

LA PERTINENCE DE L'UTILISATION DE LA RADIOEMBOLISATION HÉPATIQUE À L'YTTRIUM 90 (Y-90) POUR LE TRAITEMENT DU CANCER HÉPATOCELLULAIRE (CHC) NON RÉSECABLE

Les traitements du CHC dépendent du stade de la maladie, de la fonction hépatique et du statut fonctionnel du patient. La plupart des cliniciens se basent sur le système de classification de la Clinique du cancer du foie de Barcelone (BCLC) et sur le score pronostique de la cirrhose de Child-Pugh afin de prendre les décisions relatives au traitement. Le traitement du CHC fait appel à différentes modalités thérapeutiques, qui sont discutées au sein des comités de tumeurs en fonction des particularités du patient. En raison de l'importante hétérogénéité des mécanismes physiopathologiques impliqués, les résultats des traitements systémiques peuvent varier.

Clientèle visée

- Hépatocarcinome avec tumeur T3 (tumeurs multiples, dont au moins une > 5 cm) pour une régression des tumeurs en vue d'une transplantation ou d'une résection.
- Hépatocarcinome non admissible aux traitements à visée curative standards.
- Hépatocarcinome et thrombose portale chez les patients cirrhotiques : contre-indication à la chimioembolisation hépatique (TACE).

Pourquoi utilise-t-on la radioembolisation transartérielle (TARE) à l'Y-90 ?

C'est une modalité de brachythérapie réalisée par injection de billes radioactives (biocompatibles, mais non biodégradables) dans l'artère hépatique. Ces billes se fixent dans les tissus et délivrent une forte dose de radiations au niveau de la tumeur, donc il s'agit d'une radiothérapie interne par voie endovasculaire. Dans le cadre du CHC, un isotope radioactif de l'Y-90 est généralement utilisé.

Quelles sont les données actuelles ?

L'UETMIS du CHUM, 2016 et 2020 ([lien 1](#)) :

La TARE semble sécuritaire, mais les études disponibles sont de faible qualité. Le EASL et l'AASLD ne recommandent pas le traitement en première intention par TARE pour le CHC intermédiaire ou avancé.

L'UETMIS du CHUQ, 2022 ([lien 2](#)) :

En se basant sur une revue de la littérature plus récente, les experts rapportent :

- Une divergence d'avis quant aux avantages de ce traitement, comparativement au TACE (ou *Drug Eluting Bead-TACE*) pour le traitement des patients atteints de CHC de stade précoce ou intermédiaire non opérable, mais admissibles aux thérapies transartérielles, en lien avec le bénéfice lié à la survie globale médiane.
- Les experts du CHUQ suggèrent d'utiliser la TARE à visée curative pour traiter certains patients atteints d'un CHC de stade précoce ou intermédiaire non admissibles à une opération, avec l'objectif d'une rétrogradation (*downstaging*) ou d'un pont en vue d'une éventuelle transplantation hépatique ou d'une ablation, et ce, en concertation avec une équipe multidisciplinaire.
- Chez les patients atteints d'un CHC de stade avancé, les avis sont partagés quant à l'amélioration de la survie globale et de la progression de la maladie.

L'algorithme du BCLC, 2022 :

A intégré la TARE en tant que traitement possible en première intention pour le CHC de stade intermédiaire ou avancé.

Les enjeux à considérer

- Plusieurs études sont en cours et devraient apporter un éclairage supplémentaire.
- Les études économiques ne démontrent pas clairement le bénéfice par rapport aux coûts et à l'efficacité de la TARE pour le traitement des CHC de stade intermédiaire ou avancé.
Néanmoins, la radioembolisation est un traitement ambulatoire, contrairement à la TACE, qui nécessite une hospitalisation des patients pour la gestion des effets secondaires. Les taux de réponse plus favorables que ceux de la TACE peuvent permettre de diminuer le nombre de séances par patient, ce qui a un effet sur les coûts globaux.
- L'usage de la TARE chez les patients non admissibles à la TACE permet dans certains cas d'éviter le recours aux traitements systémiques.
- Il y a des incertitudes liées aux données cliniques utilisées, à la perspective d'analyse et à la généralisation des conclusions au contexte québécois.

Recommandations de l'UETMIS du CHUM

- Instaurer l'utilisation de la TARE à visée curative pour les patients atteints de CHC de stade précoce ou intermédiaire non admissibles à une opération pour une rétrogradation (*downstaging*) ou un pont en vue d'une transplantation hépatique ou d'une ablation, et ce, en concertation avec une équipe multidisciplinaire.
- Maintenir les indications cliniques documentées en 2020.
- Continuer l'utilisation de l'Y-90 dans un contexte de recherche clinique.
- Clarifier certains éléments en lien avec les critères coûts-efficacité dans le contexte du système de santé québécois.