

Le traitement chirurgical du Carcinome Hépatocellulaire

Professeur Denis CASTAING 1,2,3

1. AP-HP Hôpital Paul Brousse, Centre Hépatocellulaire, Villejuif, France
2. Univ Paris-Sud, UMR-S 785, Villejuif, F-94800, France
3. Inserm, Unité 785, Villejuif, F-94800, France

L'incidence du carcinome hépatocellulaire varie entre 2 et 5 pour 100 000 habitants en Europe, généralement développé sur une cirrhose dont la cause la plus souvent, en France est l'alcoolisme, les hépatites B et C et l'hémochromatose. La survie spontanée des malades atteints de carcinome hépatocellulaire sur cirrhose, découvert au stade symptomatique est de l'ordre de 1 à 6 mois après le diagnostic (1). Ce mauvais pronostic a fait chercher des solutions thérapeutiques et, la chirurgie reste le traitement de référence du carcinome hépatocellulaire et le seul offrant une chance réaliste de survie prolongée. Le principe du traitement chirurgical du carcinome hépatocellulaire est d'assurer l'exérèse la plus large possible de la

lésion. Deux méthodes sont possibles: soit l'hépatectomie partielle, soit l'hépatectomie totale suivie de transplantation hépatique.

Hépatectomies partielles :

Les résections hépatiques sur foie cirrhotique représentent encore un défi chirurgical majeur avec une mortalité de 5 à 15 % et une morbidité de 30 à 50 %. Ce risque est lié à un défaut de réserve fonctionnelle hépatique et une moindre capacité de régénération du foie cirrhotique. Les complications opératoires sont dominées par la survenue d'une ascite survenant dans 20 à 60 % des cas, le risque d'une hémorragie du foyer opératoire ou une hémorragie digestive par majoration de l'hypertension portale, l'insuffisance hépatocellulaire, l'insuffisance rénale et l'infection. Il est actuellement bien établi que seuls les malades ayant une fonction hépatique préservée peuvent être des candidats à une hépatectomie partielle. Le meilleur candidat à la résection a un seul nodule tumoral, une bilirubinémie normale, des ALAT < 2 N, et pas de signe d'hypertension portale. Bien que certaines séries récentes aient montré la possibilité d'exérèses majeures chez des cirrhotiques très sélectionnés, une exérèse hépatique limitée est vivement recommandée chez le cirrhotique : tumorectomie, sous-segmentectomie ou segmentectomie.

D'un point de vue carcinologique, l'exérèse de la tumeur en passant à plus d'un cm de la lésion est suffisante. Logiquement, les résultats des hépatectomies se dégradent avec le temps à cause du taux élevé de récurrence ou de l'apparition de tumeur de novo et de l'évolution de la cirrhose sous-jacente. Dans la plupart des publications, la survie à 5 ans est de 30 % et la survie sans récurrence de 5 à 10 % seulement.

L'hépatectomie totale suivie de transplantation hépatique :

Sur cirrhose, elle a l'avantage de traiter la tumeur et sa cause. Elle ne peut être indiquée que pour une tumeur strictement localisée au foie et en cas de tumeur unique mesurant moins de 5 cm de

diamètre ou, en cas de tumeurs multiples, s'il y a au plus 3 nodules ne dépassant pas 3 cm de diamètre, en l'absence de thrombose du tronc ou d'une branche lobaire du système porte (critères de Milan). Elle guérit 2/3 des malades mais les contre-indications, fréquentes (état physiologique, intoxication alcoolique active, refus d'un traitement au long cours), et la pénurie de greffons en limitent les indications. En raison de l'allongement du délai avant transplantation, qui fait courir un risque de progression tumorale, il se pose le problème d'un traitement « d'attente » dont l'intérêt et les modalités ne sont pas clairement définis.

Les alternatives au traitement chirurgical : la destruction percutanée

Habituellement bien tolérée, elle a l'avantage de préserver le parenchyme non tumoral. L'alcoolisation est la méthode la mieux évaluée, mais elle est de plus en plus remplacée par la radiofréquence, qui nécessite moins de séances et, surtout, est associée à une survie sans récurrence locale et globale plus longue qu'après alcoolisation. Un traitement par radiofréquence n'est envisageable que si la tumeur mesure moins de 5 cm de diamètre, est accessible à la ponction sous échographie ou scanner, n'est pas superficielle et se situe à distance du hile et des grosses voies biliaires. Une ascite importante est une contre-indication. Les durées de survie les plus longues sont observées chez les malades ayant un CHC \leq 3 cm de diamètre et une rémission complète après traitement. _Il est communément admis qu'un traitement par destruction percutanée doit être proposé aux malades ne relevant pas d'une résection ; en fait, cette hiérarchie entre les 2 méthodes ne repose sur aucun argument scientifique. Il faut donc faire appel à d'autres critères de choix que la survie et donc nécessairement à une discussion multidisciplinaire.