

Le bevacizumab protégerait le foie de la toxicité chimio-induite

Emmanuel Mitry

Service d'hépatogastro-entérologie
et oncologie digestive, Hôpital Ambroise Paré, APHP, Boulogne-Billancourt
<emmanuel.mitry@apr.aphp.fr>

Des altérations histopathologiques hépatiques ont été rapportées après chimiothérapie néoadjuvante des métastases hépatiques d'origine colorectale et pourraient s'accompagner d'une augmentation du risque de complications postopératoires [1]. Une chimiothérapie par oxaliplatine est associée à une augmentation du risque de survenue de lésions vasculaires hépatiques (dilatation sinusoidale), alors qu'une chimiothérapie par irinotecan entraîne une augmentation du risque de stéatose et de stéatohépatite. Une augmentation de la mortalité postopératoire a été rapportée après stéatohépatite [2].

Les résultats d'une étude rétrospective de l'équipe de chirurgie hépatique du MD Anderson (Houston) suggèrent un effet protecteur du bevacizumab sur le risque de survenue d'une atteinte sinusoidale hépatique [3]. En effet, dans une série de patients opérés de métastases hépatiques après chimiothérapie néoadjuvante par association de 5-fluorouracile et oxaliplatine avec (n = 62) ou sans (n = 43) bevacizumab, il était observé significativement moins souvent de lésions sinusoidales chez les patients ayant reçu un traitement avec du bevacizumab. Le risque de dilatation sinusoidale était globa-

lement de 53,5 % chez les patients traités sans bevacizumab contre 27,4 % chez les patients traités avec bevacizumab (p = 0,006). Le risque de dilatation sinusoidale modérée à sévère (grade 2-3) était de 27,9 % chez les patients traités sans bevacizumab contre 8,1 % chez les patients traités avec bevacizumab (p = 0,006) (figure 1). Ces constatations étaient indépendantes de la durée de la chimiothérapie.

Les auteurs ne précisent malheureusement pas les conséquences cliniques

éventuelles, au cours de l'intervention, en postopératoire ou à plus long terme, de ces observations histologiques et des informations complémentaires seront nécessaires avant de pouvoir porter des conclusions et en tirer d'éventuelles recommandations concernant la prise en charge des patients.

Références

1. Karoui M, et al. *Ann Surg* 2006 ; 243 : 1-7.
2. Vauthey JN, et al. *J Clin Oncol* 2006 ; 24 : 2065-72.
3. Ribero D, et al. *Cancer* 2007 ; 110 : 2761-7.

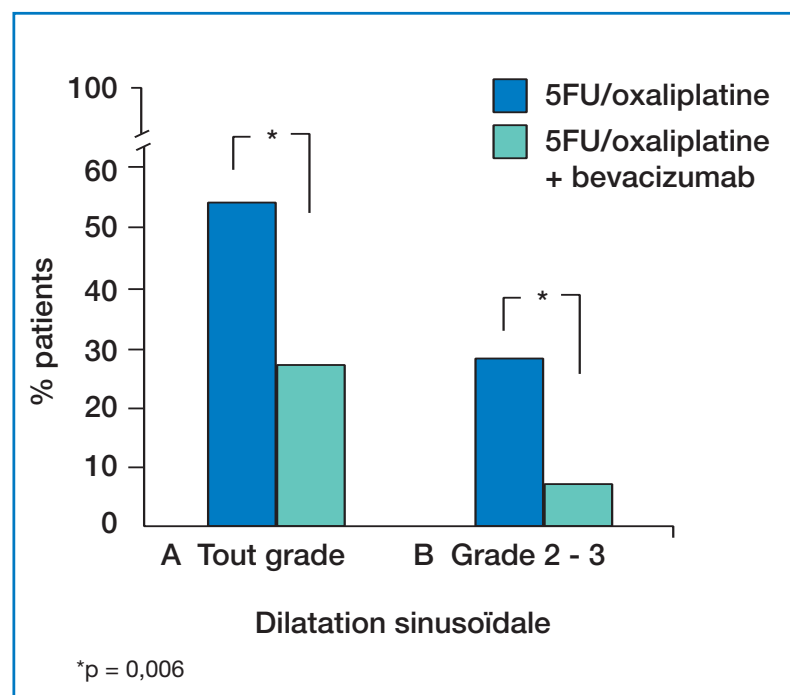


Figure 1. Fréquence de survenue d'une dilatation sinusoidale en fonction du type de chimiothérapie (d'après [3]).