

# Chirurgie des métastases hépatiques de cancer du sein

R.J. Salmon, P. Mariani, J.Y. Pierga, M.C. Falcou et P. Pouillart

La résection chirurgicale des métastases viscérales est devenue une part intégrante de la prise en charge de l'évolution des cancers. Dans les cancers du sein, il est vrai que l'évolution métastatique est le plus souvent polyviscérale de façon synchrone. L'atteinte hépatique seule est rare, représentant environ 10 % des évolutions métastatiques et parmi ces métastases hépatiques seules 10 % vont pouvoir faire envisager un geste chirurgical.

Si l'on voit que ces métastases isolées ou peu nombreuses sont rares, la fréquence élevée des cancers du sein permet néanmoins, dans les centres spécialisés, de voir ce type de patientes de façon assez fréquente.

Avant d'envisager un geste chirurgical et à la lumière de l'expérience acquise en chirurgie hépatique d'une part et l'analyse de notre propre série de plus de 90 malades depuis 1988 traités de façon pluri disciplinaire, il nous est apparu que cette chirurgie devait être considérée comme une « chirurgie adjuvante » dans le traitement de la maladie métastatique.

Quatre règles ont été édictées dans notre institut pour la prise en charge chirurgicale des métastases hépatiques de cancer du sein :

- 1) la tumeur primitive doit être retirée ;
- 2) la ou les métastases hépatiques doivent avoir régressé ou s'être stabilisées sous l'effet du traitement de chimio/hormonothérapie. L'existence d'une réponse objective au traitement médical est indispensable avant d'envisager un geste chirurgical ;
- 3) le nombre de métastases doit être limité 3-5 au maximum. Un nombre supérieur à l'imagerie rend une exérèse illusoire car il existe alors une maladie microscopique associée, constante, qui sera, elle, inextirpable ;
- 4) il ne doit pas y avoir d'autre métastase viscérale en dehors de métastases osseuses contrôlées chez des patientes RH+.

Que ces métastases surviennent de façon synchrone à la maladie initiale ou dans la surveillance d'un cancer du sein déjà traité, la chirurgie hépatique qui laisse la patiente sans localisation tumorale visible permet de faire évoluer le traitement vers une stratégie « adjuvante » ou permet aussi d'interrompre une chimiothérapie et de la relayer par une hormonothérapie.

Dans notre expérience, la mortalité opératoire était nulle chez des patientes âgées de 53 ans (31-73). Avec un suivi moyen de 82 mois, la survie était de 85 % à 24 mois, 66 % à 36 mois et 46 % à 60 mois. Trois patientes ont fait l'objet de résections itératives. La survie était liée de façon significative au délai écoulé entre le cancer primitif et la survenue des métastases, la présence de RH+ et le caractère complet de l'exérèse. Au cours de l'évolution, une récurrence métastatique survenait dans le foie chez la moitié des malades seulement.

Ces résultats mono-institutionnels ont été confirmés par une série multicentrique de l'Association française de chirurgie sur 460 patientes, série qui retrouvait les mêmes critères pronostiques que les nôtres.

La chirurgie d'exérèse des métastases hépatiques ou « chirurgie adjuvante » est une option à envisager dans la prise en charge multidisciplinaire des métastases hépatiques de cancer du sein. Elle permet l'arrêt d'une chimiothérapie chez la majorité des patientes au prix d'une mortalité nulle et d'une morbidité très limitée.

### **Déclaration de conflits d'intérêts**

Auteur	Aucune situation d'intérêt particulière	Participation financière dans le capital d'une entreprise	Contrat consultant, interventions ponctuelles, expertises, conférences, formation	Activité donnant lieu à versement au budget d'une structure	Autres liens Sans rémunération	Sans réponse
Rémy Salmon	<b>X</b>					