



2009

Etude longitudinale descriptive de la prise en charge des CHC dans les hôpitaux généraux en France : CHANGH : résultats préliminaires sur 325 cas.

I Rosa, J. Denis, P, Renard, AS Dobrin, R Faroux, C Becker, X Causse, R Bader, G Ledréau, F Zerouala, E Diaz, J Henrion, O Danne, AJ Rémy, B Nalet, T Morin, C Renou, H Hagège et le groupe d'étude CHANGH.

Le carcinome hépato-cellulaire (CHC) est responsable de 7000 décès par an en France. Sa prévalence est en forte augmentation, en partie en raison de l'évolution des hépatites virales chroniques, mais également d'un allongement de la survie des patients cirrhotiques et d'un meilleur suivi. Le but de l'observatoire CHANGH était d'évaluer sur une large cohorte, la survie des patients ayant un CHC de novo et d'en définir les facteurs pronostics. Les objectifs secondaires étaient de décrire l'épidémiologie actuelle du CHC en France, les modalités de prise en charge et d'évaluer les pratiques professionnelles. Cent trois hôpitaux (94 centres de l'ANGH, 4 hôpitaux militaires et 5 CHU) ont participé à cette étude observationnelle prospective. Les inclusions ont débuté le 1er mai 2008 et seront prolongées jusqu'au 30 octobre 2009 afin d'atteindre un objectif de 1000 patients inclus. Nous présentons ici les résultats préliminaires sur les 325 premières observations complètes reçues au 1er juin 2009. Malades et méthodes : Les critères d'inclusion étaient la survenue de novo d'un CHC, soit histologiquement prouvé, soit remplissant les critères radiologiques de Barcelone. Après inclusion et description des données initiales, un suivi annuel était mis en place pour une durée de 5 ans. Résultats : 784 fiches d'inclusion ont été reçues et 325 dossiers complets renvoyés. Dans 25% des cas, le diagnostic de CHC était histologique et dans 75% des cas radiologique. Le CHC survenait dans 77% des cas sur foie cirrhotique. L'étiologie de la cirrhose était l'alcool dans 68% des cas, alors que la NASH représentait la 2ème cause d'hépatopathie chronique (18%). L'hépatite chronique C et B étaient responsables respectivement de 15% et 10% des cirrhoses. Les patients étaient classés Child A, B ou C dans respectivement 43, 36 et 21% des cas. La lésion était unique dans 38 % des cas. Il existait entre 1 et 3 lésions dans 22% des cas, un CHC multifocal dans 29 % des cas et une infiltration diffuse du foie dans 11% des cas. Une thrombose portale était présente dans 29% des cas et 15% des patients étaient métastatiques au moment du diagnostic. 87% des cas ont été présentés en réunion de concertation pluridisciplinaire. Une résection chirurgicale a été proposée dans 10% des cas, une radiofréquence (RF) dans 8,5% des cas et une chimioembolisation (CE) dans 13% des cas. Une THO était proposée dans 8,5% des cas et acceptée à ce jour chez la moitié des patients, avec un traitement d'attente par RF ou CE. Le Sorafénib a été prescrit chez 61 patients, soit 19% des cas. Seul un traitement symptomatique a pu être proposé chez 134 patients (41%). 115 fiches de décès ont été reçues à un an. La cause du décès était dans 90% des cas liée au CHC ou à la cirrhose. Conclusion : Sur ces résultats préliminaires, le CHC est responsable d'une mortalité très élevée. La première cause d'hépatopathie sous-jacente reste l'alcool, mais actuellement la NASH apparaît comme la deuxième cause, devançant les hépatites virales B et C. Malgré un meilleur dépistage et un meilleur arsenal thérapeutique, seul un traitement symptomatique a pu être proposé dans la majorité des cas, traduisant un diagnostic porté à un stade encore souvent trop avancé. Ces données seront complétées par les résultats de l'ensemble de la cohorte CHANGH.

[Fermer la fenêtre](#)