

Traitement des métastases hépatiques des cancers colo rectaux. Place de Radiologie Interventionnelle pour les hépatectomies complexes.

Treatment of liver metastases from colorectal cancers. Role of Interventional Radiology in complex hepatectomies.

Patrick CHEVALLIER

Résumé

En cas d'atteinte hépatique métastatique colorectale exclusive ou prédominante, le traitement multimodal, d'abord médicamenteux avec un acte chirurgical central décisif, est un élément pronostic majeur.

Pour être opéré le patient doit avoir à l'issue immédiate de la chirurgie au moins 30% de foie restant, ce pourcentage augmentant avec l'âge et l'altération possible de la fonction hépato cellulaire par les traitements néo adjuvants. Ainsi, pour ces patients ayant eu en règle des traitements hépatotoxiques, un futur foie restant (FFR) d'au moins 40-45% est requis, ce qui est rarement le cas spontanément.

Plusieurs techniques de radiologie interventionnelle permettent de préparer à la chirurgie pour ces patients en augmentant le volume du FFR par embolisation percutanée du système veineux portal du foie devant être réséqué (EPPO). Cette procédure est possible techniquement dans près de 100% des cas avec une faible morbidité et une augmentation du FFR en 4 semaines permettant le geste chirurgical dans près de 80% des cas. On peut ajouter lors de la procédure l'embolisation d'une ou deux veines sus hépatiques en réalisant alors de déprivation veineuse, induisant une croissance plus rapide et plus importante du FFR sans sur morbidité. Enfin on peut aussi réaliser une radioembolisation lobaire néo adjuvante permettant le contrôle de la maladie tumorale et une augmentation du FFR en quelques mois par hépatite radique contro latérale.

P Chevallier. CHU Nice

Mots clés

- Déprivation veineuse hépatique
- embolisation portale pré opératoire
- radioembolisation hépatique

Abstract

In the case of exclusive or predominant colorectal metastatic liver involvement, multimodal treatment, initially medical with a central decisive surgical procedure, is a major prognostic factor. To undergo surgery, the patient must have at least 30% of liver remaining immediately after surgery, this percentage increasing with age and the potential alteration of hepatocellular function by neoadjuvant treatments. Thus, for these patients who have routinely received hepatotoxic treatments, a future liver remnant (FLR) of at least 40-45% is required, which rarely occurs spontaneously. Several interventional radiology techniques make it possible to prepare for surgery in these patients by increasing the FLR volume through percutaneous embolization of the portal venous system of the liver to be resected (PVE). This procedure is technically feasible in nearly 100% of cases with low morbidity and an increase in FLR within 4 weeks. allowing the surgical procedure in nearly 80% of cases. During the procedure, one or two hepatic veins can also be embolized, thereby creating liver venous deprivation (LVD), inducing faster and greater growth of the FLR without additional morbidity. Finally, lobar neoadjuvant selective radioembolization (SIRT) can also be performed, allowing control of the tumor disease and an increase in the FLR within a few months through contralateral radiation-induced hepatitis.

Keywords

- Pre opérative portal embolization
- liver venous deprivation
- selective internal radioembolization