

# **LA RÉSECTION HÉPATIQUE PARTIELLE POUR CHC EN 2008**

Jacques BELGHITI

Université Denis Diderot-Paris 7 et Service de Chirurgie Digestive ; PMAD

Hôpital Beaujon – Clichy

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) qui est devenu ces dernières années un réel problème de santé publique en France a une incidence qui augmente. Cette augmentation (1768 nouveaux cas en 1980 et 6433 en 2005), peut être expliquée par l'amélioration de la prise en charge des patients cirrhotiques, l'augmentation du nombre de cirrhose d'origine virale C et l'augmentation du syndrome dysmétabolique. Le dépistage chez les cirrhotiques et les progrès de l'imagerie dans la détection des petites tumeurs augmentent les possibilités thérapeutiques qui peuvent être subdivisées en 2 groupes. Les traitements curatifs incluent la transplantation hépatique (TH), la résection chirurgicale et la destruction per-cutanée. La chimioembolisation et les antiangiogéniques sont un traitement palliatif des CHC.

La transplantation est le meilleur traitement des malades ayant un CHC sans envahissement vasculaire développé sur une hépatopathie chronique. L'avantage de la transplantation est qu'elle traite simultanément le carcinome hépatocellulaire et la cirrhose. Les critères radiologiques qui permettent de prédire l'absence d'envahissement vasculaire sont représentés par les critères de Milan (tumeur unique <5 cm ou 3 nodules < 3 cm) et il existe une tendance à élargir ces critères. Mais la TH est limitée par un manque de greffons qui entraîne une augmentation du temps d'attente sur liste avec une progression tumorale qui fait perdre le bénéfice de la TH. Le nouveau score d'attribution des greffons diminue le taux de décès en liste d'attente mais il n'augmente pas la possibilité de greffe pour les malades ayant un CHC. Plusieurs traitements permettent de contrôler le développement tumoral dans la période d'attente de la TH : la résection chirurgicale, la radiofréquence et la chimioembolisation intra-artérielle. Ces traitements semblent diminuer le risque de récidive après TH.

La résection chirurgicale chez les patients cirrhotiques a été marquée par des progrès considérables avec une diminution du risque opératoire et une amélioration de la survie. L'analyse de notre expérience de plus de 600 résections hépatiques partielles pour CHC réalisées de 1990 à 2007 est résumée dans le Tableau.

	1990 – 1999	2000 – 2007
Nombre	329	227
Age moyen	57 ans	60 ans
Taille moyenne	7.1 cm	8.6 cm
Hépatectomie majeure	46%	56%
Embolisation portale	1%	20%
Résection anatomique	72%	83%
Mortalité	7.9%	3%
Survie 5 ans	37%	70%

Cette amélioration des résultats est la conjonction de plusieurs facteurs : (a) une meilleure sélection des malades qui sont préparés par une embolisation portale, souvent associée à une embolisation artérielle avant hépatectomie majeure ; (b) un abord plus carcinologique de la résection associant des résections anatomiques et un abord antérieur ; un traitement plus agressif des récidives avec un recours à la transplantation et enfin une meilleure prise en charge de la maladie sous jacente incluant un traitement des infections virales.

Ces résultats montrent que la résection hépatique pour CHC chez des malades ayant une bonne fonction hépatique permet une survie qui peut se comparer aux résultats de la TH.

## BIBLIOGRAPHIE :

1. Treatment and prognosis of hepatocellular carcinoma: a population based study in France. Borie F, Bouvier AM, Herrero A, Faivre J, Launoy G, Delafosse P, Velten M, Buemi A, Peng J, Grosclaude P, Trétarre B. *J Surg Oncol.* 2008;98:505-9.
2. Novels advancements in the management of hepatocellular carcinoma in 2008. Llovet JM, Bruix J. *J Hepatol.* 2008; 48 S1:S20-37
3. Management of hepatocellular carcinoma. Bruix J, Sherman M. *Hepatology* 2005; 42:1208–1236.
4. Makuuchi M, Sano K. The surgical approach to HCC: our progress and results in Japan. *Liver Transpl* 2004;10:S46–S52.
5. Sequential arterial and portal vein embolizations before right hepatectomy in patients with cirrhosis and hepatocellular carcinoma. Ogata S, Belghiti J, Farges O, Varma D, Sibert A, Vilgrain V. *Br J Surg.* 2006;93:1091-8.
6. Two hundred liver hanging maneuvers for major hepatectomy: a single-center experience.Ogata S, Belghiti J, Varma D, Sommacale D, Maeda A, Dondero F, Sauvanet A. *Ann Surg.* 2007;245:31-5.
7. Partial hepatectomy with wide versus narrow resection margin for solitary hepatocellular carcinoma: a prospective randomized trial. Shi M, Guo RP, Lin XJ, Zhang YQ, Chen MS, Zhang CQ, Lau WY, Li JQ. *Ann Surg.* 2007;245:36-43.
8. Torzilli G, Olivari N, Moroni E, Del Fabbro D, Gambetti A,Leoni P, et al. Contrast enhanced intraoperative ultrasonography in surgery for hepatocellular carcinoma in cirrhosis. *Liver Transpl* 2004;10:S34–S38.
9. Neither multiple tumors nor portal hypertension are surgical contraindications for hepatocellular carcinoma.Ishizawa T, Hasegawa K, Aoki T, Takahashi M, Inoue Y, Sano K, Imamura H, Sugawara Y, Kokudo N, Makuuchi M. *Gastroenterology.* 2008;134:1908-16.
10. Fayet G et Al. Transplantation hépatique pour carcinome hépatocellulaire. Facteurs pronostiques de survie et de récidive à l'ère des critères de Milan. *Gastroenterol Clin Biol* 2006; 30: S1-A86.
11. Decaens T, Roudot-Thoraval F, Bresson-Hadni S, Meyer C, Gugenheim J, Durand F, et al. Impact of pretransplantation transarterial chemoembolization on survival and recurrence after liver transplantation for hepatocellular carcinoma. *Liver Transpl* 2005;11:767–775.
12. Sala M, Llovet JM, Vilana R, Bianchi L, Sole' M, Ayuso C, et al. Initial response to percutaneous ablation predicts survival in patients with hepatocellular carcinoma. *Hepatology* 2004;40:1352–1360.

13. Cholangitis and liver abscess after percutaneous ablation therapy for liver tumors: incidence and risk factors. Shibata T, Yamamoto Y, Yamamoto N, Maetani Y, Shibata T, Ikai I, Terajima H, Hatano E, Kubo T, Itoh K, Hiraoka M. *J Vasc Interv Radiol*. 2003 Dec;14(12):1535-42.
14. Faivre S, Demetri G, Sargent W et al. Molecular basis for sunitinib efficacy and future clinical development. *Nat Rev Drug Discov* 2007; 6 :734-45.
15. Llovet J. et al. Randomized phase III trial of sorafenib versus placebo in patients with advanced hepatocellular carcinoma. *Proc Am Soc Clin Oncol* 2007; 25: 1s, LBA1.
16. Mobley C, Welling T, Sonneday CJ, Englesbe MJ, Marrero JA, Pelletier SJ. The effect of locoregional therapy for hepatocellular carcinoma prior to liver transplantation. *Hepatology* 2008; 48, S1 : 372A.