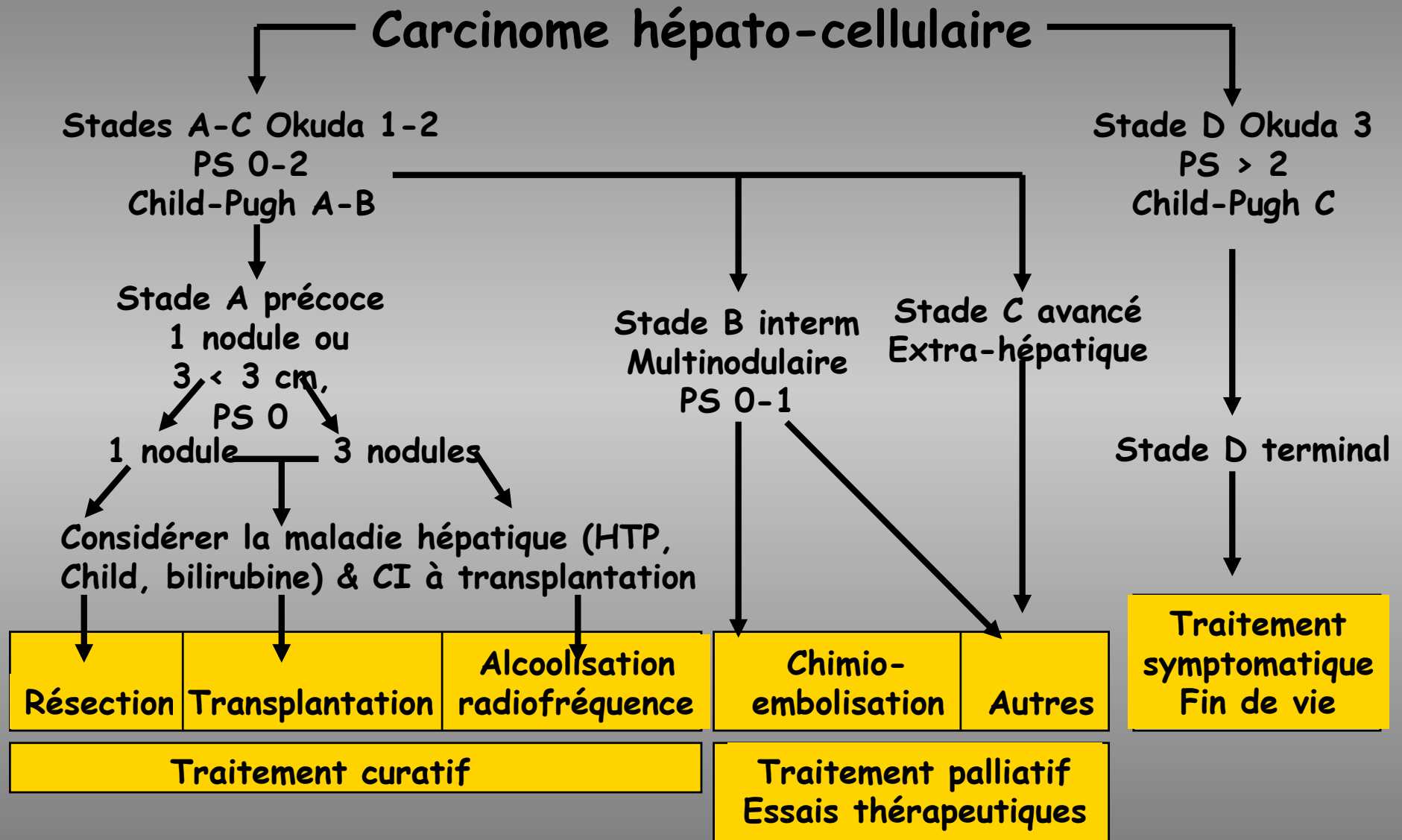


**CHC : Chirurgie, transplantation  
ou radiologie interventionnelle :  
Vers une rationalisation de la prise  
en charge**

**Dr Pierre-Philippe Massault  
Unité de Chirurgie Digestive, Hépatique et Endocrinienne  
7ème réunion annuelle de pathologie digestive  
Hôpital Cochin  
4 février 2011**

- **Augmentation d'incidence**
- **Diagnostic de + en + précoce (early HCC)**
- **Echographie semestrielle**
- **Peu de valeur de la TNM contrairement aux autres tumeurs solides**
- **Pas de consensus sur les classifications pronostiques (BCLC ++)**
  - **Llovet et al. Semin Liver Dis 1999;19:329-38.**

# Stratégie thérapeutique BCLC



Stade A précoce, Okuda 1-2  
PS 0-2  
Child-Pugh A-B



1 nodule < 5 ou  
3 < 3 cm,  
PS 0



1 nodule



3 nodules < 3 cm



Considérer la maladie hépatique (HTP,  
Child, bilirubine) & CI à transplantation



Résection

Transplantation

Alcoolisation  
radiofréquence

- **En fait une seule vraie problématique :**

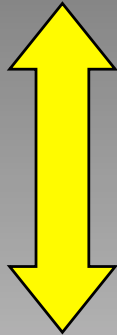
**CHC unique, Child A, opérable et transplantable**

- **Traitement non TH : lequel ?**
- **Traitement d'attente (lequel ?) avant TH**
  - **Traitement d'attente puis TH de principe**
  - **Traitement d'attente puis TH de sauvetage si récurrence ou détérioration de la fonction hépatique**
- **TH d'emblée**

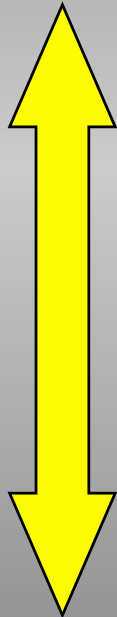
# Critères pronostiques de la résection pour CHC

	Favorable	Défavorable
<b>Child</b>	<b>A</b>	<b>B</b>
<b>Bilirubine</b>	<b>Normale</b>	<b>Elevée</b>
<b>Fibrose</b>	<b>Pas de cirrhose</b>	<b>Cirrhose</b>
<b>HTP</b>	<b>Absente</b>	<b>Présente</b>
<b>Transaminases</b>	<b>Normales</b>	<b>&gt; 2N</b>
<b>Nombre</b>	<b>Unique</b>	<b>Multi bilobaires</b>
<b>Taille</b>	<b>&lt; 2-3 cm</b>	<b>&gt; 5cm</b>
<b>Invasion vasculaire</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>
<b>Différenciation</b>	<b>Bien différencié</b>	<b>Peu différencié</b>
<b>Nodules satellites</b>	<b>Absent</b>	<b>Oui</b>
<b>Capsule</b>	<b>Présente ou non franchie</b>	<b>Absente ou franchie</b>
<b>AFP</b>	<b>Nle</b>	<b>&gt; 1000</b>
<b>Marge</b>	<b>&gt;1 cm</b>	<b>&lt; 1cm</b>
<b>Exérèse</b>	<b>Anatomique</b>	<b>Non anatomique</b>
<b>Transfusion</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>

**Foie**



**Tumeur**

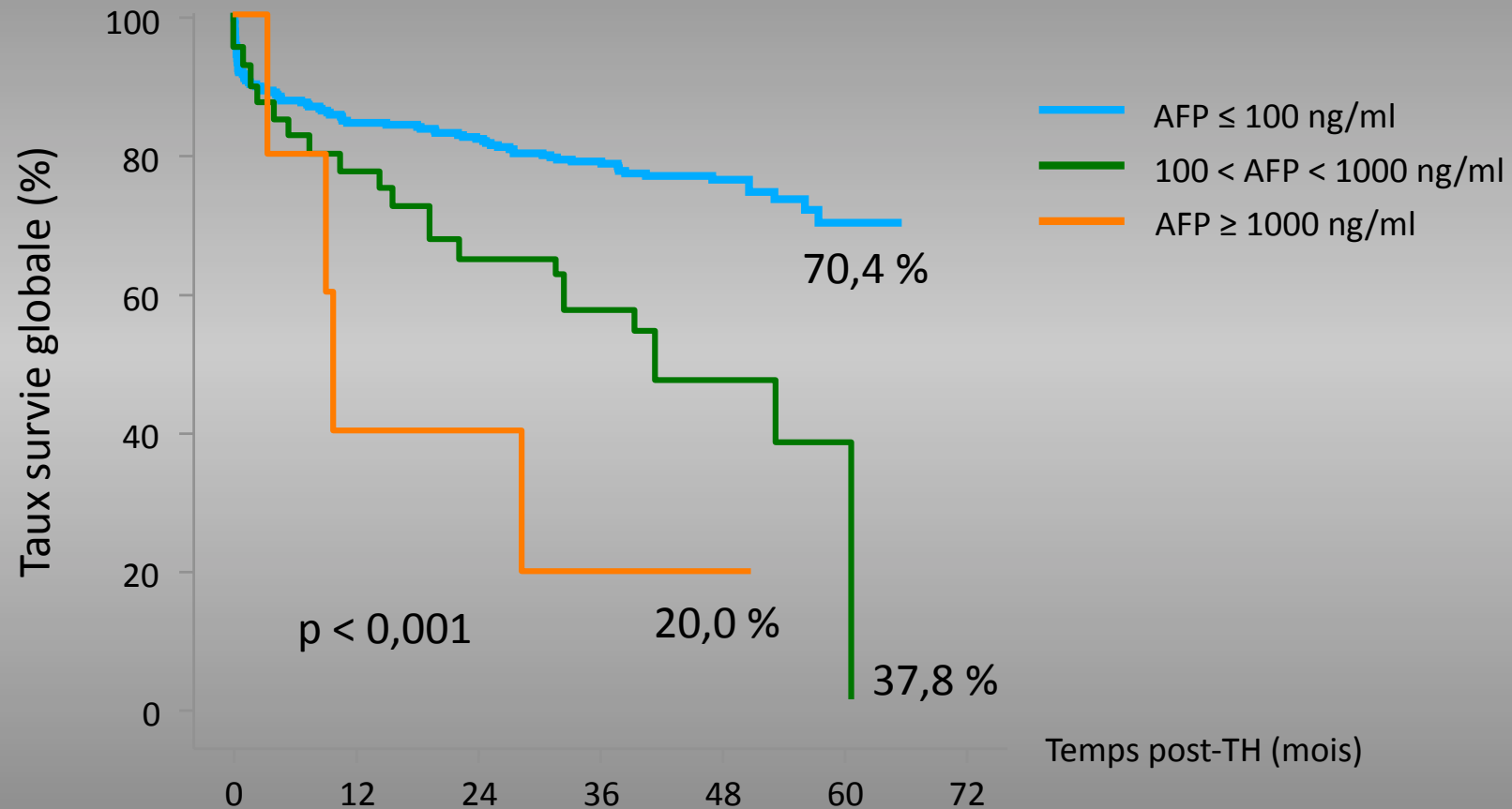


**Exérèse**



# Validation des critères « *up to seven* » au sein d'une cohorte française

## Survie globale chez les patients dans les critères « *up to seven* » selon les taux d'AFP



- ➔ Une extension des critères est possible selon les critères *up to seven*
- ➔ Deux facteurs indépendants de récurrence tumorale : critères *up to seven* et taux d'AFP

- **Survie à 5 ans CHC < 3 cm**
  - 60 à 80 % après TH ou résection
- **Mortalité opératoire de 3% après résection (10 à 15 % années 80)**
- **< 10 % de transfusions**
- **Plus de récurrence après résection mais survie quasi équivalente/TH**
  - **Avantage TH si micro invasion vasculaire**
    - Poon et al. Ann Surg 2007;245:51-58.
  - **Avantage résection si étude en intention de traiter**
    - Llovet et al. Hepatology 1999;30:1434-1440.
- **Compare t'on les mêmes malades ?**
  - **Candidats TH : sélection, suivi et dépistage : T moins évoluées**
  - **Effet sortie de liste en faveur de la TH**
  - **Juge de paix : l'accès aux greffons**



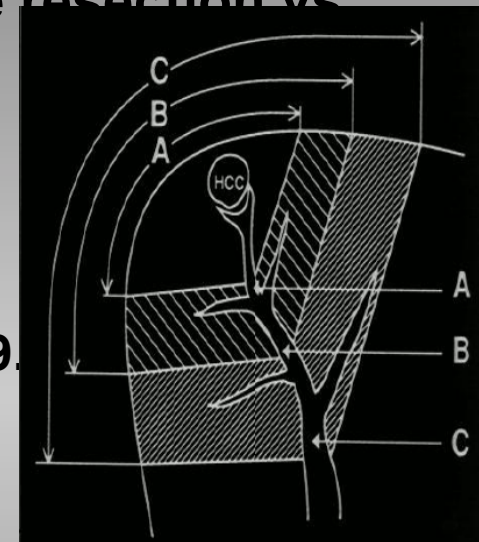
# Avantage résection

## – Pénurie de greffon

- Rend impossible essai prospectif randomisé résection vs TH

## – Résection sélection

- Résection anatomique
  - Hasegawa K et al ; Ann Surg 2005;242: 252-59.
- Non délétère si TH au décours
  - Belghiti et al. Ann Surg 2003;238:885-92.
- Histologie pièce plus performante que PBH
  - Pawlik et al. Ann Surg 2006;245:435-42.
- Choix entre TH de principe et TH de sauvetage
- Elargissement des critères de Milan : « up to seven » si pas de microinvasion vasculaire
  - Mazzafero Lancet oncol 2009;10:35-43.



## – Traitement des hépatites

- Diminution du risque de récurrence ?

# TH de principe - TH de sauvetage

## – Durée d'attente et sortie de liste

- 15 à 30 % des patients
  - Llovet et al. Hepatology 1999;30:1434-1440.

## – Récidive

- « Vraie » : Pic à un an, associé avec mauvais pronostic histo (virus B)
  - Cesco et al. Arch Surg 2009;144:906-13.
- T de novo : plus tardive lié à hépatopathie sous jacente (virus C)
  - Inamura et al. J Hepatol 2003;38:200-7.

## – TH de sauvetage

- 80% de patients éligibles
  - Poon et al. Ann Surg 2002;235:373-82.
- 20% de malades éligibles
  - Llovet et al. Hepatology 2003;31:1019-1021.

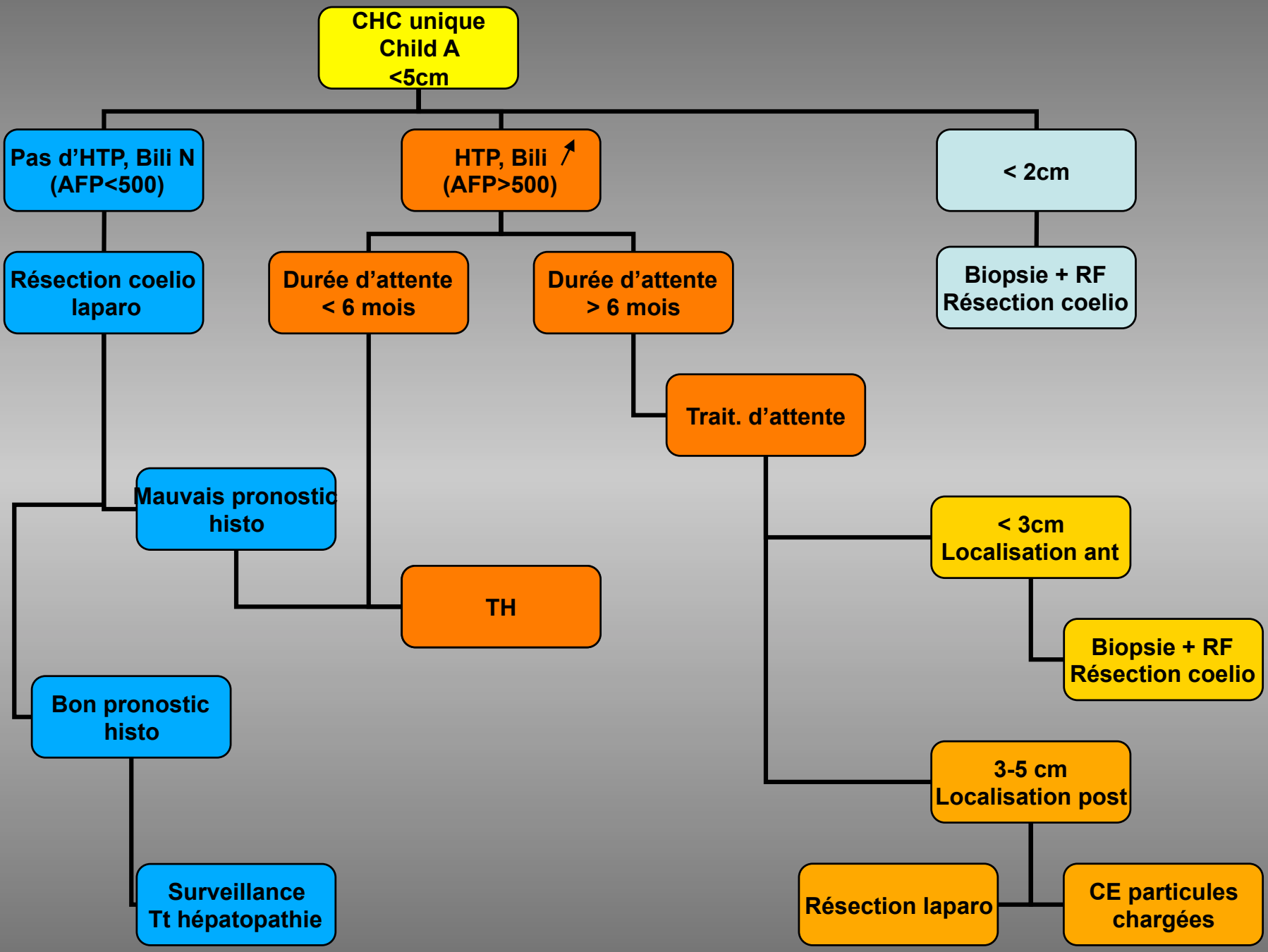
- **TH de principe**
    - **Si mauvais pronostic histo dans Milan**  
**(Si bon pronostic histo hors Milan)**
  - **TH de sauvetage**
    - **si bon pronostic histo dans Milan**
- 
- **Sala et al. Liver transplant 2004;10:1294-1300.**
  - **Scatton et al. Liver Transplantation; 2008:779-88.**

# Résection vs Radiofréquence

- **En compétition pour traitement petit CHC unique**
- **Localisation tumorale**
- **Tendance à avantage résection si tumeur > 3 cm**
- **Si traitement d'attente : préférer résection pour pronostic histo et choix ultérieur**

# CHC unique, Child A, opérable et transplantable

- **Traitement non TH :**
  - Pas d'HTP, bili N, AFP N
  - Résection anatomique (coelio-laparo selon localisation)
  - Analyse histo pour envisager TH si mauvais pronostic
- **Traitement d'attente avant TH**
  - Si durée d'attente > 6 mois
  - T < 3 cm, localisation antérieure : Biopsie + RF ou résection coelio anatomique
  - T entre 3 et 5 cm ou postérieure : résection laparo, CE particules chargées ?
- **TH de principe**
  - Si mauvais pronostic histo, si virus B ?
- **TH de sauvetage**
  - si bon pronostic histo



**CHC unique  
Child A  
<5cm**

**Pas d'HTP, Bili N  
(AFP<500)**

**HTP, Bili ↑  
(AFP>500)**

**< 2cm**

**Résection coelio  
laparo**

**Durée d'attente  
< 6 mois**

**Durée d'attente  
> 6 mois**

**Biopsie + RF  
Résection coelio**

**Mauvais pronostic  
histo**

**Trait. d'attente**

**TH**

**< 3cm  
Localisation ant**

**Bon pronostic  
histo**

**Biopsie + RF  
Résection coelio**

**Surveillance  
Tt hépatopathie**

**3-5 cm  
Localisation post**

**Résection laparo**

**CE particules  
chargées**