

# CARCINOME HEPATOCELLULAIRE

**PRONOSTIC** : survie à 5 ans < 20% si résection chirurgicale et survie à 5 ans = 75% si transplantation

## Principaux facteurs pronostic :

- Etat général, PS
- Taille >5 cm, nombre de nodules
- Envahissement local tumoral et envahissement portal
- Taux d'AFP

## FACTEURS DE RISQUE

1. Dans 90% cas: cirrhose ou fibrose sur hépatopathie chronique

2. Hépatite B chronique

Si cirrhose : âge, sexe ♀, durée d'évolution, association de plusieurs hépatopathies, syndrome métabolique, pas de contrôle de la pathologie chronique

Variante: CHC fibrolamellaire : chez sujet jeune avec foie non cirrhotique

## DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : métastases, tumeurs bénignes du foie, abcès hépatiques et autres syndromes infectieux

- Contexte (lésion primitive ?, hépatopathie ?)
- Imagerie: échographie doppler de contraste, scanner, IRM

!!! CHC: vascularisation uniquement par les artères hépatiques => lésion hypervascularisée avec wash-out

## TRAITEMENT : selon score Child-Pugh et score BCLC

### • Curatif :

- 1) **transplantation hépatique**: CHC strictement localisé au foie, soit unique et <5 cm de diamètre, soit sous forme de 2 ou 3 nodules <3 cm de diamètre, en l'absence de thrombose portale ou sus-hépatique, y compris segmentaire
- 2) **Destruction percutanée** : radiofréquence si taille < 2-3cm
- 3) **Résection chirurgicale** si 1 nodule > 5cm, Child Pugh A, pas de signe d'hypertension portale

### • Palliatif :

- 1) **Traitement ciblé anti-angiogénique**: sorafenib / regorafenib / immunothérapie si CHC métastatique
- 2) **Chimio embolisation artérielle intrahépatique** ( contre indiquée si thrombose porte)
- 3) **Radiothérapie stéréotaxique**
- 4) **Radioembolisation**

## DIAGNOSTIC :

### Clinique :

- Douleurs abdominales, tbs digestifs, fièvre, AEG
- Hépatomégalie, ictère, ascite
- Décompensation d'une cirrhose avec signes d'insuffisance hépatocellulaire, d'hypertension portale
- Masse hépatique dure, pierreuse, irrégulière
- ADP de Troisier, nodule de carcinose péritonéale

### Paraclinique : orientation :

- Augmentation de l'alpha foetoprotéine (AFP): peu sensible mais spécifique si > 400 ng/mL (sert pronostic++)

### Diagnostic positif :

- Standard : **biopsie** sous écho/scanno-guidage des **lésions suspectes** et **foie non tumoral** avec examen anatomopathologique si possible. *Une biopsie négative n'élimine pas le diagnostic de CHC*
- Option : diagnostic non-invasif : toutes les conditions requises :
  - 1) **Cirrhose ou fibrose avancée**
  - 2) **Si nodule >1cm : TDM ou IRM injecté** : rehaussement artériel net et wash-out au temps portal ou veineux
  - 3) Si lésion <1cm : nouvelle imagerie à 3 mois
  - 4) Si foie non cirrhotique ou imagerie atypique : biopsie requise

**Extension** : bilan d'opérabilité ; bilan des comorbidités ; évaluation du score de **Child-Pugh**

- Biologie: dosage **AFP**, (si AFP normale => *gammacarboxyprothrombine*), **TP, bilirubine, albuminémie, transaminase, NFP**
- Imagerie: scanner TAP; **IRM abdominopelvienne ++**; endoscopie, scintigraphie osseuse si point d'appel, pet-scanner pour éliminer d'autres lésions à distance avant décision de traitement

## DEPISTAGE

Dépistage systématique du CHC par échographie tous les 6 mois chez patients atteints de cirrhose