

PETIT CHC : RÉSECTION OU TRANSPLANTATION ?

*Professeur François Paye
Hôpital Saint Antoine, Paris*

Les petits CHC uniques, <5cm développés sur cirrhose bien compensée Child A chez les patients de moins de 70 ans dont la résection apparaît possible par une hépatectomie d'étendue raisonnable peuvent être traités en première intention soit par résection soit par transplantation hépatique (TH).

La TH à l'avantage de traiter également la cirrhose sous jacente susceptible de se compliquer après résection, soit de nouveaux foyers tumoraux, soit d'insuffisance hépatocellulaire. Initialement proposée à tort pour des CHC trop évolués, ses indications ont été restreintes par les critères de Milan suggérés par l'équipe de Paul Brousse et la survie globale à 5 ans observée aujourd'hui pour ces petits CHC est de plus de 70%, comparable à celle observée après résection hépatique chez ces patients sélectionnés sur l'absence d'hypertension portale significative, une bilirubine normale, des transaminases basses et un volume hépatique résiduel prédictible post résection mieux évalué.

La survie sans récidive du CHC significativement meilleure après TH (70% vs 20 à 40 % à 5 ans) et la meilleure survie rapportée à 10 ans en font le meilleur traitement théorique. Mais en pratique, la pénurie des greffons disponibles, non supprimée par le recours au donneur vivant encore rare en France et discuté, est responsable d'une durée d'attente prolongée qui, si elle dépasse 6 à 7 mois, obère significativement les résultats de la TH avec un taux de sortie de liste pour évolution tumorale qui a pu atteindre 40% dans certains centres.

C'est pourquoi certaines équipes ont proné la résection première des petits CHC et la transplantation secondaire, soit en cas de récidive (transplantation de sauvetage), soit en traitement d'attente de la TH, soit enfin pour sélectionner les indications de TH par l'analyse de la pièce d'hépatectomie recherchant des facteurs démontrés de récidive tumorale post résection (envahissement microvasculaire, nodules satellites, dédifférentiation...). La morbidité et les résultats carcinologiques de ces transplantations post résection ont été montrés comme identiques à ceux des transplantations premières par certaines équipes mais inférieurs par d'autres.

Il est clairement montré aujourd'hui par des analyses en intention de traiter que la transplantation de sauvetage n'est en réalité réalisable en occident que pour 20 à 25% des

récidives de CHC initialement réséqués du fait, soit de leur diagnostic à un stade trop évolué, soit d'une contre-indication d'ordre général à la TH (Age > 70 ans notamment), ce qui condamne l'usage délibéré de cette stratégie.

La résection comme traitement d'attente de la TH reste d'actualité pour ces petits CHC et est en compétition avec la destruction percutanée par alcoolisation et surtout radiofréquence dont les résultats carcinologiques pour les lésions< 3cm semblent aujourd'hui comparables à ceux de la résection, avec une morbidité significativement moindre. Mais la résection coelioscopique pour les lésions accessibles est en plein développement semble réduire la morbidité des résections et pourrait permettre dans cette situation d'adopter la stratégie de sélection des candidats à la TH sur des critères histologiques, si les études comparatives à plus large échelle et en intention de traiter, qui restent à faire, en démontraient la validité.