

Formulaire à compléter pour toute demande de MELD-dérogation pour une personne en attente avec insuffisance hépatique (MELD-DER-IH) et à joindre au formulaire INS-FOR-005 *Avis d'inscription/modification - FOIE*, accompagné des documents requis, le cas échéant.

Les personnes en attente ne répondant pas aux critères d'éligibilité énoncés ci-dessous doivent faire l'objet d'une demande de dérogation.

Identification du patient
N° dossier TQ :
Nom :
Prénom :

Pointage de départ : 24 points	Augmentation mensuelle : 1 point	Pointage maximum : 28 points
Critères d'éligibilité		Actions
Tumeur neuro-endocrine, tous les critères suivants :		
☐ Résection complète de la tumeur primaire, ainsi que des métastases extra-hépatiques et absence de récurrence ≥ 6 mois après la résection démontrée via un PET-scan, une scintigraphie à la somatostatine ou une scintigraphie au Gallium-68	Fournir le résultat de l'imagerie.	
☐ Métastases hépatiques bilobaires et non réséquables	Spécifier la raison en commentaires.	
☐ Métastases hépatiques remplaçant < 50% du volume hépatique	Fournir le résultat de l'imagerie.	
☐ Tumeur d'origine gastro-entéro-hépatique (i.e. avec un drainage via la veine porte)	Spécifier le site primaire de la tumeur en commentaires.	
☐ Tumeur bien ou modérément bien différenciée avec un index mitotique < 20/10 HPF et ki67 < 20%	Fournir le résultat de pathologie.	
Hémangioendothéliome épithélioïde, tous les critères suivants :		
☐ Diagnostic prouvé par biopsie	Fournir le résultat de pathologie.	
☐ Hémangioendothéliome épithélioïde hépatique non réséquable	Spécifier la raison en commentaires.	
☐ Stabilité de la maladie sur une période d'au moins trois (3) mois avant la demande de MELD-DER	Fournir la preuve radiologique.	
N.B. (1) Les métastases extra-hépatiques ne sont pas une contre-indication à la greffe, tant que la maladie métastatique est stable depuis plus de trois (3) mois. (2) La stabilité de la maladie doit être démontrée avec des imageries aux trois (3) mois, tant que le patient demeure en attente de greffe hépatique.		
Syndrome hépato-pulmonaire, tous les critères suivants :		
☐ Hypertension portale significative	--	
☐ Shunt intra-pulmonaire démontré via une échographie cardiaque avec contraste (« écho-bulles ») ou une scintigraphie à l'albumine marquée	Fournir les résultats d'investigation.	
☐ PaO ₂ < 60 mmHg à l'air ambiant dans les 30 jours précédant la demande de MELD-DER	--	
☐ Absence de maladie pulmonaire significative préexistante	Fournir le rapport de consultation en pneumologie et les rapports d'examen pertinents tels que les tests de fonction respiratoire et le scan thoracique.	
Cholangiopathie ischémique, tous les critères suivants :		
☐ Cholestase persistante	Fournir les résultats de phosphatase alcaline et de bilirubine totale.	
☐ Sténoses biliaires multiples non anastomotiques à l'imagerie	Fournir les résultats de cholangio-IRM ou de CPRE.	
☐ Échec du traitement conservateur des sténoses biliaires non anastomotiques (si indiqué cliniquement) via CPRE ou radiointervention	Fournir les détails des traitements qui ont été tentés en commentaires.	
☐ ≥ 2 épisodes de complications sur une période de six (6) mois, reliées à la cholangiopathie ischémique (cholangite, parenchymite hépatique, abcès hépatique, etc.), ayant nécessité une hospitalisation	--	
Cholangite sclérosante primaire ou secondaire, tous les critères suivants :		
☐ ≥ 2 épisodes de complications sur une période de six (6) mois, reliées à la cholangite sclérosante (cholangite, parenchymite hépatique, abcès hépatique, etc.), ayant nécessité une hospitalisation	--	
☐ Présence d'au moins un (1) des critères suivants :	--	
☐ Sténoses biliaires non aménables à un traitement conservateur en angio-radiologie ou en CPRE	Fournir les détails en commentaires et les résultats d'imagerie.	
☐ Bactériémie avec un ou des microorganismes résistants aux antibiotiques tels que l'ERV, l'ESBL, l'acinetobacter multirésistant ou carbapenem-résistant enterobacteriaceae	Fournir la documentation nécessaire.	
Patients adultes post kasai dans l'enfance sans antécédents de transplantation, au moins un (1) des critères suivants :		
☐ Cirrhose décompensée (ascite, encéphalopathie hépatique, rupture varicelle ou varices significatives)	--	
☐ ≥ 2 épisodes de complications sur une période de six (6) mois, reliés à la cholangiopathie (cholangite, parenchymite hépatique, abcès hépatique, etc.), ayant nécessité une hospitalisation	--	
Fibrose kystique avec atteinte hépatique		
☐ Cirrhose décompensée (ascite, encéphalopathie hépatique, rupture varicelle ou varices significatives)	--	
Hyperoxalurie primaire, tous les critères suivants :		
☐ Candidature acceptée pour une greffe rénale simultanée à la greffe hépatique	--	
☐ Déficit en alanine glyoxylate aminotransférase (AGT) prouvé par biopsie hépatique ou analyse génétique	Fournir la documentation nécessaire.	
☐ TFG estimé via la formule MDRD-6 ou mesuré via le test à l'iothalamate ≤ 25 ml/min à deux (2) occasions séparées d'au moins 42 jours	--	
Désordre du cycle de l'urée ou acidémie organique		
☐ Maladie prouvée	--	

Numéro de dossier TQ : _____

Pointage de départ : 18 points	Augmentation mensuelle : 1 point	Pointage maximum : 29 points
---------------------------------------	---	-------------------------------------

Critères d'éligibilité	Actions																									
Adénomes hépatiques multiples , tous les critères suivants :																										
☐ Adénomes hépatiques multiples non réséquable	Spécifier la raison en commentaires.																									
☐ Présence d'au moins un (1) des critères suivants :	--																									
☐ Transformation maligne d'une lésion ≤ 2 cm prouvée par biopsie (si la lésion mesure > 2 cm, faire une demande de MELD-CHC)	Fournir le résultat de pathologie.																									
☐ Maladie du stockage du glycogène	--																									
☐ Mutation de la beta-caténine	--																									
Maladie polykystique du foie , tous les critères suivants :																										
☐ Échec ou impossibilité du traitement médical et/ou chirurgical	Spécifier la raison en commentaires.																									
☐ Classe Mayo C ou D (cf tableau) avec au moins un (1) des critères suivants :	--																									
☐ Décompensation hépatique (ascite, encéphalopathie hépatique, rupture varicelle ou varices significatives)	--																									
☐ Sarcopénie significative, i.e. un index de muscle squelettique < 50 cm ² /m ² pour un homme et < 39 cm ² /m ² pour une femme	Fournir la mesure objective de la sarcopénie sur une imagerie abdominale faite dans les trois (3) mois précédant la demande de MELD-DER.																									
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <caption>PLD Classification – Mayo Modification</caption> <thead> <tr> <th>Types</th> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Symptoms</td> <td>0 - +</td> <td>++/+++</td> <td>++/+++</td> <td>++/+++</td> </tr> <tr> <td>Cyst Findings</td> <td>Focal</td> <td>Focal</td> <td>Diffuse</td> <td>Diffuse</td> </tr> <tr> <td>Spared Remnant Volume</td> <td>≥ 3</td> <td>≥ 2</td> <td>≥ 1</td> <td>< 1</td> </tr> <tr> <td>PV/HV Occlusion</td> <td>No</td> <td>No</td> <td>No</td> <td>Yes</td> </tr> </tbody> </table> Réf : A multicenter study to define sarcopenia in patients with end-stage liver disease, E J. Carey, J C Lai...: Livertransplantation , May 2017		Types	A	B	C	D	Symptoms	0 - +	++/+++	++/+++	++/+++	Cyst Findings	Focal	Focal	Diffuse	Diffuse	Spared Remnant Volume	≥ 3	≥ 2	≥ 1	< 1	PV/HV Occlusion	No	No	No	Yes
Types	A	B	C	D																						
Symptoms	0 - +	++/+++	++/+++	++/+++																						
Cyst Findings	Focal	Focal	Diffuse	Diffuse																						
Spared Remnant Volume	≥ 3	≥ 2	≥ 1	< 1																						
PV/HV Occlusion	No	No	No	Yes																						
Pleurascite réfractaire , tous les critères suivants :																										
☐ ≥ 4 ponctions pleurales de ≥ 1 litre dans les 12 dernières semaines ou pleurascite nécessitant l'installation d'un cathéter de drainage permanent ou ≥ 1 épisode d'infection prouvée de la pleurascite	Fournir la date et le volume pour chacune des ponctions pleurales en commentaires, le cas échéant.																									
☐ Transsudat avec un gradient d'albumine ≥ 11	--																									
☐ Absence d'insuffisance cardiaque	Fournir le résultat de l'échographie cardiaque, laquelle doit avoir été faite dans les trois (3) mois précédant la demande de MELD-DER.																									
☐ Culture du liquide pleural négative (≥ 2 occasions séparées)	--																									
☐ Cytologie du liquide pleural négative (≥ 2 occasions séparées)	--																									
☐ Contre-indication ou non-réponse au TIPS	Spécifier la raison en commentaires.																									
☐ Non-réponse aux diurétiques / impossibilité de donner ou majorer les diurétiques	Spécifier la raison en commentaires.																									
Encéphalopathie hépatique persistante , tous les critères suivants :																										
☐ ≥ 4 hospitalisations d'au moins une (1) semaine pour encéphalopathie hépatique, au cours des 12 derniers mois, malgré l'adhésion au traitement médical maximal	--																									
☐ Absence de facteur précipitant identifié pour chacune des hospitalisations	--																									
☐ Incapacité de travailler ou d'accomplir ses responsabilités familiales	--																									
Polyneuropathie amyloïde familiale , tous les critères suivants :																										
☐ Présence de l'une ou l'autre des situations suivantes :	--																									
☐ Patient doit avoir été accepté pour une greffe cardiaque simultanée à la greffe hépatique	Fournir les résultats d'investigation cardiaque.																									
☐ FeVG > 40% dans les 30 jours précédant la demande de MELD-DER	Fournir le résultat d'échographie cardiaque.																									
☐ Patient est capable de marcher seul	--																									
☐ Mutation du gène de la transthyrétine	Fournir le résultat du test.																									
☐ Amyloïdose prouvée par biopsie	Fournir le résultat de pathologie.																									
N.B. Lorsque le patient est en attente d'une greffe hépatique seule, démontrer la FeVG > 40% à l'aide d'une échographie cardiaque de suivi à chaque six (6) mois.																										
Télangiectasies hémorragiques héréditaires , tous les critères suivants :																										
☐ Insuffisance cardiaque à haut débit	Fournir le résultat d'une échographie cardiaque effectuée dans les trois (3) mois précédant la demande de MELD-DER.																									
☐ Malformations artério-veineuses (MAV) hépatiques ou nécrose hépatique diffuse sévère bilobaire secondaire aux MAV hépatiques	Fournir les résultats des imageries.																									

Numéro de dossier TQ : _____

Pointage de départ : 25 points	Augmentation mensuelle : 1 point	Pointage maximum : Aucun
---------------------------------------	---	---------------------------------

Critères d'éligibilité	Actions
Cholangiocarcinome, tous les critères suivants :	
☐ Traitement néoadjuvant reçu selon le protocole Mayo	--
☐ Staging chirurgical fait après le traitement néoadjuvant	Fournir le résultat de pathologie.
☐ Absence de métastase intra-hépatique, ganglionnaire, péritonéale et extra-hépatique	--
☐ Diagnostic de cholangiocarcinome hilair en fournissant la preuve de la sténose maligne à la cholangiographie avec au moins un (1) des critères suivants :	Fournir le résultat de l'imagerie.
☐ Biopsie ou cytologie compatible avec une tumeur maligne	Fournir le résultat de pathologie.
☐ Ca19-9 > 100 u/ml en l'absence de cholangite	--
☐ Aneuploïdie	--
☐ Non réséquabilité tumorale pour des raisons techniques ou en raison de la sévérité de la maladie hépatique	Fournir les explications nécessaires en commentaires.
☐ Lésion unique < 3 cm	Fournir les résultats d'imagerie.
☐ Absence de métastase intra-abdominale et pulmonaire	Fournir les résultats de scans thoracique etabdomino-pelvien effectués dans les trois (3) mois précédant la demande de MELD-DER.
☐ Confirmation que le patient n'a pas eu de biopsie ou aspiration transpéritonéale.	--
Métastases hépatiques de cancer colorectal (MHCR), tous les critères suivants :	
☐ Traitement néoadjuvant standard pour MHCR avec stabilité ou réponse de l'atteinte hépatique pendant au moins 6 mois	--
☐ Intervalle d'au moins un (1) an entre diagnostic des métastases et demande de dérogation	--
☐ Absence de tumeur primaire (ou de récidence primaire)	--
☐ Si présentation synchrone, primaire colique/rectal opéré au moins 6 mois avant considération de greffe	--
☐ Si présentation métachrone, documentation de l'absence de récidence primaire par colonoscopie (< 1 an)	--
☐ Non réséquabilité des métastases hépatiques pour des raisons techniques ou en raison de la sévérité de la maladie hépatique	Fournir les explications nécessaires en commentaires.
☐ Absence de métastase ganglionnaire, péritonéale et extra-hépatique	Fournir les résultats d'un scan thoraco-abdomino-pelvien et d'un TEP scan effectués dans les trois (3) mois précédant la demande de MELD-DER.
☐ Staging chirurgical (lymphadenectomie ganglions hilaires) fait après le traitement néoadjuvant	Fournir le résultat de pathologie.
☐ Diminution ou absence d'élévation du marqueur tumoral CEA avant la demande de dérogation et avant greffe	--
☐ Absence de mutations BRAF V600E, absence de mutations MMR, et Micro-satellite stable	--

Commentaires

Nom du médecin :

(en lettres moulées)

CH :

Signature :

Date :

AAAA-MM-JJ