



CONGRÈS COMMUN DE CHIRURGIE
VISCÉRALE & DIGESTIVE

16 au 19 sept 2025
CNIT - Paris

3cvd-lecongres.com

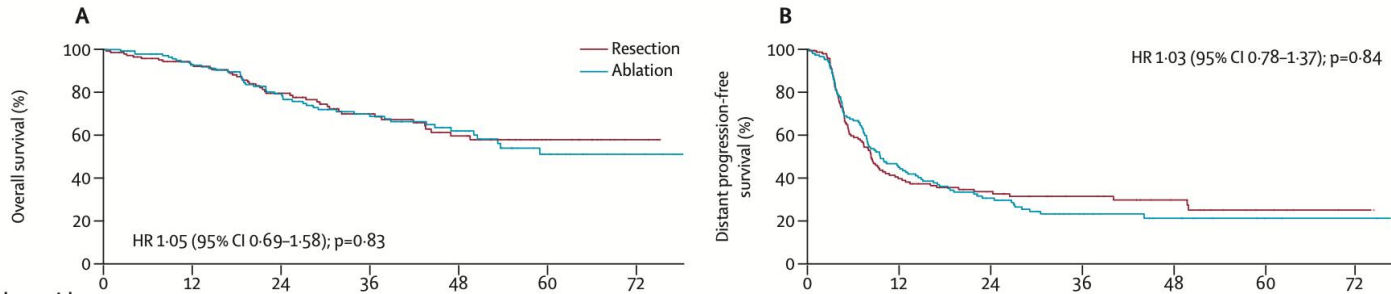
Place de la destruction focalisée

Aurélien Dupré



LA grande nouveauté

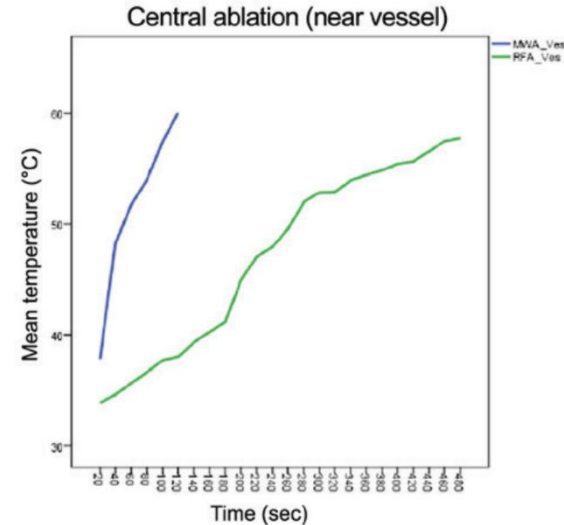
- Essai randomisé COLLISION : non infériorité de la thermoablation pour les métastases < 3cm



- Type d'essai difficile à terminer : FFCD 2002-02 et LAVA trial interrompus
 - surestimation capacité inclusion
 - mauvais design
 - biais de préférence

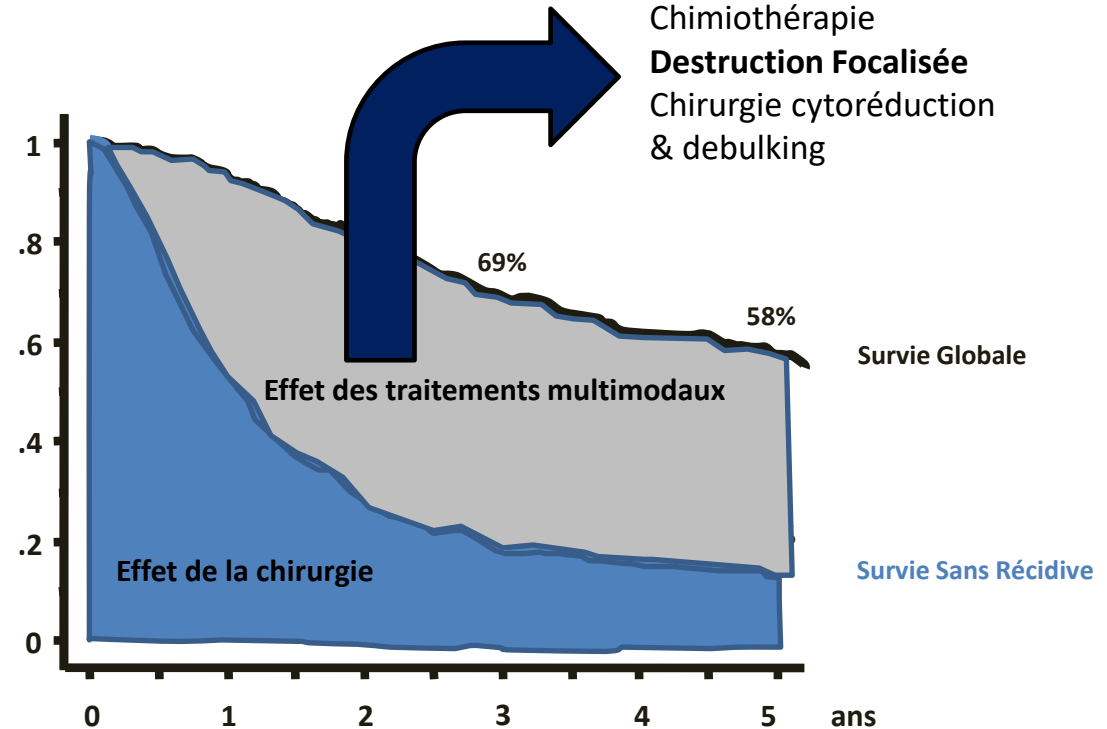
Principes de la thermoablation

- Destruction tissulaire par nécrose de coagulation (60°-100°)
- Chaleur obtenue par friction
 - **Radiofréquence (RFA)** = agitation ionique
 - **Micro-ondes (MWA)** = agitation molécules d'eau
- Limites techniques
 - diffusion chaleur de manière **centrifuge**
 - RFA : carbonisation limite la conductivité
- Meilleure efficacité de MWA



Pourquoi s'intéresser à la thermoablation quand on est chirurgien

1. Efficacité PEC multimodale



Effacité du concept d'ablathermie dans la stratégie multimodale

CLOCC study

Patients avec
métastases
hépatiques
non résécables
n = 152

R
A
N
D
O
M
I
S
A
T
I
O
N

Radiofréquence + chimiothérapie
± Résection

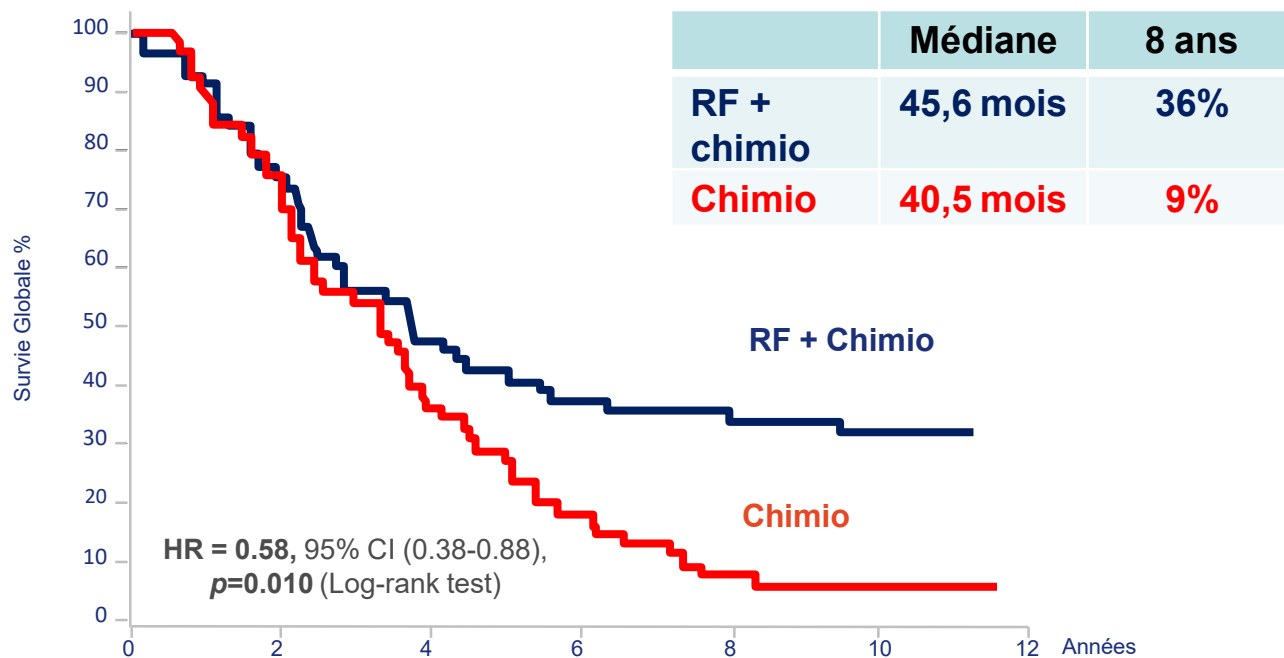
Résection = 47%
RFA percutanée : 7%

Chimiothérapie
± Résection

Chirurgie = 10%

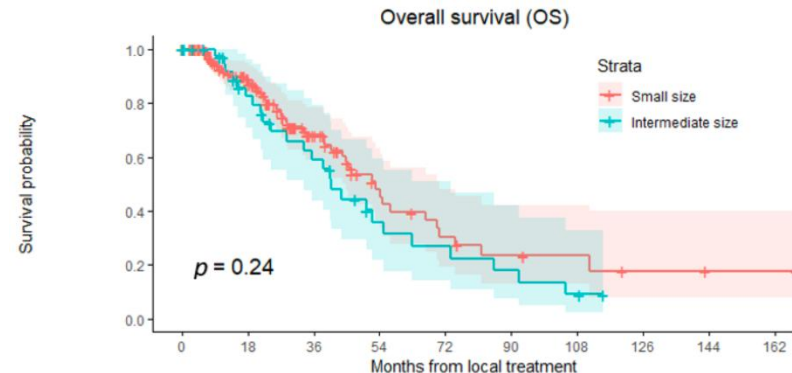
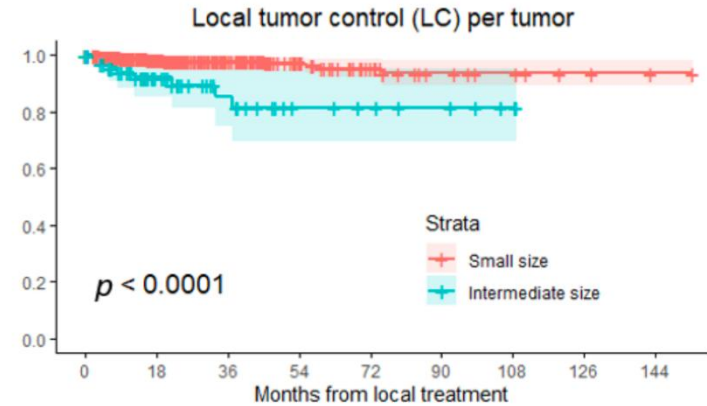
Etude de phase III dont l'objectif principal était la survie globale.
Transformée en étude de phase II du fait d'inclusion insuffisantes

Efficacité du concept d'ablathermie dans la stratégie multimodale



L'ablathermie est-elle vraiment efficace ?

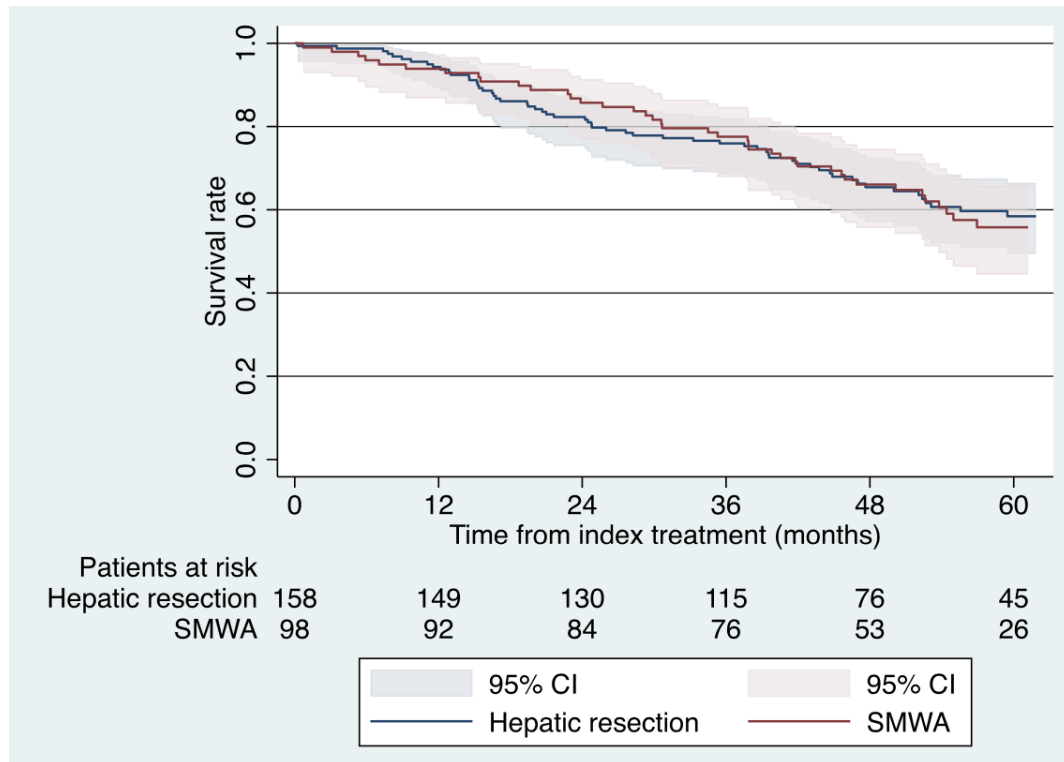
- Comment déterminer l'efficacité
 - Contrôle local ?
 - OS ?
- Registre AmCORE
 - < 3 cm *versus* 3-5 cm



L'ablathermie est efficace !

- MAVERRIC trial
 - ≤ 5 métastases
 - ≤ 3 cm
 - MWA

OK Benchmark LiverMetSurvey

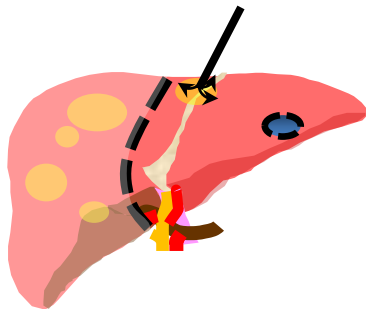


Pourquoi s'intéresser à la thermoablation quand on est chirurgien

1. Efficacité PEC multimodale

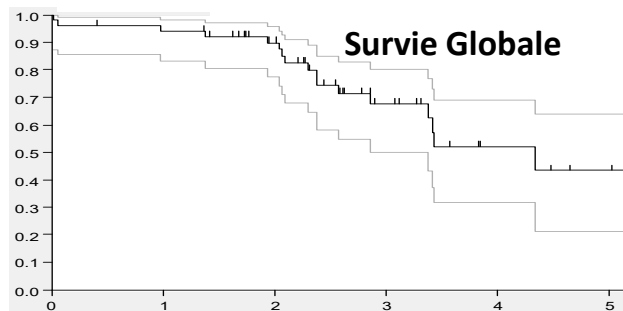
2. Augmenter traitements à visée curative : concept de « chirurgie hépatique » au sens large

CARe concept (Combined Ablation and Resection)



Etude ARF 2003

phase 2 non résécables (n=52)

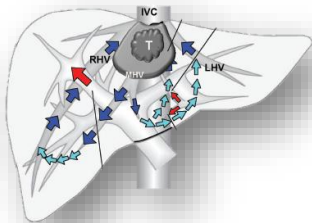
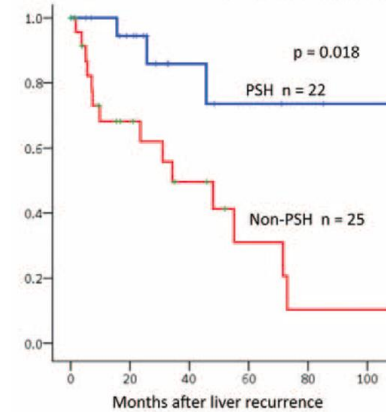


43.4%

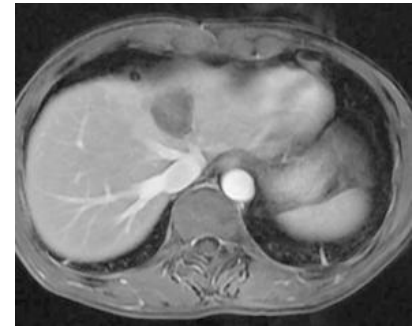
< 4% récidence locale

Pourquoi s'intéresser à la thermoablation quand on est chirurgien

1. Efficacité PEC multimodale
2. Augmenter traitements à visée curative
3. **Stratégie d'épargne parenchymateuse**
possibilités salvage



Epargne parenchymateuse



Pourquoi s'intéresser à la thermoablation quand on est chirurgien

1. Efficacité PEC multimodale
2. Augmenter traitements à visée curative
3. Stratégie d'épargne parenchymateuse

possibilités salvage

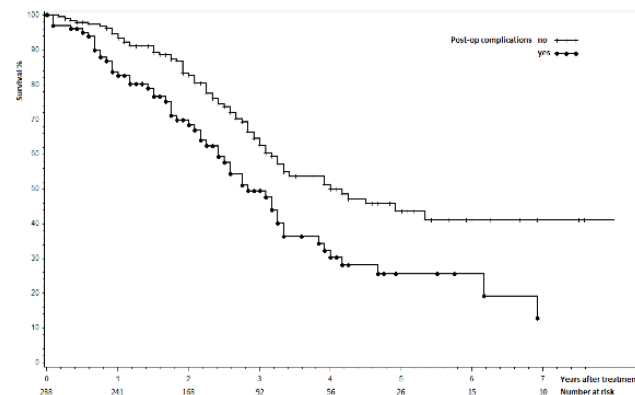
4. Diminuer morbidité



→
- morbide



Influence des complications sur la survie



	Complications	Complications graves	DMS (jours)
MAVERRIC	15% vs 60%	2% vs 24%	1 vs 7

La thermoablation percutanée peut-elle remplacer la chirurgie ?

- Essai randomisé de non-infériorité **COLLISION** (MWA 92%)
 - < 10 métastases, < 3cm
 - CJP = OS
 - Analyse intermédiaire (n=300, 50%) : arrêt pour futilité
- **Résultats oncologiques similaires**
 - 5y OS = 54% vs 58%
 - Median PFS = 8,4 vs 9,6 mois
 - Récidive locale : par patient 12% vs 14% ; par MH 7% vs 8%
- **Morbidité et DMS diminuée**
 - 19% vs 46% ; morbidité sévère 7% vs 20%
 - DMS = 1 vs 4 jours

Les résultats de COLLISION sont-ils généralisables ?

- **Population avec faible charge tumorale**

	Bras expérimental (thermoablation)	Bras contrôle (chirurgie)
Nombre médian métastases	2	2
Taille médiane (mm)	13	14
> 5 métastases	16%	16%
Chimiothérapie pré-op	20%	24%

- **Des facteurs confondants**

- Résection associée : 18% vs 35%
- Approche percutanée = 57% (mini-invasif : 7%)
- Statut mutationnel RAS non connu : 65% vs 68%



Thermoablation en résumé

- Technique sûre et efficace carcinologiquement
 - Conversion des métastases non résécables
 - Métastases résécables
 - patients à risque (comorbidités, hépatopathie chimio-induite)
 - Epargne parenchymateuse = bénéfice sur morbidité et traitement récidives
 - **Précautions**
 - Taille < 3 cm
 - Marges > 5 mm
 - Planification opératoire (perturbation images US – canaux biliaires)
- 



Conclusion

La thermoablation a une place importante dans la prise en charge multimodale des métastases hépatiques résécables et non résécables < 3 cm

Elle DOIT faire partie de la boîte à outils du chirurgien

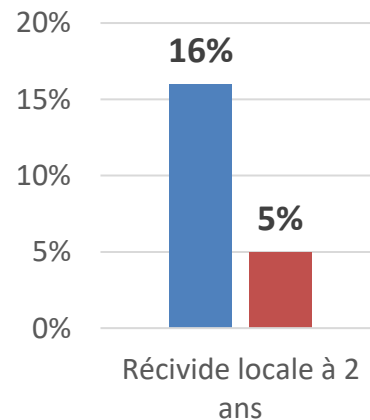
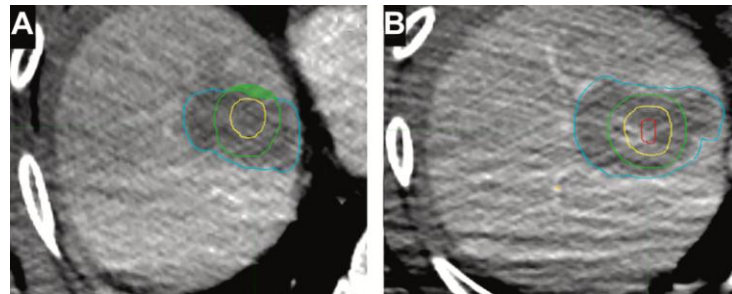
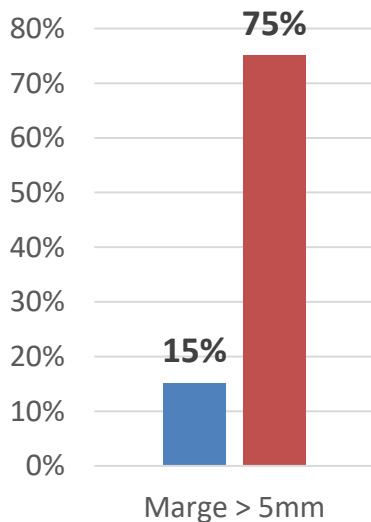
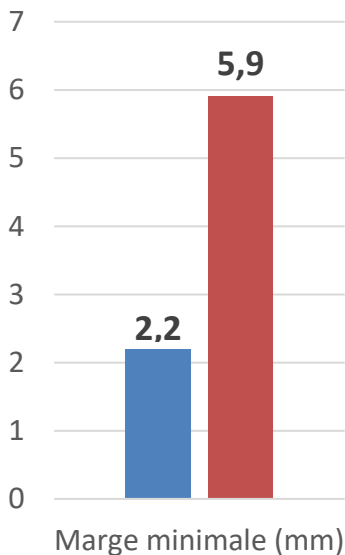




Amélioration du ciblage percutané

Essai COVER-ALL

(MD Anderson, micro-ondes, 50% colorectal)



L'ablathermie est efficace !

	Essai CLOCC Bras RFA	Essai EPOC (EORTC Nordlinger) Bras chimio et taille < 4 cm
Nombre patients	55	81
Nombre médian métastases	4	1
Récidive locale par lésion	5,5% 2,9% si < 3 cm	6%
Récidive locale par patient	14,5%	7,4%