



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Traitement chirurgical du carcinome hépatocellulaire dans le cadre et en dehors des indications de Barcelone dans un centre de moyen volume[☆]

Surgical management of hepatocellular carcinoma within and beyond BCLC indications in a middle volume center

M. Garancini^{a,*}, S. Nespoli^a, F. Romano^a, F. Uggeri^a,
L. Degrate^a, S. Okolicsanyi^b, L. Gianotti^a

^a Department of surgery, San-Gerardo hospital, school of medicine and surgery, university of Milano-Bicocca, via Pergolesi 33, 20900 Monza, Italy

^b Department of gastroenterology, San-Gerardo hospital, school of medicine and surgery, university of Milano-Bicocca, via Pergolesi 33, 20900 Monza, Italy

MOTS CLÉS

Cirrhose ;
Chirurgie hépatique ;
Classification de
Barcelone ;
Carcinome
hépatocellulaire

Résumé

But de l'étude. – Les critères actuels pour la résection hépatique chez les patients ayant un carcinome hépatocellulaire (CHC) selon la classification de Barcelone restent débattus. Les patients ayant des tumeurs multifocales ou celles dont le diamètre dépasse 5 cm sont théoriquement exclus du traitement chirurgical selon l'algorithme de Barcelone. Mais plusieurs études de centres experts ont montré que ces patients pouvaient bénéficier de la chirurgie. Le but de cette étude était de comparer les résultats à court et long terme de la résection hépatique pour CHC de stade 0/A ou stade B dans un centre de moyen volume.

Patients et méthodes. – Les patients étaient stratifiés selon la classification de Barcelone. La mortalité et la morbidité postopératoires, la survie globale, la survie sans récurrence, et les facteurs pronostiques de survie étaient analysés.

Résultats. – Parmi les 66 résections hépatiques effectuées chez les 64 patients inclus dans l'étude, 41 étaient de stade 0/A (62,1 %) et 25 de stade B (37,9 %). Les taux de mortalité globale à 30 et 90 jours étaient respectivement 1,5 % et 3 %. Les patients ayant des CHC stade B avaient eu plus de transfusion ($p=0,04$) mais une morbidité et une mortalité postopératoire similaires aux stades 0/A. Avec un recul médian de 35 mois (extrêmes 14–147), la survie globale

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2017.12.001>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans le *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mattia_garancini@yahoo.it (M. Garancini).

<https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2017.02.006>

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

à 1, 3 et 5 ans était respectivement de 95 %, 61,1 %, 46,2 % pour les stades 0/A et 83,3 %, 50 %, et 41,2 % pour le stade B ($p=0,73$). L'analyse univariée a permis d'identifier des facteurs de mauvais pronostic : la faible différenciation des CHC ($p=0,02$) et les marges de résection envahies ($p=0,02$).

Conclusions. – Le traitement du CHC au stade B donne des résultats similaires à ceux des stades plus précoces (0/A) et ne devrait pas être contre-indiqué de manière systématique.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Liver cirrhosis;
Liver surgery;
Barcelona clinic liver
cancer classification;
Hepatocellular
carcinoma

Summary

Aim of the study. – Current criteria for hepatic resection in patients with hepatocellular carcinoma (HCC) according to Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) classification is debated. Actually, patients with multinodular or large HCC > 5 cm are excluded from surgical treatment following the algorithm, but several studies from referral centers showed that such patients may benefit from surgical resection in the clinical practice. The aim of this study was to compare short- and long-term outcomes after liver resection for HCC in stage 0/A or B in a middle volume center.

Patients and methods. – Patients were grouped according to BCLC classification. Postoperative mortality, morbidity, overall and disease-free survival, univariate analysis of prognostic factors on survival were analyzed.

Results. – Among 66 surgical procedures in 64 patients included in the study, 41 were BCLC stage 0/A (62.1%) and 25 BCLC stage B (37.9%). The overall 30- and the 90-days mortality rates were 1.5% and 3%. Patients in BCLC stage B had higher transfusion rate ($P=0.04$) but similar morbidity and mortality compared to patients in BCLC stage 0/A. After a median follow-up of 35 months (range 14–147), the overall survival at 1, 3 and 5 years resulted 95%, 61.1%, 46.2% for stage 0-A and 83.3%, 50%, 41.2% for stage B ($P=0.73$). Univariate analysis identified poorly differentiated tumors ($P=0.02$) and positive margin ($P=0.02$) as negative prognostic factors on survival.

Conclusions. – Surgical treatment of HCC in BCLC stage B offers similar results than the ones in BCLC stage 0/A and consequently should not be considered contraindicated for such patients.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est la principale tumeur primitive du foie, représentant environ 85 à 90 % des tumeurs primitives, il est souvent associé à une cirrhose [1]. La résection chirurgicale doit tenir compte des impératifs carcinologiques et du respect de la fonction hépatique. Ainsi, la transplantation hépatique (TH) est considérée comme le traitement standard car elle permet de traiter à la fois le CHC et la maladie sous-jacente de l'organe. Cependant, le faible nombre de donneurs limite les indications de TH en faveur de traitements alternatifs comme les thérapies locale [2]. Plusieurs systèmes de gradation des CHC, fondés sur les caractéristiques tumorales et la fonction hépatique, permettent de guider les choix thérapeutiques. La classification de Barcelone (CB) a été adoptée dans le cadre des algorithmes thérapeutiques du CHC par les Sociétés européennes (European Association for the Study of Liver [EASL]) ou américaines (American Association for the Study of Liver Disease [AASLD]) à cause de sa fiabilité pour classer les patients dans des options thérapeutiques [3,4]. La CB recommande actuellement un traitement à visée curative pour les CHC aux stades très précoce à précoce (stades 0-A de la CB), des thérapies palliatives comme la chimioembolisation artérielle (CEA) pour les stades intermédiaires (stade B), le sorafénib pour les stades avancés (stade C), et des soins de support pour le stade terminal (stade D) [5]. Selon cet algorithme, la résection hépatique est indiquée

seulement chez les patients ayant un CHC unique de petite taille, sans hypertension portale (HTP) ou hyperbilirubinémie [5].

À l'inverse, plusieurs études menées dans des centres experts (ou de recours) ont montré que la résection hépatique pour CHC avait de bons résultats à moyen et long terme même chez les patients ne répondant pas aux CB, tels que ceux ayant une hypertension portale ou des CHC multifocaux ou de grande taille [6–8]. De plus, certains auteurs ont rapporté que la résection hépatique pouvait donner une meilleure survie que la CEA chez les patients classés stade B de la CB [9]. Par conséquent, on peut affirmer que le meilleur traitement des CHC stade B reste débattu, la seule limite pour les chirurgiens, d'aller au-delà des indications de la CB, est l'innocuité du geste chirurgical et sa reproductibilité en dehors des centres experts. Le but de cette étude monocentrique était de comparer les résultats à court et long terme de la résection hépatique pour CHC stade 0/A ou B dans des centres de moyen volume.

Méthodes

Conception de l'étude et recueil des données

Nous avons colligé les données de tous les patients ayant eu une résection hépatique dans notre établissement depuis 1^{er} janvier 2005. Il s'agit d'une analyse rétrospective des

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8957725>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8957725>

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