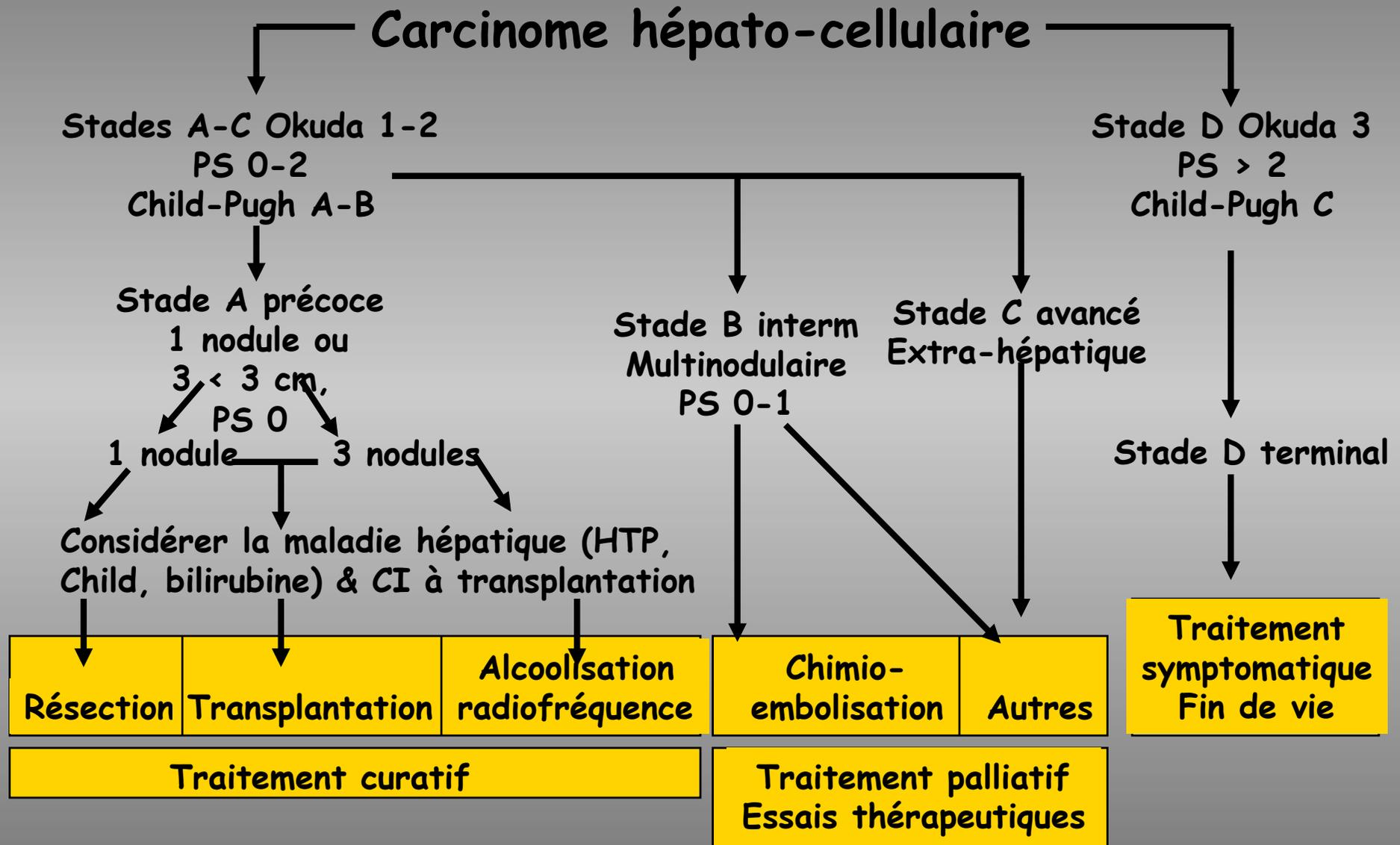


**CHC : Chirurgie, transplantation
ou radiologie interventionnelle :
Vers une rationalisation de la prise
en charge**

**Dr Pierre-Philippe Massault
Unité de Chirurgie Digestive, Hépatique et Endocrinienne
7ème réunion annuelle de pathologie digestive
Hôpital Cochin
4 février 2011**

- **Augmentation d'incidence**
- **Diagnostic de + en + précoce (early HCC)**
- **Echographie semestrielle**
- **Peu de valeur de la TNM contrairement aux autres tumeurs solides**
- **Pas de consensus sur les classifications pronostiques (BCLC ++)**
 - **Llovet et al. Semin Liver Dis 1999;19:329-38.**

Stratégie thérapeutique BCLC



Stade A précoce, Okuda 1-2
PS 0-2
Child-Pugh A-B



1 nodule < 5 ou
3 < 3 cm,
PS 0



1 nodule



3 nodules < 3 cm



Considérer la maladie hépatique (HTP,
Child, bilirubine) & CI à transplantation



Résection

Transplantation

Alcoolisation
radiofréquence

- **En fait une seule vraie problématique :**

CHC unique, Child A, opérable et transplantable

- **Traitement non TH : lequel ?**
- **Traitement d'attente (lequel ?) avant TH**
 - **Traitement d'attente puis TH de principe**
 - **Traitement d'attente puis TH de sauvetage si récurrence ou détérioration de la fonction hépatique**
- **TH d'emblée**

Critères pronostiques de la résection pour CHC

	Favorable	Défavorable
Child	A	B
Bilirubine	Normale	Elevée
Fibrose	Pas de cirrhose	Cirrhose
HTP	Absente	Présente
Transaminases	Normales	> 2N
Nombre	Unique	Multi bilobaires
Taille	< 2-3 cm	> 5cm
Invasion vasculaire	Non	Oui
Différenciation	Bien différencié	Peu différencié
Nodules satellites	Absent	Oui
Capsule	Présente ou non franchie	Absente ou franchie
AFP	Nle	> 1000
Marge	>1 cm	< 1cm
Exérèse	Anatomique	Non anatomique
Transfusion	Non	Oui

Foie



Tumeur

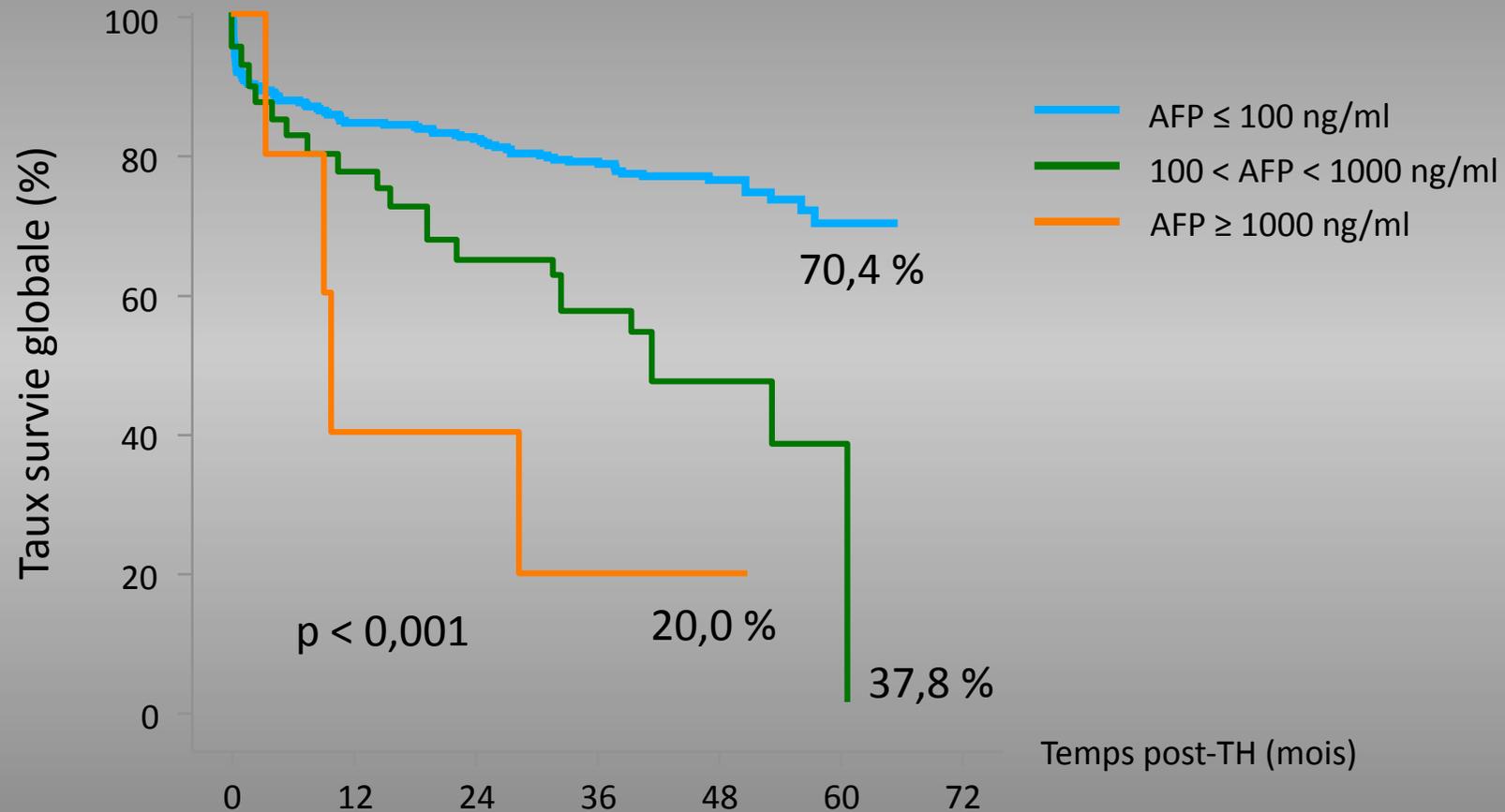


Exérèse



Validation des critères « *up to seven* » au sein d'une cohorte française

Survie globale chez les patients dans les critères « *up to seven* » selon les taux d'AFP



- ➔ Une extension des critères est possible selon les critères *up to seven*
- ➔ Deux facteurs indépendants de récurrence tumorale : critères *up to seven* et taux d'AFP

- **Survie à 5 ans CHC < 3 cm**
 - 60 à 80 % après TH ou résection
- **Mortalité opératoire de 3% après résection (10 à 15 % années 80)**
- **< 10 % de transfusions**
- **Plus de récurrence après résection mais survie quasi équivalente/TH**
 - **Avantage TH si micro invasion vasculaire**
 - Poon et al. Ann Surg 2007;245:51-58.
 - **Avantage résection si étude en intention de traiter**
 - Llovet et al. Hepatology 1999;30:1434-1440.
- **Compare t'on les mêmes malades ?**
 - **Candidats TH : sélection, suivi et dépistage : T moins évoluées**
 - **Effet sortie de liste en faveur de la TH**
 - **Juge de paix : l'accès aux greffons**

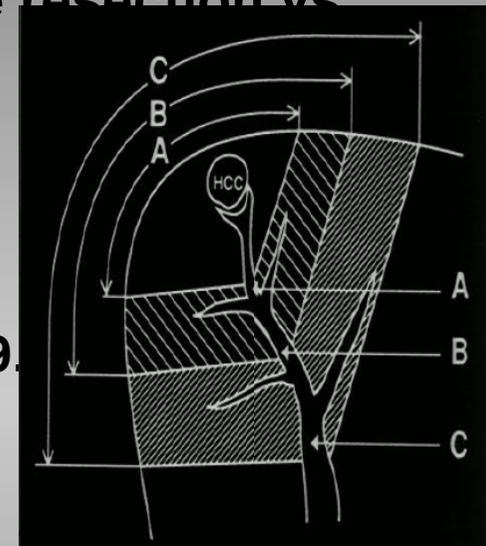
Avantage résection

– Pénurie de greffon

- Rend impossible essai prospectif randomisé résection vs TH

– Résection sélection

- Résection anatomique
 - Hasegawa K et al ; Ann Surg 2005;242: 252-59.
- Non délétère si TH au décours
 - Belghiti et al. Ann Surg 2003;238:885-92.
- Histologie pièce plus performante que PBH
 - Pawlik et al. Ann Surg 2006;245:435-42.
- Choix entre TH de principe et TH de sauvetage
- Elargissement des critères de Milan : « up to seven » si pas de microinvasion vasculaire
 - Mazzafero Lancet oncol 2009;10:35-43.



– Traitement des hépatites

- Diminution du risque de récurrence ?

TH de principe - TH de sauvetage

– Durée d'attente et sortie de liste

- 15 à 30 % des patients
 - Llovet et al. Hepatology 1999;30:1434-1440.

– Récidive

- « Vraie » : Pic à un an, associé avec mauvais pronostic histo (virus B)
 - Cesco et al. Arch Surg 2009;144:906-13.
- T de novo : plus tardive lié à hépatopathie sous jacente (virus C)
 - Inamura et al. J Hepatol 2003;38:200-7.

– TH de sauvetage

- 80% de patients éligibles
 - Poon et al. Ann Surg 2002;235:373-82.
- 20% de malades éligibles
 - Llovet et al. Hepatology 2003;31:1019-1021.

- **TH de principe**
 - **Si mauvais pronostic histo dans Milan**
(Si bon pronostic histo hors Milan)

- **TH de sauvetage**
 - **si bon pronostic histo dans Milan**

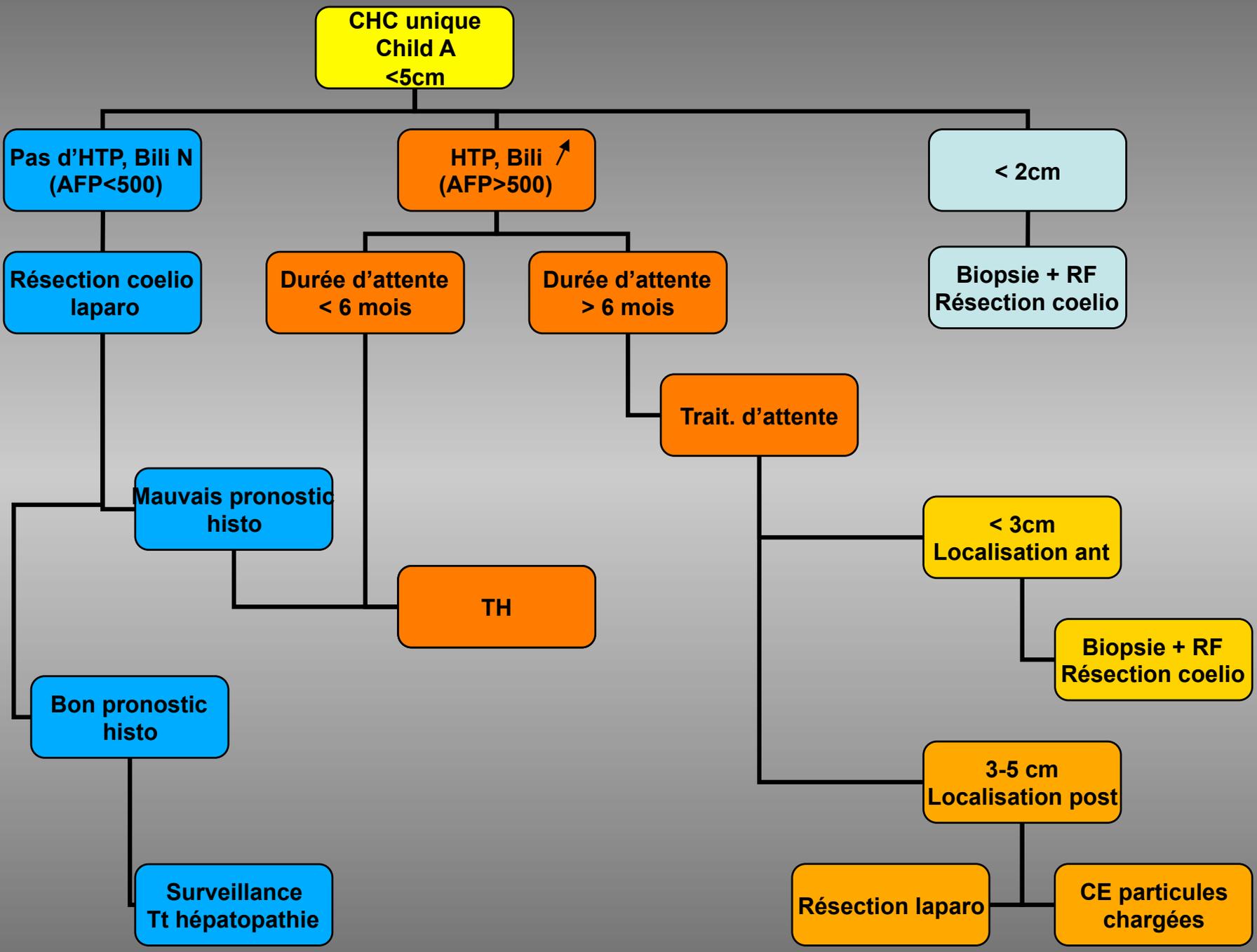
- **Sala et al. Liver transplant 2004;10:1294-1300.**
- **Scatton et al. Liver Transplantation; 2008:779-88.**

Résection vs Radiofréquence

- **En compétition pour traitement petit CHC unique**
- **Localisation tumorale**
- **Tendance à avantage résection si tumeur > 3 cm**
- **Si traitement d'attente : préférer résection pour pronostic histo et choix ultérieur**

CHC unique, Child A, opérable et transplantable

- **Traitement non TH :**
 - Pas d'HTP, bili N, AFP N
 - Résection anatomique (coelio-laparo selon localisation)
 - Analyse histo pour envisager TH si mauvais pronostic
- **Traitement d'attente avant TH**
 - Si durée d'attente > 6 mois
 - T < 3 cm, localisation antérieure : Biopsie + RF ou résection coelio anatomique
 - T entre 3 et 5 cm ou postérieure : résection laparo, CE particules chargées ?
- **TH de principe**
 - Si mauvais pronostic histo, si virus B ?
- **TH de sauvetage**
 - si bon pronostic histo



**CHC unique
Child A
<5cm**

**Pas d'HTP, Bili N
(AFP<500)**

**HTP, Bili ↑
(AFP>500)**

< 2cm

**Résection coelio
laparo**

**Durée d'attente
< 6 mois**

**Durée d'attente
> 6 mois**

**Biopsie + RF
Résection coelio**

**Mauvais pronostic
histo**

Trait. d'attente

TH

**< 3cm
Localisation ant**

**Bon pronostic
histo**

**Biopsie + RF
Résection coelio**

**Surveillance
Tt hépatopathie**

**3-5 cm
Localisation post**

Résection laparo

**CE particules
chargées**