

Epidémiologie et diagnostic du CHC

Marcel AUGUSTE
DESC - SCVO Rennes
janvier 2010



Quelques chiffres

- 3^{ème} cause de décès par cancer dans le monde
 - 560.000 cas diagnostiqués / an
 - 550.000 décès / an
- Incidence moyenne
 - Pays développés 8.7 / 100.000
 - Pays en voie de développement 17.4 / 100.000
- En France : 5000 à 6000 cas / an

Géographie

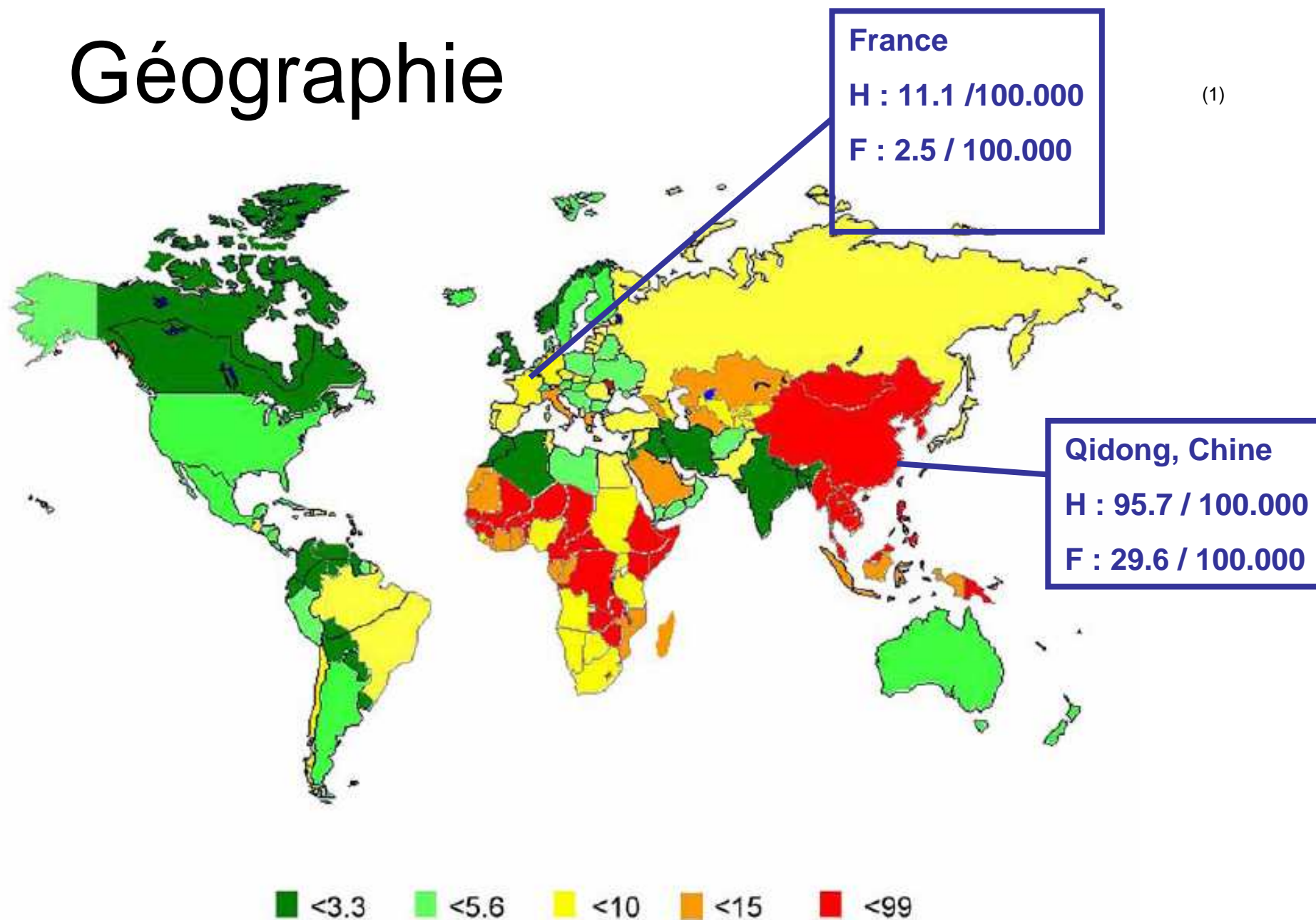


Figure I. Global incidence of liver cancer in males, 2000 (Parkin, 2001).

Facteurs de risque des CHC

(1)

- 90% des CHC se développent sur foie cirrhotique :
FDR CHC = FDR hépatopathies chroniques

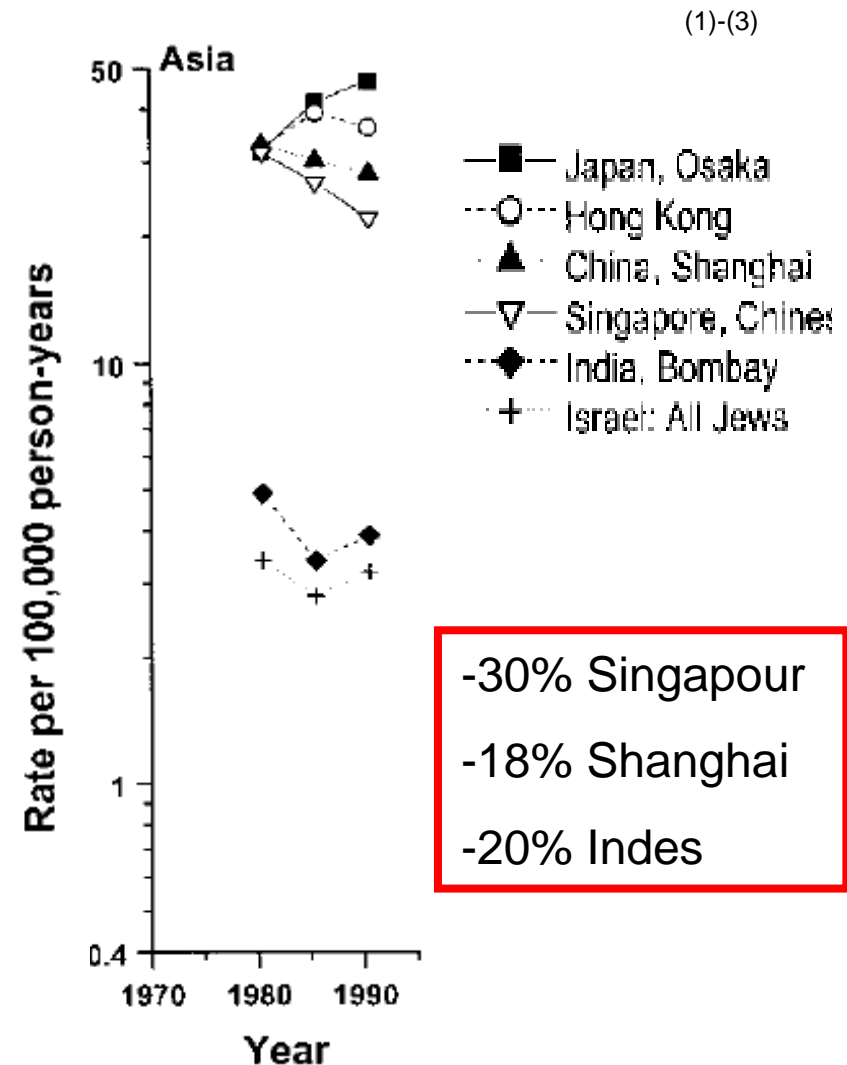
Table 1. Relationship between selected factors and risk of hepatocellular carcinoma.

| Evidence | Decreases risk | Increases risk |
|------------|---------------------|---|
| Convincing | | Hepatitis B virus, hepatitis C virus, aflatoxin B ₁ , cirrhosis, alcohol, male gender, hemochromatosis, thorotrast |
| Probable | Vegetables | Iron levels, vinyl chloride, obesity, diabetes mellitus |
| Possible | Selenium, green tea | Tobacco, anabolic steroids, androgen levels, parity, schistosomiasis, NASH |
| Unclear | | Arsenic |

- Zones forte endémie :
 - VHB
 - Intoxication aflatoxine B1
- Zones faible endémie :
 - Alcool
 - VHC
 - NASH

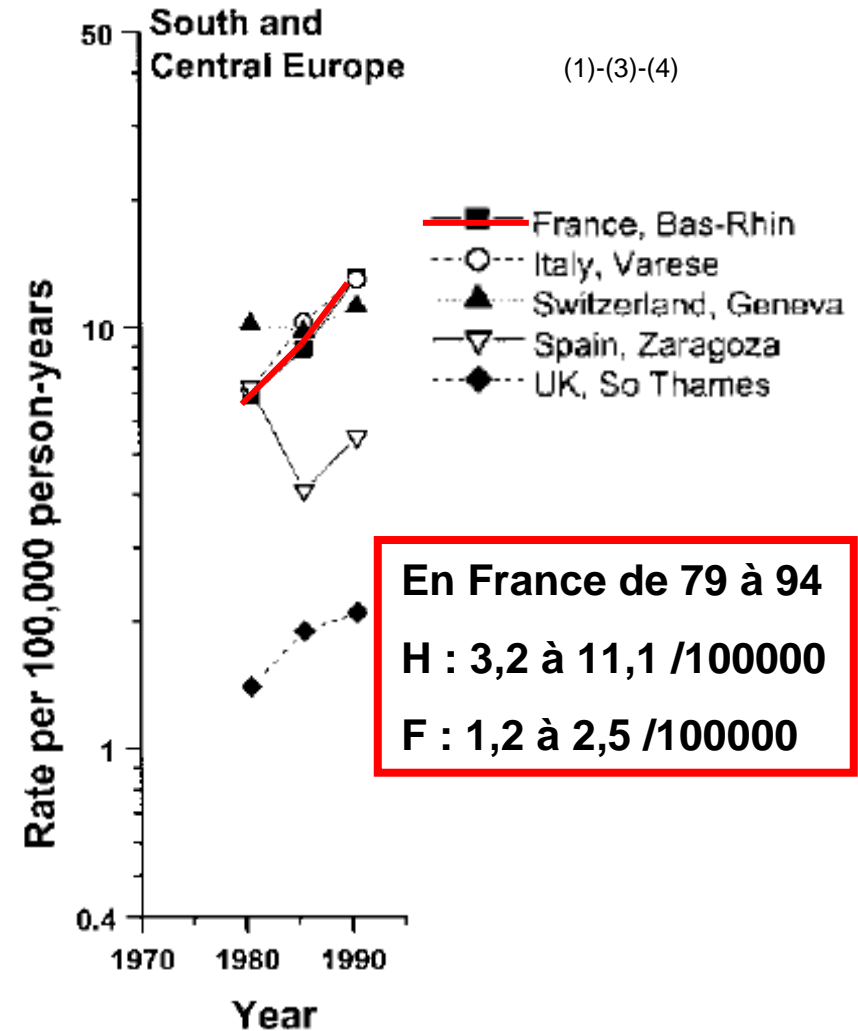
Evolution du CHC dans le monde

- Zones de forte endémies : diminution
 - Campagne de vaccination VHB
 - Progrès sanitaire (lutte contre la contamination alimentaire par l'aflatoxine B1)



Evolution du CHC dans le monde

- Zones de faible endémies : augmentation
 - Augmentation de la survie des patient cirrhotique par :
 - Meilleure prise en charge des autres complications de la cirrhose
 - Diagnostic plus précoce
 - Augmentation des cas de cirrhose VHC (contamination années 80)



Diagnostic du CHC : qui?

Tableau 1 Principaux critères de sélection des candidats au dépistage du carcinome hépatocellulaire (CHC) (inspiré des recommandations de l'American Association for the Study of Liver Diseases, AASLD [52]).

Porteurs chroniques de l'AgHBs

Patients atteints de cirrhose

Patients de plus de 40 ans ayant une augmentation permanente ou intermittente de l'ALAT et/ou une concentration d'ADN du VHB > 2000 UI/ml dans le sérum

Patients ayant une histoire familiale de CHC (sujets apparentés au premier degré)

Patients africains de plus de 20 ans

Hommes asiatiques de plus de 40 ans

Femmes asiatiques de plus de 50 ans

Patients atteints de cirrhose (en dehors du VHB)

Cirrhose virale C

Cirrhose alcoolique

Cirrhose dysmétabolique

Hémochromatose génétique

Cirrhose auto-immune

Cirrhose biliaire primitive

VHB : virus de l'hépatite B.

- 40% CHC chez porteurs chroniques AgHBs sont sur foie non cirrhotique (7)

Diagnostic du CHC : comment? ⁽⁵⁾

- Echographie + AFP / 6 mois ⁽⁶⁾

Tableau 2 Critères de diagnostic du carcinome hépatocellulaire (CHC) d'après les recommandations de l'European Association for the Study of the Liver (EASL) [16] et de l'American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) [14].

Critères non invasifs

Ces critères sont limités aux malades atteints de cirrhose

Lésion focale de diamètre ≥ 2 cm

Soit association d'une hypervascularisation artérielle et d'un lavage de la lésion au temps portal (*wash out*) par « au moins une » méthode d'imagerie^a

Soit association d'une hypervascularisation artérielle en imagerie^a et d'une augmentation de la concentration sérique d'alpha-fœtoprotéine (AFP) ≥ 200 ng/ml

Lésion focale de diamètre compris entre 1 et 2 cm

Association d'une hypervascularisation artérielle et d'un lavage de la lésion au temps portal (*wash out*) par « au moins deux » méthodes d'imagerie^a

Critères histologiques ou cytologiques

Une preuve histologique ou cytologique est nécessaire

En l'absence de cirrhose

En cas de lésion focale de diamètre < 1 cm

En l'absence des critères non invasifs ci-dessus (en particulier lorsque l'imagerie n'est pas typique)

^a TDM, IRM, échographie de contraste.

Intérêt d'un diagnostic systématique par l'imagerie

- Clinique : peu spécifique, découverte tardive (asthénie, AEG, douleur) + signes cirrhose
- AFP : augmenté dans 75% des cas (sensibilité 25 % pour lésion ≤ 3 cm)
- PBH : risque hémorragie ($< 1/1000$), essaimage (0 à 5 % selon études) ⁽⁸⁾
- Etude Chinoise sur 20.000 porteurs chroniques de l'AgHB comparant surveillance écho / 6 mois vs pas de surveillance
 - Observance médiocre mais \downarrow 40% mortalité ⁽⁹⁾
- 70% des cancers détectés au cours de la surveillance répondent à la définition du CHC « curable » ⁽¹⁰⁾

Imagerie

- Nodule hétérogène entouré d'un halo (= capsule) et contenant des signaux vasculaires évoquant sa nature artérialisée.
- Examens avec injection de pdc :
 - Prise de contraste précoce, intense, centripète
 - Fugace = lavage = wash out

Echographie

(11)

- Limites de l'échographie :
 - Sensibilité diminue avec la taille du nodule (seuil de détection 8-10 mm)
 - Nodule ≤ 2 cm (macronodule de régénération?, nodule dysplasique?)
 - Forme infiltrante
 - Diagnostic + difficile sur un foie pathologique

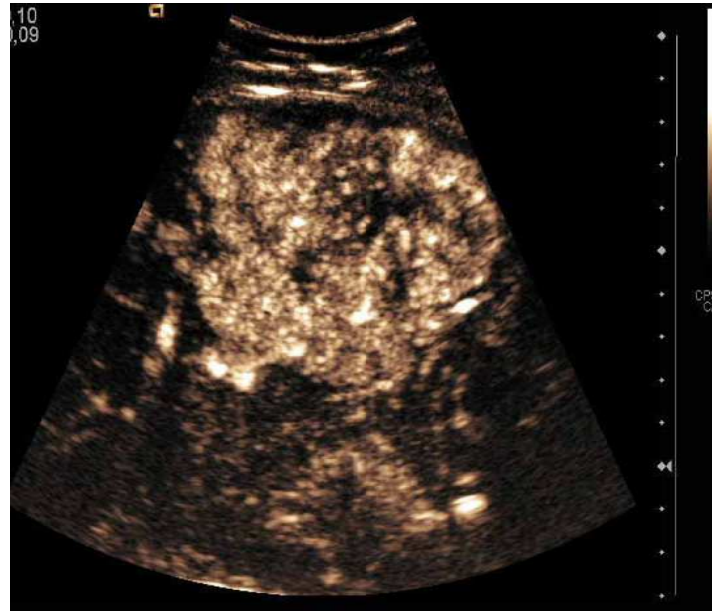


Echographie de contraste

1



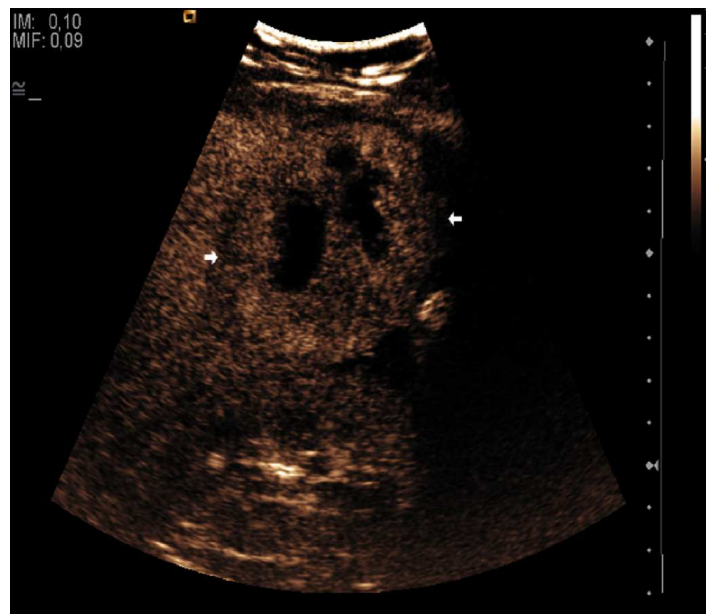
2



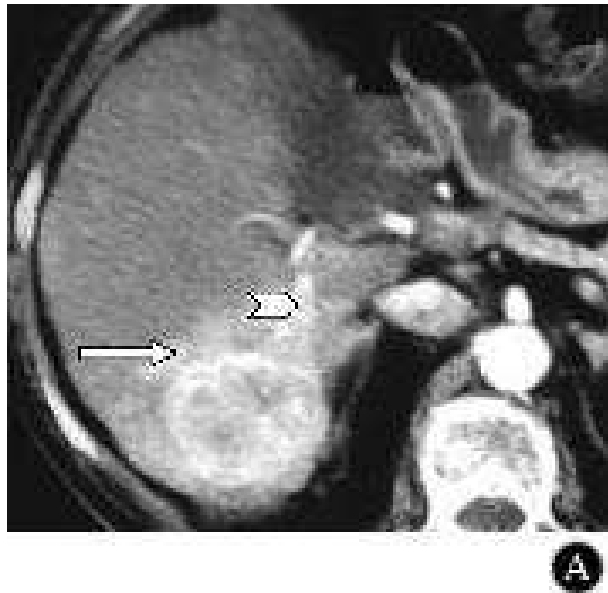
3



4



Scanner



CHC avec thrombus artérialisé

A) Temps IV +

B) Temps portal

IRM

1



2



3



Conclusion

- Problème sanitaire mondial
- Incidence en forte augmentation en France
- Enjeu thérapeutique et économique
- Diagnostic et prise en charge bien standardisés au plan international

Bibliographie

- 1)McGlynn KA and al. Epidemiology and natural history of hepatocellular carcinoma. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2005; 19 : 3-23
- 2)McGlynn KA and al. International trends and patterns of primary liver cancer. Int J Cancer 2001; 94 : 290-296
- 3)NCI. SEER Stat 3.0 : SEER cancer incidence public-use database,1973-97. 2000
- 4)Sherman M. and al. Hepatocellular carcinoma : epidemiology, risk factors, and screening. Semin Liver Dis 2005; 25 : 143-54
- 5)Trinchet JC and al. Carcinome hépatocellulaire : une incidence croissante, une prise en charge « optimisée ». Gastroentérologie Clinique et Biologique 2009; 33 : 830-839
- 6)Sherman M. and al. Screening for hepatocellular carcinoma. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2005; 19 :101-18
- 7)Bruix J and al. Management of hepatocellular carcinoma. Hepatology 2005; 42 : 1208-36
- 8)Bruix J and al. Clinical management of hepatocellular carcinoma. Conclusions of the Barcelona-2000 EASL conference .European Association for the study of the liver. J Hepatol 2001; 35 : 421-430
- 9)Zhang BH and al. Randomized controlled trial of screening for hepatocellular carcinoma. J Cancer Res Clin Oncol 2004; 130 : 417-22
- 10)Chan AC and al. Changing paradigm in the management of hepatocellular carcinoma improves the survival benefit of early detection by screening. Ann Surg 2008; 247 : 666-73
- 11)Daniele B and al. Alphafetoprotein and ultrasonography screening for hepatocellular carcinoma. Gastroenterology 2004; 127 : S108-12