

## SYNOPSIS

<b>Titre du protocole</b>	«MODIC» MODalités du Diagnostic du Carcinome hépato-cellulaire : étude prospective multicentrique
<b>Investigateurs coordinateurs</b>	Nour Ben Yedder (interne), Pr Yann Touchefeu, Hépatogastro-entérologie et oncologie digestive, CHU de Nantes
<b>Rationnel de l'étude</b>	<p>Le carcinome hépatocellulaire (CHC) représente le premier cancer primitif du foie avec une incidence croissante. Il correspond à la septième cause de cancer dans le monde. Le CHC se développe le plus souvent sur un foie de cirrhose. Les principaux facteurs de risque sont la consommation d'alcool, la NASH/NAFLD et les virus des hépatites B et C.</p> <p>Le dépistage du CHC permet un diagnostic plus précoce de CHC, un accès à des traitements curateurs plus fréquent, et une amélioration de la survie des patients. En France, le dépistage par échographie abdominale semestrielle est recommandé chez les patients cirrhotiques.</p> <p>En dépit de l'existence d'un programme de dépistage bien défini, seulement 20% des patients ont un diagnostic de CHC dans le cadre du dépistage.</p> <p>Reconnaître les facteurs de risque de maladie chronique du foie et identifier la fibrose avancée chez ces patients permettraient d'optimiser le dépistage du CHC dans les réseaux de soins locaux.</p>
<b>Objectifs de l'étude</b>	<p><b>Objectif principal :</b> Identifier les causes d'échec du dépistage de CHC chez les patients ayant un nouveau diagnostic de CHC.</p> <p><b>Objectifs secondaires :</b>          Identifier les facteurs associés à un échec de dépistage          Déterminer les circonstances de diagnostic des CHC nouvellement diagnostiqués          Déterminer la prise en charge proposée et la survie globale des patients en fonction de la circonstance de diagnostic</p>
<b>Sélection de la population</b>	<p><b>Critère d'inclusion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient âgé de plus de 18 ans</li> <li>- Carcinome hépatocellulaire nouvellement diagnostiqué (diagnostic retenu en réunion de concertation pluri-disciplinaire)</li> </ul>
<b>Critères d'évaluation</b>	<p>Critère principal : échec d'identification d'une maladie hépatique ou échec d'identification d'une cirrhose alors qu'il existait des éléments cliniques ou biologiques qui auraient pu motiver une consultation spécialisée, indication de dépistage identifiable dans le dossier (selon les recommandations de l'AFEF et de l'EASL) mais non proposé, dépistage prescrit mais non réalisé.</p> <p>Critères secondaires</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mode de diagnostic : dépistage, diagnostic fortuit, diagnostic devant des symptômes)</li> <li>- Facteurs associés à l'échec de dépistage : âge, lieu du domicile par rapport à un lieu de consultation HGE, date de dernière consultation en HGE, antécédent d'examen de dépistage déjà réalisés, suivi médical non HGE (date dernière consultation médecin traitant ou spécialiste), comorbidités (syndrome métabolique,</li> </ul>

	<p>hépatites virales, maladies chronique du foie), consommation d'alcool, toxicomanie, contexte social.</p> <p>-Prise en charge thérapeutique initiale : celle proposée en RCP lors de la première présentation pour motif thérapeutique.</p> <p>-Survie globale : temps entre la RCP faisant la première proposition de diagnostic et le décès quelle qu'en soit la cause.</p>
<b>Type d'étude</b>	Etude multicentrique prospective
<b>Nombre de patients</b>	Le nombre de patients n'est pas limité.
<b>Période d'étude</b>	<p>Période d'inclusion :</p> <p>Recueil des données : février 2023 – février 2025</p> <p>Analyse des données : 2025</p>