



HAL
open science

Évaluations de critères morphologiques au scanner dans le suivi du cancer colo-rectal métastatique hépatique non opérable, en première ligne de chimiothérapie en association avec le bevacizumab

Chloé Matray

► **To cite this version:**

Chloé Matray. Évaluations de critères morphologiques au scanner dans le suivi du cancer colo-rectal métastatique hépatique non opérable, en première ligne de chimiothérapie en association avec le bevacizumab. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01877947

HAL Id: dumas-01877947

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01877947v1>

Submitted on 20 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Évaluations de critères morphologiques au scanner dans le suivi du cancer colo-rectal métastatique hépatique non opérable, en première ligne de chimiothérapie en association avec le bevacizumab.

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 13 Octobre 2017

Par Madame Chloé MATRAY

Née le 22 juillet 1989 à Macon (71)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de GASTRO-ENTÉROLOGIE ET HÉPATOLOGIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SEITZ Jean-François	Président
Madame le Professeur DAHAN Laetitia	Directeur
Monsieur le Professeur GRANDVAL Philippe	Assesseur
Monsieur le Professeur agrégé du Val de Grâce REY Philippe	Assesseur
Madame le Docteur CAUDAL Delphine	Assesseur

Évaluations de critères morphologiques au scanner dans le suivi du cancer colo-rectal métastatique hépatique non opérable, en première ligne de chimiothérapie en association avec le bevacizumab.

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 13 Octobre 2017

Par Madame Chloé MATRAY

Née le 22 juillet 1989 à Macon (71)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de GASTRO-ENTÉROLOGIE ET HÉPATOLOGIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SEITZ Jean-François	Président
Madame le Professeur DAHAN Laetitia	Directeur
Monsieur le Professeur GRANDVAL Philippe	Assesseur
Monsieur le Professeur agrégé du Val de Grâce REY Philippe	Assesseur
Madame le Docteur CAUDAL Delphine	Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHIERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

MM FIECHI Marius
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean

PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les
Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-
Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les
Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie- Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MARANINCHI Dominique Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINIZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikaël	MILLION Matthieu	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)****ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

VELLY Lionel (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

CUISSSET Thomas (PU-PH)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENERELOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
 NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH)
 THIRION Xavier (PU-PH)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
 CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
 FRERE Corinne (MCU-PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
 BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)
 MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité
 EBBO Mikael (MCU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 DELARQUE Alain (PU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre
 LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
 BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section) ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	PHILOSOPHIE 17
PEDIATRIE 5401	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) ANDRE Nicolas (MCU-PH)	PHYSIOLOGIE 4402
	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

ECOLE DU VAL DE GRACE

Monsieur le Médecin Général Inspecteur Jean-Didier CAVALLO

Directeur de l'École du Val-de-Grâce
Professeur agrégé du Val-de-Grâce
Officier de la Légion d'honneur
Commandeur dans l'Ordre National du Mérite
Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Monsieur le Médecin Général Humbert BOISSEAUX

Directeur adjoint de l'Ecole du Val-de-Grâce
Professeur agrégé du Val-de-Grâce
Chevalier de la Légion d'honneur
Officier dans l'Ordre National du Mérite
Chevalier de l'Ordre des Palmes académiques

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES SAINTE ANNE

Monsieur le Médecin Général Yves AUROY

Médecin Chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Médaille d'Honneur de la Défense Nationale – or

Monsieur le Médecin Chef des Services de Classe Normale

Thierry BRUGE-ANSEL

Médecin Chef adjoint de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne

Spécialiste du Service de Santé des Armées

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

À notre Président du jury, Monsieur le Professeur Jean-François SEITZ

Professeur des Université-Praticien Hospitalier
Service de gastro-entérologie et oncologie digestive
Hôpital de la Timone, Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
*Vous nous faites l'honneur de présider notre jury. Nous vous remercions de votre confiance et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.
Nous vous prions d'accepter l'assurance de notre profond respect.*

Madame le Professeur Laetitia DAHAN

Professeur des Université-Praticien Hospitalier
Service de gastro-entérologie et oncologie digestive
Hôpital de la Timone, Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
*Vous nous faites l'honneur de diriger ce travail.
Recevez ici nos plus respectueux remerciements et l'expression de notre grande admiration pour ce que vous accomplissez. Nous espérons être à la hauteur de la confiance que vous nous avez donnée.*

Monsieur le Professeur Philippe GRANDVAL

Professeur des Université-Praticien Hospitalier
Service de gastro-entérologie et oncologie digestive
Hôpital de la Timone, Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
*Vous nous faites l'honneur de siéger dans ce jury.
Soyez assuré de notre reconnaissance.*

Monsieur le Médecin Chef des Services Philippe REY

Coordinateur pédagogique de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne
Professeur Agrégé du Val de Grâce
Chef du service de pathologie digestive
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite
Chevalier de l'Ordre des Palmes académiques
*Nous vous sommes reconnaissants de votre soutien.
Nous restons admiratifs devant la passion qui vous anime et que vous transmettez et nous espérons avoir l'honneur de continuer de travailler à vos côtés.*

Madame le Médecin Principal Delphine CAUDAL

Adjoint au chef de service
Service de radiologie
Hôpital d'Instruction des Armées de Sainte-Anne, Toulon
Nous vous sommes reconnaissants pour toute l'aide apportée dans la réalisation de ce travail qui n'aurait pu voir le jour sans vous, ainsi qu'au cours des années de notre internat.

A tous ceux qui ont jalonné mon internat, par une blague, un sourire ou un café. Ou même par une remarque désagréable, aujourd'hui je suis de bonne humeur. Une page se tourne, et ces dix dernières années auront été belles, enrichissantes et intenses.

Aux patients et à leurs familles, pardon pour mes explications défaillantes, ma mauvaise humeur parfois, et les moments où j'ai pu faire les choses à moitié. Merci pour vos sourires, nos rires, ce que vous m'avez appris de médical et sur la vie.

À l'ensemble du service de gastro de l'HIA Sainte Anne, même si j'ai un peu de mal à le suivre géographiquement ces derniers temps.

Au professeur Rey, merci de m'accueillir et d'avoir eu la gentillesse de vous être préoccupé de ma thèse, mon mémoire, mais aussi de ce que je voulais faire dans la vie. A René, parti pourfendre des papilles à Bordeaux ; Gatien, éternelle source d'inspiration médicale, familiale et humoristique (pas forcément dans cet ordre-là d'ailleurs) ; A Marie, Candide et Ludivine, j'ai vraiment hâte de travailler avec vous toutes ; Xavier, je marche encore sur les traces de « Truchet », et cette fois ci à la Timone !

Aux infirmières et aides-soignantes, Habiba, Aurélie, Marina, Elodie et tous les autres. Sans vous, mon premier semestre aurait été moins instructif, et les suivants beaucoup moins drôles. Certaines ont suivis, d'autres sont restées en chirurgie. Émilie, reviens, tes cris me manquent. Aux anciens de Patho Dig de Ste Anne, revus au hasard d'une RCP : Didier Caumes, François Romand, monsieur Thouard ; merci pour tout ce que vous m'avez enseigné.

Aux endoscopies, refuge des premiers instants.

À Maria, Anne, Audrey, et Marie mes piliers (pas toujours de bar). Nicolas (pardon, Monsieur le Cadre Sup), Christelle, Céline, Alexis, Queen, Baronne, Aurélie, Patricia, Caroline. Tous vos conseils sur comment-devenir-un-médecin-sympa-que-l'on-ne-déteste-pas devraient me servir, et l'accueil que vous me réservez à chaque retour aux endos, un vrai bonheur. Merci de m'avoir tant appris et de m'attendre de pied ferme, j'ai presque hâte d'être d'astreinte !

À toute l'équipe de radiologie de l'HIA Ste Anne.

Au professeur ARTEAGA, pour sa confiance et sa bonne humeur. À la seule et l'unique Delphine, tu sais tout le bien que je pense de toi (au besoin, demande-moi, je répète). Peu de gens se font aimer de tous, tu as réussi. A Trevor, visionneur de polypes, forcément quelqu'un de bien ; Antoine, fin pédagogue et toujours là en cas de besoin ; Mickael, Clothilde et Jean, la relève ! Jean Brice et ses blagues pour le moins potaches.

Sans oublier une équipe de manip' qui mériterait d'être bien mieux connue. Merci pour votre patience, pour tous les scanners intégrés au PACS, puis enlevés, puis remis, de jour et de nuit.

Au service d'oncologie de l'HIA Sainte Anne.

À monsieur le professeur de Jaureguiberry. Merci pour votre panache, l'enseignement brillant que vous m'avez offert, et tout l'amour que vous portez à vos internes.

À Jean Sébastien, dont le style épistolaire aura fortement inspiré mes courriers. Merci pour tous les cafés, et d'avoir ri à mes blagues. Emilie, ton dynamisme et ton envie de bien faire sont contagieux, ta gentillesse un modèle. Laurys, pour tout ce que tu m'as appris, pour ton soutien.

Hélène (tu es dans le même bureau, ça compte), tu m'impressionnes par ta capacité à accumuler les galères mais aussi à les surmonter, le tout dans la meilleure humeur possible. J'espère bien avoir mon gros chat noir en peluche, je penserais à t'en offrir un aussi. Merci à Sandrine, à Bébé, aux infirmières et aides-soignantes. J'attends la date du prochain karaoké.

À toute l'équipe du SAU de Ste Anne, et spécialement au Chef, à Nathalie, Delphine, Emmanuel, et Stéphane, pour m'avoir nourrie et recueillie pendant mes premiers semestres. Il peut être étrange de se réfugier au SAU, je n'ai jamais regretté. Aux infirmières et aides-soignantes, merci pour la bonne humeur et les gâteaux de 3h du matin, ça change une garde.

À l'ensemble du service de réanimation et tout particulièrement au professeur Meaudre, au docteur Goutorb. Merci d'avoir patiemment et pédagogiquement pallié à nombre de mes carences réanimatoires. J'aimerais qu'un jour ensemble, on réanime des cirrhotiques.

Aux médecins, infirmiers et aides-soignants du service de gastro-entérologie et d'hépatologie de la Timone. Mon premier semestre au CHU, où je suis arrivée beaucoup plus sérieuse (ou psychorigide) qu'en partant. Au professeur Bernard, pour votre enseignement et votre douceur avec les patients. À Patrick Borentain, pour cette belle initiation au Fibroscan®. A Laurent Heyries, toujours disponible et auprès de ses malades. Merci également aux professeurs Gérolami et Botta, pour votre enseignement. Maxime et Charlène, nos assistants : avec le nombre de grandes-gueules ce semestre là, ça n'a pas dû être facile tous les jours.

A toute l'équipe du 9^e de l'hôpital Nord.

Au professeur Grimaud, ce que je sais des MICI, je vous le dois. Au professeur Barthet, merci pour votre confiance, je reste admirative devant le panache avec lequel vous inventez l'endoscopie de demain. Mohamed, j'espère vraiment que quand je serais grande, je serais un oncologue comme toi. Jean Michel, Alban et Cécilia, merci pour toutes les fois où vous nous avez rappelés aux endos, merci pour le soutien moral, les repas-staff du vendredi midi, la bonne humeur, la clé-usb Yoda et tout le reste. Ce semestre fut difficile mais grâce à vous, tellement plus agréable.

À tous mes co-internes de gastro, ma plus belle découverte au CHU. À la team-B : Guigui (je ne te ferais aucun compliment, tu les interprètes mal), Clara, Steph, Julie, Laura, Fiona. Aux nordistes : Jean Patrick, JJW (Ombre), Lucile et Coralie.

Merci Claire pour tes relectures tardives avisées, et de me loger aussi cette année. Julie, j'espère tellement que le mauvais œil ne va pas s'abattre sur nous, Marine nous protégera tu crois ?

À l'ensemble du service de radiothérapie de la Croix Rouge et à mon co-interne Alban. Merci pour la bienveillance dont vous avez fait preuve à mon égard. Votre manière de travailler et de prendre soins de vos patients vous honore, j'espère bien m'en souvenir dans les années à venir. Et à bientôt en RCP !

Au service d'oncologie digestive de la Timone. Attention, j'arrive. Merci encore Laetitia pour la confiance et l'aide apportée tout au long de ce travail, et à Mr Seitz de m'accueillir dans votre

service ; Emmanuelle et Muriel pour vos messages bien sympathiques de bienvenue, j'ai un peu moins peur !

A Karim Rouabah, merci d'avoir accepté sans savoir ce dans quoi tu t'engageais. Merci pour les longues et nombreuses relectures de scanners, et d'avoir répondu à mes angoisses du début « non vraiment, tu penses que ça sert à quelque chose ? ».

Merci également au docteur Julien Mancini, sans qui ce travail serait fort incomplet. Vraiment désolée pour mes connaissances plus que limitées en statistique.

Enfin, à tous ceux sans qui rien n'est possible : ma famille, mes amis. J'ai de de la chance de vous avoir.

À mes parents, courageuses victimes de mes humeurs. Je vous aime et suis fière de me retrouver en chacun de vous. Merci de m'avoir fait découvrir la rando, les montagnes, le camping et les refuges sans eau ni électricité, une passion qui va durer !

À mes « petits » frère et sœurs, je suis tellement fière de vous : Maud, Pierre, Bertille. Qu'est-ce qu'on a pu se chamailler, mais qu'est-ce que je vous aime.

À mon papy Dédé, mon « vieux grivé » qui me manque. A Mamie Monique, à ta force de vie et à ton courage. À votre amour.

A Papy Jojo et mamie Bernadette, la vigne et les vendanges, le jambon avec du pain, et le tricot ! Je pense à vous bien plus souvent que je ne vous appelle, il faudrait que ça change.

À ma flopée de cousins et à la joyeuse bande que nous formons :

Carine, ma bouée Québécoise, ma couz'. Quand est-ce qu'on retourne camper avec Marion ? Aimé, Marion, Thomas, Fanny (et Anna !), Julien, Jules, Marie, Laurelei (Lolo, t'es où en ce moment ?), Maylis (et Remy, grands maîtres des statistiques et compagnons de galère), Jorick, Amo, Nath, Lulu, Jah, Elo, Kiran, Yonna.

À toute ma famille, vous êtes plus nombreux que les pages de cette thèse. Faites des enfants qu'ils disaient, ça fait de beaux repas de famille.

Aux « amis de mes parents » : les Fléchier qui m'ont mise sur un vélo il y a maintenant plus de 10 ans (et ce bien malgré moi) et les Lohus, à nos belles vacances en montagnes, et des anniversaires mémorables en refuge ! Les Michaud, qui auront contribué à un certain enrichissement spirituel il faut bien le dire, et m'auront transmis la précieuse recette du flan pâtissier au chocolat.

À ceux du lycée et de l'internat : Alice (et Nadjib), Pauline, Franceline, vous êtes un réconfort permanent pour moi. Kevin et Florian (mes deux cailloutologues préférés), Flo, William, Jessy. Avec vous, j'ai appris la couleur des vêtements, le poker, les films d'horreur et passé de sacrées bonnes soirées ! La recette des crêpes et des croque-monsieur reste quand même à peaufiner.

À Cécile, Gaëlle et Laure ! Vous m'avez écoutée (oh, ça oui), rassurée, et parfois bien secouée. Merci d'avoir accepté de recevoir ma thèse toutes les semaines par mail, « au cas où ». Merci d'avoir été là, constamment, malgré cette année pas si évidente. La suite s'annonce bien plus belle, que ce soit à Marseille, Aix ou Lyon.

Alexandre, puisque tu insistes : merci pour ton humour exceptionnel et le déménagement !

Aux 4 fantastiques : Cha, Alex, Nast et Béa, à la vie sans trop de médecine, l'importance du café et la carte ciné illimitée. Je n'aime pas le ski, mais avec vous je veux bien y aller. Sarah "Elle est ou la poulette ?". Dija, appelle-moi de temps en temps quand tu seras DC. Quiqui, chaque fois que je passe devant TOTAL je pense à toi et à nos pains au maïs, quelle belle époque.

À mes deux coloc, Marouss et Loraine (et Romain), les soirées crème de Cassis « pour que tu m'aimes encore », les petits déjeuner Chocapic[®]-Chavroux[®], les missions incognito « parce que t'as le bras long, toi », cette belle année à Marseille et les autres à Toulon ou à la Réunion. Sans vous, j'ai dû recommencer à faire la vaisselle et manger de la soupe liquide, c'est beaucoup moins drôle.

À Dom et Joach, j'aimerais bien qu'on oublie ces abréviations... On aura traversé deux thèses, un assistantat, quatre OPEX ensemble, vivement tout le reste !

À tous mes co-internes de Ste Anne, parce que Toulon ! À Pouf, Pauline, PJ, Chichi, Benoit, Couret, Michoud, Pierre Luc, François, Morgane et tous les autres. À nos sorties tardives, les lendemains de garde difficiles et les jeudis soir qui font des vendredis matin compliqués.

A la JMJ team, vous êtes tous de très belles personnes. Nos horizons s'éloignent parfois mais chacune de nos retrouvailles est une fête. Expliquer ce qui nous lie est toujours compliqué, une bella Familia (et vivement le prochain mariage).

A Charlotte, je n'arrive pas à croire que la rencontre à Cologne soit aussi belle, des années après. Il faut qu'on choisisse le prochain pays où on se voit, et bientôt ! Et qu'on re(re)voit le Seigneur des Anneaux, ça fait longtemps.

Manu. Quatre ans sans se voir, et en un mois ça n'arrête pas. Merci pour cette « belle » D4 et les macarons de concours blancs, bravo pour ta thèse (la fin était très bien). Il aurait été dommage de finir sans toi et Pina.

Voilà. Beaucoup de page, et il en reste tant à dire.

SOMMAIRE

<u>TITRE</u>	2
<u>RESUME</u>	3
<u>ABSTRACT</u>	4
1. <u>INTRODUCTION</u>	5
2. <u>MATERIELS ET METHODES</u>	6
5.1 Population	6
5.2 Définition des critères d'imagerie	7
5.3 Définition des critères de suivi cliniques et biologiques	8
5.4 Analyse statistique	8
3. <u>RESULTATS</u>	9
6.1 Caractéristiques de la population	9
6.2 Objectif principal	10
6.3 Objectifs secondaires	11
6.3.1 Survie sans progression	11
6.3.2 Corrélation à la réponse clinique	11
6.3.3 Reproductibilité inter observateur	11
6.3.4 Reproductibilité inter observateur selon la taille	12
6.3.5 Comparaison colon droit et colon gauche	12
4. <u>DISCUSSION</u>	12
5. <u>CONCLUSION</u>	19
6. <u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	20
7. <u>ANNEXES</u>	24
Figure 1. Critères RECIST	24
Figure 2. Critères morphologiques selon Chun	24
Figure 3. Aspect morphologique des métastases hépatiques selon Chun	25
Tableau 1. Echelle de <i>Performans Status</i> selon l'OMS	25
Tableau 2. Caractéristiques de la population	26
Tableau 3. Répartition des patients selon la réponse aux différents critères radiologiques (radiologue 1)	27
Figure 4. Survie globale selon la réponse évaluée par les critères RECIST (a) et les critères morphologiques (b)	28
Tableau 4. Analyses univariée et multivariée de la survie globale	29
Figure 5. Survie sans progression selon la réponse évaluée par les critères RECIST (a) et les critères morphologiques (b)	30
Tableau 5. Analyses univariée et multivariée de la survie sans progression	31
Figure 6. Réponse morphologique optimale	32
Figure 7. Illustration de la difficulté de classement morphologiquement selon la taille	32

Evaluation de critères morphologiques au scanner dans le suivi du cancer colorectal métastatique hépatique non opérable, en première ligne de chimiothérapie en association avec le bevacizumab

Evaluation of computed tomography morphological criteria for patients treated with chemotherapy in association with bevacizumab for non-surgical colorectal liver metastases

Auteurs:

C. Matray¹, D. Caudal², K. Rouabah³, E. Norguet⁴, M. Gasmi⁵, C. Servajean⁵, P. Rey¹, X. Truchet¹, M. Desjardin¹, J. Mancini⁶, J.-F. Seitz⁴, L. Dahan⁴

¹ Gastroentérologie, HIA Sainte Anne, Toulon, France

² Radiologie, HIA Sainte Anne, Toulon, France

³ Radiologie, APHM, Hôpital la Timone, Marseille, France

⁴ Gastroentérologie et oncologie digestive, APHM, Hôpital la Timone, Marseille, France

⁵ Gastroentérologie, APHM, Hôpital Nord, Marseille, France

⁶ Département Santé Publique (BIOSTIC), APHM, Hôpital la Timone, Marseille, France

Correspondance :

Chloé Matray

949 avenue François Nardi, bâtiment 15

83000 Toulon

Téléphone : 06 87 42 55 19

Mail : chloe.matray@gmail.com

Mots clés :

Réponse morphologique, RECIST, cancer colorectal, bevacizumab, métastases hépatiques

Keywords:

Morphologic response, RECIST, colorectal cancer, bevacizumab, liver metastases

RESUME

Introduction 40 à 60% des patients atteints d'un cancer colorectal présenteront des métastases, le plus souvent hépatiques. L'évaluation standardisée des patients fait appel aux critères RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors) créés afin d'évaluer l'effet de traitements cytotoxiques, trouvant leur limite dans l'utilisation de traitements cytostatiques. Plusieurs études ont rapporté que des critères dits morphologiques étaient prédictifs d'une meilleure réponse au bevacizumab.

Objectifs Confronter la réponse morphologique à la survie globale de patients métastatiques hépatique d'un cancer colorectal bénéficiant d'une première ligne de chimiothérapie en association au bevacizumab. Evaluer la reproductibilité inter-observateurs de ces critères.

Matériels et Méthodes 68 patients ont été inclus de janvier 2009 à mai 2017 dans trois centres. Tous ont bénéficié de la réalisation d'un scanner d'évaluation à l'initiation puis à 3 mois de traitement. Deux radiologues et un clinicien ont relu ces scanners de manière indépendante et en aveugle. Ils ont classé les patients selon la réponse morphologique en réponse optimale, réponse incomplète, stabilité ou progression. La réponse selon les critères RECIST était également évaluée. Des estimations de survie ont été réalisées par la méthode de Kaplan Meier. Une analyse multivariée a été réalisée, utilisant le modèle de Cox. La reproductibilité inter-observateurs a été estimée par un coefficient de corrélation intra classe (ICC).

Résultats La médiane de survie globale était de 20,5 mois. Elle était de 57,03 mois [intervalle de confiance à 95% : 26,05-88,02] chez les patients en réponse morphologique optimale contre 16,42 mois [13,28-19,58] chez les non répondeurs/répondeurs incomplets ($p < 0,001$). Après évaluation par RECIST, elle était de 25,56 mois [14,40 - 36,72] chez les patients répondeurs contre 18,76 mois [12,52-25,00] chez les non répondeurs ($p = 0,081$). En analyse multivariée, seuls la réponse morphologique optimale ($p = 0,001$) et un taux d'ACE initial < 200 ng/ml ($p = 0,004$) apparaissaient comme facteurs prédictifs indépendants. La reproductibilité inter-observateurs était bonne avec un coefficient de corrélation intra-classe de 0,695.

Conclusion La réponse morphologique optimale était associée à la survie globale et en cela supérieure à la réponse selon RECIST. Les critères morphologiques apparaissaient comme statistiquement prédictifs de la survie globale, avec une bonne reproductibilité inter-observateurs.

ABSTRACT

Introduction 40 to 60% of patients with colorectal cancer will have metastases, mostly hepatic. Standardized assessment of patients uses the RECIST criteria (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors) created to evaluate the effect of cytotoxic treatments, finding their limit in the use of cytostatic treatments. Several studies have reported that morphological criteria were predictive of a better response to bevacizumab.

Objectives Confronting global survival with morphological response in a population of hepatic metastatic patients with colorectal cancer benefiting from a first line of chemotherapy in combination with bevacizumab. Evaluate the inter-observer reproducibility of these criteria.

Aims & Methods 68 patients were included from January 2009 to May 2017 in three different centers. All benefited from the realization of an evaluation scanner at the beginning and after 3 months of treatment. Two radiologists and one clinician reviewed blindly and independently these scanners. They classified patients according to morphological response in optimal response, incomplete response, stability or progression. The response according to the RECIST criteria was also assessed. Survival estimates were obtained using the Kaplan Meier method. A multivariate analysis was performed using the Cox model. Inter-observer reproducibility was estimated using an intraclass correlation coefficient (ICC).

Results The overall survival median was 20.5 months. It was 57.03 months [95% IC 26.05-88.02] in patients with optimal morphological response versus 16.42 months [13.28-19.58] in non-responders/incomplete responders ($p < 0.001$). After evaluation by RECIST, it was 25.56 months [14.40-36.72] in responders compared to 18.76 months [12.52-25.00] in non-responders ($p = 0.081$). In multivariate analysis, only the optimal morphological response ($p = 0.001$) and an initial ACE < 200 ng /ml ($p = 0.004$) were considered independent predictors. Inter-observer reproducibility was good with an intra-class correlation coefficient of 0.695.

Conclusion Optimal morphological response was associated with overall survival and superior to the response according to RECIST. The morphological criteria were statistically predictive of overall survival, with good inter-observer reproducibility.

1. INTRODUCTION

En France, le cancer du côlon se situe au 3^e rang des cancers les plus fréquents chez l'homme (après le cancer de la prostate et du poumon) et au 2^e rang chez la femme (après le cancer du sein). Malgré un taux d'incidence en baisse de -0,3% par an entre 2005 et 2012 (1), on note 43 068 nouveaux en 2015. C'est la deuxième cause de décès par cancer, même si le taux de mortalité est également en baisse depuis 1980 (2). La détection des adénomes est en partie rendue possible depuis 2008 par le dépistage de masse, dont l'objectif est de permettre une résection précoce à un stade pré-tumoral ou local, allongeant ainsi la survie des patients concernés. L'adhésion à ce dépistage en France reste malheureusement en dessous du taux de 45-65% recommandé, mais pourrait bénéficier de l'arrivée du nouveau test immunologique, moins contraignant à réaliser en pratique (3,4). On observe dans 40 à 60% des cas des métastases dont 25% synchrones, et seule la résection chirurgicale ou la destruction de ces dernières peut faire espérer une guérison (5). Malgré les avancées en chimiothérapie et l'apport des thérapies ciblées, la survie globale est évaluée entre 25 et 41 mois dans les essais cliniques publiés entre 2009 et nos jours, avec une tendance à l'amélioration ces dernières années (6,7). Parmi les sites métastatiques rencontrés, l'atteinte hépatique est la plus fréquente, avec au diagnostic un risque évalué de 15% de métastases hépatiques synchrones et un risque cumulé de 16% de métastases métachrones sur 5 ans. Le traitement d'une maladie tumorale avancée et étendue à plusieurs organes relève d'une prise en charge multidisciplinaire avec des traitements à visée curative : chirurgie, thermo-ablation, radiothérapie, radiofréquence. Cependant, en cas d'extension trop importante les traitements par voie systémique représentent la pierre angulaire de la prise en charge de ces patients. Ces dernières années, plusieurs molécules ont vu le jour et ont obtenu une autorisation de mise sur le marché dans le traitement du cancer colorectal de stade IV. Si les protocoles de chimiothérapies se sont améliorés, tant sur l'efficacité que sur la limitation des toxicités, c'est principalement l'essor des thérapies ciblées qui a permis d'augmenter la survie des patients.

Depuis 2004 le bevacizumab, un anti-angiogénique est communément utilisé en association à une poly-chimiothérapie. L'évaluation standard en cours de traitement de ces patients fait appel à la réalisation de scanners à intervalles réguliers suivant les recommandations de sociétés savantes (8). Ils permettent d'identifier les patients tirant un bénéfice du traitement en cours et ceux non contrôlés qui devront alors être soumis à un nouveau protocole. Les critères RECIST

(Response Evaluation Criteria in Solid Tumor ; figure 1) couramment utilisés ont l'avantage d'être reproductibles et fiables. Cependant, les variations intra tumorales induites par les anti-angiogéniques et spécifiques à leur action sur la vascularisation ne sont que partiellement évaluées et probablement sous estimées par ces derniers. Dans ce travail, nous avons émis l'hypothèse d'une meilleure corrélation à la survie de critères dits morphologiques (figure 2) décrits par Chun et al en 2009 (9). Nous les avons confrontés à la survie globale de patients en première ligne métastatique hépatique non opérables, bénéficiant d'un traitement par anti-angiogénique. Nous avons également testé ces critères sur la survie sans progression et l'évolution clinique. Puis nous avons évalué la reproductibilité inter-observateurs toutes lésions confondues, avant de le faire en distinguant les lésions de taille supérieure ou inférieure à 25 millimètres. Devant les récentes avancées des connaissances, nous nous sommes également intéressés aux différences de survie selon la localisation primitive tumorale, qu'elle soit issue du colon gauche (incluant le rectum) ou droit (10).

2. MATERIELS ET METHODES

5.1 Population

De janvier 2009 à mai 2017 tous les patients présentant au moins une métastase hépatique d'un cancer dont le primitif pouvait être colique ou rectal confirmé histologiquement, jugés non opérable d'emblée, et bénéficiant d'une chimiothérapie de première ligne métastatique en association avec un anti-angiogénique, ont été inclus. Toutes les décisions thérapeutiques ont été prises en réunion de concertation pluri disciplinaire. Le caractère non opérable était déterminé soit sur les caractéristiques tumorales ne permettant pas d'envisager une résection R0 (taille, nombre, volume de foie restant insuffisant, localisation extra hépatique telles que l'os, le cerveau, une lymphangite carcinomateuse pulmonaire), soit devant une contre-indication du patient lui-même à une chirurgie ou à une anesthésie (5,8). Les services participants étaient les services d'oncologie digestive des deux centres hospitalo-universitaires (CHU) de Marseille (Timone, Hôpital Nord) ainsi que l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Sainte Anne à Toulon

Les critères d'exclusion étaient les suivants : patients de moins de 18 ans révolus, métastases uniquement extra-hépatiques ou lésion hépatique non mesurable, administration antérieure d'une thérapie ciblée, scanner de réévaluation plus de 6 mois après le premier, réalisation de moins de 3 cures de bevacizumab, scanner uniquement sans injection de produit de contraste iodé au cours du suivi ou images non disponibles.

Le traitement était poursuivi jusqu'à progression tumorale, apparition d'une toxicité nécessitant un changement de produit de chimiothérapie, refus de traitement du patient, ou décès. Tous les patients ont bénéficié de deux scanners multi-barrettes : le premier en pré traitement puis à 2-3 mois selon les recommandations (5,8). Ces derniers étaient réalisés avec une seule phase d'acquisition au temps portal, ou trois phases après un premier temps sans injection de produit de contraste, aux étages thoracique, abdominal et pelvien.

5.2 Définition des critères d'imagerie

La réponse au traitement était évaluée par un radiologue exerçant en centre expert d'imagerie abdominale avec 8 ans d'expérience et un radiologue généraliste avec 12 ans d'expérience. Une troisième relecture a été effectuée par un clinicien non senior, formé 6 mois en service de radiologie, avec une pratique régulière de lecture de scanners dans son exercice médical quotidien. Toutes les relectures étaient indépendantes et en aveugle des données de survie des patients.

Après 2 à 3 mois de traitement, la réponse était tout d'abord évaluée selon les critères RECIST (figure 1) : une réponse complète était définie par la disparition des toutes les lésions ; une réponse partielle par une diminution $>30\%$ de la somme des plus grands diamètres des lésions cibles ; une stabilité par l'absence de réponse ou de progression ; une progression par l'augmentation $>20\%$ de la somme des plus grands diamètres des lésions cibles, ou l'apparition de nouvelles lésions non cibles, hépatiques ou extra-hépatiques.

Puis les lésions hépatiques étaient évaluées selon les critères dits morphologiques (figure 2) en les classant en trois groupes : le groupe 1 était constitué de lésions de densité homogène avec une interface tumeur-foie sain fine et bien définie ; le groupe 3 rassemblait les lésions de densité hétérogène avec une interface tumeur-foie sain épaisse et mal définie, ainsi qu'une possible prise de contraste annulaire ; le groupe 2 regroupait les lésions ne correspondant à aucun des deux autres. La réponse complète selon ces critères d'évaluation morphologique était définie par le passage des lésions du groupe 3 ou 2 au groupe 1 ; la réponse incomplète par le passage du groupe 3 au groupe 2 ; la stabilité par l'absence de changement d'aspect ; la progression par le passage à un groupe numériquement supérieur, ou par l'apparition d'une ou plusieurs nouvelles lésions. Pour un patient multi métastatique, l'évolution de la majorité des lésions était considérée afin de définir son groupe d'appartenance. Sur le scanner de pré traitement, on mesurait également le plus grand diamètre de la plus grosse lésion hépatique visible.

5.3 Définition des critères de suivi cliniques et biologiques

Les données d'une évaluation clinique et biologique étaient récupérées aux mêmes temps que les scanners. En consultation, étaient évalués l'état général selon l'échelle de *Performans status* de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (tableau 1) et le poids avec calcul de l'indice de masse corporel (IMC). La recherche de douleurs abdominales et d'une hépatomégalie permettait de classer les patients en fonction de leur réponse clinique au cours du traitement : régression, stable ou progression. Un dosage d'antigène carcinoembryonnaire (ACE) était réalisé. Étaient également relevés la numération de formule sanguine avec le taux d'hémoglobine, le nombre de globules blancs et de plaquettes ainsi que la créatininémie, les transaminases, les phosphatases alcalines et gamma-GT, l'albuminémie.

5.4 Analyse statistique

Les analyses de survie pour chacun des critères étaient menées dans un premier temps pour chaque type de réponse possible prise indépendamment des autres. Secondairement, pour les critères RECIST, elles étaient menées en identifiant les patients répondeurs (regroupant les réponses complètes et partielles), et les patients non répondeurs (regroupant les maladies stables et en progression). De même, les répondeurs optimaux en critères morphologiques étaient comparés aux patients en réponses incomplètes ou non répondeurs. L'interprétation du radiologue 1, considéré comme spécialisé et référent, a été utilisée pour les analyses de survie. La survie globale était définie comme la période comprise entre la première imagerie et le décès, l'arrêt de l'étude, ou le fait que le patient soit perdu de vue. La survie sans progression était définie comme la période débutant à la réalisation de la première imagerie et s'étendant jusqu'au changement de traitement pour progression de la maladie ou toxicité majeure.

La reproductibilité inter-observateurs a été estimée par un coefficient de corrélation intra classe (ICC) ou kappa pour les variables binaires. La valeur de ces coefficients était définie comme telle : < 0 désaccord ; 0,0-0,4 accord faible ; 0,4-0,6 accord moyen ; 0,6-0,8 accord fort ; 0,8-1,0 accord excellent.

Le test non paramétrique de Wilcoxon apparié était utilisé pour tester une tendance à la sous- ou surestimation des différents observateurs. Les estimations de survie ont été réalisées par la méthode de Kaplan Meier, avec une estimation de la différence statistique par le test du logrank, et la comparaison des fréquences par le test du Khi-deux. Afin d'identifier les facteurs prédictifs pour la survie globale et sans progression, des analyses univariées et multivariées ont été réalisées, utilisant le modèle de Cox pour estimer le Hazard Ratio (HR). Tous les tests étaient

de nature bilatérale, et un $p < 0,05$ était considérée comme statistiquement significatif. Les données ont été saisies en tableaux sous Microsoft Office Excel 2017. Le traitement statistique a été effectué avec le logiciel IBM SPSS Statistics 18.0 (IBM Inc., New York, NY, USA).

3. RESULTATS

6.1 Caractéristiques de la population

Nous avons inclus 68 patients dont les caractéristiques principales sont présentées dans le tableau 2. La médiane de suivi était de 17,8 mois. La population comportait 52 (76,5%) hommes avec un âge médian de 65,9 ans. Parmi les 68 patients, 12 (17,6%) présentaient une tumeur primitive rectale, et 56 (82,4%) une tumeur colique, dont 22 (32,4%) avec une lésion colique droite et 34 (50%) avec une lésion colique gauche. Plusieurs patients avaient reçu des traitements antérieurs ; une chirurgie du primitif pour 50 d'entre eux (73,5%), pour 12 (17,6%) une chirurgie de métastase hépatique et 4 (5,9%) une radiofréquence hépatique. Vingt-cinq patients (36,7%) avaient reçu au préalable une chimiothérapie adjuvante. A l'inclusion dans notre étude, 16 patients (23,5%) présentaient une métastase hépatique unique, 22 (32,4%) entre 2 et 4 métastases hépatiques et 30 patients (44,1%) en présentaient plus de cinq. Les métastases étaient bi lobaires chez 43 patients (63,2%), et pour 44 patients (64, 7%) des métastases extra hépatiques étaient associées. L'état général des patients était globalement bon, avec une majorité de patients OMS 0-1 ($n= 61 ; 89,7\%$) au début du traitement. Les différents protocoles administrés, en association au bevacizumab, étaient les suivants : FOLFIRI ($n=57 ; 83,8\%$), LV5FU2 simplifié ($n=6, 8,8\%$), FOLFOX ($n=3 ; 4,4\%$), XELOX ($n=1 ; 1,5\%$), FOLFIRINOX ($n=1 ; 1,5\%$). Le nombre moyen de cure de chimiothérapie entre les deux scanners était de 5,2 (3 à 8) ; 91,2% des patients ($n=62$) avaient reçu entre 4 et 6 cures sur une période 3,2 mois en moyenne (1,4 à 5,5).

Au cours du suivi après notre période d'étude, 12 patients (17,6%) ont pu bénéficier secondairement d'une résection de tout ou partie de leurs métastases hépatiques. Le nombre moyen de lignes de chimiothérapies reçues par patient pour la maladie métastatique était de 2,3 (entre 1 et 5).

6.2 Objectif principal

La médiane de survie globale était de 20,5 mois [IC 95% ; 16,09-24,91] dans notre travail.

Selon RECIST, aucune réponse complète n'a été observée ; vingt patients (29,4%) étaient en réponse partielle, trente-huit (55,9%) stables et dix (14,7%) en progression. Au total il y avait donc 29,4% de répondeurs et 70,6% de non répondeurs. Selon les critères morphologiques, on observait dix-sept (25%) réponses complètes, dix-huit (26,5%) réponses incomplètes, vingt-six patients (36,8%) avec une maladie stable et sept (11,8%) en progression. Soit 25% de réponse optimale et 75,1% de réponse incomplète/absente.

Le tableau 3 présente la répartition des patients selon leur réponse à chacun des critères étudiés. Parmi les réponses optimales en critères morphologiques, 6 patients (8,8%) étaient considérés comme non répondeurs en RECIST (5 patients stables et une progression). Parmi les patients répondeurs en RECIST, 9 patients étaient non répondeurs morphologiques (6 réponses incomplètes, 3 patients stables).

En répartissant les patients selon leur évaluation RECIST, la survie globale médiane était de 25,56 mois [14,40-36,71] en cas de réponse partielle, de 20,40 mois [12,34-28,47] en cas de maladie stable et 9,52 mois [0,16-18,90] en cas de progression (Figure 3a ; $p=0,012$). En identifiant deux groupes opposant les patients répondeurs (réponse complète et partielle) aux patients non répondeurs (stable ou en progression), la survie globale médiane était de 25,56 mois [14,40-36,72] contre 18,76 mois [12,52-25,00] (Figure 3a ; $p=0,081$).

Selon les critères morphologiques, la médiane de survie globale était de 57,03 mois [26,05-88,02] si réponse optimale ; 15,93 mois [12,97-18,90] si réponse incomplète ; 20,40 mois [18,09-22,71] pour les maladies stables et 5,48 mois [0,00-11,09] en cas de progression (Figure 3b ; $p < 0,001$). En identifiant deux groupes opposant les patients en réponse optimale aux autres patients (réponse incomplète, stable ou progression), la médiane de survie globale était de 57,03 mois [26,05-88,02] contre 16,42 mois [13,28-19,58] (Figure 3b ; $p < 0,001$).

Le tableau 4 présente les résultats des analyses univariée et multivariée réalisées. En analyse multivariée, seuls la réponse morphologique optimale ($p=0,001$) et un taux d'ACE initial inférieur à 200ng/ml ($p=0,004$) ressortaient comme facteurs prédictifs indépendants de l'amélioration de la survie globale. Les critères RECIST n'apparaissaient pas comme significatifs ($p=0,378$).

6.3 Objectifs secondaires

6.3.1 Survie sans progression

La médiane de survie sans progression était de 9,92 mois [7,41-12,43] dans notre population. Selon l'évaluation par RECIST, elle était de 13,1 mois [6,12-20,09] pour les répondeurs partiels, de 9,88 mois [6,17-13,60] en cas de maladie stable et de 3,87 mois [1,18-6,57] en cas de progression (Figure 4a ; $p=0,80$). Les patients répondeurs présentaient une médiane de survie sans progression de 13,109 mois [6,12-20,09] contre 9,101 mois [7,351-10,850] pour les patients non répondeurs (Figure 4a ; $p=0,96$).

La médiane de survie sans progression pour les critères morphologiques étaient les suivantes : 24,41 mois [17,04-31,78] si réponse optimale ; 7,85 mois [4,29-11,42] si réponse incomplète ; 9,23 mois [8,02-10,45] pour les malades stables et 3,87 mois [1,46-6,29] en cas de progression (Figure 4b ; $p < 0,001$). Concernant les répondeurs optimaux la médiane était de 24,41 mois [17,04-31,78] contre 8,31 mois [6,97-9,65] pour les non répondeurs (Figure 4b ; $p < 0,001$).

Le tableau 5 présente les résultats des analyses univariée et multivariée réalisées. Seule une réponse optimale morphologique était prédictive de manière indépendante de la survie sans progression ($p=0,003$). De nouveau, les critères RECIST n'apparaissent pas comme statistiquement significatifs ($p=0,220$).

6.3.2 Corrélation à la réponse clinique

Après 2 à 3 mois de traitement, 18 patients (26,5%) présentaient une régression des signes cliniques, 42 patients (61,8%) restaient stables et 8 (11,8%) étaient en progression. Il n'existait pas de concordance fiable entre la présence d'une réponse clinique évaluée par le clinicien en consultation et la réponse suivant les critères RECIST ($kappa=0,406$) et morphologiques ($kappa=0,115$).

6.3.3 Reproductibilité inter observateur

La concordance générale entre les trois relectures était globalement bonne avec un ICC=0,874 pour les critères RECIST et ICC=0,695 pour les critères morphologiques. Concernant les seuls critères morphologiques, entre les radiologues 1 et 2 ICC=0,644 avec discordance pour 25 patients dont 14 classés stables par le radiologue 2 mais en réponse partielle ou complète par le radiologue 1 ($p=0,029$) ; entre le radiologue 2 et le clinicien ICC=0,675 avec discordance sur

22 patients dont 13 classés stables par le radiologue 2 mais en réponse par le clinicien ($p=0,034$) ; entre le radiologue 1 et le clinicien $ICC=0,786$ avec discordance pour 20 patients avec également tendance à la sous-estimation pour 7 patients classés stables par le clinicien et en réponse par le radiologue 1 ($p=0,840$).

6.3.4 Reproductibilité inter observateur selon la taille

Quarante-neuf patients (72,1%) avaient un plus grand diamètre de la plus grosse lésion supérieur ou égal à 25mm au premier scanner d'évaluation. La reproductibilité inter observateurs était bonne concernant les critères RECIST avec un $ICC=0,877$ pour un diamètre supérieur ou égal à 25mm et $ICC=0,864$ pour un diamètre de 10-25mm. Pour les critères morphologiques, respectivement $ICC=0,757$ et $ICC=0,571$. En comparant les radiologues 1 et 2 pour les mêmes sous-groupes $ICC=0,697$ et $ICC=0,553$; le radiologue 2 et le clinicien : $ICC=0,722$ et $ICC=0,567$; le radiologue 1 et le clinicien : $ICC=0,861$ et $ICC=0,644$. Seule l'évaluation du radiologue 2 pour les lésions de 10-25mm comparée à celle du radiologue 1 présentait une discordance significative ($p=0,045$) avec une même tendance à la sous-estimation que précédemment.

6.3.5 Comparaison colon droit et colon gauche

Il n'existait dans notre étude aucune différence significative en survie globale entre les tumeurs du colon droit avec une médiane de survie de 25,19 mois [18,06-32,34] et du colon gauche avec 18,76 mois [13,62-23,90] ($p=0,382$, tableau 4), ou en survie sans progression : 12,55 mois [8,14-16,97] contre 9,23 mois [7,08-11,39] ($p=0,558$, tableau 5).

4. DISCUSSION

La population choisie pour notre étude est celle de patients atteints d'un cancer colorectal de stade IV (11) non opérables d'emblée de leurs métastases hépatiques. La chimiothérapie est donc intégrée à un ensemble de soins de support, dont le but est d'améliorer la qualité de vie du patient et de prolonger la survie. Notre population est étudiée de manière rétrospective depuis 2009, et comprend notamment une proportion importante de patient RAS-sauvage (26,9%) traités en première ligne métastatique par bevacizumab. Ceci est expliqué par l'absence de connaissance avant 2006 de l'importance de la détermination du statut mutationnel de l'exon 2 du gène KRAS (12,13) et avant 2013 de celle des exons 3 et 4 du gène KRAS, ainsi que de NRAS (14), et donc de l'absence d'un traitement par anti-EGFR en première ligne, comme le

préconisent les recommandations actuelles pour les patients non mutés (15). On remarque également l'absence de différence de survie globale entre les patients suivis pour une lésion primitive du colon droit ou gauche. Ceci est probablement expliqué par la petite taille de l'échantillon, ne permettant pas de mettre en évidence une différence significative, ainsi que par la présence dans notre population d'un nombre conséquent de patients non muté sur le gène RAS. Certains patients (17,6%) ont également pu, secondairement, bénéficier de la résection d'une ou plusieurs métastases hépatiques, témoignant de la difficulté à estimer initialement de manière définitive la non résécabilité des lésions hépatiques et de l'importance d'évaluer au mieux leur réponse sous traitement.

Dans un tissu sain, l'angiogénèse, c'est-à-dire le phénomène physique permettant la formation de nouveaux vaisseaux à partir de vaisseaux existants, résulte de l'équilibre local des signaux pro-angiogéniques (le *vascular endothelial growth factor* de type A ou VEGF-A étant l'un des plus importants, avec d'autres facteurs de croissance comme le *transforming grow factor* ou TGF α et β , le *tumor necrosis factor* ou TNF α , ainsi que d'autres interleukines ou protéases) et anti-angiogénique (interféron α et β , thrombospondine, semaphorine). Dans un tissu tumoral, de nombreux changements génétiques et épigénétiques conduisent à un déséquilibre de cette balance en faveur de la néo-vascularisation, avec la création de nombreux vaisseaux anormaux (augmentation de la perméabilité interstitielle, circulation intermittente, modification du débit sanguin et création de shunt vasculaires). Cet environnement propre à la tumeur lui permet une résistance aux drogues systémiques thérapeutiques en partie grâce à l'inflammation locale et l'hypoxie induite (16,17). La néo-vascularisation est donc un élément indispensable dans la croissance des tumeurs et constitue la cible du bevacizumab, agent de biothérapie le plus ancien utilisé depuis 2004 dans la lutte anti-tumorale. Cet anticorps monoclonal de type IgG1 inhibe l'action du VEGF-A en empêchant sa liaison aux récepteurs membranaires VEGFR1 et 2 (*vascular endothelial growth factor receptor*). Son action sur cette vascularisation anarchique, en permettant un remodelage vasculaire et en réduisant l'hypoxie de l'environnement tumoral, potentialise l'effet d'un traitement adjuvant par chimio-, radio- voire immunothérapie (17). Bien que son évaluation en monothérapie se soit avérée décevante, son association aux protocoles de chimiothérapie a permis d'améliorer les résultats de ces derniers dans plusieurs études randomisées : amélioration de la survie sans progression en association à l'irinotecan (18) mais également de la survie globale en association à l'oxaliplatine (FOLFOX ou XELOX) (19). L'apport des anti-angiogéniques ne repose donc pas sur un effet cytotoxique tissulaire, mais plutôt sur une modification de l'environnement tumoral et l'induction d'une nécrose tumorale,

entraînant la stabilisation en taille des lésions le plus souvent. Pour cela, l'évaluation radiologique des tumeurs bénéficiant de ces traitements ne peut prendre en compte uniquement les variations de taille, mais doit également évaluer le remodelage induit.

Bien que les critères RECIST à l'origine n'aient été validés en 2000 puis révisés en 2009 (20) que pour permettre une évaluation objective dans les études cliniques, ils sont aujourd'hui utilisés en pratique courante dans le suivi de nombreuses néoplasies solides hors essai. Wilson et al. (21) ont récemment étudié la vision et l'utilisation qu'avaient les cliniciens de ces critères, dans une étude multicentrique menée sur 99 gynéco-obstétriciens hospitaliers de 13 pays différents. La connaissance des critères s'avère bonne pour 65% d'entre eux, avec une utilisation à la fois par le radiologue et par le clinicien dans 58% des cas, et 40% uniquement par l'un des deux. L'étude rapporte également que 68% des utilisateurs estiment que les critères RECIST améliorent l'objectivité de l'évaluation au quotidien, mais 81% les remettent en question de manière ponctuelle. Les auteurs insistent sur l'importance de l'évaluation clinique et de sa prise en compte dans la décision thérapeutique, spécialement pour les patients stables selon RECIST mais dans les extrêmes, en présentant par exemple une augmentation ou diminution symptomatique des lésions à l'imagerie de 19%, une augmentation de 21% d'une lésion cible asymptomatique.

Il est donc admis que dans certaines situations les critères RECIST ne suffisent pas, ou ne reflètent pas au plus près la réalité de l'effet d'un traitement sur la maladie tumorale et l'évolution de cette dernière. Plusieurs études rapportent par ailleurs une absence de corrélation à la survie globale et à la survie sans progression pour une population de patients métastatiques d'un cancer colorectal (6,9,22). A l'inverse, de nouveaux critères dits morphologiques décrits en 2009 par Chun et al (9), ont démontré une meilleure sensibilité pour prédire à la fois une réponse histologique majeure ou complète chez un groupe de 50 patients ayant secondairement bénéficié d'une résection hépatique, mais également une meilleure corrélation à la survie globale pour une population de 82 patients atteints d'un cancer colorectal de stade IV. Une autre étude rétrospective récente conduite par Yoshita et al (22) a également évalué ces mêmes critères sur une population de patients métastatiques hépatiques non opérables bénéficiant d'une chimiothérapie en association ou non au bevacizumab. Une réponse optimale morphologique était prédictive de l'amélioration de survie sans progression en analyse multi variée et supérieure aux critères RECIST 1.1. Nos résultats rejoignent les leurs, les critères morphologiques étant prédictifs d'une meilleure survie globale et sans progression en cas de

réponse dite optimale. Dans notre travail à nouveau, les critères RECIST n'apparaissent pas comme un facteur significativement prédictif. Toutes ces études, ainsi que la nôtre, sont cependant rétrospectives, et ces critères demandent encore à être validés à plus grande échelle par une étude multicentrique internationale prospective.

Ensuite, la corrélation inter observateur dans notre travail est également bonne. Discrètement moindre pour l'évaluation morphologique en comparaison des critères RECIST, mais comparable à l'étude de Chun YS et al (9): coefficient kappa de 0,68 [IC 95% : 0,51-0,85] à 0,78 [IC 95% : 0,63-0,93] pour trois radiologues de 2, 15 et 20 ans d'expérience. On remarque également une différence significative entre l'interprétation du radiologue 2 et les deux autres relecteurs, avec une tendance à la sous-estimation de la réponse morphologique. Ceci peut expliquer le coefficient de corrélation observé pour les critères morphologiques, inférieur à celui du RECIST bien qu'acceptable. Il faut noter que dans notre travail, il n'y a pas eu de confrontation ou d'apprentissage commun des critères, aucune des relectures n'ayant été modifiée par relecture en commun et accord sur certains points litigieux. Et afin de ne pas modifier les résultats par un trop grand nombre de consensus, qui biaiserait l'évaluation de la reproductibilité, aucune des relectures n'a été modifiée. En pratique clinique quotidienne en revanche, en cas de doute ou de difficulté d'interprétation, il semble logique de prendre l'avis d'un ou plusieurs confrères et ainsi d'augmenter la valeur et la sûreté de l'interprétation rendue. Cette reproductibilité semble d'ailleurs s'améliorer encore pour les lésions hépatiques dont le plus grand diamètre est supérieur à 25mm. Le coefficient de corrélation dans notre étude s'abaisse fortement pour les lésions de petite taille et s'améliore nettement pour les lésions supérieures à 25 mm, rejoignant les performances du RECIST. Ceci peut être expliqué en partie par la nécessité d'estimer la réponse en fonction de la réponse majoritaire, plus facile à observer pour des lésions de grande taille. La prise de contraste annulaire et le caractère hétérogène d'une lésion sont en effet très difficiles à évaluer sur une petite surface (Figures 5 et 6). Les critères morphologiques se basant sur des données subjectives sans données numériques de mesure au contraire de RECIST, il est d'autant plus important de rechercher et d'identifier les facteurs pouvant limiter la reproductibilité de ces derniers.

La proposition de nouveaux critères morphologiques prenant en compte l'aspect métabolique des variations tumorales sous anti-angiogénique, est donc intéressante. L'analyse morphologique permet d'une part de renforcer une impression favorable chez les répondeurs

partiels selon RECIST. Elle permet également de trancher dans le sens d'une réponse pour des patients étiquetés stables qui bénéficient du traitement sans variation de taille.

Une des limites qui peut leur être cependant reprochée est de n'évaluer que les lésions secondaires hépatiques. Il n'a été observé aucune réponse discordante dans aucune des deux études précédemment citées (9,22), ni la nôtre, entre l'évolution de la maladie purement hépatique et celle en prenant en compte les éventuelles autres lésions associées. Une autre critique possible est de mal définir la progression. Là aussi, aucune différence n'a été observée, et tous les patients qui progressaient selon les critères morphologiques progressaient également selon RECIST. Cependant la progression morphologique était dans notre étude définie par l'apparition de nouvelles lésions ou le passage d'un groupe 1/2 à un groupe 3 ou d'un groupe 1 à un groupe 2, recoupant en partie la définition du RECIST.

En revanche, l'évaluation morphologique permet d'identifier certains patients étiquetés en progression selon RECIST mais en réponse complète (n=1, dans notre étude), incomplète (n=1) ou stable (n=1) selon ces nouveaux critères. Il est important chez ces derniers de s'assurer de l'absence d'une pseudo progression induite par un état inflammatoire (se manifestant par une augmentation de taille), masquant une réelle réponse au traitement. Chez les patients stables ou en réponse partielle selon RECIST, mais en réponse morphologique optimale (n=5 et n=11) ou incomplète (n=11 et n=6), une réévaluation précoce permettrait de suivre une potentielle réponse plus complète encore, y compris en taille. Ces patients pourraient alors bénéficier d'une intensification de traitement et pourquoi pas accéder à un traitement curateur pour certains, selon les caractéristiques tumorales.

Pour les patients stables morphologiquement mais en réponse partielle selon RECIST, avec des lésions de taille suffisante pour une évaluation correcte, une réévaluation attentive à 6 mois de traitement est nécessaire, afin de confirmer ou non une réponse au bevacizumab. En effet, la réponse en taille peut être due à l'action de la chimiothérapie sans bénéfice de l'anti angiogénique, n'induisant pas le remodelage caractéristique.

Il semble donc particulièrement intéressant d'associer les deux critères, et d'utiliser tout particulièrement l'évaluation morphologique en cas de réponse partielle ou de stabilité selon RECIST, afin de pister plus précocement la réponse au traitement.

Malheureusement, si ces critères semblent suffisamment aisés à manier, à apprendre et à mettre en œuvre au quotidien, ils ne reposent que sur une évaluation subjective du radiologue. Leur amélioration pourrait être obtenue par une mesure de densité tumorale, inspirée des critères décrits par Choi dans l'évaluation des tumeurs stromales gastro intestinales (GIST) (23), des

carcinomes hépato-cellulaires, des tumeurs neuro endocrines mais également des métastases de cancer colorectal traitées par radiofréquence hépatique (24). Cependant, cette méthode nécessite de prendre une « Région of Interest » la plus large possible pour la mesure de densité, le logiciel de calcul effectuant une moyenne pixel par pixel et ne prenant alors pas en compte l'hétérogénéité tumorale fréquente dans notre population.

Le scanner bi-énergie quant à lui, permet de réduire l'exposition aux rayonnements en obtenant une haute résolution d'image via deux sources distinctes d'émission (émettant chacune sur deux spectres d'énergie différents) (25). Cette technique pourrait également être un apport majeur dans l'évaluation morphologique de la réponse aux anti-angiogéniques, en apportant une objectivité qui fait défaut, ce d'autant plus que l'évaluation morphologique implique la multiplication des séquences d'acquisition aux différents temps vasculaires, et donc l'irradiation des patients.

Enfin, on peut citer les nombreuses autres possibilités d'évaluation par imagerie ne relevant pas du scanner. Chez un patient qui apparait potentiellement résecable (d'emblée, ou après une chimiothérapie première) il est indispensable de compléter le bilan par d'autres examens, au premier rang desquels se place l'IRM. L'avantage principal de ce dernier est le meilleur taux de détection des lésions (26), rendu possible par la multiplication des séquences d'acquisition non irradiantes et l'injection d'un produit de contraste. Malheureusement, la mise en œuvre pour tous les patients reste difficile, l'évaluation pulmonaire étant encore peu fiable et l'imagerie « corps entier » compliquée.

Il existe une autre possibilité séduisante et plus récente : l'imagerie fonctionnelle, capable d'explorer la vascularisation, sa structure et ses variations au cours du temps. Les techniques que nous allons détailler ne font pas l'objet à ce jour d'une utilisation en routine clinique, principalement pour des raisons de disponibilité et de contrainte de mise en œuvre. En premier lieu, l'imagerie de perfusion autrement appelée DCE pour Dynamic-Contrast-Enhanced, pouvant s'appliquer après injection d'un produit de contraste spécifique à l'IRM (chélates de gadolinium) mais également au scanner (composé iodé) et à l'échographie (« microbulles »). Après acquisition répétée sur une zone d'intérêt et analyse des courbes de rehaussement, ces techniques permettent de suivre au sein d'une zone définie les variations de perméabilité vasculaire, le volume des espaces extracellulaire et extravasculaire, le rehaussement, et la densité microvasculaire, se révélant des biomarqueurs précoces très utiles dans le suivi des lésions sous anti-angiogéniques (27–29). Cependant, ces méthodes restent à valider à grande

échelle, afin de déterminer des seuils de progression ou de réponse et de standardiser la technique pour la rendre plus accessible.

L'imagerie de diffusion permet quant à elle, grâce à l'IRM, d'étudier les variations de structure tissulaire et des mouvements microscopiques moléculaires. L'étude des variations de l'ADC ou Apparent Diffusion Coefficient permet de différencier les tissus présentant une bonne réponse (augmentation de l'ADC) ou non (30,31). Ce type d'imagerie permet également de prédire la réponse d'un tissu au traitement, celle-ci étant moindre pour un ADC élevé, témoins de la présence de nécrose et de l'hypoxie pouvant induire la chimiorésistance. Même si cette méthode reste encore à valider, elle reste une perspective prometteuse dans l'évaluation pré-thérapeutique et la personnalisation future des protocoles proposés à chaque patient (32).

Ensuite le TEP scanner, en standardisant la fixation d'un traceur, le ¹⁸FDG (ou d'un autre traceur plus spécifique d'un autre type tumoral), dans la tumeur, avec une donnée de SUV (Standard Uptake Value), reflète l'activité métabolique de cette dernière. En 2009, ont été proposés les critères PERCIST (PET Response Criteria in Solid Tumor) (33) associant une évaluation morphologique et métabolique et proposant des bases pour une évaluation globale. Quelques travaux ont également proposé d'y associer une surveillance du taux de cellules tumorales circulantes précoce entre 4 et 6 semaines (34). Ces techniques sont là aussi limitées par les mêmes restrictions d'accès, et demandent encore une validation à plus grande échelle.

Enfin, les études préliminaires de textures sur les scanners standards de surveillance semblent également prometteuses, et particulièrement sous bevacizumab. En effet, en sélectionnant l'ensemble des lésions hépatiques visibles sur chacun des scanners de suivi et en analysant informatiquement leur texture à partir de paramètres que sont l'uniformité et l'entropie, il semblerait possible de monitorer la réponse à la chimiothérapie (35).

On peut donc relever l'avantage des méthodes intermédiaires développées précédemment, bénéficiant de la facilité d'exécution du scanner, de sa grande accessibilité et de son moindre coût, en y associant d'autres méthodes d'évaluation afin de compléter l'évaluation uniquement métrique des critères RECIST. C'est dans ce cadre que s'inscrivent notre étude et celles qui l'ont précédées, ainsi que celles proposant des critères alternatifs dans le suivi des GIST et des tumeurs neuro endocrines développés par Choi par exemple, ou encore des critères mRECIST (RECIST modifié) dans le cancer hépato cellulaire (23,36).

5. CONCLUSION

En conclusion, une réponse optimale selon les critères morphologiques décrits en 2009 par Chun et al était prédictive de la survie globale et la survie sans progression chez les patients sous chimiothérapie de première ligne en association au bevacizumab pour un cancer colorectal avec métastases hépatiques. Ils sont en cela supérieurs aux critères RECIST. Leur reproductibilité inter observateur semble bonne, et particulièrement pour des lésions de diamètre supérieur à 25mm. Ces critères apportent un complément d'information indispensable mais pourraient toutefois être améliorés afin d'augmenter leur objectivité, dans l'attente d'une standardisation de l'imagerie fonctionnelle qui reste à ce jour peu accessible en pratique quotidienne. Il semble actuellement d'autant plus important de développer d'autres voies d'évaluation plus spécifiques complétant les critères RECIST, devant l'essor récent des biothérapies et de l'immunothérapie, dont les effets ne sont là aussi pas uniquement cytotoxiques, mais induisent nombre de modifications intra tumorales difficilement évaluées à ce jour.

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012/Tumeurs solides. InVS; 2013.
2. Ribassin-Majed L, Le-Teuff G, Hill C. [The frequency of cancer in France: Most recent data and trends]. *Bull Cancer (Paris)*. janv 2017;104(1):20-9.
3. European Colorectal Cancer Screening Guidelines Working Group, von Karsa L, Patnick J, Segnan N, Atkin W, Halloran S, et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: overview and introduction to the full supplement publication. *Endoscopy*. 2013;45(1):51-9.
4. Eisinger F, Pivot X, Greillier L, Couraud S, Cortot AB, Touboul C, et al. [Cancer screening in France: 10 years of analysis of behaviours by the EDIFICE surveys]. *Bull Cancer (Paris)*. mars 2017;104(3):258-66.
5. Phelip J, Bouché O, Conroy T, Michel P, Penna C, Tournigand C, et al. Cancer colorectal métastatique [Internet]. 2016 juin. (Thésaurus National de Cancérologie Digestive). Disponible sur: <http://www.tncd.org>
6. Grothey A, Hedrick EE, Mass RD, Sarkar S, Suzuki S, Ramanathan RK, et al. Response-independent survival benefit in metastatic colorectal cancer: a comparative analysis of N9741 and AVF2107. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 10 janv 2008;26(2):183-9.
7. Schwartzberg LS, Rivera F, Karthaus M, Fasola G, Canon J-L, Hecht JR, et al. PEAK: a randomized, multicenter phase II study of panitumumab plus modified fluorouracil, leucovorin, and oxaliplatin (mFOLFOX6) or bevacizumab plus mFOLFOX6 in patients with previously untreated, unresectable, wild-type KRAS exon 2 metastatic colorectal cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 20 juill 2014;32(21):2240-7.
8. Van Cutsem E, Cervantes A, Nordlinger B, Arnold D, ESMO Guidelines Working Group. Metastatic colorectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. sept 2014;25 Suppl 3:iii1-9.
9. Chun YS, Vauthey J-N, Boonsirikamchai P, Maru DM, Kopetz S, Palavecino M, et al. Association of computed tomography morphologic criteria with pathologic response and survival in patients treated with bevacizumab for colorectal liver metastases. *JAMA*. 2 déc 2009;302(21):2338-44.
10. Tejpar S, Stintzing S, Ciardiello F, Tabernero J, Van Cutsem E, Beier F, et al. Prognostic and Predictive Relevance of Primary Tumor Location in Patients With RAS Wild-Type Metastatic Colorectal Cancer: Retrospective Analyses of the CRYSTAL and FIRE-3 Trials. *JAMA Oncol*. 10 oct 2016;
11. Edge SBB D, Compton C, Fritz A, Green F, Trotti A. *AJCC Cancer Staging Manual* (ed 7th Edition). New york; 2010. (Springer).

12. Lièvre A, Bachet J-B, Le Corre D, Boige V, Landi B, Emile J-F, et al. KRAS mutation status is predictive of response to cetuximab therapy in colorectal cancer. *Cancer Res.* 15 avr 2006;66(8):3992-5.
13. Di Fiore F, Blanchard F, Charbonnier F, Le Pessot F, Lamy A, Galais MP, et al. Clinical relevance of KRAS mutation detection in metastatic colorectal cancer treated by Cetuximab plus chemotherapy. *Br J Cancer.* 23 avr 2007;96(8):1166-9.
14. Heinemann V. Analysis of KRAS/NRAS and BRAF mutations in FIRE-3. A randomized phase III study of FOLFIRI plus cetuximab or bevacizumab as first-line treatment for wild-type KRAS (exon 2) metastatic colorectal cancer patients. Abst. 17 présenté à: ESMO; 2013.
15. Heinemann V, von Weikersthal LF, Decker T, Kiani A, Vehling-Kaiser U, Al-Batran S-E, et al. FOLFIRI plus cetuximab versus FOLFIRI plus bevacizumab as first-line treatment for patients with metastatic colorectal cancer (FIRE-3): a randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* sept 2014;15(10):1065-75.
16. Esmelin J, Graillot A. Détection de la vascularisation tumorale en Imagerie RMN [Projet DESS « THB »]. Université de Technologie de Compiègne; 2004.
17. Jain RK, Carmeliet P. SnapShot: Tumor angiogenesis. *Cell.* 8 juin 2012;149(6):1408-1408.e1.
18. Hurwitz H, Fehrenbacher L, Novotny W, Cartwright T, Hainsworth J, Heim W, et al. Bevacizumab plus irinotecan, fluorouracil, and leucovorin for metastatic colorectal cancer. *N Engl J Med.* 3 juin 2004;350(23):2335-42.
19. Saltz LB, Clarke S, Díaz-Rubio E, Scheithauer W, Figer A, Wong R, et al. Bevacizumab in combination with oxaliplatin-based chemotherapy as first-line therapy in metastatic colorectal cancer: a randomized phase III study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 20 avr 2008;26(12):2013-9.
20. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, Schwartz LH, Sargent D, Ford R, et al. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). *Eur J Cancer Oxf Engl 1990.* janv 2009;45(2):228-47.
21. Wilson MK, Friedlander ML, Lheureux S, Small W, Poveda A, Pujade-Lauraine E, et al. Resisting RECIST-Uniformity Versus Clinical Validity. *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc.* 7 juill 2017;
22. Yoshita H, Hosokawa A, Ueda A, Ando T, Kajiura S, Kato H, et al. Predictive value of optimal morphologic response to first-line chemotherapy in patients with colorectal liver metastases. *Digestion.* 2014;89(1):43-8.
23. Choi H, Charnsangavej C, Faria SC, Macapinlac HA, Burgess MA, Patel SR, et al. Correlation of computed tomography and positron emission tomography in patients with metastatic gastrointestinal stromal tumor treated at a single institution with imatinib mesylate: proposal of new computed tomography response criteria. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 1 mai 2007;25(13):1753-9.

24. Shady W, Sotirchos VS, Do RK, Pandit-Taskar N, Carrasquillo JA, Gonen M, et al. Surrogate Imaging Biomarkers of Response of Colorectal Liver Metastases After Salvage Radioembolization Using 90Y-Loaded Resin Microspheres. *AJR Am J Roentgenol.* sept 2016;207(3):661-70.
25. Pietrantonio F, Orlandi A, Inno A, Da Prat V, Spada D, Iaculli A, et al. Bevacizumab-based neoadjuvant chemotherapy for colorectal cancer liver metastases: Pitfalls and helpful tricks in a review for clinicians. *Crit Rev Oncol Hematol.* sept 2015;95(3):272-81.
26. Kim HJ, Lee SS, Byun JH, Kim JC, Yu CS, Park SH, et al. Incremental value of liver MR imaging in patients with potentially curable colorectal hepatic metastasis detected at CT: a prospective comparison of diffusion-weighted imaging, gadoxetic acid-enhanced MR imaging, and a combination of both MR techniques. *Radiology.* mars 2015;274(3):712-22.
27. Coenegrachts K, Bols A, Haspeslagh M, Rigauts H. Prediction and monitoring of treatment effect using T1-weighted dynamic contrast-enhanced magnetic resonance imaging in colorectal liver metastases: potential of whole tumour ROI and selective ROI analysis. *Eur J Radiol.* déc 2012;81(12):3870-6.
28. Lambrechts D, Lenz H-J, de Haas S, Carmeliet P, Scherer SJ. Markers of response for the antiangiogenic agent bevacizumab. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 20 mars 2013;31(9):1219-30.
29. Iagaru A, Gambhir SS. Imaging tumor angiogenesis: the road to clinical utility. *AJR Am J Roentgenol.* août 2013;201(2):W183-191.
30. Wagner M, Ronot M, Doblaz S, Giraudeau C, Van Beers B, Belghiti J, et al. Assessment of the residual tumour of colorectal liver metastases after chemotherapy: diffusion-weighted MR magnetic resonance imaging in the peripheral and entire tumour. *Eur Radiol.* janv 2016;26(1):206-15.
31. Chiaradia M, Baranes L, Van Nhieu JT, Vignaud A, Laurent A, Decaens T, et al. Intravoxel incoherent motion (IVIM) MR imaging of colorectal liver metastases: are we only looking at tumor necrosis? *J Magn Reson Imaging JMRI.* févr 2014;39(2):317-25.
32. Thoeny HC, Ross BD. Predicting and monitoring cancer treatment response with diffusion-weighted MRI. *J Magn Reson Imaging JMRI.* juill 2010;32(1):2-16.
33. Wahl RL, Jacene H, Kasamon Y, Lodge MA. From RECIST to PERCIST: Evolving Considerations for PET response criteria in solid tumors. *J Nucl Med Off Publ Soc Nucl Med.* mai 2009;50 Suppl 1:122S-50S.
34. Ma B, King AD, Leung L, Wang K, Poon A, Ho WM, et al. Identifying an early indicator of drug efficacy in patients with metastatic colorectal cancer - a prospective evaluation of circulating tumor cells, 18F-fluorodeoxyglucose positron-emission tomography and the RECIST criteria. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* 30 mars 2017;

35. Rao S-X, Lambregts DM, Schnerr RS, Beckers RC, Maas M, Albarello F, et al. CT texture analysis in colorectal liver metastases: A better way than size and volume measurements to assess response to chemotherapy? *United Eur Gastroenterol J.* avr 2016;4(2):257-63.
36. Delumeau S, Lebigot J, Ridereau-Zins C, Bouvier A, Boursier J, Aubé C. [Imaging features and evaluation of liver lesions after non-surgical therapy]. *J Radiol.* août 2011;92(7-8):632-58.

7. ANNEXES

Figure 1. Critères RECIST 1.1. Réponse complète : disparition de la totalité des lésions (a). Réponse partielle : diminution d'au moins 30% de la somme des plus grands diamètres des lésions cibles par rapport à l'examen de référence (b). Stabilité tumorale : critères situés entre ceux de la réponse partielle et la progression tumorale (c). Progression tumorale : augmentation absolue de 5mm ou d'au moins 20% de la plus petite somme des diamètres des lésions cibles obtenue sous traitement (nadir), apparition d'une ou plusieurs lésions ou augmentation indiscutable des lésions cibles (d).

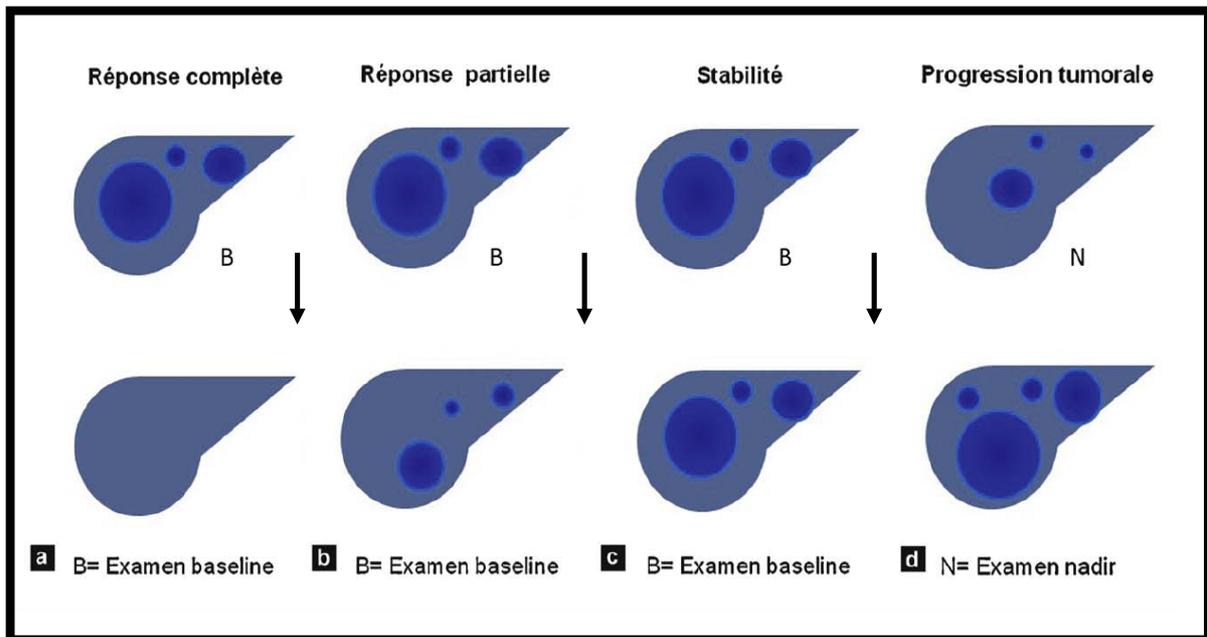


Figure 2. Critères morphologiques selon Chun. Groupe 3 : lésion de densité hétérogène avec une interface avec le foie sain épaisse et mal définie. Une prise de contraste annulaire peut être présente (a). Groupe 2 : mixte des groupes 1 et 3 (b). Groupe 1 : lésion hypodense et homogène avec une interface avec le foie sain nette et bien définie, disparition de la prise de contraste annulaire (c).

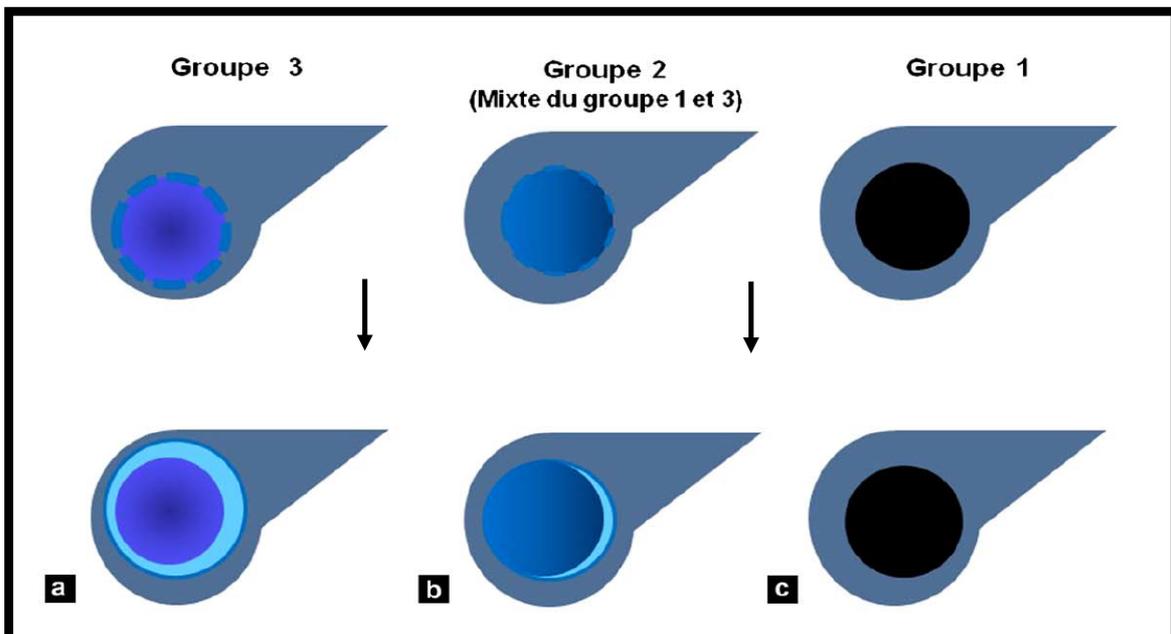


Figure 3. Aspect morphologique des métastases hépatiques selon Chun. Groupe 3 (a), groupe 2 (b), groupe 1 (c).

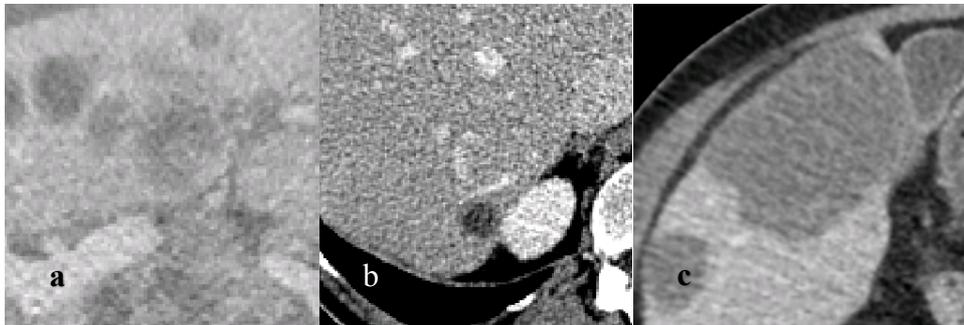


Tableau 1. Echelle de *Performans Status* selon l’OMS

Activité	Score
Capable d’une activité identique à celle précédant la maladie	0
Activité physique diminuée, mais ambulatoire et capable de mener un travail	1
Ambulatoire et capable de prendre soin de soi-même. Incapable de travailler et alité moins de 50% du temps.	2
Capable de mener quelques activités. Alité ou en chaise plus de 50% du temps.	3
Incapable de prendre soin de soi-même. Alité ou en chaise en permanence.	4

Tableau 2. Caractéristiques de la population

Critère	Patients, n	%
Âge, années		
Moyen	65,5	
Médian	65,9	
Intervalle	24,7-86	
Sexe		
Homme	52	76,5
Femme	16	23,5
OMS		
0-1	61	89,7
>2	7	10,3
HTA	34	50
Tumeur primitive		
Colon	56	82,4
Droit	22	32,4
Gauche	34	50,0
Rectum	12	17,6
Nombre de métastases hépatiques		
1	16	23,5
2-4	22	32,4
>4	30	44,1
Stade T		
T1	1	1,5
T2	4	5,9
T3	30	44,1
T4	22	32,4
Stade N		
N0	11	19,3
N1	24	42,1
N2	22	38,6
Centre		
CHU Timone	49	72,1
CHU Nord	16	23,5
HIA Ste Anne	3	4,4
Mutation		
RAS	38	55,9
BRAF	6	8,8
Aucune	8	11,8
Status MSS/MSI		
MSS	21	30,9
MSI	2	2,9

Tableau 3. Répartition des patients selon la réponse aux différents critères radiologiques (radiologue 1).

		RECIST			
		Réponse partielle, n	Stable, n	Progression, n	TOTAL
Critères morphologiques	Réponse optimale, n	11	5	1	17
	Réponse incomplète, n	6	11	1	18
	Stable, n	3	22	1	26
	Progression, n	0	0	7	7
TOTAL		20	38	10	

Figure 4. Survie globale selon la réponse évaluée par les critères RECIST (a) et les critères morphologiques (b).

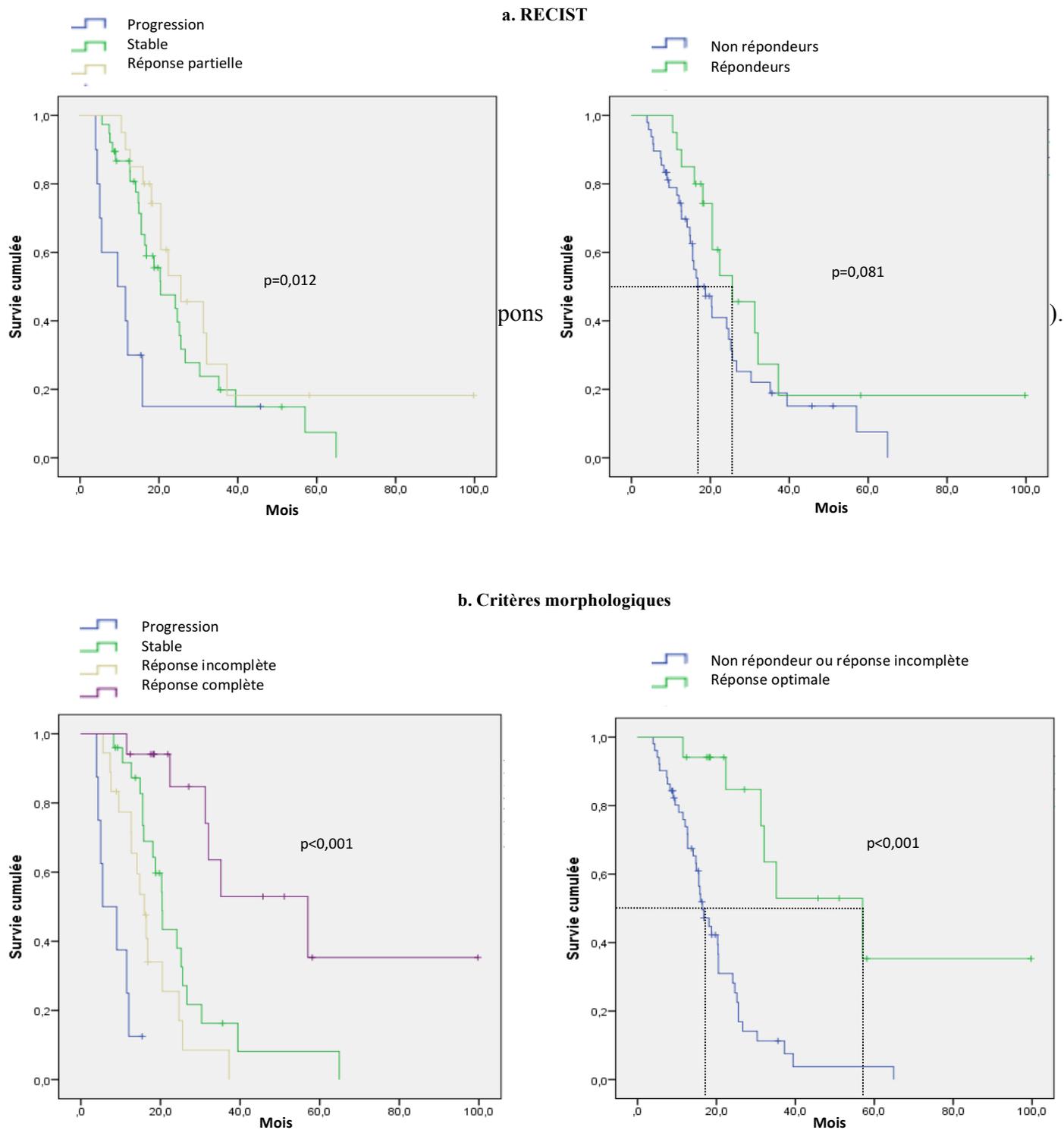


Tableau 4. Analyses univariée et multivariée de la survie globale

Facteurs	n	Analyse univariée			Analyse multivariée		
		HR	IC à 95%	p	HR	IC à 95%	p
Sexe							
Femme	16	0,654	0,305-1,405	0,277			
Homme	52						
Âge							
>65 ans	40	0,794	0,446-1,413	0,433			
<65 ans	28						
OMS							
>1	7	1,096	0,431-2,783	0,848			
0-1	61						
Tumeur primitive							
Colon gauche	46	1,334	0,700-2,542	0,382	2,157	0,977-4,763	0,057
Colon droit	22						
Nombre de métastases hépatique							
1							
2-4	16	0,469	0,211-1,041	0,063	0,564	0,236-1,348	0,198
>4	22						
	30						
Stade T							
T4	22	2,404	1,254-4,608	0,008	1,656*	0,790-3,472	0,181
T1-T3	35						
ACE							
>200ng/mL	15	2,111	1,063-4,191	0,033	3,142**	1,438-6,864	0,004
<200ng/mL	49						
Hémoglobine							
>10g/dL	55	0,968	0,447-2,096	0,934			
<10g/dL	13						
Albumine							
>35g/L	33	0,941	0,519-1,704	0,841			
<35g/L	32						
IMC							
>20kg/m ²	59	0,487	0,215-1,103	0,085			
<20kg/m ²	9						
Réponse clinique							
Amélioration	18	0,825	0,417-1,633	0,582			
Stable/progression	50						
RECIST							
Répondeur	20	0,562	0,291-1,086	0,087	0,709	0,330-1,523	0,378
Non répondeur	48						
Critères morphologiques							
Optimal	17	0,187	0,078-0,449	<0,001	0,173	0,063-0,474	0,001
Incomplet/Non répondeur	51						

HR= Hazard Ratio ; IC= Intervalle de confiance

* 11 données manquantes (ND) : HR (ND vs T1-T3) = 0,87 ; IC 95% [0,35-2,21] ; p=0,776

** 4 données manquantes (ND) : HR (ND vs ACE <200) = 2,38 ; IC 95% [0,66-8,60] ; p=0,185

Figure 5. Survie sans progression selon la réponse évaluée par les critères RECIST (a) et les critères morphologiques (b).

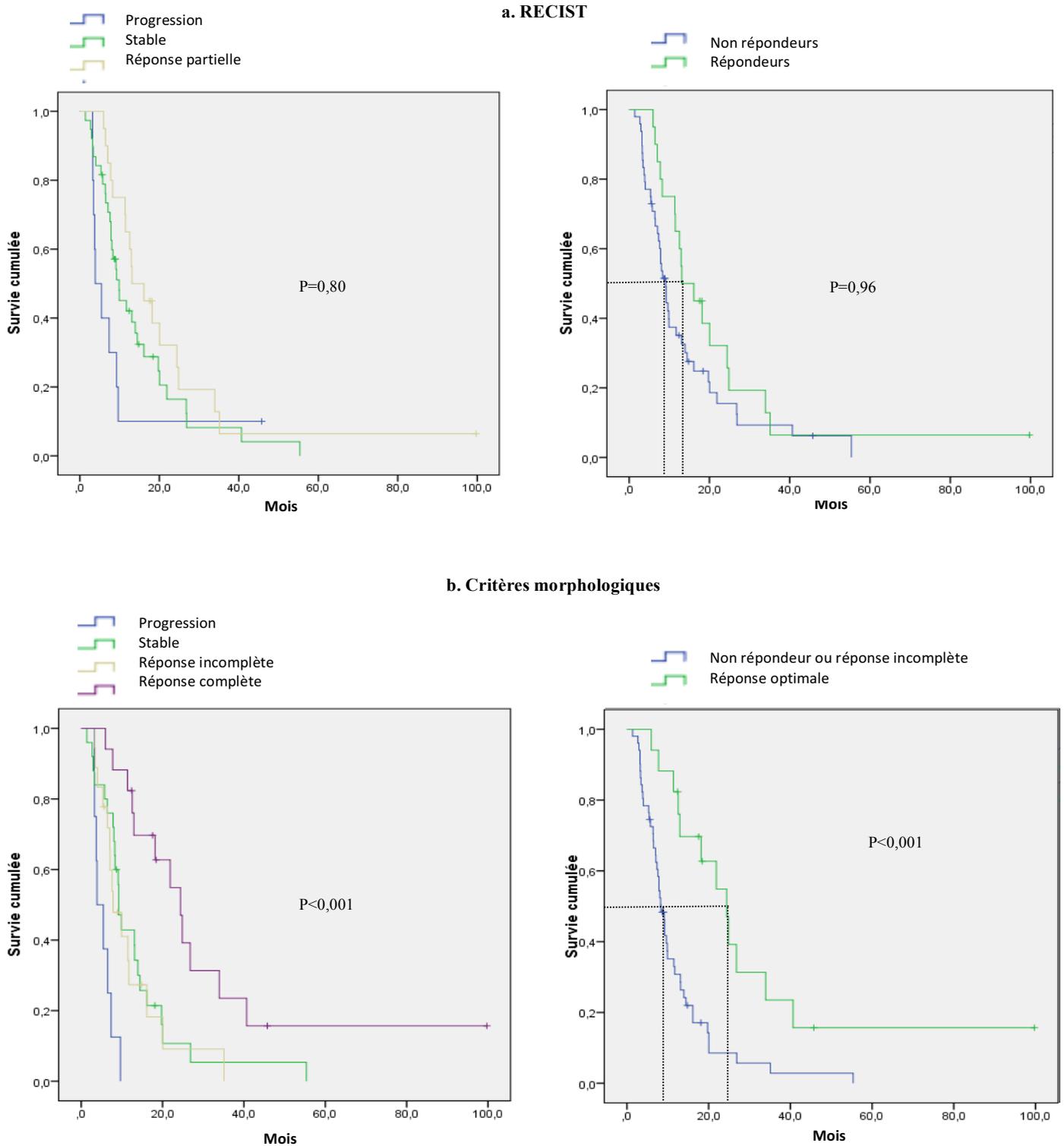


Tableau 5. Analyses univariée et multivariée de la survie sans progression

Facteurs	n	Analyse univariée			Analyse multivariée		
		HR	95% CI	p	HR	95% CI	p
Sexe							
Femme	16	0,802	0,438-1,469	0,475			
Homme	52						
Âge							
>65 ans	40	0,922	0,546-1,557	0,761			
<65 ans	28						
OMS							
>1	7	1,706	0,768-3,790	0,189			
0-1	61						
Tumeur primitive							
Colon gauche	46	1,186	0,670-2,101	0,558	1,419	0,740-2,720	0,292
Colon droit	22						
Nombre de métastases hépatique							
1							
2-4	16	0,829	0,399-1,719	0,613			
>4	22						
	30						
Stade T							
T4	22	1,709	0,926-3,157	0,087	1,044*	0,498-2,188	0,909
T1-T3	35						
ACE							
>200ng/mL	15	1,640	0,856-3,142	0,136	1,581**	0,770-3,245	0,212
<200ng/mL	49						
Hémoglobine							
>10g/dL	55	1,062	0,533-2,114	0,864			
<10g/dL	13						
Albumine							
>35g/L	33	0,892	0,523-1,522	0,675			
<35g/L	32						
IMC							
>20kg/m ²	59	0,584	0,262-1,300	0,188			
<20kg/m ²	9						
Réponse clinique							
Amélioration	18	0,961	0,535-1,728	0,895			
Stable/progression	50						
RECIST							
Répondeur	20	0,620	0,351-1,096	0,100	0,659	0,339-1,283	0,220
Non répondeur	48						
Critères morphologiques							
Optimal	17	0,321	0,167-0,619	0,001	0,325	0,154-0,688	0,003
Incomplet/Non répondeur	51						

HR= Hazard Ratio ; IC= Intervalle de confiance

* 11 données manquantes (ND) : HR (ND vs T1-T3) = 0,90 ; IC 95% [0,39-2,09] ; p=0,815

** 4 données manquantes (ND) : HR (ND vs ACE <200) = 2,25 ; IC 95% [0,75-6,73] ; p=0,145

Figure 6. Réponse optimale selon les critères morphologiques. Homogénéisation de la densité tumorale, interface tumeur-foie sain plus nette, perte du rehaussement en anneau. Comparaison du scanner pré thérapeutique classé en groupe 3 (a), et celui à 3 mois de traitement classé en groupe 1 (b).

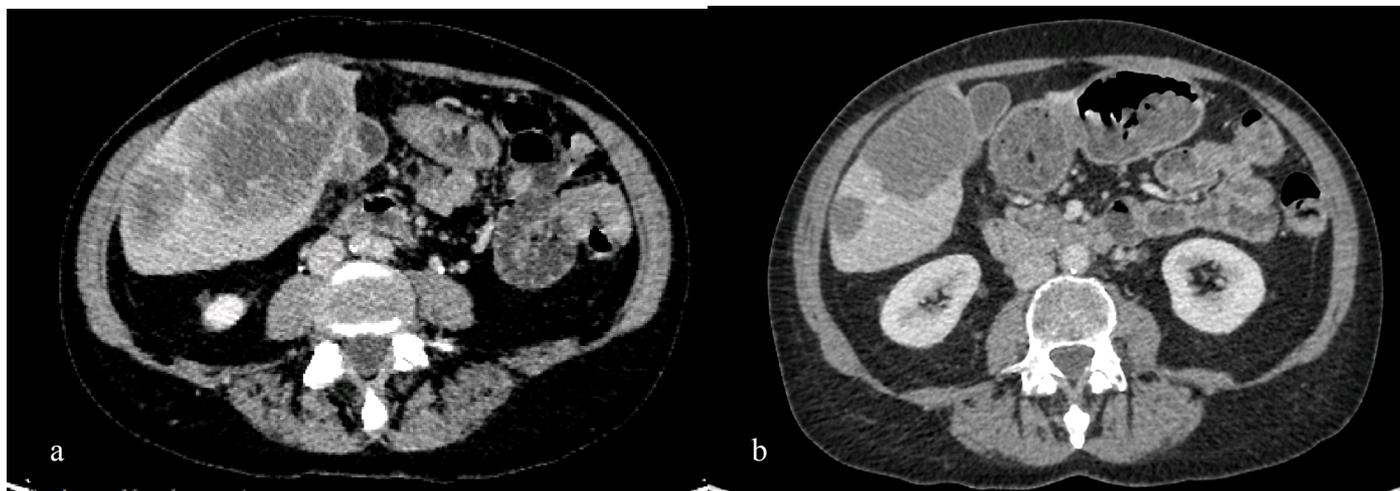
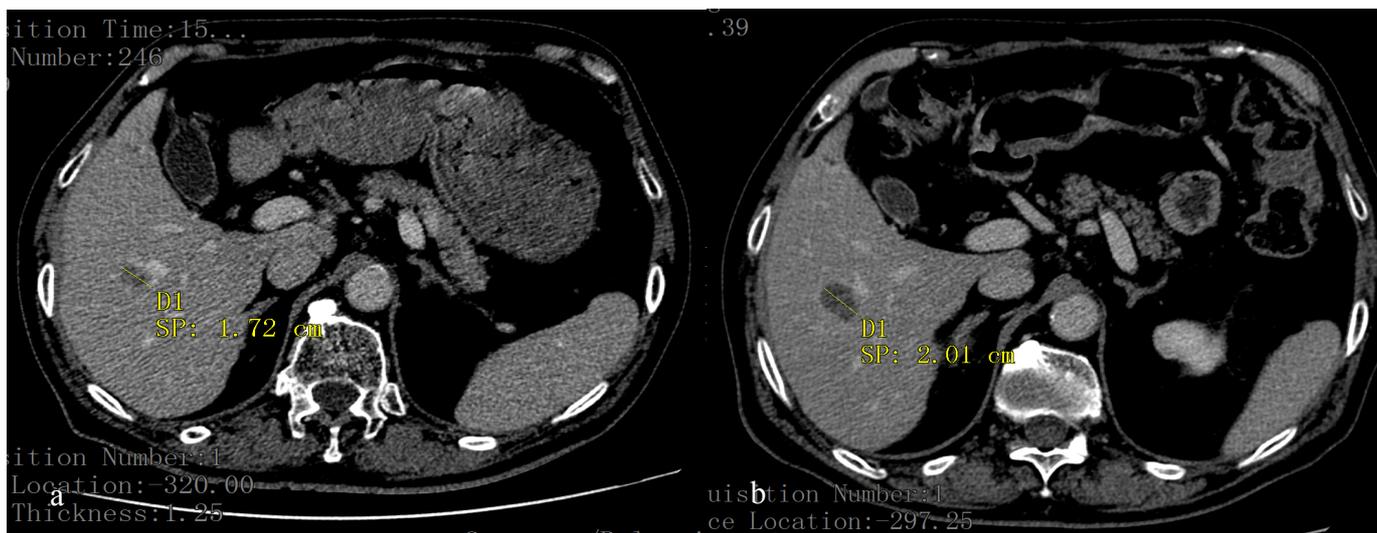


Figure 7. Illustration de la difficulté à classer les lésions de petite taille, selon les critères morphologiques. Comparaison du scanner pré thérapeutique classé en groupe 2 (a), et celui à 3 mois de traitement classé en groupe 1 (b) par le radiologue 1.



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Introduction 40 à 60% des patients atteints d'un cancer colorectal présenteront des métastases, le plus souvent hépatiques. L'évaluation standardisée des patients fait appel aux critères RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors) créés afin d'évaluer l'effet de traitements cytotoxiques, trouvant leur limite dans l'utilisation de traitements cytostatiques. Plusieurs études ont rapporté que des critères dits morphologiques étaient prédictifs d'une meilleure réponse au bevacizumab.

Objectifs Confronter la réponse morphologique à la survie globale de patients métastatiques hépatique d'un cancer colorectal bénéficiant d'une première ligne de chimiothérapie en association au bevacizumab. Evaluer la reproductibilité inter-observateurs de ces critères.

Matériels et Méthodes 68 patients ont été inclus de janvier 2009 à mai 2017 dans trois centres. Tous ont bénéficié de la réalisation d'un scanner d'évaluation à l'initiation puis à 3 mois de traitement. Deux radiologues et un clinicien ont relu ces scanners de manière indépendante et en aveugle. Ils ont classé les patients selon la réponse morphologique en réponse optimale, réponse incomplète, stabilité ou progression. La réponse selon les critères RECIST était également évaluée. Des estimations de survie ont été réalisées par la méthode de Kaplan Meier. Une analyse multivariée a été réalisée, utilisant le modèle de Cox. La reproductibilité inter-observateurs a été estimée par un coefficient de corrélation intra classe (ICC).

Résultats La médiane de survie globale était de 20,5 mois. Elle était de 57,03 mois [intervalle de confiance à 95% : 26,05 ; 88,02] chez les patients en réponse morphologique optimale contre 16,42 mois [13,28 ; 19,58] chez les non répondeurs/répondeurs incomplets ($p < 0,001$). Après évaluation par RECIST, elle était de 25,56 mois [14,40 ; 36,72] chez les patients répondeurs contre 18,76 mois [12,52 ; 25,00] chez les non répondeurs ($p = 0,081$). En analyse multivariée, seuls la réponse morphologique optimale ($p = 0,001$) et un taux d'ACE initial $< 200 \text{ ng/ml}$ ($p = 0,004$) apparaissaient comme facteurs prédictifs indépendants. La reproductibilité inter-observateurs était bonne avec un coefficient de corrélation intra-classe de 0,695.

Conclusion La réponse morphologique optimale était associée à la survie globale et en cela supérieure à la réponse selon RECIST. Les critères morphologiques apparaissaient comme statistiquement prédictifs de la survie globale, avec une bonne reproductibilité inter-observateurs.

Mots clés : Réponse morphologique, RECIST, cancer colorectal, bevacizumab, métastases hépatiques