectomies majeures faisables dans certains cas
- Chirurgie redux possible

A définir :

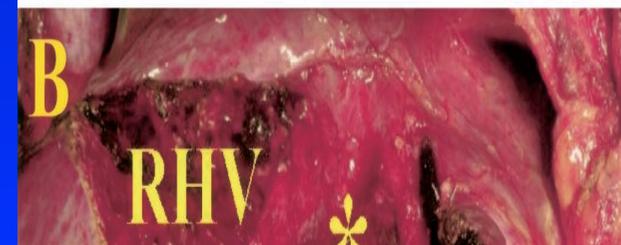
- Embolisation portale pré-opératoire
- Chimio-embolisation pré-opératoire
- Place de la coelioscopie ?

Résection (4) : quels résultats ?

| Auteur | N | Survie actuarielle (%) | |
|--|------|------------------------|-------|
| | | 1 an | 5 ans |
| Fong, et al. AnnSurg, 1999 | 100 | 83 | 42 |
| LLovet et al. Hepatology, 2000 | 77 | 85 | 51 |
| <i>HPT=0, Bili=N</i> | 35 | 91 | 74 |
| <i>HPT+ Bili=N</i> | 15 | 93 | 50 |
| <i>HPT+ Bili +</i> | 27 | 74 | 25 |
| Arii et al. Hepatology, 2000 | | | |
| <i>Stage I, CHC<2 cm</i> | 1318 | 96 | 72 |
| <i>HCC 2-5 cm</i> | 2722 | 95 | 58 |
| <i>Stage II, CHC <2cm</i> | 502 | 92 | 55 |
| <i>CHC 2-5 cm</i> | 1548 | 95 | 58 |
| Yamamoto et al. Hepatology 2001 | 58 | 96 | 61 |

Résection « anatomique » vs. « non-anatomique »

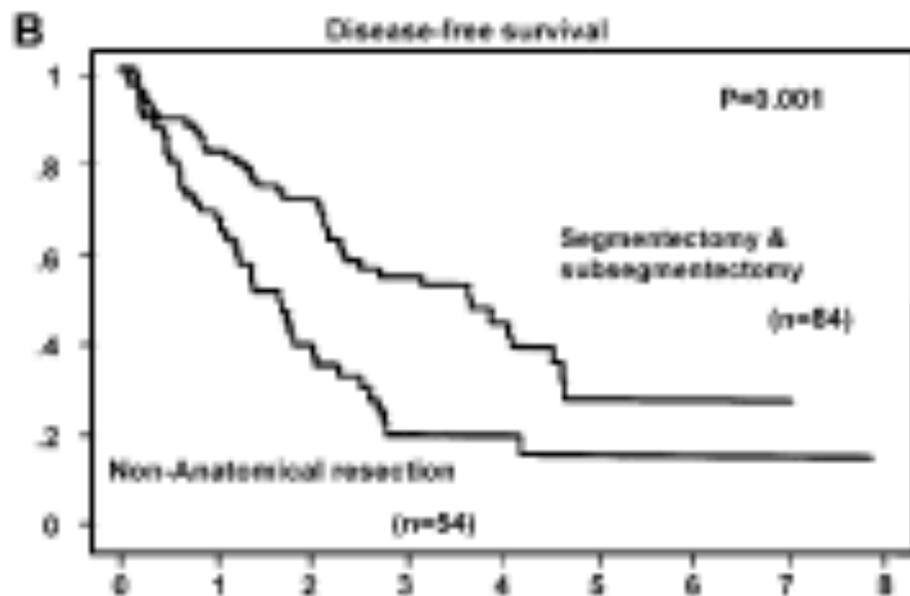
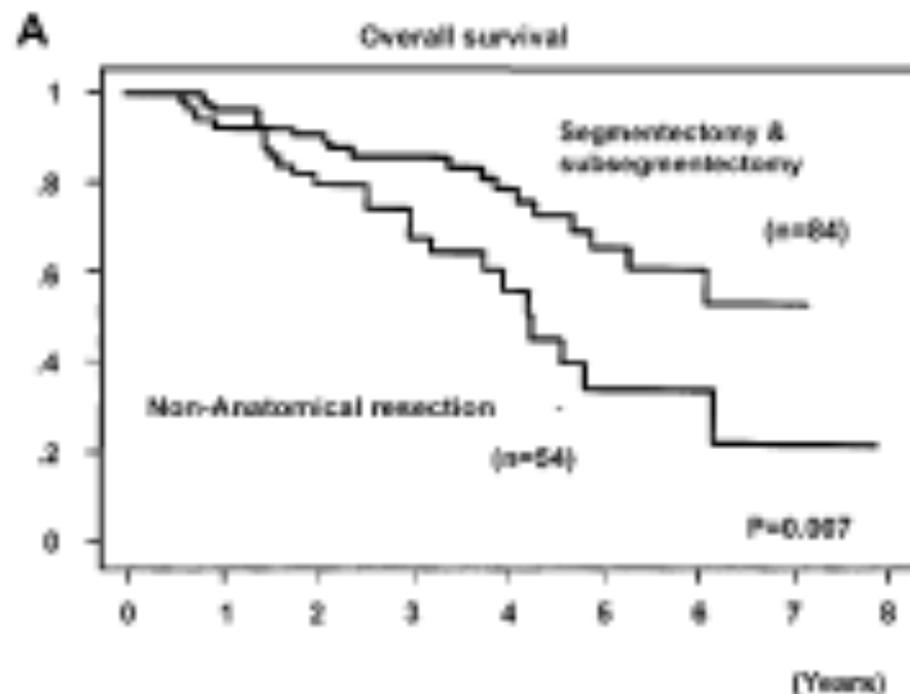
- Comparaison résection « anatomique » (n=156) vs. tumorectomie (n=54)
- Segmentectomie avec injection de colorant dans la VP segmentaire sous écho vs. tumorectomie avec marge > 1 cm
- Résections anatomiques associées à une survie augmentée : risque = 0.57 (IC 95 % = 0.32-0.99, p<0.04)



Survie après résection anatomique > survie après résection non anatomique :

Survie globale ($p < 0.007$)

Survie sans récurrence ($p < 0.001$)



Transplantation hépatique (1)



Meilleur traitement théorique

Indication :

- "petit" CHC
- pas d'envahissement vasculaire
- Child B-C

Problème : nombre limité de greffons disponibles

Questions :

- Quel traitement dans la période d'attente ?
- Indications d'un traitement (néo) adjuvant ?
- Donneur vivant licite ?

Transplantation hépatique (2)

| auteur | année | N | taux de survie |
|-------------|-------|-----|----------------|
| • Venook | 1995 | 13 | 77 % (3 ans) |
| • Romani | 1994 | 27 | 71 % (3 ans) |
| • Mazzafero | 1996 | 48 | 75 % (4 ans) |
| • Figueras | 1997 | 38 | 79 % (5 ans) |
| • Llovet | 1998 | 58 | 74 % (5 ans) |
| • Hemming | 2001 | 112 | 57 % (5 ans) |

Problème de la TH : biais de l'intention de traiter

Conclusions (1)

- **Le meilleur traitement du petit CHC est le plus rare : la TH (indication : cirrhose +++)**
- **La résection chirurgicale est le traitement du CHC avec bonne fonction hépato-cellulaire (Child A)**
- **Si fonction altérée : destruction par alcoolisation ou radio-fréquence**
- **Définir la place des traitements adjuvants et préventifs**

Conclusions (2)

Études nécessaires :

- **Petit CHC : résection vs radio-fréquence**
- **Avant TH : radiofréquence, alcool, CE ?**
- **Après TH : chimio vs rien**