

## **Les Nouvelles Règles d'Accès à la Transplantation Hépatique pour les Malades ayant un Carcinome Hépatocellulaire (CHC)**

### **Professeur Gilles PELLETIER**

1. AP-HP Hôpital Paul Brousse, Centre Hépato-Biliaire, Villejuif, France
2. Univ Paris-Sud, UMR-S 785, Villejuif, F-94800, France
3. Inserm, Unité 785, Villejuif, F-94800, France

La transplantation hépatique (TH) est le meilleur traitement du Carcinome Hépatocellulaire (CHC) sur hépatopathie chronique chez des malades sélectionnés. En effet la TH traite à la fois le cancer et la maladie prédisposant au cancer. Le CHC est devenu l'indication principale de TH en France avec la cirrhose grave. Durant ces 3 dernières années des modifications importantes des critères de sélection des meilleurs candidats à la TH et des règles d'attribution des greffons ont été implémentés par l'Agence de Biomédecine.

#### **1- Critères de sélection**

Pendant des années les critères de Milan ont servi de référence pour sélectionner les malades à faible risque de récurrence post-TH. En 2012, C Duvoux et al ont proposé « le modèle AFP » (*Gastroenterology* 2012) à partir de l'expérience française de transplantation pour CHC en France. Ce modèle permet de retenir des patients ayant un peu plus de tumeurs que les critères de Milan et prend en compte l'agressivité tumorale par le biais de l'AFP. Sont retenus les malades ayant un score au maximum de 2.

**Table 2.** Simplified, User-Friendly Version of the AFP Model

Variables	$\beta$ coefficient	Hazard ratio	Points
Largest diameter, <i>cm</i>			
$\leq 3$	0	1	0
3–6	0.272	1.31	1
$> 6$	1.347	3.84	4
Number of nodules			
1–3	0	1	0
$\geq 4$	0.696	2.01	2
AFP level, <i>ng/mL</i>			
$\leq 100$	0	1	0
100–1000	0.668	1.95	2
$> 1000$	0.945	2.57	3

## 2-Accessibilité à la TH

La pénurie de greffons hépatiques en France s'accroît régulièrement avec un nombre de greffons disponibles qui stagne autour de 1100/an pour un nombre de nouveaux inscrits sur liste supérieur à 1500 (données de l'ABM 2012 : 1161 greffons fonctionnels pour 1717 nouveaux inscrits). Il y a donc une forte concurrence entre les malades inscrits pour les 2 principales causes de TH : insuffisance hépatique et CHC. Le système de répartition basé sur le score de MELD défavorisait les malades ayant un CHC : il a alors été donné des points à l'ancienneté aux malades ayant un CHC. Il est alors devenu difficile de transplanter les malades ayant une cirrhose grave ! L'ABM a donc proposé fin 2013 un nouveau système de répartition plus « équitable » tout en favorisant les greffes les plus « utiles ». La philosophie est l'attribution du greffon au malade le plus malade avec une mortalité post-opératoire minimale. Il est proposé de favoriser les alternatives à la TH pour les petites tumeurs uniques et de privilégier les malades ayant un CHC mal contrôlé par les traitements d'attente. L'item tumeur active a été rajoutée dans la base Crystal en décembre 2013. Cela aboutit à un algorithme complexe qui sera discuté.

Pour les malades ayant un CHC résécable il est proposé de les inscrire puis de les réséquer. Il ne gagne alors plus de points pour le CHC mais en cas de récurrence, un accès à la TH sera proposé dans les 3 à 6 mois. Pour les tumeurs multiples, la rapidité de l'accès à la TH dépendra de la qualité du contrôle par les traitements d'attente.

Ce système de gestion de la pénurie de greffons aboutit à défavoriser les malades qui ont les meilleurs résultats post-TH (petites tumeurs, malades bien contrôlés) et expose à des dérives. Une réévaluation régulière des pratiques est donc nécessaire. On n'a donc pas fini de modifier les règles d'attribution des greffons pour les CHC !