

TRANSPLANTATION HÉPATIQUE POUR CHC UNE INDICATION DE CHOIX CHEZ DES PATIENTS SÉLECTIONNÉS !

Plus d'un million de nouveaux cas de carcinome hépatocellulaire (CHC) sont diagnostiqués chaque année dans le monde, avec une médiane de survie comprise entre 6 et 9 mois. Faute de mieux, la résection complète (RO) reste le traitement curatif de référence, mais n'est possible que dans 10 à 15 % des cas. De plus, une cirrhose sous-jacente, présente dans 80 % des cas, vient grever mortalité et morbidité opératoires, tout en constituant un facteur majeur de récurrence néoplasique. Dans un contexte curatif, la transplantation hépatique (TH) représenterait la solution idéale traitant en un temps (en l'absence d'évolution secondaire) le CHC et la cirrhose. Cependant, les résultats initiaux défavorables de la TH pour CHC l'ont longtemps écartée de principe de la discussion thérapeutique. Depuis 1996, plusieurs publications font état de résultats bien meilleurs si des critères de sélection stricts sont appliqués. Il s'agit surtout des critères de Milan [1]. En cas de tumeur unique, son diamètre ne doit pas dépasser 5 cm, alors que pour les CHC multifocaux le nombre maximal de foyers doit être de 3, chacun mesurant moins de 3 cm de diamètre. En outre, il ne doit pas y avoir d'atteinte ganglionnaire ou vasculaire décelable. Une telle sélection permet d'obtenir une survie à 4 ans de 85 % (identique à celle des patients transplantés dans le même centre pour une autre cause) contre moins de 50 % en cas de non respect de ces critères.

Une étude américaine rétrospective de grande ampleur présentant l'évolution des résultats des TH pour CHC aux USA, entre 1987 et 2001, vient valider ces critères et rétablir la place de la TH pour CHC, chez les patients ainsi sélectionnés [2].

Résultats : Durant 14 ans, 48 887 patients ont bénéficié d'une TH aux USA. Après élimination des enfants, des perdus de vue et des multi-transplantés, 34 324 pts demeuraient dans l'étude dont 985 pts (2,9 %) transplantés pour CHC. Ce pourcentage est resté stable durant les 14 années de l'étude. Les patients transplantés pour CHC étaient significative-

ment plus âgés, de sexe masculin, plus souvent hypertendus ou diabétiques que les patients transplantés pour une autre cause. Les temps d'ischémie froide du transplant et l'âge du donneur étaient également plus élevés dans le groupe CHC de même que le pourcentage de donneurs vivants (3,03 % versus 1,26 %, $p < 0,01$). Les courbes de survie étaient significativement moins bonnes dans le groupe CHC que dans les autres indications, avec des survies à 1 an et 5 ans de respectivement 77 % vs 86,7 % ($p < 0,0001$) et 48,2 % vs 74,7 % ($p < 0,0001$). Cependant, l'analyse par intervalles de temps montre une amélioration constante des résultats de la TH pour CHC : ainsi, la survie à 5 ans passe de 25,3 % avant 1991 à 46,6 % entre 1992 et 1995, puis à 61 % entre 1996 et 2001 ($p < 0,0001$). Pendant cette même période, les taux de survie des TH pour autres indications n'étaient pas modifiés de façon significative.

Commentaires : ces résultats, issus de données nationales américaines, montrent une amélioration indiscutable en termes de survie à 5 ans de la TH pour CHC aux USA, particulièrement au cours des 5 dernières années approchant ceux des TH pour autre étiologie. Il semble certain qu'avec des critères de sélection rigoureux, la TH pour CHC devient une option thérapeutique à part entière à discuter systématiquement chez nos malades. Deux arguments supplémentaires viennent renforcer ces données : la possibilité d'effectuer des chemo-embolisations pendant la période d'attente du transplant [3] et celle de raccourcir cette dernière grâce à un donneur vivant.

Pascal ARTRU & Gérard LLEDO
Février 2004

RÉFÉRENCES

1. MAZZAFERRI V, REGALIA E, DOCI R., *N ENGL J MED* : 1996; 334 : 693-99.
2. YOO HY, PATT H, GESCHWIND JF., *J Clin Oncol* : 2003; 21 : 4329-35.
3. GRAZIADEI IW, SANDMUELLER H, WALDENBERGER P., *Liver Transplant* : 2003; 9 (6) : 557-63.

DÉTECTION PRÉCOCE DU CANCER : 2 - LE CANCER GASTRIQUE

En 2004, l'American Cancer Society recommande le dépistage de masse pour 3 cancers (sein, col utérin et côlon) et rappelle les pratiques acceptables pour la détection précoce d'autres cancers. L'estomac n'est

pas cité, car le risque est très faible aux USA. Ce risque diminue dans le monde, mais l'incidence (nombre annuel de cas pour 100 000 personnes) varie selon le pays. Encore faut-il tenir compte de la struc-