

Traitement par Radiofréquence (RF) percutanée échoguidée et suivi à 18 mois pour hépatocarcinomes sur cirrhose : A propos de 10 patients

S Bramli¹, B Coulibaly¹, G Roumieu², S Bellon¹, JP Arpurt¹

1. Service d'Hépatogastroentérologie. 2. Service de Radiologie. Hôpital H. Duffaut. 84000 Avignon

Principe : Le courant de RF est un courant sinusoïdal de 400 à 500 KHz. Les régions traversées par ce courant subissent une agitation ionique, qui induit une friction des particules entre elles et en conséquence un échauffement tissulaire à une température supérieure à 60°. Ceci provoque une dénaturation cellulaire irréversible immédiate. Par contre il n'est pas souhaitable d'atteindre une température supérieure à 100° C, qui en carbonisant les tissus, altère les possibilités de diffusion du courant de RF.

Buts : Evaluer la faisabilité, le taux de réponse, la survie, la tolérance et les complications de cette nouvelle technique pour hépatocarcinome sur cirrhose.

Matériel et méthodes : Un générateur (RF 2000 TM, 100W) et une aiguille-électrode de 14 gauge déployable (12 électrodes) (Leveen Needle electrode, 3 diamètres 2-3-3,5 cm) commercialisés par la firme Radiotherapeutics Corporation (distribué par Granulab Sarl en France) ont été utilisés. La séance de RF est réalisée sous anesthésie générale (durée moyenne de RF : 15 mn) et systématiquement associée à une antibioprophylaxie (bactamines). L'échographie est utilisée pour guider la mise en place des aiguilles-électrodes dans la lésion.

De sept 1999 à juin 2002, 10 patients (6 hommes, 4 femmes) d'âge moyen 67 ans (55 à 77 ans) avec 13 lésions d'hépatocarcinomes prouvés histologiquement ont bénéficié de traitement par RF après concertation pluridisciplinaire et avis du patient. Le diamètre moyen des lésions était de 32 mm (de 22 à 50 mm). Le score de Child-Pugh de cirrhose était A pour 6 patients et B pour 4 patients.

La réponse était évaluée par une tomodensitométrie trimestrielle.

Résultats : Ils sont résumés sur le tableau. Après un suivi moyen de 18 mois (4 à 29 mois), le taux de survie était de 80 % (les 2 décès sont dus à l'évolution de l'hépatocarcinome). Par contre 1 patient sur 2 seul a développé une nouvelle lésion.

Aucune complication majeure (hématomes, hémopéritoines, abcès hépatiques, lésions vasculaires ou biliaires) n'est survenue.

Patients	Nodule N	Taille mm	Segment	Séances N	Complications	RCTDM	Nouvelle lésion	Suivi Mois
1	3	50/37/22	IV-V-VII	3	-	non	6 mois	29 DCD
2	1	40	V-VII	2	douleurs	oui	6 mois	20 DCD
3	1	25	IV	1	-	oui	10 mois	34
4	2	40/23	V-VIII	2	-	non	-	16
5	1	20	II	1	douleurs	oui	-	19
6	1	30	III	1	douleurs	oui	12 mois	15
7	1	30	I	2	-	non	12 mois	15
8	1	20	V	1	-	oui	-	14
9	1	30	VII	1	-	oui	3 mois	8
10	1	15	II	1	EH	oui	-	4

Conclusion : La radiofréquence (RF) est une technique relativement récente avec un développement actuel exponentiel en cancérologie et notamment pour les tumeurs malignes primitives ou secondaires du foie (1,2).

De par son son taux de contrôle local élevé (3) , elle pourrait être un traitement de choix des "petits" hepatocarcinomes sur cirrhose bien que le coût/bénéfice reste à établir. Cependant, même si l' augmentation de survie n'a pas encore été démontrée, des évolutions techniques apparaissent régulièrement (4).

Bibliographie :

1. De Baere T. Traitement par radiofréquence en cancérologie : indications, techniques, imagerie de surveillance. Acta Endoscopica 2001; volume 31-Supplément-N°4
2. Steven A. Qurley et al. Radiofrequency ablation of unresectable primary and metastatic hepatic malignancies : results in 123 patients. Annals of Surgery 1999; vol 230 N°1 July
3. Manabu Morimoto et al . Treatment of hepatocellular carcinoma with radiofrequency ablation radiologic -histologic correlation during follow-up periods.Hepatology 2002; vol 35,N° 6, June
4. T. de Baere et al . Percutaneous radiofrequency ablation of hepatic tumors during temporary venous occlusion. AJR 2002 ;178,January 2002