

Is Tumor Detachment from Vascular Structures Equivalent to R0 Resection in Surgery for Colorectal Liver Metastases? An Observational Cohort

S'agissant d'une étude monocentrique, la conclusion peut-elle s'étendre à d'autres centres ?

Il s'agit d'un centre expert en chirurgie hépatique, avec notamment une expertise dans les résections avec épargne parenchymateuse et de chirurgie échoguidée depuis plusieurs années. Néanmoins la technique chirurgie utilisée est simple et reproductible

Comment s'évalue la marge de résection ?

En routine, la marge est évaluée macroscopiquement puis microscopiquement après encrage de la zone de section parenchymateuse. De nombreuses études se sont intéressées par le passé aux micro-métastases dans les millimètres autour de la métastase, notamment à l'aide d'outils immunohistochimiques. L'utilisation de la fluorescence est actuellement à l'étude.

Existe-t-il une corrélation entre les métastases extra-hépatiques et les résections R1 vasculaires ?

Il existe effectivement plus de métastases extra-hépatiques dans le groupe R1 vasculaire sans que l'on puisse expliquer pourquoi. Peut-être que les indications chirurgicales ont été poussées dans cette population particulière de patients.

Le risque de récurrence locale est-il influencé par le choix de chimiothérapie ?

Les différents régimes de chimiothérapies sont décrits. L'étude n'était pas faite pour évaluer l'intérêt et/ou le type de chimiothérapie sur les survies. Il est cependant étonnant de voir qu'environ 50% des patients seulement ont de la chimiothérapie pré-opératoire et on peut s'interroger sur l'intérêt d'une résection R1 d'emblée.

Quels sont les critères échographiques de possibilité de conservation vasculaire ?

Les critères ne sont pas décrits dans cet article mais ont déjà été publiés précédemment.

Comment définir une marge au contact d'un vaisseau (donc en 2D) pour une métastase (donc en 3D) ?

Je n'ai pas la réponse à cette question, surtout lorsqu'il s'agit de métastases au contact des veines sus-hépatiques. Il y a d'ailleurs plus de R1 vasculaires au contact de pédicules glissoniens.

On observe plus de R1 lorsqu'il y a 3 métastases. Est-ce lié à l'agressivité tumorale ou à la fatigue du chirurgien ?

Il est probable que plus le nombre de métastases augmente, plus la répétition des gestes de résection conservatrice expose au risque de R1. On sait aussi que le nombre de métastases est corrélé à la biologie tumorale.

Le taux de récurrence locale est-il équivalent au taux de récurrence locale après destruction focalisée ?

Les taux de récurrence locale après radiofréquence sont de 6% par patient (Tanis et al.) donc globalement équivalents à ces techniques de métastasectomies.

Cette étude remet-elle en question l'étude d'Adam en 2008 (R1=R0) ?

Les résultats ne sont pas concordants. Il est quand même intéressant de noter que dans cette étude, près de 30% des patients sont progressifs sous chimiothérapie dans les 2 groupes R1, avec des résultats oncologiques intéressants. Ce fait est cependant peu discuté par les auteurs.