Journal de Chirurgie Viscérale (2012) **149**, 345—350

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

MISE AU POINT

Carcinome hépatocellulaire : pratiques occidentales et asiatiques☆

Hepatocellular carcinoma: Western and eastern surgeon's points of view

E. Vibert[a,*], **T. Ishizawa**[b]

[a] *Centre hépatobiliaire, hôpital Paul-Brousse, AP—HP, 12, avenue Paul-Vaillant-Couturier, 94804 Villejuif cedex, France*
[b] *Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery Division, Department of Surgery, Graduate School of Medicine, University of Tokyo, Tokyo, Japon*

Disponible sur Internet le 13 juin 2012

MOTS CLÉS
Carcinome hépatocellulaire ;
France ;
Japon ;
Traitement ;
Fonction hépatique ;
Récurrence

Résumé Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est la troisième cause de mortalité par cancer dans le monde. Le CHC se développant dans 90 % des cas sur un foie pathologique, il est logique de penser que la transplantation hépatique soit le meilleur traitement, puisqu'elle traite à la fois le cancer et sa cause, l'hépatopathie sous-jacente. Dans les pays occidentaux comme la France, les donneurs cadavériques constituent la principale source de greffons hépatiques ; dans les pays asiatiques et notamment au Japon, la règle est la transplantation à donneur vivant. Comme la pénurie d'organes pourrait influencer le choix des traitements du CHC, il était intéressant de comparer les points de vue de deux chirurgiens, l'un occidental et l'autre asiatique, sur le traitement du CHC, afin d'examiner si la source des organes a modifié les stratégies thérapeutiques. L'objectif de ce travail était donc de comparer les points de vue de deux spécialistes de la chirurgie hépatobiliaire, de la transplantation et du traitement du CHC en France et au Japon, sur 5 aspects jouant un rôle essentiel dans le choix d'un des deux traitements curatifs du CHC sur foie pathologique : la résection ou la transplantation hépatique. Ces cinq aspects sont la définition d'un traitement oncologique du CHC, l'appréciation de la fonction hépatique, le traitement des récidives de CHC, l'incidence des données anatomopathologiques sur la stratégie thérapeutique et les stratégies thérapeutiques potentielles à venir.
© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS
Hepatocellular carcinoma;

Summary Hepatocellular carcinoma (HCC) is the third leading cause of cancer mortality worldwide. Developed on a pathological liver in 90% of cases, theoretically liver transplantation is its best treatment because it cures both malignancy and cause of malignancy,

DOI de l'article original : http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2012.05.001.
☆ Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.
* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : eric.vibert@pbr.aphp.fr (E. Vibert).

1878-786X/$ — see front matter © 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.
http://dx.doi.org/10.1016/j.jchirv.2012.04.004

France;
Japan;
Treatment;
Liver Function;
Recurrence

the underlying pathological liver. Cadaveric donors are the main source of liver in Western countries as France and living donors are the rules in Eastern countries as Japan. Because organ shortage could impact choices in HCC treatments, it was interesting to compare a Western and Eastern surgeon's points of view about treatment of HCC to assess if the source of organs has modified therapeutic strategies. Hence, aim of this work was to compare points of view of two hepatobiliary and transplant surgeons specialized in the treatment of HCC in France and Japan concerning five keys points that are decisive to choose one of the two curative treatments in HCC on pathological liver: liver resection or liver transplantation. These questions included the definition of an oncological treatment of HCC, the assessment of liver function, the treatment of HCC recurrences, the incidence of pathological information on therapeutic strategy and potentials futures therapeutics strategies.
© 2012 Published by Elsevier Masson SAS.

Question 1 : quels sont les traitements oncologiques standard du carcinome hépatocellulaire (CHC) ?

E. Vibert

Il n'y a aucun consensus français récent sur un traitement oncologique standard du CHC. Certaines équipes, et notamment la mienne à Paul Brousse, ont longtemps considéré la transplantation hépatique comme le seul traitement curatif du CHC [1]. Ce dogme reposait sur le taux très élevé de récidive tumorale de CHC après résection hépatique et sur les résultats médiocres de la transplantation après récidive tumorale de CHC en intention de traiter [2]. Grâce à l'amélioration globale de la prise en charge et du suivi des patients atteints d'hépatopathie chronique, nous sommes en mesure de détecter une tumeur de petite taille (< 5 cm) chez des patients avec une fonction hépatique normale et sans hypertension portale (ou avec hypertension portale modérée) [3]. Chez ces patients, et notamment chez ceux atteints d'une hépatopathie chronique sans cirrhose (F1 à F3), la résection hépatique pourrait apporter une survie à très long terme (taux de survie sans récidive à dix ans de 22,4 %) et doit être considérée comme traitement oncologique à part entière [4,5]. Chez les patients présentant une lésion unique de CHC < 2 cm, l'ablation locale (radiofréquence ou micro-ondes) ou la résection hépatique offre des résultats équivalents, même si aucune étude randomisée n'a démontré ce point spécifique. L'intérêt de la résection hépatique est d'affirmer ou d'infirmer le diagnostic de CHC, qui n'est pas toujours confirmé par une biopsie tumorale avant l'ablation locale, particulièrement pour les lésions de petite taille. En fait, compte tenu du risque de faux-positifs, la conférence de consensus sur la transplantation hépatique pour CHC a souligné qu'il ne fallait pas tenir compte des lésions inférieures ou égales à 10 mm dans la décision de transplantation [6]. Dans la pratique, les CHC sous-capsulaires < 2 cm étaient traités par hépatectomie locale sous laparoscopie et les nodules plus profonds par ablation focalisée. Chez les patients ayant un CHC > 2 cm, l'hépatectomie anatomique a donné de meilleurs résultats à long terme que l'ablation locale lorsque les marges chirurgicales étaient suffisantes. En théorie, ces marges doivent être d'au moins 2 cm [7]. Mais dans la majorité des cas, ce critère idéal ne peut pas être respecté sans le sacrifice de vaisseaux essentiels qui imposerait une hépatectomie majeure. Ainsi, la plus grande cohorte rétrospective de CHC réséqués en France, totalisant 1689 hépatectomies sur foie pathologique entre 1990 et 2005, a rapporté des marges supérieures à 10 mm dans 37 % des cas [8]. Plus récemment, une cohorte nationale d'hépatectomies pour CHC sous laparoscopie, réunissant 350 patients, a rapporté une marge moyenne de 12 mm (Soubrane et al., communication personnelle). Chez des patients avec hépatopathie chronique qui nécessitaient une hépatectomie majeure, une chimioembolisation intra-artérielle a d'abord été réalisée, suivie un mois plus tard, après vérification de la perméabilité artérielle, d'une embolisation portale. Cette stratégie a potentialisé l'effet de l'embolisation portale et la survie à long terme [9]. Chez les patients porteurs d'un CHC de très grande taille et/ou avec envahissement vasculaire macroscopique, l'hépatectomie n'était envisagée qu'en présence d'une fonction hépatique strictement normale sans maladie extrahépatique [10].

T. Ishizawa

Au Japon, l'hépatectomie était recommandée en traitement de premier choix du CHC chez les patients ayant une fonction hépatique préservée (≈ Child-Pugh A) [11] : cela s'applique idéalement aux patients porteurs d'un CHC unique (taux de survie à 5 ans après résection : plus de 70 %) et en second lieu aux patients porteurs de CHC multiples ou de CHC unique ou non s'accompagnant d'hypertension portale (de l'ordre de 50 %). En revanche, les résultats étaient décevants chez des patients Child-Pugh B porteurs de CHC multiples (< 20 % à cinq ans). Dans nos séries précédentes, tous les patients porteurs de CHC multiples sur une cirrhose de stade Child-Pugh B ont récidivé moins de cinq ans après la résection et une seconde résection était alors peu envisageable compte tenu de la dégradation de la fonction hépatique [12].

L'ablation par radiofréquence (RFA) peut être un second choix satisfaisant pour les CHC de petite taille, particulièrement lorsque la fonction hépatique est dégradée, mais selon une étude japonaise rétrospective, la résection donnerait de meilleurs résultats que la RFA en termes de réduction du taux de récidive [13]. Dans le but de comparer l'effet thérapeutique de l'hépatectomie à celui de la RFA sur le taux de récidive et la survie globale après traitement, nous réalisons actuellement une étude randomisée contrôlée dans tout le Japon, réunissant 300 patients candidats dans chaque groupe (étude clinique UMIN-CTR UMIN000001795 : *Efficacy of surgery vs. radiofrequency ablation on primary hepatocellular carcinoma: a multicenter randomized controlled trial*. http://www.surftrial.jp/). La transplantation hépatique (TH) était logiquement le traitement idéal des CHC

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3312032

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3312032

Daneshyari.com