



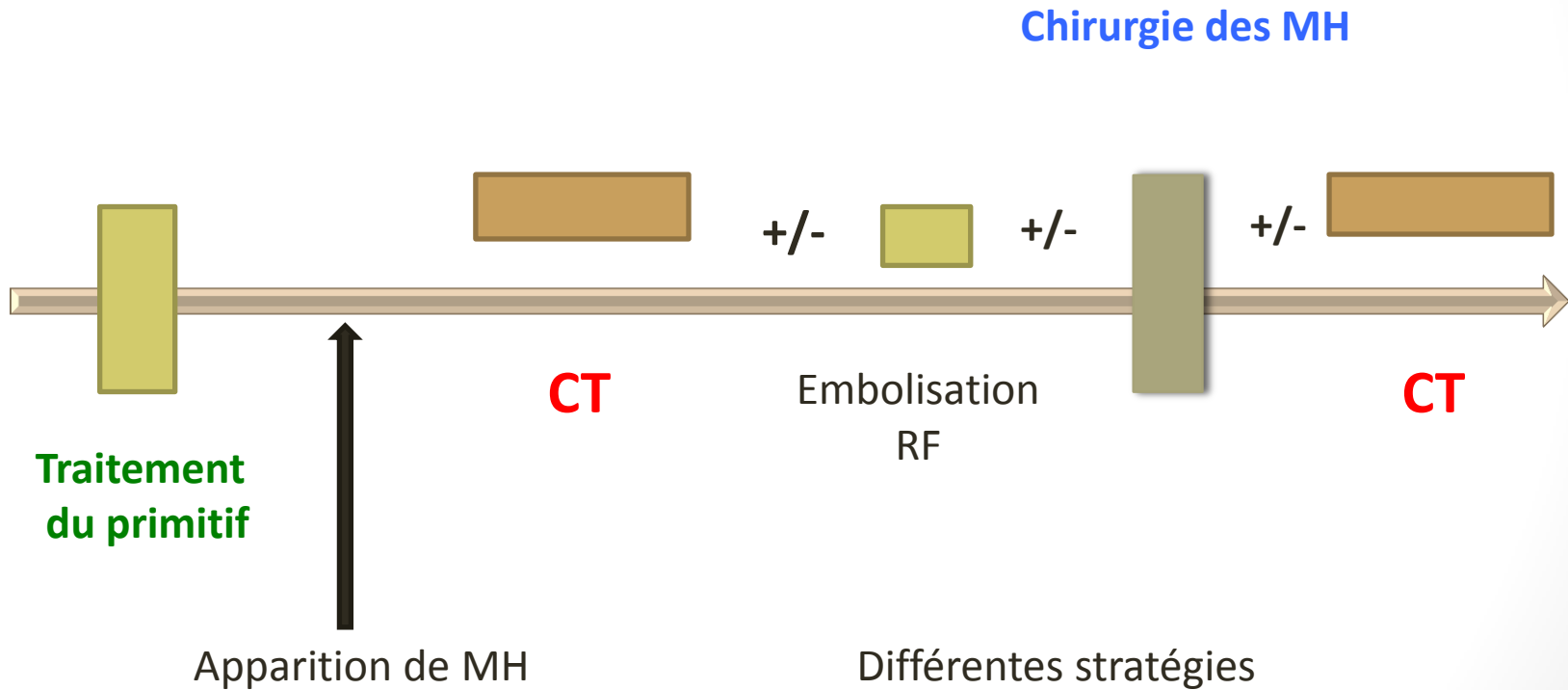
Stratégie Thérapeutique des métastases hépatiques résécables des cancers colo-rectaux

Dr Philippe KOSYDAR- chirurgie Digestive
SEL des Drs BRIEZ et KOSYDAR
Polyclinique du Bois
Oncomel

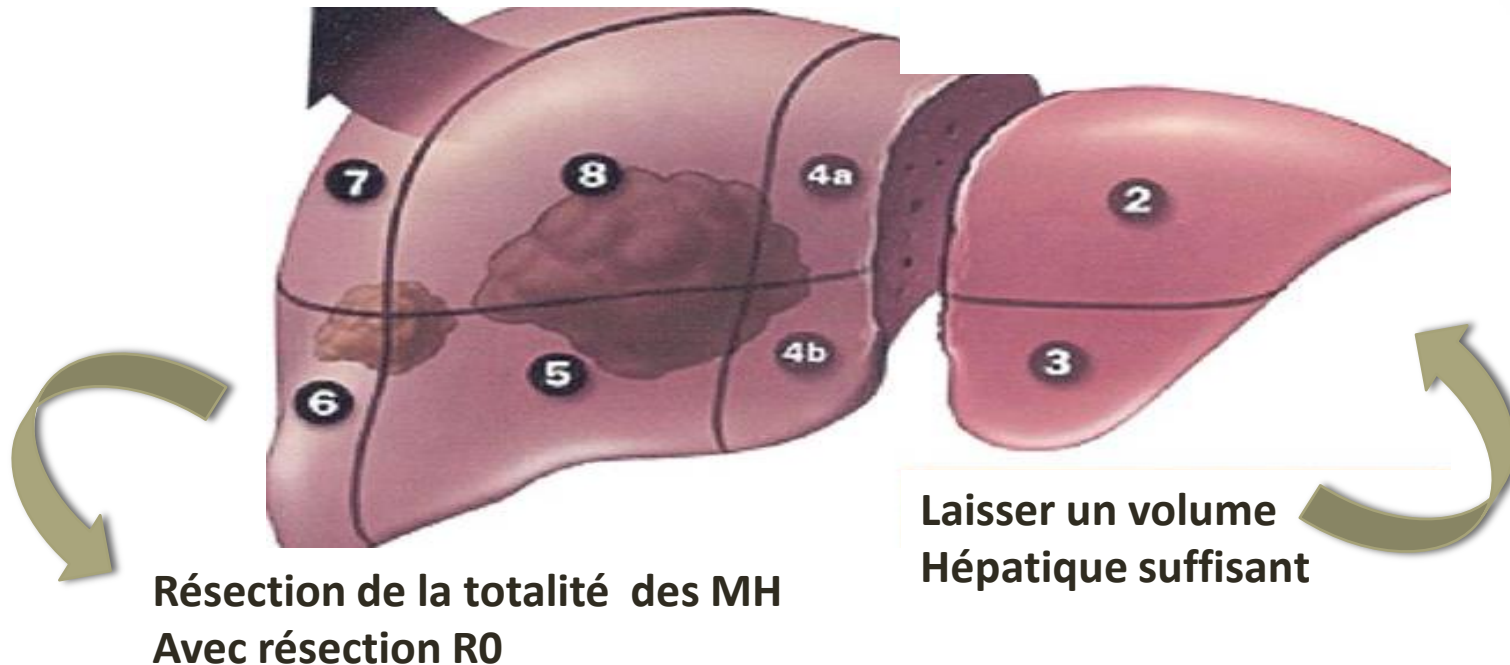
Introduction

- Foie : site métastatique le plus fréquent des CCR
 - 20% de MH synchrones
 - 25% de MH métachrones
- MH : seulement 20% opérables d'emblée (10-20% op après CT)
- Chirurgie : seul traitement à visée curative (40% de survie à 5 ans)
- Environ 20% de MH non opérables pourront bénéficier d'une résection après traitement néoadjuvant
- Nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire

Histoire de la maladie



Principes de la Chirurgie des MHCCR



Absence de localisation extra hépatique non résécable

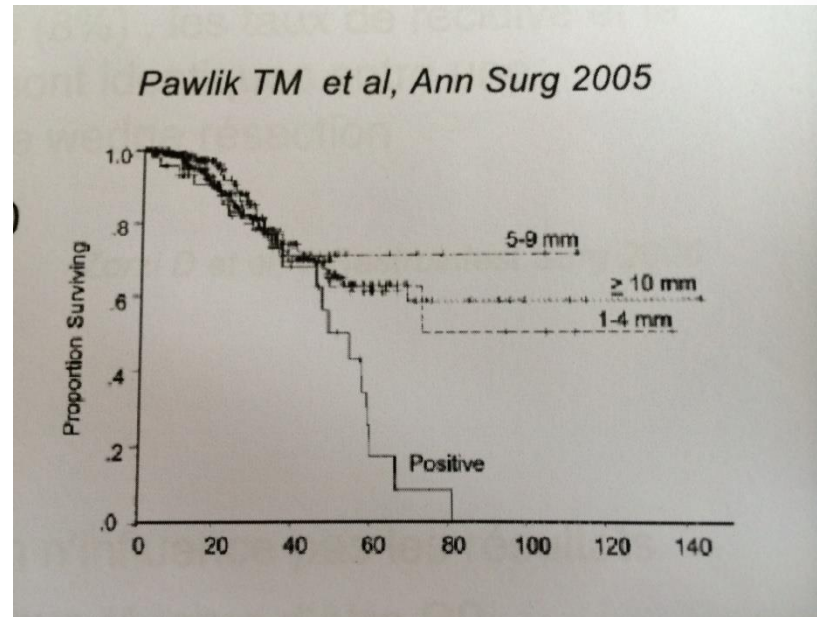
Le nombre de métastases n'est pas en soi un facteur limitant

Taille, nombre et topographie des MH conditionnent le type de chirurgie

Marge de sécurité R0

- Une marge de sécurité de foie sain $5\text{mm} > R0 > 1\text{cm}$

- Taux de récurrence $R1 \gg R0$

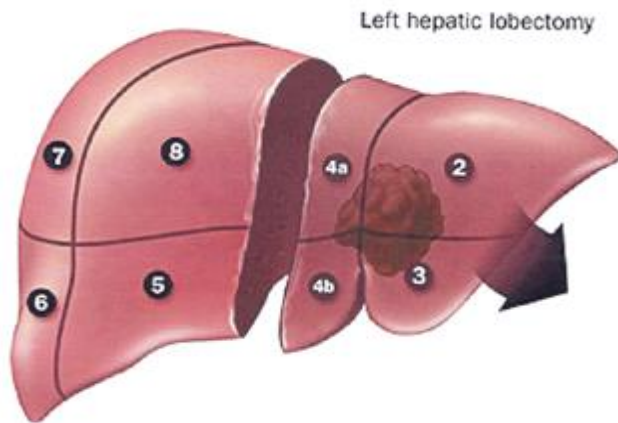


Une marge $< 1\text{cm}$ ne doit pas être utilisé comme un critère d'exclusion pour la résection des MHCCR

Le Type d'hépatectomie

- Les de marge positive (8%), les taux de récurrence et la survie à 5 ans (61 vs 6à%) sont identiques entre une résection anatomique et une wedge résection.

A
B
C
D
E
F



L'étendue de la résection n'influence pas les résultats carcinologiques sous réserves d'être R0

MHCCR

```
graph TD; MHCCR[MHCCR] --> MH1[MH classe I]; MHCCR --> MH2[MH classe II]; MHCCR --> MH3[MH non résécables]; MH1 --> P1[Hépatectomie classique<br/>Pas plus de 4 segments<br/>40% de parenchyme résiduel]; MH2 --> P2[Hépatectomie complexe ou très large (>4 segments); requérant une procédure difficile<br/>( ex: hépatectomie centrale sous exclusion vasculaire ; hépatectomie droite élargie ;<br/>reconstruction vasculaire.]; MH3 --> P3[Espoir downstaging ?];
```

MH classe I

Hépatectomie classique
Pas plus de 4 segments
40% de parenchyme résiduel

MH classe II

Hépatectomie complexe ou très large (>4 segments); requérant une procédure difficile
(ex: hépatectomie centrale sous exclusion vasculaire ; hépatectomie droite élargie ;
reconstruction vasculaire.

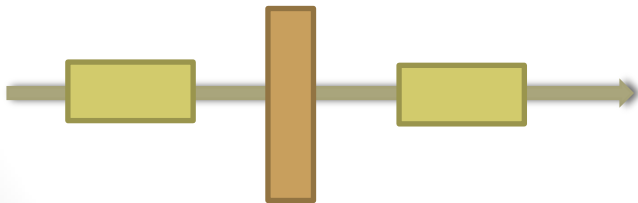
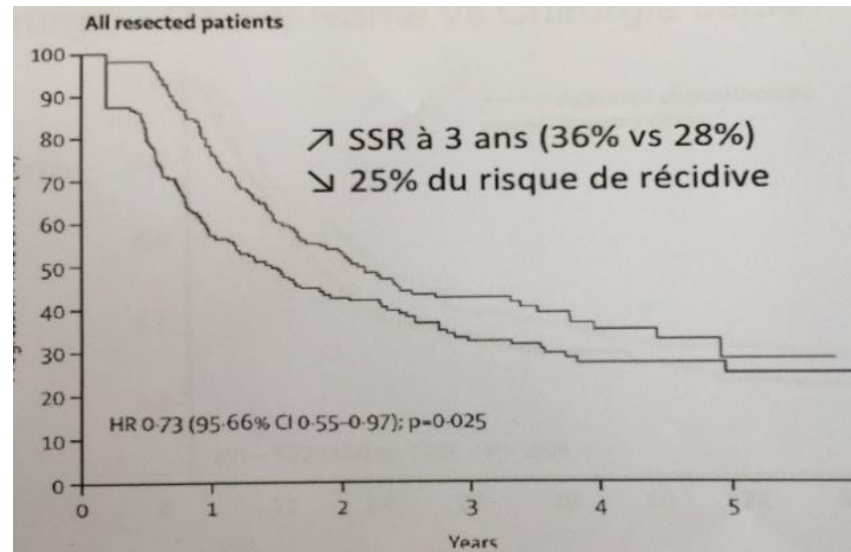
MH non résécables

Espoir downstaging ?

MHCCR classe I



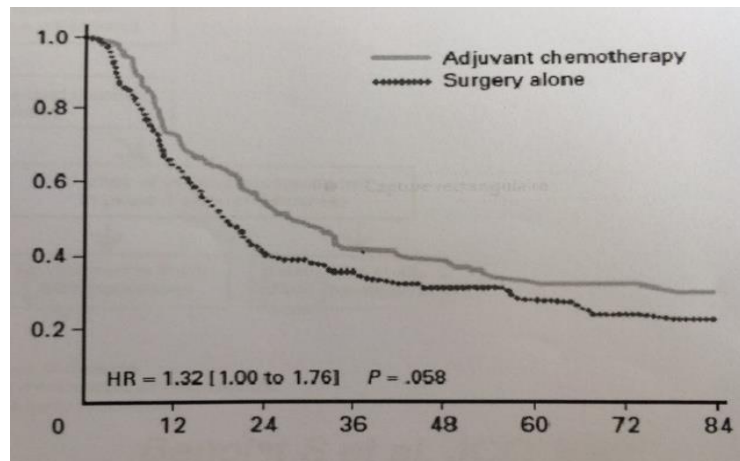
Chirurgie seule vs
6xFOLFOX - chirurgie - 6xFOLFOX



FOLFOX péri-opératoire = référentiel

Patient n'ayant pas reçu de chimiothérapie néo-adjuvante

Chirurgie + CT adjuvante VS Chirurgie seule

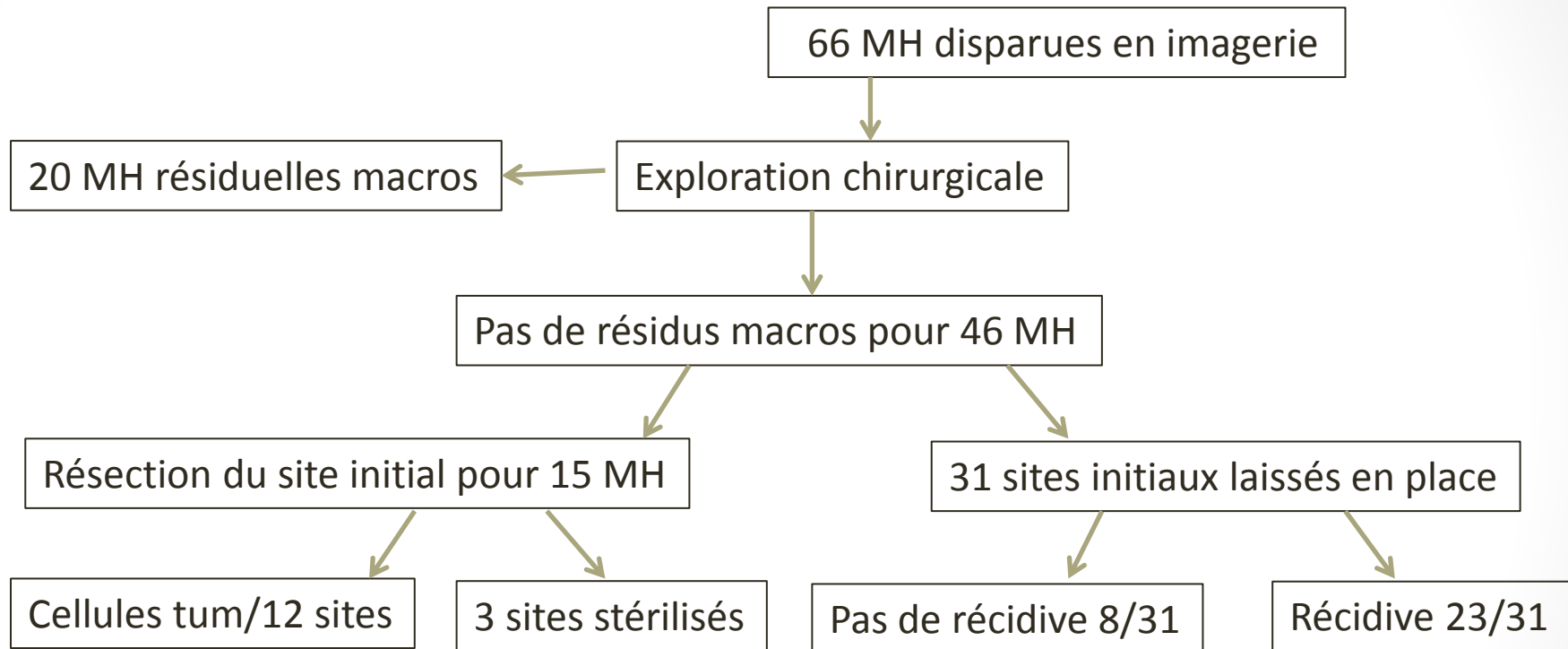


- Avantage NS pour la CT adjuvante
- Mais facteur indépendant de bon pronostic

CT adjuvante (5FU) 6 mois recommandée

Que faire en cas de disparition en imagerie des MH après CT ?

Réponse radiologique $\neq$ Réponse complète histologique (<20%)

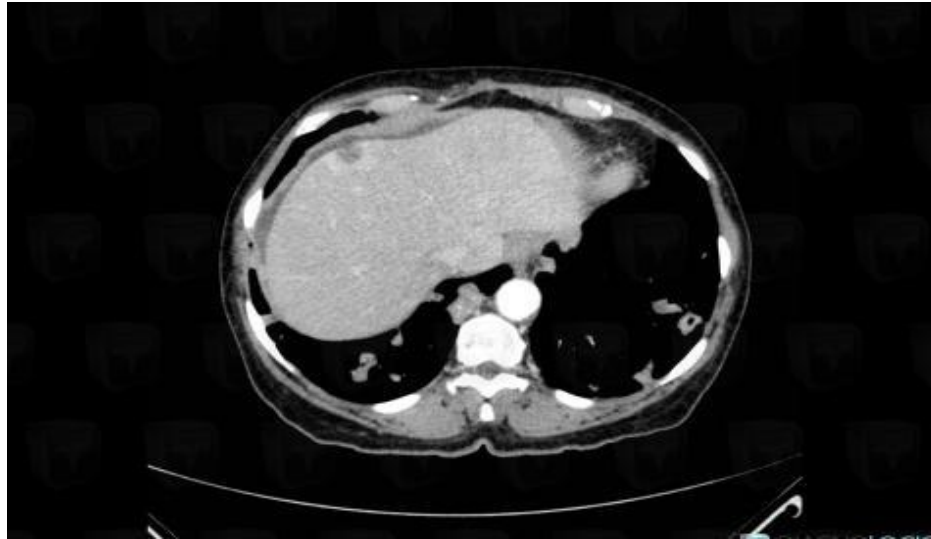


Pour 83% des MH : persistance macro/micro ou récurrence précoce

Pour 17% des MH : stérilisation définitive

Résection des sites initiaux des MH si disparition après CT

MH infra centimétriques



Risque de disparition des MH sous CT :

- risque d'hépatectomie trop large
- risque de R1

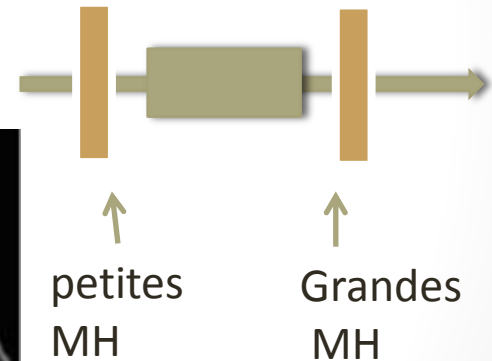
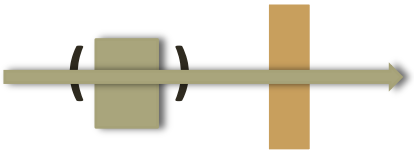
Résection d'emblée sans CT pré-op recommandée

MH infra centimétriques

Chirurgie d'emblée ou
après CT courte 2-3cures

Chirurgie en 2 temps

Repérage des MH par clips

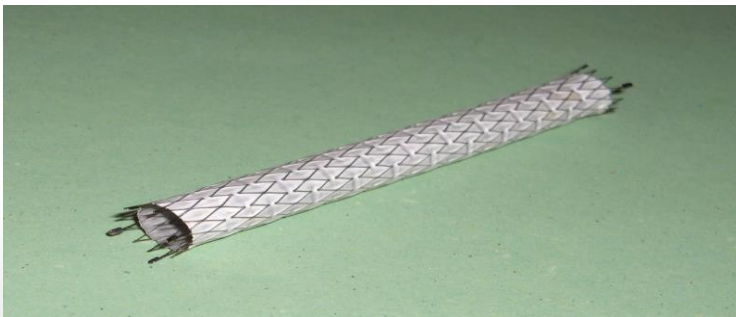


MH synchrones résécables

- **Si le primitif est symptomatique :**

Chirurgie en 2 temps

- chirurgie du K primitif
- CT puis réévaluation
- chirurgie des MH



L'endoprothèse colique conserve certaines indications

MH synchrones résécables

- Si le primitif est asymptomatique :

CT pré opératoire par FOLFOX

- Chirurgie en 2 temps : K primitif puis MH



- Chirurgie en 1 temps : K primitif + MH



Si MH d'accès facile avec exérèse mineure

Si nécessité d'une hépatectomie majeure ?



Le risque est de laisser un volume de foie fonctionnellement insuffisant

« Small for size syndrome » si < 20% de foie sain; < 30% si stéatose; < 40% si cirrhose

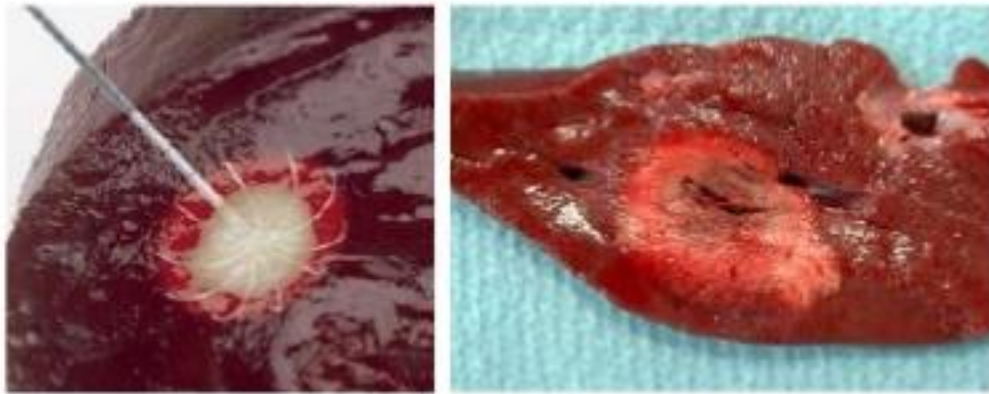
Moyen : Embolisation Portale pré opératoire

But : Hypertrophier le foie restant

Enjeu : résécabilité R0 avec un volume de foie restant suffisant

Si nécessité d'une hépatectomie majeure ?

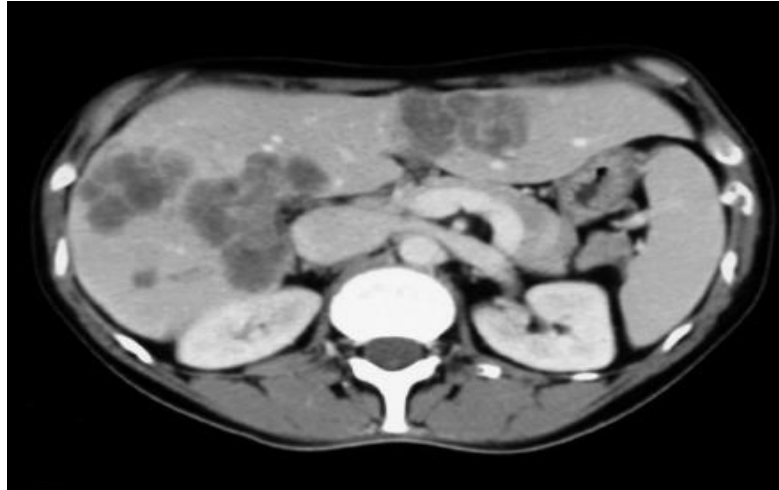
La **Radio Fréquence** est également une option



- Préparation ou aide à la chirurgie en 2 temps
- Récidives limitées après hépatectomie

Pour des lésions < 3 cm et à plus de 1 cm des voies biliaires

MH bilatérales multiples



Chirurgie en 2 temps

OS à 3 ans = 86 %

Morbi mortalité comparable

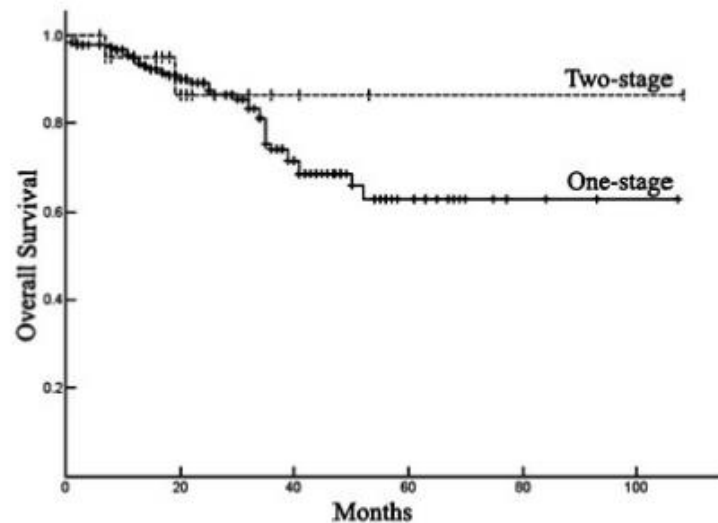


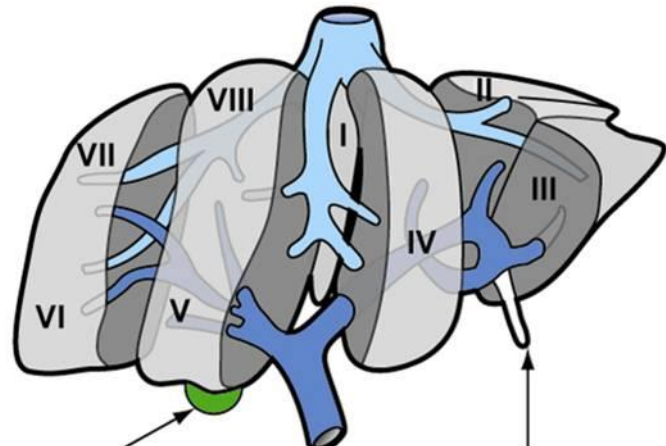
Figure 2 Overall survival in 205 patients after one- and two-stage hepatectomy.

Hépatectomie en 2 temps :

Cas clinique :

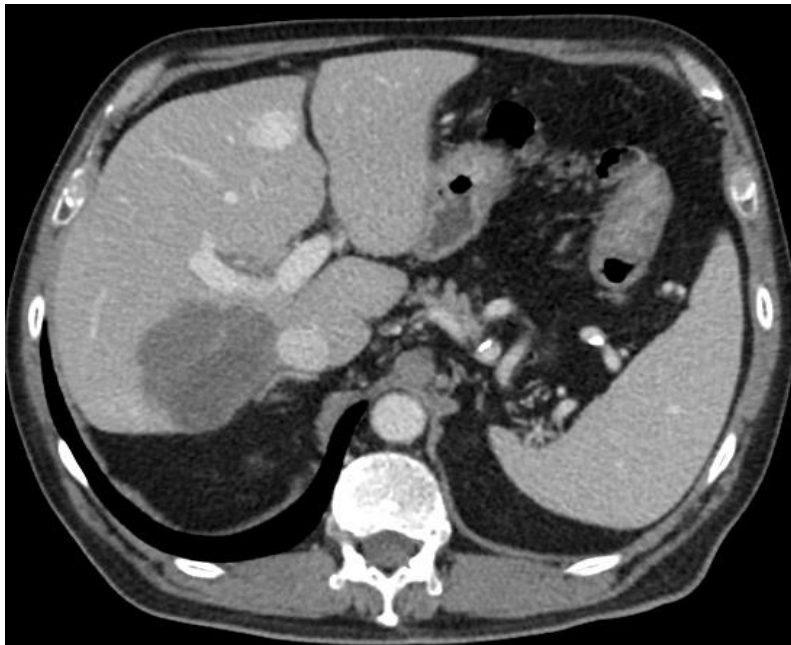
Mr B. 69 ans + AEG + foie sain

ADK colon gauche et MH synchrones bilatérales non résécables



Hépatectomie en 2 temps :

Après 7 cures de CT : Down staging



Diminution du volume des lésions de 30 à 40 %

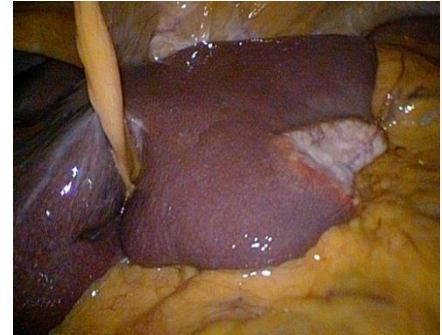
Hépatectomie en 2 temps :

1^{er} temps chirurgical : hépatectomie droite + colectomie gauche



Hépatectomie en 2 temps :

2^e temps chirurgical : Lobectomie Gauche



Après 4 semaines pour permettre l'hypertrophie du foie qui restera

Après calcul volumétrique : $\text{volume foie restant} / \text{poids patient}$ (min 0,5)



MH à la limite de la résécabilité

- Le plus **rapidement** possible
- CT d'induction mais **pas de standard**
- Durée optimale de **3 à 4 mois**

Protocoles	Taux de réponse (%)	
FOLFOXIRI ou FOLFIRINOX	60-70%	<i>grade B</i>
FOLFOX + Cetuximab	60-70%	<i>grade</i>
FOLFIRI + Cetuximab	60-70%	<i>grade</i>
FOLFOX + Panitumumab	57%	<i>grade C</i>
FOLFOX + Bevacizumab	45-80%	<i>grade</i>
FOLFIRI + Bevacizumab	40-80%	<i>grade</i>

C

→ CT « d'induction » par tri CT ou bi CT + thérapie ciblée

Quel traitement post opératoire ?

Poursuite de la CT d'induction ayant permis la résécabilité
Total de 6 mois péri-opératoire

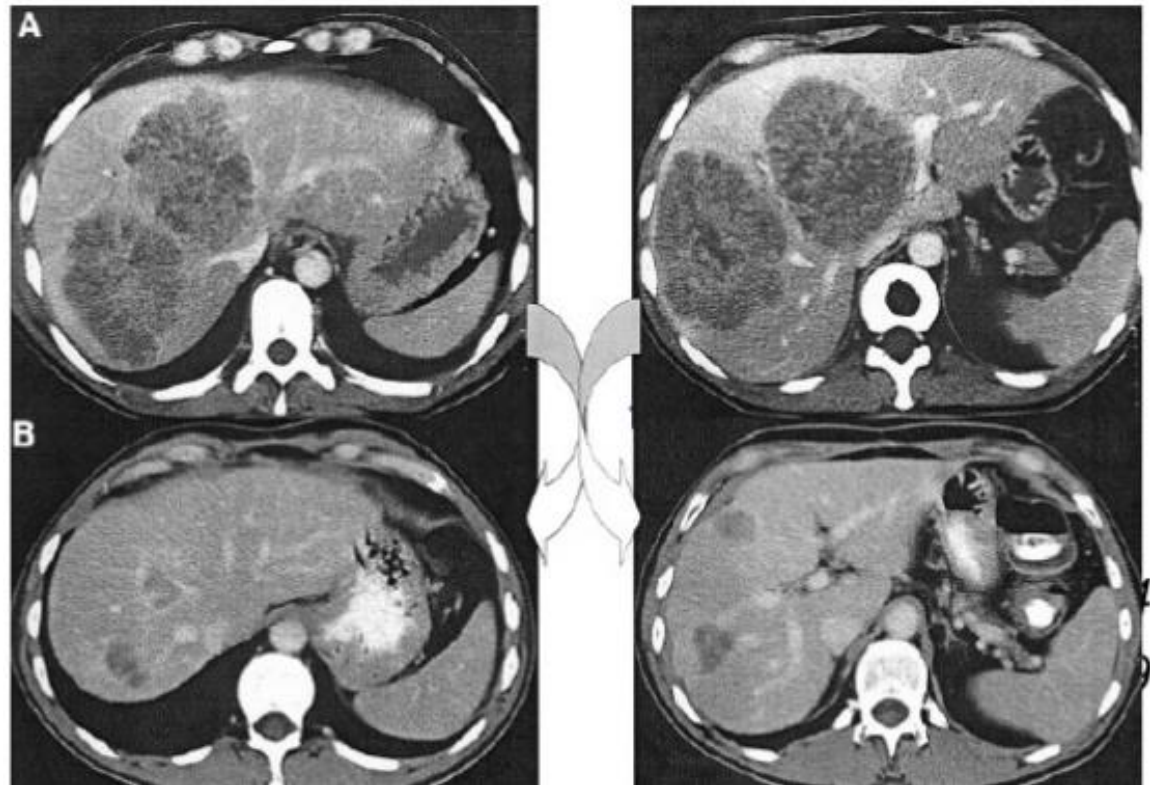
Si pas de CT pré opératoire : LV5FU2 ou FOLFOX
post opératoire pendant 6 mois

MH non résécables d'emblée : Intérêt de la CT

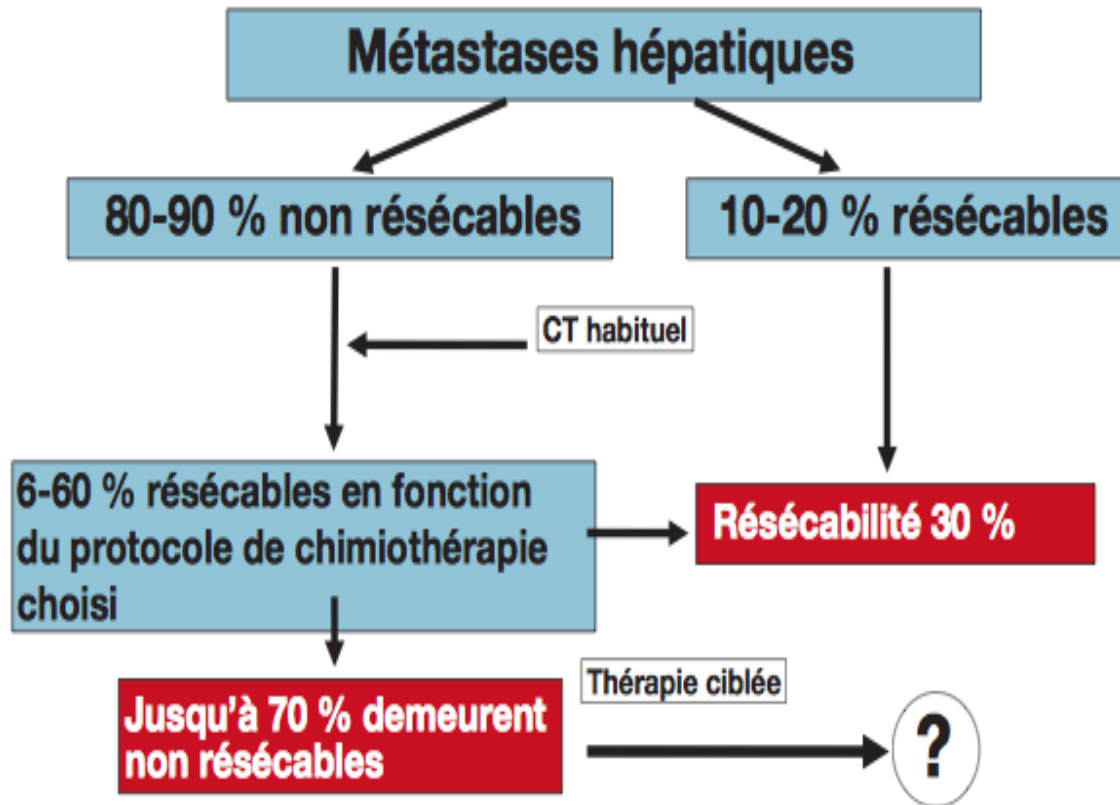
Intérêt d'une CT
d'induction

Downstaging

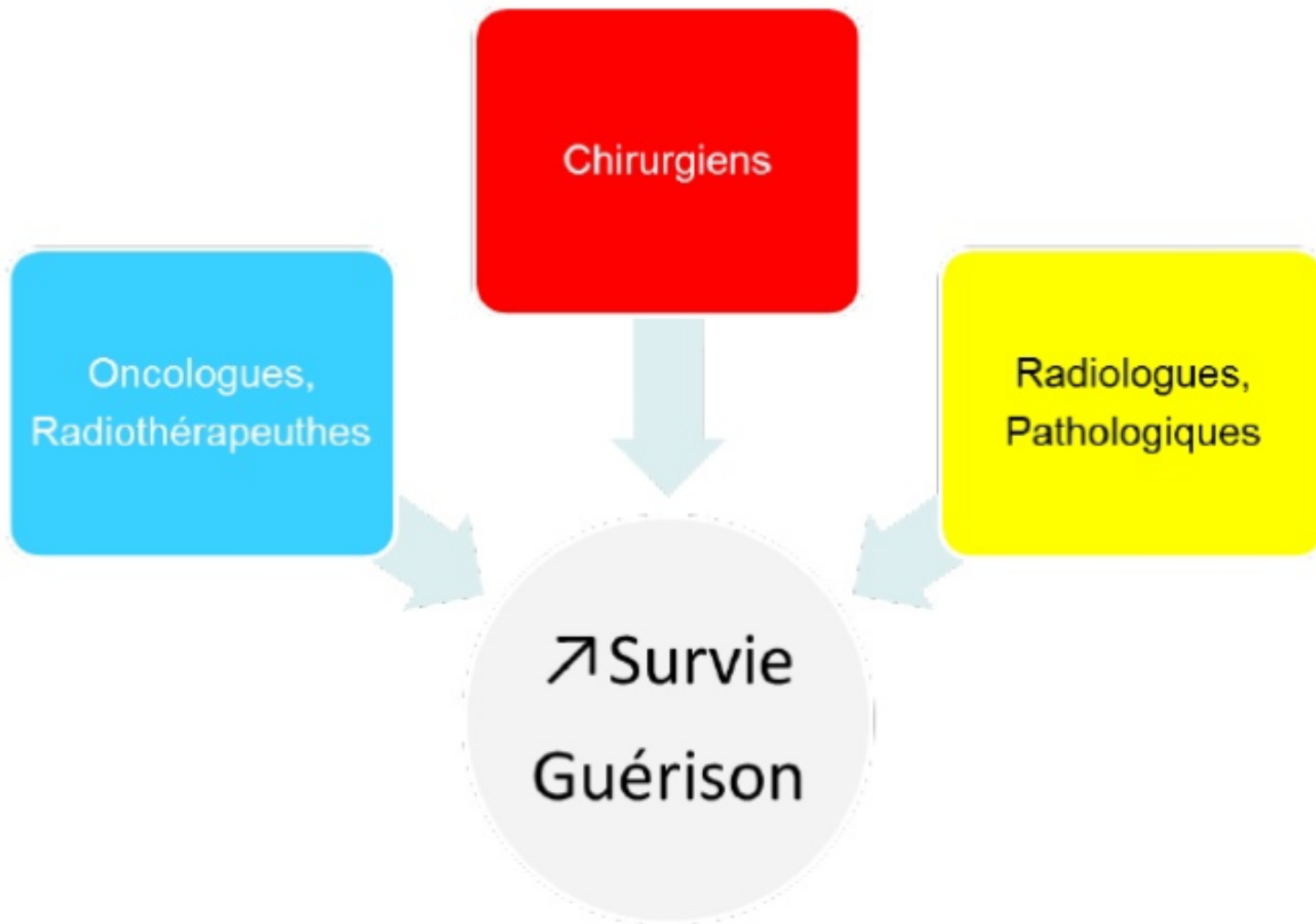
Les thérapies ciblées
permettent d'augmenter le
taux de réponse tumorale
avec un bénéfice significatif
en termes de résécabilité
secondaire pour le
cetuximab (Kras -)



MH non résécables d'emblée : Intérêt de la CT



RCP



CONCLUSION

- Cancer Digestif pour lequel la guérison est possible
- Le traitement de MHCCR a totalement modifié le pronostic
- But : Traitement Chirurgical maximum
- Importance des RCP