



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



AVRIL 2022



FICHES POUR LA PRATIQUE

CANCER DU FOIE

/Repérage et suivi des patients
à risque en médecine générale

» L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, l'Institut national du cancer est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Groupement d'intérêt public, il rassemble en son sein l'État, les grandes associations de lutte contre le cancer, les caisses d'assurance maladie, les fédérations hospitalières et les organismes de recherche.

» Ses missions

- Assurer une approche globale des pathologies cancéreuses
- Stimuler l'innovation
- Produire des expertises et recommandations pour les décideurs et professionnels de santé
- Animer les organisations territoriales en cancérologie
- Analyser les données pour mieux orienter l'action
- Informer et diffuser les connaissances liées aux cancers

» Cette fiche fait partie de la collection « Outils pour la pratique » à destination des médecins généralistes.

Elle vise à aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne à repérer les patients à risque de cancer du foie et à proposer une conduite de suivi de ces patients en articulation avec l'hépatogastro-entérologue. Le contenu de cette fiche a été élaboré dans le cadre d'une expertise sanitaire.

Cet outil d'aide à la pratique a été élaboré à partir des travaux et outils existants, notamment les recommandations de l'Institut national du cancer, de la Haute Autorité de santé et le cas échéant de sociétés savantes (Association Française pour l'étude du foie et European Association for the study of the liver notamment).

L'expertise s'appuie à la fois sur une analyse de la littérature et la constitution d'un groupe de travail. Ce groupe de travail, multidisciplinaire, comprenait des professionnels concernés par la problématique : médecins généralistes, hépatogastro-entérologues, médecins de santé publique, et épidémiologiste. Sa composition est disponible en fin de document.

Une phase de relecture restreinte a également été organisée en vue de recueillir le commentaire de relecteurs externes sur le document. Les relecteurs sont mentionnés en annexe fin de document.

Les références bibliographiques utilisées sont mentionnées en page 18.

La liste des experts du groupe de travail et des personnes sollicitées au titre de la relecture figure en page 17.

Le présent document constitue un référentiel de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie pris en application du 2° de l'article L.1415-2 du code de la santé publique et a été soumis à la commission des expertises de l'Institut national du cancer en date du 17/01/2022.

Cette expertise sanitaire a été adoptée par décision du Président de l'Institut N° 2022-18 en date du 28/02/2022, publiée au Registre des actes administratifs de l'Institut.

Ce document doit être cité comme suit : © *Repérage et suivi des patients à risque en médecine générale*, INCa, édité en avril 2022.

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que : (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.

Ce document est téléchargeable sur e-cancer.fr

PRÉAMBULE

À ce jour, il n'existe pas de biomarqueur suffisamment performant pour le dépistage du carcinome hépatocellulaire (CHC).

Cependant, on sait d'une part que 90 % des CHC se développent sur une cirrhose et que l'incidence annuelle du CHC sur foie cirrhotique est de 1 à 5 % et d'autre part que la stéatopathie non alcoolique ou « non alcoholic fatty liver disease » (NAFLD) est une maladie chronique du foie particulière au cours de laquelle le CHC se développe sur foie non cirrhotique dans 25 % à 50 % des cas.

Un suivi semestriel des patients avec cirrhose favorise un diagnostic et un traitement du CHC à un stade précoce où le traitement curatif est possible. Le repérage de la cirrhose lorsqu'elle est encore asymptomatique permet de débiter sans retard chez ces patients ce suivi semestriel du CHC. Le diagnostic de cirrhose s'accompagne également de la mise en place

des mesures permettant d'éviter les autres complications hépatiques (prophylaxie primaire de la rupture de varice oesophagienne, traitement de la cause de la maladie chronique du foie, renforcement des soins des facteurs aggravants).

Des tests non invasifs sont disponibles pour le repérage de la fibrose hépatique/cirrhose chez les patients asymptomatiques avec facteurs de risque, notamment des scores simples calculés à partir d'un bilan sanguin et d'appareils d'élastométrie hépatique.

Les scores doivent être utilisés en première ligne. Certains de ces scores sont accessibles à tous, car ils utilisent des marqueurs sériques courants et leur calcul est gratuit (sites web, applications smartphones). Une suspicion de fibrose hépatique avancée/cirrhose évoquée par un tel score doit être confirmée par la réalisation d'un bilan sanguin spécialisé ou par une élastométrie hépatique.

SOMMAIRE

1	Le cancer du foie	5
2	Repérage et exploration des patients à risque de cirrhose	6
3	Repérage et suivi des patients atteints de cirrhose	10
4	Annexes	12
	Ressources	16
	Liste des participants et références	17

1

LE CANCER DU FOIE

Le cancer du foie représente 10 580 nouveaux cas de cancers et 8 697 décès en France en 2018. Il s'agit du 4^e cancer le plus mortel chez l'homme et le 7^e chez la femme. L'incidence de ce cancer est globalement stable chez les hommes (+0,4 % par an depuis 2010), mais augmente chez les femmes (+2,7 % par an depuis 2010).

La survie à 5 ans des patients atteints de cancer du foie est seulement de 18 %, mais augmente à 50 % pour ceux éligibles à la résection ou à l'ablation hépatique .

90 % des cancers du foie sont des carcinomes hépatocellulaires (CHC). Le CHC se développe dans 90 % des cas sur un foie cirrhotique. Une faible proportion de CHC se développe sur des foies atteints de maladie chronique au stade pré-cirrhotique (hépatites B et C notamment) et une proportion extrêmement faible de CHC se développe sur foie sain.

L'action proactive du médecin généraliste pour identifier les patients atteints de cirrhose, prévenir sa progression et assurer un suivi adapté est déterminante tant en termes de réduction du risque d'évolution vers un cancer du foie que de mortalité propre à ce cancer. 77 % des cancers du foie pourraient être prévenus.

2

REPÉRAGE ET EXPLORATION DES PATIENTS À RISQUE DE CIRRHOSE

La cirrhose et le cancer du foie sont caractérisés par des états majoritairement asymptomatiques, dont la détection à un stade précoce nécessite l'action proactive du médecin généraliste pour la recherche, l'identification et l'exploration initiale des patients à risque de cirrhose :

- recherche et identification des patients à risque ;
- évaluation du risque de fibrose suivi le cas échéant d'une échographie abdominale.

Recherche et identification des patients à risque

L'alcool est le principal facteur de risque, responsable de 48 % des nouveaux cas de cancer du foie.

Les autres facteurs de risque majeurs sont :

- l'obésité et le surpoids ;
- le diabète de type 2 ;
- l'infection par les virus de l'hépatite B/D et C ;
- le tabac.



► Pour un patient asymptomatique, présentant au moins un facteur de risque, il est nécessaire d'intervenir sur les facteurs de risque identifiés pour réduire le risque de développement ou d'évolution de la fibrose.

TABLEAU 1. SITUATIONS À RISQUE DE CIRRHOSE CHEZ DES PATIENTS ASYMPTOMATIQUES

■ Consommation excessive d'alcool [Tableau 2]
■ Suspicion de stéatose hépatique en présence de facteurs de risque métaboliques (surpoids ou obésité, diabète de type 2) et/ou d'une stéatose à l'échographie et/ou d'une cytolysé [Tableau 3]
■ Infection chronique par les virus de l'hépatite B ou C [Tableau 4]

TABLEAU 2. CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL

- Repères de consommation à moindre risque : 10 verres standards par semaine et pas plus de 2 verres standards par jour.
- En cas de consommation d'alcool supérieure aux repères, le professionnel de santé peut évaluer le risque de dépendance par l'utilisation des questionnaires FACE et AUDIT [cf. Annexes 1 et 2], proposer une intervention brève et orienter vers un accompagnement.

TABLEAU 3. LE SYNDROME MÉTABOLIQUE EST DÉFINI PAR LA PRÉSENCE D'AU MOINS TROIS DES FACTEURS DE RISQUE SUIVANTS :

Tour de taille	> 94 cm pour un homme* > 80 cm pour une femme*
Triglycérides	> 1,50 g/L (ou traitement hypolipémiant)
HDL cholestérol	< 0,40 g/L pour un homme < 0,50 g/L pour une femme
Pression artérielle	≥ 130/85 mm Hg (ou traitement anti-hypertenseur)
Glycémie à jeun	≥ 1,00 g/L (ou diabète de type 2)

* Chiffres donnés à titre indicatif et correspondant aux seuils de références pour les types caucasien, méditerranéen et Moyen-Orient et d'Afrique sub-saharienne. Ces seuils sont respectivement de 90 cm et 80 cm pour le type asiatique. Aux Etats-Unis et au Canada, les seuils de référence sont de 102 cm et de 88 cm.

TABLEAU 4. PRINCIPALES POPULATIONS À RISQUE D'INFECTION PAR LES VIRUS DES HÉPATITES B ET C

Population à risque d'hépatite B	<ul style="list-style-type: none"> ■ Personnes ayant des rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples ■ Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ■ Personnes ayant un partenaire sexuel AgHBs positif ■ Usagers de drogue par voie intraveineuse partageant leur matériel d'injection ■ Personnes tatouées ou ayant réalisé un piercing dans des conditions d'asepsie non optimales ■ Personnes originaires d'Afrique sub-saharienne et en Asie
Population à risque d'hépatite C	<ul style="list-style-type: none"> ■ Usagers de drogue par voie intraveineuse partageant leur matériel d'injection



► Il est recommandé d'adresser les patients atteints d'infection chronique par les hépatites virales B ou C à un hépato-gastro-entérologue avec les résultats du bilan sanguin de suspicion de fibrose (cf. Tableau 5).

Évaluation du risque de fibrose

TABLEAU 5. BILAN SANGUIN EN CAS DE SUSPICION DE FIBROSE

- NFS-plaquettes
- Bilirubine totale, activité des alanine aminotransférase (ALAT), aspartate aminotransférase (ASAT), γ glutamyl transférase (γGT) et phosphatase alcaline (PA)
- Électrophorèse des protéines
- Temps de Quick
- Glucose, triglycérides, cholestérol
- Ferritine, coefficient de saturation de la transferrine
- Antigène HBs, anticorps anti-HBs, anticorps anti-HBc
- Anticorps anti-VHC

Des tests non invasifs de repérage de la fibrose sont disponibles et accessibles gratuitement en médecine générale. Dans la ligne des recommandations de l'EASL (cf. Annexe 3) et selon les recommandations de l'AFEF pour les patients ayant un syndrome métabolique, le calcul du score FIB-4 à partir de l'âge et des éléments du bilan sanguin diagnostique (ASAT, ALAT et plaquettes, cf. Tableau 5) est indiqué : un chiffre supérieur à 2,67 évoque un très haut risque de fibrose avancée mais ce résultat doit être confirmé

par une mesure d'élasticité hépatique ; un chiffre inférieur à 1,30 écarte un risque de fibrose avancée.

Formule de calcul du score FIB-4 :

$$FIB - 4 = \frac{\text{Age (ans)} \times \text{ASAT (UI/L)}}{\text{Nombre de plaquettes (10}^9\text{/L)} \times \sqrt{\text{ALAT (UI/L)}}}$$

À défaut d'être fourni directement par le laboratoire d'analyses médicales, le score FIB-4 peut être calculé en ligne gratuitement sur divers sites².



► Le risque de fibrose est à réévaluer tous les ans.



► En cas de très haut risque de fibrose avancée, l'orientation vers l'hépatologue est accompagnée de la transmission des résultats du bilan sanguin de suspicion de fibrose [Tableau 5] et des résultats d'une échographie abdominale [Tableau 6] sont transmis à l'hépatologue lors de l'orientation du patient.

2. <https://www.cregg.org/commissions/hepatologie/calculateur-score-fibrosis-4-fib-4/>
<http://medicalcul.free.fr/fib4.html>

TABLEAU 6. BILAN D'ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE - EXEMPLE DE COMPTE RENDU

Foie	
■ Contours bosselés	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
■ Échostructure	<input type="checkbox"/> Homogène <input type="checkbox"/> Hétérogène <input type="checkbox"/> Macro-nodulaire
Existence d'une lésion focale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Prise de contraste si injection de produit de contraste échographique	Description : <input type="checkbox"/> Artériel <input type="checkbox"/> Lavage portal <input type="checkbox"/> Lavage tardif
Flux	
■ Tronc porte	<input type="checkbox"/> Hépatopète <input type="checkbox"/> Hépatofuge <input type="checkbox"/> Flux stagnant ou Inversé
■ Branches portales droites	<input type="checkbox"/> Hépatopète <input type="checkbox"/> Hépatofuge <input type="checkbox"/> Flux stagnant ou Inversé
■ Branches portales gauches	<input type="checkbox"/> Hépatopète <input type="checkbox"/> Hépatofuge <input type="checkbox"/> Flux stagnant ou Inversé
Vitesse maximale dans le tronc porte (incidence tir Doppler inférieur à 55-60°)	__ cm/sec
Rate : mesure du grand axe	__ cm
Existence de voies de dérivation portosystémiques	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Veine para-ombilicale
Ascite	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

3

REPÉRAGE ET SUIVI DES PATIENTS ATTEINTS DE CIRRHOSE



► Un patient atteint de cirrhose a un risque annuel de 1 % à 5 % de développer un cancer du foie.

TABLEAU 7. PATIENTS PRÉSENTANT UN OU DES SIGNES DE CIRRHOSE CONSTITUÉE

- À l'examen clinique :
 - foie dur à la palpation ;
 - angiomes stellaires ;
 - splénomégalie.
- Sur le bilan biologique :
 - thrombopénie ;
 - diminution du temps de Quick.
- À l'examen d'imagerie :
 - foie à contour bosselé ;
 - dysmorphie du foie ;
 - signes d'hypertension portale.



► Pour un patient présentant au moins un signe de cirrhose constituée, le patient est adressé à un spécialiste des pathologies du foie avec les résultats d'une échographie abdominale et les résultats du bilan sanguin de suspicion de fibrose (Cf. Tableaux 5 et 6).

Le suivi conjoint par un médecin généraliste et un hépatologue doit aboutir à un suivi des patients atteints de cirrhose avec **échographie abdominale tous les 6 mois et consultation chez un hépatologue une fois par an a minima.**

La prise en soins de la ou des causes de la cirrhose est la première mesure à mettre en oeuvre pour prévenir la survenue d'un cancer du foie. L'accompagnement du patient au sevrage tabagique est également préconisé.

Les modalités du bilan de suivi complet de la cirrhose non compliquée ont été définies par la Haute Autorité de santé en 2007.

TABLEAU 8. BILAN DE SUIVI COMPLET DE LA CIRRHOSE NON COMPLIQUÉE

■ Échographie abdominale	Tous les 6 mois
■ Dosage sérique d'alfa-foetoprotéine	
■ Consultation chez l'hépatologue	Tous les ans
■ Examens biologiques : <ul style="list-style-type: none"> ■ bilirubine totale et activités des ASAT, ALAT et γGT; ■ temps de Quick, albumine ; ■ NFS-plaquettes ; ■ créatinine ; ■ glucose à jeun. 	Tous les ans
■ Endoscopie oeso-gastro-duodénale	Tous les 1 à 3 ans

Le médecin généraliste coordonne le parcours de soins et la synthèse des éléments médicaux issus de la prise en soins par des différents intervenants (hépatologues, radiologues, addictologues, endocrinologues, diététiciens, travailleurs sociaux).

4

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire FACE

QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE FACE

(FAST ALCOHOL CONSUMPTION EVALUATION)
 REPÉRAGE DES CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	Non				Oui	
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	Non				Oui	
5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	Non				Oui	
TOTAL						<input type="text"/>

INTERPRÉTATIONS DU RÉSULTAT

- Pour un score égal ou supérieur à 5 chez l'homme et 4 chez les femmes, un mésusage est à suspecter.
- Pour les deux sexes, un score supérieur ou égal à 9 est en faveur d'une dépendance.

Société Française d'Alcologie, 2015.

Point d'attention : Ce test a pour but de repérer les personnes présentant des troubles de l'usage d'alcool et n'est pas basé sur les repères de consommation qui visent eux à présenter un seuil de consommation d'alcool à moindre risque pour la santé. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site alcoolfre-service.fr

Annexe 2 : Questionnaire AUDIT

QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE AUDIT

(ALCOHOL USE DISORDERS TEST)
 REPÉRAGE DES CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES

Les dix questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1. À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2. Combien de verre d'alcool consommez vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3. À quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus en une même occasion ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous avez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	


QUESTIONNAIRE AUDIT

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

TOTAL
INTERPRÉTATIONS DU RÉSULTAT

- Un score supérieur ou égal à 7 chez l'homme et à 6 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool

- Un score supérieur à 12 chez l'homme et chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool

Société Française d'Alcologie, 2015.
Point d'attention : Ce test a pour but de repérer les personnes présentant des troubles de l'usage d'alcool et n'est pas basé sur les repères de consommation qui visent à présenter un seuil de consommation d'alcool à moindre risque pour la santé. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site alcoo-info-service.fr
**Annexe 3 : recommandations de l'EASL
(European Association for the Study of the Liver)**
Dernières recommandations européennes sur l'évaluation non invasive de la fibrose hépatique

- Les tests de fibrose non invasifs doivent être utilisés pour exclure plutôt que pour diagnostiquer une fibrose avancée dans les populations à faible prévalence (niveau de preuve 1, recommandation forte).
- Les tests de fibrose non invasifs doivent être préférentiellement utilisés chez les patients à risque de fibrose hépatique avancée (tels que les patients présentant des facteurs de risque métaboliques et/ou une utilisation nocive d'alcool) et non dans les populations générales non sélectionnées (niveau de preuve 2, recommandation forte).
- L'ALAT, l'ASAT et la numération plaquettaire devraient faire partie du processus d'investigation en soins primaires chez les patients suspectés de maladie du foie, en effet des tests simples non invasifs peuvent être facilement calculés (niveau de preuve 2, recommandation forte).
- Le calcul automatique et le « reporting » systématique des scores de fibrose non invasifs tels que FIB-4, dans les populations à risque de fibrose hépatique (individus avec facteurs de risque et/ou usage nocif d'alcool) en soins primaires, sont recommandés afin d'améliorer la stratification des risques et lien avec les soins (niveau de preuve 2, recommandation forte).

RESSOURCES

› Documents et site internet

- Institut national du cancer - Accueil (e-cancer.fr)
- alcool-info-service.fr/
- https://www6.inrae.fr/nacre
- http://www.hepatites-info-service.org/
- https://www.santepubliquefrance.fr/
- https://www.has-sante.fr/
- https://afef.asso.fr/
- https://www.cregg.org/
- https://easl.eu/

LISTE DES PARTICIPANTS ET RÉFÉRENCES

› Groupe de travail

- **Pr Etienne AUDUREAU**, médecin de santé publique, CHU Henri Mondor de Créteil
- **Dr Charlotte COSTENTIN**, médecin gastro-entérologue et hépatologue, CHU de Grenoble
- **Pr Bernard FRECHE**, médecin généraliste, Royan et Université de Poitiers
- **Dr Jean-Pierre JACQUET**, médecin généraliste, Saint-Jean-d'Arvey
- **Pr Pierre NAHON**, médecin gastro-entérologue et hépatologue, CHU Jean Verdier de Bondy
- **Dr Isabelle ROSA**, médecin gastro-entérologue et hépatologue, CHI de Créteil
- **Pr Marie ZINS**, médecin épidémiologiste, INSERM UVSQ Université Paris

Chaque expert a participé *intuitu personae*. L'Institut a analysé la déclaration publique d'intérêts (DPI) de chaque expert préalablement à sa participation et tout au long des travaux au regard des points traités dans le cadre de l'expertise. Des experts ont reçu dans le cadre de conventions des avantages et/ou rémunérations de la part d'industries de santé, dont certaines parmi les huit membres fondateur de l'association FIAC. L'Institut n'a pas identifié de risque de conflit d'intérêts. Chaque DPI est publiée sur le site unique DPI-SANTE.

› Relecture externe

- **Pr Nathalie GANNE-CARRIE**, Association française pour l'étude du foie (AFEF)
- **Dr Eric BULEUX**, Fédération nationale des malades et transplantés hépatiques (TransHépate)
- **André LE TUTOUR**, Fédération nationale des malades et transplantés hépatiques (TransHépate)
- **Dr Pascal MELIN**, SOS Hépatites Fédération
- **Dr Marie-Eve ROUGE-BUGAT**, médecin généraliste (CNGE, CMG)
- **Pr Jean-Marie PERON**, Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE)

› Pour l'Institut national du cancer

- **Morgane MINVIELLE**, département Prévention, pôle Santé publique et soins jusqu'en décembre 2019
- **Julie GAILLOT de SAINTIGNON**, responsable du département Prévention, pôle Santé publique et soins jusqu'en janvier 2021
- **Sarah DERHY**, département Prévention, pôle Santé publique et soins
- **Dr Alice DESBIOLLES**, département Prévention, pôle Santé publique et soins
- **Frédéric de BELS**, responsable du département Prévention, pôle Santé publique et soins
- **Dr Jean-Baptiste MERIC**, Directeur du Pôle Santé publique et soins

» Références

- Alberti, K G, et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 2009;120:1640–1645.
 - Association française pour l'étude du foie (AFEF). Recommandations pour le diagnostic et le suivi non-invasif des maladies chroniques du foie. AFEF ; juillet 2020 : afef.asso.fr
 - Berzigotti A, et al. EASL Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis – 2021 update, *Journal of Hepatology*. 2021 ; 75(3):659-68.
 - Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2018 : gco.iarc.fr
 - Coureau G, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018, Synthèse. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, juillet 2021, 20p. e-cancer.fr
 - Defossez G, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Synthèse. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019 : e-cancer.fr
 - Haute Autorité de santé. Surveillance des malades atteints de cirrhose non compliquée et prévention primaire des complications. Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé; septembre 2007.
 - Haute Autorité de santé et Institut national du cancer. ALD n° 30 - Cancer primitif du foie. Saint-Denis La Plaine : Haute Autorité de santé ; Boulogne-Billancourt, Institut national du cancer ; avril 2012.
 - Haute Autorité de santé. Outil d'aide au repérage et à l'intervention brève. has-sante.fr
- Cette fiche est également consultable en ligne sur le site de l'INCa : Institut national du cancer - Accueil (e-cancer.fr)



Édité par l'Institut national du cancer (INCa)
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : INCa
Réalisation : INCa
Illustrations : INCa

ISBN : 978-2-37219-884-4
ISBN net : 978-2-37219-885-1

DEPÔT LÉGAL AVRIL 2022

RETROUVEZ SUR E-CANCER.FR UNE COLLECTION D'OUTILS PRATIQUES POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Disponibles gratuitement en version interactive et à la commande



LES OUTILS POUR LA PRATIQUE PAR LOCALISATION DE CANCER

(comprenant la démarche diagnostique, le bilan initial, les modalités thérapeutiques de première intention, la gestion des effets indésirables et les examens de suivi)

- Cancers du sein
- Cancers bronchopulmonaires
- Cancers des voies aérodigestives supérieures
 - Cancers colorectaux
 - Cancers de l'ovaire
 - Cancers de la thyroïde
 - Cancers du pancréas
- Lymphomes anaplasiques à grandes cellules associés à un implant mammaire (LAGC-AIM)

LES FICHES THÉMATIQUES

- L'arrêt du tabac chez le patient atteint de cancer
- Repérage de la souffrance psychique des patients atteints de cancer
 - Prescription des prothèses externes (capillaires et mammaires) chez les patients atteints de cancer

Le guide digital « **ORGANISATION DES SOINS EN CANCÉROLOGIE** »
(décrivant les éléments clés de l'organisation des soins en cancérologie)

COMMENT SE PROCURER LES TITRES DE LA COLLECTION ?

- Pour commander gratuitement,
rendez-vous sur :
e-cancer.fr



Pour vous informer sur la prévention,
les dépistages et les traitements des cancers,
consultez **e-cancer.fr**

