

HEPATECTOMIES POUR CARCINOME HEPATOCELLULAIRE EN MILIEU AFRICAIN (COTE D'IVOIRE) : RESULTATS ET DIFFICULTES

HEPATECTOMIES IN HEPATOCELLULAR CARCINOMA IN AFRICA (IVORY COAST):
RESULTS AND CHALLENGES

YAPO P, COULIBALY A, SORO GK, KOFFI GM, ASSOHOUN AT.

Service de Chirurgie Générale et Digestive, CHU de Yopougon, Abidjan - Côte d'Ivoire

Correspondance : Docteur YAPO P, Service de Chirurgie Générale et Digestive,
Département des Maladies de l'Appareil Digestif (UFR des Sciences Médicales d'Abidjan)
06 BP 6109 Abidjan – Côte d'Ivoire
Email: patryal2005@yahoo.fr

RESUME

Objectif : décrire les résultats et les difficultés des hépatectomies pour carcinome hépatocellulaire en milieu tropical.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une enquête monocentrique rétrospective de dossiers de patients opérés pour carcinome hépatocellulaire, menée de janvier 1997 à décembre 2005 dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU de Yopougon. L'analyse des dossiers s'intéressait aux données du scanner et de l'échographie hépatiques, aux constatations opératoires et à l'évolution postopératoire.

Résultats : 24 cas ont été recensés. Huit patients ont été résectés : 6 hommes et 2 femmes avec une moyenne d'âge de 45 ans (extrêmes : 32-63). La tumeur était hépatique droite (n=2), gauche (n=5) et envahissait les segments IV et V (n=1). Les exérèses étaient une sectoriectomy latérale, une hépatectomie droite, 3 hépatectomies gauches, une lobectomie gauche, une segmentectomie IV et V et une segmentectomie IV. Les pertes sanguines excédaient 2,5 litres chez 2 patients. Deux patients sont décédés. Une suppuration pariétale (n=1), une fistule biliaire (n=1) et un cholépéritoine (n=1) étaient observés. La durée moyenne de suivie était de 13 mois (extrêmes : 2-24).

Conclusion : En Côte d'Ivoire, le carcinome hépatocellulaire est vu à un stade tardif. Les hépatectomies pratiquées sont plus des exérèses de propreté à visée de confort que des exérèses curatives.

Mots-clés : Foie, Carcinome Hépatocellulaire, Chirurgie hépatique, Côte d'Ivoire

SUMMARY

Objective: to describe results and challenges of the hepatectomies for hepatocellular carcinoma in tropical environment.

Material and Methods: it is a monocentric retrospective record of patients operated by hepatectomy for hepatocellular carcinoma, conducted from January 1997 to December 2005 in the general and digestive surgery service of Teaching Hospital of Yopougon. The analysis files concerned computed tomography and liver ultrasound data, operative findings and postoperative evolution.

Results: 24 cases have been identified. Eight patients were resected: 6 men and 2 women with an average age of 45 years (extremes: 32-63). The tumor was liver right (n = 2), left (n = 5) and invaded the IV and V segments (n = 1). The resections were a lateral sectoriectomy, a right hepatectomy, 3 left hepatectomies, a left lobectomy, a IV and V segmentectomy and a IV segmentectomy. Blood loss exceeded 2.5 liters in 2 patients. Two patients died. Parietal suppuration (n = 1), biliary fistula (n = 1) and choleperitonea (n = 1) were observed. The average duration of followed was 13 months (extremes: 2-24).

Conclusion: In Ivory Coast, hepatocellular carcinoma is seen at a late stage. Performed hepatectomies are the explant clean look of comfort as curative explant.

Key words: Liver, Hepatocellular carcinoma, Liver surgery, Ivory Coast

INTRODUCTION

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est un cancer fréquent en Afrique. Dans les pays occidentaux, son pronostic spontané est mauvais avec une survie de moins de 5% à cinq ans¹. En Afrique, en raison de sa découverte encore trop tardive, la chirurgie semble être le seul traitement qui offre une chance de survie prolongée. Mais les aléas de cette chirurgie en milieu sous équipé sont réels et rendent cette option thérapeutique difficile à mettre en œuvre.

Le but de notre étude est de rapporter nos résultats et les difficultés que nous avons rencontrés sur une courte série de patients ayant bénéficié d'une résection hépatique partielle pour un CHC, dans un contexte de sous-équipement propre à notre environnement de travail.

I- MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une enquête monocentrique rétrospective et descriptive de dossiers de patients ayant bénéficié d'une hépatectomie pour carcinome hépatocellulaire. Cette étude a été menée de janvier 1997 à décembre 2005 dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU de Yopougon. Outre les données épidémiologiques, cliniques (état général, existence d'une masse abdominale, d'une ascite ou d'un ictère) et biologiques (bilan nutritionnel, bilan hépatique, marqueurs tumoraux et viraux), l'analyse des dossiers s'intéressait aux données morphologiques collectées par le scanner et l'échographie hépatiques sur l'aspect des lésions, leur situation, leur extension régionale et à distance, aux constatations opératoires (la voie d'abord utilisée, le type de résection hépatique et ses modalités) et à l'évolution postopératoire. Les scores d'Okuda et de Child-Pugh n'avaient pas été calculés pour tous les patients et n'ont pas été pris en compte dans l'analyse.

Etaient exclus de l'étude les dossiers des patients opérés mais sans résection hépatique (hémostase simple, tumorectomie sans segmentectomie, biopsie) et les dossiers des patients qui avaient bénéficié d'une résection hépatique mais qui étaient inexploitable, faute d'informations sur la nature et la technique de résection employée, ou sur la nature histologique de la lésion hépatique réséquée ou bien sur le suivi postopératoire.

II- RESULTATS

24 cas de CHC ont été recensés dans la période d'étude mais seuls 8 patients ont été réséqués (Tableau I). Les 16 patients exclus de l'étude l'ont été pour leur décès en cours d'hospitalisation avant l'intervention du fait d'un mauvais état général (n=2), pour une contre-indication à l'exérèse hépatique (n=6), pour une tumeur hépatique inextirpable à la laparotomie (n=3) et pour un CHC hémorragique pour lequel un geste d'hémostase sans résection a été réalisé (n=5).

Les 8 patients chez qui une résection hépatique avait été réalisée se répartissaient en 6 hommes et 2 femmes. (Sex-ratio = 1,4), avec une moyenne d'âge de 45 ans (extrêmes : 32-63). Un patient avait des antécédents connus d'hépatite virale B et l'examen clinique retrouvait une masse épigastrique chez 5 patients. Un patient présentait un ictère et aucun ne présentait d'ascite. La concentration sérique d'alpha-foeto-protéine était élevée (> 500ng/ml) chez tous les patients et chez 03 patients une hépatite virale B non active était mise en évidence. L'échographie avait été réalisée chez 6 patients et permettait de suspecter le diagnostic de tumeur maligne du foie dans 4 cas; elle était couplée chez deux patients à une cytoponction pré opératoire. Le scanner hépatique réalisé chez 7 patients permettait de suspecter le diagnostic de tumeur maligne du foie dans 6 cas.

1/ Constatations opératoires: Les voies d'abord étaient bi-sous-costale (n=2), sous costale élargie (n=3) et médiane sus et sous ombilicale (n=3). La tumeur était hépatique droite (n=2), gauche (n=5) et envahissait les segments IV et chez un patient. Les exérèses hépatiques réalisées étaient une sectoriectomie latérale, une hépatectomie droite, 3 hépatectomies gauches, une lobectomie gauche, une segmentectomie IV et V et 1 segmentectomie IV.

Dans deux hépatectomies gauches, le contrôle du pédicule glissonnien était réalisé en extra-parenchymateux tandis que les veines sus hépatiques étaient liées en intra parenchymateux. Dans les six autres exérèses, la technique de Ton That Tung était utilisée. Le socle hépatique restant était d'allure cirrhotique dans 3 cas.

Tous les patients ont été drainés par des lames de delbet.

Chez 2 patients, les pertes sanguines étaient supérieures à 2,5 litres. Cinq patients furent transfusés en per opératoire dont deux par autotransfusion.

2/ L'évolution postopératoire : Deux patients sont décédés: un en per opératoire par hémorragie après hépatectomie gauche pour un hépatocarcinome envahissant le tronc porte et le deuxième à j19 par insuffisance hépatocellulaire après une hépatectomie droite. Chez 3 patients les suites opératoires furent compliquées :

- d'une suppuration pariétale (n=1) jugulée par des soins locaux en 10 jours

- d'une fistule biliaire dirigée extériorisée par l'orifice de drainage (n=1), spontanément tarie en 7 jours. Le débit de cette fistule n'a pas été précisé.

- d'un cholépéritoine (n=1) à j11 ayant nécessité une réintervention à j15 avec toilette et drainage abdominal ; la sortie se fit à j23.

Les trois autres patients eurent des suites simples avec sortie au 10ème jour.

L'examen histologique confirmait l'hépatocarcinome chez 7 patients et révélait un carcinome trabéculaire dans un cas. Le foie était cirrhotique dans 3 cas. La durée moyenne de suivie fut de 13 mois (extrêmes : 2-24mois) émaillée par l'apparition chez un patient d'une récurrence tumorale dans le lit de la résection après 2 ans.

Tableau I : tableau synoptique des patients opérés

Age/sexe	Scanner	Gestes réalisés	Suites opératoires et Suivie	Histologie
41 M	masse tumorale segment VI 8 cm	bi-sous-costale Pringle Sectoriectomie latérale droite (VI+VII)	suppuration pariétale sortie à j10 perdu de vue après 13 mois	CHC + cirrhose
54 M	tumeur maligne foie droit 14 cm	bi-sous costale Pringle Hépatectomie droite	hématémèse + encéphalopathie décès à j19	CHC
34 M	nodule tumoral segments III et IV 7 cm	Sous-costale droite Hépatectomie gau- che	fistule biliaire tarie à j7 perdu de vue	CHC+cirrhose post- hepatitique
32 M	masse hétérogène foie gauche 15 cm + bourgeon intra portal	Sous-costale droite Hépatectomie gau- che	cholépéritoine à j11 sortie à j23 perdu de vue	CHC
39 F	tumeur vésiculaire + cholestase extra hépatique	Médiane Pringle Segmentectomie IV+V	Sortie à j10 perdu de vue après 2 mois	CHC
50 M	nodule tumoral	Médiane Pringle Hépatectomie gau- che	décès per-op	CHC
43 F	lobe gauche 10 cm	Sous-costale droite Segmentectomie IV	sortie à j10 récidive à 24 mois dans le lit de la Segmentec- tomie	CHC
63 M		Médiane Pringle Lobectomie gauche	Sortie à j10 perdu de vu après 8 mois	Carcinome trabéculaire + cirrhose

COMMENTAIRES

Le CHC est le cinquième plus fréquent cancer au monde et il entraîne environ un demi-million de décès par an². En Côte d'Ivoire où il représente le 2^e cancer chez l'homme après celui de la prostate³, le CHC touche avant tout l'adulte jeune avec un âge moyen de 45 ans qui concorde avec les données retrouvées au Togo par Ayite et coll.⁴. Sa découverte en Côte d'Ivoire reste encore trop tardive et les aspects cliniques qui dominent dans notre étude sont ceux décrits dans la série de Mahassadi et coll.⁵ avec un contexte viral, une prédominance de lésions avancées volumineuses et l'association fréquente à une cirrhose d'origine surtout hépatitique. Sur le plan chirurgical, en milieu ivoirien, les difficultés rencontrées pour la réalisation des hépatectomies dans le carcinome hépato cellulaire sont de trois ordres :

1/ L'insuffisance des moyens d'imagerie pré et per opératoire pour apprécier l'extension portale et détecter les métastases viscérales des CHC : L'imagerie préopératoire reste encore limitée en Côte d'Ivoire à l'échographie et au scanner pour détecter l'ensemble des nodules, préciser l'aspect des lésions, leur situation, leur extension régionale et à distance⁶: dans notre étude, le scanner hépatique réalisé chez 7 patients permettait de suspecter le diagnostic de tumeur maligne du foie dans 6 cas.

En plus, alors que le traitement du CHC est tributaire du volume de la lésion, de l'extension portale et des métastases viscérales, nous ne disposons pas à Abidjan d'échographie per opératoire dont la spécificité pour mettre en évidence les lésions hépatiques et leur extension est meilleure⁷ ; il est fort probable donc que la fréquence de cette extension soit sous-estimée dans nos conditions d'exercice, comme le souligne Bazira et coll.⁸. Respecter alors l'indication idéale de la résection à visée curative à savoir le CHC unique de moins de 5 cm ou éventuellement bi nodulaire chez des patients Child-Pugh A sans hypertension portale demeure un vœu pieux ; les résections hépatiques pratiquées à Abidjan constituent plus des exérèses de propreté à visée de confort que des exérèses curatives, rendues délicates encore par la cirrhose sous jacente que nous avons constaté chez 3 patients.

2/ Les difficultés de gestion de l'environnement chirurgical per et post opératoire : Les tumeurs de notre étude sont toutes volumineuses ; par voie sous-costale (n=5) ou médiane (n=3), leur exérèse était réalisée par kellyclisie, sans l'apport de matériel et/ou d'équipement adaptés

à ce type de chirurgie (dissecteur ultrasonique, échographie per opératoire) ; Malgré l'usage de méthodes de clampages intermittents ou sélectifs, nos exérèses sont hémorragiques et déterminent des pertes per opératoires importantes excédant 2 litres dans 2 cas. Ces pertes sanguines sont très difficiles à corriger et l'autotransfusion que nous avons réalisée chez 2 patients est une voie de recours intéressante dans un contexte national de pénurie chronique en produits sanguins.

Quant à nos résultats précoces, avec 2 patients décédés, ils sont comparables à ceux de Keli et coll.⁹ qui rapporte 4 décès sur 18 patients. Les autres complications spécifiques de la chirurgie hépatique que sont la défaillance hépatique post opératoire et les complications biliaires devraient être prévenues par une meilleure sélection des patients¹⁰ et une meilleure technicité opératoire. Dans notre étude, les scores d'Okuda et de Child-Pugh n'avaient pas pu être évalués pour tous les patients.

3/ La mauvaise qualité du suivie postopératoire: Dans notre contexte d'exercice, trop souvent les patients sont prématurément perdus de vue, soit parce que, fautes de moyens financiers, ils ne peuvent plus assurer la continuité de leur prise en charge, soit parce qu'ils optent volontairement et/ou par dépit pour une tradithérapie moins coûteuse; dans notre étude la durée moyenne de suivie fut de 13 mois (extrêmes : 2-24). Cette durée, comparable à la série de Keli et coll.⁹ fut aussi émaillée par l'apparition d'une récurrence hépatique 2 ans après chez un patient. Ce sont ces récurrences, quasi constantes à 5 ans⁷, qui assombrissent le pronostic et constituent le problème majeur de la résection partielle à moyen et long terme.

CONCLUSION

En Côte d'Ivoire, où les CHC sont vus à un stade tardif, le pronostic du cancer du foie reste sombre. Les résections pratiquées, quand elles sont réalisables, sont plus des exérèses de propreté à visée de confort que des exérèses curatives. Le garant d'un meilleur pronostic doit reposer sur le dépistage précoce du CHC, la prévention des hépatites virales par la sensibilisation et la vaccination des populations, le suivi des patients atteint d'hépatites virales et le développement des traitements non chirurgicaux du CHC.

REFERENCES

1. Clark HP, Carson WF, Kavanagh PV, Ho CPH, Shen P, et al. Staging and Current Treatment of Hepatocellular Carcinoma. *RadioGraphics* 2005; 25: S3-S23
2. El-Serag HB. Hepatocellular carcinoma: an epidemiologic view. *J Clin Gastroenterol* 2002; 35: S72-S78.
3. Echimane AK, Ahnoux AA, Adoubi I, Hien S, M'Bra K, et al. Cancer Incidence in Abidjan, Ivory Coast First Results from the Cancer Registry, 1995-1997. *Cancer* 2000 ; 89 (3): 653-663
4. Ayite A, Dosseh E, Senah K, Etey K, Lawani I, et al. Epidémiologie descriptive des cancers digestifs au chu de Lomé (Togo). *Med Afr Noire* 1998 ; 45 (4) : 259-262
5. Mahassadi KA, Attia KA, Bathaix YF, Kissi YH, Assohoun KT, et al. Manifestations et facteurs cliniques prédictifs du carcinome hépatocellulaire à Abidjan (Côte d'Ivoire) étude rétrospective de 89 cas. *Med. Afr. Noire* 2005 ; 52 (11) : 601-608
6. N'gbesso RD, Attia A, Mahassadi A, Kanga N, Yoman TN, et al. Carcinomes hépatocellulaires (CHC) observés à Abidjan : Aspects et place de l'échographie. *Journal de radiologie* 1998 ; 79 (5) : 409-414
7. Hourmand-Ollivier I, Chiche L. Traitement du carcinome hépatocellulaire sur cirrhose. *J Chir* 2004 ; 141 (2) : 71 -83
8. Ibara JR, Ossendza RA, Okouo M, Gassaye D, Ngoma P, et al. Les cancers primitifs du foie au Congo : étude hospitalière de 558 cas. *Med. Afr. Noire* 1999 ; 46 (8/9) : 394-97
9. Keli E, Casanelli JM, Bakary M, Blegole O, Yapo P, et al. Hépatectomie pour tumeur : réflexions à propos d'une série de 18 cas. *Mali Med* 2003 ; T XVIII (1&2) : 39-42
10. Choti MA .Surgical Management of Hepatocellular Carcinoma: Resection and Ablation. *J Vasc Interv Radiol* 2002; 13:S197-S203.