



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Volumineux carcinome hépatocellulaire : quel est l'impact de la fibrose sur le pronostic après résection ?[☆]

Large hepatocellular carcinoma: Does fibrosis really impact prognosis after resection?

N. Golse^{a,*}, A. El Bouyouf^b, F. Marques^a, B. Bancel^c,
K. Mohkam^b, C. Ducerf^b, P. Merle^d, M. Sebah^e,
D. Castaing^a, A. Sa Cunha^a, R. Adam^a, D. Cherqui^a,
E. Vibert^a, J.-Y. Mabrut^b

^a Hôpital Paul-Brousse, centre hépato-biliaire, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, université Paris-Sud, 12, avenue Paul-Vaillant-Couturier, 94800 Villejuif, France

^b Service de chirurgie digestive et de transplantation, hôpital de la Croix-Rousse, Hospices Civils de Lyon, 69004 Lyon, France

^c Service d'anatomopathologie, hôpital de la Croix-Rousse, hospices civils de Lyon, 69004 Lyon, France

^d Service d'hépatologie, hôpital de la Croix-Rousse, hospices civils de Lyon, 69004 Lyon, France

^e Hôpital Paul-Brousse, centre hépato-biliaire, service d'anatomopathologie, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, université Paris-Sud, 94800 Villejuif, France

MOTS CLÉS

Carcinome
hépatocellulaire ;
Fibrose ;
Cirrhose ;
Facteurs
pronostiques ;
Hépatectomie

Résumé

Introduction. – Le traitement chirurgical est le traitement de référence des volumineux carcinomes hépatocellulaires (VCHC) ≥ 5 cm. La fibrose peut constituer une contre-indication à la résection en raison du surrisque d'insuffisance hépatique postopératoire mais son impact sur les suites postopératoires et la récurrence demeure mal défini. Notre objectif était donc de comparer les facteurs pronostiques de survie chez les patients cirrhotiques ou non, après hépatectomie pour VCHC.

Méthodes. – Les données des patients résectionnés pour VCHC entre 2012 et 2016 dans deux centres de référence ont été analysées. Les résultats obtenus chez les patients cirrhotiques (fibrose F4) et non cirrhotiques (F0–F3) ont été comparés. Les patients ayant reçu un traitement médical (sorafénib) ou radiologique (chimioembolisation intra-artérielle, radiofréquence) ont été exclus.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2017.10.015>.

[☆] 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 : nicolasgolse@me.com (N. Golse).

<https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2017.09.005>

1878-786X/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Résultats. – Soixante patients ont été inclus. Les données préopératoires et peropératoires étaient identiques entre les deux groupes. Les patients cirrhotiques ($n = 15$) étaient plus souvent porteurs de nodules satellites à l'anatomopathologie définitive (73 % vs 44 % ; $p = 0,073$) mais leurs tumeurs étaient mieux différenciées que celles des patients non-cirrhotiques ($p = 0,041$). La survie médiane des patients cirrhotiques était de 34 mois vs 29 mois chez les non-cirrhotiques ($p = 0,8$) et la survie sans récurrence était respectivement de 14 mois vs 18 mois ($p = 0,9$). Le degré de fibrose n'avait pas d'impact sur la survie globale ($p = 0,2$) ou la survie sans récurrence ($p = 0,6$).

Conclusion. – Le traitement chirurgical des VCHC chez les patients cirrhotiques permet d'obtenir des résultats oncologiques satisfaisants et comparables à ceux obtenus chez les patients non-cirrhotiques. Le traitement curatif des VCHC doit donc être envisagé, sous réserve d'une fonction hépatique conservée, quel que soit le degré de fibrose.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Hepatocellular carcinoma;
Fibrosis;
Cirrhosis;
Prognostic factors;
Hepatectomy

Summary

Background. – Hepatectomy remains the standard treatment for large hepatocellular carcinoma (LHCC) ≥ 5 cm. Fibrosis may constitute a contraindication for resection because of high risk of post-hepatectomy liver failure, but its impact on patient outcome and cancer recurrence remains ill defined. Our aim was to compare predictors of survival in patients with and without cirrhosis following hepatectomy for LHCC.

Methods. – The data on consecutive patients undergoing hepatectomy for LHCC in two tertiary centres between 2012 and 2016 were reviewed. The outcomes of cirrhotic (F4) and non-cirrhotic (F0–F3) patients were compared. Patients with perioperative medical (sorafénib) or radiological (transarterial chemoembolization, radiofrequency) treatments were excluded.

Results. – Sixty patients were included. Preoperative and intraoperative features were identical between both groups. Cirrhotics ($n = 15$) presented more satellite nodules on specimens (73% vs 44%; $P = 0.073$) but better differentiated lesions than non-cirrhotics ($P = 0.041$). The median overall survival of cirrhotics was 34 vs 29 months for non-cirrhotics ($P = 0.8$), and their disease-free survival was 14 versus 18 months ($P = 0.9$). Fibrosis stage did not impact overall ($P = 0.2$) nor disease-free survivals ($P = 0.6$).

Conclusion. – Hepatectomy for LHCC in cirrhotics can achieve acceptable oncological results when compared to non-cirrhotic patients. Curative resection of LHCC should be attempted if liver function is acceptable, whatever the fibrosis stage.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Abréviations

AFP	alpha-fœtoprotéine
CEIA	chimio-embolisation intra-artérielle
CHC	carcinome hépatocellulaire
DS	déviations standard
FC	foie cirrhotique
FNC	foie non cirrhotique
Hx	hépatectomie
ICGr	taux de rétention du vert d'indocyanine (clairance)
IMC	indice de masse corporelle (kg/m^2)
SG	survie globale
SSR	survie sans récurrence
TH	transplantation hépatique
VCHC	volumineux carcinome hépatocellulaire

Introduction

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est le cancer primitif du foie le plus fréquent. Il est au sixième rang des cancers par incidence et représente la troisième cause de mortalité par cancer [1,2]. Environ 80 à 90 % des CHC surviennent sur

hépatopathie chronique, et principalement sur cirrhose. Les autres CHC se développent sur foie sain ou peu fibreux. Dans ce cas, le syndrome métabolique et la *non-alcoholic fatty liver disease* ou stéatohépatite représentent des facteurs de risque croissant de CHC dans les pays occidentaux [3–7]. Ainsi, le concept de CHC sur foie sain est progressivement remplacé par celui de CHC sur foie non cirrhotique (FNC). Ces tumeurs requièrent un traitement spécifique car elles sont souvent volumineuses, symptomatiques et surviennent chez des patients jeunes. La transplantation hépatique (TH) a peu de place dans ce cadre car une hépatectomie (Hx) majeure peut être proposée avec un faible risque de décompensation postopératoire, comparé aux patients cirrhotiques [8–10]. De nombreux facteurs pronostiques de survie après Hx pour CHC sur FNC ont été rapportés, principalement l'âge, le taux d'alpha-fœtoprotéine (AFP), le grade histologique, le caractère multiple des lésions, les nodules satellites, les marges de résection et l'invasion vasculaire [11–13]. Le diamètre tumoral est un facteur pronostique bien connu [14–20] et la limite de 5 cm est désormais largement acceptée et validée par la classification AJCC [21–27]. Les tumeurs de plus de 5 cm ont un taux plus élevé de nodules satellites et d'invasion vasculaire, et sont généralement moins bien différenciées [13,23,28,29].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8957724>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8957724>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)