

Complications après destruction par Radiofréquence de tumeurs hépatiques: expérience multicentrique Belge

pour

Section Belge de Chirurgie Hépatobiliaire et Pancréatique
(RBSS)



V. Lucidi, V. Donckier, C. Hubert, J.F. Gigot, T. Chapelle, D. Ysebaert, C. Bertrand, H. Verhelst, P. Willemsen, B. Majerus, P. Mendes da Costa, M. Janssens, S. Landen, P. Hauters, J.P. Saey, F. Berrevoet, E. Guerin

Morbidité RF Hépatique: Introduction

La destruction de tumeurs hépatiques par radiofréquence (RF) a gagné en popularité ces dernières années.

La destruction de tumeurs hépatiques est considérée comme une technique à faible risque (comparé à la résection chirurgicale)

La morbidité globale rapportée dans la littérature est de 2.5 à 9.5% et la mortalité de 0 à 1.6% ^{1,2,3}

Morbidité RF Hépatique: But de l'étude

Hypothèse: La vraie morbidité de la RF est sous-estimée

Obtenir une « image réelle » de la morbidité et mortalité associée ou traitement par RF pour tumeurs hépatiques

Identifier des facteurs de risque de morbi-mortalité de la RF

Morbidité RF Hépatique: Patients & Méthodes

Etude Multicentrique belge

Base de données centralisée, rétrospective, données anonymement collectées

Données rétrospectives période 2000-2005

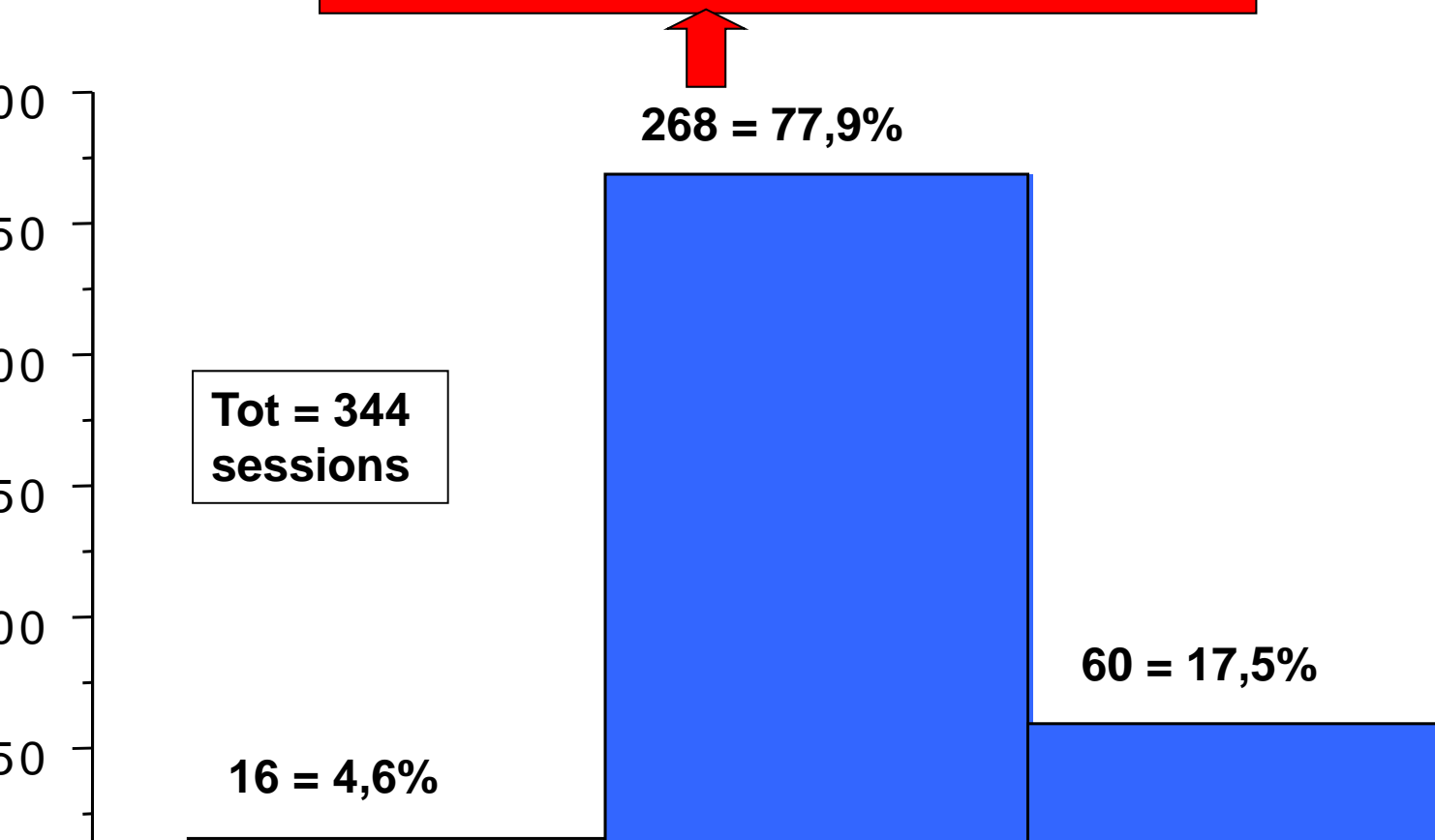
| | |
|-----------------------|-----------|
| Nombre de patients | 313 |
| Nombre de sessions RF | 344 |
| Sexe (H:F) | 210 : 134 |

Morbidité RF Hépatique: Indications

| INDICATIONS | N° sessions tot 344 (%) |
|-----------------|-------------------------|
| Métastases | 200 (58,1%) |
| MHCCR (145 pts) | 153 |
| CHC (119 pts) | 140 (40,7%) |
| Child A | 76% |
| Child B | 23% |
| Child C | 0,7% |
| Autre | 4 (1,2%) |

Morbidité RF Hépatique: Type Abord RF

Hépatectomie associée: 119 (34,5%)



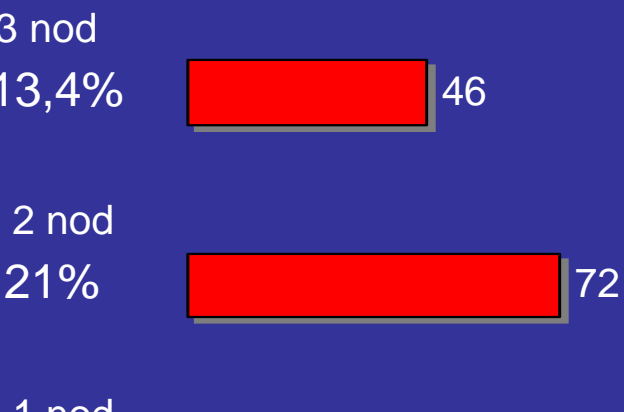
Morbidité RF Hépatique: Données Tumeurs

Diamètre tumoral moyen

Ø $17,7 \pm 0,8$ mm

Range: 5 - 148 mm

Nombre de nodules traités par session:



Morbidity RF Hépatique: Durée Hospitalisation

| Type Abord RF | Jours |
|------------------------------------|----------|
| RF Ouverte (149) | 11.1±8.6 |
| RF Coelioscopie (16) | 7.8±6.4 |
| Percutané (60) | 4.3±5.7 |
| RF Ouverte + Hépatectomie (119) | 17.7±30 |

Statistical significance values:

- Comparison between RF Ouverte (149) and RF Coelioscopie (16): $p = \text{NS}$
- Comparison between RF Coelioscopie (16) and Percutané (60): $p = 0,04$
- Comparison between RF Ouverte (149) and Percutané (60): $p < 0,0001$

Morbidity RF Hépatique: Morbidity & Mortality (/344)

| | |
|-----------|------------|
| Morbidity | 75 (22%) |
| Minor | 11 (3.2%) |
| Major | 64 (18.6%) |
| Mortality | 9 (2.6%) |

Insuffisances Hépatiques
Sepsis

| | |
|----------------------------------|------------------|
| Insuffisance Hépatique | 12 (3.5%) |
| Pulmonaires | 13 (3.8%) |
| Insuffisance respiratoire aigue | 4 (1.1%) |
| Hémorragie | 2 (0.6%) |
| Sepsis | 5 (1.4%) |
| Abcès Hépatique | 5 (1.4%) |
| Infection d'ascite | 4 (1.1%) |
| Bilome Infecté | 4 (1.1%) |
| Complications Biliaires | 12 (3.5%) |
| Fistule | 10 (2.9%) |
| Sténose | 2 (0.6%) |
| Traitement biliaire Endoscopique | 5 (1.4%) |
| Complications Vasculaires | 10 (2.9%) |
| Thrombose VSH | 1 (0.3%) |
| Thrombose Portale | 8 (2.3%) |
| Pseudoaneurisme | 1 (0.3%) |

Morbidity RF Hépatique: Facteurs prédictifs Morbidité

| MORBIDITE (22%) / Facteurs de Risque | OUI | NON | p |
|---|--------|--------|----------|
| Age > 70 ans | 22 % | 21 % | NS |
| Fibrose | 33,9 % | 15,4 % | < 0,0001 |
| LTInodulaire | 23 % | 20 % | NS |
| Volume tumorale > 30 mm | 30 % | 19 % | NS |
| + Hépatectomie Associée | 26 % | 19,5 % | NS |

Arbitrage RF Hépatique: Facteurs prédictifs Mortalité

| MORTALITE 60j (2,6%) / Facteurs de Risque | OUI | NON | p |
|--|-------|-------|------|
| Age > 70 ans | 4,2 % | 1,4 % | NS |
| Sténose | 5 % | 1,3% | 0,03 |
| LTInodulaire | 1,6 % | 3,7 % | NS |
| Volume tumorale > 30 mm | 4,2 % | 1,6 % | NS |
| + Hépatectomie Associée | 1,6 % | 3,1 % | NS |

Morbidité RF Hépatique: Discussion

Morbidité (22%) et Mortalité (2.6%) significative de la RF dans cette série chirurgicale

Facteurs prédictifs de Morbidité: Cirrhose et abord laparotomique

En comparaison à la littérature :

- ▶ Taux élevé d'abord par laparotomie (78%)
- ▶ Taux élevé de résection chirurgicale associée (34%)
- ▶ Taux élevé de patients cirrhotiques (36%)
- ▶ Etude Multicentrique et anonyme

Morbidité RF Hépatique: Conclusion

RF est un outil essentiel pour la chirurgie hépatique moderne

MAIS :

Le taux significatif de morbidité & mortalité de cette technique considérée comme « mini-invasive » souligne :

- ✓ Nécessité d'une sélection stricte des patients
- ✓ Nécessité d'informer les patients
- ✓ Nécessité d'encourager l'approche percutanée chez les patients cirrhotiques

Prevalence of RF Hepatic: Etude Multicentrique Belge

Participating Centers

Erasme, Brussels

Univ St LUC, Brussels

A, Antwerp

Centre H Jolimont, Haine St Paul

Spinhuis Oost Limburg, Genk

St Middelheim, Antwerp

St Pierre, Ottignies

Brugmann, Brussels

Jan Palfijn, Merksem

Ste Elisabeth, Brussels

Notre Dame, Tournai

R St Joseph, Warquignies, Mons

Gent, Gent

Charleroi, Charleroi

V Lucidi, C Hubert, JF Gigot, T Chapelle, D Ysebaert, G. Roeyen, C Bertrand, B Mansvelt, G Molle, N Tinton, H Verhelst, K Van der Speeten, A Damme, P Willemsen, B Majerus, P Mendes da Costa, C Simoens, M Janssens, S Landen, A Gallerani, P Hauters, JP Saey, F Berrevoet, R Troisi, B de Hemptinne, E Guerin, M Gelin, F Lienard, V Donckier



1 0 9

ème

Congrès Français
de **Chirurgie**

3 au 5 octobre 2007

Paris des Congrès **PARIS**

Sous la Présidence de D. Jaeck (Strasbourg)

