



# Les Dissections de l'ACHBT

2019-07

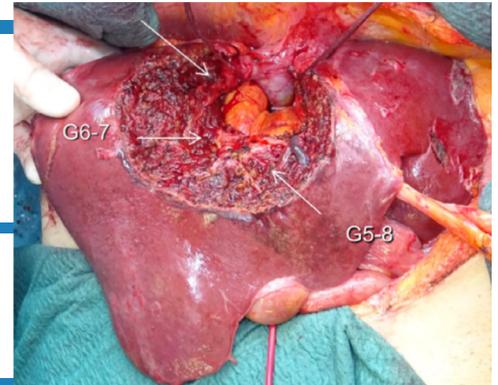


**Pierre Peyrafort**  
**Dr Louise Barbier**

Service de chirurgie digestive, oncologique, endocrinienne et transplantation hépatique  
CHU TROUSSEAU, Tours

## Is R1 vascular hepatectomy for hepatocellular carcinoma oncologically adequate? Analysis of 327 consecutive patients

**Auteurs :** M. Donadon, A. Terrone, F. Procopio, M. Cimino, A. Palmisano, L. Viganò, D. Del Fabbro, L. Di Tommaso, G. Torzilli  
**Journal :** Surgery  
**Impact factor :** 3. 6



**Type :** Article original. Etude rétrospective monocentrique.

**Originalité :**

**Domaine :** Carcinome Hépatocellulaire. Chirurgie. Cancérologie

Les auteurs se sont intéressés aux résultats des résections R1 pour carcinome hépato-cellulaire (CHC) chez 327 patients avec 532 tumeurs et 448 résections sur la récurrence locale et la survie. La résection R0 était définie comme une marge minimale de 1 mm, et les marges R1 étaient séparées en 3 catégories : R1 vasculaire (tumeur détachée d'un vaisseau), R1 parenchymateuse, et R1 mixte vasculaire + parenchymateuse. La décision de détacher un nodule de CHC d'un vaisseau était confirmée en per-opératoire par l'utilisation de l'échographie.

Les auteurs ont retrouvé 63% de R0, 17% de R1 parenchymateuse, 15% de R1 vasculaire, et 5% de R1 mixte. La récurrence locale était de 3% pour les résections R0, 4% pour les résections R1 vasculaire, 14% pour les résections R1 parenchymateuses et 19% pour les résections R1 mixte. La récurrence locale et la survie globale des patients étaient impactées par la présence d'une marge R1 parenchymateuse ou mixte, mais pas par la présence d'une marge R1 vasculaire en analyse uni et multivariée.

Les auteurs concluent que l'approche avec une résection de type R1, à condition que cette dernière soit de type « vasculaire », semble pertinente dans une perspective de sécurité carcinologique.

L'évolution de la chirurgie hépatique pour métastases hépatiques d'origine colo-rectale a vu apparaître au cours des 15 dernières années le concept d'épargne parenchymateuse (Matsumara, ASO 2016), favorisant la chirurgie itérative en cas de récurrence, avec une diminution de la marge de résection nécessaire. Certains auteurs n'opposent plus la marge prévisible R1 comme une contre-indication à la chirurgie (de Haas, Ann Surg, 2008).

Dans la chirurgie du CHC, la résection anatomique du territoire portal est préférée mais n'est pas toujours possible en raison de l'hépatopathie sous-jacente : il est alors préférable d'avoir une marge minimale de 1 cm pour diminuer le risque de récurrence (Tsilimigras, J Gastrointest Surg 2019). L'équipe de Torzilli et al. s'est intéressée aux différents types de marges R1 (R1 parenchymateux ou R1 vasculaire, résultant du détachement de la tumeur d'un vaisseau), tout d'abord dans les métastases colo-rectales (Vigano, ASO 2016) puis dans le CHC dans ce papier. Pour ces deux types de lésions, les auteurs concluent qu'une marge R1 vasculaire est possible, mais que la marge R1 parenchymateuse augmente le risque de récurrence. Dans la chirurgie du CHC, il s'agit d'une donnée importante car des hépatectomies majeures rendues nécessaires par la résection d'un vaisseau ne sont pas toujours possibles sur le plan de la fonction hépatique du futur foie restant, alors que la chirurgie reste le seul traitement curatif. D'autres auteurs (Lim, HPB 2019) ont également démontré qu'une chirurgie de résection R1 ou avec des marges <10 mm n'altérerait pas la stratégie de transplantation hépatique de sauvetage.

L'équipe de Torzilli est connue pour son utilisation de l'échographie per-opératoire. Les auteurs précisent que leur décision de conserver un vaisseau était basée sur son aspect échographique. Il serait intéressant de savoir si cette stratégie est transposable dans d'autres services n'ayant pas la même expertise de l'échographie, en se basant notamment plus sur l'imagerie en coupes pré-opératoire.

### Qualités et Défauts :

+ : Analogie avec la stratégie métastatique, effectif important

- : Rétrospectif / Unicentrique, Echographie per-opératoire non codifiée

-De Haas R, Wicherts D, Flores E, et al. R1 Resection by Necessity for Colorectal Liver Metastases. Annals of Surgery 2008;248(4):626-37.

-Field WBS, Rostas JW, Philips P, Scoet al. Wide versus narrow margins after partial hepatectomy for hepatocellular carcinoma: Balancing recurrence risk and liver function. The American Journal of Surgery 2017;214(2):273-7.

-Lim C, Salloum C, Lahat E, et al. Impact of narrow margin and R1 resection for hepatocellular carcinoma on the salvage liver transplantation strategy. An intention-to-treat analysis. HPB (Oxford). 2019 (epub ahead of print)

-Matsumara M, mise Y, Saiura A, et al. Parenchymal-Sparing Hepatectomy Does Not Increase Intrahepatic Recurrence in Patients with Advanced Colorectal Liver Metastases. Ann Surg Oncol. 2016 Oct;23(11):3718-3726.

-Tsilimigras DI, Sahara K, Moris D, et al. Effect of surgical margin width on patterns of recurrence among patients undergoing R0 hepatectomy for T1 hepatocellular carcinoma: an international multi-institutional study. J Gastrointest Surg 2019 (epub ahead of print)

-Vigano L, Procopio F, Cimino MM, et al. Is Tumor Detachment from Vascular Structures Equivalent to R0 Resection in Surgery for Colorectal Liver Metastases? An Observational Cohort. Ann Surg Oncol. 2016 Apr;23(4):1352-60.

Rédacteurs

Références

Description

Points essentiels

Commentaires

A lire