

« Missing » métastases hépatiques dans le cancer colo rectal

Devenir ?

Faut il intervenir en amont ?

Dr Charles-Henry GANCEL

Chirurgien digestif - CHP Brest Keraudren

Vendredi 29 Novembre 2024

Missing Metastases

Généralités

5 à 25 % des patients métastatiques recevant une chimiothérapie

Benoist, et al. J Clin Oncol 2006

Elias et al. Ann Sur Oncol 2007

Missing Metastases

Facteurs prédictifs

- Taille < 2 cm
- Profondeur > 1 cm
- Nb > 3
- synchrones
- Nb cycle chimio
- Oxaliplatine
- Normalisation rapide ACE

Van Vleder, et al. J Gastro Intestinal Sur 2010

Owen, et al. HPB 2015

Tani, et al. J Surg Oncol 2018

Missing Metastases

Devenir

Quelle est leur évolution ?

Missing Metastases

Devenir

Author (Year)	No. of Patients	No. of Patients with One or More DLMS (%)	Residual Disease after RESECTION (%)
Elias (2004)	104	15 (14.4%)	6/11 patients (54.5%)
Benoist (2006)	586	38 (7%)	12/15 LM (80%)
Elias (2007)	228	16 (7%)	8/16 patients (50%)
Adam (2008)	767	n.s.	2/2 patients (100%)
Tanaka (2009)	63	23 (36.5%)	0/28 LM (0%)
Ferrero (2012)	171	33 (19.3%)	33/45 LM (73.3%)
Ono (2012)	125	n.s.	0/2 LM (0%)
Arita (2014)	72	11 (15.3%)	16/25 LM (64%)
Sturesson (2015)	179	29	32/36 LM (88.9%)
Owen (2016)	23	11 (47.8%)	21/36 patients (58.3%)
Oba (2018)	185	59 (32%)	3/68 patients (4%)
Van Vledder (2010)	168	40 (23.8%)	41/67 LM (61.2%)
Auer (2010)	435	39 (8.9%)	24/68 LM (35.3%)

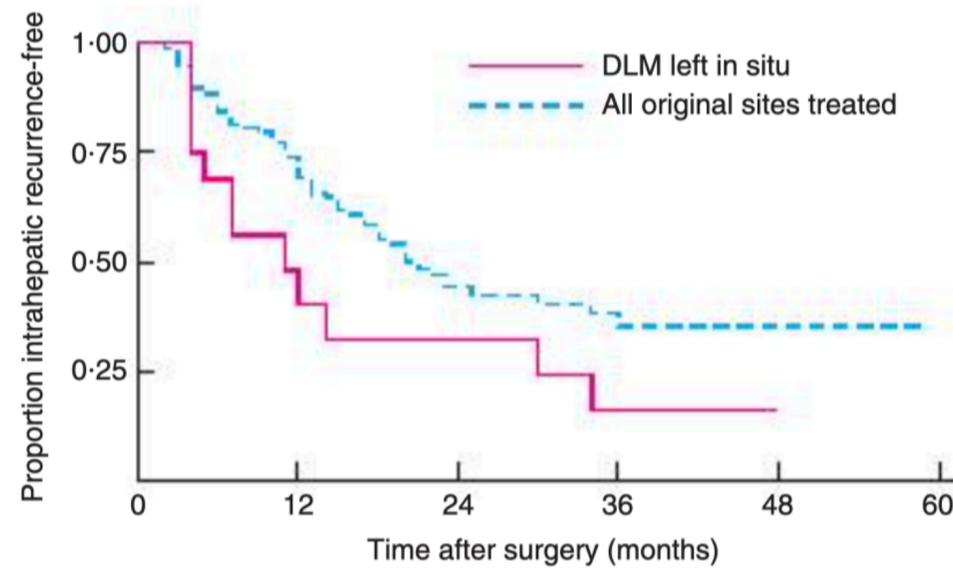
Réponse histologique complète < 30 %

Anselmo et al. Healthcare 2022

Barimani, et al. World Journ Surt Oncol 2020

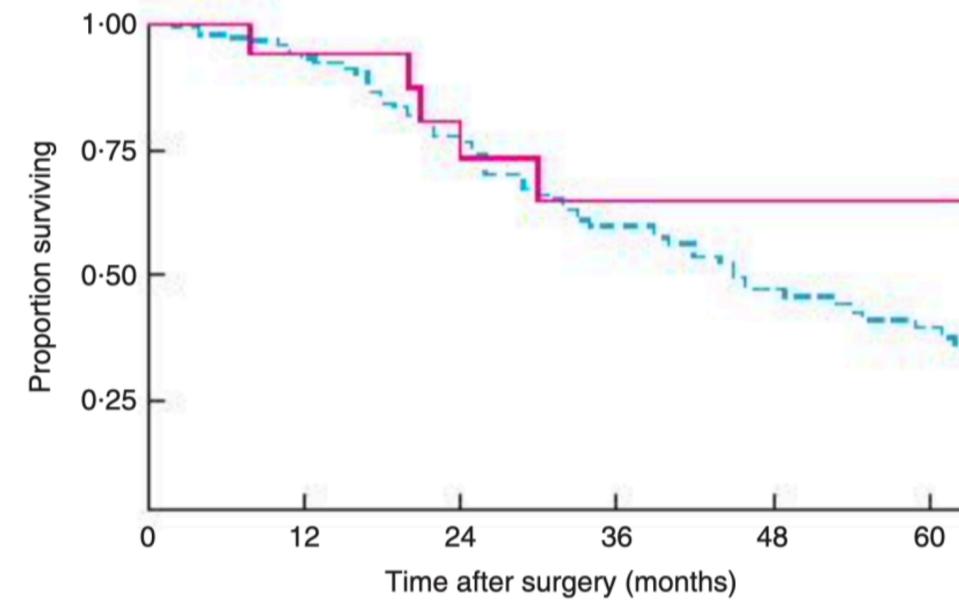
Missing Metastases

Devenir



a Intrahepatic recurrence-free survival

$p = 0,04$



b Overall survival

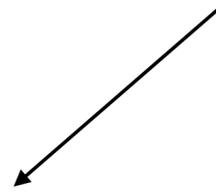
$p = 0,31$

Missing Metastases

Faut il anticiper ?

Missing Metastases

Faut il anticiper ?



Marquage ?

Missing Metastases

Faut il anticiper ?

Marquage ?

Destruction focalisée ?

Missing Metastases

Faut il anticiper ?

Marquage ?

Destruction focalisée ?

PAS DE CONSENSUS

Missing Metastases

Faut-il intervenir en amont ?

Thésaurus National de Cancérologie Digestive®

Chapitre 4

Cancer colorectal métastatique

Date de cette version :
11/03/2024

Missing Metastases

Faut il intervenir en amont ?

Thésaurus National de Cancérologie Digestive[®]

a- En cas de résécabilité de classe I :

- **FOLFOX 4 simplifié périopératoire** : 6 cures préopératoires et 6 cures postopératoires [Norldinger et al. 2008 ; Norldinger et al. 2013] (**recommandation : grade B**) sauf si le patient a déjà reçu 6 mois de FOLFOX ou 3 mois de CAPOX en adjuvant de la résection de la tumeur primitive terminée depuis moins de 6 mois ou si résections itératives de métastases avec plusieurs séquences de chimiothérapie.
- **Chirurgie hépatique première** : à envisager si nécessité diagnostique ou en cas de lésion(s) de petite taille faisant craindre une disparition sous chimiothérapie (lésions moins de 2 cm) (**recommandation : grade C**). Pour ces petites lésions il est également possible avant de débiter la chimiothérapie de mettre en place par voie radiologique un coil qui permettra de repérer le site métastatique à réséquer en cas de réponse majeure ou complète (**accord d'experts**). Une autre option peut être la destruction par radiofréquence des petites métastases avant la chimiothérapie préopératoire (**accord d'experts**).

Missing Metastases

Faut il intervenir en amont ?

Thésaurus National de Cancérologie Digestive[®]

b- En cas de disparition en imagerie d'une métastase hépatique après chimiothérapie :

- La résection hépatique doit intéresser le site initial de la lésion disparue dans la mesure du possible car une réponse complète histologique est obtenue dans moins de 30 % des cas [Barimani et al. 2020] (**recommandation : grade C**). Si le site ne peut pas être réséqué, une surveillance rapprochée devra être réalisée pour exérèse ou destruction en cas de réapparition (**accord d'experts**).

Missing Metastases

Faut il intervenir en amont ?

ORIGINAL ARTICLE

Management of disappearing colorectal liver metastases: an international survey

Laleh G. Melstrom¹, Susanne G. Warner¹, Paul Wong¹, Virginia Sun², Mustafa Raouf¹, Gagandeep Singh¹, Kenneth D. Chavin³, Yuman Fong¹, Rene Adam⁴ & Thomas J. Hugh⁵

Question	N = 226 (%)
Managed patients with dCRLM? Y	223 (98.7)
If yes - waited OFF chemotherapy to assess if true durable response? Y	143 (63.3)
If Yes, preferred waiting time	
1–2 months	25 (11.1)
>2–4 months	77 (34.1)
>4–6 months	29 (12.8)
>6 months	13 (5.8)
Intraoperative evaluation of dCRLM:	
Full Liver Mobilization	138 (61.1)
Palpation	178 (78.8)
Visual Inspection	179 (79.2)
Intraoperative US	223 (98.7)
Does your institution offer intraoperative ablation	215 (95)

Question	N = 226 (%)
Who is the initial decision maker Re: perioperative chemotherapy?	
Always a combined decision	143 (63.3)
Sometimes a combined decision	43 (25.6)
Surgical Oncologist/Liver Surgeon	32 (14.2)
Medical Oncologist	8 (3.5)
Does your institution offer:	
Perioperative Chemotherapy for Resectable Liver Limited <i>Metachronous</i> CRLM?	187 (82.7)
Perioperative Chemotherapy for Resectable Liver Limited <i>Synchronous</i> CRLM	210 (92.9)
Preferred duration of time on neoadjuvant chemotherapy for resectable CRLM ?	
1–3 months	151 (66.8)
>3–6 months	58 (25.7)
>6–9 months	4 (1.8)
>9–12 months	0
12 months	2 (0.9)
Till maximal response	2 (0.9)
Not Applicable	9 (4.0)
Do you place fiducials for <1 cm lesions?	54 (23.9)

Laleh, et al. HBP 2020

Missing Metastases

Faut il intervenir en amont ?

ORIGINAL ARTICLE

Management of disappearing colorectal liver metastases: an international survey

Laleh G. Melstrom¹, Susanne G. Warner¹, Paul Wong¹, Virginia Sun², Mustafa Raouf¹, Gagandeep Singh¹, Kenneth D. Chavin³, Yuman Fong¹, Rene Adam⁴ & Thomas J. Hugh⁵

Question	N = 226 (%)
Managed patients with dCRLM? Y	223 (98.7)
If yes - waited OFF chemotherapy to assess if true durable response? Y	143 (63.3)
If Yes, preferred waiting time	
1–2 months	25 (11.1)
>2–4 months	77 (34.1)
>4–6 months	29 (12.8)
>6 months	13 (5.8)
Intraoperative evaluation of dCRLM:	
Full Liver Mobilization	138 (61.1)
Palpation	178 (78.8)
Visual Inspection	179 (79.2)
Intraoperative US	223 (98.7)
Does your institution offer intraoperative ablation	215 (95)

Question	N = 226 (%)
Who is the initial decision maker Re: perioperative chemotherapy?	
Always a combined decision	143 (63.3)
Sometimes a combined decision	43 (25.6)
Surgical Oncologist/Liver Surgeon	32 (14.2)
Medical Oncologist	8 (3.5)
Does your institution offer:	
Perioperative Chemotherapy for Resectable Liver Limited <i>Metachronous</i> CRLM?	187 (82.7)
Perioperative Chemotherapy for Resectable Liver Limited <i>Synchronous</i> CRLM	210 (92.9)
Preferred duration of time on neoadjuvant chemotherapy for resectable CRLM ?	
1–3 months	151 (66.8)
>3–6 months	58 (25.7)
>6–9 months	4 (1.8)
>9–12 months	0
12 months	2 (0.9)
Till maximal response	2 (0.9)
Not Applicable	9 (4.0)
Do you place fiducials for <1 cm lesions?	54 (23.9)

Laleh, et al. HBP 2020

Missing Metastases

Faut il intervenir en amont ?

ORIGINAL ARTICLE

Management of disappearing colorectal liver metastases: an international survey

Laleh G. Melstrom¹, Susanne G. Warner¹, Paul Wong¹, Virginia Sun², Mustafa Raouf¹, Gagandeep Singh¹, Kenneth D. Chavin³, Yuman Fong¹, Rene Adam⁴ & Thomas J. Hugh⁵

Question	N = 226 (%)
Managed patients with dCRLM? Y	223 (98.7)
If yes - waited OFF chemotherapy to assess if true durable response? Y	143 (63.3)
If Yes, preferred waiting time	
1–2 months	25 (11.1)
>2–4 months	77 (34.1)
>4–6 months	29 (12.8)
>6 months	13 (5.8)
Intraoperative evaluation of dCRLM:	
Full Liver Mobilization	138 (61.1)
Palpation	178 (78.8)
Visual Inspection	179 (79.2)
Intraoperative US	223 (98.7)
Does your institution offer intraoperative ablation	215 (95)

Question	N = 226 (%)
Who is the initial decision maker Re: perioperative chemotherapy?	
Always a combined decision	143 (63.3)
Sometimes a combined decision	43 (25.6)
Surgical Oncologist/Liver Surgeon	32 (14.2)
Medical Oncologist	8 (3.5)
Does your institution offer:	
Perioperative Chemotherapy for Resectable Liver Limited <i>Metachronous</i> CRLM?	187 (82.7)
Perioperative Chemotherapy for Resectable Liver Limited <i>Synchronous</i> CRLM	210 (92.9)
Preferred duration of time on neoadjuvant chemotherapy for resectable CRLM ?	
1–3 months	151 (66.8)
>3–6 months	58 (25.7)
>6–9 months	4 (1.8)
>9–12 months	0
12 months	2 (0.9)
Till maximal response	2 (0.9)
Not Applicable	9 (4.0)
Do you place fiducials for <1 cm lesions?	54 (23.9)

Laleh, et al. HBP 2020

Missing Metastases

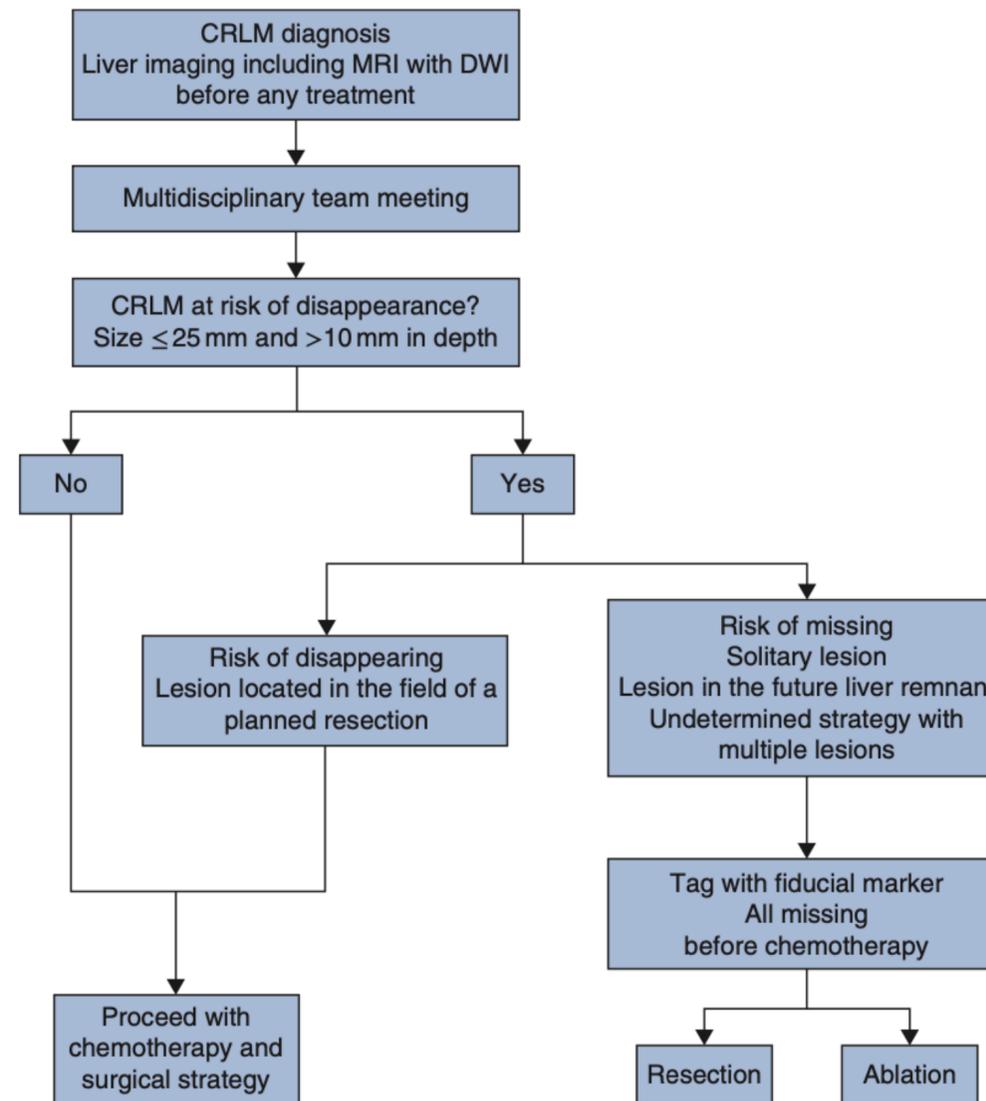
Original article

BJS Open
Open Access

Faut il intervenir en amont ?

Evaluation of a strategy using pretherapeutic fiducial marker placement to avoid missing liver metastases

V. Kepenekian¹, A. Muller², P. J. Valette², P. Rousset², M. Chauvenet³, G. Phelip³, T. Walter⁴, M. Adham⁵, O. Glehen¹ and G. Passot¹ 



Missing Metastases

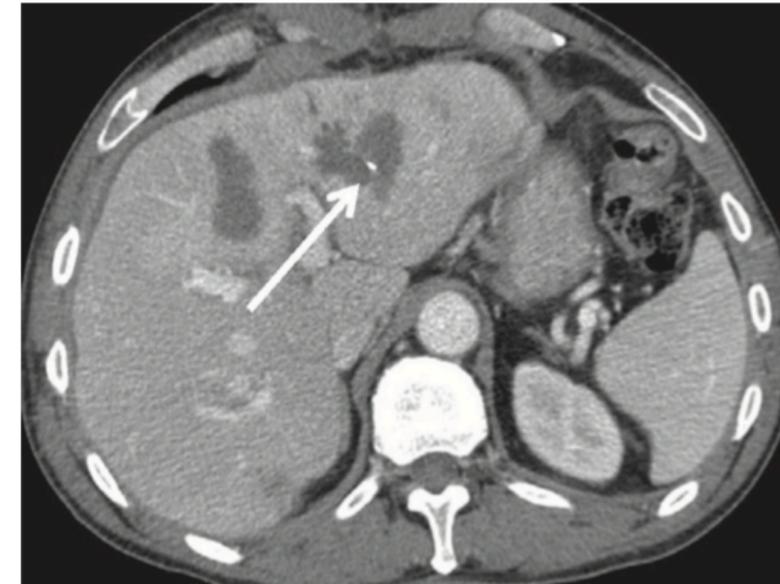
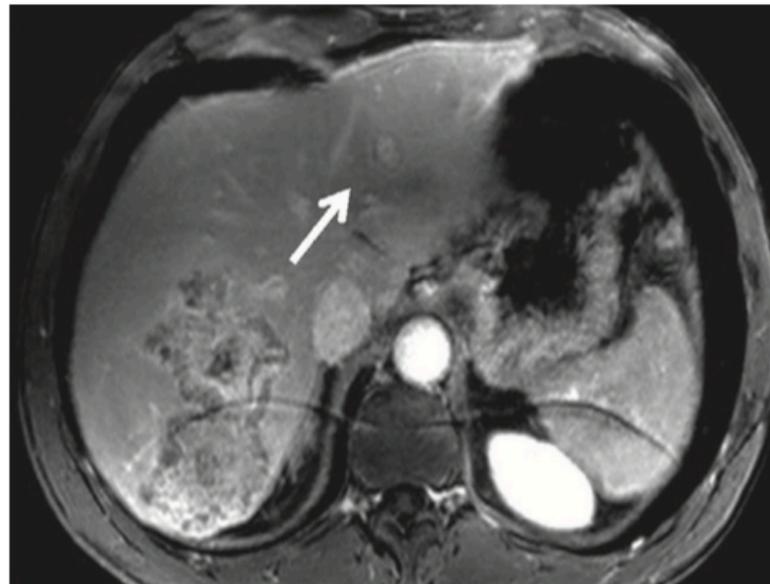
Original article

BJS Open
Open Access

Faut il intervenir en amont ?

Evaluation of a strategy using pretherapeutic fiducial marker placement to avoid missing liver metastases

V. Kepenekian¹, A. Muller², P. J. Valette², P. Rousset², M. Chauvenet³, G. Phelip³, T. Walter⁴, M. Adham⁵, O. Glehen¹ and G. Passot¹ 



Missing Metastases

Quelles sont les lésions à risque ?

- Taille < 2 cm
- Profondeur de plus d'1 cm
- Isolée

Missing Metastases

Lésions à risque

- RCP
- Discussion onco - radio - chir
- Selon nombre taille et localisation
- Anticiper :
 - Repérage ou radiofréquence avant chirurgie
 - Discuter nombre de cycle pré op

Missing Metastases

Synthèse

- Discussion RCP +++
- Décision cas par cas
- Objectif : résection de tous les sites initiaux +++
- Anticipation si lésion à risque
- Surveillance accrue

Missing Metastases

Merci