



Modification du système d'allocation des greffons pour le carcinome hépatocellulaire en 2016

Professeur Sébastien Dharancy, Service d'Hépatogastroentérologie, CHU Lille

Depuis mars 2007, en l'absence de malades inscrits pour une transplantation hépatique en super urgence, l'allocation des greffons hépatiques en France se fait via le « Score foie » qui fait coexister deux modèles de cinétique d'accès à la greffe entraînant une compétition entre l'indication « cirrhose isolée » (= absence de CHC) gouvernée par le principe d'utilité (attribution du greffon au malade le plus grave uniquement sur la base du MELD) et l'indication « CHC TNM2 » essentiellement gouvernée par la prise en compte de la durée d'attente sur liste.

Pour les malades en attente de greffe pour CHC, il est admis que la durée d'attente ne reflète absolument pas l'urgence à être greffé. En effet, ce système d'attribution ne prend pas en compte la gravité intrinsèque et évolutive du CHC. Les malades sans tumeur en place (résection), avec tumeur inactive (radiofréquence, chimio embolisation) ou ceux avec une tumeur active intraitable sur liste d'attente partagent actuellement le même paramétrage de progression au score qui les met en compétition après 12 à 18 mois d'attente à la fois entre eux, mais aussi avec des malades inscrits pour cirrhose isolée MELD > 30.

Le groupe de travail « CHC » de l'Agence de la Biomédecine composé de représentants des sociétés savantes AFEF, ACHBT et SIAD, s'est réuni à plusieurs reprises depuis 2011. Ils ont fait différentes propositions dont l'utilisation du score α -foeto-protéine, mis en place dès octobre 2012. Ce score dynamique prenant en compte le nombre, la taille du CHC et le taux α -foeto-protéine sur liste d'attente annule les points de la durée d'attente en cas de risque de récurrence du CHC après transplantation hépatique > 50%. Plus récemment, ce groupe de travail a également proposé d'introduire de l'utilité dans le système d'attribution des patients inscrits pour CHC et de favoriser l'attribution des greffons aux malades avec CHC:

- 1) n'ayant aucune alternative thérapeutique curative;
- 2) en prenant en compte l'hétérogénéité des CHC inscrits et la possibilité de traitement curatif ;
- 3) présentant une récurrence à distance d'un traitement curatif.

Concrètement, dans quelques mois les futures règles d'allocation des greffons pour CHC consisteront (cf algorithme ci-dessous) :

1) Pour les malades inscrits avec un CHC-TNM2 score α FP < 2, accessibles à un traitement curatif alternatif à la greffe (radio-fréquence, résection), à attribuer les greffons hépatiques :

a. selon une composante identique aux cirrhoses isolées, ne tenant compte que du MELD, tant qu'ils sont répondeurs (absence de tumeur active en RCP) ;

b. selon une nouvelle composante CHC-TNM2 donnant 650 points en 6 mois à partir de la date de récurrence en cas de récurrence du CHC score α FP<2 attestée en RCP survenant à distance d'un traitement curateur (Durée \geq 6 mois par rapport à la date de rémission);

2) Pour les malades inscrits avec un CHC-TNM2 score α FP<2, non accessibles à un traitement à visée curative, à attribuer les greffons hépatiques :

a. selon la composante CHC-TNM2 actuelle s'il n'y a pas de contre-indication à un traitement d'attente

b. selon une nouvelle composante expert à 650 points en 9 mois en cas de contre-indication argumentée à un traitement d'attente et de score MELD<15 (ne permettant pas de se voir attribuer un greffon dans un délai compatible avec la progression de la maladie tumorale avec la composante CHC-TNM2 actuelle).

La stratégie développée à travers ce nouvel algorithme est de transposer le système des points « Score au MELD » (en greffant en priorité les MELD élevés) aux malades inscrits pour CHC, en greffant en priorité les malades avec tumeur en place dans le cadre d'une récurrence après un traitement à visée curative ou en cas de contre-indication argumentée à un traitement à visée curative sans cirrhose décompensée sous-jacente (= sans possibilité d'avoir des propositions via le score foie si MELD < 15).

Il s'agit donc de ne plus proposer la greffe hépatique d'emblée aux malades inscrits sur liste d'attente pour un CHC accessible à un traitement curateur sans cirrhose décompensée. Un certain nombre de greffons hépatiques pourraient ainsi être redistribués vers des malades estimés plus urgents. Pour les malades inscrits avec un CHC, non traité ou avec une réponse partielle après traitement, les modalités d'accumulation des points au Score en fonction de l'ancienneté sur liste et en fonction de la valeur du MELD, restent identiques.

