

HEPATECTOMIE POUR TUMEUR : REFLEXIONS A PROPOS D'UNE SERIE DE 18 CAS

KELI E, CASANELLI J.M, BAKARY M, BLEGOLE O, YAPO P, N'GUESSAN H.A
Service de Chirurgie Générale, Digestive et Endocrinienne
Professeur N'GUESSAN Alexandre CHU de Treichville Abidjan

RESUME

But : Définir le profil clinique des patients ayant subi une exérèse hépatique

Méthode : Analyse retrospective des dossiers des malades opérés de 1977 à 2002 portant sur les données clinico-épidémiologiques (nombre, sexe, âge, indication opératoire), les données pathologiques (type, taille, localisation) et données chirurgicales (gestes, suites opératoires).

Résultats : Il s'agit d'une série de 18 observations avec 9 hommes et 9 femmes dont l'âge était compris entre 28 et 68 ans (moyenne = 45,3 ans).

L'indication opératoire était variable : tumeur hépatique (n = 9), cancer gastrique (n = 4), laparotomie exploratrice (n = 3), cancer de l'œsophage (n = 1) et cancer de la vésicule biliaire (n = 1). Les données pathologiques montraient des lésions de nature variable : CHC (n = 10) associé à une cirrhose macronodulaire (n = 8), adénocarcinome gastrique (n = 3), hémangiome (n = 3), leiomyosarcome gastrique (n = 1), carcinome épidermoïde de l'œsophage (n = 1), adénome (n = 1), nodule de steatose (n = 1) ; de taille variant de 6 à 15 cm et enfin une localisation variable : foie gauche (n = 9), foie droit (n = 7) et intermédiaire (n = 2).

Les données chirurgicales, concernant la voie d'abord celle-ci était bi-sous-costale (n = 10) et médiane (n = 8) ; les gestes sur le foie étaient variables : tumorectomie (n = 5), hépatectomie droite (n = 4), hépatectomie gauche (n = 4), segmentectomie (n = 3), bisegmentectomie (n = 2). Les gestes associés étaient : gastrectomie (n = 6), oesophagectomie (n = 1), hystérectomie (n = 1), colectomie (n = 1), cholécystectomie (n = 1), résection partielle du muscle grand droit (n = 1).

On note des décès postopératoires (n = 4) liés à l'insuffisance hépatique.

Conclusion : Il s'agit d'une série jeune caractérisée par des indications d'hépatectomie hétérogène dominée par le CHC sur cirrhose. La chirurgie réalisée est lourde : hépatectomie majeure et interventions associées, comme en témoigne la mortalité opératoire élevée.

MOTS CLES : Chirurgie hépatique, hépatectomie.

INTRODUCTION

Dans la tradition de notre service, la pratique de la chirurgie hépatique a longtemps été dominée par le traitement de l'abcès amibien du foie (6), les résections hépatiques étaient rares, la cirrhose sous-jacente des cancers primitifs du foie a longtemps influencé la sélection des malades dans les services de médecine et leur caractère habituellement massif avait fini par donner à l'organe la réputation d'un « no man's land » chirurgical. L'avènement de l'échographie et du scanner a profondément modifié cette opinion, mais c'est surtout l'essor de la chirurgie hépatique au cours de ces 15 dernières années en France qui a contribué à rehausser de façon globale l'incidence des cas opérables, la pathologie tumorale du foie a élargi l'éventail de nos indications opératoires, suscitant au sein de notre équipe un intérêt de plus en plus croissant. Le but de cette étude est donc de définir le profil clinique des patients qui dans notre modeste expérience ont fait l'objet d'une exérèse hépatique.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons revu de façon rétrospective les dossiers de tous les patients qui avaient subi une exérèse hépatique pour tumeur de 1977 à 2002. Nous avons ainsi analysé les données clinico-épidémiologiques des opérés portant sur le nombre, le sexe, l'âge et l'indication opératoire : les données pathologiques concernant la tumeur que sont : le type, la taille, la localisation sur le foie et les données chirurgicales prenant en compte les gestes réalisés et les suites opératoires. La définition des différents gestes sur le foie a été inspirée de la nomenclature de Couinaud telle que rapportée par Bismuth (4) qui permet de distinguer résections typiques comportant : la segmentectomie qui correspond à l'exérèse d'un segment, la bisegmentectomie ou exérèse de deux segments, l'hépatectomie droite

intéressant l'exérèse des segments V, VI, VII et VIII. L'hépatectomie gauche étant la résection emportant les segments II, III et IV. La « wedge résection » étant une résection atypique périphérique de taille inférieure à celle d'un segment et qui correspond également à une tumorectomie. La mortalité opératoire est définie comme tout décès survenant dans le mois ou les 30 jours suivant l'intervention chirurgicale.

RESULTATS

Données épidémiologiques

Nous avons ainsi colligé 18 dossiers, il s'agissait de neuf sujets de sexe masculin et de neuf sujets de sexe féminin dont l'âge variait entre 28 et 68 ans soit une moyenne de 45,3 ans. La décision d'intervention avait été prise pour tumeur hépatique dans 9 cas, pour cancer gastrique chez quatre opérés, au cours d'une laparotomie exploratrice dans trois cas, enfin lors d'une laparotomie pour un cancer de l'œsophage et un cancer de la vésicule biliaire dans un cas chacun. Le détail des observations est rapporté au tableau I.

Tableau I : Données clinico-épidémiologiques

N°	Sexe	Age	Biologie	Imagerie	Indication
1	F	50 ans		Echo	Masse hépat. dou.
2	M	38 ans		Echo	Tumeur épigas.
3	M			Echo-TDM	Méta. K oesoph.
4	M	37 ans		Echo	Extension K gast.
5	F	39 ans		Echo-TDM	Masse gépat. dou.
6	M	48 ans		Echo-TDM	Méta. K gast.
7	M	31 ans	AFP – Child B9	Echo-TDM	CHC
8	F	64 ans		Echo	K gast. + tumeur bén.
9	F	39 ans		Echo-TDM	Masse hépat. dou.
10	F	57 ans		Echo	K gast. + tumeur bén.
11	F	48 ans		Echo-TDM	Extension K vési.

					bil.
12	M	48 ans	Child B8	Echo-TDM	CHC
13	F	28 ans		Echo	K ovarien + tumeur bén
14	M	68 ans	AFP-Child B7	Echo-TDM	CHC
15	F	61 ans	AFP-Child B8	Echo-TDM	CHC
16	F	60 ans	Child B9	Echo	Hémopéritoine
17	M	49 ans	AFP-Child B9	Echo-TDM	CHC
18	M	66 ans	Child A5	Echo-TDM	CHC

Données pathologiques

Concernant la lésion hépatique, il s'agissait d'une tumeur maligne primitive chez huit opérés, carcinome hépatocellulaire (CHC) développé sur cirrhose de type macronodulaire dans six cas et sur foie sain dans deux cas. Chez trois patients l'exérèse hépatique avait été motivée par l'extension d'un cancer gastrique : envahissement par contiguité d'un adénocarcinome chez deux patients et métastase hépatique d'un léiomyosarcome chez un opéré. Un patient était porteur d'un adénocarcinome de la vésicule biliaire et un autre d'un carcinome épidermoïde de l'œsophage. Enfin cinq patients étaient porteurs de tumeurs bénignes, un hémangiome dans trois cas, un adénome chez une patiente et un nodule stéatosique chez un cirrhotique.

Quant à la taille des lésions elle variait pour les tumeurs malignes de 7 à 15 cm soit une moyenne de 10 cm et pour les tumeurs bénignes de 6 à 15 cm soit un diamètre moyen de 12 cm. Le siège de la lésion était sur le foie gauche chez neuf opérés, sur le foie droit chez sept autres, intermédiaire dans un cas et non précisé dans un autre. Cette localisation était unisegmentaire dans neuf cas et plurisegmentaire dans les neuf autres cas.

Données chirurgicales

La voie d'abord utilisée était une voie bi-sous-costale dans 10 cas et une voie médiane sus et sous-ombilicale dans huit cas.

Les différents gestes réalisés étaient une segmentectomie dans trois cas, une bisegmentectomie dans deux cas dont une lobectomie gauche, une hépatectomie droite chez quatre sujets, une hépatectomie gauche dans quatre cas et cinq wedge resection. Il s'agissait ainsi d'une hépatectomie majeure chez huit opérés.

Les gestes associés étaient une gastrectomie partielle distale dans cinq cas et une gastrectomie totale dans un cas, une oesophagectomie subtotalaire, une hystérectomie totale, une cholécystectomie associée à une colectomie transverse et une résection partielle du grand droit dans un cas chacun soit un acte de chirurgie lourde dans 16 cas. On note quatre décès post-opératoires par insuffisance hépatique soit une mortalité opératoire de 22% pour l'ensemble de la série et de 50% pour les CHC sur cirrhose. Ces différentes données sont rapportées dans le tableau II.

Tableau II : Données pathologiques et chirurgicales

Obs	Tumeur	Taille	Siège	Geste	Autres gestes	Survie
1	Nodule de stéatose	15 cm	V - VI	Bisegmentectomie		?
2	CHC/cirrhose	10 cm	II - III	Hépatectomie G.	Gastrectomie P.D	2 ans
3	Méta. K. epi. Oeso.		II	Segmentectomie	Oesophagectomie	2 ans
4	ADK gastrique		III	Lobectomie G.	Gastrectomie P.D	?
5	Hémangiome	10 cm	V - VI	Hépatectomie		Vivant
6	Méta léiomyo. Gast.		II	Wedge	Gastrectomie T.	13 mois
7	CHC/cirrhose	15 cm	VII-VIII	Hépatectomie D.		3 joirs
8	ADK gastrique		V	Wedge	Gastrectomie P.D	Vivant
9	Hémangiome	6 cm	II	Wedge		Vivant
10	Hémangiome	8 cm	III	Wedge	Gastrectomie P.D	Vivant
11	ADK vésicule biliaire		V	Segmentectomie	Cholecyst.-colect.	2 ans
12	CHC		II - III - IV	Hépatectomie G.		2 ans
13	Adénome	14 cm	IV - V	Bisegmentectomie	Hystérectomie	12 mois
14	CHC/cirrhose	12 cm	II - III	Hépatectomie G.	Gastrectomie P.D	10 mois

15	CHC/cirrhose	8 cm	V	Hépatectomie D.		14 jours
16	CHC/cirrhose	7 cm	II - III	Hépatectomie G.		7 jours
17	CHC/cirrhose	7 cm	V	Hépatectomie D.		7 jours
18	CHC	4 cm	IV - V	Wedge	Exérèse Gd droit	Vivant

COMMENTAIRES

Cette série faible hétérogène marque le début pour nous d'une ère, celle d'un intérêt pour la chirurgie hépatique franchement affirmée à partir des années 90. elle se caractérise par la prévalence des tumeurs primitives dominées par le CHC de taille importante, ce qui confirme une opinion déjà bien établie concernant l'épidémiologie de ces tumeurs sous les tropiques (1) et ailleurs à travers le monde dans les services de référence où les hépatectomies pour tumeurs malignes viennent en première position (6). Trois quart des CHC soit 75% des cas sont associés à la cirrhose macronodulaire, situation qui se voit dans plus de 85% des CHC rencontrés dans les pays à forte endémicité pour les virus B et C de l'hépatite (14), à l'opposé des CHC sur foie non cirrhotique qui représentent 25% des cas comme en Occident (9). Les métastases pour adénocarcinome colique qui ont considérablement contribué à forger l'expérience des équipes occidentales sont absentes dans cette série, on estime ces tumeurs peu fréquentes en Afrique, les modalités de la surveillance post-opératoire et les moyens de leur détection, à bien des égards loin des normes internationales pourraient expliquer ce constat (13). Les tumeurs bénignes représentent 27% des opérés de la série contre 9% dans la série du Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de New-York (16). Elles sont dominées par l'hémangiome dont l'exérèse se justifie dans un cas par le risque de rupture et l'incertitude diagnostique d'une tumeur d'une tumeur centrale (obs n° 5) alors que les deux autres patients présentaient une lésion dont l'exérèse constituait un geste accessoire au cours d'une laparotomie pour une autre indication (obs n° 9 et 10).

Si le manque d'homogénéité en ce qui concerne les étiologies représente l'une des caractéristiques de cette série, elle vient à la suite d'autres travaux confirmer le rôle de la chirurgie comme la seule méthode thérapeutique à même d'influencer positivement la survie des tumeurs malignes (13).

La voie bi-sous-costale est la voie de prédilection des hépatectomies, le recours à la voie médiane dans cette série s'explique surtout par l'existence de lésions associées.

La résection réglée est la plus fréquente, elle se justifie largement pour les tumeurs malignes (3), et la concernant, le type de résection constitue une variable pronostique déterminante impliquant le respect d'une marge de sécurité de 1 cm (3, 7). Les hépatectomies majeures pour CHC qu'elles soient droites ou gauches restent largement influencées par la cirrhose sous-jacente qui obère la réserve fonctionnelle hépatique à court terme et les potentialités de régénération du parenchyme à long terme (2), nous en avons fait l'amère constat dans 4 cas.

La réalisation de la technique du clamage de Pringle intermédiaire est un artifice intéressant dans l'exécution des hépatectomies droites sur foie cirrhotique qui dans notre expérience duraient plus de 45 minutes (5). Les hépatectomies gauches ont une meilleure tolérance probablement parce qu'elles sont moins longues, ce qui explique la survie à plus de 2 ans chez un opéré, dans l'autre cas l'hémopéritoine par rupture de la tumeur, les conditions de l'urgence et l'âge élevé de la patiente étaient certainement les facteurs péjoratifs. Il convient de signaler que la rupture des CHC est un événement tout aussi rare que grave car elle ne se voit que dans à 8% des cas (8). La cholécystectomie élargie au foie est prônée pour les cancers

invasifs de la vésicule biliaire telle que nous l'avons réalisé dans un cas (17).

Nous n'avons pas eu recours à l'exclusion vasculaire totale dont l'indication n'est pas discutable pour les tumeurs en rapport avec la veine cave inférieure ou la veine sus-hépatique (14). Cependant notre série se caractérise par la prédominance des hépatectomies majeures qui représentent plus de la moitié des opérés soit 55,5% des cas, superposables à la série de Wong à Hong-Kong (8) contre 46,4% dans la série de Gracia en Italie (10).

La résection atypique périphérique également appelée « Wedge resection » réalisée dans cinq cas, ne s'avère délicate que pour les tumeurs du segment V à cause de la vésicule biliaire, et pour les tumeurs des segments postérieurs nécessitant la mobilisation du foie droit cause de torsion prolongée de la veine cave inférieure, facteur supplémentaire d'insuffisance hépatocellulaire postopératoire (8). Les tumeurs bénignes nécessitant une résection majeure posent essentiellement des difficultés de contrôle de l'hémostase en période per-opératoire, car elles se font habituellement sur parenchyme sain (12).

Cette série marque pour nous l'émergence d'un intérêt qui ne fera que s'accroître eu égard au caractère endémique des CHC sur cirrhose auxquels nous serons confrontés de façon certaine.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ADSON M.A – Primary liver cancers Western experience. In. Blumgart L.H. eds : Surgery of the liver and biliary tract. London : Churchill Livingstone 1988 : 1153-65.
2. BELGHITI J – Resection of hepatocellular carcinoma complicating cirrhosis. Br J Surg 1991 ; 78 : 257-8.
3. BELGHITI J – Traitement chirurgical du carcinome hépatocellulaire. J Chir 1999 ; 165 : 280-3.
4. BISMUTH H – Surgical anatomy and anatomical surgery of the liver. In : Blumgart L.H. eds : Surgery of the liver and biliary tract. London : Churchill Livingstone 1988 : 3-9.
5. CHICHE L – Quoi de neuf en chirurgie hépatique en l'an 2000 ? J chir 2000 ; 137 : 2.
6. CORNET L, N'GUESSAN H.A, DICK K.R, YAKPA P.E, RICHARD-KADIO M, BANKOLE R, TALLINEAU C.I – Indications chirurgicales actuelles dans l'abcès amibien du foie. A propos d'une série de 270 cas. Ann Chir 1987 ; 41 : 519-24.
7. ELIAS D, DUCREUX M, ROUGIER P, SABOURIN J.C, CAVALCANTI A, BONVALOT S, DEBAENE B, ANTOUN S, PIGNON J.P, LASSER P – Quelles sont les indications réelles des hépatectomies pour métastases d'origine colorectale ? Gastroenterol Clin Biol 1998 ; 22 : 1048-55.
8. FAN S.T, LO C.M, LUI C.L, LAM C.M, YUEN W.K, YEUNG C, WONG J – Hepatectomy for Hepatocellular Carcinoma : Toward Zero Hospital Deaths. Ann Surg 1999 ; 3 : 322-30.
9. GOURNAY J, MONAT S, JOUBERT M, LE NEEL J.C – Carcinome hépatocellulaire sur foie non cirrhotique. Hépatogastro 2000 ; 7 : 25_32 (< 25% des cas. Survie à 5 ans : 25-45%).
10. GRAZI G, MAZZIOTTI A, JOVINE E, PIERANGELI F, ERCOLANI G, GALLUCCI A – Total vascular exclusion of the liver during hepatic surgery. Selective use, extensive use, or abuse ? Arch Surg 1997 ; 132 : 1104-9.
11. JAECK D, NORLINGER B, SCHAAL J.C, BALLADUR P – Méthodes d'exérèse chirurgicales. In : NORLINGER B, JAECK D eds : Traitement des métastases hépatiques des cancers colo-rectaux. Paris : Springer-Verlag. 1992 : 93-110.
12. KELI E, YAPO P, CASANELLI J.M, MOUSSA B, BLEGOLE O, DIANE B, N'GUESSAN H.A – Hépatectomie droite pour hémangiome. Revue Africaine de Chirurgie 1998 ; 1 : 64-6.
13. MALAFOSSE R, PENNA C, SACUNNHA A, NORLINGER B – Surgical management of hepatic metastasis from colorectal malignancies. Ann Oncol 2001 ; 12 : 887-94.

14. SOUBRANE O – De nouvelles limites pour la chirurgie hépatique. *Sem Hop* 1999 ; 17-18 : 551-5.
15. WONG J, CHOI T.K 6 Primary liver cell cancers. Asian experience. In : Blumgart L.H eds : *Surgery of the liver and tract*. London : Churchill Livingstone 1988 : 1135-51.
16. JARNAGIN W.R, GONEN M, FONG Y, DEMATTEO R.P, BEN-PORAT L, LITTLE S, CORVERA C, WEBER S, BLUMGART L.H – Improvement in perioperative outcome after hepatic resection : analysis of 1,8003 consecutive cases over the past decade. *Ann Surg* 2002 ; 236 : 397-407.
17. OGURA Y, MIZUMOTO R, ISAJI S, KUSUDA T, MATSUDA S, TABATA M – Radical Operations of Carcinoma of the Gallbladder : Present Status in Japan. *World Surg* 1991 ; 15 : 337-43.