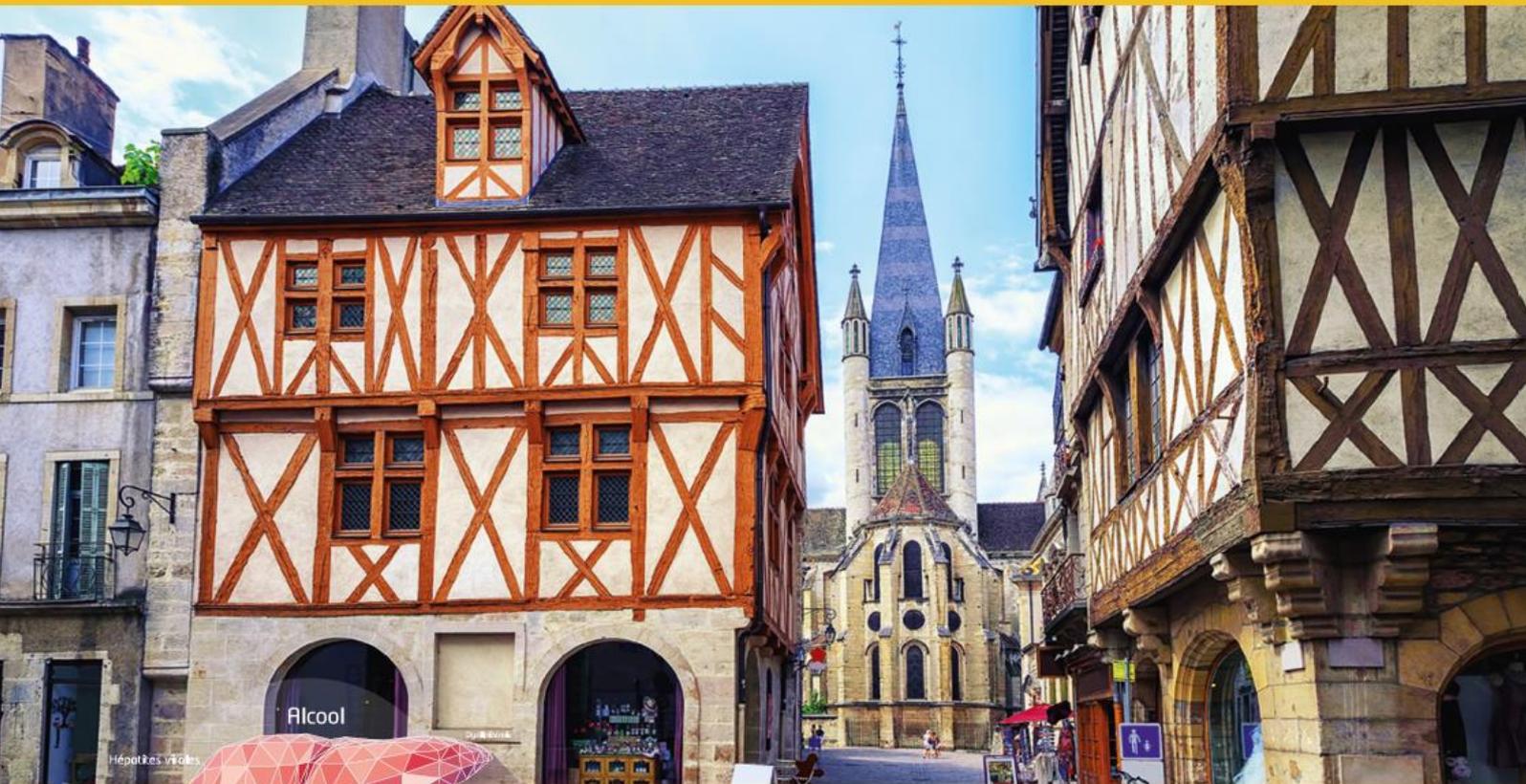


91^e JOURNÉES SCIENTIFIQUES DE L'AFEF

23^e JOURNÉE DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE EN HÉPATOLOGIE



Alcool

Hépatites virales

Hémochromatose

Néonatal

Diabète

Maladie de Wilson

Hépatites auto-immunes

Cholangite sclérosante primitive

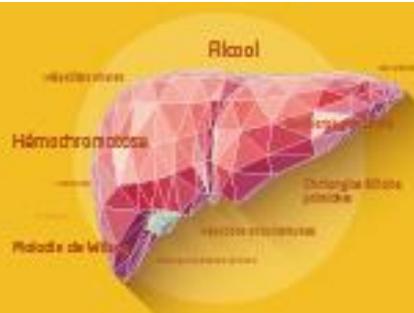
Surcharge pondérale

Cholangite biliaire primitive

DU 5 AU 8 OCTOBRE 2022 - DIJON

PALAIS DES CONGRÈS

COMMUNICATIONS AFFICHÉES



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Jeudi 6 et vendredi 7 octobre 2022

Posters Primés

Résumé N° : PP_01

Dépistage de l'Hépatite Delta en France : le point de vue des biologistes

M. Bernardin, S. Burrel, G. Lina, C. Rigaud, S. Francois, L. Andreoletti, S. Alain, V. Loustaud-Ratti*, S. De Microbiologie (Limoges, Lyon, Paris, Reims)

Résumé N° : PP_02

Une stratégie « Aller vers et Tout en un » pour le dépistage et le traitement de l'hépatite chronique virale C : SCANVIR en région

G. Villain*, V. Roumy, G. Le Moal, C. Chessa, A. Deby-Defaux, T. Houpert, N. Lévêque, C. Silvain (Poitiers)

Résumé N° : PP_03

Diagnostic virologique de l'infection par le VHD : retour sur 10 années d'expérience de contrôle national de qualité

A. Gerber, S. Brichler*, E. Gordien, F. Le Gal (Bobigny)

Résumé N° : PP_04

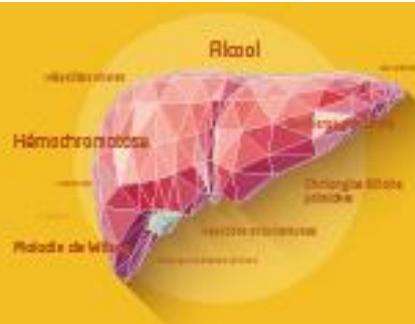
Dépistage du VHC, du VHB, du VIH chez les patients devant bénéficier d'une chirurgie réglée dans un hôpital de l'APHP: étude prospective de faisabilité SAHARA (pre-Surgery Assessing HCV, HBV, HIV status and Revealing during consultation with Anesthesiologist)

P. Sellier*, M. Rogez, S. Dagois, J. Bussonne, J. Portal, E. Gayat, E. Vicaut, J. Molina (Paris)

Résumé N° : PP_05

Tumeurs primitives du foie chez les patients atteints de maladie de Wilson

R. Sobesky*, O. Guillaud, A. Poujois, A. Coilly, D. Cherqui, R. Adam, E. Vibert, D. Samuel, C. Feray, J. Duclos-Vallée (Lyon, Paris, Villejuif)



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Jeudi 6 et vendredi 7 octobre 2022

Posters Primés

Résumé N° : PP_06

Évaluation du taux de séroconversion précoce anti-VHE après transplantation hépatique dans une cohorte de patients cirrhotiques

A. Mazzola*, E. Todesco, S. Ali, M. Bastide, P. Flandre, F. Charlotte, S. Sayon, V. Calvez, D. Thabut, O. Scatton, A. Marcelin, F. Conti (Paris)

Résumé N° : PP_07

Transplantation hépatique de patients en défaillances d'organes : étude des facteurs prédictifs de perte du greffon et de décès

S. Halter*, H. Brisson, C. Vezinet, J. Constantin, D. Eyraud, F. Conti, O. Scatton, A. Monsel (Paris)

Résumé N° : PP_08

Les gènes impliqués dans la beta oxydation des acides gras (FAO) sont différemment exprimés selon l'étiologie du CHC : CHC-MAFLD versus CHC-HBV

N. Abeywickrama Samarakoon*, B. Buchard, E. Pujos-Guillot, S. Durand, M. Petera, D. Centeno, F. Guerrieri, M. Levrero, A. Demidem, A. Abergel (Clermont-Ferrand, Lyon)

Résumé N° : PP_09

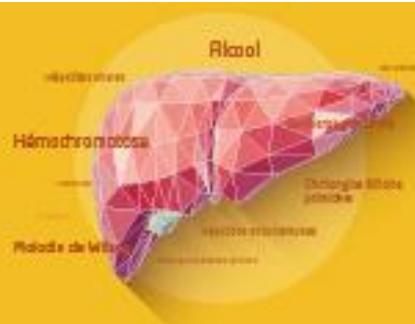
Cholangiocarcinomes intra-hépatique et carcinome hépatocellulaire : étude comparative en vie réelle concernant les maladies du foie, la stratégie de traitement et le pronostic

O. Pietri*, X. Adhoute, G. Penaranda, P. Castellani, O. Levrel, O. Monnet, H. Perrier, B. Pol, F. Neumann, M. Bourliere, V. Oules (Marseille)

Résumé N° : PP_10

Un antécédent d'hémorragie digestive liée à l'hypertension portale est associé à un risque de récurrence hémorragique chez les patients cirrhotiques traités par Atezolizumab-Bevacizumab pour un CHC avancé

E. Larrey*, B. Champion, M. Evain, P. Sultanic, H. Giudicelli, M. Wagner, P. Cluzel, M. Rudler, D. Thabut, M. Allaire (Paris)



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Jeudi 6 et vendredi 7 octobre 2022

Posters Jeunes

Résumé N° : PJ_01

Repérage des patients à risque de fibrose sévère par le calcul automatique du Fib-4 : calcul simple mais derrière ça se complique !

D. Jurion, C. Zea Obando, J. Péron, M. Robic, T. Izopet, C. Bureau, S. Metivier, C. Camaré, H. Larrue (Toulouse)*

Résumé N° : PJ_02

Évaluation hémodynamique échocardiographique dans la cirrhose décompensée : comparaison entre réanimateurs et gastroentérologues

A. Prost, J. Bourgaux, B. Louart, L. Caillo, A. Daurat, J. Lefranc, P. Pouderoux, L. Muller, C. Roger (Nimes)*

Résumé N° : PJ_03

Depistage de la fibrose hépatique sévère par FibroScan dans une population ayant un trouble psychiatrique sévère

M. Chalange, P. Carrier, M. Girard, A. Prémaud, M. Belle-Mbou, M. Debette-Gratien, M. Delacour, B. Calvet, J. Boursier, P. Nubukpo, V. Loustaud-Ratti (Angers, Limoges)*

Résumé N° : PJ_04

Dried blood spot : nouvel outil pour le diagnostic de l'infection par le VHD

R. Matar, S. Chevaliez, A. Soulier, V. Ortonne, O. Garrigou, P. Cappy, V. Leroy, J. Pawlotsky (Créteil)*

Résumé N° : PJ_05

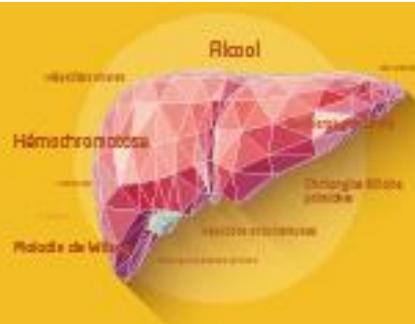
Incidence et facteurs de risque de dysfonction primaire du greffon rénal en transplantation combinée hépatique et rénale

M. Cariou, A. Sitbon, J. Constantin, J. Tourret, S. Drouin, F. Conti, B. Barrou, E. Savier, O. Scatton, D. Eyraud, A. Monsel* (Paris)*

Résumé N° : PJ_06

Epidémiologie descriptive et pronostic du carcinome hépatocellulaire chez les femmes : données rétrospectives d'un centre expert entre 2013 et 2017

C. Busso, J. Nault, N. Ganne-Carié (Bobigny)*



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Jeudi 6 et vendredi 7 octobre 2022

Posters Jeunes

Résumé N° : PJ_07

Altérations des lymphocytes T circulants dans la décompensation aiguë de cirrhose

Y. Chouik*, F. Venet, M. Gossez, M. Plissonnier, W. Khamri, D. Erard, F. Villeret, M. Subic, T. Antonini, F. Zoulim, M. Levrero, F. Lebossé (Londres, Lyon)

Résumé N° : PJ_08

Performance du score RFH-NPT dans le dépistage de la dénutrition chez le cirrhotique

I. Briki*, S. Ayadi, C. Bouksir, Y. Zaimi, A. Mensi, E. Bel Hadj Mabrouk, Y. Said, L. Mouelhi, R. Debbeche (Ben Arous, Tunis)

Résumé N° : PJ_09

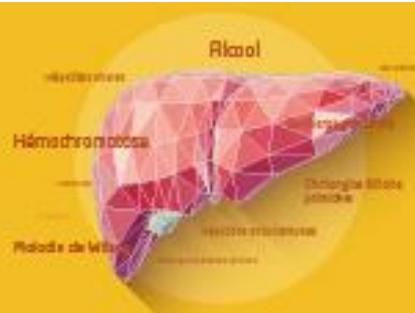
Impact du TIPS sur le pronostic des patients en attente de transplantation hépatique pour carcinome hépatocellulaire : résultats d'une étude monocentrique cas-témoins

C. Fleurent*, L. D'Alteroche, H. Barraud, P. Bucur, N. Tabchouri, C. Nicolas, A. Jaillais, J. Ayoub, C. Silvain, E. Felli, X. Causse, M. Debette Gratien, C. Perignon, E. Salame, L. Elkrief (Caen, Limoges, Orléans, Poitiers, Tours)

Résumé N° : PJ_10

Prévalence et caractérisation des anomalies hépatiques au cours de l'amylose AL avec atteinte cardiaque

M. Charles*, A. Zaroui, S. Mule, E. Itti, F. Françoise, T. Damy, V. Leroy (Créteil)



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

E-Posters

Autres

Résumé N° : EP_01

Confirmation du test de fibrose FIB-4 par un test ELF dans le dépistage de la fibrose hépatique en médecine générale : quels seuils de FIB-4 choisir?

D. Ouzan, G. Penaranda, J. Corneille, F. Bournot (Marseille, Mougins, Paris, Slv)*

Résumé N° : EP_02

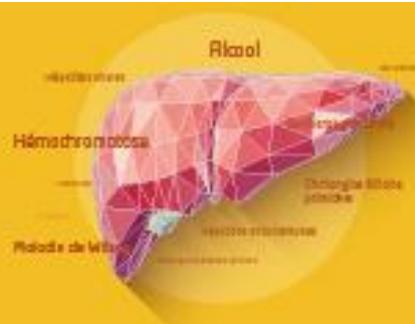
Antibiothérapie séquentielle prophylactique pour infections hépatique/biliaire récidivantes

J. Dumortier, O. Guillaud, P. Valette, O. Boillot, D. Erard (Lyon)*

Résumé N° : EP_03

FIBROSCAN Hors les murs : résultats d'une enquête nationale de pratiques

A. Remy, V. Loustaud Ratti (Limoges, Perpignan)*



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

E-Posters

Cancers

Résumé N° : EP_04

Dépistage et prise en charge de l'hypertension portale dans le carcinome hépatocellulaire : une enquête de pratique française

S. Manfredi, N. Ganne-Carrié, L. Lerosey, D. Thabut, M. Allaire (Bobigny, Dijon, Paris)*

Résumé N° : EP_05

Les ratios neutrophiles sur lymphocytes (NLR) et plaquettes sur lymphocytes (PLR) sont associés à l'efficacité du traitement du carcinome hépatocellulaire par Atezolizumab-Bevacizumab

C. Vitellius, F. Oberti, C. Canivet, A. Morisset, C. Borély, I. Fouchard, A. Lannes, J. Boursier (Angers)*

Résumé N° : EP_06

Le développement précoce d'une sarcopénie est un facteur prédictif de non-réponse à la combinaison atézolizumab/bévacizumab chez des patients avec un CHC avancé

P. Sultanik, A. Ait Oufella, E. Larrey, M. Evain, B. Campion, M. Wagner, D. Thabut, M. Allaire (Paris)*

Résumé N° : EP_07

Etude de l'expression de PD1 et TIM3 comme facteurs prédictifs de récurrence précoce de CHC après ablation percutanée

Z. Macek Jilkova, J. Ghelfi, C. Sengel, B. Brusset, Y. Teyssier, C. Costenting, M. Ressejac, L. Dumolard, I. Bricault, P. Marche, T. Decaens (Grenoble)*

Résumé N° : EP_08

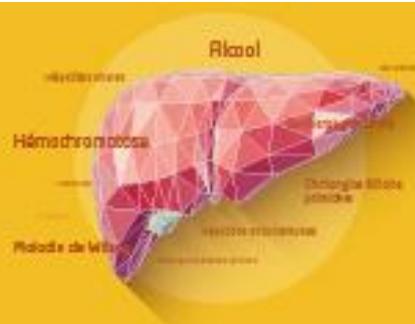
Inhiber l'activité endoribonucléase d'IRE1 α améliore l'efficacité du Sorafénib, traitement de référence du CHC

D. Vallee, M. Janona, C. Lebeaupin, M. Blanc, J. Gilleron, V. Paradis, R. Anty, F. Teixeira-Clerc, L. Yvan-Charvet, P. Gual, B. Bailly-Maître (Boston, Nice, Paris)*

Résumé N° : EP_09

Prévalence et facteurs associés à la survenue du carcinome hépatocellulaire chez les patients traités pour HVC par les antiviraux à action directe

K. Bakkali, H. Ismail, M. Tahiri Joutei Hassani, F. El Rhaoussi, F. Haddad, W. Hliwa, A. Bellabah, W. Badre (Casablanca)*



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

E-Posters

Cirrhose HTP et transplantation

Résumé N° : EP_10

A propos de 20 patients ayant bénéficié de la pose d'endoprothèse auto-expansive (SX-ELLA Stent Danis) dans le cadre d'une hémorragie digestive massive par rupture de varices œsophagiennes. Etude rétrospective 2011-2020

I. Raoto, S. Bellon, A. Benezech, S. Bramli, N. Andriantseho, J. Sigrand, J. Arpurt (Avignon)*

Résumé N° : EP_11

Facteurs associés aux complications post-opératoires précoces chez les patients greffés hépatiques

M. Gautier, M. Lê Dinh, A. Sitbon, J. Constantin, D. Eyraud, F. Conti, O. Scatton, A. Monsel (Paris)*

Résumé N° : EP_12

Intérêt du Granulocyte Colony Stimulating Factor (G-CSF) au cours de la cirrhose décompensée, l'hépatite alcoolique aiguë (HAA) et l'acute-on-chronic liver failure (ACLF) : méta-analyse exhaustive des essais contrôlés randomisés (ECR)

V. Di Martino, J. Questiaux, T. Lemagoarou, D. Weil-Verhoeven, C. Engelmann, V. Singh, P. Newsome, S. Lal, S. Sarin, T. Berg, T. Thévenot (Berlin, Besançon, Birmingham, Bombay, Chandigarh, Creil, Leipzig, New Delhi)*

Résumé N° : EP_13

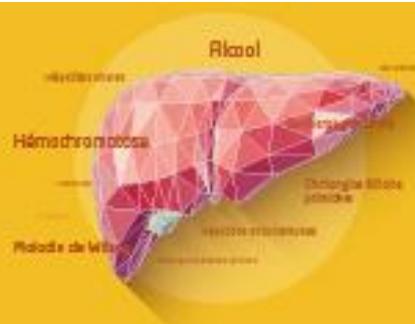
Chez les patients cirrhotiques ayant une hémorragie digestive compliquant l'hypertension portale (HHTP), le recours au tamponnement non suivi d'un TIPS est un facteur indépendant de mortalité à long terme

J. Cervoni, D. Thabut, V. Hernandez-Gea, D. Weil, B. Procopet, A. Pauwels, G. Silvia-Junior, R. Banares, A. Krag, W. Laleman, M. Rudler, C. Bureau, J. Bosch, J. Garcia Pagan, V. Di Martino (Barcelone, Bern, Besançon, Cluj-Napoca, Gonesse, Louvain, Odense, Paris, Toulouse)*

Résumé N° : EP_14

Performance pronostique des scores ALBI CHILD PUGH et MELD dans la cirrhose compliquée d'hémorragie digestive haute

S. Nacer, F. Haddad, F. El Rhaoussi, M. Tahiri, W. Hliwa, A. Bellabah, W. Badre (Casablanca)*



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

E-Posters

Cirrhose HTP et transplantation

Résumé N° : EP_15

L'embolisation de la veine gastrique gauche concomitante de la pose d'un TIPS pour hémorragie variqueuse n'a pas d'effet sur la récurrence hémorragique à J42 : résultats d'un recueil multicentrique rétrospectif

P. Calame, L. D'Alteroche, A. Malakhia, J. Cervoni, C. Sengel, O. Sutter, M. Greget, J. Risson, S. Velasco, A. Bouvier, F. Mokrane, P. Papadopoulos, A. Rode, F. Douane, R. Loffroy, T. (Cfhtp) (Angers, Besançon, Bordeaux, Brest, Dijon, Grenoble, Lyon, Nantes, Paris, Poitiers, Strasbourg, Toulouse, Tours)*

Résumé N° : EP_16

Caractéristiques de la stéatopathie métabolique chez le sujet maigre

N. Trad, A. Mensi, E. Belhadj Mabrouk, Y. Zaimi, S. Ayadi, L. Mouelhi, Y. Said, R. Dabbeche (Tunis)*

Résumé N° : EP_17

Etude de la variabilité de la génération de thrombine chez les patients cirrhotiques: coagulation instable pour les patients ayant une cirrhose sévère

T. Sinigre, B. Buchard, T. Lecompte, L. Muti, L. Talon, A. Lebreton, A. Abergel (Clermont-Ferrand, Genève)*

Résumé N° : EP_18

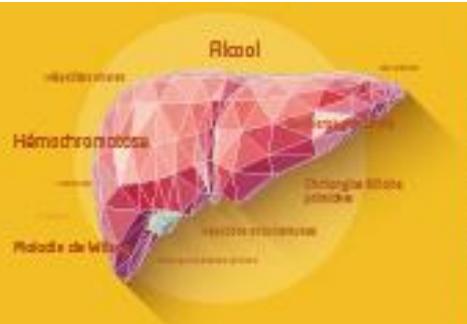
Rôle des facteurs prothrombine et antithrombine dans les troubles de la coagulation des patients cirrhotiques

T. Sinigre, B. Buchard, T. Lecompte, L. Muti, L. Talon, A. Lebreton, A. Abergel (Clermont-Ferrand, Genève)*

Résumé N° : EP_19

Etude de la prévalence et des facteurs de risque de syndrome de renutrition inappropriée au sein d'une cohorte de patients cirrhotiques hospitalisés

A. Debize, M. Luu, A. Minello, M. Latournerie, M. Brindisi, L. Brondel, S. Manfredi, C. Lepage, T. Mouillot (Dijon)*



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

E-Posters

Hépatites virales

Résumé N° : EP_20

Incidence annuelle de la positivité de l'ARN du VHC par PCR rapide du VHC (Xpert® HCV Viral Load Fingerstick) et contribution au traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogues suivis dans 3 CAARUD/CSAPA (Nice et Marseille)

D. Ouzan, N. Camerlo, J. Dupuis, P. Favot, S. Polizzi, T. Namouni, G. Ozenda, C. Aranda, B. Blasi, J. Herin, M. Lebrun, H. Thiercelin, N. Legros, P. Roux, S. Chevaliez (Créteil, Marseille, Nice, Saint Laurent Du Var)*

Résumé N° : EP_21

Dépist C Endo : dépister l'hépatite C avant endoscopie en consultation externe d'hépatogastroentérologie

A. Remy, I. Rosa, A. Garioud (Créteil, Perpignan, Villeneuve Saint Georges)*

Résumé N° : EP_22

Étude de la faisabilité du dépistage du virus de l'hépatite C par TROD couplé à la mammographie et prise en charge de l'hépatite C chronique chez les femmes de 50 à 74 ans (Mamm'OC NCT05067374)

M. Meszaros, S. Coursier, N. Nagot, L. Moulis, P. Taourel, E. Pages-Bouic, N. Fabre-Demard, M. Trentini, G. Pageaux (Montpellier)*

Résumé N° : EP_23

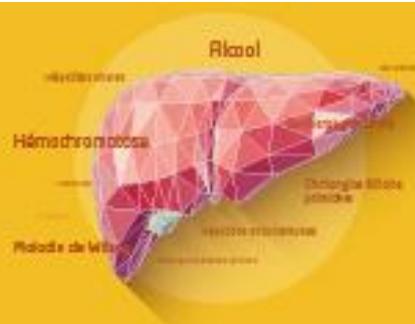
L'ARN du virus de l'hépatite B (VHB) sécrété s'associe aux vésicules extracellulaires dans le surnageant d'hépatocytes infectés

B. Testoni, D. Bousquet, D. Kim, A. Adrait, Y. Couté, M. Martinez, A. Paturel, A. Hamilton, M. Heil, M. Levrero, F. Zoulim (Grenoble, Lyon, Pleasanton)*

Résumé N° : EP_24

Identification de la protéine hnRNPA1 comme facteur modulateur de la libération des ARN circulants du virus de l'hépatite B chez les patients atteints d'hépatite B chronique

B. Testoni, H. Tak, D. Kim, D. Bousquet, M. Plissonnier, F. Berby, I. Bordes, A. Hamilton, M. Heil, M. Levrero, F. Zoulim (Lyon, Pleasanton, Pleasonton)*



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

E-Posters

Hépatites virales

Résumé N° : EP_25

Forte corrélation entre les niveaux d'AgHBs, d'ALAT et d'ARN-VHD chez les patients atteints d'hépatite Delta chronique. Résultats de l'étude de phase 3 D-LIVR

M. Buti*, O. Etzion, A. Palom, D. Yardeni, A. Nevo-Shor, D. Munteanu, I. Choong, L. Weissfeld, M. Riveiro Barciela, N. Abu-Freha, A. Barreira, R. Howard, T. Asselah*, P. Lampertico (Barcelone, Beaujon, Beer-Sheva, Israël, Beer-Sheva, Israël, Del Mar, Californie, Eu, Milan, Palo Alto, Washington)

Résumé N° : EP_26

Résultats Finaux d'une étude de dépistage du virus C à l'hospital (DEVICHO) : La mobilisation de tous les soignants est indispensable !

S. Si Ahmed*, S. Benali, R. Kibeche, S. Thibeault, L. Lecomte, V. Majois, O. Sebili, F. Sellier, O. Pietri, P. Castellani, X. Adhoute, M. Bourliere* (Marseille)

Résumé N° : EP_27

Faible taux de vaccination contre l'hépatite B parmi les populations à haut risque : étude monocentrique au sein d'un CSAPA

M. Henry, F. Villeret*, P. Lack, O. Lejeune, P. Joubert, N. Duvernay, B. David, C. Newsom, F. Zoulim, F. Bailly (Lyon)

Résumé N° : EP_28

Stratégie de dépistage et de prise en charge de l'hépatite virale chronique C chez des patients précaires et/ou souffrants de maladies mentales

S. Chelouah*, H. Nna, P. Angijiro, W. Yekhlef (Neuilly Sur Marne)

Résumé N° : EP_29

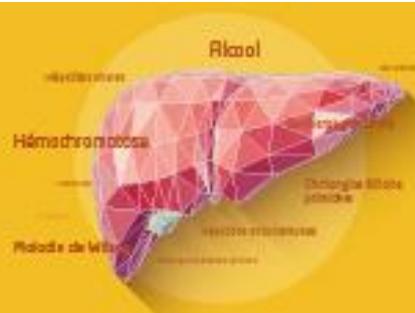
Caractéristiques cliniques prédictives de la cirrhose dans une grande cohorte de patients atteints d'infection chronique par l'hépatite Delta - aperçus de l'essai D-LIVR

O. Etzion, M. Buti, D. Yardeni, A. Palom, A. Nevo-Shor, D. Munteanu, I. Choong, L. Weissfeld, M. Riveiro Barciela, N. Abufreha, A. Barreira-Diaz, R. Howard, T. Asselah*, P. Lampertico (Barcelone, Beaujon, Beer-Sheva, Israël, Beer-Sheva, Israël, Del Mar, Californie, Eu, Milan, Palo Alto, Washington)

Résumé N° : EP_30

Un an de dépistage VHC/VHB/VIH en population psychiatrique consultant aux urgences

N. Boyer*, J. Abdel-Kader, M. Gay, R. Allali, S. Vaïttinada, C. De Freitas, M. Brisson, B. Monnier, T. Asselah (Clichy)



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

E-Posters

Hépatites virales

Résumé N° : EP_31

Sécurité et activité antivirale d'erlotinib chez les patients atteints d'hépatite C chronique : un essai contrôlé randomisé de phase Ib

A. Saviano*, F. Habersetzer, J. Lupberger, P. Simo-Noumbissie, C. Schuster, M. Doffoël, C. Schmidt-Mutter, T. Baumert (Strasbourg)

Résumé N° : EP_32

Etude Helios 3 : efficacité et tolérance de 12 semaines de traitement par Sofosbuvir/Velpatasvir (SOF/VEL) chez des patients VHC suivis par des Médecins non spécialistes

D. Ouzan*, V. Leroy, J. Bronowicki, I. Fouchard, A. Heurgue, D. Pospait, G. Riachi, C. Renou, M. Antoni, L. Elkrief, L. Cuissard, L. Roudiere, H. Study Group, L. Cattan, S. Pol, O. Lada* (Angers, Boulogne Billancourt, Créteil, France, Hyères, Le Port - La Réunion, Orange, Paris, Reims, Rouen, Saint Laurent Du Var, Tours, Vandoeuvre Les Nancy)

Résumé N° : EP_33

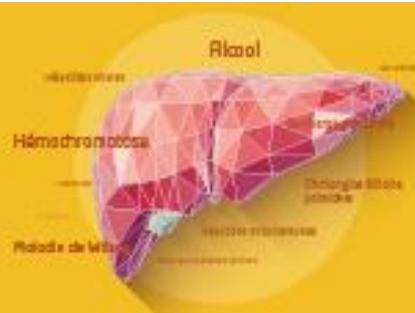
Psychiatrie et hépatites virales : réalités d'un réservoir oublié ?

M. Hilleret*, F. Lorin, C. Costentin, V. Beaume, E. Pousset (Chai - Saint Egreve, Grenoble, Saint Martin D Heres- Mrsi, St Egreve - Chai)

Résumé N° : EP_34

Apport de l'élastographie Shearwave dans l'évaluation de la fibrose hépatique dans l'infection chronique VHB Ag Hbe négatif

R. Ayadi*, H. Kchir, D. Cherif, H. Dabbebi, H. Yacoub, H. Hassine, N. Maamouri (Tunis)



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

E-Posters

Hépatites virales

Résumé N° : EP_35

**Profil épidémiologique et thérapeutique de l'infection par le VHB chez les malades sous anticorps Anti-CD 20 :
A propos de 56 cas**

N. El Gasmi, A. El Azhari (Casablanca)*

Résumé N° : EP_36

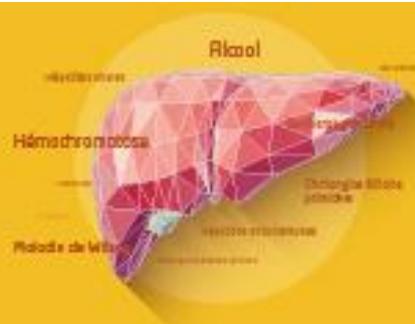
Recours aux soins pour Hépatite Delta au sein d'un regroupement régional de services d'hépatologie

M. Blez, C. Fleurent, A. Jaillais, C. Nicolas, H. Barraud, L. Elkrief, C. Gaudy-Graffin, C. Silvain, A. Beby-Defaux, X. Causse, J. Guinard, P. Bucur, N. Tabchouri, E. Felli, E. Salamé, L. D'Alteroche (Orléans, Poitiers, Tours)*

Résumé N° : EP_37

Usage compassionnel de REP 2139-Mg administré par voie sous-cutanée dans la co-infection cirrhotique HBV / HDV

B. Marc, L. Veronique, S. Christiane, B. Michel, B. Souad, L. Laurence, F. Sandrine, D. Cecilia, G. Athenais, B. Segolene, V. Andrew, G. Emmanuel (Bobigny, Clichy, Limoges, Marseille, Montréal)*



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

E-Posters

Maladies rares

Résumé N° : EP_38

Cholangite biliaire primitive à hyper gamma glutamyl transferase isolée

Y. Houssaini, M. Kadiri, I. Benelbarhdadi, F. Ajana (Rabat)*

Résumé N° : EP_39

Hémoglobinurie paroxystique nocturne : cause rare des maladies vasculaires du foie

S. Hmimass, I. Khalif, M. Borahma, M. Kadiri, I. Benelbarhdadi, F. Ajana (Rabat)*

Résumé N° : EP_40

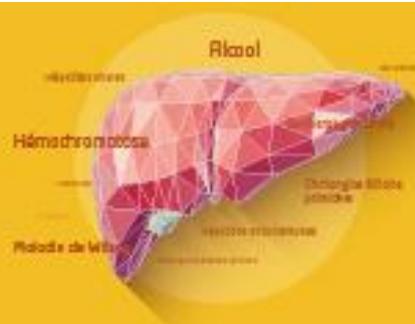
Implantation du TIPS pour une hémorragie digestive sur hypertension portale dans le cadre d'un PIK3CA RELATED OVERGROWTH SPECTRUM (PROS) : A propos de 3 cas

L. Lukengy Safu (Chambray Les Tours)*

Résumé N° : EP_41

La cholangite biliaire primitive séro-négative : Caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques, histologiques et évolutives

R. Ayadi, H. Kchir, D. Cherif, H. Dabbebi, H. Yacoub, H. Hassine, N. Maamouri (Tunis)*



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

E-Posters

Stéatopathie métabolique/ Alcool

Résumé N° : EP_42

Hépatite alcoolique sévère : du défaut de régénération hépatocytaire à un profil spécifique de fibrogenèse hépatique

L. Ntandja Wandji*, M. Bousaleh, C. Sobolewski, V. Gnemmi, E. Bolesmawski, F. Bray, C. Rolando, P. Mathurin, L. Dubuquoy, A. Louvet (Lille)

Résumé N° : EP_43

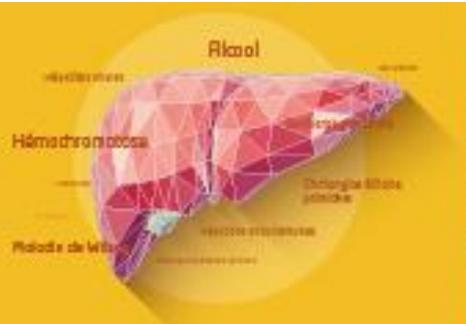
Le récepteur purinergique P2X4R stimule le flux autophagique dans le foie avec un impact sur l'homeostasie des gouttelettes lipidiques

T. Pébrier*, O. Fayol, I. Garcin, I. Doignon, G. Merlen, T. Tordjmann (Orsay)

Résumé N° : EP_44

Dépistage de la stéatopathie métabolique chez les patients diabétiques 2, étude prospective

M. Gélou-Siméon*, J. Matile, M. Lafrance, C. Galbas-Frontinois, F. Velayoudom, V. Chingan-Martino, A. Jehl (Basse-Terre, Pointe-à-Pitre)



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PP_01

Dépistage de l'Hépatite Delta en France : le point de vue des biologistes

M. Bernardin, S. Burrel, G. Lina, C. Rigaud, S. Francois, L. Andreoletti, S. Alain, V. Loustaud-Ratti*, S. De Microbiologie (Limoges, Lyon, Paris, Reims)

Introduction : Les chiffres de prévalence de l'hépatite Delta en France reposent sur des données soit issues de populations cibles antigène HBs positif (Ag HBs +), soit de centres experts (1,2). Les difficultés d'accès aux techniques virologiques de dépistage pourraient être un des facteurs de sous-estimation. Nous avons donc mené, sous l'égide de la Société Française de Microbiologie (SFM), une enquête flash de pratique des laboratoires français pour établir un état des lieux du dépistage de cette infection virale du point de vue du biologiste.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Un questionnaire comprenant 14 items a été envoyé aux membres de la SFM et du Collège de Bactériologie-Virologie-Hygiène (ColBVH). Les questions étaient centrées sur la sous-traitance, le reflex testing, les techniques virologiques utilisées notamment pour la RT-PCR.

Résultats : 131 laboratoires ont répondu : 36 CHU, 53 CH, 42 laboratoires privés. En dehors du centre national de référence (CNR), des groupes Cerba et Eurofins/Biomnis qui sous traitent une majorité des tests, 26 laboratoires (20%) réalisent les Ac Delta sur site, 24 CHU et 2 laboratoires privés. 10 CHU et 1 laboratoire privé pratiquent la RT-PCR Delta. 64% des laboratoires ne testant pas les Ac n'envisagent pas de le faire à l'avenir, 79% pour la RT-PCR. Les demandes d'Ac sont sous-traitées par les laboratoires Cerba (34,2%) et Eurofins (37,2%) ou par d'autres privés (12%), le CNR (7,5%) et 7 CHU (9%). Les RT-PCR sont sous-traitées par le CNR (42,3%), le CHU de Lyon (22,7%), Cerba (16%), Eurofins (15,2%), autres privés (2,2%) et les CHU de Lille, Toulouse et Nantes (1,7%).

Le reflex testing Ac Delta devant un 1er test Ag HBs+ est pratiqué par 23% des laboratoires et 11% pour l'ARN si Ac + ; 45% l'envisagent pour les Ac dans l'avenir et 14% pour l'ARN, sous condition de prise en charge des tests. Les techniques RT-PCR utilisées sont un kit Eurobioplex® pour 73% et une technique maison pour 27%.

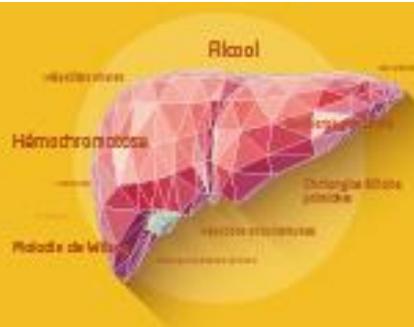
Une enquête de vraie vie sur la prescription des tests de dépistage et sur le parcours patient est en cours : le projet « Delta Describe » reposera sur les données SNDS d'une part et d'autre part sur les données des patients dépistés positifs dans les laboratoires privés et publics en France métropolitaine.

Conclusion : La majorité des laboratoires français sous-traitent les tests Delta et moins de 20% font du reflex testing. Le projet « Delta Describe », sous l'égide des sociétés savantes (Hépatologie, Infectiologie et Microbiologie) et associations de patients devrait permettre de remonter à la DGS/DGOS et la HAS des solutions aux barrières identifiées au dépistage et à la cascade de soins en vraie vie.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.

Remerciements : Membres de la SFM et du Col BVH ayant participé à l'enquête:

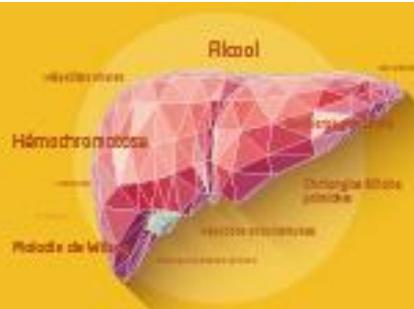
B. Pozzetto, A. Cuntzmann, PA. Bihl, V. Decool, Laboratoire Biocôme, V. Toniolo, M. Heraud, JL. Galinier, T. Pierre, L. Souied, L. Courdavault, A. Goux, S. Mery, D. Coche, L. Talon, G. Potiron, stephanieperraud, P. Chenu, E. Carrer, O. Sevin, O. Moquet, C. Petit, L. Bergon, M. Smati-Lafarge, S. Beretta, J-F. Quillet, A. Brousse, MN. Noulard, S. Honore, G. Laurent, B. Dumoulard, D. Leyssene, P. Wirquin, C. Castang, V. Thomas, M. Kuentz, E. Ombandza, S. Haouisee, PA. Billy, E. Guillotel, P. Patoz, CH Valenciennes, S. Marque-Juillet, A. Cady, J. Gillon, CHI Villeneuve Saint Georges,



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

O. Ridoux, C. Guillaume, A. Guigon, S. Brichler, C. Auvray, V. Thibault, I. Naepels, C. Jensen, A. Coutard, C. Labbe, C. Lacroix, F. Faibis, J. Violette, C. Bigaillon, M. Jourdain, S. Poussing, A. Ergani, M. Laborde, S. Hoche, C. Dumet, AC. Paux, P. Hance, S. Tyburn, A. Roux, L. Breit, D. Rossignol, M. Pislaru, F. Le Manach-Kergueris, O. Lemenand, D. Mammès, M. Villemain, M. Cheron, F. Legall, P. Perez, P. Trimoulet, J. Lupo, L. Ollier, Laboratoire de virologie CHRU de Tours, C. Lefeuvre, C. Chessa, S. Larrat, V. Lemee, A. Velay, S. Maylin, AK. Faure, F. Queuche, A. Pellicier, O. Raulin, Laboratoire du CH de Tulle, S. Vanagt, C. Penn, C. Pachetti, C. Lambert, M. Boussad, O. Calas, G. Jacob, C. Guichet, A. Dubois, E. Dotto, R. Dahan, F. Robert, A. Scanvic, R. Garin, S. Akhavan, M. Coste, S. Herbreteau, C. Leclair, A. Minoui-Tran, C. Henquell, AM. Mondain, V. Venard, AM Roque, J. Gozlan, J. Izopet, A. Boudet, J. Moriceau, S. Chevaliez, S. Castelain, S. Alain, P. Colson, S. Marty-Quinternet, L. Andreoletti, L. Landraud, C. Scholtes, V. Mackiewicz.

Références : 1. Gordien E. THE HEPATITIS DELTA VIRUS INFECTION: RECENT DATA IN FRANCE. Bull Epidémiol Hebd. 2 juin 2015;19- 20:347- 52. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/19-20/2015_19-20_3.html
2. Roulot D, Brichler S, Layese R, BenAbdesselam Z, Zoulim F, Thibault V, et al. Origin, HDV genotype and persistent viremia determine outcome and treatment response in patients with chronic hepatitis delta. J Hepatol. nov 2020;73(5):1046- 62.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PP_02

Une stratégie « Aller vers et Tout en un » pour le dépistage et le traitement de l'hépatite chronique virale C : SCANVIR en région

G. Villain*, V. Roumy, G. Le Moal, C. Chessa, A. Deby-Defaux, T. Houpert, N. Lévêque, C. Silvain (Poitiers)

Introduction : La réussite de l'élimination du VHC passe par une amélioration du dépistage associée à une prise en charge in situ en un temps dans les structures prenant en charge les patients usagers de produits, ceux en grande précarité sociale ou ceux incarcérés et n'atteignant pas les centres hospitaliers. Initié en Limousin, SCANVIR vise à structurer les dispositifs territoriaux de prise en charge des hépatites virales chroniques surtout VHC en s'appuyant en particulier sur les CSAPA et les CAARUD.

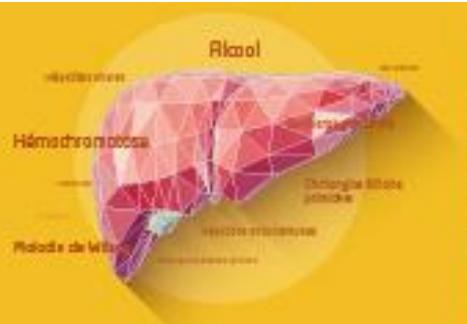
Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Pour recruter ces patients pour la journée SCANVIR, l'information était diffusée par un réseau transversal multidisciplinaire associant en membre associatif, infirmière et/ou médecin. Une journée par semaine était choisie conjointement par la structure et par l'infirmière parcours formée aux TROD (VIH, VHC), à la PCR ARN VHC (GeneXpert®), au Fibroscan® et à l'ETP. Un questionnaire était rempli avec l'infirmière afin d'évaluer les addictions, les traitements et la situation sociale. Un médecin était présent sur place pour le rendu des résultats et la prescription du traitement anti-viral.

Résultats : L'activité a débuté le 19/09/2019, a été stoppée en raison du COVID puis a repris progressivement. Les structures ayant accepté SCANVIR étaient 8 CSAPA, 5 CAARUD, 1 centre pénitentier, 1 maison de santé et 1 PASS. Sur une période de 23 mois jusqu'en fin 2021, 236 patients ont été pris en charge. Il s'agissait de 77% d'hommes, âge moyen était de 40,3 ans ; 69 % étaient UD anciens ou actifs-injecteurs, TSO 40 %, et alcool 65 %. Une infection isolée par le VIH a été diagnostiquée. Tous les 236 patients ont eu un TROD VHC et 27 % étaient positifs et ont eu une recherche d'ARN VHC, 20 étaient virémiques (8%). Le stade de fibrose évalué chez les 236 patients par Fibroscan était < F2 chez 226 (96%), F3 chez 6 patients (2,5%) et F4 chez 4 patients (1,7%). Une prescription de traitement avec ETP chez les patients positifs pour l'ARN VHC et éligibles au parcours simplifié a été réalisée chez 16 patients (80%). Parmi les 4 patients non traités, 2 avaient une cirrose avec signes de décompensation et 2 n'avaient pas de droits sociaux. Aucun patient n'a refusé le traitement. Les résultats de réponse virologique soutenue (RVS) à ≥12 semaines ont été difficiles à obtenir et sont toujours en attente chez 10 patients, pour les 6 autres, il existait une RVS.

Conclusion : Ces résultats montrent que la stratégie « aller vers et tout en un » pour prendre en charge les patients ayant une forte prévalence d'infection et d'exposition au VHC est efficace grâce à une collaboration entre le centre de référence et ses ressources cliniques et virologiques et les CAARUD et CASPA périphériques.

Conflit d'intérêt :

Abbvie, Gilead



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PP_03

Diagnostic virologique de l'infection par le VHD : retour sur 10 années d'expérience de contrôle national de qualité

A. Gerber, S. Brichler*, E. Gordien, F. Le Gal (Bobigny)

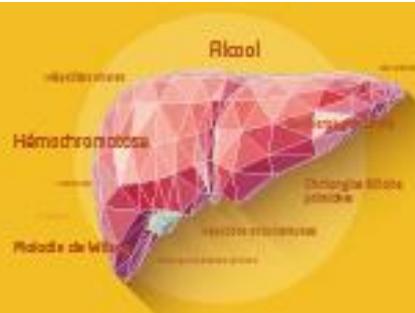
Introduction : Le diagnostic virologique et le suivi d'une infection par le virus de l'hépatite Delta (VHD) repose sur la recherche des Anticorps totaux (Ac-T), et sur des mesures régulières de la charge virale par RT-PCR quantitative (CV-VHD). Les tests utilisés par les laboratoires de biologie médicale évoluent au fil du temps, avec parfois des changements de technologie pouvant impacter les performances diagnostiques^{1, 2}. Nous avons voulu analyser rétrospectivement les résultats des laboratoires participants aux contrôles nationaux de qualité du VHD (CNQ-VHD) depuis 10 ans pour éclairer cette histoire.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Depuis 2012, un CNQ en sérologie et en biologie moléculaire pour le diagnostic de l'infection VHD a été institué. Entre 2012 et 2018, 4 panels de 4 échantillons ayant des titres d'anticorps variables ont été proposés pour la recherche des anticorps totaux (Ac-T) et des IgM (Ac-IgM) anti-VHD. Pour la CV-VHD, 8 panels de 4 à 12 échantillons de charges virales et de génotypes divers ont été proposés entre 2012 et 2021 aux différents participants. Les résultats de chaque laboratoire ont été analysés individuellement par rapport aux rendus de tous les participants.

Résultats : En moyenne, 23 laboratoires ont participé aux différentes enquêtes sérologiques. Tous réalisaient la recherche des Ac-T alors qu'un nombre décroissant - de 14 laboratoires en 2012 à 4 laboratoires en 2018 - ont fait également la recherche des Ac-IgM. Les résultats pour les Ac-T étaient concordants pour >80% des participants, avec des discordances uniquement pour les échantillons faiblement positifs. Une tendance à un resserrement des résultats dû à la diffusion importante du test automatisé Ac-T sur Liaison XL (Diasorin) a été observé les dernières années. En revanche, le taux de concordance variait entre 43 et 100% selon les enquêtes pour la recherche des Ac-IgM. Pour la mesure de la CV-VHD, entre 6 et 13 laboratoires ont participé. Les centres ayant rendus des valeurs de CV-VHD au-delà de deux écarts-types par rapport à la moyenne obtenue par l'ensemble des laboratoires sur plus d'un échantillon, étaient déclarés « non conformes ». Ils étaient déclarés « à surveiller » si les différences portaient sur un seul échantillon. Les résultats obtenus étaient concordants avec ceux attendus pour 80% des centres. Ils étaient rendus « à surveiller » ou « non-conformes » dans 10% des cas chacun. Selon le panel fourni, le taux de concordance variait entre 45 et 100% avec une amélioration significative des résultats sur les 3 dernières années (≥90%).

Conclusion : Les résultats des CNQ-VHD sérologiques sont largement satisfaisants, la recherche des Ac-IgM n'étant plus réalisée en pratique. Les résultats s'améliorent aussi pour la CV-VHD du fait de l'abandon de techniques « maison » au profit de kits plus robustes, associé à une généralisation du standard OMS VHD. Cependant, l'objectif de standardisation complète des techniques n'est pas encore atteint.

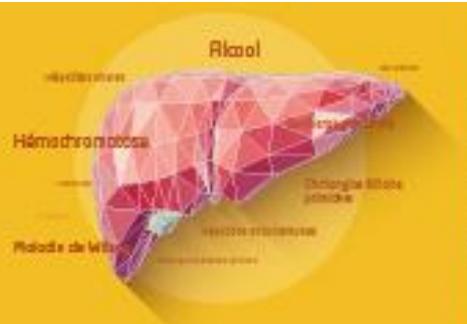
L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Références : 1 Rocco et al., Comparison of anti-hepatitis D virus (HDV) ETI-AB-DELTAK-2 assay and the novel LIAISON® XL MUREX anti-HDV assay in the diagnosis of HDV infection, *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, 2019, doi: 10.1016/j.diagmicrobio.2019.114873.

2 Le Gal et al., First International External Quality Assessment for Hepatitis Delta Virus RNA Quantification in Plasma, *Hepatology*, 2016, DOI 10.1002/hep.28772.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PP_04

Dépistage du VHC, du VHB, du VIH chez les patients devant bénéficier d'une chirurgie réglée dans un hôpital de l'APHP: étude prospective de faisabilité SAHARA (pre-Surgery Assessing HCV, HBV, HIV status and Revealing during consultation with Anesthesiologist)

P. Sellier*, M. Rogez, S. Dagois, J. Bussonne, J. Portal, E. Gayat, E. Vicaut, J. Molina (Paris)

Introduction : Le dépistage des infections par le VHC, VHB et VIH et leurs traitements précoces prennent toute leur importance dans les hôpitaux du nord de Paris prenant en charge une proportion importante de personnes originaires de zones de forte prévalence, des populations précaires, aux antécédents de toxicomanie/d'incarcération ou ayant des partenaires sexuelles multiples.

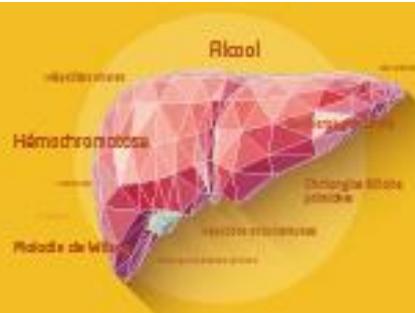
Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Critère de jugement principal: faisabilité du dépistage par tests rapides capillaires (TRC): rapport tests réalisés/nombre de patients auxquels ils auraient dû être proposés (en l'absence de sérologie dans le dossier, tous les patients pour le VHC et le VIH, patients ayant un/des facteurs de risque pour le VHB) à la Consultation d'Anesthésie Centralisée.

Critères secondaires: acceptabilité du dépistage: rapport tests réalisés/nombre de patients auxquels ils ont été proposés; acceptabilité de la mise dans la filière de soins des dépistés; prise en charge simplifiée des AES grâce aux dépistages.

Résultats : Du 01/08 au 31/10/2021, 470 dossiers ont été évalués pour éligibilité: 260 (55%) femmes, 210 (45%) hommes; l'âge moyen était 52 ± 18 ans. Un dépistage a été proposé à 454 (96.6%) patients; les motifs de non-proposition étaient: Aide Médicale Etat (4 cas), dépistage antérieur (4 cas), pas de motif (8 cas). Le dépistage a été réalisé chez 361 (79.5%) patients, non chez 93, dont 91 sont des refus des patients, sans motifs de refus (62 cas), dépistage antérieur (12 cas), manque de temps (11 cas), pathologie considérée trop grave par le patient (6 cas). Les patients venaient pour chirurgie ORL (31%), neurochirurgie (22%), chirurgie viscérale et orthopédie (17% chacun); les patientes venant en gynéco-obstétrique étaient exclues: systématiquement dépistées en ambulatoire. Concernant le dépistage VIH, 359 ont été réalisés, négatifs sauf un indéterminé infirmé par ELISA. De même, 359 dépistages VHC ont été réalisés, tous négatifs. Sur les 295 patients ayant \geq un facteur de risque VHB, 294 ont été dépistés, permettant de découvrir quatre porteurs Ag HBs, et un indéterminé infirmé par ELISA. Trois de ces patients ont été mis dans la filière de soins. Durant la même période, 15 AES ont été déclarés à la Médecine du Travail : aucun à partir d'un patient-source VIH ou VHC+, et trois à partir d'un patient-source Ag HBs+, qui a donné lieu à la vérification du taux d'Ac anti-HBs chez le personnel.

Conclusion : La faisabilité du dépistage dans une population venant pour chirurgie réglée est excellente, l'acceptabilité (80%) est bonne. Le taux de positivité est plus faible qu'attendu mais permet la connaissance du statut à un coût négligeable. Les tests ELISA devraient être réservés aux confirmations. L'étude continue aux Urgences (chirurgie non réglée), où les taux de positivité pourraient être plus élevés.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.

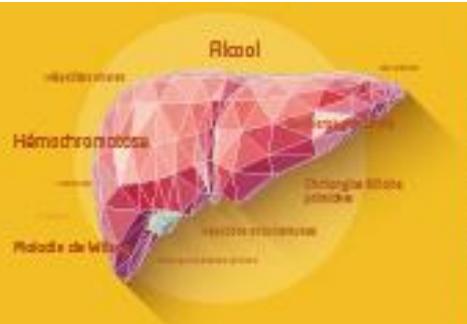


COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Remerciements : Les auteurs remercient Magatte NIANG, Christèle SAPIN et Cathy Chiappini (GILEAD Sciences, France) pour leur accompagnement dans la réalisation de cette étude.

Références : (1) Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C, HAS/ Service Evaluation Economique et Santé Publique / février 2013

(2) Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B, HAS - Service évaluation économique et santé publique – juillet 2016



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PP_05

Tumeurs primitives du foie chez les patients atteints de maladie de Wilson

R. Sobesky*, O. Guillaud, A. Poujois, A. Coilly, D. Cherqui, R. Adam, E. Vibert, D. Samuel, C. Feray, J. Duclos-Vallée (Lyon, Paris, Villejuif)

Introduction : La maladie de Wilson (MW) peut induire une maladie chronique du foie, ainsi qu'une cirrhose et ses complications. Il est classiquement dit que la survenue d'un cancer primitif du foie chez les patients atteints de MW est un événement rare. Il existe actuellement peu de données concernant le risque de survenue de tumeur primitive du foie chez les patients atteints de maladie de Wilson.

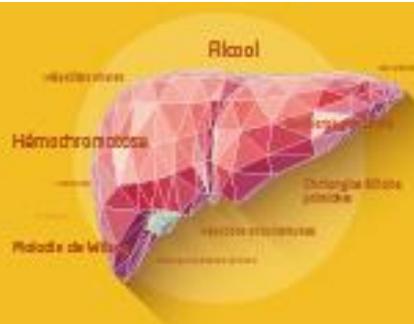
Le but de ce travail était d'étudier la fréquence de survenue et les caractéristiques des cancers primitifs du foie chez les patients suivis au long cours pour une MW.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Nous avons étudié de façon rétrospective dans un centre référent pour les maladies rares, une cohorte monocentrique de patients ayant une MW avec une atteinte hépatique et ou neurologique. Tous les patients de la cohorte avaient un suivi régulier en consultation, avec un intervalle maximal de 6 mois entre 2 consultations. Les patients avec un antécédent de cirrhose avaient une échographie hépatique de dépistage semestrielle. La survenue d'une tumeur primitive du foie, de même que la prise en charge et l'évolution des patients avec une tumeur primitive ont été analysés.

Résultats : Nous avons analysé les 149 patients de la cohorte, avec un suivi moyen de 15 ans. L'âge moyen des patients au diagnostic de la maladie de Wilson était de 20 ans. Lors du diagnostic de la maladie, 68% des patients avaient des arguments clinicobiologiques, morphologiques ou histologiques en faveur d'une cirrhose. Une tumeur primitive du foie a été diagnostiquée chez 16 patients au cours du suivi. L'âge moyen lors de la découverte de la tumeur primitive du foie était de 52,5 ans. L'intervalle moyen entre le diagnostic de la maladie et la survenue de la tumeur était de 19 ans. Nous avons diagnostiqué un carcinome hépatocellulaire (CHC) chez 10 patients et un cholangiocarcinome (CCK) chez 6 patients. Une preuve histologique du cancer a pu être obtenue chez 7/10 patients ayant un CHC et pour tous les patients (6/6) ayant un CCK. Pour les trois autres patients atteints de CHC, le diagnostic reposait sur les caractéristiques morphologiques et l'élévation de l'AFP. Tous les patients ayant développé une tumeur primitive du foie avaient des arguments pour une cirrhose au moment du diagnostic de la maladie. Lors du diagnostic de la tumeur, il n'y avait pas de cirrhose sur l'examen histologique du foie non tumoral chez 5 patients. Une résection de la tumeur a été possible chez 6 patients et une transplantation hépatique chez 5 patients. Six patients sont décédés des complications du cancer du foie.

Conclusion : Les patients ayant une MW avec un antécédent de cirrhose ont un risque de développer un cancer primitif du foie et nécessitent un dépistage morphologique régulier, même en cas de régression de fibrose. Le risque de survenue d'un CCK dans cette cohorte (37,5 %) suggère l'intérêt d'une biopsie du foie pour caractériser le type de cancer primitif du foie chez ces patients atteints MW.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PP_06

Évaluation du taux de séroconversion précoce anti-VHE après transplantation hépatique dans une cohorte de patients cirrhotiques

A. Mazzola*, E. Todesco, S. Ali, M. Bastide, P. Flandre, F. Charlotte, S. Sayon, V. Calvez, D. Thabut, O. Scatton, A. Marcelin, F. Conti (Paris)

Introduction : Après transplantation hépatique (TH), l'infection par le VHE peut évoluer vers la fibrose hépatique avec un risque accru de cirrhose, de perte du greffon et de décès. De plus, la transmission du VHE lors de transfusions sanguines ou de transplantation d'organes solides ne peut être exclue. Dans ce contexte, nous avons évalué la séroprévalence du VHE chez les patients cirrhotiques avant la TH et étudié la séroconversion précoce vis-à-vis du VHE après TH.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude non interventionnelle, monocentrique et rétrospective dans une cohorte de patients cirrhotiques transplantés entre 2017 et 2020. Tous les échantillons de sang (<2 ans avant et <1 an après la TH pour chaque patient) ont été testés pour les IgG et IgM anti-HEV sur Liaison XL® (DiaSorin, Saluggia, Italie). Tous les échantillons de sang <90 jours après la TH et les prélèvements de foie explanté ont été testés pour l'ARN viral par RT-PCR en temps réel (Realstar®2.0, Altona Diagnostics, Hambourg, Allemagne).

Résultats : Parmi les 436 TH, 95 avait des échantillons disponibles et ont été inclus. L'âge médian était de 57 ans (IQR:44-63), 73% (n=70) étaient des hommes. L'étiologie la plus fréquente de la cirrhose était l'alcool (42%, n=40). Le CHC était la principale indication de la TH (40%, n=38). Le score MELD médian à l'inscription sur liste était de 17 (IQR:11-25). Les caractéristiques et les facteurs de risque des patients sont présentés dans le Tableau 1. Le délai médian entre la prise de sang et la TH était de 54(IQR:16-216) et 80 (IQR:23-200) jours avant et après la TH, respectivement. La séroprévalence du VHE IgG et IgM était de 13% (n=12) et 2% (n=2) avant la TH, respectivement. Le taux de séroconversion précoce après la TH était de 6% chez les patients séronégatifs (n=5/83). Parmi eux, tous les échantillons sanguins (avant et après la TH) étaient négatifs pour l'ARN du VHE, à l'exception d'un patient qui a présenté une charge virale positive (4 log UI/mL) en même temps qu'une sérologie négative 28 jours après la TH. Il a développé une infection chronique et a été traité par Ribavirine pendant 6 mois et une baisse de l'immunosuppression, avec une évolution favorable. Chez 4 des 5 patients avec séroconversion, la RT-PCR était négative sur le foie explanté. En ce qui concerne les facteurs de risque de transmission du VHE, tous les patients ont reçu une transfusion sanguine lors de la TH.

Conclusion : Nous rapportons un taux élevé et inattendu de séroconversion anti-VHE parmi notre cohorte de patients cirrhotiques ayant bénéficié d'une TH. Le résultat de la recherche du VHE dans le foie des receveurs n'a pas permis d'expliquer la réponse immunitaire observée chez ces patients. Des études prospectives sont nécessaires pour explorer les facteurs de risque de transmission du VHE. En particulier, le rôle des transfusions sanguines et la pertinence de tester les donneurs d'organes solides pour le VHE devraient être évalués.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.

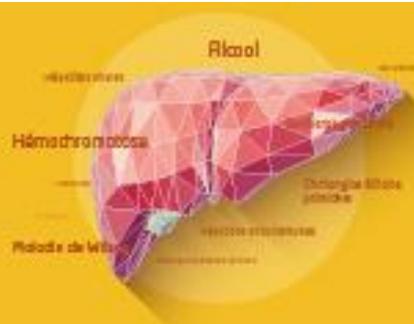


COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Références : Hepatitis E Virus and Chronic Hepatitis in Organ-Transplant Recipients. Kamar N, Selves J, Mansuy JM, et al. N Engl J Med. 2008;358(8):811-817. doi:10.1056/NEJMoa0706992.
 Chronic hepatitis E viral infection after liver transplantation: a regression of fibrosis following antiviral therapy. Mazzola A, Minh MT, Charlotte F et al. Transplantation. 2017 Apr 4. doi: 10.1097/TP.0000000000001766.
 Liver transplant from a donor with occult HEV infection induced chronic hepatitis and cirrhosis in the recipient. Schlosser B, Stein A, Neuhaus R, et al. Hepatol. 2012;56(2):500-502. doi:10.1016/j.jhep.2011.06.021
 Hepatitis E Virus Antibodies in Blood Donors, France. Mansuy JM, Bendall R, Legrand-Abravanel F. et al. Emerg Infect Dis. 2011;17(12):2309-2312. doi:10.3201/eid1712.110371

Tableau 1. Caractéristiques cliniques et biologiques de la cohorte de 95 patients cirrhotiques transplantés hépatiques.

	N = 95
Sexe masculin, n (%)	70 (77)
Age, médiane (IQR)	57 (44-63)
BMI, médiane (IQR)	25 (21-28)
PRE TRANSPLANTATION HEPATIQUE (TH)	
Étiologie de la maladie hépatique, n (%):	
<i>NASH</i>	21 (22)
<i>Alcool</i>	40 (42)
<i>Viral</i>	33 (34)
<i>Auto-immune/ Maladies cholestatiques</i>	23 (24)
Complications de la cirrhose, n (%)	
<i>Carcinome hépatocellulaire</i>	38 (40)
<i>Encéphalopathie hépatique</i>	47 (49)
<i>Syndrome hépatorénal</i>	12 (13)
<i>Ascite réfractaire</i>	48 (51)
<i>Hydrothorax</i>	5 (5)
<i>Thrombose de la veine porte</i>	19 (20)
TIPS, n (%)	10 (11)
MELD-score à l'inscription, médiane (IQR)	17 (11-25)
CHILD-PUGH à l'inscription, n (%):	
<i>A</i>	21 (22)
<i>B</i>	23 (24)
<i>C</i>	29 (31)
POST TRANSPLANTATION HÉPATIQUE	
Traitement immunosuppresseur, n (%):	
<i>Corticostéroïdes</i>	77 (81)
<i>Tacrolimus</i>	83 (83)
<i>Inhibiteur de mTOR</i>	4 (4)
<i>Azathioprine</i>	1 (1)
<i>Mycophenolate mofetil (MMF)</i>	69 (73)
FACTEURS DE RISQUES D'INFECTION PAR LE VHE, n (%)	
<i>Voyages</i>	4 (6)
<i>Transfusion</i>	
<i>Avant TH</i>	16 (17)
<i>Pendant TH</i>	39 (41)
<i>Post TH</i>	19 (20)



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PP_07

Transplantation hépatique de patients en défaillances d'organes : étude des facteurs prédictifs de perte du greffon et de décès

S. Halter*, H. Brisson, C. Vezinet, J. Constantin, D. Eyraud, F. Conti, O. Scatton, A. Monsel (Paris)

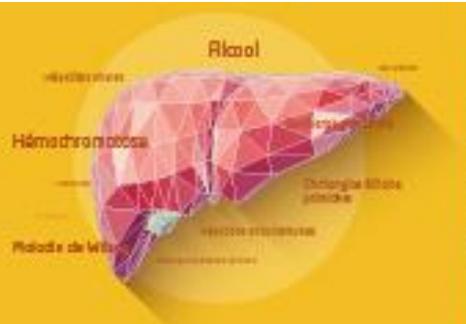
Introduction : L'Acute-on-Chronic Liver Failure (ACLF) est une décompensation cirrhotique avec une ou plusieurs défaillances d'organes. Cette complication est associée à une mortalité élevée en l'absence de transplantation hépatique (TH) mais la TH peut s'avérer risquée et futile. L'objectif de cette étude était d'évaluer les facteurs prédictifs de perte du greffon et de décès au cours du suivi post-transplantation (durée maximale de 9 ans) chez des patients transplantés dans un contexte d'ACLF, avec une attention particulière portée sur l'évolution des patients dans les 48 heures précédant la greffe.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Etude observationnelle rétrospective monocentrique. Les patients cirrhotiques, hospitalisés depuis au moins 48 heures en réanimation, avec ACLF de grade 1 à 3 au jour de la transplantation hépatique étaient inclus. Différents scores de gravité étaient calculés 2 jours avant (J-2) et le jour de la TH (J0). Des analyses univariées et multivariées (modèle de Cox) étaient réalisées. Le critère de jugement principal était la survenue d'une perte du greffon (re-transplantation ou décès). Cette étude a reçu un avis favorable du Comité d'Éthique pour la Recherche en Anesthésie-Réanimation.

Résultats : 71 patients ont été inclus, parmi lesquels 24 ont présenté une perte du greffon au cours du suivi dont la durée médiane était de 31,9 mois (IC 95% [21,1 ; 43,6]). En analyse univariée, plusieurs facteurs liés à l'évolution des patients entre J-2 et J0 étaient retrouvés comme étant associés à la survenue d'une perte du greffon : augmentation du nombre total de défaillances d'organes, du MELD, du SOFA « Foie exclu » et du grade d'ACLF. Un score Child-Pugh au jour de la transplantation > 13 et le délai entre l'inscription sur liste de greffe et la transplantation étaient également associés à une perte du greffon. Aucun facteur lié au patient, à la situation pré-transplantation ou au donneur n'était retrouvé comme associé à la perte du greffon en analyse univariée. En analyse multivariée, les facteurs associés à la perte du greffon étaient l'augmentation du grade d'ACLF entre J-2 et J0 (HR 8,34 ; IC 95 % [2,73 ; 25,45] ; p < 0,001), le délai entre l'inscription sur liste de greffe et la transplantation en mois (HR 1,11 ; IC 95 % [1,01 ; 1,21] ; p = 0,024) et l'aggravation du SOFA « Foie exclu » (HR 0,10 ; IC 95 % [0,01 ; 0,81] ; p = 0,004). La présence d'une défaillance respiratoire au jour de la transplantation était également retrouvée comme associée à la perte du greffon mais avec un effet dépendant du temps (diminution de l'association avec le temps).

Conclusion : L'évolution des patients en ACLF au cours des 48 heures pré-transplantation semble impacter le pronostic au décours de la greffe. L'évolution des patients en ACLF dans les 48 dernières heures pourrait être un élément à prendre en compte dans la décision d'acceptation d'un greffon, et donc, du moment de réalisation de la transplantation.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PP_08

Les gènes impliqués dans la beta oxydation des acides gras (FAO) sont différemment exprimés selon l'étiologie du CHC : CHC-MAFLD versus CHC-HBV

N. Abeywickrama Samarakoon*, B. Buchard, E. Pujos-Guillot, S. Durand, M. Petera, D. Centeno, F. Guerrieri, M. Levrero, A. Demidem, A. Abergel (Clermont-Ferrand, Lyon)

Introduction : Les principales causes du carcinome hépatocellulaire (CHC) sont les infections virales hépatites B et C, les ALD et la stéatose hépatique associée aux maladies du métabolisme (MAFLD). La MAFLD concerne 25 % des adultes dans le monde et représente la principale étiologie du CHC. Nous avons récemment rapporté différents profils d'acylcarnitines dans le tissu tumoral de CHC-MAFLD en fonction de la sévérité de la fibrose CHC-F3F4 vs CHC-F0F1. Ces résultats métaboliques suggèrent une dérégulation de la lipogenèse de novo (LDN) et FAO.

Dans cette étude, nous avons analysé l'expression de 21 gènes impliqués dans la glycolyse (LDHA, LDHB, HK2), la néoglucogenèse (FBP1), le catabolisme des BCAA (BCAT1, BCAT2), la LDN (CS, ACLY, ACC1, ACC2, FASN, SCD1, SREBP1) et la FAO (CPT1, CPT2, ACADS, ACADVL, HADHA, CRAT, CROT, PPARA).

Le but de ce travail est d'examiner le profil d'expression de ces gènes selon d'une part la sévérité de la fibrose dans le CHC-MAFLD et d'autre part selon l'étiologie du CHC : MAFLD vs HBV.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Notre cohorte comprend des tissus hépatiques humains tumoraux (TT) et non tumoraux (NTT) : 10 CHC-HBV et 40 CHC-MAFLD répartis en 2 groupes (20 patients dans chaque groupe F0F1/F3F4). Les ARN totaux extraits d'un total de 100 échantillons ont été soumis à qRT-PCR ou à une analyse par ARN-seq pour une analyse différentielle de l'expression génique. Pour chaque groupe, le CHC a été comparé à son propre NTT.

Résultats : Premièrement, l'analyse comparative de l'expression des gènes dans les CHC-MAFLD attestent d'une différence significative dans l'expression de PPAR alpha et de FBP1 selon l'état de la fibrose tandis que l'expression des autres gènes reste inchangée.

Deuxièmement, CHC-MAFLD et CHC-HBV partagent le même profil d'expression (up-régulation) des gènes impliqués dans la LDN (CS, ACLY, ACC1, FASN, SCD1).

Enfin, troisièmement, CHC-MAFLD diffère du CHC-HBV par l'expression de 4 gènes impliqués dans la voie de la FAO. En effet, HADHA, CRAT, CPT1 et CPT2 sont up-régulés dans CHC-MAFLD, TT vs NTT ; tandis que l'expression de ces mêmes gènes sont down-régulés dans le TT du CHC-HBV (test de Wilcoxon, $p < 0,05$).

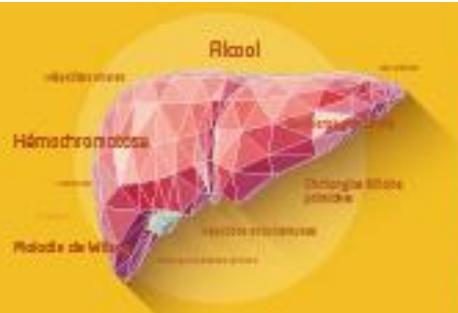
Ainsi, nos résultats montrent pour la première fois une différence d'expression de CPT1 et CPT2 en fonction de l'étiologie : ces deux gènes sont surexprimés dans le CHC-MAFLD alors qu'on note une diminution de leur expression dans le CHC-HBV comme cela a été rapporté dans d'autres études (Lu et al., Mol Carcinog. 2018; Fujiwara et al., Gut 2018).

Conclusion : Dans le CHC-MAFLD, la FAO serait activée en réponse à une surcharge lipidique.

Nos données seraient en désaccord avec le dogme selon lequel l'activation simultanée de la FAO et la LDN n'est pas possible dans les cancers.

Nos résultats fournissent les bases fondamentales qui permette:

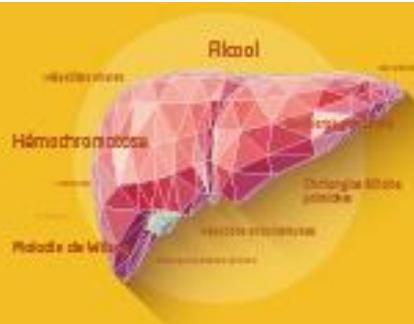
1) une meilleure compréhension des mécanismes moléculaires impliqués dans la FAO.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

2) d'envisager la modulation de la FAO par des drogues chez l'animal puis chez les patients atteints d'un CHC-MAFLD.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PP_09

Cholangiocarcinomes intra-hépatique et carcinome hépatocellulaire : étude comparative en vie réelle concernant les maladies du foie, la stratégie de traitement et le pronostic

O. Pietri*, X. Adhoute, G. Penaranda, P. Castellani, O. Levrel, O. Monnet, H. Perrier, B. Pol, F. Neumann, M. Bourliere, V. Oules (Marseille)

Introduction : Les Cholangiocarcinomes intra-hépatique (CCK-IH) dont l'incidence est en augmentation, sont des tumeurs de mauvais pronostic, diagnostiquées tardivement. Une sous-classification histologique et le « profilage » des CCK-IH grâce aux analyses génomiques vont permettre d'améliorer la prise en charge. Les cancers primitifs du foie (carcinome hépato-cellulaire (CHC) et CCK-IH) ont des traits communs. Nous nous sommes intéressés aux maladies du foie sous-jacentes au sein d'une cohorte de CCK-IH, en comparaison à une large cohorte de CHC investiguée dans le même centre durant plus d'une décennie.

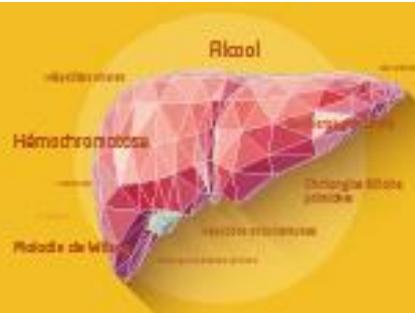
Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Etude monocentrique rétrospective, les dossiers médicaux de 1085 patients (CHC n=972, CCK-IH n=103) pris en charge entre 2007 et 2020 ont été considérés pour l'analyse. Survies par la méthode de Kaplan-Meier; comparaison par les tests du Log-Rank, du Khi-deux ou Fisher. Des modèles logistiques ont été appliqués afin de mettre en évidence des facteurs de risque spécifiques du CCK-IH (analyse en cours). Les CCK-IH étaient classés après relecture histologique et radiologique: "petits canaux" / "Mass-Forming" (MF) ou "larges canaux" / "Periductal infiltrating" (PI)

Résultats : Les CHC classés BCLC A 37%, AB 8%, B 18%, C 26%, D 11%, les CCK-IH MF 62%, PI 38%, résécables 21%, métastatiques hors foie 44%, étaient dépistés 53% vs 9% respectivement $p < 0.0001$. Pas de différence entre les deux cohortes (âge, IMC) mais il y avait plus de femmes parmi les CCK-IH, notamment ceux sans cirrhose: 43% vs 17%, $p=0.0149$. Une cirrhose plus fréquente dans le groupe CHC 89% vs 34%, $p < 0.0001$, mais pas de différence concernant les causes de maladies du foie parmi les cirrhotiques entre les deux groupes. Pas de différence en termes de fonction hépatique (grade ALBI) entre les deux cohortes. Le taux de plaquettes était plus bas dans le groupe CHC et des VO plus fréquentes, $p=0.0011$; un plus grand diamètre tumoral dans le groupe CCK-IH, plus de tumeurs multinodulaires, d'invasion vasculaire ($p=0.0004$).

La survie des patients avec CHC traités par sorafenib +/- une seconde ligne systémique était supérieure dans une période plus récente: 15.2 mois, $p=0.0009$. La survie des CHC stade C (hors chirurgie) et des CCK-IH non opérés n'était pas différente, celle des patients CCK-IH avec et sans cirrhose tous traitements confondus n'était pas différente. La survie des patients CCK-IH MF vs PI n'était pas différente ($p=0.7570$), celle des patients avec CHC vs CCK-IH tous stades confondus était: 18.4 vs 7.0 mois, $p < 0.0001$. Une altération moléculaire ciblable était détectée dans plus de 50% des cas de CCK-IH testés.

Conclusion : Dans cette série française, une cirrhose sous-jacente est prépondérante dans le CHC, fréquente dans le CCK-IH et les facteurs étiologiques comparables, signifiant une voie de l'oncogenèse distincte. Le pronostic de ces deux entités est comparable à un stade avancé. Toutefois, le séquençage des lignes dans le CHC, et le profilage moléculaire dans le CCK-IH offrent de nouvelles perspectives.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



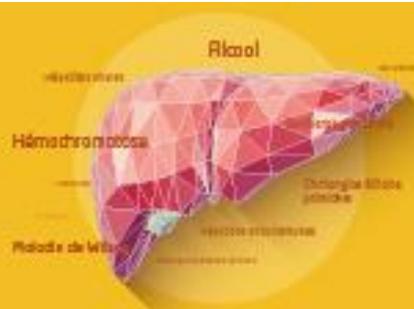
COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Remerciements : Rhamia Ahamada

Références : Sayaka Sekiya and Atsushi Suzuki: Intrahepatic cholangiocarcinoma can arise from Notch-mediated conversion of hepatocytes, *The Journal of Clinical Investigation* 2012

Jihoon G. Yoon et al. Molecular Characterization of Biliary Tract Cancer Predicts Chemotherapy and Programmed Death 1/Programmed Death-Ligand 1 Blockade Responses, *Hepatology* 2021

Verlingue et al. Matching genomic molecular aberrations with molecular targeted agents: Are biliary tract cancers an ideal playground? *EJC* 2017



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PP_10

Un antécédent d'hémorragie digestive liée à l'hypertension portale est associé à un risque de récurrence hémorragique chez les patients cirrhotiques traités par Atezolizumab-Bevacizumab pour un CHC avancé

E. Larrey*, B. Campion, M. Evain, P. Sultanik, H. Giudicelli, M. Wagner, P. Cluzel, M. Rudler, D. Thabut, M. Allaire (Paris)

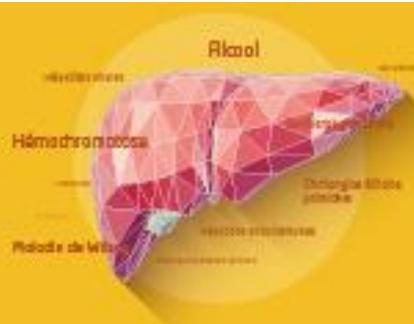
Introduction : L'atezolizumab-bevacizumab est le nouveau standard de traitement du carcinome hépatocellulaire (CHC) avancé. Aucune donnée concernant l'impact de ce traitement sur l'hypertension portale (HTP) n'est disponible. Nos objectifs étaient d'étudier les variations de certains paramètres liés à l'HTP sous traitement et d'identifier des facteurs prédictifs de rupture de varices oesophagiennes (RVO) sous traitement.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Nous avons inclus de façon prospective tous les patients cirrhotiques traités par Atezolizumab-Bevacizumab depuis septembre 2020 à l'hôpital de La Pitié Salpêtrière. Les variations de l'HTP étaient évaluées par la réalisation d'une endoscopie digestive et une mesure du gradient de pression porto-sus-hépatique (GPH) avant et à 6 mois du début du traitement par Atezolizumab-Bevacizumab. L'influence des caractéristiques initiales sur les événements au cours du suivi était évaluée selon la méthode de Kaplan-Meier puis par analyse uni et multivariée selon un modèle de Cox.

Résultats : 43 patients ont été inclus (hommes 79%, âge médian 65 ans, Child-Pugh A 86%). A l'inclusion, 50 % des patients étaient traités par anticoagulation curative, 16% avaient déjà présenté une RVO et 50% avaient des VO (28% de VO de grande taille). Lorsqu'elle était recommandée, une prophylaxie primaire ou secondaire de la RVO était systématiquement proposée et bien conduite pour l'ensemble de nos patients. Une invasion vasculaire était présente dans 60% des cas, le GPH médian était de 8,5mmHg et 54% présentaient un taux de plaquettes <150 000/mm³. Aucune modification significative du GPH ainsi que de la taille des VO n'était observée à 6 mois dans l'ensemble de la cohorte mais également en considérant la réponse au traitement et l'invasion vasculaire. Après un suivi médian de 7 mois, 14% ont présenté une RVO dans un délai médian de 3 mois. Parmi ces 6 patients, 4 avaient des ATCD de RVO, 4 présentaient une invasion vasculaire et 4 étaient sous anticoagulation curative. Aucun d'entre eux n'est décédé des suites de l'épisode hémorragique. En analyse univariée, un antécédent de décompensation ascitique (HR=5,51, p=0,05) et de RVO (HR=14,1, p=0,002) étaient associés à la survenue d'une RVO mais pas la présence d'une anticoagulation (p=0,17), ni de VO (p=0,59), ni d'une invasion vasculaire (p=0,32). En analyse multivariée, seul l'antécédent de RVO (HR=10,58, p=0,03) était associé à la RVO.

Conclusion : Au cours du suivi, une RVO est survenue chez 14% des patients traités par Atezolizumab-Bevacizumab malgré une prophylaxie de la RVO bien conduite mais aucun de nos patients n'est décédé dans les suites de l'épisode hémorragique. Un antécédent de RVO était associé à un risque de récurrence hémorragique, remettant ainsi en question l'utilisation du bevacizumab dans ce contexte.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PJ_01

Repérage des patients à risque de fibrose sévère par le calcul automatique du Fib-4 : calcul simple mais derrière ça se complique !

D. Jurion, C. Zea Obando, J. Péron, M. Robic, T. Izopet, C. Bureau, S. Metivier, C. Camaré, H. Larrue (Toulouse)*

Introduction : Le score FIB-4 (âge, plaquettes et transaminases), marqueur de fibrose hépatique, pourrait servir au repérage des patients à explorer ou à surveiller. Un score 2,67 suggère une fibrose hépatique sévère et amène à réaliser un test plus spécifique ou à consulter un spécialiste. Le but de ce travail est d'évaluer cette approche depuis l'implémentation d'un calcul automatique du score dans des unités sélectionnées de notre CHU.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Une analyse des dossiers a été réalisée depuis l'implémentation du calcul automatique en 2020 dans les services de cardiologie, diabétologie et hépato-gastro-entérologie: rétrospectivement sur l'année 2020 et prospectivement sur l'année 2021. Nous nous sommes focalisés sur les patients avec un score > 2,67. Les dossiers cliniques ont été systématiquement analysés (causes possibles de score élevé, parcours de soin des patients). Une consultation et un fibroscan ont été proposés aux patients avec un score élevé sans raison évidente ou avec un facteur de risque d'hépatopathie mais non suivis.

Résultats : Entre 01/2020 et 11/2020, 549/6659 dossiers (8%) soit 422 patients ont eu un FIB-4 >2,67. Parmi eux, 78 (18,5%) patients ont eu fibroscan ou PBF sans relance, 304 (72%) présentaient une cause évidente de FIB-4 élevé et 40 (9,5%) ont été rappelés. Parmi eux 7 ont refusé de poursuivre, 1 n'a pas répondu, 2 étaient suivis ailleurs, 6 vivant loin du CHU ont réalisé un FIB-4 de contrôle (3 d'entre eux avec un deuxième FIB4 < 2,67 n'ont pas été convoqués, 1 a refusé de poursuivre et 2 présentaient une cause évidente de score élevé). Au final 24 patients ont été convoqués pour une consultation, 6 d'entre eux ont eu un fibroscan \geq 10 kPa confirmant une fibrose hépatique, et parmi eux 2 ont débuté un suivi dans notre service.

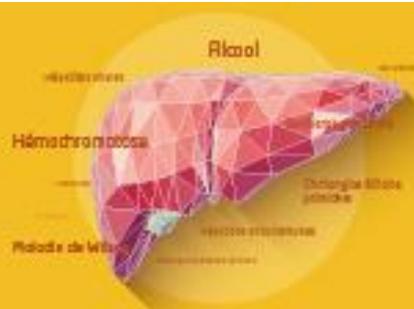
Entre 12/20 et 01/22, 891/11080 dossiers (8%) soit 671 patients ont eu un FIB-4 >2,67. Parmi eux, 107 (16%) avaient déjà été pris en compte en 2020 (FIB4 > 2,67), 103 (15,4%) patients ont bénéficié d'un fibroscan ou d'une PBF sans relance, 102 (15,2%) patients > 80 ans ont été exclus, 318 (47,4%) présentaient une cause évidente de FIB-4 élevé, 15 patients ont bénéficié d'un FIB4 de contrôle au CHU, 2 étaient suivis ailleurs et 24 (3,5%) patients ont été rappelés. Parmi eux 1 n'a pas répondu, 3 ont refusé de poursuivre, 8 ont réalisé un FIB-4 de contrôle, 8 ont été convoqués pour une consultation et 4 ont été orientés vers un fibroscan par leur service d'origine.

Conclusion : Ce travail montre une prévalence de 8 % d'un score FIB-4 > 2,67 dans les services hospitaliers concernés par des patients à risque de fibrose. Cependant, de gros efforts humains sont nécessaires en aval du calcul automatique pour orienter les patients dans un parcours de soin adapté selon les recommandations actuelles.

Conflit d'intérêt :

Financements : ce travail a obtenu le soutien financier des laboratoires Gilead pour le temps ARC.

Remerciements : Cécile Ingueneau et Sylvie Saivin pour la mise en place du paramétrage informatique au sein du pôle de biologie nécessaire au démarrage de ce travail.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PJ_02

Évaluation hémodynamique échocardiographique dans la cirrhose décompensée : comparaison entre réanimateurs et gastroentérologues

A. Prost*, J. Bourgaux, B. Louart, L. Cailla, A. Daurat, J. Lefranc, P. Poudroux, L. Muller, C. Roger (Nîmes)

Introduction : L'ascite est une complication fréquente de la cirrhose. Dans les unités de soins intensifs, l'évaluation hémodynamique initiale est fréquemment réalisée par échocardiographie. Cette étude a évalué la faisabilité et l'utilité d'une évaluation hémodynamique précoce dans un service de gastro-entérologie.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Cette étude a inclus de manière prospective tous les patients admis dans le service de gastroentérologie pour une cirrhose décompensée. Un gastroentérologue avec une courte formation et un réanimateur ont tous deux effectué une ETT. Le CJP était la concordance et la fiabilité entre les évaluateurs pour trois paramètres échocardiographiques : la FEVG visuelle, l'ITV (intégrale temps vitesse) sous-aortique et la vitesse de l'onde E. Les critères secondaires étaient la concordance pour la présence d'un épanchement pleural, la définition de profils hémodynamiques et la mortalité à 28 jours.

Résultats : De mars 2018 à mars 2020, 53 patients ont été inclus. L'âge médian était de 62 ans et 81% étaient des hommes. Les patients présentaient majoritairement une maladie hépatique avancée, avec 43% de Child-Pugh C et un score MELD médian de 15,2. Les limites de concordance entre les réanimateurs et les gastro-entérologues pour l'ITV sous-aortique étaient de -6,6 à 7,2 cm, et s'étendaient de -0,6 à 0,37 m.s⁻¹ pour la vitesse de l'onde E. Des différences cliniquement significatives entre les réanimateurs et les gastroentérologues ont été constatées dans 22 % des cas pour l'ITV sous-aortique et dans 24,5 % des cas pour la vitesse de l'onde E. La fiabilité était bonne pour l'ITV sous-aortique (ICC : 0,79, IC 95% [0,58 ; 0,9 ;]) et modérée pour la vitesse de l'onde E (0,53, IC 95% [0,19 ; 0,74]). Trois profils ont été définis : Hypovolémique, Intermédiaire et Hyperkinétique, pour lesquels la mortalité à 28 jours était respectivement de 30, 16 et 8%.

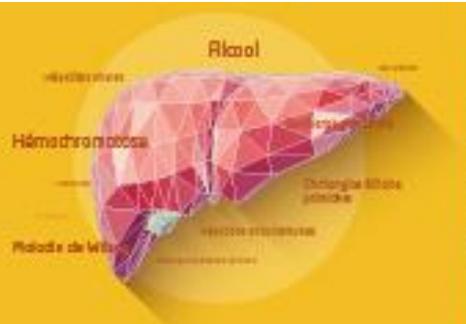
Conclusion : La fiabilité de l'évaluation hémodynamique par les gastro-entérologues était bonne, mais la concordance n'était pas satisfaisante, ce qui plaide pour une formation complémentaire. L'échocardiographie permet de différencier une hypovolémie d'un état hyperkinétique. Le rôle de l'échocardiographie transthoracique dans la prise en charge de la cirrhose décompensée nécessite des études complémentaires.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.

Remerciements : ACKNOWLEDGEMENTS: We wish to thank all the doctors who participated in this work and made it possible: Bénédicte Brunau-Gagniard¹, Valérie Phoutthasang¹, Camille Bories¹, Aurel Buzancais², Martin Mahul², Caroline Boutin², Stéphanie Bulyez², Guillaume Louart², Pierre Barbaste²

We are also grateful to our clinical research associate Lyamin Bendjeddou for his help in collecting data and Sarah Kabani for substantive editing assistance.

1. Department of Hepatology and Gastroenterology, CHU Nîmes, University of Montpellier, Nîmes, France.
2. Department of Anesthesia and Intensive Care, CHU Nîmes, University of Montpellier, Nîmes, France.



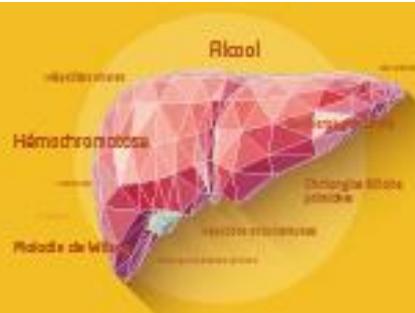
COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

- Références** : 1. Ginés P, Quintero E, Arroyo V, Terés J, Bruguera M, Rimola A, et al. Compensated cirrhosis: natural history and prognostic factors. *Hepatology* Baltimore Md. févr 1987;7(1):122- 8.
2. D'Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. *J Hepatol*. janv 2006;44(1):217- 31.
3. Tandon P, Garcia-Tsao G. Bacterial infections, sepsis, and multiorgan failure in cirrhosis. *Semin Liver Dis*. févr 2008;28(1):26- 42.
4. Møller S, Henriksen JH, Bendtsen F. Extrahepatic complications to cirrhosis and portal hypertension: haemodynamic and homeostatic aspects. *World J Gastroenterol*. 14 nov 2014;20(42):15499- 517.
5. Cecconi M, De Backer D, Antonelli M, Beale R, Bakker J, Hofer C, et al. Consensus on circulatory shock and hemodynamic monitoring. Task force of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med*. déc 2014;40(12):1795- 815.
6. Moore CL, Copel JA. Point-of-care ultrasonography. *N Engl J Med*. 24 févr 2011;364(8):749- 57.
7. Perez-Avraham G, Kobal SL, Etzion O, Novack V, Wolak T, Liel-Cohen N, et al. Left ventricular geometric abnormality screening in hypertensive patients using a hand-carried ultrasound device. *J Clin Hypertens Greenwich Conn*. mars 2010;12(3):181- 6.
8. Mjølstad OC, Andersen GN, Dalen H, Graven T, Skjetne K, Kleinau JO, et al. Feasibility and reliability of point-of-care pocket-size echocardiography performed by medical residents. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. déc 2013;14(12):1195- 202.
9. Vignon P, Dugard A, Abraham J, Belcour D, Gondran G, Pepino F, et al. Focused training for goal-oriented hand-held echocardiography performed by noncardiologist residents in the intensive care unit. *Intensive Care Med*. oct 2007;33(10):1795- 9.
10. Nguyen VTQ, Ho JE, Ho CY, Givertz MM, Stevenson LW. Handheld echocardiography offers rapid assessment of clinical volume status. *Am Heart J*. sept 2008;156(3):537- 42.
11. Child CG, Turcotte JG. Surgery and portal hypertension. *Major Probl Clin Surg*. 1964;1:1- 85.
12. Kamath PS, Wiesner RH, Malinchoc M, Kremers W, Therneau TM, Kosberg CL, et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. *Hepatology* Baltimore Md. févr 2001;33(2):464- 70.
13. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform*. 1 avr 2009;42(2):377- 81.
14. Mayo PH, Beaulieu Y, Doelken P, Feller-Kopman D, Harrod C, Kaplan A, et al. American College of Chest Physicians/La Société de Réanimation de Langue Française statement on competence in critical care ultrasonography. *Chest*. avr 2009;135(4):1050- 60.
15. Geri G, Vignon P, Aubry A, Fedou A-L, Charron C, Silva S, et al. Cardiovascular clusters in septic shock combining clinical and echocardiographic parameters: a post hoc analysis. *Intensive Care Med*. mai 2019;45(5):657- 67.
16. Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet Lond Engl*. 8 févr 1986;1(8476):307- 10.
17. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropr Med*. juin 2016;15(2):155- 63.
18. Cohen J. A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educ Psychol Meas*. 1960;20(1):37- 46.
19. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. mars 1977;33(1):159- 74.
20. Lu M-J, Zhong W-H, Liu Y-X, Miao H-Z, Li Y-C, Ji M-H. Sample Size for Assessing Agreement between Two Methods of Measurement by Bland-Altman Method. *Int J Biostat*. 1 nov 2016;12(2):/j/ijb.2016.12.issue-2/ijb-2015-0039/ijb-2015-0039.xml.



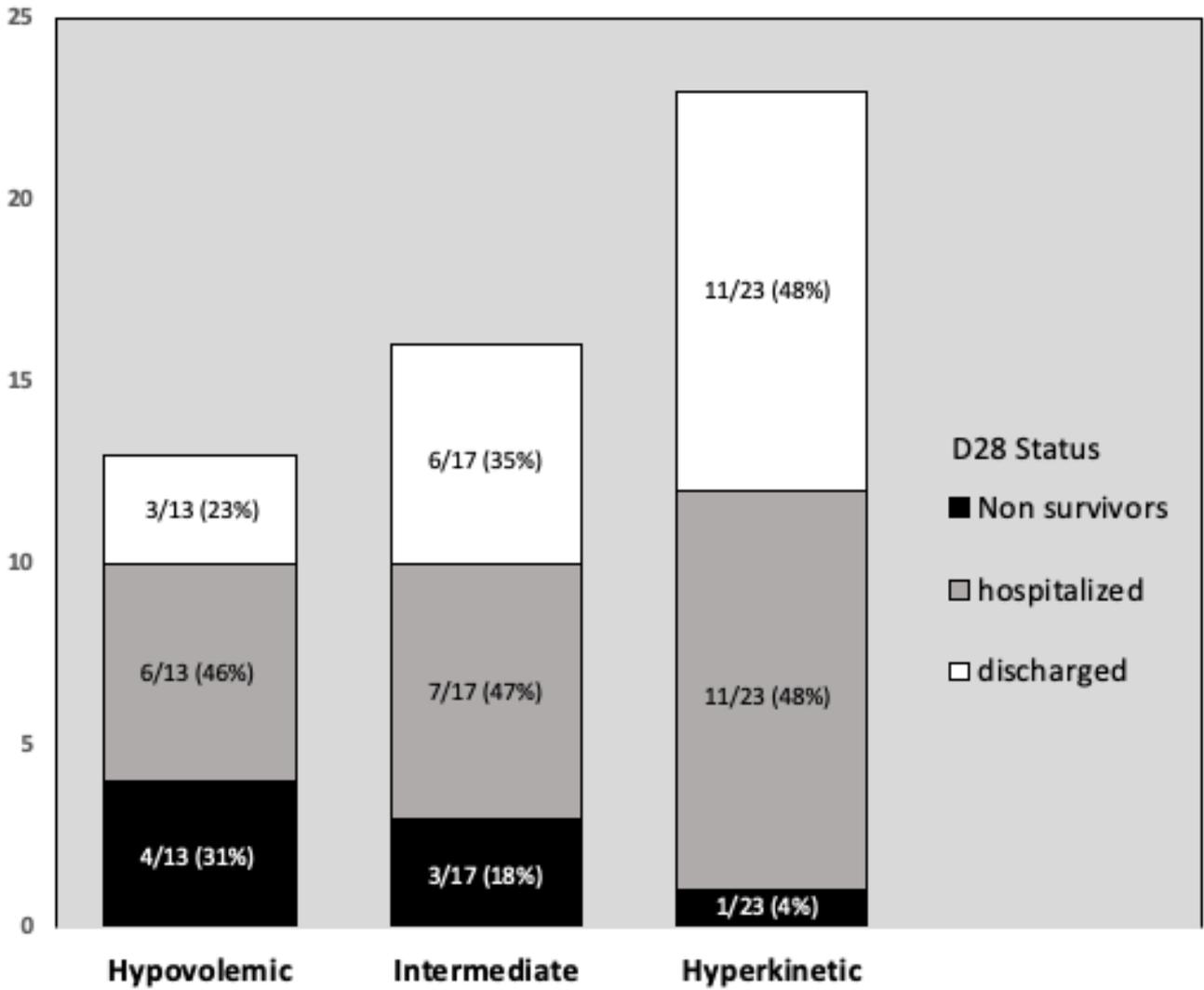
COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

21. Koster G, Kaufmann T, Hiemstra B, Wiersema R, Vos ME, Dijkhuizen D, et al. Feasibility of cardiac output measurements in critically ill patients by medical students. *Ultrasound J.* 8 janv 2020;12(1):1.
22. Zou GY. Sample size formulas for estimating intraclass correlation coefficients with precision and assurance. *Stat Med.* 20 déc 2012;31(29):3972- 81.
23. R Core Team. A language and environment for statistical computing. R Found Stat Comput Vienna Austria [Internet]. 2016; Disponible sur: <https://www.R-project.org/>
24. Huggins JT, Doelken P, Walters C, Rockey DC. Point-of-Care Echocardiography Improves Assessment of Volume Status in Cirrhosis and Hepatorenal Syndrome. *Am J Med Sci.* mai 2016;351(5):550- 3.
25. Karagiannakis DS, Vlachogiannakos J, Anastasiadis G, Vafiadis-Zouboulis I, Ladas SD. Diastolic cardiac dysfunction is a predictor of dismal prognosis in patients with liver cirrhosis. *Hepatol Int.* oct 2014;8(4):588- 94.
26. Dadhich S, Goswami A, Jain VK, Gahlot A, Kulamarva G, Bhargava N. Cardiac dysfunction in cirrhotic portal hypertension with or without ascites. *Ann Gastroenterol.* 2014;27(3):244- 9.
27. Dinh VA, Ko HS, Rao R, Bansal RC, Smith DD, Kim TE, et al. Measuring cardiac index with a focused cardiac ultrasound examination in the ED. *Am J Emerg Med.* nov 2012;30(9):1845- 51.
28. Charron C, Prat G, Caille V, Belliard G, Lefèvre M, Aegerter P, et al. Validation of a skills assessment scoring system for transesophageal echocardiographic monitoring of hemodynamics. *Intensive Care Med.* oct 2007;33(10):1712- 8.
29. Bergenzaun L, Gudmundsson P, Öhlin H, Düring J, Ersson A, Ihrman L, et al. Assessing left ventricular systolic function in shock: evaluation of echocardiographic parameters in intensive care. *Crit Care Lond Engl.* 16 août 2011;15(4):R200.
30. Jozwiak M, Mercado P, Teboul J-L, Benmalek A, Gimenez J, Dépret F, et al. What is the lowest change in cardiac output that transthoracic echocardiography can detect? *Crit Care Lond Engl.* 11 avr 2019;23(1):116.
31. de Vet HCW, Terwee CB, Knol DL, Bouter LM. When to use agreement versus reliability measures. *J Clin Epidemiol.* oct 2006;59(10):1033- 9.
32. Lichtenstein D, Goldstein I, Mourgeon E, Cluzel P, Grenier P, Roubry J-J. Comparative diagnostic performances of auscultation, chest radiography, and lung ultrasonography in acute respiratory distress syndrome. *Anesthesiology.* janv 2004;100(1):9- 15.
33. Eibenberger KL, Dock WI, Ammann ME, Dorffner R, Hörmann MF, Grabenwöger F. Quantification of pleural effusions: sonography versus radiography. *Radiology.* juin 1994;191(3):681- 4.
34. Frankel HL, Kirkpatrick AW, Elbarbary M, Blaivas M, Desai H, Evans D, et al. Guidelines for the Appropriate Use of Bedside General and Cardiac Ultrasonography in the Evaluation of Critically Ill Patients-Part I: General Ultrasonography. *Crit Care Med.* nov 2015;43(11):2479- 502.
35. Levitov A, Frankel HL, Blaivas M, Kirkpatrick AW, Su E, Evans D, et al. Guidelines for the Appropriate Use of Bedside General and Cardiac Ultrasonography in the Evaluation of Critically Ill Patients-Part II: Cardiac Ultrasonography. *Crit Care Med.* juin 2016;44(6):1206- 27.
36. European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu, European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol.* août 2018;69(2):406- 60.
37. Zieleskiewicz L, Muller L, Lakhal K, Meresse Z, Arbelot C, Bertrand P-M, et al. Point-of-care ultrasound in intensive care units: assessment of 1073 procedures in a multicentric, prospective, observational study. *Intensive Care Med.* sept 2015;41(9):1638- 47.
38. Bossone E, DiGiovine B, Watts S, Marcovitz PA, Carey L, Watts C, et al. Range and prevalence of cardiac abnormalities in patients hospitalized in a medical ICU. *Chest.* oct 2002;122(4):1370- 6.
39. Schrier RW, Arroyo V, Bernardi M, Epstein M, Henriksen JH, Rodés J. Peripheral arterial vasodilation hypothesis: a proposal for the initiation of renal sodium and water retention in cirrhosis. *Hepatol Baltim Md.* oct 1988;8(5):1151- 7.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Figure 2: Outcomes within the 3 groups

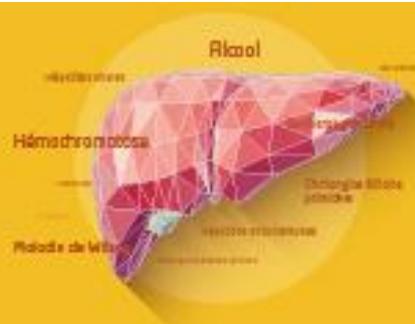




COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Table 1. Population characteristics (n=53)

Age (years)	62 [56; 71]
Sex (male)	43 (81.1%)
Weight (kg)	79 [65; 88]
Encephalopathy	3 (5.7%)
Ascites	52 (98.1%)
Lower limb edema	32 (60.4%)
<u>Preexisting conditions</u>	
Chronic arterial hypertension	19 (36%)
Chronic heart disease	5 (9%)
Ischemic heart disease	6 (11%)
COPD	7 (13%)
Chronic kidney disease	2 (4%)
Diabetes	16 (30%)
Obesity	9 (17%)
HCC	9 (17%)
<u>Home medication</u>	
Diuretics	33 (62.3%)
ACE inhibitors	8 (15.1%)
Sartans	6 (11.3%)
Calcium channel blockers	5 (9.3%)
Cardioselective beta blockers	11 (20.8%)
Non-cardioselective beta blockers	11 (20.8%)
<u>Etiology</u>	



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Alcohol	44 (83%)
Viral hepatitis B	3 (5.7%)
Viral hepatitis C	10 (18.9%)
Non-alcoholic steatohepatitis	8 (15.1%)
Primary Biliary Cholangitis	1 (1.9%)
Auto immune	1 (1.9%)
Unknown	1 (1.9%)
<hr/>	
Precipitating event	
Non-compliance	5 (9.4%)
Dietary errors	0
Sepsis	4 (7.5%)
Portal thrombosis	6 (11.3%)
Alcohol intake	4 (7.5%)
Hepatocellular carcinoma	8 (15.1%)
Surgery	3 (5.7%)
Unknown	19 (35.8%)
<hr/>	
Child-Pugh Score	9 [8; 11]
A	1 (1.9%)
B	29 (54.7%)
C	23 (43.4%)
MELD score	15.2 [11.8; 19.6]

For categorical variables, results are given as number of patients and percentage and as median and interquartile range (25th;75th percentiles) for continuous variables.

COPD= Chronic Obstructive Pulmonary Disease, HCC= Hepatocellular Carcinoma,

ACE= Angiotensin Converting Enzyme, MELD= Model for End-Stage Liver Disease.

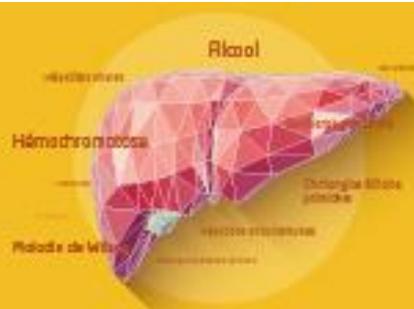


COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Table 4. Hemodynamic profiles.]

	Hypovolemic	Intermediate	Hyperkinetic
	N=13	N=17	N=23
Clinical features			
Systolic Arterial Pressure (mmHg)	123 [111; 138]	125 [110; 128]	126 [106; 132]
Mean Arterial Pressure (mmHg)	97 [79; 102]	85 [77; 95]	85 [79; 94]
Diastolic Arterial Pressure (mmHg)	82 [68; 85]	70 [60; 77]	68 [59; 79]
Heart rate (beats per min)	95 [92; 98]	83 [78; 95]	84 [75; 92]
Echocardiographic parameters			
Subaortic VTI (cm)	14 [12; 15]	18 [17.0; 18.8]	23.5 [21.6; 28.2]
E wave velocity (m.s ⁻¹)	0.46 [0.41; 0.57]	0.77 [0.68; 1.01]	0.85 [0.68; 0.94]
Biological features			
Plasma Creatininin (µmo.L ⁻¹)	91 [69; 113]	77 [62; 99]	74 [67; 94]
Plasma Urea (mmol.L ⁻¹)	6.1 [3.7; 9.1]	5.3 [4.7; 6.7]	5.8 [3.2; 8.2]
Plasma Sodium (mmol.L ⁻¹)	135 [129; 136]	138 [135; 140]	135 [133; 138]
Therapeutic management			
Albumin infusion	12 (92.3%)	14 (82.4%)	20 (87%)
Vasopressors	0	0	1 (4.3%)
Furosemid	9 (69.2%)	14 (82.4%)	20 (87%)
Spirolacton	9 (69.2%)	13 (76.5%)	19 (82.6%)
Scores			
MELD score	15.9 [12.0; 18.6]	15.3 [12.2; 19.1]	14.3 [11.2; 20.7]
Child-Pugh score	10 [8; 11]	9 [8; 11]	9 [8; 11]
Outcomes			
ICU admission	2 (15.4%)	4 (23.5%)	3 (13%)
Day 28 mortality	4 (30.8%)	3 (17.6%)	1 (4.3%)
Discharge at day 28	3 (23.1%)	6 (35.3%)	11 (47.8%)

Results are given as median and interquartile range (25th-75th percentiles) for continuous variables and as number of patients and percentage for categorical variables. VTI = velocity time-integral, MELD= Model For End-Stage Liver Disease, ICU=Intensive Care Unit.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PJ_03

Depistage de la fibrose hépatique sévère par FibroScan dans une population ayant un trouble psychiatrique sévère

M. Chalange*, P. Carrier, M. Girard, A. Prémaud, M. Belle-Mbou, M. Debette-Gratien, M. Delacour, B. Calvet, J. Boursier, P. Nubukpo, V. Loustaud-Ratti (Angers, Limoges)

Introduction : Les patients porteurs de maladies psychiatriques sévères (schizophrénie, bipolarité, dépression, syndrome anxieux) ont souvent également un syndrome métabolique, dont la stéato-hépatite non alcoolique, probablement mal diagnostiquée. L'exposition à long terme à des substances comme l'alcool ou à un ou plusieurs traitements psychotropes sont métabolisés par le foie. Avec l'évaluation de l'élasticité hépatique par le FibroScan®, et de la stéatose au CAP, nous avons voulu étudier la prévalence de la fibrose et de la stéatose sévères dans cette population.

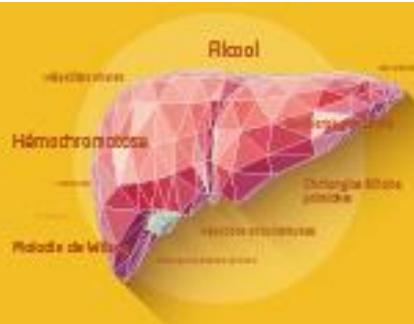
Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Etude prospective de 362 sujets hospitalisés en psychiatrie pour schizophrénie, trouble bipolaire, dépression ou trouble anxio-dépressif et recevant un traitement psychotrope depuis au moins 2 ans, pour lesquels ont été réalisés un FibroScan®, un bilan sanguin et un relevé des données cliniques ont été réalisés, après information et consentement éclairé.

Résultats : La prévalence de la fibrose avancée (supérieure à 9,1KPa) est de 3,9. L'hypertension artérielle ($p < 0,01$), le syndrome métabolique ($p < 0,001$), la bipolarité ($p = 0,016$), les anxiolytiques ($p = 0,042$) étaient significativement associés à la fibrose avancée. 34,5% des patients avaient une stéatose significative (supérieure à 275dB/m), nous avons trouvé une association significative avec le syndrome métabolique ($p < 0,001$) et ses composantes ou pathologies associées, ainsi avec une dépendance passée à l'alcool ($p = 0,015$) ou une consommation récente ($p = 0,016$).

Conclusion : Les patients ayant une maladie psychiatrique sont plus souvent exposés à la stéatose et à la fibrose hépatiques. Ils nécessitent un dépistage spécifique, et une prise en charge dans le but de prévenir les risques associés.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.

Remerciements : Les équipes de recherche clinique du CHS Esquirol de Limoges, les équipes médicales et paramédicales du CHS Esquirol, les patients.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PJ_04

Dried blood spot : nouvel outil pour le diagnostic de l'infection par le VHD

R. Matar*, S. Chevaliez, A. Soulier, V. Ortonne, O. Garrigou, P. Cappy, V. Leroy, J. Pawlotsky (Créteil)

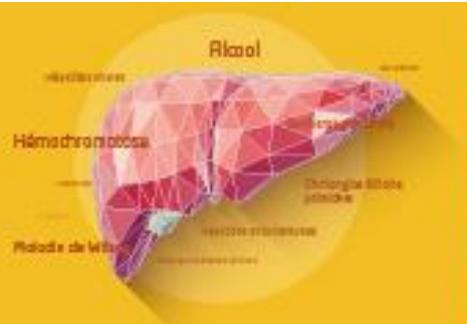
Introduction : L'infection par le virus de l'hépatite delta (VHD) est un véritable problème de santé publique. La coinfection B-D est la forme la plus grave d'hépatite virale chronique en raison de l'évolution rapide de l'atteinte hépatique vers la cirrhose et la survenue plus fréquente d'un carcinome hépatocellulaire. Le papier buvard (DBS) est un support attractif pour collecter du sang à partir d'une ponction digitale. Ce support permet la réalisation d'analyses biologiques variées telles que la détection d'anticorps ou d'acides nucléiques.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Bien qu'il n'existe à ce jour aucune trousse validée à partir de sang total séché sur papier filtre, le but de cette étude était d'évaluer les performances analytiques de différentes trouses et plates-formes pour la détection des anticorps delta et de l'ARN VHD, et ce à partir d'échantillons de sang total reconstitués à partir de culots globulaires collectés chez des sujets suivis en hépatologie ou de donneurs de sang. Au total, 97 patients ont été inclus.

Résultats : La détection des anticorps VHD à partir de sang total déposé sur DBS était satisfaisante après redéfinition du seuil d'interprétation (signal/cutoff). L'ARN VHD a été détecté chez la plupart des patients ayant une infection active. Cependant les niveaux d'ARN VHD à partir de sang total étaient plus faibles que ceux mesurés dans le plasma, en moyenne de 1,2 Log. Le génotype viral déterminé par séquençage d'une portion de la région R0 était 100% concordant avec celui déterminé sur plasma

Conclusion : La détection de marqueurs virologiques du VHD à partir de sang total déposé sur papier buvard est possible. Le DBS pourrait s'avérer un outil intéressant pour renforcer le dépistage et la prise en charge de l'infection delta dans le monde

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PJ_05

Incidence et facteurs de risque de dysfonction primaire du greffon rénal en transplantation combinée hépatique et rénale

M. Cariou*, A. Sitbon, J. Constantin, J. Tourret, S. Drouin, F. Conti, B. Barrou, E. Savier, O. Scatton, D. Eyraud, A. Monsel* (Paris)

Introduction : La transplantation combinée hépatique et rénale (TCHR) est une procédure peu fréquente (4.3% des transplantations hépatiques sur 10 ans dans notre centre) et nous disposons de peu de données le pronostic spécifique du greffon rénal en post-opératoire de cette procédure. D'après notre expérience elle semble grevée d'un taux de dysfonction primaire du greffon rénal (DPGR) important.

Notre étude a pour objectif de préciser l'incidence de la dysfonction primaire du greffon rénal, mettre en évidence ses facteurs de risque et évaluer la survie du greffon rénal à un an

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Etude rétrospective monocentrique portant sur tous les adultes ayant bénéficié d'une TCHR de janvier 2010 à décembre 2019. La DPGR, critère primaire, a été définie comme la nécessité de recourir à la dialyse dans les 7 premiers jours post-transplantation.

Les données du patient et du donneur ont été recueillies jusqu'à 7 jours post-TCHR.

Les critères de jugements secondaires étaient l'analyse de l'incidence de la DPGR et le pronostic associé.

Les données ont été rapportées en médiane (écarts interquartiles) ou nombre (%). Le seuil de significativité était fixé à $p < 0,05$.

Résultats : 42 patients ont été inclus (54.8% pour cirrhose et 38.2% pour polykystose hépato-rénale), 18 patients (42%) ont présenté une DPGR. Il n'existait pas de différence en termes de comorbidités et le MELD médian à l'inscription était de 20 [18-23].

L'analyse univariée retrouvait comme facteur de risque de DPGR la créatininémie du donneur avant prélèvement (OR = 1,05 [IC95% 1,02-1,11]; $p=0.019$), la position du greffon rénal à gauche chez le receveur (OR = 7,00 [IC95% 1.39-53.21]; $p=0.029$), le nadir d'hémoglobine per-opératoire (OR = 2.15 [IC95% 1.12-4.76], $p=0.034$) et le pic de lactatémie per-opératoire (OR = 5.25 [IC 95% 2.13-19.90], $p=0.003$).

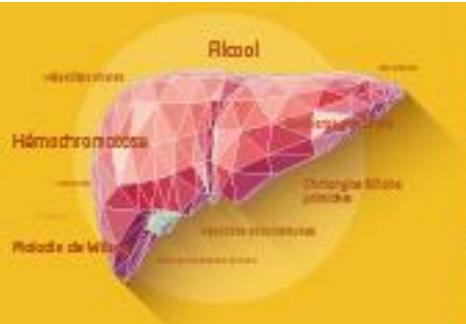
Le taux de complications (sepsis et reprise chirurgicale) était supérieur dans le groupe DPG ($p = 0.007$).

La durée de séjour en réanimation était supérieure dans le groupe DPGR (14 contre 7 jours, $p = 0.048$)

Une tendance était observée concernant l'association de la DPGR à la perte du greffon rénal à 3, 6 et 12 mois. Il n'existait pas de différence de mortalité entre les deux groupes à un an.

Conclusion : En post TCHR, l'incidence de DPGR est élevée. Les principaux facteurs de risque identifiés étaient la créatininémie du donneur, la position du greffon rénal chez le receveur, l'hémoglobine et la lactatémie per-opératoire. Elle entraîne une augmentation de la durée de séjour en réanimation, de l'incidence des complications post-opératoires et altère la survie du greffon rénal à un an.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PJ_06

Epidémiologie descriptive et pronostic du carcinome hépatocellulaire chez les femmes : données rétrospectives d'un centre expert entre 2013 et 2017

C. Busso*, J. Nault, N. Ganne-Carié (Bobigny)

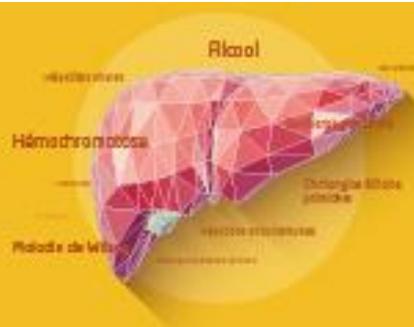
Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) concerne des femmes dans moins de 25 % des cas. Du fait de la moindre incidence chez les femmes, peu d'études analysant les caractéristiques du CHC liées au genre ont été réalisées, notamment en France.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Tous les patients atteints d'un premier CHC présentés pour décider de la prise en charge au cours d'une RCP dans un centre expert francilien entre 2013 et 2017 ont été sélectionnés. Les données clinico-biologiques, radiologiques initiales et évolutives ont été recueillies rétrospectivement dans une base dédiée. Les variables continues ont été comparées par le test de Mann-Whitney, les dichotomiques par le test de Fisher ou Chi 2. Des analyses de survie ont été réalisées par méthode de Kaplan Meier et test du log rank. Des modèles de Cox ont été construits pour les analyses uni et multivariées.

Résultats : Au total, 690 patients ont été inclus dont 129 (18.7%) de femmes, 585 avec cirrhose (86,3%) liée à l'alcool (49%) et/ou le VHC (27%), la NASH (26%) et le VHB (16%), le plus souvent compensée (Child A 63%). Le CHC était unique dans 55% des cas, la taille moyenne du nodule principal de 36 mm, les stades BCLC 0/A/B/C/D de 13, 36, 18, 25, 8%, respectivement et le score AFP médian de 1 (SD 2,72). Un traitement à visée curative était réalisé dans 50% des cas (ablation percutanée 42%, résection 3%, transplantation hépatique 5%). Par rapport aux hommes, les caractéristiques significativement différentes chez les femmes étaient l'âge au diagnostic (73 vs 65 ans), le cause de l'hépatopathie plus souvent liée au VHC (39.5 % vs 25 %) et plus rarement liée à l'alcool (27 vs 54 %) ainsi qu'au VHB (6.2 vs 16.9 %) ; les ALAT plus basses (34 vs 42 U/l) et le nombre de nodule (unique dans 63 % vs 52 % des cas). La durée moyenne de suivi était de 24 mois. La survie globale médiane était significativement plus faible chez les hommes par rapport aux femmes ($p=0.04$, test du log rank). Cependant, en analyse multivariée, le genre n'était pas un facteur pronostique indépendant et seuls étaient sélectionnés les plaquettes (1.002 (1.0008 -1.003), $p=0.009$) et les scores de Child-Pugh B-C (2.19 (1.71-2.81, p A (B : 2.30 (1.52-3.47), $p<0.001$; C : 4.96 (3.28-7.49), $p<0.001$; 3.33 (2.02-5.51), $p<0.001$).

Conclusion : Dans l'expérience de notre centre expert, en dépit d'un âge plus élevé au diagnostic, les femmes atteintes de CHC ont une meilleure survie globale en analyse univariée. Cependant, le pronostic est lié à la tumeur, la fonction hépatique et l'hypertension portale, sans influence pronostique indépendante du genre.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PJ_07

Altérations des lymphocytes T circulants dans la décompensation aiguë de cirrhose

Y. Chouik*, F. Venet, M. Gossez, M. Plissonnier, W. Khamri, D. Erard, F. Villeret, M. Subic, T. Antonini, F. Zoulim, M. Levrero, F. Lebossé (Londres, Lyon)

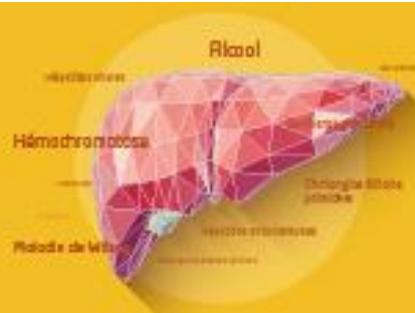
Introduction : L'infection bactérienne est un événement grave et fréquent dans la cirrhose, avec un taux de mortalité à un mois de 20-30% chez les patients en décompensation aiguë (DA) 1,2. Le risque septique est notamment sous-tendu par une dysfonction immunitaire associée à la cirrhose. Des données récentes suggèrent l'implication des réponses immunitaires adaptatives dans la cirrhose 3,4. Notre objectif était de réaliser une description globale des lymphocytes T (LT) circulants chez des patients en DA de cirrhose, en comparaison à des patients avec cirrhose compensée et des sujets sains.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : 37 patients issus d'une étude prospective monocentrique (cohorte EmiC, n = 97) ont été sélectionnés. Les échantillons biologiques ont été collectés à l'admission à l'hôpital pour les patients en DA et lors d'une visite de contrôle pour les patients avec cirrhose compensée (C). L'évolution clinique (survenue d'infection/décès) a été recueillie jusqu'à 6 mois après l'inclusion. Des PBMC de sujets sains ont été obtenues auprès de l'EFS. Le phénotypage des LT circulants a été réalisé par cytométrie spectrale (panel 26 couleurs). Une analyse non supervisée a été réalisée (logiciels Qlucore™ et Cytobank™).

Résultats : L'analyse a été réalisée chez 7 sujets sains (HS), 10 patients C et 27 patients DA (dont 9 patients ACLF). Douze patients du groupe DA avaient une infection bactérienne à l'admission, et 26.0% développaient une infection secondaire durant l'hospitalisation. La mortalité du groupe DA était de 37,5% à 6 mois. L'analyse en composante principale des caractéristiques phénotypiques des LT circulants a montré une séparation claire entre les 3 groupes HS, C et DA, suggérant l'altération des LT dans la cirrhose. Les patients en ACLF (triangles) ne se différenciaient pas des autres patients DA (Figure 1). Le phénotypage des LT a également révélé une inversion du rapport entre réponses T de type 1 et 2 (rapports Th1/Th2 et Tc1/Tc2), ainsi que du rapport Th1/Treg lors de la progression de la cirrhose (Figure 2). Les LT CD4+ et CD8+ des patients DA présentaient une surexpression à la fois des marqueurs d'activation (HLA-DR) et d'apoptose (CD95). Les cellules Th17 circulantes étaient significativement diminuées chez les patients DA avec infection bactérienne (n=12) et étaient négativement corrélées au taux de CRP. L'augmentation du rapport Th1/Th2 était associée à la survenue d'une infection nosocomiale, tandis que la proportion de Th17 circulantes pouvait prédire de manière significative la survie à 6 mois chez les patients DA (Figure 3).

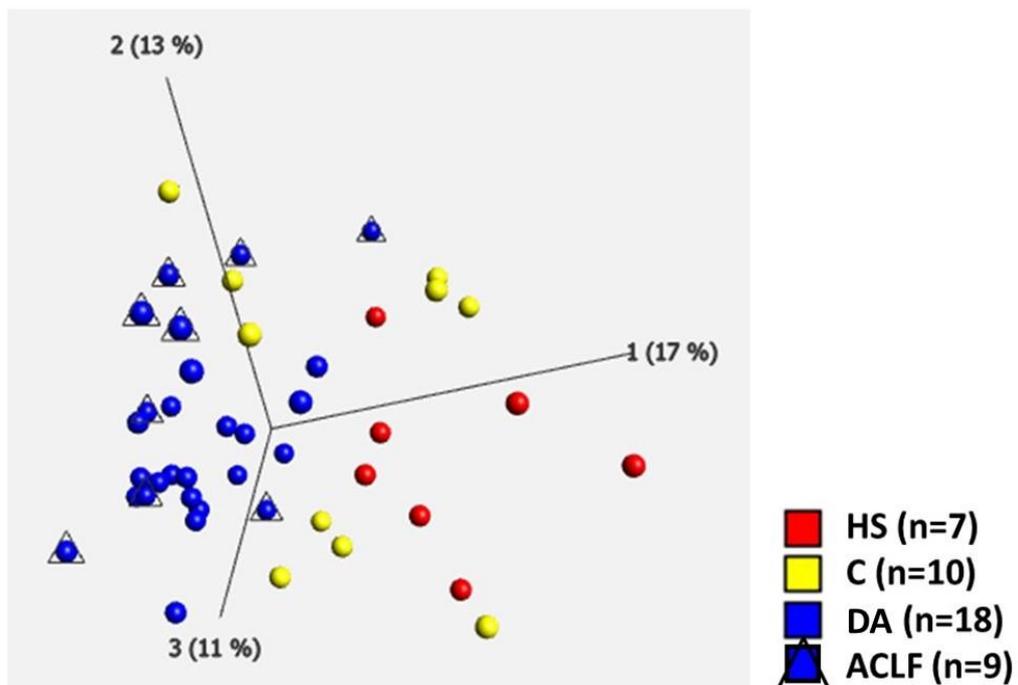
Conclusion : Notre étude confirme la présence d'altérations phénotypiques des LT circulants dans la cirrhose et a fortiori dans la DA de cirrhose. Certaines altérations sont associées à la gravité de la cirrhose et à l'évolution clinique (infection, décès), notamment les cellules Th17. Ces résultats soulignent le rôle des LT dans le dysfonctionnement immunitaire associé à la cirrhose.

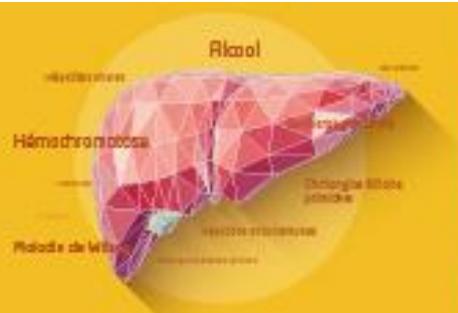
L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

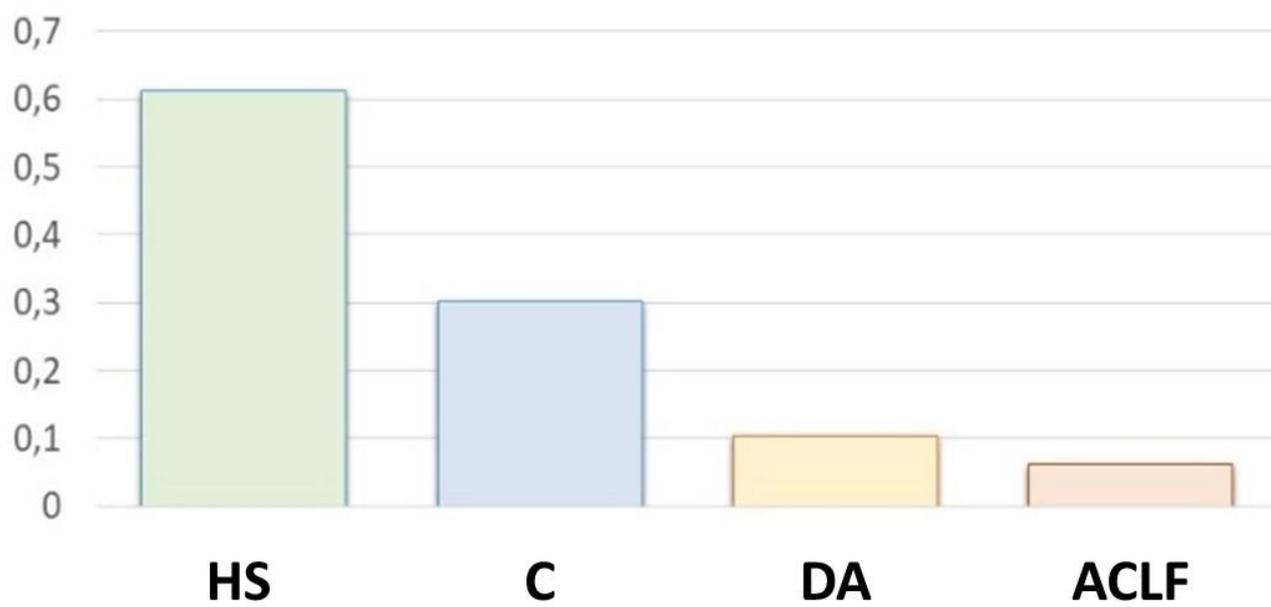
Références : (1) Arvaniti, V. et al. Infections in patients with cirrhosis increase mortality four-fold and should be used in determining prognosis. *Gastroenterology* 139, 1246–1256, 1256.e1–5 (2010); (2) Fasolato, S. et al. Renal failure and bacterial infections in patients with cirrhosis: epidemiology and clinical features. *Hepatology* 45, 223–229 (2007); (3) Khamri, W. et al. Suppressor CD4+ T cells expressing HLA-G are expanded in the peripheral blood from patients with acute decompensation of cirrhosis. *Gut* gutjnl-2021-324071 (2021); (4) Lebossé, F. et al. CD8+T cells from patients with cirrhosis display a phenotype that may contribute to cirrhosis-associated immune dysfunction. *EBioMedicine* 49, 258–268 (2019).

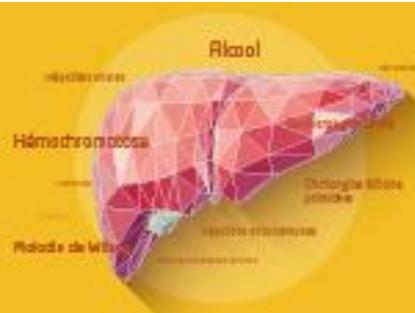




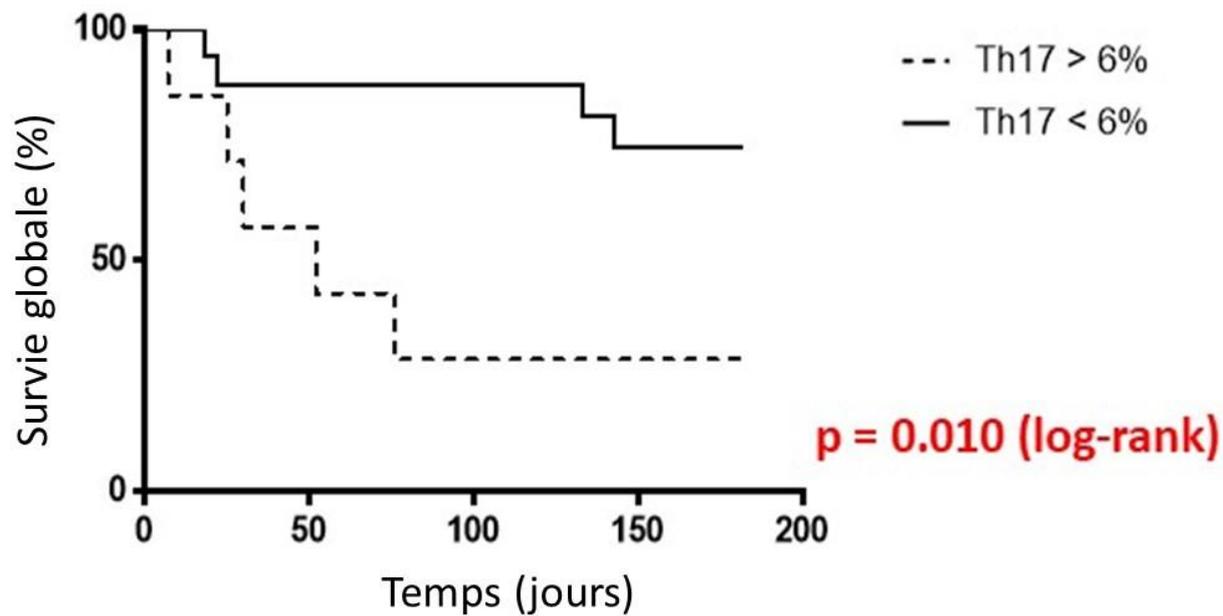
COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

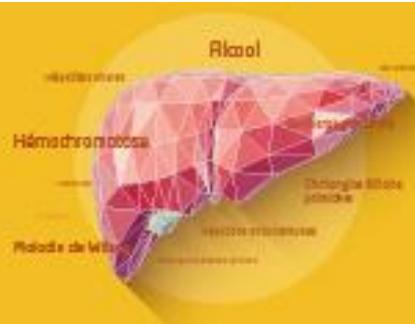
Ratio Th1/Th2





COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022





COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PJ_08

Performance du score RFH-NPT dans le dépistage de la dénutrition chez le cirrhotique

I. Briki*, S. Ayadi, C. Bouksir, Y. Zaimi, A. Mensi, E. Bel Hadj Mabrouk, Y. Said, L. Mouelhi, R. Debbeche (Ben Arous, Tunis)

Introduction : La dénutrition est une complication fréquente. Plusieurs méthodes, ont été utilisées pour son diagnostic (circonférence musculaire brachiale, impédancemétrie, scanner ...). Parallèlement, des scores cliniques ont été proposés afin de stratifier les patients en fonction de leur risque de dénutrition, et de sélectionner les patients candidats à des explorations plus avancées.

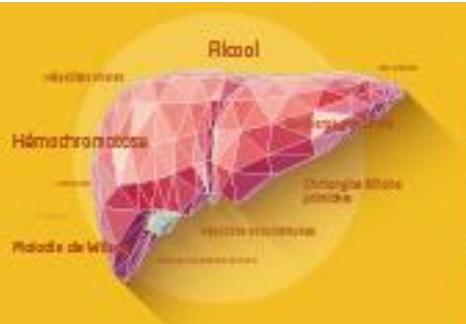
L'objectif de cette étude était d'évaluer la performance du nouveau score du Royal Free Hospital-Nutritional Prioritizing Tool (RFH-NPT) dans le dépistage de la dénutrition chez les cirrhotiques.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective colligeant 42 malades cirrhotiques hospitalisés sur une période de 4 mois. Les patients ont été interrogés par le score RFH-NPT puis ils ont été répartis en 3 groupes : Groupe (1) à faible risque de dénutrition (score =0), Groupe (2) à risque modéré (score = 1) et groupe (3) les patients à haut risque (score ≥ 2). On a mesuré ainsi l'indice de masse corporelle (IMC) et la circonférence musculaire brachiale (CMB). La dénutrition a été définie, selon les tableaux du National Health and Examination Survey (NHANS) par une CMB inférieure au 10^{ème} percentile.

Résultats : Au total, nous avons inclus 42 patients suivis pour cirrhose. L'âge moyen était de 60 ans (29-82 ans) avec un genre-ratio de 0.7. L'infection virale HVC était l'étiologie prédominante (27,9 %). La cirrhose était classée Child A dans 15,4% des cas, Child B dans 59% des cas et Child C dans 25,6% des cas. Le risque de dénutrition selon le score de RFH-NPT a été estimé faible chez 14.3% (n=6) ; modéré chez % 26.2 (n=11) et haut chez 59.5% (n=25) des patients. La valeur de CMB moyenne était de 188,92 centimètres (126,6-287,2). La prévalence de la dénutrition était de 59%. Les patients dénutris avaient tous une cirrhose classée Child B ou C et aucun patient n'avait une cirrhose compensée (Child A). Le pourcentage de patients dénutris dans les groupes à risque faible, modéré et élevé était respectivement de 33.3%, 63.6% et 72%. L'aire sous la courbe de ROC du score RFH-NPT en fonction de la présence ou non d'une dénutrition était de 0,62. Un cut-off de 1,5 avait une sensibilité de 66%, une spécificité de 56%, une valeur prédictive positive de 66.7% et une valeur prédictive négative de 53.3%

Conclusion : Le score de RFH-NPT est un score simple et rapide permettant d'identifier les cirrhotiques à haut risque de dénutrition. Cependant, dans notre travail, ce score manque de spécificité pour les groupes à risque faible ou modéré de dénutrition.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PJ_09

Impact du TIPS sur le pronostic des patients en attente de transplantation hépatique pour carcinome hépatocellulaire : résultats d'une étude monocentrique cas-témoins

C. Fleurent*, L. D'Alteroche, H. Barraud, P. Bucur, N. Tabchouri, C. Nicolas, A. Jaillais, J. Ayoub, C. Silvain, E. Felli, X. Causse, M. Debette Gratien, C. Perignon, E. Salame, L. Elkrief (Caen, Limoges, Orléans, Poitiers, Tours)

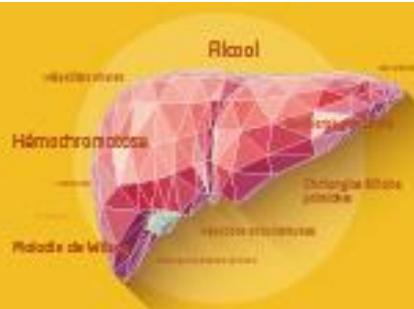
Introduction : Le shunt intra-hépatique porto systémique trans-jugulaire (TIPS) est largement utilisé chez les malades atteints de cirrhose pour traiter les complications de l'hypertension portale. La transplantation hépatique (TH) peut être indiquée en cas de survenue d'un carcinome hépatocellulaire (CHC), et la présence d'un TIPS peut modifier la prise en charge du CHC, en particulier le choix des traitements d'attente du CHC. Le but de notre étude était d'évaluer l'influence d'un TIPS sur la prise en charge et le pronostic des malades en attente de TH pour un CHC.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique cas témoins. Les patients inscrits sur liste d'attente de TH dans notre centre pour CHC entre 01/2011 et 12/2018 et porteurs d'un TIPS ont été inclus. Chaque cas a été apparié à 2 témoins, sans TIPS, sur les caractéristiques du CHC, la sévérité de la cirrhose et le groupe sanguin. Le critère de jugement principal était la sortie pour progression ou la récurrence du CHC dans l'année après la greffe. Les critères d'évaluation secondaires étaient les traitements d'attente du CHC, la sortie de liste, l'analyse histologique de l'explant.

Résultats : Parmi 519 malades inscrits sur liste de TH pour CHC, 41 étaient porteurs d'un TIPS. Ces malades ont été comparés à 82 malades inscrits pour CHC sans TIPS. L'âge médian à l'inscription était de 61 ans, dont 90% d'hommes. Le score de MELD médian à l'inscription était à 14, le nombre médian de nodules de CHC était respectivement de 2 (1-2) et 2 (1-3) dans les groupes avec et sans TIPS, $p=0.73$. Les 2 principales indications du TIPS étaient l'ascite réfractaire (46% des cas) et l'hémorragie digestive (41% des cas). Le délai médian entre la mise en place du TIPS et l'inscription sur liste était de 20 mois. La proportion de malades sortis de liste pour progression du CHC ou ayant une récurrence du CHC dans l'année suivant la TH n'était pas différente entre les malades avec et sans TIPS (20% contre 18%). La proportion de patients qui recevaient au moins un traitement du CHC en attente de la TH n'était pas différente entre les malades avec et sans TIPS (68 % vs 70 %, $p=0.46$). Le traitement le plus fréquemment réalisé était une chimioembolisation : 48% dans le groupe TIPS et 77 % dans le groupe sans TIPS. En particulier, la proportion de malades recevant une chimioembolisation non sélective était plus importante chez les patients du groupe sans TIPS (71% vs 35%, $p=0.0003$). La survie à 4 ans n'était pas différente entre les groupes avec et sans TIPS (68% vs 52%, $p=0.5$).

Conclusion : Dans cette étude monocentrique rétrospective, malgré une prise en charge différente des malades avant la TH, la présence d'un TIPS n'influaient pas sur la survie des malades en attente de TH pour CHC.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: PJ_10

Prévalence et caractérisation des anomalies hépatiques au cours de l'amylose AL avec atteinte cardiaque

M. Charles*, A. Zaroui, S. Mule, E. Itti, F. Françoise, T. Damy, V. Leroy (Créteil)

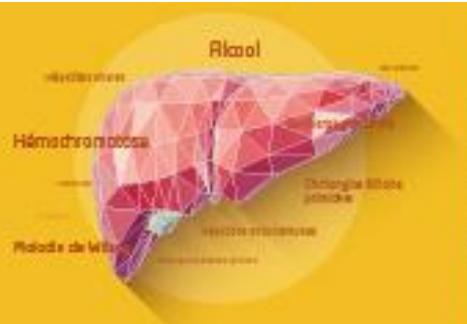
Introduction : L'amylose AL est une maladie systémique rare et de pronostic sévère caractérisée par l'accumulation tissulaire de chaînes d'immunoglobulines insolubles produites par une population clonale B le plus souvent liée à un myélome. L'atteinte hépatique semble fréquente et pourrait contribuer au pronostic sombre de la maladie, mais très peu de données sont disponibles concernant sa physiopathologie, son expression clinico-biologique et ses conséquences réelles. L'objectif de cette étude était de caractériser les anomalies hépatiques dans une large série de malades suivis dans un centre de référence.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Deux cent malades atteints d'amylose AL avec atteinte cardiaque consécutivement vus entre 2008 et 2021 ont été inclus et suivis prospectivement. Il s'agissait d'hommes dans 61% des cas, avec un âge médian de 66 ans. La répartition des stades NYHA était la suivante: I: 17%, II: 44%, III: 29%, IV:10%). Un myélome était présent dans 82% des cas. Le degré d'insuffisance cardiaque était évalué par échographie cardiaque multiparamétrique. Le phénotypage hépatique incluait systématiquement un bilan biologique standardisé, une IRM hépatique et une scintigraphie 99Tc HMDP. La biopsie était optionnelle.

Résultats : Des anomalies biologiques hépatiques définies par une élévation des enzymes $> 1,5 N$ étaient observées dans 49% des cas. Il s'agissait essentiellement d'une cholestase, avec une élévation le plus souvent inférieure à 2N des GGT et des PAL. Ces anomalies biologiques étaient associées de manière significatives à des anomalies morphologiques du foie incluant une hépatomégalie dans 40% des cas, une dilatation sinusoidale dans 56% des cas, une dilatation des veines sus-hépatiques dans 38% des cas, ainsi qu'à une fixation scintigraphique hépatique plus intense (ratio foie médiastin = 0,7 vs 0,6, $p < 0,001$). La coexistence de lésions de foie cardiaque et de dépôts d'amylose était confirmée chez 9 des 11 malades ayant eu une biopsie hépatique. La présence d'une cholestase était également significativement associée aux marqueurs échographiques de dysfonction cardiaque droite (TAPSE=14vs16, $p < 0,02$). De manière intéressante, la concentration de bilirubine conjuguée était le marqueur hépatique le plus fortement associé aux marqueurs échographiques de dysfonction cardiaque droite, de dysfonction diastolique (volume de l'OG, rapports E/A et E/E') ainsi qu'à la présence d'une distension sinusoidale hépatique. La bilirubine était également associée de manière indépendante à la survie (survie cumulée à 3 ans de 28% vs 65% au seuil de 5 $\mu\text{mol/L}$).

Conclusion : L'atteinte hépatique est fréquente dans l'amylose AL et est souvent liée à la coexistence de dépôts amyloïdes et d'un foie cardiaque. La concentration de bilirubine conjuguée paraît être un marqueur plus spécifique de foie cardiaque et son augmentation au delà de 5 $\mu\text{mol/L}$ est associée à une surmortalité. Ces résultats mériteront d'être explorés dans l'insuffisance cardiaque non liée à l'amylose.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_01

Confirmation du test de fibrose FIB-4 par un test ELF dans le dépistage de la fibrose hépatique en médecine générale : quels seuils de FIB-4 choisir?

D. Ouzan*, G. Penaranda, J. Corneille, F. Bournot (Marseille, Mougins, Paris, Slv)

Introduction : Nous avons montré dans une étude précédente (1) que le FIB-4, un score simple combinant l'âge, la mesure des ALT/AST et des plaquettes permettait de détecter une fibrose hépatique en médecine générale et de repérer une cause de maladie du foie. Mais le seuil optimal du FIB-4 qui permet ce dépistage reste à préciser. Les seuils de FIB-4 habituellement retenus sont : risque faible 1.3 pour les sujets de moins de 65 ans et > 2 pour les plus de 65 ans (2).

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : L'objectif de notre travail fut d'explorer différents seuils de FIB-4 et le seuil de 2 pour tous les sujets, beaucoup plus simple et indépendant de l'âge, en réalisant un test ELF, après épistage de la fibrose hépatique par le FIB-4.

Le score FIB-4 a été réalisé depuis mars 2022 chez tous les patients vus en consultation par 17 médecins généralistes des Alpes-Maritimes, en dehors de l'urgence. Le FIB-4 > 1.3 était défini comme positif et un test ELF était systématiquement réalisé. Le test FIB-4 était confirmé quand le test ELF de deuxième ligne était ≥ 9.8 , témoin d'une fibrose avancée.

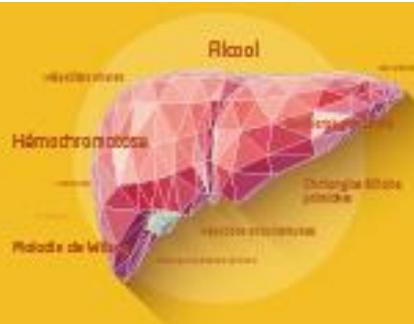
Résultats : Les résultats sont rapportés dans le tableau ci-joint. Parmi les 2335 consultants en médecine générale, 471 avaient un score de FIB-4 positif (> 1.3), confirmé par le test ELF dans 66 % des cas. Pour un seuil de FIB-4 en fonction de l'âge tel que défini plus haut ($> 1.3/2$) (qui concernait 2/3 des sujets FIB-4 positifs), 58 % des tests FIB-4 ont été confirmés par le test ELF. Pour le seuil de FIB-4 de 2, quel que soit l'âge (qui concernait 1/3 des sujets FIB-4 positifs), 82 % des sujets FIB-4 ≥ 2 ont été confirmés par le test ELF contre 58 % de ceux qui avaient un score de FIB-4 < 2 (Risque Relatif (IC95) : 1.38 (1.23, 1.56) $p < 0.001$). 84 % des sujets qui avaient un FIB-4 ≥ 2.67 ont été confirmés par le test ELF mais ne représentaient que 11 % des sujets FIB-4 positifs.

Conclusion : Le test ELF réalisé en deuxième ligne a plus souvent confirmé, de façon significative, l'existence d'une fibrose avérée chez les sujets ayant un FIB-4 ≥ 2 . Le seuil de 2 réduit de 2/3 le nombre de sujets reconnus comme positifs par le FIB-4 au seuil de 1.3 et pourrait permettre un dépistage plus spécifique et plus efficace de la fibrose hépatique en médecine générale.

Conflit d'intérêt :
laboratoire SIEMENS

Références : (1) Ouzan D et al. Prospective screening for significant liver fibrosis by FIB-4 in primary care patients without known liver disease. Eur J Gastroenterol Hepatol 2021;33:986-991.

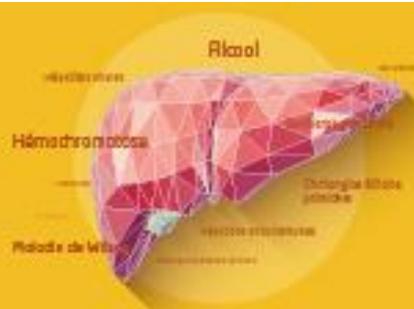
(2) McPherson S. et al. Age as a Confounding Factor for the Diagnosis of Advanced NAFLD fibrosis. Am J Gastroenterol 2017;112:740-51.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Seuils de FIB-4	Nb de FIB-4 positifs	Nb de FIB-4 > seuil / Nb de FIB-4 >1.3 (%)	ELF ≥ 9.8	% de confirmation par le test ELF sujets > seuil du FIB-4	% de confirmation par le test ELF sujets < seuil du FIB-4
FIB-4 > 1.3	471	100%	311	66%	NA
FIB-4 > 1.3/2	310	66%	181	58%	42%
FIB-4 ≥ 2	161	34%	130	81%	58%
FIB-4 ≥ 2.67	51	14%	42	82%	36%

Confirmation par le test ELF du score FIB-4 en fonction des seuils du FIB-4



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_02

Antibiothérapie séquentielle prophylactique pour infections hépatique/biliaire récidivantes

J. Dumortier*, O. Guillaud, P. Valette, O. Boillot, D. Erard (Lyon)

Introduction : Les infections hépatiques/biliaires récidivantes sont rares et peuvent survenir dans différentes situations (maladie hépatique ou biliaire, antécédents chirurgicaux (hépaticojéjunostomie)). Le traitement des épisodes septiques aigus est basé sur les antibiotiques. Néanmoins, les infections récidivantes peuvent mettre en danger la vie du patient, et le traitement de la maladie sous-jacente peut être complexe, voire impossible. L'objectif de cette étude était de rapporter notre expérience sur l'antibiothérapie séquentielle prophylactique pour les infections hépatiques/biliaires récidivantes.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Tous les patients ayant reçu une antibiothérapie séquentielle prophylactique pour infections hépatique/biliaire récidivantes dans notre institution entre 2005 et 2020 ont été inclus. L'antibiothérapie séquentielle prophylactique était basée sur des antibiotiques per os ayant une activité antibactérienne attendue sur les bactéries digestives, principalement les bacilles à Gram négatif. Le critère de jugement principal était la réduction du nombre d'épisodes septiques à 1 épisode ou moins par an, et non sévère (ne nécessitant pas d'hospitalisation).

Résultats : Nous avons inclus 33 patients adultes et la principale maladie/condition initiale conduisant à la prophylaxie était un antécédent d'hépaticojéjunostomie (78,8%). L'âge médian au moment du début de la prophylaxie était de 63 ans (19-82). La fréquence des épisodes septiques a été calculée au cours de la dernière année avant la prophylaxie et variait de 1 à 10 par an (médiane : 3). La majorité des épisodes septiques avait nécessité une hospitalisation (57,6 %). La bactérie en cause n'a été identifiée que dans quelques cas (1/3) ; il s'agissait d'Escherichia coli (E. coli) dans presque tous les cas. L'antibiothérapie séquentielle prophylactique de première intention était la ciprofloxacine hebdomadaire (500 mg 1 fois) dans tous les cas. Le suivi médian après le début de l'antibiothérapie séquentielle prophylactique était de 89 mois (intervalle : 25-206). L'antibiothérapie de première intention a été efficace chez 24 patients, et maintenue chez 19 (57,6 %). L'efficacité globale (première, 2^e et 3^e lignes) était de 28/33 (84,8 %). Les antibiotiques utilisés en 2^e et 3^e ligne étaient le cotrimoxazole, le céfixime et/ou l'association amoxicilline-acide clavulanique. Les effets secondaires de l'antibiothérapie séquentielle prophylactique comprenaient un cas de tendinopathie, qui a conduit à l'arrêt du traitement, 12 ans après son instauration. Le patient était passé de la ciprofloxacine au céfixime.

Conclusion : Les résultats de notre étude avec un long suivi suggèrent que l'antibiothérapie séquentielle prophylactique peut prévenir avec succès les infections hépatiques/biliaires récidivantes avec une bonne tolérance, en particulier chez les malades présentant des angiocholites à répétition après hépaticojéjunostomie.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_03

FIBROSCAN Hors les murs : résultats d'une enquête nationale de pratiques

A. Remy*, V. Loustaud Ratti (Limoges, Perpignan)

Introduction : faites par un médecin. Actuellement, le remboursement se fait pour le VHC et le VHB une fois par an et par patient. Il existe un protocole de délégation de tâches validé pour les infirmiers. Il n'existait pas de données sur leur utilisation réelle, la répartition géographique et l'accessibilité pour les patients, notamment les usagers de drogue et autres populations vulnérables. Au-delà de l'utilisation classique en consultation hospitalière et libérale et de l'extension à une utilisation courante à toutes les pathologies hépatiques, quelle est l'utilisation hors les murs en France ?

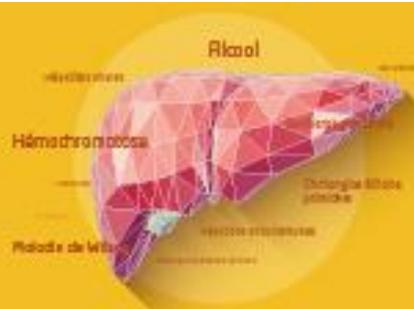
Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Notre objectif était de connaître les conditions d'utilisation du FIBROSCAN hors les murs par les différents acteurs de la lutte contre les hépatites virales sous forme d'un questionnaire FRAMAFORM diffusé par la FRPH. Les données recueillies portaient sur le nombre de FIBROSCAN, les différents modèles, les sondes XL et CAP, le mode d'acquisition en achat ou location, de financement, l'utilisation partagée, les professionnels impliqués, le nombre d'intervenants, l'existence d'un protocole de délégation de tâches, le nombre d'exams par an en 2019 et 2021 et les principales indications.

Résultats : Il y a eu 19 réponses : 6 services experts, 3 CAARUD, 5 CSAPA, et 5 associations. Le FIBROSCAN était utilisé depuis 8,5 ans en moyenne (2-17 ans) ; 1,8 appareil/centre, 12 centres disposaient d'une sonde XL, 10 une sonde CAP ; 17 centres avaient acheté, 2 loué. Le financement des appareils s'était fait dans 3 cas sur fonds propres, 3 par dotation spécifique, 8 sur crédits ARS, 6 sur le budget du service expert et 5 sur un don d'un laboratoire. L'utilisation du/des FIBROSCAN était partagée pour 8 centres avec 1 à 50 structures impliquées dans ce partage. Les FIBROSCAN étaient réalisés par des médecins (19/19 centres), par des infirmiers (10/19), des acteurs communautaires (3/19) et d'autres acteurs (3/19). L'interprétation était faite par des médecins (19/19) des infirmiers (6/19) et un acteur communautaire (1/19). La formation avait été assurée pour 15 centres par ECHOSENS, 8 par le service expert. Le nombre d'intervenants différents était de 11 en moyenne (extrêmes 1-50) ; 9 centres avaient mis en place un protocole de coopération et 11 des critères qualité ; 12 centres optaient pour des révisions annuelles et 7 uniquement en cas d'alerte appareil ; révision faite dans 17 centres par ECHOSENS. En 2019, 11077 examens avaient été réalisés, 11492 en 2021 (extrêmes de 58 à 2500), soit 326/338 examens par appareil. Les indications étaient majoritairement les hépatites B et C et l'alcool.

Conclusion : Les conditions de réalisation du FIBROSCAN hors les murs sont très disparates entre les centres. La délégation infirmière de tâches est appliquée presque partout. Des non soignants sont également impliqués. Le nombre d'exams réalisés en 2021 est similaire à celui de 2019, avant la pandémie COVID, avec un nombre d'exams par appareil très variable, posant la question des critères qualité.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.

Remerciements : Fédération des Réseaux et Pôles de Référence



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_04

Dépistage et prise en charge de l'hypertension portale dans le carcinome hépatocellulaire : une enquête de pratique française

S. Manfredi, N. Ganne-Carrié, L. Lerosey, D. Thabut, M. Allaire* (Bobigny, Dijon, Paris)

Introduction : La prise en charge du carcinome hépatocellulaire (CHC) implique celle de la maladie hépatique sous-jacente puisque certaines complications liées à la cirrhose vont impacter directement le choix des traitements du cancer et le pronostic des patients. L'existence d'un CHC en cas d'hémorragie digestive (HD) lié à l'hypertension portale (HTP) est indépendamment associée au risque de décès. La prophylaxie des accidents hémorragiques doit donc être optimale pour prévenir les complications hémorragiques chez les patients atteints de CHC, notamment à l'ère de la combinaison Atezo/beva.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Nous avons soumis des médecins hépatologues, gastroentérologues et oncologues à un questionnaire de pratique sur l'évaluation et la prise en charge de l'HTP en cas de CHC avancé. Ce questionnaire était composé de 70 questions et a été relayé par l'AFEF et la FFCD. Les questions portaient sur les stratégies de prophylaxie primaire pour les varices œsophagiennes (VO) de grande taille et également sur la prophylaxie secondaire (bêta-bloquants non cardiosélectifs (BB), programme de ligature de VO (LVO)) et la prise en charge de l'HD sous traitement systémique.

Résultats : 95 médecins ont répondu (PH 62% , PU/MCU-PH 20%, CCA/Assistant 15%, médecins libéraux 3%, hépatologues 63%, gastroentérologues 18%, oncologues 19%).

En cas de CHC avancé, environ 50% n'évaluaient pas de façon systématique l'HTP.

L'HTP était évaluée par une endoscopie et par les critères de Baveno dans 80% et 20% des cas respectivement et la progression du CHC motivait une nouvelle endoscopie pour 23% des participants.

Les ATCD d'HD < 6 mois (liée ou non à l'HTP) impactait la prescription d'un traitement systémique et ce de façon encore plus significative pour l'Atezo/Beva ($p < 0.001$).

L'Atezo/Beva était initié chez 43% des participants en cas d'HD 6 mois ($p < 0.001$).

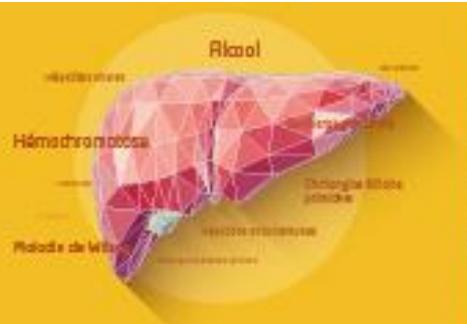
La prophylaxie primaire en cas de VO de grande taille était impactée par la présence de signe rouge à l'endoscopie. En l'absence de signe rouge, une prophylaxie par BB était préférée dans 71% des cas pour les patients sous TKI et 63% sous Atezo/Beva, alors que l'association d'une LVO et des BB était proposée chez 41% sous TKI versus 54% sous Atezo/Beva en cas de signe rouge.

2/3 des participants optaient pour l'association de BB+LVO en prophylaxie secondaire et 54% des médecins arrêtaient le Beva durant les LVO.

En cas d'HD sous atezo/Beva, 42% poursuivaient le traitement après régression des VO, 24% continuait l'Atezo sans Beva et 15% arrêtaient de façon définitive le traitement.

Conclusion : Les stratégies de dépistage et de prise en charge de l'HTP dans le cadre du CHC avancé restent très hétérogènes selon les praticiens, nécessitant des études spécifiques pour déterminer la meilleure stratégie à adopter à l'ère de l'Atezo-Beva.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt. **Remerciements :** AFEF, FFCD



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_05

Les ratios neutrophiles sur lymphocytes (NLR) et plaquettes sur lymphocytes (PLR) sont associés à l'efficacité du traitement du carcinome hépatocellulaire par Atezolizumab-Bevacizumab

C. Vitellius*, F. Oberti, C. Canivet, A. Morisset, C. Borély, I. Fouchard, A. Lannes, J. Boursier (Angers)

Introduction : L'immunothérapie par inhibiteurs de points de contrôle immunitaires (ICI) a récemment été approuvée pour le traitement du CHC non résécable. Le ratio neutrophiles/lymphocytes (NLR) semble être un facteur prédictif de survie dans le CHC. Par ailleurs, des valeurs élevées du NLR et du ratio plaquettes/lymphocytes (PLR) sont associées à une plus faible survie chez les patients traités par ICI dans d'autres localisations tumorales. Notre objectif était d'évaluer le NLR et le PLR pour la prédiction de la réponse à l'Atezolizumab-Bevacizumab dans le traitement du CHC.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients adultes avec un CHC non résécable BCLC B ou C traité par au moins 3 cures d'Atezolizumab-Bevacizumab entre janvier 2020 et avril 2022 dans un centre tertiaire français. Tous les patients inclus avaient une évaluation radiologique pré-thérapeutique et après les 3 cures de traitement. La réponse radiologique a été évaluée selon les critères m-RECIST.

Résultats : 49 patients ont été inclus dont l'âge médian était de 70.0 (63,5-74,0) ans. L'hépatopathie était d'origine alcoolique dans 67% des cas, et 48% des patients avaient une cirrhose. 71% des patients avaient un CHC BCLC C, et 29% un CHC BCLC B diffus. Le score AFP médian était à 3.0 (2.0-6.0). Un contrôle de la maladie était observé chez 55% des patients (10% réponse partielle, 45% stabilité). En analyse univariée, la progression radiologique était associée au PLR au premier cycle de traitement (C1) ($p=0.094$), au $NLR \geq 5$ à C1 ($p=0.073$), au taux d'ASAT à C1 ($p=0.128$) et au taux d'ALAT ($p=0.165$). En analyse multivariée, le $NLR \geq 5$ à C1 était un facteur prédictif indépendant de progression (OR=8.1 [0.9-76.0], $p=0,066$). La survie globale médiane était de $16,0 \pm 2,2$ mois. Les facteurs prédictifs indépendants de diminution de la survie globale en analyse multivariée étaient le PLR à C1 ≥ 200 (OR=7.5 [2.3-23.9], $p=0.001$) et le taux de GGT à C1 (OR= 1.00 [1.00-1.01], $p=0.006$). La médiane de survie globale des patients avec un PLR < 200 à C1 était de 16,0 mois contre $5,0 \pm 1,0$ mois chez les patients ayant un PLR ≥ 200 à C1 ($p<0.0001$).

Conclusion : Les ratios NLR et PLR sont associés à la progression radiologique et à la survie globale chez les patients ayant un CHC traités par l'association Atezolizumab-Bevacizumab .

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_06

Le développement précoce d'une sarcopénie est un facteur prédictif de non-réponse à la combinaison atézolizumab/bévacizumab chez des patients avec un CHC avancé

P. Sultanik*, A. Ait Oufella, E. Larrey, M. Evain, B. Campion, M. Wagner, D. Thabut, M. Allaire (Paris)

Introduction : Les facteurs pronostiques de réponse à l'immunothérapie dans le traitement du carcinome hépatocellulaire (CHC) avancé ne sont pas encore tous identifiés. La sarcopénie est un facteur de mauvais pronostic chez des patients (pts) avec un CHC avancé traité par sorafénib. Son impact au cours d'un traitement par immunothérapie n'est pas connu.

L'objectif de ce travail était d'évaluer l'impact de la sarcopénie chez des pts avec un CHC avancé recevant un traitement par atézolizumab/bévacizumab (AB). Nous présentons les données consolidées de notre communication préliminaire des JFHOD 2022.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Etude monocentrique prospective de pts recevant de l'AB pour un CHC avancé. La sarcopénie était évaluée par l'IMC, l'albumine et la surface totale des psoas (STP) mesurée en L3 et rapportée à la taille.

La STP était évaluée à J0 et à C4 (après le premier cycle de 3 cures d'AB). Nous avons déterminé la variation de la STP (deltaSTP, %). La non-réponse était définie comme composite (progression, effets secondaires ou décompensation hépatique nécessitant un arrêt). Les valeurs continues sont données en médiane[IQR1-3] et les catégorielles en nombre (%). Analyse effectuée en modèle de Cox.

Résultats : 67 pts ont bénéficié d'AB depuis août 2020: 79% d'hommes, âge 65 [57-75] ans, 55(82%) avec cirrhose (VHC 36%,VHB 24%,MASH 33%,alcool 45%,mixte >30%).

A J0: IMC 25,2 [21,7-28,1], bilirubine totale 15 [9-23]µM, INR 1,11 [1,02-1,26], Alb 36 [31-38], AFP 258 [17-5023], PIVKA 2948 [424-20658], STP 501 [403-625]. Le suivi était de 6,9 [3,3-13,1] mois.

36(54%)pts avaient une non-réponse avec un délai de 2,76 [1-6,5] mois, et 29(43%) sont décédés avec un délai de 7,3 [2,7-12,5] mois.

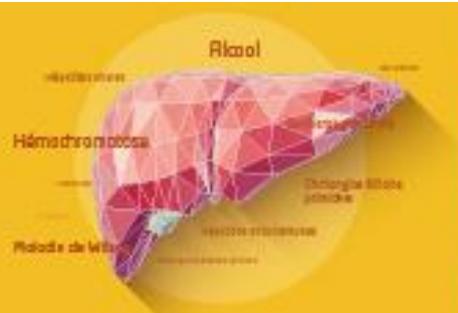
Chez les pts qui avaient ou non une non-réponse: les STPJ0 étaient 521 [425-640] et 457 [371-549], p=0,09; les deltaSTP étaient -12,1 [-24,2_ -5,6]% et 3,9 [0,0_14,2]%, p<0,0001.

Chez les pts décédés ou non: les STPJ0 étaient 521[444-639] et 457 [368-553],p =0,049; les deltaSTP étaient -12,1 [-24,3_ -5,6]% et 2,5 [-5,9_13,8]%, p=0,002.

Les facteurs associés à la non-réponse étaient: 1/en univarié: sexe masculin (p=0,05),VHB (p=0,04), Alb (p=0,06), Child-Pugh (p=0,02), STPJ0 (p=0,08), deltaSTP (p<0,0001); 2/en multivarié: VHB (p=0,03), Alb (p=0,04) et deltaSTP (p=0,0002).

Les facteurs associés au décès étaient: 1/en univarié: IMC à J0 (p= 0,01), Alb (p=0,01), Child-Pugh (p=0,02), PIVKAII (p=0,04), STPJ0 (p=0,03), deltaSTP (p=0,01); 2/en mutivarié: Child-Pugh (p=0,009) et PIVKAII (p= 0,02).

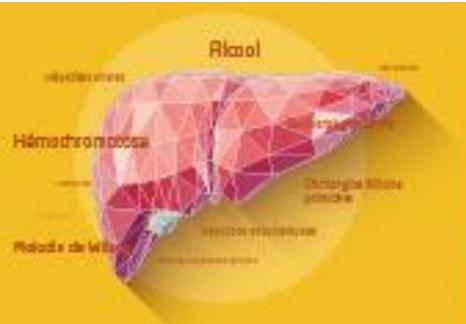
L'AUC de la STPJ0 n'était pas significative pour la non-réponse ni le décès. L'AUC du deltaSTP était de 0,84 (p<0,0001) et 0,78 (p=0,02) pour la non-réponse et le décès.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Conclusion : Dans notre cohorte de patients avec un CHC avancé, le développement précoce d'une sarcopénie au cours du 1er cycle d'immunothérapie par AB est un facteur prédictif indépendant de la non-réponse, et semble associé au décès. Une prise en charge spécifique concomittante associant un support nutritionnel et un renforcement musculaire semble ainsi nécessaire dans la prise en charge globale des patients.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_07

Etude de l'expression de PD1 et TIM3 comme facteurs prédictifs de récurrence précoce de CHC après ablation percutanée

Z. Macek Jilkova, J. Ghelfi, C. Sengel, B. Brusset, Y. Teyssier, C. Costenting, M. Ressejac, L. Dumolard, I. Bricault, P. Marche, T. Decaens* (Grenoble)

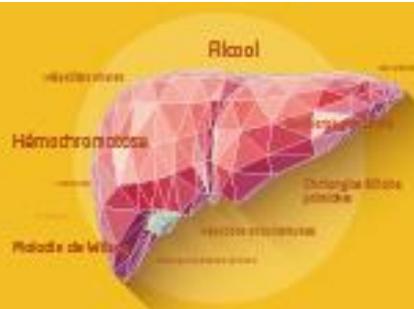
Introduction : L'ablation percutanée a une place centrale dans la prise en charge du CHC au stade précoce avec de très bons résultats initiaux. Cependant, le taux de récurrence intrahépatique à distance du site d'ablation varie de 60 à 80% à 5 ans. Des approches combinant des immunothérapies sont en cours d'évaluation pour prévenir ces récurrences. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'expression des molécules de checkpoints immunitaires au niveau hépatique et sanguin périphérique ainsi que leur association avec des récurrences précoces intrahépatiques à distance après ablation percutanée pour CHC.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Cette étude pilote monocentrique retrospective s'est déroulée entre avril 2018 et février 2021. Après ablation percutanée pour CHC, les patients étaient divisés en deux groupes, un groupe "récurrence précoce" (RP) en cas de récurrence intrahépatique à distance dans les 12 mois après l'ablation percutanée, et un groupe "absence de récurrence précoce" (ARP) en l'absence de récurrence dans les 12 mois après l'ablation percutanée. Des prélèvements frais au niveau tumoral, péri-tumoral et dans le sang circulant étaient effectués avant l'ablation percutanée et analysés par cytométrie en flux (BD-LSRII).

Résultats : 19 patients dont 15 hommes ont été inclus (âge médian = 73 ans [IQR:67-79]) dans l'étude. Dans le groupe RP, le temps médian de récurrence intrahépatique à distance était de 5.9 mois [IQR: 3.1-9.0]. La fréquence d'expression de PD1 sur les lymphocytes T CD4+ était significativement augmentée dans le groupe RP par rapport au groupe ARP dans le sang circulant (24.3%, IQR:16.9–36.5, vs 12.6%, IQR:10.6–16.1, $p=0.003$), le foie péri-tumoral (37.6%, IQR:32.2–52.3, vs 23.5%, IQR:15.4–32, $p=0.01$), mais pas dans le foie tumoral (35.5 %, IQR:30.9–41.6, vs 28.2%, IQR:20.1–48.2, $p=0.58$). La fréquence d'expression de PD1 sur les lymphocytes T CD8+ n'était pas différente entre les deux groupes dans le sang circulant, le foie péri-tumoral ni dans la tumeur. La fréquence d'expression de Tim3 au niveau des lymphocytes T CD8+ était significativement augmentée dans le sang périphérique ($p=0.04$) et dans le foie péri-tumoral ($p=0.02$), mais pas dans le foie tumoral ($p=0.55$).

Conclusion : Un statut immunosuppresseur initial dans le sang circulant et dans le foie péri-tumoral est un facteur prédictif de récurrence intrahépatique à distance précoce après ablation percutanée pour CHC.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_08

Inhiber l'activité endoribonucléase d'IRE1 α améliore l'efficacité du Sorafénib, traitement de référence du CHC

D. Vallee, M. Janona*, C. Lebeaupin, M. Blanc, J. Gilleron, V. Paradis, R. Anty, F. Teixeira-Clerc, L. Yvan-Charvet, P. Gual, B. Bailly-Maître (Boston, Nice, Paris)

Introduction : 5^{ème} cancer le plus fréquent, le CHC représente la 3^{ème} cause de mort par cancer dans le monde. Le Sorafénib, l'un des deux traitements actuels, présente un effet modeste sur la survie des patients. L'identification de nouvelles cibles thérapeutiques est donc urgente.

La réponse aux protéines mal appariées (UPR), notamment IRE1 α , joue un rôle central dans le développement de la NASH et de nombreux cancers.

Nous avons émis l'hypothèse qu'IRE1 α puisse également être cruciale dans la physiopathologie du CHC et que cibler IRE1 α puisse être efficace pour traiter le CHC.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Nous avons exploré nos voies moléculaires d'intérêt au sein d'un petit groupe de patients atteints de CHC sur NASH et de 3 lignées humaines de CHC.

En combinaison au Sorafénib, nous avons ciblé spécifiquement l'activité RNase d'IRE1 α grâce à 3 composés pharmacologiques (STF/MKC/4 μ 8C) au sein de 3 lignées de CHC (HepG2, Hep3B, HuH7) et 2 modèles pré-cliniques de CHC (xénogreffes de HepG2 au sein de souris immunodéficientes et souris C57BL6 immunocompétentes injectées au DEN).

Des analyses biochimiques, géniques et histologiques ont été réalisées.

Résultats : Les tissus tumoraux de patients CHC présentent une plus forte activité RNase d'IRE1 α comparés aux tissus non tumoraux adjacents. Nous avons confirmé que l'activité RNase d'IRE1 α et l'inflammasome sont suractivés dans les lignées de CHC en comparaison aux hépatocytes primaires humains.

L'inhibition pharmacologique et génique d'IRE1 α diminue significativement la viabilité tumorale (in vitro) corrélant à l'induction de l'apoptose et à un arrêt du cycle. Ces résultats sont validés in vivo au sein de souris nude xénogreffées avec les HepG2. Cette perte de viabilité tumorale serait induite par une réponse UPR anti-tumorale dépendante des kinases IRE1, PERK et JNK.

De plus, le MKC améliore l'efficacité du Sorafénib dans un modèle de souris-DEN immunocompétent. Nous observons une diminution significative du volume tumoral et une diminution de l'inflammation systémique, accompagnée d'une amélioration globale de l'homéostasie hépatique (diminution des transaminases). D'une façon générale, le traitement au MKC contribue à améliorer les effets secondaires du Sorafénib.

Conclusion : Inhiber l'activité RNase d'IRE1 α améliore l'efficacité du Sorafénib in vitro et in vivo potentialisant ses propriétés pro-apoptotiques et anti-tumorales. Remarquablement, l'ajout d'un inhibiteur de l'activité RNase d'IRE1 atténue les effets secondaires du Sorafénib ouvrant des perspectives encourageantes pour l'étude de cette combinaison, un jour, en clinique chez des patients atteints de CHC.

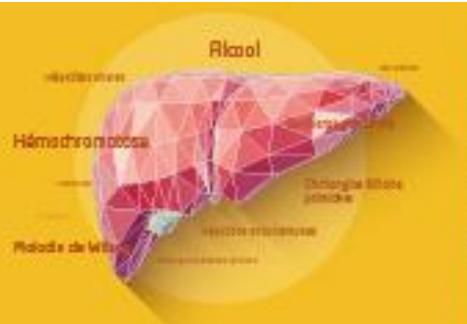
L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Remerciements : Financements : ARC, Cancéropôle PACA, Inserm Transfert, Ligue contre le Cancer.

Remerciements : Plateforme expérimentation animale de notre centre.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_09

Prévalence et facteurs associés à la survenue du carcinome hépatocellulaire chez les patients traités pour HVC par les antiviraux à action directe

K. Bakkali, H. Ismail, M. Tahiri Joutei Hassani, F. El Rhaoussi, F. Haddad, W. Hliwa, A. Bellabah, W. Badre (Casablanca)*

Introduction : Les nouveaux antiviraux directs (AVD) dirigés contre le virus de l'hépatite C (VHC) ont révolutionné la prise en charge des patients infectés depuis leur mise à disposition en 2016 au Royaume. Les AVD assurent une réponse virologique soutenue chez près de 100% des patients avec peu d'effets secondaires. Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est la complication la plus redoutée chez ces patients et représente la troisième cause de décès liés au cancer. Le but de notre travail est de déterminer la prévalence du CHC après éradication du VHC par les AVD ainsi que ses facteurs de risque.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur une période de 4 ans colligeant les patients suivis dans notre service pour HVC chroniques et traités par AVD. Tous les patients ont été suivis en consultation avec bilan biologique et échographie hépatique semestrielle.

Résultats : Nous avons inclus 260 patients (163 hommes et 98 femmes), l'âge moyen était de 57ans [29-79 ans]. Aucun antécédent familial de carcinome hépatocellulaire n'a été retrouvé. Une hypertension artérielle a été retrouvée dans 47,5 % des cas, un diabète de type 2 dans 45,2% des cas et une dyslipidémie dans 27,2% des cas. Le génotype 1 était prédominant et a été retrouvé dans 220 cas soit 84,3%. 102 patients (39,1%) étaient cirrhotiques et avaient au moins un antécédent de décompensation dans 34,5% des cas. Une décompensation ascitique était retrouvée dans 36,9 % des cas et une décompensation hémorragique dans 22,6 %, des cas. Après traitement par les AVD, une réponse virologique soutenue a été obtenue dans 97% des cas. Onze patients soit 4,2 % des patients ont développé un CHC après élimination du VHC avec un délai moyen d'apparition du CHC de 19 mois par rapport à la date du début du traitement. La médiane de suivi était de 24 mois. Le caractère décompensé de la cirrhose et un score Child élevé sont des facteurs associés de façon significative à l'apparition d'un CHC après éradication du VHC par les AVD en analyse multivariée (respectivement $p=0,000$, $p=0,000$).

Conclusion : Dans notre étude, une prévalence de 4,2 % de CHC après traitement du VHC conforte les recommandations de dépistage de CHC et ce même après l'éradication virale, d'autant plus chez les patients avec cirrhose décompensée et un CHILD élevé.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_11

Facteurs associés aux complications post-opératoires précoces chez les patients greffés hépatiques

M. Gautier*, M. Lê Dinh, A. Sitbon, J. Constantin, D. Eyraud, F. Conti, O. Scatton, A. Monsel (Paris)

Introduction : En post-opératoire de transplantation hépatique (TH), les complications sont médicales (infectieux), immunologiques (rejet aigu) et chirurgicales. Alors que plusieurs études recensent les complications [2, 3], peu s'intéressent aux facteurs associés. Les identifier précocement pourrait permettre d'optimiser la prise en charge des patients.

L'objectif est de mettre en évidence les facteurs associés aux complications post-opératoires précoces de TH. Le critère principal est la survenue de complication (vasculaire, hémorragique, infectieuse ou immunologique) jusqu'à J5 post opératoire inclus.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective, monocentrique, incluant tous les patients greffés hépatique à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière du 01/01 au 31/07/2017 et du 01/01/2018 au 31/01/2021. Les comparaisons ont été faites à l'aide de tests de chi-2, du test exact de Fischer ou de tests non paramétriques, selon les données et leur distribution. Une analyse multivariée utilisant un modèle de régression logistique a été réalisée. Un seuil de significativité $p < 0,05$ a été retenu.

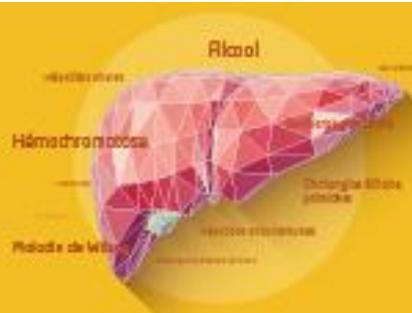
Résultats : 362 patients ont reçu une greffe hépatique. Parmi les 359 patients analysés, 137 (38,2%) ont présenté au moins une complication post opératoire précoce. Les deux populations sont comparables sur les données démographiques en analyse univariée. Les patients ayant présenté une complication ont une durée de séjour médiane à 7 jours [4, 13.75] et une mortalité de 7,3% en réanimation contre respectivement 4 jours [2, 6] ($p < 0,001$) et 2,3% ($p = 0,04$).

En analyse multivariée, 3 facteurs sont indépendamment associés à la survenue de complication : la présence d'un support vasopresseur par Noradrénaline à H12 de l'entrée en réanimation (OR=2.05 (1.12-3.79, $p = 0.021$)), le score SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) (OR=1.07 (1.00-1.15, $p = 0.047$)) et le score MELD (Model for End-Stage Liver Disease) le jour de la greffe (OR=1.03 (1.01-1.06, $p = 0.017$)). Le choix de J5 pour définir le délai de complication post opératoire précoce est cohérent avec la durée médiane de séjour en réanimation de 5 jours [2,8].

Conclusion : Les complications précoces post-TH sont fréquentes et s'accompagnent d'une augmentation de la durée séjour et de la mortalité en réanimation. La présence de Noradrénaline à H12 de l'entrée et les scores MELD et SOFA sont associés à la survenue de complications postopératoires précoces de TH.

La persistance de Noradrénaline à H12 pourrait être un signal d'alerte faisant rechercher des complications.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.

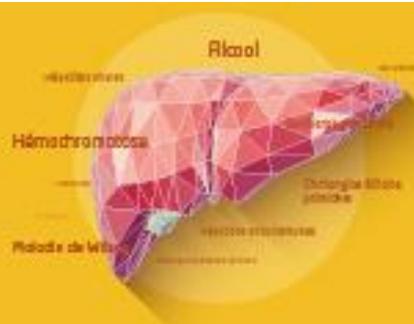


COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Références : 1. Agence da la biomédecine

2. Rosalba Moreno, Marina Berenguer. Post-liver transplantation medical complications. Annals of Hepatology. Volume 5, Issue 2, 2006, Pages 77-85, ISSN 1665-2681

3. Andrea R. Mueller, Klaus-Peter Platz, Bernd Kremer. Early postoperative complications following liver transplantation. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. Volume 18, Issue 5. 2004. Pages 881-900, SSN 1521-6918



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_12

Intérêt du Granulocyte Colony Stimulating Factor (G-CSF) au cours de la cirrhose décompensée, l'hépatite alcoolique aiguë (HAA) et l'acute-on-chronic liver failure (ACLF) : méta-analyse exhaustive des essais contrôlés randomisés (ECR)

V. Di Martino*, J. Questiaux, T. Lemagoarou, D. Weil-Verhoeven, C. Engelmann, V. Singh, P. Newsome, S. Lal, S. Sarin, T. Berg, T. Thévenot (Berlin, Besançon, Birmingham, Bombay, Chandigarh, Creil, Leipzig, New Delhi)

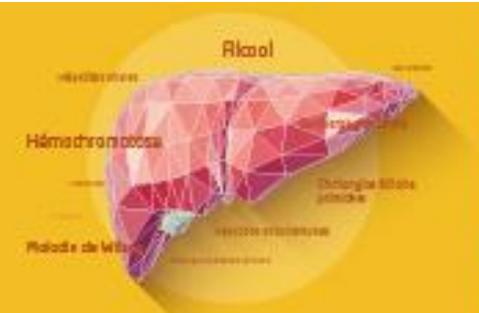
Introduction : Le G-CSF pourrait améliorer le pronostic des maladies sévères du foie en stimulant la régénération hépatique et la restauration immunitaire. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact controversé du G-CSF sur la survie et la survenue de sepsis en cas de cirrhose décompensée, d'HAA ou d'ACLF.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Méta-analyse de proportions (modèle de DerSimonian et Laird) incluant 19 ECR (1291 patients provenant de 16 études asiatiques et de 3 études occidentales incluant 487 ACLF, 186 HAA et 569 patients cirrhotiques) qui ont évalué la survie à 28 jours, 90 jours, 6 mois, un an, et/ou la survenue de sepsis comme critères de jugement principaux.

Résultats : Chez les patients atteints de cirrhose décompensée, l'administration de G-CSF était associée à une réduction du risque pondéré de mortalité de 9 % à 3 mois (OR=0,33 ; IC 95 % : 0,18-0,58 ; p=0,0002), de 16% à 6 mois (OR=0,31 ; IC 95% : 0,15-0,62 ; p<0,0009), 26% à un an (OR=0,21 ; IC95% : 0,12-0,38, p<0,0001) et avec une réduction du risque pondéré de sepsis de 28% (OR=0,28 ; IC 95% : 0,16-0,49 ; p<0,001), mais seules les études asiatiques étaient positives. Chez les patients atteints d'HAA, le G-CSF était associé à une réduction du risque pondéré de mortalité de 18% à 28 jours (OR=0,31 ; IC 95%:0,11-0,83, p=0,021) et à une réduction du risque pondéré de sepsis de 42% (OR=0,17 ; IC 95% : 0,08-0,38 ; p<0,0001), mais seules les études asiatiques, dans lesquelles les corticoïdes n'étaient pas systématiquement administrés en cas d'HAA sévère, étaient positives. Chez les patients atteints d'ACLF, les résultats étaient hétérogènes. Après avoir exclu les études non publiées in extenso, les résultats homogènes indiquent que le G-CSF ne diminuait pas significativement la mortalité à 28 jours (OR=0,51 ; IC 95% : 0,22-1,20 ; NS) ni ne réduisait la survenue de sepsis (OR=0,61 ; IC 95% : 0,20-1,89 ; NS) chez les patients atteints d'ACLF.

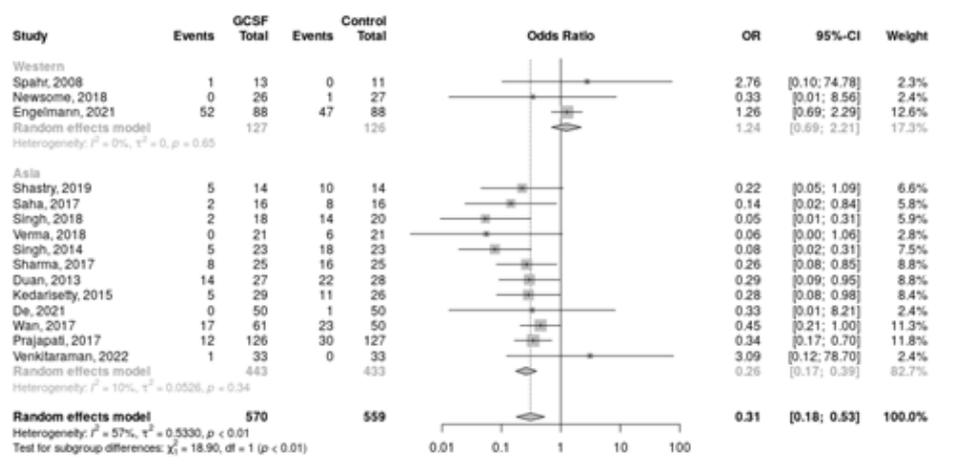
Conclusion : Le G-CSF, inefficace dans l'ACLF, semble efficace en cas de cirrhose décompensée ou d'HAA en réduisant la survenue de sepsis et la mortalité. D'autres études utilisant des méta-analyses de données individuelles, et/ou de nouveaux essais thérapeutiques méthodologiquement irréprochables, sont nécessaires pour confirmer ces résultats divergents entre les ECR asiatiques et occidentaux.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.

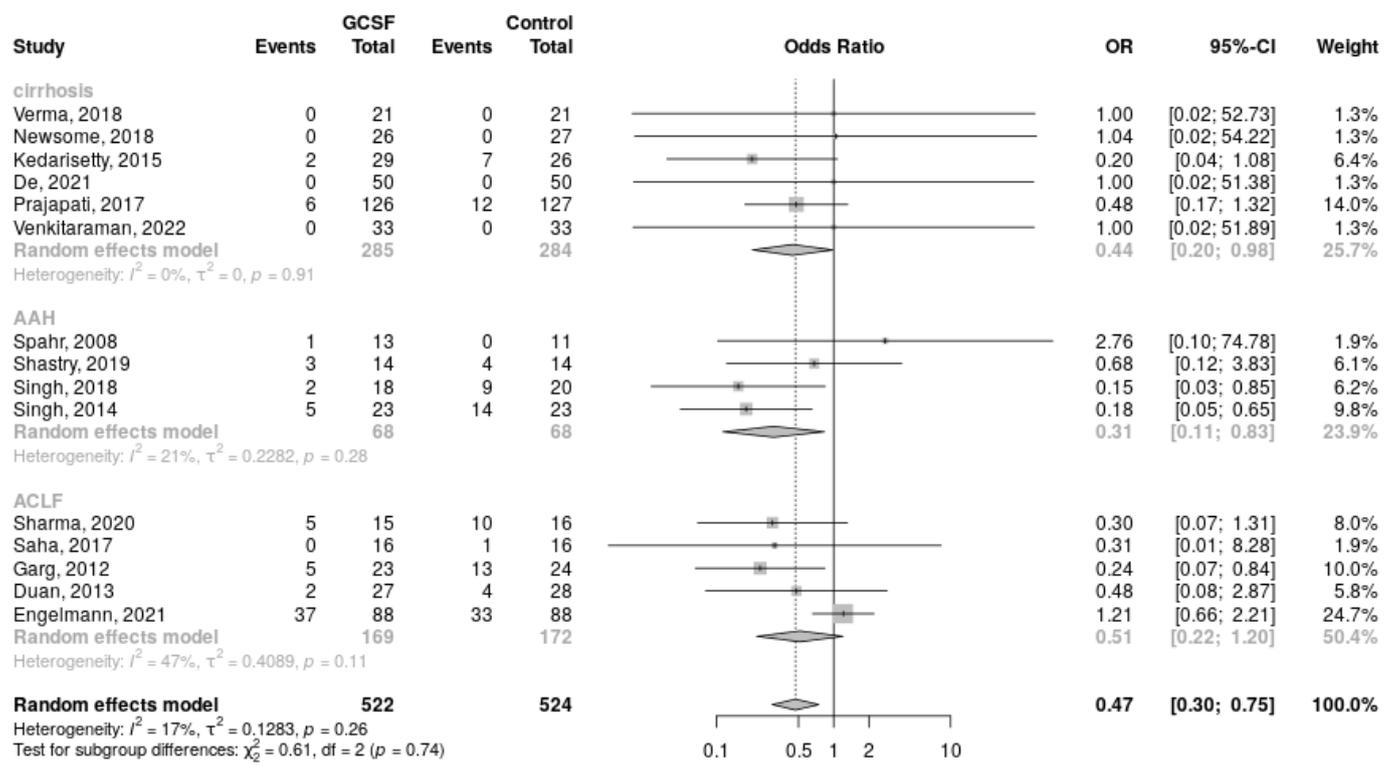


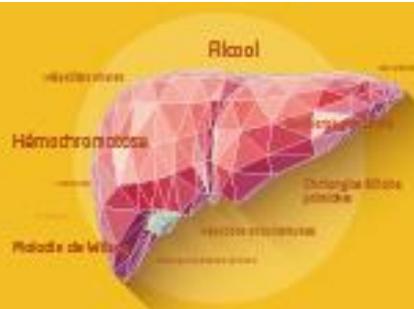
COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

impact du GCSF sur la mortalité à 3 mois : comparaison entre études asiatiques et occidentales



impact du GCSF sur la mortalité à 28 jours. Analyse restreinte aux essais randomisés publiés in extenso





COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_13

Chez les patients cirrhotiques ayant une hémorragie digestive compliquant l'hypertension portale (HHTP), le recours au tamponnement non suivi d'un TIPS est un facteur indépendant de mortalité à long terme

J. Cervoni*, D. Thabut, V. Hernandez-Gea, D. Weil, B. Procopet, A. Pauwels, G. Silvia-Junior, R. Banares, A. Krag, W. Laleman, M. Rudler, C. Bureau, J. Bosch, J. Garcia Pagan, V. Di Martino (Barcelone, Bern, Besançon, Cluj-Napoca, Gonesse, Louvain, Odense, Paris, Toulouse)

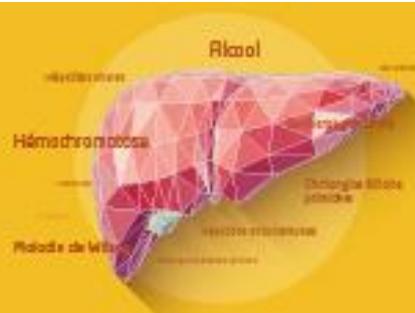
Introduction : Le tamponnement des varices œsophagiennes (VO) ou gastriques (VG) est considéré comme la première étape du traitement des HHTP réfractaires destiné à « passer le cap » avant la mise en place d'un traitement efficace de l'hémorragie. La nature de ce traitement efficace n'est pas codifiée et la survie à long terme de ces patients est mal connue.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : 3019 patients (73% d'hommes, 59 ans, MELD médian 14) issus des cohortes prospectives du groupe Baveno et de l'observatoire français CHOC ont été suivis jusqu'à 1 an après l'épisode hémorragique. Nous avons analysé en analyse multivariée (Cox) les facteurs associés à la mortalité à 6 mois et un an, en excluant de l'étude les patients décédés dans les 5 jours suivant l'HHTP et les patients ayant un carcinome hépatocellulaire.

Résultats : 168 patients décédés à J5 et 212 patients ayant un CHC ont été exclus. Sur les 2639 malades restants, 523 (20%) sont décédés à 6 mois et 617 (23%) à 1 an. Tous les patients décédés ont été victimes d'un ou plusieurs épisodes de récurrence hémorragique. 76 patients (2,9%) ont eu un tamponnement suivi d'un TIPS dans 18 cas et d'un traitement endoscopique dans 58 cas. Comparés aux autres patients, les patients tamponnés sans TIPS avaient une moins bonne survie à 6 mois (69% vs. 79%, $p=0,029$) et à 1 an (65% vs. 73%, $p=0,035$), alors que la survie des patients tamponnés ayant reçu un TIPS n'était pas différente de celle des patients non tamponnés. En analyse multivariée ajustée sur l'âge, le sexe, le score MELD, et la présence d'une infection bactérienne à l'admission, un recours au tamponnement non suivi d'un TIPS était un facteur indépendant de mortalité à 6 mois (HR=2,11, IC95% : 1,25-3,58, $p=0,005$) et à 1 an (HR=2,03, IC95% : 1,22-3,38, $p=0,006$). Il faut souligner que 31% des patients tamponnés qui n'ont pas eu de TIPS au décours avaient des critères de TIPS préemptif et étaient plus susceptibles de mourir, mais chez les 69% restants, une surmortalité a également été observée (23 % contre 12 % au jour 42, $p=0,02$).

Conclusion : Lors d'un épisode d'HHTP, l'utilisation d'un tamponnement justifie en soi la pose d'un TIPS au décours, non seulement pour le contrôle de l'hémorragie, mais aussi pour la survie à long terme. Les critères de TIPS préemptif ne sont pas assez performants pour prédire la mortalité dans cette population.

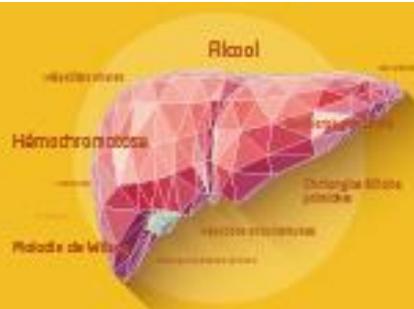
L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Facteurs associés à la mortalité à long-terme : analyses multivarées

	à 6 mois			à 1 an		
	HR	95%CI HR	p	HR	95%CI HR	p
Age	1,03	1,02-1,04	<0,0001	1,03	1,02-1,04	<0,0001
Sexe masculin	0,97	0,75-1,26	NS	1,00	0,79-1,28	NS
MELD	1,11	1,10-1,13	<0,0001	1,11	1,09-1,12	<0,0001
Infection	1,57	1,20-2,05	0,001	1,40	1,08-1,80	0,010
Tamponnement non suivi d'un TIPS	2,11	1,25-3,58	0,005	2,03	1,22-3,38	0,006



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_14

Performance pronostique des scores ALBI CHILD PUGH et MELD dans la cirrhose compliquée d'hémorragie digestive haute

S. Nacer*, F. Haddad, F. El Rhaoussi, M. Tahiri, W. Hliwa, A. Bellabah, W. Badre (Casablanca)

Introduction : L'hémorragie digestive haute (HDH) est une complication majeure de la cirrhose responsable d'une morbi-mortalité significative. Des scores ont été développés pour évaluer la dysfonction hépatique comme le score CHILD PUGH (CP), le modèle pour le score de la maladie hépatique en phase terminale (MELD) et récemment l'Albumin-Bilirubin score (ALBI). Le but de cette étude était d'évaluer et de comparer les performances pronostiques de ces scores dans la prédiction de la mortalité, la récurrence hémorragique (RH), la transfusion sanguine (TS) et le traitement endoscopique (TE) chez des cirrhotiques avec HDH

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Nous avons conduit une étude rétrospective descriptive et analytique entre Janvier 2020 et décembre 2021 colligeant tous les patients cirrhotiques hospitalisés pour HDH. Les données épidémiologiques, cliniques, endoscopiques, thérapeutiques et évolutives ont été étudiées. Les scores de CP, MELD, et ALBI ont été calculés pour tous les patients.

Des tests de régression logistique, l'analyse des courbes ROC, et la comparaison des aires sous les ROC (AUROC) par le DeLong's Test ont été effectués au moyen du logiciel Jamovi 2.3.3

Résultats : Nous avons inclus 127 patients. L'âge moyen était de 56 ans, avec une prédominance masculine (58,3%). La moyenne des scores CP, MELD et ALBI était respectivement de 7,5 ; 12,4 et -1,73. La TS était nécessaire chez 35,4% des patients. L'étiologie de HDH était dominée par l'hémorragie par hypertension portale 85%. Un TE était indiqué chez 79,5% des patients. Les taux de RH et de mortalité étaient évalués respectivement à 8,7% et 2,4 %.

Les scores CP ($p=0,005$) et MELD ($p=0,04$) étaient prédictifs de la transfusion sanguine. Les 3 scores étaient prédictifs de la mortalité intra-hospitalière ($p=0,05$).

Après analyse des courbes ROC, aucune différence significative n'a été constatée entre les scores CP, MELD et ALBI en termes de besoin transfusionnel, AUROC respectifs étant de 0,371, 0,473 et de 0,425 ($p=0,22$)

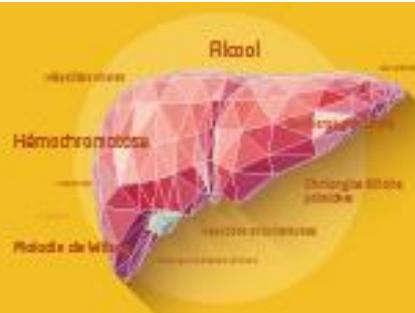
Pour le TE, les AUROC des scores de CP, MELD et ALBI étaient respectivement de 0,547, 0,518 et 0,611 ($p=0,4$)

Pour la RH la performance des scores était comme suit : CP (AUROC=0,651), MELD (AUROC= 0,395) et ALBI (AUROC= 0,292) ($p=0,49$)

AUROC le plus important a été obtenue pour le score CP (AUROC= 0,808) suivi du score MELD (AUROC= 0,717), puis du score de ALBI (AUROC=0,130) sans différence statistiquement significative sur la survenue de la mortalité intra-hospitalière ($p=0,17$)

Conclusion : L'utilisation des scores pronostiques devant une hémorragie digestive haute chez les patients cirrhotiques trouve son intérêt dans l'évaluation du besoin transfusionnel et de la mortalité. Par ailleurs, on ne notait pas de différence significative dans les performances de ces scores pronostiques.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

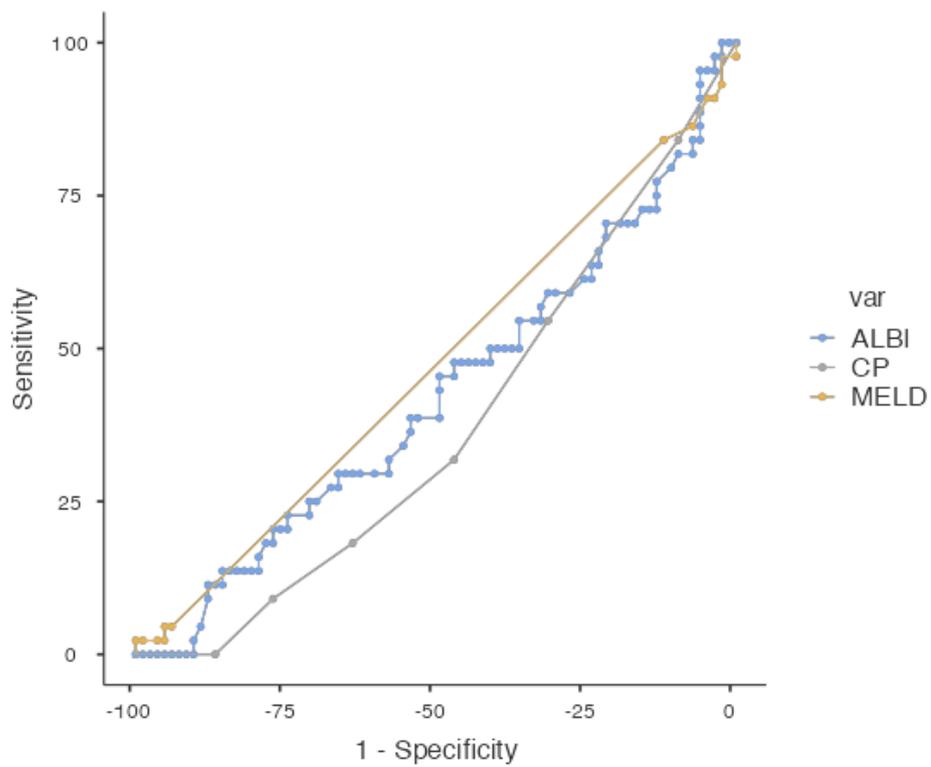


Figure 1 : Courbe ROC évaluant la performance des scores ALBI, Child et MELD dans la prédiction du besoin transfusionnel



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

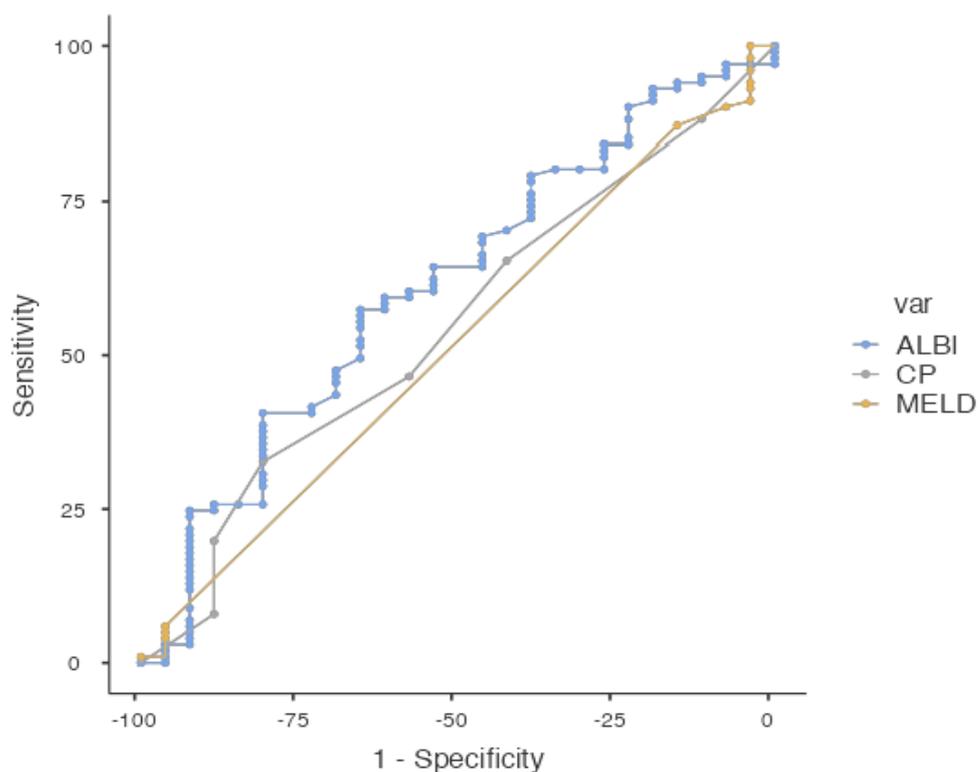
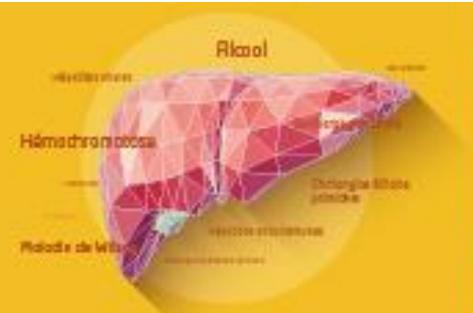


Figure 2 : Courbe ROC évaluant la performance des scores ALBI, Child et MELD dans la prédiction du traitement endoscopique



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

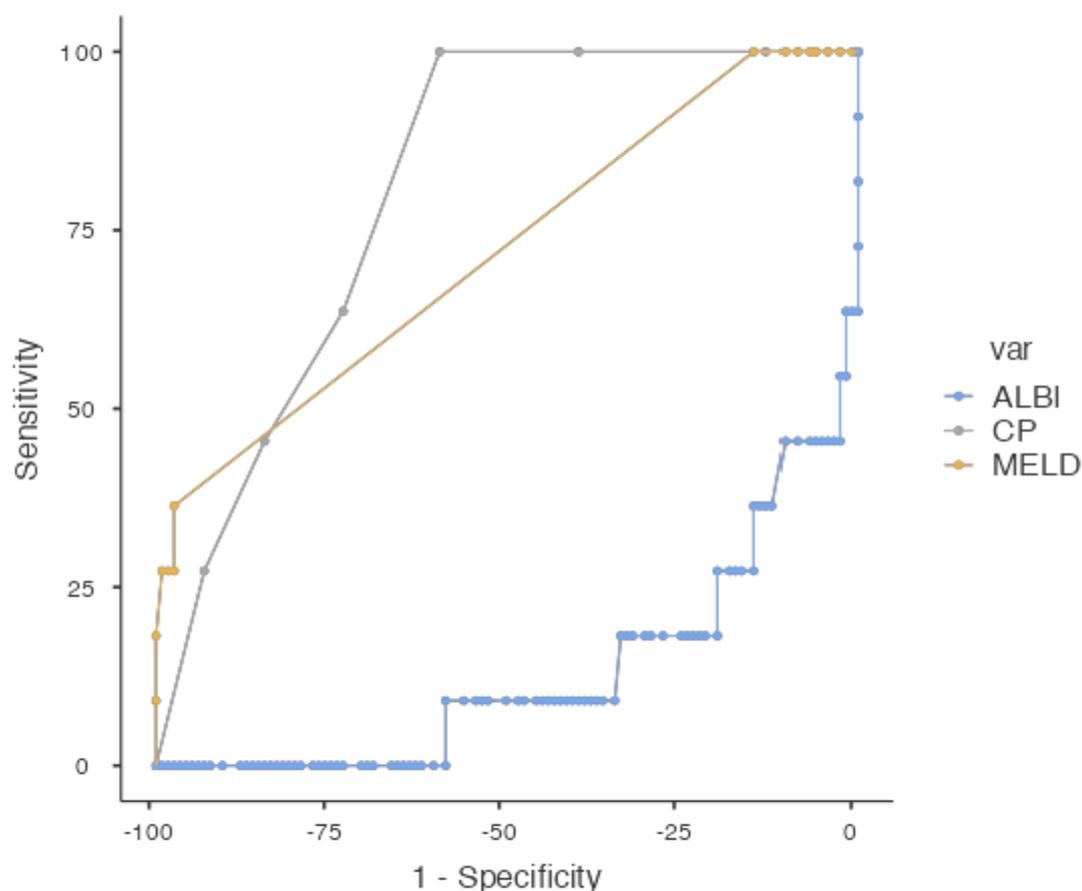
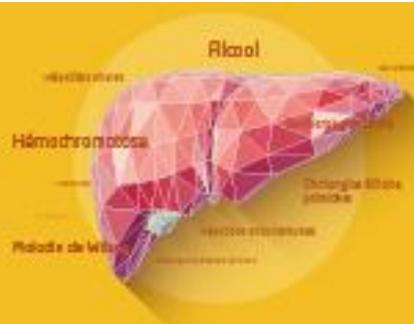


Figure 3 : Courbe ROC évaluant la performance des scores ALBI, Child et MELD dans la prédiction de la mortalité intra-hospitalière



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_15

L'embolisation de la veine gastrique gauche concomitante de la pose d'un TIPS pour hémorragie variqueuse n'a pas d'effet sur la récurrence hémorragique à J42 : résultats d'un recueil multicentrique rétrospectif

P. Calame*, L. D'Alteroche, A. Malakhia, J. Cervoni, C. Sengel, O. Sutter, M. Greget, J. Risson, S. Velasco, A. Bouvier, F. Mokrane, P. Papadopoulos, A. Rode, F. Douane, R. Loffroy, T. (Cfhtp) (Angers, Besançon, Bordeaux, Brest, Dijon, Grenoble, Lyon, Nantes, Paris, Poitiers, Strasbourg, Toulouse, Tours)

Introduction : L'intérêt d'emboliser la veine gastrique gauche (EVGG) lors de la pose d'un TIPS pour hémorragie sur rupture de varice n'est pas établi. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'impact d'une EVGG associée à sur le risque de récurrence hémorragique et la survie après la pose d'un TIPS

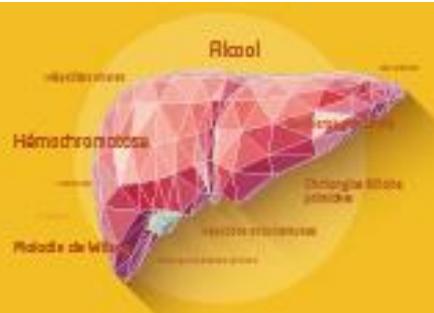
Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Il s'agit d'un recueil rétrospectif qui a inclus tous les patients consécutifs de 13 CHU chez qui un TIPS a été mis en place de janvier 2019 à décembre 2020 pour des varices hémorragiques. Les données ont été recueillies au moment de la rupture de varices œsogastriques, durant la pose de TIPS (taille des principaux shunts, leur embolisation, le matériel d'embolisation utilisé ainsi que le gradient de pression porto-systémique (GPPS) pré et post TIPS).

Des analyses univariées ont été réalisées, ainsi qu'une analyse en ajustant sur les principaux facteurs déterminant la décision de faire une EVGG.

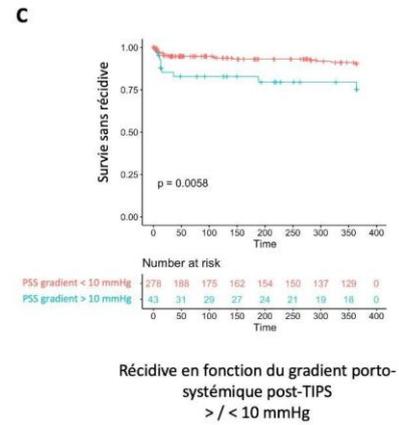
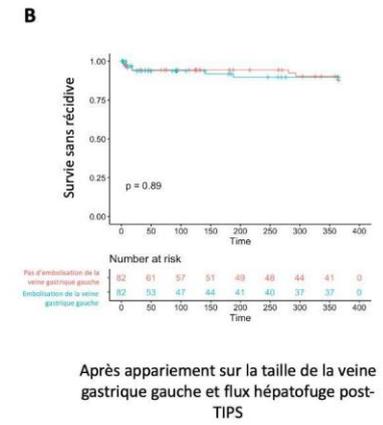
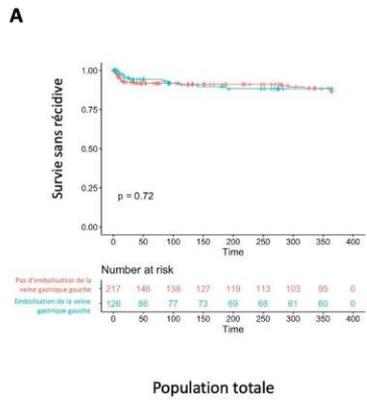
Résultats : 343 patients traités par TIPS pour hémorragie par rupture de varice ont été inclus. Il s'agissait de 159 TIPS préemptifs, 86 TIPS de sauvetage et 98 ont TIPS pour échec de prophylaxie secondaire. Le taux de récurrence hémorragique à J42 et à 1 an était respectivement de 21/343(6%) et de 31/343 (9%). 126/343 (39%) patients ont eu EVGG associée au TIPS. Les facteurs associés à la récurrence hémorragique à J42 étaient : un antécédent d'encéphalopathie hépatique (25/322 [8%] vs 6/21 [29%], P=0.007), le score de Child Pugh (9.00 [IQR: 7.00, 11.00] vs 10.00 [IQR: 9.00, 11.00], P=0.05), le GPPS pré-TIPS (16.6±6.18 vs 19.65±4.30, P=0.033) et post-TIPS (6.90±4.29 vs 9.53±4.19, P=0.010). Un GPPS post TIPS>10 mmHg était fortement prédictif de récurrence hémorragique à J42 (36/300 [12%] vs 7/43 [37%], P=0.006). Aucune différence n'était observée selon qu'une EVGG ai été réalisée ou non à J42 (15/217 [7%] vs 6/126 [5%], P=0.498) et à 1 an (21/217 [10%] vs 11/126 [5%], P=0.898). 164 patients ont été appareillés en fonction de la taille de leur veine gastrique gauche et de la persistance d'un flux hépatofuge en fin de procédure en son sein. Aucune différence du taux de récurrence hémorragique n'était notée à J42 et à 1 an (4/82 [3%] vs 4/82 [3%]; P=1, et 7/82 [9%] vs 6/82 [8%]; P=1) respectivement chez les patients sans contre ceux avec embolisation.

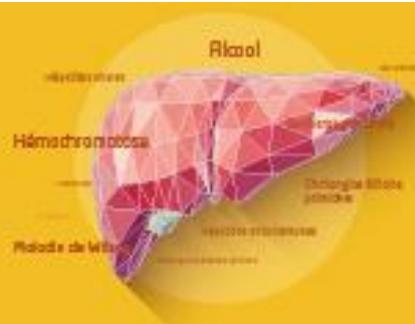
Conclusion : L'embolisation de la veine gastrique gauche lors de la pose d'un TIPS pour rupture de varice n'a pas d'impact sur le taux de récurrence à J42 et 1 an.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022





COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_16

Caractéristiques de la stéatopathie métabolique chez le sujet maigre

N. Trad*, A. Mensi, E. Belhadj Mabrouk, Y. Zaimi, S. Ayadi, L. Mouelhi, Y. Said, R. Dabbeche (Tunis)

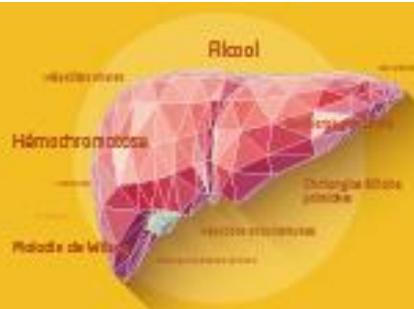
Introduction : la stéatopathie métabolique (SM) est une entité classiquement décrite chez les patients obèses. Néanmoins, elle peut se voir également chez les sujets maigres. Notre objectif était d'étudier les caractéristiques de la SM chez le sujet maigre.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective incluant des patients consécutifs suivis à notre consultation externe pour une SM. Les paramètres anthropométriques ont été mesurés. L'élasticité hépatique a été évaluée par le Fibroscan. Deux groupes ont été identifiés:
Groupe 1: Patients ayant un indice de masse corporelle $\leq 25\text{kg/m}^2$ (G1);
Groupe 2: Patients ayant un indice de masse corporelle $> 25\text{kg/m}^2$ (G2).

Résultats : Au total quatre-vingt-un patients ont été inclus. L'âge moyen était de $55,49 \pm 11,91$ ans. Le sex-ratio (H/F) était de 0,5. Seize pour cent des patients étaient maigres (G1). Les patients du G1 étaient plus jeunes ($52,50 \pm 16,26$ ans vs $56,01 \pm 11,03$ ans ; $p=0,048$). Le taux des transaminases était normal chez 72,72% des patients du G1. La prévalence de la fibrose avancée était plus élevée dans le G1 (Élasticité hépatique moyenne = $12,53 \pm 10,36$ kPa) par rapport au G2 (Élasticité hépatique moyenne = $7,19 \pm 5,27$ kPa) avec différence significative ($p=0,004$). Les patients du G1 adhéraient moins bien au régime alimentaire pauvre en calories par rapport aux patients du G2 ($p=0,031$). La pratique de l'activité physique (30 minutes de marche par jour) était également moins rapportée dans le G1 ($P=0,003$). Une consommation occasionnelle et modérée d'alcool était significativement plus fréquente chez les patients du G1 ($p=0,007$).

Conclusion : Dans notre étude, la SM est plus sévère chez le sujet maigre notamment en l'absence du respect des règles hygiéno-diététiques. Nos résultats soulignent l'importance de l'éducation en terme de mode de vie dans cette population pour protéger le foie.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_17

Etude de la variabilité de la génération de thrombine chez les patients cirrhotiques: coagulation instable pour les patients ayant une cirrhose sévère

T. Sinigre, B. Buchard, T. Lecompte, L. Muti, L. Talon, A. Lebreton, A. Abergel* (Clermont-Ferrand, Genève)

Introduction : Les Patients Atteints de Cirrhose (PAC) ont été longtemps considérés à risque hémorragique et naturellement anticoagulés. Des études épidémiologiques ont modifié cette idée en montrant qu'ils présentaient un risque élevé de thrombose.

Le Test de Génération de Thrombine (TGT) mesure l'effet des facteurs procoagulants et anticoagulants, contrairement aux classiques TCA ou INR. Il permettrait de mieux explorer les troubles de la coagulation induits par la cirrhose. L'utilisation du TGT pour prédire les événements cliniques repose sur un prérequis : étudier la variabilité du TGT chez les PAC.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : 34 volontaires sains et 52 PAC ont été inclus. La sévérité de la cirrhose était déterminée par le Score de Child Pugh (SCP).

Les participants ont été suivis pendant 3 mois (semaines 0, 6 et 12). Le TGT était réalisé avec la technique CAT. Pour chaque échantillon de plasma, le TGT était effectué sans et avec thrombomoduline (TM). La comparaison des variations des paramètres dans le temps a été faite par un modèle à effets mixtes afin de déterminer le coefficient de corrélation intra-classe, l'interprétation, selon Altman était : excellente (>0.8), bonne (>0.6), modérée (>0.4) et faible (<0.4).

Résultats : Quand le TGT était réalisé sans TM, la stabilité du Potentiel de Thrombine Endogène (PTE) était excellente pour les volontaires sains et les PAC avec un SCP A, et modérée pour les PAC avec un SCP B et C.

Quand le TGT était réalisé avec TM, la stabilité était excellente pour les volontaires sains, bonne pour les PAC SCP A, et modérée pour les PAC SCP B et C. En présence de TM, les valeurs du PTE obtenues pendant le suivi de 3 mois ont été comparées (voir Figure). L'intervalle de référence correspondait aux percentiles 1 et 99 des valeurs obtenues chez les volontaires sains et allait de 218 à 1158 pour le PTE (nM.min).

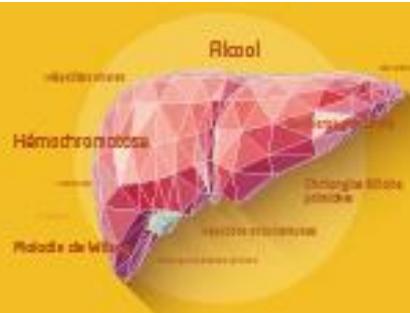
Les PAC avec un SCP A semblaient normocoagulés dans 85% des cas et seulement 10% avaient basculé vers un état d'hypercoagulabilité durant le suivi.

Les PAC avec un SCP B et C étaient plus souvent hypercoagulés. Ils étaient moins stables dans le temps. Un tiers des patients ayant basculé de normo à hypercoagulable.

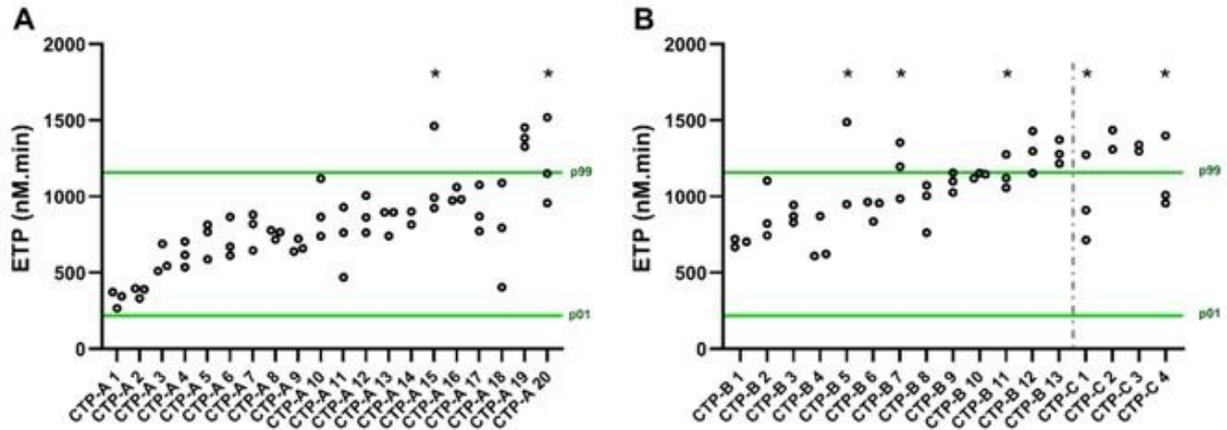
Conclusion :

Notre étude montre que la cirrhose sévère induit une forte variabilité de la génération de thrombine, avec un risque plus élevé pour les patients de basculer d'un phénotype normocoagulable à hypercoagulable. Ces patients sont les plus à risque de développer des complications thrombotiques et un suivi approprié doit être garanti.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

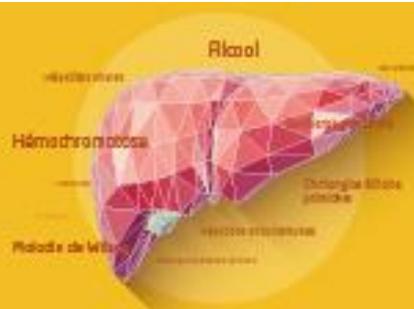


Valeurs de la génération de thrombine en présence de Thrombomoduline pour les patients avec un SCP A (A) et un SCP B et C (B) durant les 3 mois de suivi.

ETP, Endogenous thrombin potential. Les lignes indiquent les limites (percentiles 1 et 99) des valeurs des intervalles de référence obtenues sur le plasma des volontaires sains.

Pour tous les patients, 2 à 3 prélèvements sanguins ont été effectués durant les 3 mois de suivi.

* Indique un changement dans le statut des patients cirrhotiques (normal/hypercoagulable) durant le suivi.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_18

Rôle des facteurs prothrombine et antithrombine dans les troubles de la coagulation des patients cirrhotiques

T. Sinegre, B. Buchard, T. Lecompte, L. Muti, L. Talon, A. Lebreton, A. Abergel* (Clermont-Ferrand, Genève)

Introduction : Chez les patients cirrhotiques, l'étude de la coagulation en présence de thrombomoduline est en faveur d'une hypercoagulabilité. Le déficit en protéine C et l'élévation du facteur VIII participent en partie à cet état. L'implication du système prothrombine (PT) - antithrombine (AT) méritait une étude plus approfondie.

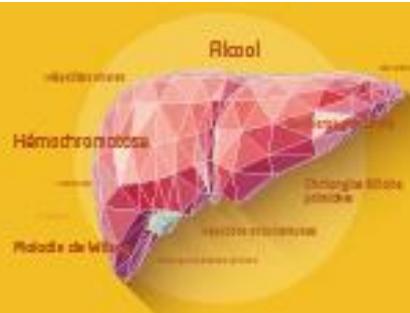
Les objectifs de cette étude étaient 1) d'évaluer la transformation de la PT et la décroissance du taux de thrombine; 2) d'évaluer les rôles respectifs de la PT et de l'AT, en étudiant la génération de thrombine après normalisation de ces deux facteurs.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : La génération de thrombine a été étudiée sur le plasma de 36 volontaires sains et 41 patients ayant un diagnostic de cirrhose, avec des concentrations de PT et/ou de thrombine < 70% avant et après la normalisation des 2 protéines. La coagulation a été initiée avec une concentration picomolaire de facteur tissulaire et avec des phospholipides procoagulants. Ces conditions réunies, la cinétique de la thrombine a été étudiée, ainsi que les étapes de transformation de la PT et de l'inhibition de la thrombine.

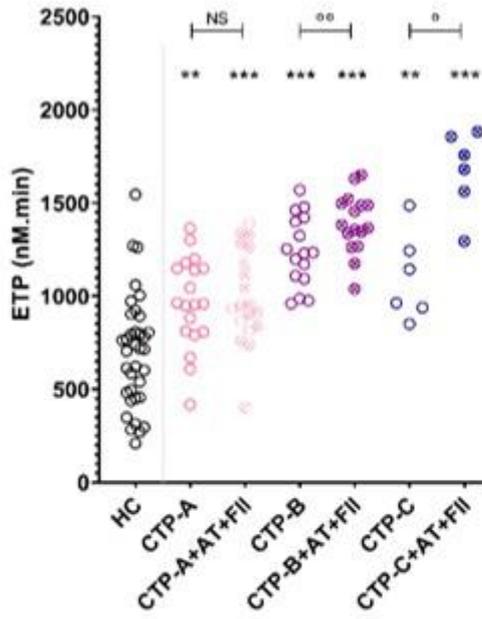
Résultats : La génération de thrombine était augmentée chez les patients cirrhotiques, en raison d'une altération des capacités d'inhibition de la thrombine. La normalisation simultanée de la PT et de la thrombine entraînait une augmentation du potentiel de thrombine endogène, par majoration de la conversion de la thrombine. La correction de la carence en AT des patients cirrhotiques normalisait les paramètres de la génération de thrombine, mais pouvait entraîner un état d'hypocoagulabilité chez les patients les plus sévères.

Conclusion : Ces résultats soulignent à nouveau le rôle de la voie de la protéine C dans l'état d'hypercoagulabilité des patients cirrhotiques. Le déséquilibre de la balance prothrombine/antithrombine favorise également l'hypercoagulabilité. Ces données nous interrogent sur le rôle anticoagulant joué par l'antithrombine qui mériterait une analyse plus approfondie.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022



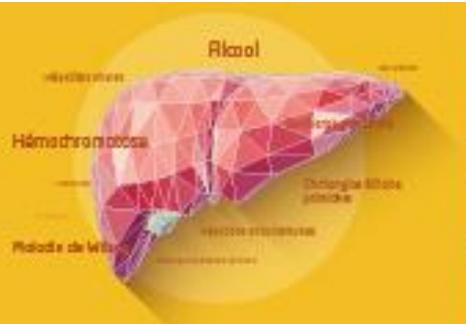
Impact de la normalisation de l'antithrombine et de la prothrombine sur la génération de thrombine.

AT, Antithrombine; CTP, Child-Turcotte-Pugh; HC, Healthy controls (volontaires sains); ETP, Endogenous Thrombin Potential.

** p<0.01, *** p<0.001 versus volontaires sains.

° p<0.05, °° p<0.01 versus absence de normalisation.

NS, Non Significatif.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_19

Etude de la prévalence et des facteurs de risque de syndrome de renutrition inappropriée au sein d'une cohorte de patients cirrhotiques hospitalisés

A. Debize*, M. Luu, A. Minello, M. Latournerie, M. Brindisi, L. Brondel, S. Manfredi, C. Lepage, T. Mouillot (Dijon)

Introduction : Le syndrome de renutrition inappropriée (SRI) peut se définir, selon les critères récents de l'American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), par une diminution des taux plasmatiques de phosphore, de potassium et/ou de magnésium, et/ou devant des signes évocateurs d'une carence en thiamine survenant dans les 5 jours après une prise calorique (orale, entérale ou intraveineuse). Les patients cirrhotiques sont décrits dans la littérature comme à risque, sans données précises.

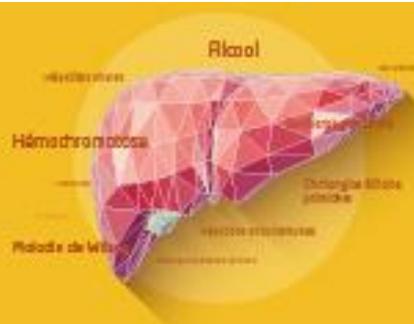
Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective qui a inclus tous les patients cirrhotiques hospitalisés dans un service d'hépatogastroentérologie d'un Centre Hospitalier Universitaire pendant au moins 5 jours du 1er janvier au 31 décembre 2019. Les caractéristiques des patients cirrhotiques, du SRI et de leur état nutritionnel, ont été recueillis.

Résultats : Les 190 patients cirrhotiques inclus étaient majoritairement des hommes (79,5 %) avec un âge moyen de 61 ans. Les cirrhoses étaient majoritairement sévères (38,4% de CHILD-PUGH B, 55,3% de CHILD-PUGH C) avec un score de MELD moyen à 18 et d'origine éthylique. Au total, 26,8 % des patients ont développé un SRI. Tous bénéficiaient d'un support nutritionnel ou d'une perfusion glucosée. Les hémorragies digestives et les encéphalopathies hépatiques étaient des complications fréquentes parmi les patients ayant présenté un SRI (45 % des patients pour chacune). Le SRI était sévère dans 68,6 % des cas, avec un délai moyen d'apparition de 2,5 jours.

Conclusion : Le SRI est une complication grave et fréquente des patients cirrhotiques hospitalisés. Cette étude permet ainsi de mieux identifier les caractéristiques des patients ayant présenté un SRI. Une étude prospective est indispensable pour mieux comprendre les facteurs de risque et les mécanismes à l'origine du SRI dans cette population.

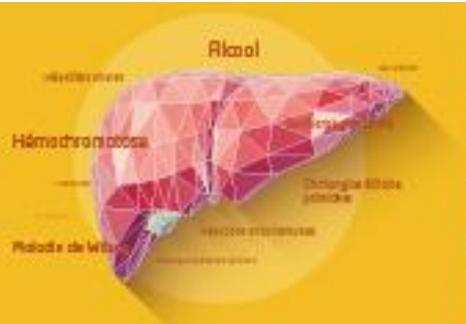
L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.

Références : 1. Silva JSV da, Seres DS, Sabino K, Adams SC, Berdahl GJ, Citty SW, et al. ASPEN Consensus Recommendations for Refeeding Syndrome. *Nutr Clin Pract.* 2020;35(2):178- 95.
2. Mouillot T, Brindisi M-C, Chambrier C, Audia S, Brondel L. Syndrome de renutrition inappropriée. *Rev Médecine Interne.* 1 mai 2021;42(5):346- 54.
3. Boateng AA, Sriram K, Meguid MM, Crook M. Refeeding syndrome: treatment considerations based on collective analysis of literature case reports. *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif.* févr 2010;26(2):156- 67.
4. Guidance | Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition | Guidance | NICE [Internet]. [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32/chapter/1-guidance#what-to-give-in-hospital-and-the-community->
5. Redgrave GW, Coughlin JW, Schreyer CC, Martin LM, Leonpacher AK, Seide M, et al. Refeeding and weight restoration outcomes in anorexia nervosa: Challenging current guidelines: Refeeding and Weight Restoration in Anorexia. *Int J Eat Disord.* nov 2015;48(7):866- 73.



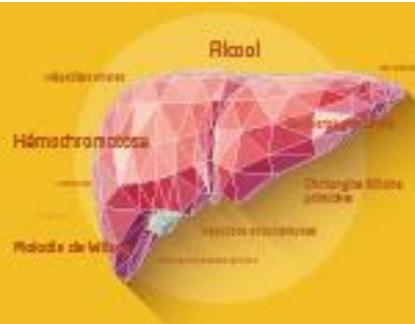
COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

6. McKnight CL, Newberry C, Sarav M, Martindale R, Hurt R, Daley B. Refeeding Syndrome in the Critically Ill: a Literature Review and Clinician's Guide. *Curr Gastroenterol Rep.* 22 nov 2019;21(11):58.
7. Doig GS, Simpson F, Heighes PT, Bellomo R, Chesher D, Caterson ID, et al. Restricted versus continued standard caloric intake during the management of refeeding syndrome in critically ill adults: a randomised, parallel-group, multicentre, single-blind controlled trial. *Lancet Respir Med.* 1 déc 2015;3(12):943- 52.
8. Silk Z, Jones L, Heath D. Refeeding syndrome: an important complication after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* sept 2011;7(5):e21- 3.
9. Ganne-Carrié N. Epidemiology of liver cirrhosis. *Rev Prat.* sept 2017;67(7):726- 30.
10. Plauth M, Bernal W, Dasarathy S, Merli M, Plank LD, Schütz T, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in liver disease. *Clin Nutr.* 1 avr 2019;38(2):485- 521.
11. Bischoff SC, Bernal W, Dasarathy S, Merli M, Plank LD, Schütz T, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in liver disease. *Clin Nutr Edinb Scotl.* déc 2020;39(12):3533- 62.
12. Merli M, Riggio O, Dally L. Does malnutrition affect survival in cirrhosis? PINC (Policentrica Italiana Nutrizione Cirrosi). *Hepatol Baltim Md.* mai 1996;23(5):1041- 6.
13. Bunchorntavakul C, Reddy KR. Review article: malnutrition/sarcopenia and frailty in patients with cirrhosis. *Aliment Pharmacol Ther.* janv 2020;51(1):64- 77.
14. Clarembeau F, Bale G, Lanthier N. Cirrhosis and insulin resistance: current knowledge, pathophysiological mechanisms, complications and potential treatments. *Clin Sci Lond Engl* 1979. 28 août 2020;134(16):2117- 35.
15. Ruiz-Margáin A, Macías-Rodríguez RU, Duarte-Rojo A, Ríos-Torres SL, Espinosa-Cuevas Á, Torre A. Malnutrition assessed through phase angle and its relation to prognosis in patients with compensated liver cirrhosis: A prospective cohort study. *Dig Liver Dis.* 1 avr 2015;47(4):309- 14.
16. Merli M, Riggio O, Capocaccia L. (Italian Multicentre Cooperative Project on Nutrition in Liver Cirrhosis). Nutritional status in liver cirrhosis. *J Hepatol.* 1994;
17. DiCecco SR, Wieners EJ, Wiesner RH, Southorn PA, Plevak DJ, Krom RA. Assessment of nutritional status of patients with end-stage liver disease undergoing liver transplantation. *Mayo Clin Proc.* janv 1989;64(1):95- 102.
18. Merli M, Lucidi C, Giannelli V, Giusto M, Riggio O, Falcone M, et al. Cirrhotic patients are at risk for health care-associated bacterial infections. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc.* nov 2010;8(11):979- 85.
19. Nardelli S, Gioia S, Ridola L, Farcomeni A, Merli M, Riggio O. Proton Pump Inhibitors Are Associated With Minimal and Overt Hepatic Encephalopathy and Increased Mortality in Patients With Cirrhosis: *Hepatology.* août 2019;70(2):640- 9.
20. Huisman EJ, Trip EJ, Siersema PD, van Hoek B, van Erpecum KJ. Protein energy malnutrition predicts complications in liver cirrhosis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* nov 2011;23(11):982- 9.
21. Ohashi K, Ishikawa T, Hoshi A, Suzuki M, Mitobe Y, Yamada E, et al. Relationship Between Sarcopenia and Both Physical Activity and Lifestyle in Patients With Chronic Liver Disease. *J Clin Med Res.* déc 2018;10(12):920- 7.
22. DiMartini A, Cruz RJ, Dew MA, Myaskovsky L, Goodpaster B, Fox K, et al. Muscle mass predicts outcomes following liver transplantation. *Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc.* nov 2013;19(11):1172- 80.
23. Merli M, Berzigotti A, Zelber-Sagi S, Dasarathy S, Montagnese S, Genton L, et al. EASL Clinical Practice Guidelines on nutrition in chronic liver disease. *J Hepatol.* janv 2019;70(1):172- 93.
24. Nunes G, Brito M, Santos CA, Fonseca J. Refeeding syndrome in the gastroenterology practice: how concerned should we be? *Eur J Gastroenterol Hepatol.* nov 2018;30(11):1270- 6.
25. Becker S, Dam G, Hvas CL. Refeeding encephalopathy in a patient with severe hypophosphataemia and hyperammonaemia. *Eur J Clin Nutr.* févr 2015;69(2):279- 81.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

26. Khwaja A. KDIGO Clinical Practice Guidelines for Acute Kidney Injury. *Nephron Clin Pract.* 2012;120(4):c179- 84.
27. Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118872/fr/diagnostic-de-la-denuitration-de-l-enfant-et-de-l-adulte
28. Delarue J, Desport J-C, Dubern B, Joly F, Mas E, Pitard A, et al. Diagnosing undernutrition children and adults: new French criteria. Why, for what and for whom? A joint statement of the French National Authority for Health and French Federation of Nutrition. *Br J Nutr.* 7 mai 2021;1- 13.
29. Tsochatzis EA, Bosch J, Burroughs AK. Liver cirrhosis. *Lancet Lond Engl.* 17 mai 2014;383(9930):1749- 61.
30. GBD 2017 Cirrhosis Collaborators. The global, regional, and national burden of cirrhosis by cause in 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* mars 2020;5(3):245- 66.
31. Nunes G, Santos CA, Barosa R, Fonseca C, Barata AT, Fonseca J. OUTCOME AND NUTRITIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC LIVER DISEASE PATIENTS USING ANTHROPOMETRY AND SUBJECTIVE GLOBAL ASSESSMENT. *Arq Gastroenterol.* sept 2017;54(3):225- 31.
32. Friedli N, Stanga Z, Culkin A, Crook M, Laviano A, Sobotka L, et al. Management and prevention of refeeding syndrome in medical inpatients: An evidence-based and consensus-supported algorithm. *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif.* mars 2018;47:13- 20.
33. Olthof LE, Koekkoek WACK, van Setten C, Kars JCN, van Blokland D, van Zanten ARH. Impact of caloric intake in critically ill patients with, and without, refeeding syndrome: A retrospective study. *Clin Nutr.* oct 2018;37(5):1609- 17.
34. Crook MA. Refeeding syndrome: problems with definition and management. *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif.* déc 2014;30(11- 12):1448- 55.
35. Panteli JV, Crook MA. Refeeding syndrome still needs to be recognized and managed appropriately. *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif.* févr 2009;25(2):130- 1.
36. Kril JJ, Butterworth RF. Diencephalic and cerebellar pathology in alcoholic and nonalcoholic patients with end-stage liver disease. *Hepatol Baltim Md.* oct 1997;26(4):837- 41.
37. Levine JA, Harris MM, Morgan MY. Energy expenditure in chronic alcohol abuse. *Eur J Clin Invest.* sept 2000;30(9):779- 86.
38. DeFronzo RA, Lang R. Hypophosphatemia and glucose intolerance: evidence for tissue insensitivity to insulin. *N Engl J Med.* 27 nov 1980;303(22):1259- 63.
39. McDaniel J, Davuluri G, Hill EA, Moyer M, Runkana A, Prayson R, et al. Hyperammonemia results in reduced muscle function independent of muscle mass. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol.* 1 févr 2016;310(3):G163-170.
40. Cheungpasitporn W, Thongprayoon C, Kittanamongkolchai W, Srivali N, Edmonds PJ, Ungprasert P, et al. Proton pump inhibitors linked to hypomagnesemia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Ren Fail.* 9 août 2015;37(7):1237- 41.
41. Lombardo L, Foti M, Ruggia O, Chiecchio A. Increased Incidence of Small Intestinal Bacterial Overgrowth During Proton Pump Inhibitor Therapy. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 1 juin 2010;8(6):504- 8.
42. Kellum JA, Lameire N, KDIGO AKI Guideline Work Group. Diagnosis, evaluation, and management of acute kidney injury: a KDIGO summary (Part 1). *Crit Care Lond Engl.* 4 févr 2013;17(1):204.
43. Yoshida M, Izawa J, Wakatake H, Saito H, Kawabata C, Matsushima S, et al. Mortality associated with new risk classification of developing refeeding syndrome in critically ill patients: A cohort study. *Clin Nutr Edinb Scotl.* mars 2021;40(3):1207- 13.
44. Rigaud D, Tallonneau I, Brindisi M-C, Vergès B. Prognosis in 41 severely malnourished anorexia nervosa patients. *Clin Nutr Edinb Scotl.* oct 2012;31(5):693- 8.
45. Barras-Moret A-C, Guex E, Coti Bertrand P. Le syndrome de renutrition inappropriée : la clé du traitement est la prévention. *Nutr Clin Métabolisme.* juin 2011;25(2):86- 90.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Tableau 1 : Caractéristiques des patients inclus dans l'étude.

Patients avec cirrhose hospitalisés pendant 5 jours ou plus en service d'hépatogastro-entérologie entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2019 (N=190)

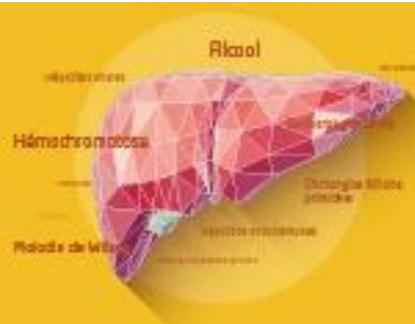
CARACTERISTIQUES	SEXE MASCULIN (n, %)	151 (79,5%)	
DE POPULATION	ÂGE (en année) moyenne ± ET	61 ± 11	
	INDICE DE MASSE CORPORELLE (en kg/m ²) moyenne ± ET	27,8 ± 6,5	
ETIOLOGIE DE LA CIRRHOSE (n, %)	Alcoolique	115 (60,5%)	
	Mixte	33 (17,4%)	
	Métabolique	15 (7,9%)	
	Hépatite C	12 (6,3%)	
	Hépatite B	4 (2,1%)	
SCORE DE GRAVITE DE LA CIRRHOSE	Score de CHILD-PUGH (n, %)	A5-A6	12 (6,3 %)
		B7-B9	73 (38,4%)
		C10-C15	105 (55,3%)
	Score de MELD moyenne ± ET	18 ± 8	
PARAMETRES BIOLOGIQUES	INR	1,8 ± 0,7	
	Bilirubine (en micromol/L) moyenne ± ET	93 ± 126	
	Albumine (en g/L)	23 ± 5	
COMPLICATIONS DE LA CIRRHOSE (n, %)	Ascite	126 (66,3 %)	
	Hépatite alcoolique aiguë	39 (20,5 %)	
	Insuffisance rénale aiguë	57 (30,0%)	
	Hémorragie digestive	54 (28,4%)	
	Encéphalopathie hépatique	59 (31,1%)	
	Infection de liquide d'ascite	26 (13,7%)	
	Thrombose portale	33 (17,4%)	
	CHC	43 (22,6%)	
	STATUT NUTRITIONNEL (SELON HAS) (n, %)	Non dénutri	81 (42,6%)
Dénutri modéré		16 (8,4%)	
Dénutri sévère		93 (49,0%)	
FACTEURS DE RISQUE DE SRI (n, %)	Aucun	54 (28,4%)	
	Risque modéré	42 (22,1%)	
	Risque majeur	94 (49,5%)	



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Tableau 2 : Comparaison des patients cirrhotiques ayant développé un syndrome de renutrition inappropriée (SRI) et ceux sans SRI.

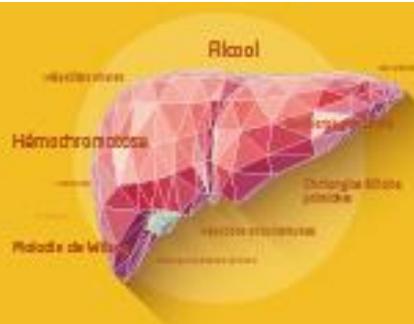
		Patient avec SRI (N=51)	
CARACTERISTIQUES	SEXE MASCULIN	43 (84,3%)	
DE POPULATION	ÂGE (en année), moyenne ± ET ¹	60 ± 11	
	IMC (en kg/m ²), moyenne ± ET	26,4 ± 7,5	
SCORES DE GRAVITE DE LA CIRRHOSE	Score de CHILD-PUGH (n, %)	Child A	3 (5,9%)
		Child B	14 (27,4%)
		Child C	34 (66,7%)
	Score de MELD, moyenne ± ET	20 ± 9	
BIOLOGIE (moyenne ± ET)	INR	1,96 ± 0,77	
	Bilirubine (en microg µg/L)	121 ± 139	
	Albumine (en g/L)	22 ± 4	
ETIOLOGIE DE LA CIRRHOSE (n, %)	Alcoolique	32 (62,7%)	
	Mixte	7 (13,7%)	
	Métabolique	3 (5,9%)	
	Hépatite C	3 (5,9%)	
	Hépatite B	1 (2,0%)	
COMPLICATIONS DE LA CIRRHOSE (n, %)	Ascite	34 (66,7%)	
	Insuffisance rénale aiguë	20 (39,2%)	
	Infection de liquide d'ascite	6 (11,8%)	
	Hémorragie digestive	23 (45,1%)	
	Encéphalopathie hépatique	23 (45,1%)	
	Carcinome hépato-cellulaire	11 (21,6%)	
	Hépatite alcoolique aiguë	9 (17,6%)	
MÉDICATIONS (n, %)	IPP	34 (66,7%)	
	Diurétiques de l'anse	15 (29,4%)	
	Insuline	12 (23,5%)	
FACTEURS DE RISQUE DE SRI (n, %)	Aucun	3 (5,9%)	
	Risque modéré	11 (21,6%)	
	Risque majeur	37 (72,5%)	
ELEMENTS PRONOSTICS	Durée d'hospitalisation, moyenne ± ET	21,9 ± 18,4	
	Décès	18 (40,9%)	



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Tableau 3 : Caractéristiques du syndrome de renutrition inappropriée (SRI) chez les patients cirrhotiques.

		SRI (N=51)
Sévérité du SRI	Léger (n, %)	9 (17,7%)
	Modéré (n, %)	7 (13,7%)
	Sévère (n, %)	35 (68,6%)
Délai d'apparition (en jours), moyenne \pm ET		2,5 \pm 1,3
Hypokaliémie (n, %)		22 (43,1%)
Hypomagnésémie (n, %)		26 (51,0%)
Hypophosphorémie (n, %)		47 (92,2%)
Phosphorémie (en mmol/L), moyenne \pm ET		0,62 \pm 0,16
Hyperglycémie (n, %)		17 (33,3%)
Hypernatrémie (n, %)		10 (19,6%)
Evénements biologique ou clinique (n)		18
Supplémentation en thiamine (> ou = 2mg/kg/j) (n, %)		33 (64,7%)



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_20

Incidence annuelle de la positivité de l'ARN du VHC par PCR rapide du VHC (Xpert® HCV Viral Load Fingerstick) et contribution au traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogues suivis dans 3 CAARUD/CSAPA (Nice et Marseille)

D. Ouzan*, N. Camerlo, J. Dupuis, P. Favot, S. Polizzi, T. Namouni, G. Ozenda, C. Aranda, B. Blasi, J. Herin, M. Lebrun, H. Thiercelin, N. Legros, P. Roux, S. Chevaliez (Créteil, Marseille, Nice, Saint Laurent Du Var)

Introduction : Le nombre de patients dépistés et traités pour leur hépatite C dans la population des usagers de drogue (UD) reste faible. De nombreux patients sont perdus de vue après le diagnostic sérologique. On estime actuellement à 20 % le pourcentage de patients traités dans les CSAPA. La mesure de la charge virale C par PCR rapide à partir du sang capillaire (Xpert® HCV Viral Load Fingerstick) permet d'obtenir un résultat en <1 heure et d'augmenter ainsi le pourcentage de sujets qui pourraient bénéficier d'un traitement antiviral.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Les objectifs de l'étude étaient de mesurer l'incidence annuelle de la positivité de l'ARN du VHC, réalisée sur site chez les usagers de drogues anti VHC +, suivis dans 3 CAARUD/CSAPA et la proportion de patients traités.

A partir du 1er mars 2021, tous les usagers de drogues anti VHC + (sérologie connue positive ou déterminée par TROD ciblant le VHC, le VHB et le VIH) suivis dans 3 CAARUD/CSAPA (2 à Nice, 1 à Marseille) se sont vus proposer une PCR rapide sur site à l'aide du POCT moléculaire (Xpert® HCV Viral Load Fingerstick). Si la PCR VHC était positive, un traitement antiviral était proposé.

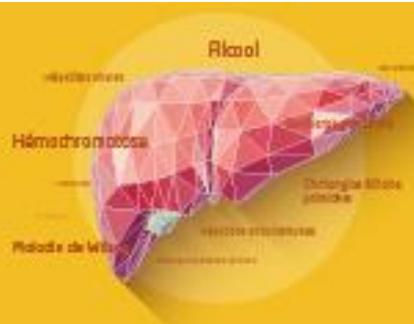
Résultats : Pendant une année, de mars 2021 à février 2022, 183 usagers de drogues ont été inclus : 79% d'hommes d'un âge moyen de 44 ans, 34 sans droits sociaux, 40 avec un habitat précaire et 42 sans domicile fixe, 79 déclaraient avoir injecté : héroïne, crack, autre, 75 avoir inhalé : cocaïne, crack, autre, 95 avoir de multiples addictions dont cannabis 48 et médicaments 30 et 103 une consommation excessive d'alcool. 77 recevaient un traitement de substitution. La sérologie du VHC a pu être documentée chez 180 des 183 usagers et s'est révélée positive (connue ou trouvée positive) chez 85 (46%) d'entre eux. L'antigène de surface du VHB (AgHBs) était positif chez 4 et le VIH chez 9 usagers (tous déjà connus). 82/85 sujets anti-VHC+ ont accepté de réaliser une PCR rapide qui s'est révélée positive chez 29 usagers de drogues soit une incidence annuelle de 16%. Le traitement anti-VHC a été initié chez 18 des 29 usagers dont la PCR était positive. 6 des 11 usagers ARN-positif n'ont pu être traités car ils n'avaient pas accès à des droits sociaux

Conclusion : La mesure de la charge virale C directement sur site chez les usagers de drogues anti VHC + connus ou dépistés par TROD dans 3 CAARUD/CSAPA permet d'augmenter la fréquence de la recherche de l'ARN du VHC et la prescription d'un traitement. L'évolution de l'incidence annuelle de la PCR rapide (16% pour la 1ère année de suivi) permettra de juger de l'élimination virale C dans ces 3 établissements.

Conflit d'intérêt :

laboratoire Abbvie soutien financier de l'étude

Remerciements : Magali Marmiesse, Pauline Gauffre, Mathilde Bayard (Laboratoire Cepheid), Sandrine Galland (Laboratoire Abbvie et Helene Joly pour leur soutien technique



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_21

Dépist C Endo : dépister l'hépatite C avant endoscopie en consultation externe d'hépatogastroentérologie

A. Remy*, I. Rosa, A. Garioud (Créteil, Perpignan, Villeneuve Saint Georges)

Introduction : Le dépistage systématique de l'hépatite C une fois dans la vie est recommandée par l'AFEF mais non validé par l'HAS. Le dépistage avant une endoscopie digestive est devenu habituel depuis 2020 avec la réalisation obligatoire d'une PCR COVID. Des études en 2019 avaient démontré la faisabilité et l'acceptabilité du dépistage de l'hépatite C avant endoscopie digestive. Une étude française avait montré son acceptabilité lors de la consultation pré-anesthésie. Un dépistage centré sur les sujets âgés de plus de 40 ans semblerait plus efficient, la prévalence de l'hépatite C augmentant avec l'âge.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Proposer aux patients devant réaliser une endoscopie digestive avec anesthésie générale une sérologie VHC, déterminer si un dépistage du VHC après 40 ans avant une endoscopie est faisable et accepté et évaluer si la prévalence après 40 ans est supérieure à celle de la population générale (0.86%). Sont exclus les patients connus ayant une sérologie VHC positive ou ayant réalisé une sérologie VHC négative datant de moins d'un an et les patients hospitalisés. Il est prévu 1000 patients consécutifs sur 9 mois dans 13 centres volontaires. Les résultats attendus sont une acceptabilité supérieure à 95%.

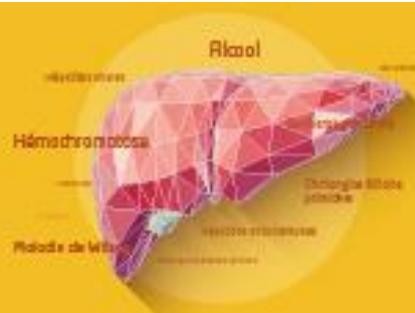
Résultats : En pratique, l'étude se déroule de la façon suivante :

- 1/ inclusion du patient avec remise d'une notice d'information et signature d'un consentement
- 2/ prescription de la sérologie VHC par l'hépatogastroentérologue lors de la consultation pré-endoscopie
- 3/ réalisation de la sérologie sur site ou en laboratoire de ville
- 4/ rattrapage possible des sérologies en hospitalisation ambulatoire si sérologie non faite. L'objectif est d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité du dépistage, non pas ses conditions de réalisation qui ont été adaptées aux conditions et habitudes de chaque centre participant.
- 5/ les patients ayant une sérologie VHC positive se verront proposer la réalisation d'une charge virale C et une prise en charge selon les recommandations de bonnes pratiques AFEF / HAS.

Au 15 mai 2022, 116 patients ont été inclus ; 61% des endoscopies programmées étaient des examens de dépistage. Trois patients masculins avaient une sérologie positive (2,6%) ; aucune sérologie n'était connue antérieurement ; 2 patients avaient été contaminés par transfusion et un par usage de drogues. Un patient avait une charge virale positive (0,86%). La valeur du FIBROSCAN était à 11 Kpa et un traitement antiviral a été débuté. Des résultats plus détaillés sur un plus grand nombre de patients seront présentés lors du congrès.

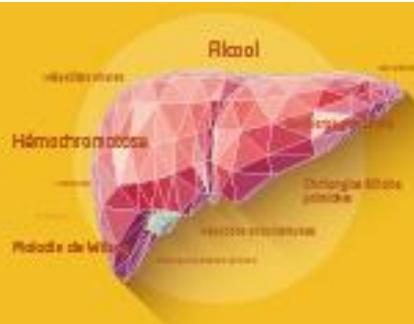
Conclusion : la faisabilité et l'acceptabilité du dépistage de l'hépatite C avant endoscopie digestive est démontré. La prévalence semble supérieure à la population générale mais ceci doit être confirmé par les résultats définitifs.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

- Références :** 1. Gomez-Escolar et al. Prevalence of hepatitis C in a gastrointestinal endoscopy unit. An active search for asymptomatic Subjects. THU 373, AASLD 2019.
2. Reygosa Castro et al. HCV screening in same time of FIT test. THU 345, AASLD 2019
3. Campbell et al. Pilot Study of Screening Patients for Hepatitis C Virus Infection During Outpatient Endoscopy. Clinical gastroenterology and hepatology 2017, 16:78-80
4. Delasalle et al. Premiers résultats du dépistage VIH, VHB et VHC par des anesthésistes JFOPD 2016.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_22

Étude de la faisabilité du dépistage du virus de l'hépatite C par TROD couplé à la mammographie et prise en charge de l'hépatite C chronique chez les femmes de 50 à 74 ans (Mamm'OC NCT05067374)

M. Meszaros*, S. Coursier, N. Nagot, L. Moulis, P. Taourel, E. Pages-Bouic, N. Fabre-Demard, M. Trentini, G. Pageaux (Montpellier)

Introduction : La séroprévalence de l'hépatite C en population générale française est inférieure à 1%, mais 75 000 personnes ignorent leur séropositivité. Les femmes de plus de 50 ans constituent une sous population exposée. Depuis 2004 en France, le dépistage du cancer du sein a été instauré. Nous posons l'hypothèse que certaines femmes âgées de plus de 50 ans ont eu dans leur vie des pratiques à risque de transmission du virus de l'hépatite C. L'objectif de l'étude est d'évaluer le taux d'adhésion des femmes de 50 à 74 ans au dépistage de l'hépatite C par TROD couplé au dépistage du cancer du sein.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Il s'agissait d'une recherche interventionnelle, prospective d'évaluation d'une procédure de dépistage dans la population ciblée. La durée des inclusions est prévue sur 12 mois avec un nombre de sujet nécessaire estimé à 1500. Toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans faisant une mammographie étaient incluses dans l'étude après avoir signé un consentement éclairé. L'adhésion au dépistage de l'hépatite C par TROD ainsi que les différentes données concernant la cascade du virus VHC étaient recueillies.

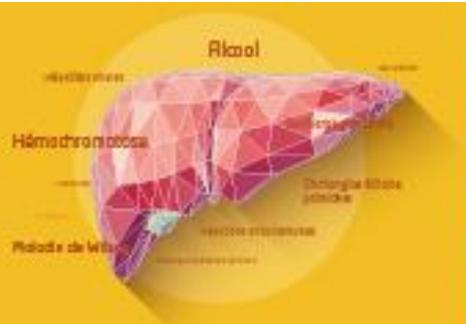
Résultats : Après 3 mois d'inclusion sur 12 prévus, le TROD a été proposé à 361 femmes, 307 ont accepté (taux d'acceptabilité 85%). Les 3 principales causes de refus étaient le fait de connaître son statut sérologique (39%), ne pas se sentir à risque (20%), ou manquer de temps pour participer (20%). L'âge médian des participantes était de 62 ans, 43% étaient en activité et 26% à la retraite. Parmi les participantes 86% n'avaient jamais eu de transfusion, 73% disaient avoir d'autres facteurs de risque comme une chirurgie ou des soins invasifs en France avant 1992 ou à l'étranger. Parmi les participantes ayant accepté l'étude, 4 (1.30%) avaient un TROD VHC positif. Aucune de ces 4 participantes n'avaient un ARN VHC positif.

Conclusion : L'acceptabilité du TROD VHC couplé à la mammographie est élevée, et la séroprévalence de l'hépatite C chez les femmes de 50 à 74 ans est plus élevée qu'en population générale. L'étude sera présentée avec un nombre plus important de participantes au terme des inclusions.

Conflit d'intérêt :

AAP européen GILEAD

Remerciements : Aux participantes ayant accepté l'étude



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_23

L'ARN du virus de l'hépatite B (VHB) sécrété s'associe aux vésicules extracellulaires dans le surnageant d'hépatocytes infectés

B. Testoni*, D. Bousquet, D. Kim, A. Adrait, Y. Couté, M. Martinez, A. Paturel, A. Hamilton, M. Heil, M. Levrero, F. Zoulim (Grenoble, Lyon, Pleasanton)

Introduction : L'infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) reste un fardeau sanitaire mondial, car les stratégies antivirales actuelles sont incapables d'éliminer le virus des hépatocytes infectés et, par conséquent, d'obtenir une guérison complète. Des biomarqueurs non invasifs sont nécessaires pour améliorer la prise en charge des patients et l'évaluation de nouvelles thérapies. Cette étude vise à caractériser les compartiments contenant les ARN extracellulaires du VHB, qui ont été récemment proposés comme un nouveau marqueur de substitution de l'activité transcriptionnelle de l'ADNccc.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Les surnageants d'hépatocytes primaires infectés et traités ou non par la lamivudine ont été traités par séparation en gradient de sucrose/iodixanol, afin de permettre la séparation physique des vésicules extracellulaires (EVs) et des particules virales. Les protéines associées aux EVs ont été analysées par Western Blotting et ELISA, tandis que les ARN du VHB ont été détectés par droplet digital (dd)PCR. L'analyse de suivi des nanoparticules (NTA) et la protéomique basée sur la spectrométrie de masse (MS) ont été utilisées pour caractériser davantage les composants viraux et non viraux.

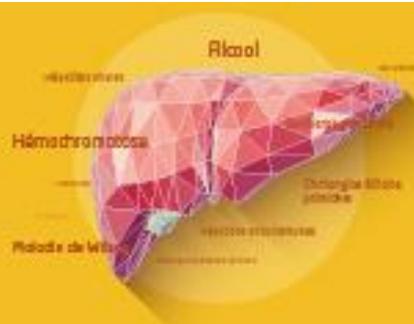
Résultats : Les analyses ELISA et western blotting pour les protéines HBs et HBc, ainsi que la quantification de l'ADN du VHB après séparation par gradient ont montré que les virions se trouvaient dans les fractions correspondant à une densité de 1,17-1,20 g/ml. L'expression de CD9, marqueur des exosomes/EVs, a été détectée uniquement dans les fractions de plus faible densité (1,07-1,15 g/ml), qui étaient dépourvues de HBc. L'analyse ddPCR utilisant des amorces couvrant la région 5' de l'ARN 3,5 Kb ou la région HBx a suggéré que l'ARN 3,5 Kb est l'espèce d'ARN viral prédominante mais pas unique dans les surnageants cellulaires. La distribution des ARN-VHB dans les fractions de gradient n'a montré aucune différence significative entre les échantillons traités à la lamivudine et les échantillons non traités. Il est intéressant de noter que les ARN-VHB ont été détectés non seulement dans les particules de type virion et les capsides non enveloppées, mais aussi dans les fractions plus légères, ce qui suggère que les EVs peuvent également transporter l'ARN-VHB sécrété. L'analyse NTA a confirmé que ces fractions contenaient effectivement des EVs dont la taille variait de 30 à 150 nm et l'analyse MS a révélé un enrichissement significatif en protéines exosomales (CD63, CD9, TSG101 ou HSC70).

Conclusion : Nos résultats montrent la présence d'ARN du VHB dans les EVs et aideront à comprendre la biologie moléculaire de la sécrétion de l'ARN du VHB dans le sérum. Ces connaissances aideront au développement et à l'interprétation de l'ARN du VHB sérique comme nouveau biomarqueur de l'infection chronique par le VHB.

Conflit d'intérêt :

AH et MH sont employés de Roche Diagnostics

Remerciements : Ce travail a été soutenu par une subvention publique supervisée par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR) dans le cadre du deuxième programme "Investissements d'Avenir" (ANR-17-RHUS-0003).



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_25

Forte corrélation entre les niveaux d'AgHBs, d'ALAT et d'ARN-VHD chez les patients atteints d'hépatite Delta chronique. Résultats de l'étude de phase 3 D-LIVR

M. Buti*, O. Etzion, A. Palom, D. Yardeni, A. Nevo-Shor, D. Munteanu, I. Choong, L. Weissfeld, M. Riveiro Barciela, N. Abu-Freha, A. Barreira, R. Howard, T. Asselah*, P. Lampertico (Barcelone, Beaujon, Beer-Sheva, Israël, Beer-Sheva, Israël, Del Mar, Californie, Eu, Milan, Palo Alto, Washington)

Introduction : Plusieurs nouveaux traitements de l'hépatite B chronique visent à réduire les taux d'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs). Certaines de ces nouvelles molécules sont évaluées chez des patients atteints d'hépatite D chronique (HDC). Le but de cette étude est d'évaluer si les taux d'ALAT, d'AgHBs et d'ARN du virus de l'hépatite delta (VHD) sont corrélés chez les patients non traités atteints d'HDC. L'étude D-LIVR est une étude de phase 3 en cours dans le VHD (NCT03719313) avec 407 sujets inclus.

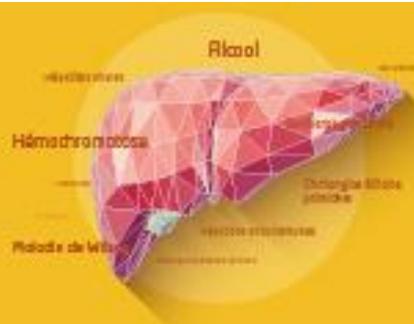
Patients et méthodes ou matériels et méthodes : L'ARN du VHD, l'AgHBs et l'ADN du VHB ont été quantifiés prospectivement chez les 407 patients de l'étude D-LIVR avec une maladie hépatique compensée. Au départ, les données démographiques, les caractéristiques cliniques et biochimiques ont été recueillies. Les marqueurs sérologiques et virologiques du VHB et du VHD ont été mesurés. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les caractéristiques démographiques et cliniques initiales. Les coefficients de corrélation de Pearson ont été calculés pour ALAT, l'AgHBs, et l'ARN-VHD chez les 407 sujets selon leur âge.

Résultats : 407 patients ont été inclus, majoritairement de sexe masculin (69 %), d'un âge moyen de 45 ans, caucasiens (73 %) et avec cirrhose compensée (26,5 %). Au départ, dans l'ensemble de la cohorte, les taux moyens d'ARN-VHD étaient de $4,98 \pm 1,17$ logUI /mL, les taux d'AgHBs de 10 079 UI/ml et les taux moyens d'ALAT de $100,05 \pm 67,7$ UI/ml. Les niveaux d'ARN-VHD et d'AgHBs ont montré une corrélation positive (0,154) avec une forte signification statistique ($p=0,0018$) (tableau 1). Chez les patients âgés de plus de 45 ans, les taux d'ARN-VHD et d'AgHBs n'ont pas montré de corrélation statistiquement significative. Cependant, chez les patients de moins de 45 ans, les taux d'ARN-VHD et d'AgHBs ont montré une corrélation positive (0,162) avec une forte signification statistique ($p=0,0089$). Les niveaux d'ALAT et d'AgHBs ont montré une corrélation négative, ce qui signifie que les niveaux d'ALAT ont tendance à diminuer lorsque les niveaux d'AgHBs sont élevés. Cette corrélation a montré une signification statistique dans tous les groupes.

Conclusion : Dans l'HDC non traitée, les niveaux d'ARN-VHD et d'AgHBs montrent une corrélation positive, principalement chez les personnes plus jeunes. Des taux normaux d'ALAT sont associés à des taux d'AgHBs considérablement élevés. La surveillance des taux sériques d'ARN-VHD et d'AgHBs chez les patients atteints d'HDC pourrait être utile dans la conception de nouvelles stratégies thérapeutiques.

Conflit d'intérêt :

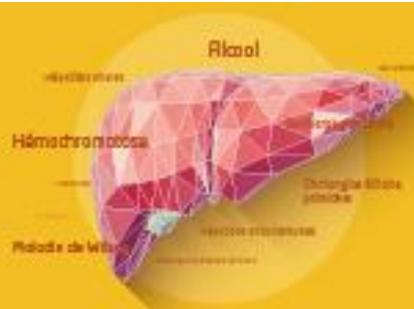
Tarik Asselah: Consultant/expert/investigateur pour : Abbvie, Bristol-Myers Squibb, Eiger, Enyo Pharma, Gilead, GSK, Janssen, MerckSharp Dohme, Roche. Maria Buti: membre d'un advisory board and orateur chez Abbvie et Gilead.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

	Coefficient de corrélation	Niveau de signification
Tous les sujets = 407		
ARN VHD - ALAT	0.097	0.0499
AgHBs - ALAT	-0.248	<0.0001
ARN VHD - AgHBs	0.154	0.0018
Sujets ≥ 45 ans N = 146		
ARN VHD - ALAT	0.095	0.2552
AgHBs - ALAT	-0.248	0.0026
ARN VHD - AgHBs	0.100	0.2288
Sujets < 45 ans N = 261		
ARN VHD - ALAT	0.106	0.0862
AgHBs - ALAT	-0.242	<0.0001
ARN VHD - AgHBs	0.162	0.0089

Des niveaux de signification sont fournis pour l'hypothèse nulle lorsque la corrélation est 0.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_26

Résultats Finaux d'une étude de dépistage du virus C à l'hôpital (DEVICHO) : La mobilisation de tous les soignants est indispensable !

S. Si Ahmed*, S. Benali, R. Kibeche, S. Thibeault, L. Lecomte, V. Majois, O. Sebili, F. Sellier, O. Pietri, P. Castellani, X. Adhoute, M. Bourliere* (Marseille)

Introduction : L'accès à un traitement antiviral court, efficace, bien toléré est largement disponible en France. Aussi, l'élimination de l'hépatite virale C est espérée pour 2030, en accord avec les recommandations de l'AFEF et de l'OMS. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place une stratégie de dépistage jusque-là basée sur l'identification des facteurs de risque(1). Nous présentons les résultats finaux de notre programme local de dépistage et d'élimination du VHC déployé dans notre hôpital.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : DEVICHO est une étude longitudinale mono centrique qui propose une sérologie VHC à tous les patients hospitalisés, majeurs consentants. En cas de sérologie VHC +, une recherche d'ARN VHC est réalisée afin d'aboutir à un traitement si besoin. Nous comparons les résultats obtenus à travers cette étude « interventionnelle à risque minime(2) » à ceux enregistrés par l'évaluation de notre pratique clinique habituelle chez les patients hospitalisés lors de la même période.

Résultats : Ainsi, de Novembre 2019 à Novembre 2021, parmi 55265 patients hospitalisés :

cf Tab 1

Quelle que soit la modalité pratiquée, le dépistage réalisé à l'hôpital détecte une prévalence accrue(4). Cependant ce dépistage ne cible que 13,08% de la population concernée traduisant une faible adhésion des prescripteurs, illustrée par les courbes d'inclusions. L'analyse en cours (disponible lors de la communication) nous renseignera sur l'origine des patients et les cascades de soins.

Conclusion : Grâce à des mesures de simplifications adaptées, malgré la survenue de la pandémie COVID, DEVICHO a été menée à terme. Quelle que soit la modalité utilisée, le dépistage du VHC à l'hôpital est attractif, identifiant des patients candidats à un traitement.

Il reste à convaincre la majorité des soignants afin d'optimiser l'efficacité du dépistage de l'hépatite chronique virale C.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.

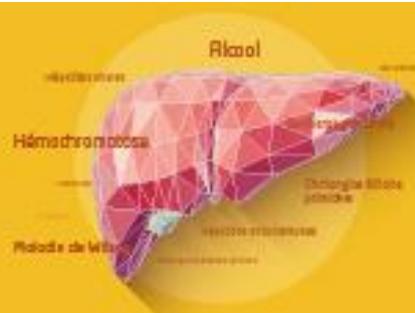
Remerciements : ARS-PACA, Abbvie, Gilead

Références : 1.Recommandations de dépistage VHC - HAS Mars 2019

2.Etude DEVICHO Id RCB 2018-A02595-50

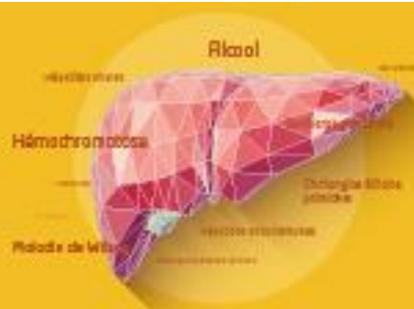
3. www.hopital-saint-joseph.fr

4.Guinard A et al, campagne de dépistage universel "Montpellier sans hépatite C 2010" BEH 2020;31-32:604-611



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Sérologies VHC	Patients (n)	VHC + (n)	Prévalence	IC 95 %
DEVICHO	5000	138	2,76%	[2,31-3,21]
Hors DEVICHO	2233	80	3,58%	[2,81-4,35]
<i>bilan systématique</i>	1768	25	1,41%	[0,85-1,96]
<i>pertinence clinique</i>	465	55	11,80%	[8,89--14,76]
TOTAL	7233	218	3,01%	[2,62-3,41]



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_27

Faible taux de vaccination contre l'hépatite B parmi les populations à haut risque : étude monocentrique au sein d'un CSAPA

M. Henry, F. Villeret*, P. Lack, O. Lejeune, P. Joubert, N. Duvernay, B. David, C. Newsom, F. Zoulim, F. Bailly (Lyon)

Introduction : Les hépatites virales sont considérées comme une infection transmissible à risque majeur chez les usagers de drogues. La vaccination contre le virus de l'hépatite B (VHB) est recommandée spécifiquement dans cette population pour réduire le risque de transmission du VHB. L'objectif de notre étude était d'estimer la couverture vaccinale contre le VHB au sein cette population d'usagers de drogues et de rechercher les facteurs associés à une non-vaccination.

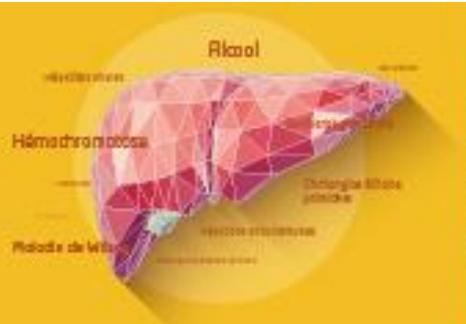
Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Le dépistage des hépatites virales est proposé systématiquement à tous les patients lors de leur première consultation au Centre de Soins et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de l'Hôpital de la Croix Rousse au sein des Hospices Civils de Lyon. Nous avons analysé rétrospectivement les résultats du dépistage du VHB réalisés entre janvier 2014 et décembre 2019. Pour comprendre les raisons associées à une non-vaccination, une étude auxiliaire prospective basée sur des questionnaires anonymes de patients a été réalisée afin de déterminer les raisons de la non-vaccination des patients.

Résultats : Au total, 307 patients ont été dépistés pour le VHB, avec 15,4 % de nouveaux patients dépistés par an. Parmi les patients dépistés, 138 (45,0%) avaient été vaccinés contre le VHB, 48 (15,6%) présentaient des marqueurs en faveur d'une infection VHB résolue, 5 (1,6 %) avaient un AgHBs positif et 116 (37,8 %) n'étaient pas vaccinés contre le VHB. Les hommes (41,6%) étaient moins souvent vaccinés que les femmes (53,4%). La tranche d'âge la plus vaccinée était celle des 30-49 ans avec 51,24% des personnes vaccinées.

Les principaux modes de contamination du VHB étaient connus chez 60,0% des patients, mais 20,0% ne savaient pas que le VHB était transmissible par voie sexuelle. Les patients rapportant au moins une situation à risque au cours des deux dernières années représentaient 80,2% des répondants au questionnaire mais seuls 24,8% d'entre eux considéraient cette situation comme risquée. La moitié des 136 répondants au questionnaire ne souhaitaient pas se faire vacciner, 47,6% ne se sentaient pas concernés par la vaccination, 28,6% évoquaient un manque d'information sur l'hépatite B et 21,4% étaient inquiets des effets secondaires liés au vaccin.

Conclusion : Dans cette population de patients à haut risque de transmission du VHB, la couverture vaccinale contre le VHB reste faible, autour de 45%. Des stratégies d'information et de vaccination sont essentielles pour augmenter la couverture dans cette population à haut risque et prévenir le risque de transmission.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_28

Stratégie de dépistage et de prise en charge de l'hépatite virale chronique C chez des patients précaires et/ou souffrants de maladies mentales

S. Chelouah*, H. Nna, P. Angijiro, W. Yekhlef (Neuilly Sur Marne)

Introduction : L'infection par le VHC est curable dans 95 % des cas grâce aux antiviraux d'action directe. La séroprévalence VHC est plus importante dans les populations précaires et/ou souffrants de pathologies mentales ou duelles que dans la population générale. L'accès aux soins somatiques de ces populations vulnérables reste insuffisant, ce qui pourrait constituer un frein à l'éradication de cette maladie. Afin d'améliorer la prise en charge de ces populations, notre établissement a mis en place une stratégie de dépistage, d'évaluation de la fibrose et de traitement des sujets porteurs chroniques du VHC.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Nous réalisons un dépistage systématique du VHC lors du bilan biologique d'entrée en UHTP et en consultation PASS. Une mise en place, par le laboratoire, d'une alerte pour toute sérologie VHC positive qui sera systématiquement complétée, dans la mesure du possible, par une PCR VHC. En CPM, mobilisation des professionnels au dépistage et à la prise en charge d'une infection chronique VHC. Rappel des perdus de vue (contacts directs des patients ou de leurs référents). Evaluation de la fibrose/cirrhose par des somaticiens qualifiés grâce à l'acquisition d'un FibroScan.

Résultats : Dans notre établissement, la séroprévalence VHC moyenne était de 3% dans une population de 9609 patients dépistés entre 2017 et 2021. La mobilisation des professionnels a amélioré le taux de dépistage du VHC qui est passé de 45% en 2017 à 66% en 2021. Afin d'évaluer le réservoir de l'infection VHC, nous avons calculé la séroprévalence corrigée en tenant compte des cas redondants d'une année à l'autre. Cette séroprévalence corrigée était de 1.90% sur la même période. La charge virale moyenne sur les 5 années était de 28.78% (40 PCR (+) /139 PCR totales réalisées). Parmi les 251 sérologies (+) 139 PCR VHC ont été réalisées (55.37%). Les délais importants entre le dépistage, le diagnostic, l'évaluation de la fibrose et la mise en place du traitement constituent un obstacle majeur dans l'efficacité de la prise en charge de cette population. Nous avons ainsi comptabilisé 174 patients séropositifs VHC perdus de vue. Notre stratégie de rappeler les perdus de vue nous a permis, à ce jour, de contacter 62 patients, 26 patients sont injoignables et 09 patients sont décédés. Ces résultats préliminaires vont évoluer au fil du temps. Les alertes du laboratoire nous permettent de raccourcir les délais entre les résultats de la sérologie et la prescription de la charge virale. L'acquisition du FibroScan nous permet une évaluation rapide de la fibrose/cirrhose et la mise en place immédiate du traitement

Conclusion : Nous avons sensibilisé, formé et mobilisé plusieurs professionnels de santé et avons mis en place des moyens pour améliorer le dépistage et la prise en charge des patients vulnérables porteurs chroniques du VHC. Cette stratégie paraît efficace, elle nous permettra dans quelques années de contribuer à l'éradication de l'hépatite virale chronique C en milieu psychiatrique et en population vulnérable

Conflit d'intérêt :

GILEAD et AbbVie

Remerciements : Nous remercions tous les professionnels impliqués dans ce projet.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_29

Caractéristiques cliniques prédictives de la cirrhose dans une grande cohorte de patients atteints d'infection chronique par l'hépatite Delta - aperçus de l'essai D-LIVR

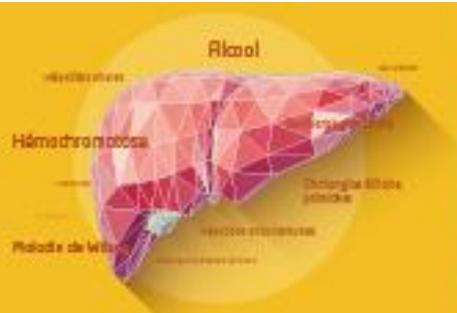
O. Etzion, M. Buti, D. Yardeni, A. Palom, A. Nevo-Shor, D. Munteanu, I. Choong, L. Weissfeld, M. Riveiro Barciela, N. Abufreha, A. Barreira-Diaz, R. Howard, T. Asselah*, P. Lampertico (Barcelone, Beaujon, Beer-Sheva, Israël, Beer-Sheva, Israël, Del Mar, Californie, Eu, Milan, Palo Alto, Washington)

Introduction : L'hépatite Delta chronique (HDC) est la forme d'hépatite virale chronique la plus sévère. Les données concernant les facteurs prédictifs de cirrhose dans l'HDC sont assez limitées, en particulier chez les sujets les plus jeunes. L'objectif de cette analyse était d'évaluer la valeur prédictive des variables démographiques et biochimiques ainsi que les résultats des tests non invasifs de la fibrose hépatique pour le diagnostic de la cirrhose évaluée par biopsie dans la cohorte de 407 patients atteints d'HDC compensée inclus dans l'étude D-LIVR: une étude de phase III en cours dans le VHD.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Les 407 patients ont été évalué prospectivement: des mesures de l'élasticité hépatique (MEH) et/ou de Fibrotest ont été réalisées. La NFS, le bilan biochimique et les marqueurs sérologiques et viraux du VHB et VHD ont été obtenus. Une biopsie a été performé pour les patients dans les 45 jours suivant les tests non invasifs. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les caractéristiques initiales des patients. Le test du khi2 a été utilisé pour l'analyse univariée et multivariée et une série de modèles de régression logistique a été ajustée aux données.

Résultats : Sur les 407 patients inclus dans l'étude, l'âge médian était de 42,7 (SE 0,55): 69,4% d'hommes, 108 (26,5%) patients présentant une cirrhose confirmée par biopsie. Parmi ceux-ci, 48 (44,4 %) avaient \leq 45 ans. Chez les patients \leq 45 ans (146), 60 (41%) étaient cirrhotiques au départ. En analyse univariée, les variables suivantes étaient associées de manière statistiquement significative à la cirrhose : âge avancé ($p < 0,001$), IMC élevé ($p = 0,02$), ASAT élevées ($p < 0,001$), mais pas les ALAT, plaquettes basses ($p < 0,001$), albumine diminuée ($p = 0,002$), INR bas ($p = 0,006$), niveaux d'AgHBs ($p = 0,03$), fibrose mesurée par élastométrie et Fibrotest ($p < 0,001$ pour les deux). Dans la régression logistique multivariée, le modèle qui correspondait le mieux aux données comprenait l'âge, les plaquettes et le résultat du Fibrotest comme covariables ($p = 0,04$, 0,007 et 0,008, pour l'âge, les plaquettes et le Fibrotest, respectivement). L'odds ratio était 1,032 (IC 1,001- 1,064) pour l'âge, 0,98 (IC 0,98-0,99) pour la numération plaquettaire et 7,168 (IC 1,647- 31,191) pour le Fibrotest . Dans le sous-groupe de patients de ≤ 45 ans, le modèle qui s'ajustait le mieux aux données comprenait les résultats du LSM, les plaquettes et l'INR ($p = 0,04$ pour tous). L'odds ratio était de 1,079 (IC 1,002-1,162) pour le LSM, de 0,99 (IC 0,98-1,0) pour la numération plaquettaire et de 66,9 (IC 1,176-> 999,999) pour l'INR.

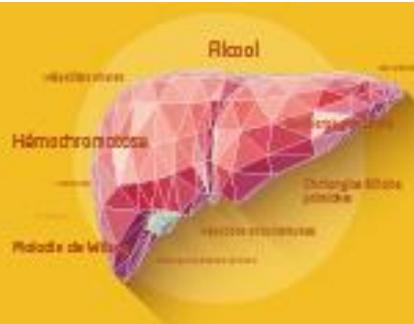
Conclusion : Dans cette cohorte de 407 sujets, une prévalence alarmante de cirrhose a été observée chez les patients plus jeunes atteints d'une maladie hépatique compensée. Une cirrhose doit être suspectée dans cette population, en particulier à mesure qu'elle vieillit, et chez ceux qui présentent des modifications subtiles des marqueurs de la fonction hépatique et de la survenue d'hypertension portale.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Conflit d'intérêt :

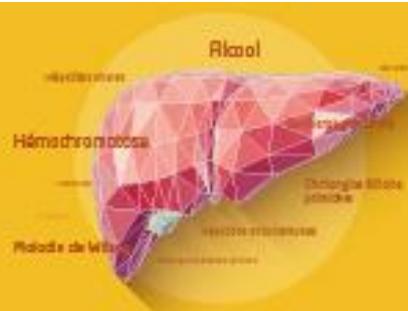
Tarik Asselah (Orateur) : Consultant/expert/investigateur pour : Abbvie, Bristol-Myers Squibb, Eiger, Enyo Pharma, Gilead, GSK, Janssen, Merck Sharp Dohme, Roche.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Dépistage aux urgences	Total : n, (%)	Ac VHC positif	Ag VHB positif	Ac VIH positif
N	665	19*	9	12**
n/total disponible %		3,3%	1,6%	2,2%
Sexe F/H	315/350	5/14	1/8	5/7
Âge moyen (ans)	43	52	52	50
Alcool	32%	9/15 (60%)	3/8 (38%)	2/10 (20%)
Opiacés	8%	4/13 (31%)	1/8 (13%)	2/8 (25%)
Benzodiazépines	18%	8/15 (53%)	2/7 (29%)	4/10 (40%)
Cannabis	23%	8/16 (50%)	2/8 (25 %)	3/10 (30%)
Psychostimulants	10%	3/14 (21%)	0/8 (0%)	3/10 (30%)

*2 patient coinfecté VHC-VIH; ** 11 patients déjà suivis avec sérologie VIH connue, 1 découverte chez un SDF, pris en charge



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_31

Sécurité et activité antivirale d'erlotinib chez les patients atteints d'hépatite C chronique : un essai contrôlé randomisé de phase Ib

A. Saviano*, F. Habersetzer, J. Lupberger, P. Simo-Noumbissie, C. Schuster, M. Doffoël, C. Schmidt-Mutter, T. Baumert (Strasbourg)

Introduction : Un risque important de carcinome hépatocellulaire (CHC) persiste après guérison d'une infection chronique à virus de l'hépatite C (VHC). Des études précliniques ont montré que l'erlotinib, un inhibiteur oral de l'EGFR, a une activité antivirale et un effet chimiopréventif sur le CHC [1,2]. L'erlotinib est métabolisé dans le foie et sa sécurité chez les patients atteints d'HCC est inconnue. Cette étude visait à évaluer l'innocuité et l'activité antivirale de l'erlotinib chez les patients atteints d'une hépatite C chronique.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Dans cette étude prospective à dose unique croissante, de phase Ib, randomisée, en double aveugle et contrôlée par placebo, des patients non cirrhotiques et infectés par le VHC ont reçu du placebo ou de l'erlotinib (50 ou 100 mg/jour) pendant 14 jours avec un rapport placebo/erlotinib de 1 : 3 (Figure 1). Les principaux critères d'évaluation étaient la sécurité et la réduction de la charge virale à la fin du traitement (FDT). Le critère secondaire était la réduction de la charge virale 14 jours après la FDT.

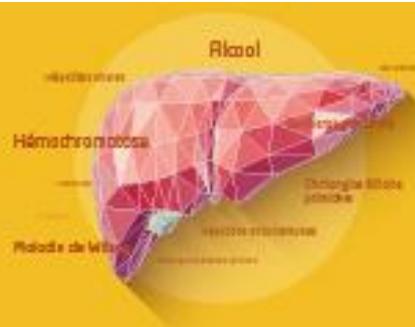
Résultats : Cette étude a analysé les données de 3 patients recevant un placebo, 3 erlotinib 50 mg/jour et 3 erlotinib 100 mg/jour. Un événement indésirable (EI) de grade 3 a été rapporté dans le groupe placebo (élévation des enzymes hépatiques), entraînant l'arrêt du traitement et le remplacement du patient, et un dans le groupe erlotinib 100 mg/jour (péricardite) qui n'a pas été considéré comme lié au traitement. Une éruption cutanée de grade 2 a été observée chez un patient recevant 100 mg/jour d'erlotinib.

Aucune réduction significative du niveau d'ARN-VHC n'a été notée au cours du traitement, mais 2/3 des patients du groupe erlotinib 100 mg/jour ont présentés une diminution $> 0,5$ log d'ARN-VHC 14 jours après la FDT dont un patient avec une réduction > 1 log (Figure 2).

Par rapport aux antiviraux à action directe, la cinétique du déclin viral est plus lente et une durée de traitement plus longue est probablement nécessaire, comme cela a également été montré pour l'inhibiteur d'entrée du VHC, le Bulevirtide [3,4]. L'inhibition de la réinfection cellulaire et de la propagation cellulaire, et l'apparition ultérieure de l'effet antiviral pourraient expliquer la réduction de l'ARN du VHC dans le groupe erlotinib 100 mg observée uniquement après la fin du traitement de 14 jours. [5]

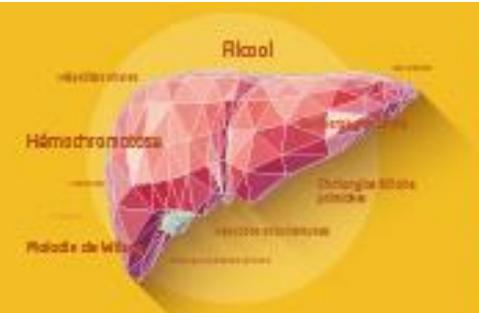
Conclusion : Erlotinib s'est avéré sûr chez les patients non cirrhotiques atteints d'une hépatite C chronique. Une activité antivirale à 100 mg/j confirme un rôle fonctionnel de l'EGFR comme facteur hôte du VHC chez les patients. Ces résultats offrent des perspectives pour étudier erlotinib en tant qu'agent chimiopréventif du CHC chez les patients VHC.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.

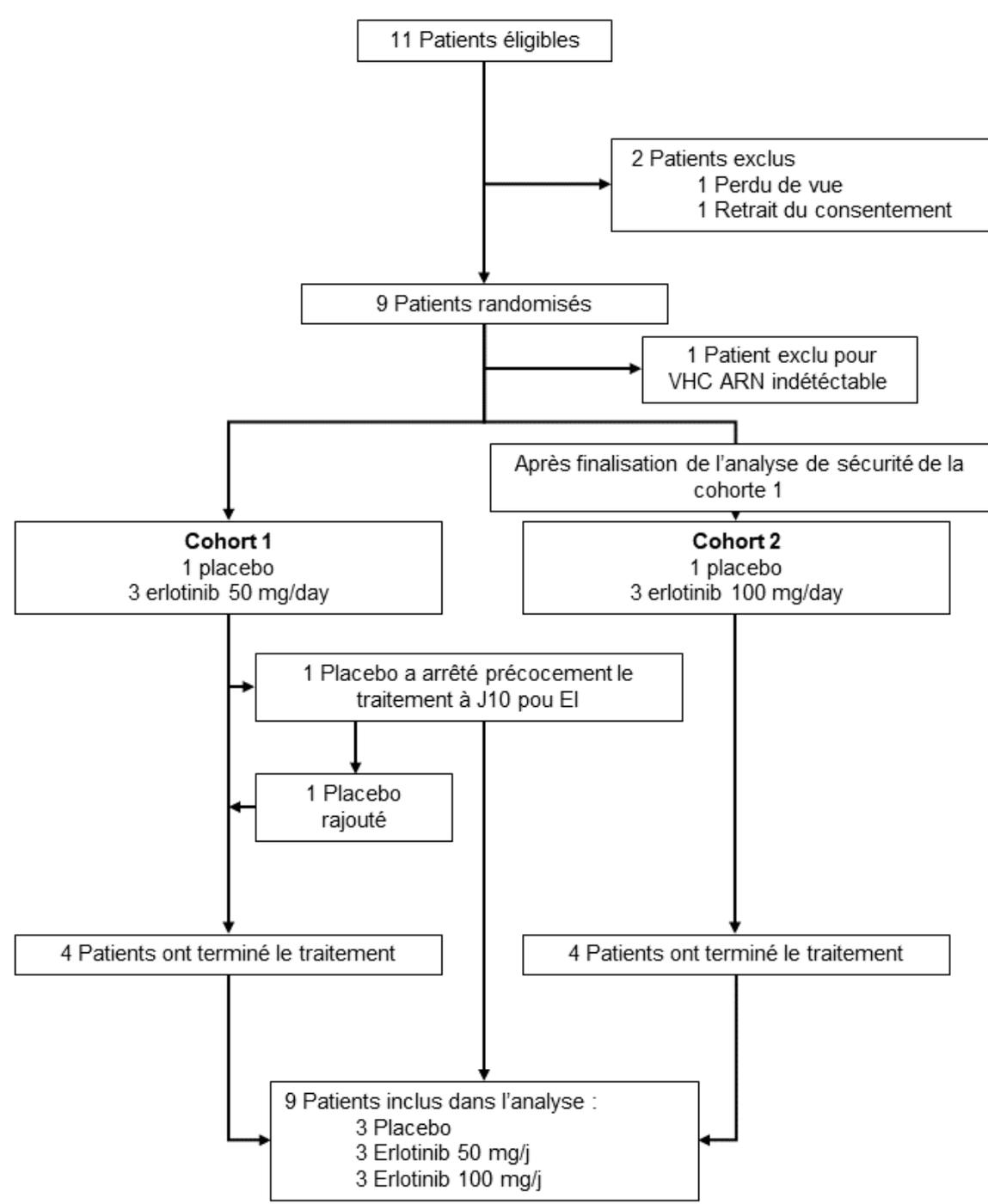


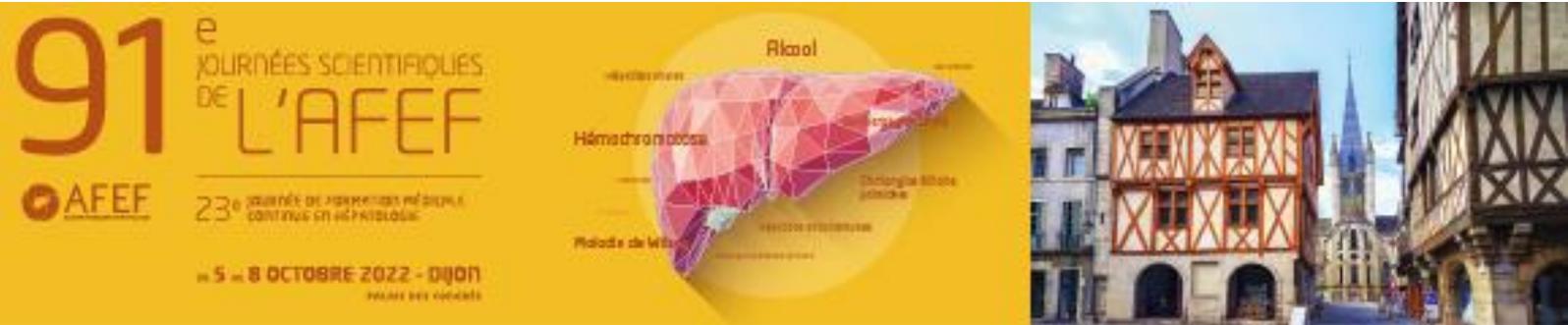
COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

- Références :** [1] Lupberger J, Zeisel MB, Xiao F, Thumann C, Fofana I, Zona L, et al. EGFR and EphA2 are host factors for hepatitis C virus entry and possible targets for antiviral therapy. *Nat Med* 2011; 17:589-595. doi 10.1038/nm.2341.
- [2] Fuchs BC, Hoshida Y, Fujii T, Wei L, Yamada S, Lauwers GY, et al. Epidermal growth factor receptor inhibition attenuates liver fibrosis and development of hepatocellular carcinoma. *Hepatology* 2014; 59:1577-1590. doi 10.1002/hep.26898.
- [3] Bogomolov P, Alexandrov A, Voronkova N, Macievich M, Kokina K, Petrachenkova M, et al. Treatment of chronic hepatitis D with the entry inhibitor myrcludex B: First results of a phase Ib/IIa study. *J Hepatol* 2016; 65:490-498. doi 10.1016/j.jhep.2016.04.016.
- [4] Loglio A, Ferenci P, Uceda Renteria SC, Tham CYL, Scholtes C, Holzmann H, et al. Safety and effectiveness of up to 3 years' bulevirtide monotherapy in patients with HDV-related cirrhosis. *J Hepatol* 2021. doi 10.1016/j.jhep.2021.10.012.
- [5] Zeisel MB, Fofana I, Fafi-Kremer S, Baumert TF. Hepatitis C virus entry into hepatocytes: molecular mechanisms and targets for antiviral therapies. *J Hepatol* 2011; 54:566-576. doi 10.1016/j.jhep.2010.10.014.

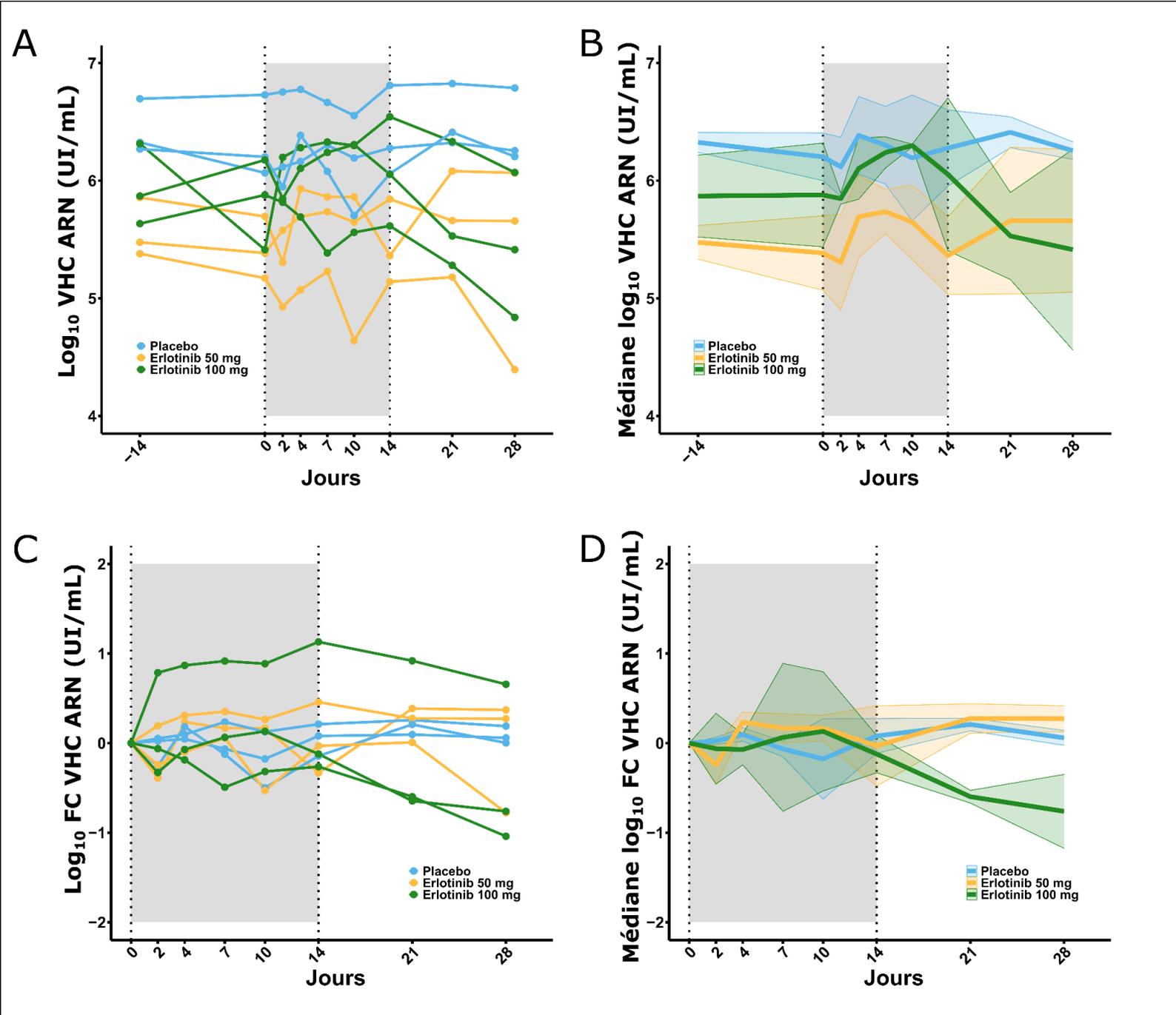


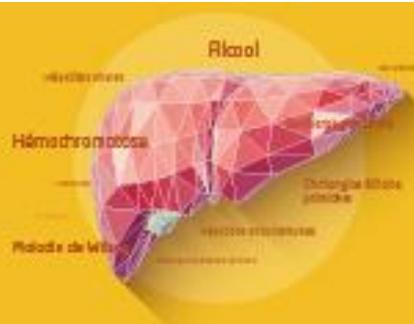
COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022





COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022





COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_32

Etude Helios 3 : efficacité et tolérance de 12 semaines de traitement par Sofosbuvir/Velpatasvir (SOF/VEL) chez des patients VHC suivis par des Médecins non spécialistes

D. Ouzan*, V. Leroy, J. Bronowicki, I. Fouchard, A. Heurgue, D. Pospait, G. Riachi, C. Renou, M. Antoni, L. Elkrief, L. Cuissard, L. Roudiere, H. Study Group, L. Cattan, S. Pol, O. Lada* (Angers, Boulogne Billancourt, Créteil, France, Hyères, Le Port - La Réunion, Orange, Paris, Reims, Rouen, Saint Laurent Du Var, Tours, Vandoeuvre Les Nancy)

Introduction : Depuis Mai 2019, la prescription des traitements anti-VHC est possible pour l'ensemble des médecins en France. La prise en charge des patients repose sur une initiation rapide des traitements par des médecins « non-spécialistes » chez les patients peu sévères (\leq F2) et un suivi par des médecins « spécialistes » pour les patients sévères ($>$ F2). Helios 3 est une étude de cohorte prospective visant à évaluer l'efficacité et la tolérance de 12 semaines de SOF/VEL chez des patients suivis par des médecins spécialistes et non-spécialistes après l'extension des prescriptions en France.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Les patients inclus sont des adultes infectés par le VHC traités par SOF/VEL prescrit par des médecins spécialistes et non-spécialistes. Les données recueillies comprennent les caractéristiques du patient, le délai entre la PCR positive/ l'évaluation de la fibrose et le début du traitement et la proportion de patients ayant une réponse virologique soutenue (RVS) 12 semaines après l'arrêt du traitement. Les variables qualitatives sont décrites avec le nombre et le pourcentage (%); les variables quantitatives sont la moyenne (écart-type; SD) ou la médiane (plage) comme indiqué.

Résultats : Entre Mars 2020 et Janvier 2022, 286 patients ont reçu au moins une dose de SOF/VEL ; 217 étaient suivis par des spécialistes et 69 par des non-spécialistes. L'âge médian était 53,14 ans (19,8 à 88,7 ans), 80 (28 %) étaient F3/F4 et 185 (64,7 %) étaient des hommes (Tableau). Des consommations occasionnelles et excessives d'alcool ont été rapportées chez 43 (62,3 %) patients traités par des spécialistes et 87 (40,8 %) traités par des non-spécialistes. L'usage de drogues a été observé chez 53,6 % des patients suivis par des non-spécialistes contre 18,6% chez ceux suivis par des spécialistes. Le délai moyen entre l'initiation du SOF/VEL et le fibroscan était de $62,16 \pm 306,39$ et $40,35 \pm 60,24$ jours pour le fib 4. Le délai moyen entre la PCR positive et l'initiation du traitement était de $89,19 \pm 311$ jours pour les patients traités par des spécialistes et $60,65 \pm 81$ jours pour ceux suivis par des non-spécialistes. Seulement 2 patients ont été perdus de vue. Parmi les 167 patients inclus qui ont présenté une RVS12, 124 (97,6 %) [93,28 ; 99,19] étaient suivis par des spécialistes et 40 (100,0 %) [91,24 ; 100,00] par des non-spécialistes; au regard du stade de fibrose, 107 patients F0-F2 (100,0 %) et 39 patients F3-F4 (92,9 %) ont présenté une RVS12. Sur l'ensemble des patients, 34 patients (11,9 %) ont rapporté au moins un événement indésirable, dont seulement 2 (0,7 %) ont mené à l'arrêt du médicament.

Conclusion : Cette analyse intermédiaire permet de rapporter l'efficacité et la tolérance du traitement par SOF/VEL après l'ouverture des prescriptions à tous les médecins en France. Le Taux de SVR12 observé était élevé chez tous les patients quel que soit leur suivi ou leur stade de fibrose. Malgré la crise COVID 19, cette étude révèle que le parcours des patients pourrait être encore plus optimisé.

Conflit d'intérêt :

Gilead Abbvie

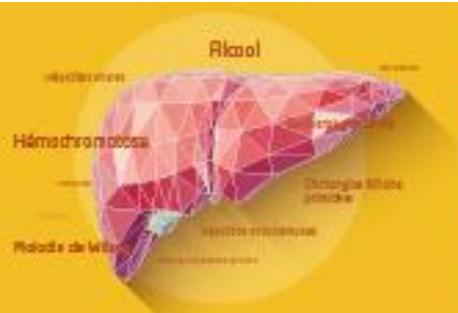


COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Remerciements : Étude de Phase 4 supportée par Gilead Science

		Type de suivi		
		Spécialistes N = 217	Non-spécialistes N = 69	Total N = 286
Caractéristiques des Patients				
Âge (années)		54.90 (19.8 ; 88.7)	44.99 (24.2 ; 77.6)	53.14 (19.8 ; 88.7)
Sexe	Femme	86 (39.6%)	15 (21.7%)	101 (35.3%)
	Homme	131 (60.4%)	54 (78.3%)	185 (64.7%)
Stade de Fibrose (F3-F4)		66 (30.4%)	14 (20.3%)	80 (28.0%)
Proportion de patients ayant une cirrhose		53 (24.4%)	8 (11.6%)	61 (21.3%)
Proportion de patients ayant une histoire d'un CHC*		8 (5.6%)	1 (3.7%)	9 (5.3%)
(jours) entre l'évaluation de la Fibrose/ la PCR et l'initiation du SOF/VEL				
Durée de test (Evaluation de la Fibrose)				
Fibroscan (n=205)	Moyenne ± SD	67.2 ± 334.9	36.6 ± 37.4	62.2 ± 306.4
Fib-4 score (n=277)		45.2 ± 55.7	46.4 ± 58.3	45.5 ± 56.2
PCR Positif (n=284)		89.2 ± 311.2	60.6 ± 80.7	82.3 ± 273.7
Consommation de drogues et d'alcool				
Consommation d'alcool chronique et excessive	N (vm)	213 (4) 87 (40.8%)	69 (0) 43 (62.3%)	282 (4) 130 (46.0%)
Présence d'une consommation d'alcool	N (vm)	212 (5) 71 (33.5%)	69 (0) 25 (36.2%)	281 (5) 96 (34.2%)
Présence de Drogues récréatives	N (vm)	212 (5) 27 (12.7%)	69 (0) 37 (53.6%)	281 (5) 64 (22.8%)
Présence de tabac	N (vm)	211 (6) 44 (20.9%)	69 (0) 40 (58.0%)	280 (6) 84 (30.0%)
2				
	N	127 124 (97.6%) [93.3;99.2]	40 40 (100.0%) [91.2;100.00]	167 164 (98.2%) [94.8;99.4]

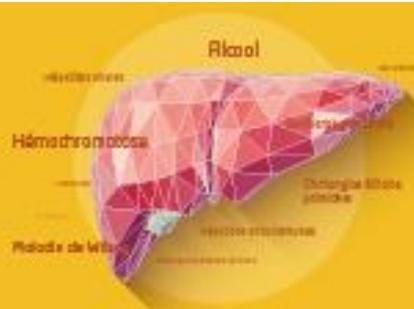
*CHC carcinome hépatocellulaire ; vm valeur manquante



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Références : 1- Hepatitis C in a psychiatric setting: A forgotten reservoir?

Rolland B, Bailly F, Cutarella C, Drevon O, Carrieri P, Darque A, Hallouche N, Maptue N, Pol S, Llorca PM, Lang JP. *Encephale*. 2021 Apr;47(2):181-184. doi: 10.1016/j.encep.2020.03.003. Epub 2020 May 27



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_34

Apport de l'élastographie Shearwave dans l'évaluation de la fibrose hépatique dans l'infection chronique VHB Ag Hbe négatif

R. Ayadi*, H. Kchir, D. Cherif, H. Dabbebi, H. Yacoub, H. Hassine, N. Maamouri (Tunis)

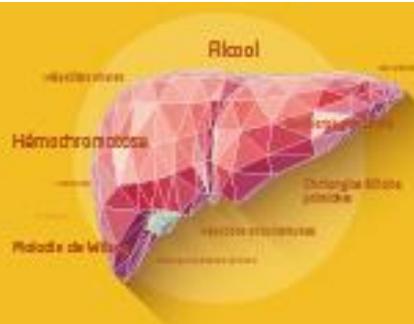
Introduction : L'évaluation précise du stade de la fibrose a connu, ces dernières années, le développement de nouvelles techniques d'élastographie. Parmi ces techniques, l'élastographie Shear Wave (2D-SWE) ou Supersonic Shear Imaging représente une révolution technologique dans le domaine de l'élastographie. L'objectif de ce travail est d'évaluer la performance et l'intérêt diagnostique de l'élastographie ultrasonore Shearwave, comparée à l'élastométrie impulsionnelle (Fibroscan) et au score Fib4 dans l'évaluation précise de la fibrose hépatique au cours de l'infection chronique VHB Ag Hbe négatif.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, analytique, mono-centrique, réalisée durant la période entre Juillet 2019 et Juin 2020. Les patients porteurs d'un Ag Hbs positif et ayant des Ac anti Hbe, un ADN VHB inférieur à 2000 UI/ml et des transaminases normales suivis au cours de la période d'étude ont bénéficié d'un bilan sanguin, d'une mesure de l'élasticité hépatique par élastométrie impulsionnelle (Fibroscan) et d'une échographie abdomino-pelvienne couplée à une étude par élastographie bidimensionnelle. Un délai inférieur à deux semaines séparant les explorations a été respecté.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 45,5 ans (31-70 ans). Une prédominance féminine était notée (60%) avec un sexe ratio (H/F) à 0,66. L'examen clinique ainsi que le bilan biologique pratiqués chez tous les malades n'avaient révélé aucun signe d'insuffisance hépatocellulaire ni d'hypertension portale. Tous les malades avaient bénéficié d'une FOGD mais aucun signe d'hypertension portale n'avait été objectivé. Un foie dysmorphique avait été découvert à l'échographie abdominale chez un seul malade dont l'origine était une stéatose hépatique. La médiane des valeurs de l'élasticité hépatique mesurée par la 2D-SWE était de 5,9 Kpa (4,74 – 7,02 Kpa) et celle mesurée par le Fibroscan était de 5,4 Kpa (3,4 – 6,9 Kpa). Aucun cas de fibrose significative n'avait été noté. Une association statistiquement significative entre les résultats du Fibroscan et ceux de la 2D-SWE avait été notée ($r=0,428$, $p=0,018$) avec un taux de concordance estimé à 43,7% contre 4,7% de concordance entre les résultats du score Fib 4 et ceux du Fibroscan.

Conclusion : La 2D-SWE s'avère un moyen performant, simple et accessible dans l'évaluation de l'élasticité hépatique chez les patients ayant une infection chronique VHB Ag Hbe négatif. Son intégration dans notre pratique clinique pourrait contribuer au diagnostic, à la prise en charge et au suivi de ces patients.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_38

Cholangite biliaire primitive à hyper gamma glutamyl transferase isolée

Y. Houssaini*, M. Kadiri, I. Benelbarhdadi, F. Ajana (Rabat)

Introduction : La cholangite biliaire primitive (CBP) est une maladie hépatique cholestatique auto-immune, dont le diagnostic repose sur la présence de deux des critères suivants: cholestase chronique, bilan auto-immun positif, critères histologiques de la CBP. L'évolution de la réponse au traitement repose sur les critères de Paris II qui ne prend pas en considération les Gamma Glutamyl Transferase (GGT).

L'objectif de notre travail est de montrer l'intérêt de la GGT dans le diagnostic et le suivi de la CBP.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective, descriptive et analytique réalisée au sein d'un service d'hépatogastro-entérologie, intéressant des patients présentant une CBP avec hyperGGT sans anomalies de la Phosphatase alcaline (PAL). L'étude statistique est réalisée à l'aide du logiciel Jamovi.

Résultats : Sur un total de 112 patients atteints de CBP, 23 patients avaient une cholestase chronique au dépend de la GGT avec PAL normale soit une prévalence de 20%. L'âge moyen de nos patients était de 51ans et un écart-type de 17ans, 95%(n=22) était des femmes et 5% des hommes. Cliniquement 61%(n=14) étaient asthéniques, 48%(n=11) avaient un prurit, 17%(n=4) ictériques et 26%(n=6) avaient des signes d'HTP.

Biologiquement, 61% avaient une cytolyse associée, 30% avaient une hyperbilirubinémie et 30% étaient en insuffisance hépatocellulaire.

La CBP était séropositive dans 35% des cas (n=8), histologiquement 22 de nos patients avaient bénéficié d'une ponction biopsie du foie (PBF) objectivant un stade Scheuer 3 dans 43,5% des cas, Scheuer 2 dans 26% et scheuer 1 dans 26%. La fibrose était F3-F4 dans 48%, F2 dans 17,4%, F0-F1 dans 30.4% des cas.

L'évaluation de la réponse au traitement (TTT) par le score de Paris II a montré que 78% des patients sont répondeurs au TTT et 9%(n=2) sont des mauvais répondeurs alors que 13%(n=3) patients sont non observants. L'évaluation de la réponse après 1 an par GGT a montré que 61%(n=14) sont bons répondeurs (normalisation de la GGT) alors que 39% gardent une GGT normale.

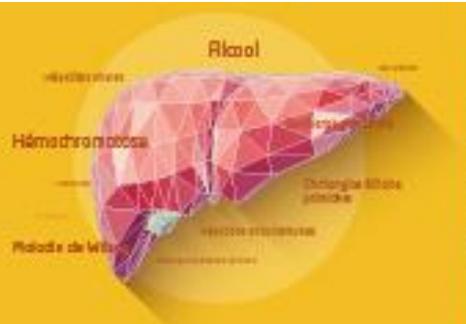
En comparant les taux de GGT avant et après traitement par AUCD on a objectivé une différence statistiquement significative avec $p < 0.002$.

Conclusion : La prévalence de la CBP à PAL normale et GGT élevée est de 20% dans notre série.

les malades atteints de CBP à PAL normale et GGT élevée développent des stades histologiques avancés avec une fibrose F3-F4 et stade Scheuer 3.

La GGT est un bon marqueur pour évaluer la réponse au TTT par AUCD avec $p < 0,002$ d'où l'intérêt d'inclure la GGT dans les scores d'évaluation thérapeutique.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_39

Hémoglobinurie paroxystique nocturne : cause rare des maladies vasculaires du foie

S. Hmimass*, I. Khalif, M. Borahma, M. Kadiri, I. Benelbarhdadi, F. Ajana (Rabat)

Introduction : L'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN) est une pathologie génétique due à une mutation somatique acquise clonale du gène PIGA dans une ou plusieurs cellules souches hématopoïétique, responsable d'un déficit partiel ou complet de synthèse de l'ancre glycosylphosphatidylinositol.

Le pronostic de cette pathologie est lié particulièrement aux complications thromboemboliques.

L'objectif de notre travail était de préciser la prévalence de cette pathologie chez les patients ayant des maladies vasculaires du foie, en précisant leurs profils épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective et descriptive étalée sur une période de 19ans, allant de 2003 à 2022, incluant tous malades suivis pour maladies vasculaires du foie au sein de notre formation et ayant la présence d'un clone HPN positif.

Chez tous nos malades, le clone HPN a été recherché par cytométrie en flux pour mettre en évidence un déficit en marqueurs GPI-liés sur au maximum deux lignées sanguines distinctes, en plus d'un bilan de thrombose exhaustif (bilan de thrombophilie, syndrome des antiphospholipides, BOM, mutation JAK2, néoplasie...)

Résultats : Sur un total de 119 malades ayant des MVF, six patients avaient la présence d'un clone HPN érythrocytaire et granulaire, une prévalence de 5,04%, dont 2,5% pour les MVPS, 1,7% pour le cavernome porte, et 0,84% pour le SDC. L'âge moyen était de 42,8 ans, et tous de sexe féminin.

L'échographie abdominal a objectivé la présence d'un foie hétérogène dans 50% des cas, un cavernome porte dans 33,4%, et dans 16,6% un SBC. Toutes nos patientes (n=6) étaient au stade d'HTP.

Le bilan hépatique était normal chez 67% des cas (n=4), et il montrait une cholestase anictérique isolée. La ponction biopsie hépatique montrait dans 33% des cas une veinopathie portale oblitérante, et dans 17% des cas une dilatation sinusoidale.

Une thrombopénie a été retrouvée chez 83,4%, une leucopénie chez 66%, et une anémie normocytaire normochrome chez 33%.

Le bilan étiologique a objectivé un clone HPN isolé chez trois malades, associé à un déficit combiné en protéine S et C chez deux malades, et associé à un syndrome des antiphospholipides (SAPL) chez une seule malade.

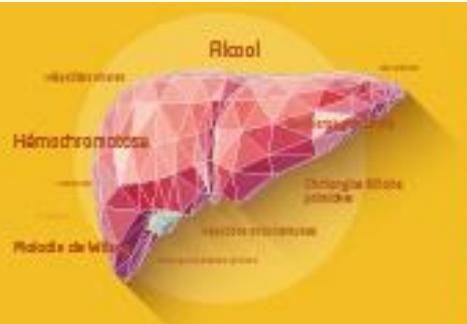
Le traitement s'est basé essentiellement sur les bêtabloquants et ligature des varices œsophagiennes chez toutes les malades, une anticoagulation à base d'AVK chez 33% des malades, et par manque de moyen aucune des malades n'a été mise sous traitement spécifique Eculizumab.

Les patientes ont été contrôlées semestriellement, avec une bonne évolution.

Conclusion : La présence du clone HPN constitue une cause rare des maladies vasculaires du foie, la prévalence représentait 5,04 %, dominée par le bloc intrahépatique (MVPS) chez 2,5% des cas.

En présence de thrombose, sa recherche doit être systématique, et une indication absolue de traitement, car le traitement anticoagulant seul ne réduit pas le risque thrombotique chez les patients présentant une HPN

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_40

Implantation du TIPS pour une hémorragie digestive sur hypertension portale dans le cadre d'un PIK3CA RELATED OVERGROWTH SPECTRUM (PROS) : A propos de 3 cas

L. Lukenga Safu* (Chambray Les Tours)

Introduction : Le PIK3CA Related Overgrowth Spectrum (PROS) est un syndrome rare associant un syndrome d'hypertrophie d'un membre lié à une mutation activatrice somatique du gène PIK3CA. Cette entité nouvellement décrite regroupe un ensemble de maladies dont le syndrome de Klippel-Trenaunay. L'hémorragie digestive par hypertension portale est une complication rare chez les patients atteints de PROS. Il n'existe aucun cas rapporté de mise en place d'un TIPS dans le cadre de ce syndrome.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Description de cas de trois patients suivis dans un centre tertiaire français pour un PROS ayant présenté un épisode d'hémorragie digestive lié à une hypertension portale entre décembre 2008 et décembre 2015, ayant conduit à la mise en place d'un TIPS.

Résultats : Cas n°1 : un homme de 23 ans a été hospitalisé en décembre 2008 pour méléna sur rupture de varices œsophagiennes sur cavernome porte dans un contexte de PROS. L'indication du TIPS était la récurrence hémorragique à J15.

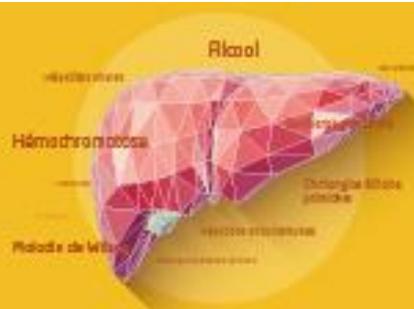
Cas n°2 : un homme de 34 ans a été hospitalisé en septembre 2011 pour rectorragies récurrentes secondaires à une volumineuse varice mésentérique inférieure avec un flux portal hépatofuge secondaire au PROS. L'indication du TIPS était le rétablissement d'un flux porte hépatopète et l'occlusion de la varice mésentérique. Dans ce cas, le TIPS a été associé à l'occlusion de la veine mésentérique inférieure par un dispositif d'occlusion septal (Amplatzer™).

Cas n°3 : une jeune femme de 17 ans a été hospitalisée en décembre 2015 pour hématoméso sur rupture de varices œsophagiennes sur cavernome porte secondaire au PROS. L'indication du TIPS fut la récurrence hémorragique à moins de 24h. Compte tenu de l'absence de branche portale en échographie, un abord iléal par mini-laparotomie a été couplé à un abord jugulaire. Une thrombose du TIPS a été diagnostiquée à J+5, motivant une reprise avec mise en place de stents porte, mésentérique et splénique (Palmaz®), suivie d'une thrombolyse 2 jours plus tard, permettant d'obtenir une perméabilité pérenne sous anticoagulants.

Après un suivi de 13 ans, 10 ans, et 6 ans respectivement, les 3 patients n'ont pas présenté de récurrence hémorragique.

Conclusion : L'hémorragie digestive par hypertension portale est une complication rare chez les patients atteints de PROS, en lien avec une hypertension portale non cirrhotique. Le TIPS peut être envisagé dans cette indication.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_41

La cholangite biliaire primitive séro-négative : Caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques, histologiques et évolutives

R. Ayadi*, H. Kchir, D. Cherif, H. Dabbebi, H. Yacoub, H. Hassine, N. Maamouri (Tunis)

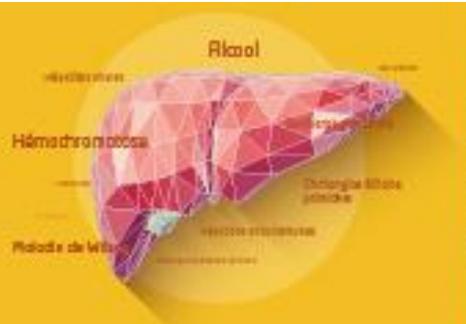
Introduction : La cholangite biliaire primitive (CBP) est une maladie inflammatoire chronique du foie de mécanisme auto-immun. Son diagnostic repose sur la présence d'une cholestase biologique, d'anticorps anti-mitochondries de type 2 (AAM2) positifs et de lésions histologiques évocatrices. La CBP séronégative représente une forme rare de la CBP avec un tableau trompeur pouvant errer le diagnostic. L'objectif de cette étude était de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques, histologiques et évolutives de cette forme particulière comparativement à la forme séropositive.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive, comparative, mono-centrique, colligeant tous les patients suivis pour CBP sur une période de 23 ans. Le diagnostic de CBP séronégative était retenu devant l'association d'une cholestase biologique à des signes histologiques caractéristiques en l'absence d'anticorps anti-mitochondrie (AAM). Les différentes données cliniques, biologiques, histologiques et évolutives ont été notifiées sur des fiches d'exploitation individuelles préétablies.

Résultats : Cent huit patients suivis pour CBP ont été colligés dont 11 cas de CBP séronégative (11,88%). L'âge moyen était de 51 ans avec une prédominance féminine (75%). La CBP était asymptomatique dans 45% des cas et la découverte était le plus souvent fortuite devant une perturbation du bilan biologique (36%). Sur le plan immunologique, seuls les anticorps anti-nucléaires (AAN) étaient positifs (63%). Une biopsie hépatique a confirmé le diagnostic chez tous les patients. Sur le plan histologique, la cholangite lymphocytaire destructrice était la lésion la plus fréquente (63%) de même que le stade 4 de Scheuer (36%). Au moins une maladie auto-immune associée était présente chez 45% des patients. Tous les patients ont reçu l'acide ursodésoxycholique (AUDC) à une dose de 12 à 15 mg/Kg/j. Trois patientes ayant un syndrome de chevauchement CBP-HAI ont reçu des corticoïdes en association à l'AUDC. Le suivi moyen était de 60 mois. Une réponse complète était notée dans 5 cas. Quatre patients ont été perdus de vue. Une seule patiente a présenté une rechute suite à une mauvaise observance. Une seule patiente a développé un carcinome hépato-cellulaire au cours de l'évolution de la maladie. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les groupes avec ou sans AMM pour les caractéristiques étudiées de la maladie.

Conclusion : Bien que la CBP séronégative représente une forme rare de CBP, elle est associée à un risque de complications similaire à celui de la forme séropositive. Cependant, ses signes trompeurs peuvent retarder le diagnostic. Ainsi, elle doit être recherchée en présence de toute cholestase hépatique et le traitement par AUDC doit être administré à un stade précoce afin d'améliorer le pronostic de la maladie.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_42

Hépatite alcoolique sévère : du défaut de régénération hépatocytaire à un profil spécifique de fibrogenèse hépatique

L. Ntandja Wandji*, M. Bousaleh, C. Sobolewski, V. Gnemmi, E. Bolesmawski, F. Bray, C. Rolando, P. Mathurin, L. Dubuquoy, A. Louvet (Lille)

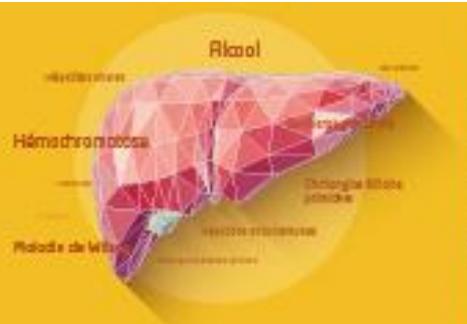
Introduction : L'hépatite alcoolique sévère (HAS) est caractérisée par un défaut de régénération du compartiment épithélial. Récemment, le rôle de l'hyperactivation du facteur de transcription YAP dans les hépatocytes a été mis en évidence dans ce défaut de régénération. L'HAS est aussi associée à une progression rapide vers une fibrose avancée cependant le profil et les mécanismes de cette fibrose sont mal connus. L'objectif de notre étude est de décrypter l'impact du défaut du compartiment épithélial sur le compartiment mésenchymateux à l'origine du processus spécifique de fibrogenèse observé dans l'HAS.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : Le profil moléculaire de fibrose était comparé dans les explants de foie avec HAS corticorésistante ou cirrhose liée à l'alcool (Cirrh) grâce à la RT-PCR, l'immunohistochimie et la protéomique. En traitant des fibroblastes hépatiques humains avec du milieu conditionné d'hépatocytes primaires humains exprimant un YAP constitutivement actif (mimant ceux de l'HAS), leur effet paracrine sur l'activation (α -SMA...) et la prolifération des fibroblastes (BrdU...) était étudié. L'interaction directe était étudiée grâce à la coculture de fibroblastes et d'organoïdes issus de foies d'HAS ou de Cirrh.

Résultats : L'immunohistochimie montrait l'existence d'un profil de fibrose spécifique dans les foies des patients ayant une HAS caractérisé par une fibrose périlobulaire (comme dans la Cirrh) à laquelle s'ajoute une fibrose intralobulaire. Dans les échantillons de foies totaux des patients ayant une HAS, la RT-PCR et l'analyse protéomique révélaient une augmentation de l'expression de plusieurs marqueurs d'activation des fibroblastes (α -SMA, PDGFR α et PDGFR β , vimentine) et des collagènes fibrillaires (COL1A1, COL3A1) mais aussi une dérégulation des enzymes modifiant la MEC (TIMP1, MMP9). Après traitement des fibroblastes hépatiques humains avec des surnageants de culture des hépatocytes transduits ou non avec un YAP constitutivement actif, on observait d'une part une prolifération accrue des fibroblastes traités avec les surnageants provenant de puits contenant des hépatocytes transduits et d'autre part une augmentation significative de l'expression des marqueurs d'activation et de production de la MEC par ces mêmes fibroblastes. Enfin, une augmentation significative de l'expression des chimiokines (i.e. MCP1, CCL5, PDGF α) et des protéines de la MEC a été observée dans les fibroblastes cocultivés avec des organoïdes obtenus à partir de foies d'HAS en comparaison à ceux cocultivés avec des organoïdes provenant de foies Cirrh.

Conclusion : Le défaut du compartiment épithélial observé dans les foies des patients ayant une HAS semble avoir un impact sur le processus de fibrogenèse observé dans cette maladie via des mécanismes direct et indirect affectant l'activation et la prolifération des fibroblastes. Parmi ces mécanismes, le facteur de transcription YAP semble jouer un rôle dans la fibrogenèse particulière observée dans l'HAS.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.



COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_43

Le récepteur purinergique P2X4R stimule le flux autophagique dans le foie avec un impact sur l'homeostasie des gouttelettes lipidiques

T. Pébrier*, O. Fayol, I. Garcin, I. Doignon, G. Merlen, T. Tordjmann (Orsay)

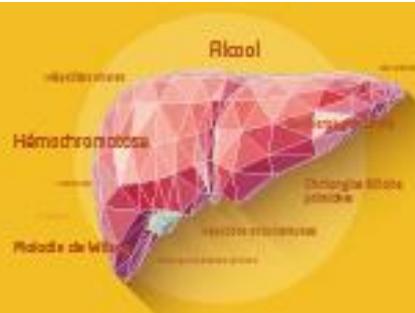
Introduction : Le récepteur P2X4R est un récepteur canal cationique ATP-dépendant (« purinergique ») principalement exprimé dans les lysosomes de la plupart des types de cellules, y compris les hépatocytes. Son rôle dans la physiopathologie hépatique reste mal compris, alors que son impact sur la fusion membranaire endo-lysosomale a été rapporté. Nous avons donc cherché à définir l'impact de P2X4R sur la machinerie macro-autophagique ainsi que sur la genèse de gouttelettes lipidiques, in vivo et in vitro.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : In vivo, nous avons utilisé des souris P2X4R-KO et WT, un antagoniste spécifique de P2X4R (Bay1797 10 mg/kg gavage bid, 4 jours), et le modèle de stéatose induite par le jeûne. In vitro, des lignées cellulaires LC3-GFP-RFP (quantification du flux autophagique, microscopie confocale), la lignée HEK (Human embryonic Kidney) transfectée avec P2X4R, une lignée de fibroblastes embryonnaires de souris (MEF) chargés en acides gras (acide oléique, OA), un marquage des lipides (LipidTox Green), des Western Blots LC3-II, une coloration Oil Red O (coupes de foie) ont été utilisés.

Résultats : Le flux autophagique à jeun (24 h) était diminué dans le foie des souris P2X4R-KO par rapport aux souris WT (analyse en western blot LC3II), ainsi que dans le foie des animaux WT traités avec le Bay1797 (par rapport aux souris traitées avec le véhicule). In vitro, la surexpression de P2X4R stimulait le flux autophagique dans les cellules HEK (analyse western blots LC3II) et dans les cellules LC3-GFP-RFP (microscopie confocale). Chez les souris à jeun (48 h) traitées avec le Bay1797, une stéatose micro-vésiculaire a été observée (Colorations HES et Oil Red O), au lieu d'une stéatose macro-vésiculaire chez les souris traitées avec le véhicule. La quantification de la taille des gouttelettes lipidiques en microscopie confocale confirmait cette observation. Par contre, la concentration de triglycérides hépatiques était similaire dans les deux groupes de souris à jeûn (traitées ou non avec le Bay1797). Des résultats similaires ont été observés in vitro dans les MEF chargés en OA et traités par le Bay1797, qui présentaient des gouttelettes lipidiques de plus petite taille par rapport aux cellules chargées en OA traitées avec le véhicule (microscopie confocale).

Conclusion : Le récepteur purinergique P2X4R favorise le flux autophagique dans les hépatocytes avec un impact sur l'homéostasie des gouttelettes lipidiques pendant le jeûne chez la souris. Ces données suggèrent que P2X4R est impliqué dans la lipophagie, avec des conséquences physiopathologiques et par des mécanismes qui sont en cours d'investigation.

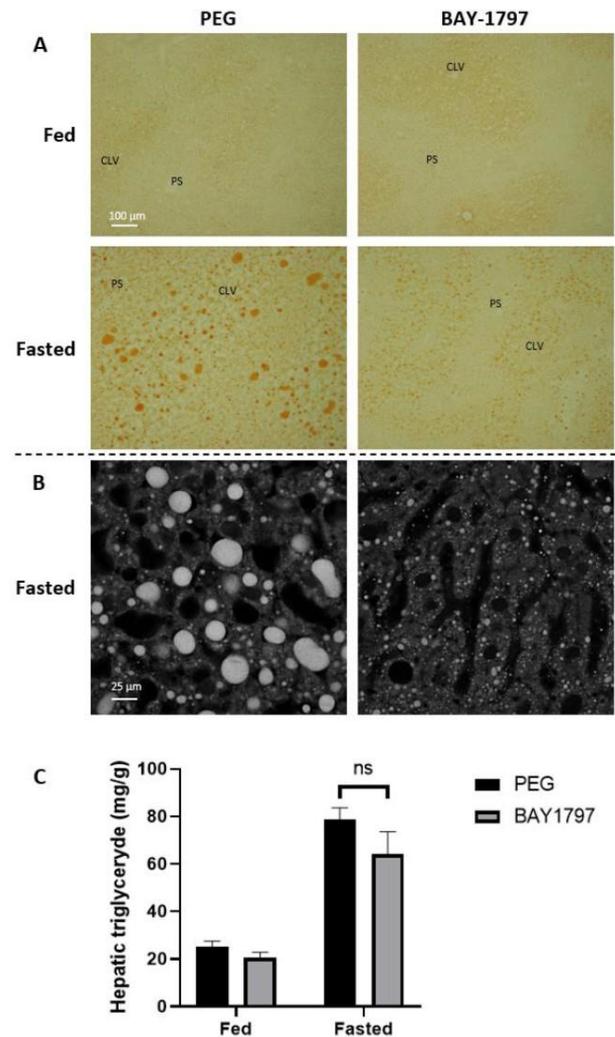
L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.

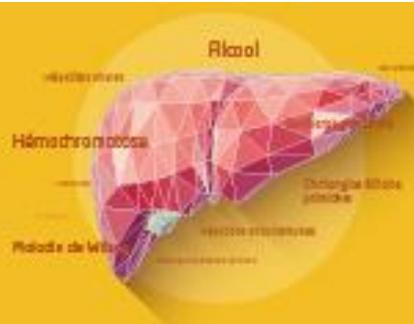


COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

P2X4R favorise l'accumulation de gouttelettes lipidiques de grande taille dans le foie de souris à jeun.

Coloration Oil Red O de coupes de foie de souris nourries ou à jeun (48h), traitées ou non (PEG) avec l'antagoniste de P2X4R (BAY-1797). **A** : Microscopie optique (Obj. X10, images représentatives de n = 4-5 souris/groupe). PS : Espace Porte. CLV : Veine Centrolobulaire. **B** : Microscopie Confocale (Obj. X60, images représentatives de n = 4-5 souris/groupe). **C** : Dosages de triglycérides. Quantification pour les 4 groupes de souris (4-5 souris/groupe).





COMMUNICATIONS AFFICHÉES AFEF 2022

Résumé N°: EP_44

Dépistage de la stéatopathie métabolique chez les patients diabétiques 2, étude prospective

M. Gélou-Siméon*, J. Matile, M. Lafrance, C. Galbas-Frontinois, F. Velayoudom, V. Chingan-Martino, A. Jehl (Basse-Terre, Pointe-À-Pitre)

Introduction : Le diabète de type deux (DT2) est le facteur de risque le plus important de développement d'une stéatopathie métabolique. Pour autant, il n'existe pas encore de consensus sur son dépistage, dans cette population, y compris dans les régions à forte prévalence de DT2 (supérieure à 10%). Nous nous sommes interrogés sur la prévalence de la stéatopathie métabolique parmi 100 DT2 nouvellement pris en charge dans notre établissement. Les objectifs secondaires de cette étude étaient d'évaluer les facteurs de risques de NASH et la sévérité de la maladie hépatique au diagnostic.

Patients et méthodes ou matériels et méthodes : De juin 2018 à aout 2021, 100 DT2 ont été inclus dans les services d'hépatologie ou d'endocrinologie. Le dépistage de la stéatose et de la fibrose était réalisé à l'aide des scores non invasifs, respectivement stéatométrie (Aixplorer®), stéatotest®, NASHtest® et élastométrie (Aixplorer®), Fibrotest®, score de Fibrosis-4 Index (FIB-4).

Résultats : La prévalence de la NASH parmi les patients DT2 a été estimée à 75,7%, dont 40,6% avaient une fibrose avancée (définie par 2 tests non invasifs concordants pour un stade \geq F2 selon la classification de METAVIR). Elle était significativement moins fréquente dans la population Afro-Caribéenne comparativement aux populations caucasiennes et indiennes ($p=0,029$). Le syndrome métabolique, associé au DT2, était significativement associé à une NASH dans 92,4% des cas ($p=0,028$). L'âge médian à 67 [64-69] ans ($p=0,0082$) et le bilan hépatique anormal dans 84.6% des cas ($p=0,013$), étaient significativement associés à une fibrose avancée.

Conclusion : Dans notre région à forte prévalence de DT2, la NASH est une pathologie fréquente, indépendamment de l'ethnie, ce qui nous incite à préconiser un dépistage systématique chez les DT2, en particulier, en cas de syndrome métabolique associé.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.