

# 95<sup>e</sup> JOURNÉES SCIENTIFIQUES DE L'AFEF

25<sup>e</sup> JOURNÉE DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE EN HÉPATOLOGIE



Alcool

Hépatites virales

Dyslipidémie

Hémochromatose

Surcharge pondérale

Médicaments

Cholangite biliaire primitive

Diabète

Hépatites auto-immunes

Maladie de Wilson

Cholangite sclérosante primitive

DU 2 AU 4 OCTOBRE 2024 - ANTIBES

ANTIPOLIS | PALAIS DES CONGRÈS

Communications Affichées



## Communications Affichées AFEF 2024

Mercredi 2 Octobre 12:45 – 13:15

### Posters Primés

12:45

PP\_01

**La dysfonction immunitaire associée à la cirrhose évaluée par le mHLADR et son évolution post greffe sont associées au pronostic précoce de la transplantation hépatique**

M.C. Delignette\* <sup>1</sup>; F. Lebosse <sup>1</sup>; M. Bodinier <sup>1</sup>; A. Riff, <sup>1</sup>; K. Mohkam <sup>1</sup>; C. Guichon <sup>1</sup>; A. Blet <sup>1</sup>; J. Dumortier <sup>1</sup>; S. Pantel <sup>1</sup>; F. Venet <sup>1</sup>; J.Y. Mabrut <sup>1</sup>; T. Antonini <sup>1</sup>; G. Monneret <sup>1</sup>, Lyon

12:51

PP\_02

**Suivi longitudinal du Fib-4 chez les patients à risque de MASLD recevant un traitement par méthotrexate à faible dose (LD-MTX) : Résultats de l'essai CIRT randomisé contre placebo chez 4769 patients**

V. Di Martino\* <sup>1</sup>; J. Cui <sup>2</sup>; D. Weil Verhoeven ; D.H. Solomon <sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Besançon; <sup>2</sup> Boston

12:57

PP\_03

**Signatures moléculaires du rejet d'allogreffe hépatique utilisant le panel de gène consensus Banff Human Organ Transplant**

Z. Demir\* <sup>1</sup>; J.P. Duong-Van-Huyen <sup>1</sup>; M. Sebagh <sup>2</sup>; D. Debray <sup>1</sup>; J. Dumortier <sup>3</sup>; V. PARADIS <sup>4</sup>; A. Del Bello <sup>5</sup>; M. Meszaros <sup>6</sup>; J. Dagobert <sup>1</sup>; V. Hervieu <sup>3</sup>; F. Durand <sup>4</sup>; A. Coilly <sup>2</sup>; C. Chardot <sup>1</sup>; C. Feray <sup>2</sup>; E. Vibert <sup>2</sup>; N. Kamar <sup>5</sup>; C. Francoz <sup>4</sup>; O. Aubert <sup>7</sup>; C. Lefaucheur <sup>1</sup>; A. Loupy <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Paris; <sup>2</sup> Villejuif; <sup>3</sup> Lyon; <sup>4</sup> Clichy; <sup>5</sup> Toulouse; <sup>6</sup> Montpellier; <sup>7</sup> par

13:03

PP\_04

**Biopsie hépatique avant greffe cardiaque: Pour une meilleure sélection des candidats à la simple ou double greffe. Étude rétrospective uni centrique sur 20 ans**

E. Désiré <sup>1</sup>; F. Charlotte <sup>1</sup>; P. Sultanic <sup>1</sup>; A. Silva <sup>2</sup>; C. Roux <sup>1</sup>; S. Varnous <sup>1</sup>; P. Lebray\* <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Paris; <sup>2</sup> Châteaubriant

13:09

PP\_05

**Comparaison des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) pilotées par les oncologues et les hépatologues pour la prise en charge du carcinome hépatocellulaire : une expérience régionale**

D. Pureur\* <sup>1</sup>; L. Hountondji <sup>1</sup>; D. Weil Verhoeven <sup>2</sup>; V. Angélique <sup>2</sup>; C. Borg <sup>2</sup>; V. Di Martino <sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Montpellier; <sup>2</sup> Besançon



## Communications Affichées AFEF 2024

Vendredi 4 Octobre 13:30 – 14:00

### Posters Primés

13:30

PP\_06

#### **Rôle protecteur de la vésicule biliaire au cours de la cholangite sclérosante primitive: analyse préliminaire d'une étude internationale**

N. Cazzagon<sup>1</sup>; E. Catanzaro<sup>1</sup>; A. Bergquist<sup>2</sup>; A. Grigoriadis<sup>2</sup>; R. Motta<sup>1</sup>; L. Arrive<sup>3</sup>;  
C. Corpechot<sup>3</sup>; O. Chazouilleres; C. Housset<sup>3</sup>; S. Lemoine\*<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Padoue; <sup>2</sup> Stockholm; <sup>3</sup> Paris

13:36

PP\_07

#### **Caractérisation des lésions hépatiques induites par les inhibiteurs de CDK 4/6**

L. Meunier\*<sup>1</sup>; B. Delire<sup>2</sup>; E. De Martin<sup>3</sup>; A. Zahhaf<sup>1</sup>; Y. Horsmans<sup>2</sup>; D. Larrey<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Montpellier; <sup>2</sup> Bruxelles; <sup>3</sup> Villejuif

13:42

PP\_08

#### **La mesure de l'élastographie hépatique est pertinente pour l'évaluation de la fibrose et l'estimation de la sévérité de la cirrhose chez les patients atteints de maladie de Wilson**

R. Sobesky\*<sup>1</sup>; C. Desterke<sup>1</sup>; E. Vargiu<sup>1</sup>; D.M. Eleonora<sup>1</sup>; I. Kounis<sup>1</sup>; A. Poujois<sup>2</sup>;  
C. Guettier<sup>3</sup>; J.C. Duclos Vallee<sup>1</sup>; A. Coilly<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Villejuif; <sup>2</sup> Paris; <sup>3</sup> Le Kremlin-bicêtre

13:48

PP\_09

#### **Y a-t-il un lien entre la Vaccination SARS-CoV-2 les hépatopathies auto-immunes?**

S. Pol<sup>1,1</sup>; C. Mouliade\*<sup>1</sup>; L. Parlati<sup>1</sup>; C. Mathis<sup>1</sup>; S. Bouam<sup>1</sup>; P. Sogni<sup>1,1</sup>; V. Mallet<sup>1,1</sup>

<sup>1</sup> Paris

13:54

PP\_10

#### **L'acide ursodésoxycholique seul est prometteur en première ligne de traitement des hépatites aux inhibiteurs de checkpoint immunitaires (U-CHILI)**

L. Hountondji\*<sup>1</sup>; S. Faure<sup>1</sup>; P. Palassin<sup>1</sup>; G.P. Pageaux<sup>1</sup>; A. Maria<sup>1</sup>; L. Meunier<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Montpellier



## Communications Affichées AFEF 2024

### Posters Juniors

PJ\_01

#### **Caractérisation de l'environnement immunitaire intra-hépatique dans les biopsies hépatiques à travers différentes phases de patients HBeAg négatifs non traités**

M.S. Franzè\* <sup>1,2</sup>; P. Maille <sup>2,2</sup>; S. Caruso <sup>2,2</sup>; J. Calderaro <sup>2,2</sup>; Y. Bouda <sup>2</sup>; A. Sessa <sup>2,2</sup>; S. Chevaliez <sup>2,2</sup>; P. Ingiliz <sup>2,2</sup>; T. Pollicino <sup>1</sup>; G. Raimondo <sup>1</sup>; P. Jean-Michel <sup>2,2</sup>; V. Leroy <sup>2,2</sup>; G. Amaddeo <sup>2,2</sup>

<sup>1</sup> Messina; <sup>2</sup> Créteil

PJ\_02

#### **Rôle de l'hépatokine FGL1 au cours de la progression de la stéatopathie métabolique**

J. Personnaz\* <sup>1</sup>; L. Cannizzo <sup>1</sup>; A. Desquesnes <sup>1</sup>; M. Manon <sup>1</sup>; T. Medjbeur <sup>1</sup>; L. Kautz <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Toulouse

PJ\_03

#### **Importance de la phosphorylation oxydative hépatocytaire dans la protection contre les maladies du foie associées à un dysfonctionnement métabolique (MASLD)**

S. Yde\* <sup>1,1</sup>; J.D. Hernandez Camacho <sup>1</sup>; M. Ribeiro <sup>1</sup>; C. Patitucci <sup>1</sup>; E. Vimont <sup>1</sup>; M. Lagouge <sup>1</sup>; F. Foufelle <sup>1</sup>; T. Wai <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Paris

PJ\_04

#### **Apport de la biologie moléculaire dans le cholangiocarcinome : une étude rétrospective Montpellieraine réalisée avec la cohorte CHOMOP (Cholangiocarcinoma Molecular Profile)**

I. Dalmon\* <sup>1</sup>; E. Assenat <sup>1</sup>; A. Debourdeau <sup>1</sup>; S. Cabello-Aguilar <sup>1</sup>; J. Vendrell <sup>1</sup>; J. Solassol <sup>1</sup>, Montpellier

PJ\_05

#### **Dépistage des mineurs non reconnus mineurs : expérience en vie réelle**

A.F. Ake <sup>1</sup>; A. Riff, <sup>1</sup>; C. Delacquis <sup>1</sup>; F. Faillebin <sup>1</sup>; D. Alfaiate <sup>1</sup>; H. Lardot <sup>1</sup>; N. Smolski <sup>1</sup>; C. Brunel-Scholtès <sup>1</sup>; F. Zoulim <sup>1</sup>; F. Bailly <sup>1</sup>; F. Villeret\* <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Lyon

PJ\_06

#### **Quels sont les facteurs prédictifs d'évènements hépatiques chez les malades atteints d'hépatite auto-immune ?**

A. Sessa\* <sup>1,1</sup>; A. Saviano <sup>2</sup>; L. BLAISE <sup>3</sup>; M. Zioli <sup>4</sup>; N. Ganne-Carrié <sup>3</sup>; S. Caruso <sup>1</sup>; J. Calderaro <sup>1,1</sup>; V. Leroy <sup>1,1</sup>

<sup>1</sup> Créteil; <sup>2</sup> Strasbourg; <sup>3</sup> Bobigny; <sup>4</sup> Bondy

PJ\_07

#### **La première évaluation du traitement par Atezolizumab et Bevacizumab d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) avancé peut être réalisée après la 4ème cure**

C. Métivier\* <sup>1</sup>; M.P. Galais <sup>1</sup>; C. Perignon <sup>1</sup>; L. Lebedel <sup>1</sup>; M. Habireche <sup>1</sup>; A. Commin <sup>1</sup>; T. Dao <sup>1</sup>; R. Morello <sup>1</sup>; I. Ollivier-Hourmand <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Caen



## Communications Affichées AFEF 2024

PJ\_08

### **Les fluences verbales privatives (PVFT) : un outil de dépistage rapide de l'encéphalopathie hépatique minime**

L. Kheloufi\* <sup>1,1</sup>; A. Ahamada <sup>1</sup>; A. Leproux <sup>1</sup>; P. Sultanik <sup>1</sup>; S. Mouri <sup>1</sup>; C. Bouzbib <sup>1</sup>;  
M. Rudler <sup>1</sup>; N. Weiss <sup>1</sup>; D. Thabut <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Paris

PJ\_09

### **Le syndrome métabolique est un facteur de risque de récurrence de thrombose de la veine porte non cirrhotique non néoplasique !**

K. DOBIGNY\* <sup>1</sup>; C. Bureau <sup>1</sup>; M.A. Robic <sup>1</sup>; S. Metivier <sup>1</sup>; T. IZOPET <sup>1</sup>; J.M. Peron <sup>1</sup>;  
H. Larrue <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Toulouse

PJ\_10

### **Pronostic des patients atteints de cirrhose ayant une « acute-on-chronic liver failure » (ACLF) avec un syndrome de détresse respiratoire aigu : implications sur la transplantation**

T. Issoufaly <sup>1</sup>; V. Ioos <sup>2</sup>; C. Lejealle <sup>1</sup>; N. Memain <sup>2</sup>; E. Weiss <sup>1</sup>; S. Valainathan <sup>1</sup>; C. Francoz ;  
F. Durand ; D. Silva <sup>2</sup>; O. Roux\* <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Clichy; <sup>2</sup> saint-denis



## Communications Affichées AFEF 2024

### e-Posters

#### EP\_01

#### **Etude prospective franco-belge multicentrique évaluant la perception des patients et des médecins concernant la maladie et le traitement dans le carcinome hépatocellulaire avancé**

J.C. Nault\* <sup>1</sup>; N. Sritharan <sup>2</sup>; G. Verset <sup>3</sup>; I. Borbath <sup>4</sup>; M. Lequoy <sup>1</sup>; M. Allaire <sup>1</sup>; H. Regnault <sup>1</sup>; I. Colle <sup>5</sup>; H. Orlent <sup>6</sup>; I. Sinapi <sup>7</sup>; C. Moreno <sup>3</sup>; E. Larrey <sup>1</sup>; S. Sidali <sup>1</sup>; C. Hollande <sup>1</sup>; G. Amadeo <sup>8</sup>; S. Pol <sup>1</sup>; P. Nahon <sup>9</sup>; N. Ganne-Carrié <sup>2</sup>; V. Levy <sup>2</sup>; C. Bloch-Queyrat <sup>1</sup>; E. Trepo <sup>3</sup>; M. Bouattour <sup>10</sup>; Paris Liver Cancer Group  
<sup>1</sup> Paris; <sup>2</sup> Bobigny; <sup>3</sup> Bruxelles; <sup>4</sup> B; <sup>5</sup> Aalst; <sup>6</sup> Brugge; <sup>7</sup> Charleroi; <sup>8</sup> Créteil; <sup>9</sup> Bondy; <sup>10</sup> Clichy

#### EP\_02

#### **L'expérience d'une Equipe Mobile pilotée par un centre expert pour impulser une dynamique de parcours de soins afin de prévenir les maladies sévères du foie**

F. Chaffraix\* <sup>1,1</sup>; M. Doffoël <sup>1,1</sup>; C. Wiedemer <sup>1,1</sup>; A. Lang <sup>1</sup>; A. De Luca <sup>1</sup>; A. Bury <sup>1</sup>; C. Daeffler <sup>1</sup>; S. Ludwig <sup>1</sup>; C.L. Hubert <sup>1</sup>; F. Antoni <sup>1</sup>; M. Royant <sup>1</sup>; S. Tripon <sup>1,1</sup>  
<sup>1</sup> Strasbourg

#### EP\_03

#### **Enquête de faisabilité de désescalade personnalisée de surveillance chez les patients atteints de cirrhose à faible risque de carcinome hépatocellulaire (CHC)**

N. Ganne-Carrié\* <sup>1</sup>; P. Nahon <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Bobigny

#### EP\_04

#### **Durvalumab/Tremelimumab en vie réelle : cohorte prospective**

F. Villeret\* <sup>1</sup>; A. Riff, <sup>1</sup>; C. Taureau <sup>1</sup>; S. Radenne <sup>1</sup>; P. Guilloreau <sup>1</sup>; M. Gruner <sup>1</sup>; C. Chambon-Augoyard <sup>1</sup>; Y. Chouik <sup>1</sup>; P. Merle, <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Lyon

#### EP\_05

#### **Évaluation de l'efficacité de resmetirom (80 mg vs. 100 mg) en fonction de l'indice de masse corporelle et du poids à l'inclusion chez les patients de l'essai MAESTRO-NASH**

V. Ratziu\* <sup>1</sup>; J.M. Schattenberg <sup>2</sup>; R. Loomba <sup>3</sup>; R. Taub <sup>4</sup>; D. Labriola <sup>4</sup>; S.A. Harrison <sup>5</sup>  
<sup>1</sup> Paris; <sup>2</sup> Homburg; <sup>3</sup> San Diego; <sup>4</sup> Conshohocken; <sup>5</sup> San Antonio

#### EP\_06

#### **Traitement par resmetirom d'un sous-groupe de patients présentant une possible MetALD inclus dans l'étude MAESTRO-NASH, une étude de phase 3 sur la NASH/MASH avec biopsies hépatiques en série**

V. Ratziu\* <sup>1</sup>; S.A. Harrison <sup>2</sup>; J.M. Schattenberg <sup>3</sup>; R. Taub <sup>4</sup>; D. Labriola <sup>4</sup>; B. Hill <sup>4</sup>  
<sup>1</sup> Paris; <sup>2</sup> San Antonio; <sup>3</sup> Homburg; <sup>4</sup> Conshohocken



## Communications Affichées AFEF 2024

EP\_07

### Effets à court et moyen terme de l'hypnose et de la psychoéducation sur la fatigue associée à la cholangite biliaire primitive : résultats de l'essai contrôlé randomisé CBP-HOPE

C. Corpechot\* <sup>1</sup>; C. Goffette <sup>2</sup>; C. Flahault <sup>2</sup>; C. Vioulac <sup>2</sup>; A.C. Viret ; H. Pérennès <sup>1</sup>; D. Da Rin <sup>1</sup>; K. Ben Belkacem <sup>1</sup>; F. Gaouar <sup>1</sup>; N. Bernard <sup>1</sup>; M. Khadefi <sup>1</sup>; A. Rousseau <sup>1</sup>; P.A. Soret <sup>1</sup>; S. Lemoine <sup>1</sup>; O. Chazouillères <sup>1</sup>; A. Untas <sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Paris; <sup>2</sup> Boulogne-Billancourt

EP\_08

### Prévalence et facteurs prédictifs de survenue de stéatoses hépatiques non alcooliques. Etude prospective

S. ZEMMOUCHI\* <sup>1</sup>; R. Ouldgougam <sup>1</sup>; M. Lahcene <sup>1</sup>; M.E.A. Boudjella <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> El Hammamet

EP\_09

### Les bêta-bloquants non sélectifs préviennent l'apparition d'ascite chez les patients atteints de CHC avec hypertension portale traités par TACE

M. Allaire\* <sup>1</sup>; H. Garcia <sup>1</sup>; L. Meyblum <sup>1</sup>; S. Mouri <sup>1,1</sup>; E. Spitzer <sup>1</sup>; C. Goumard <sup>1</sup>; O. Scatton <sup>1</sup>; C. Roux <sup>1</sup>; M. Wagner <sup>1</sup>; D. Thabut <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> paris

EP\_10

### Wilobs : Un Programme d'Accompagnement Innovant pour Renforcer l'Observance Thérapeutique chez les Patients Atteints de la Maladie de Wilson

O. Guillaud <sup>1</sup>; P. Jeremy\* <sup>2</sup>; F. Woimant <sup>2</sup>; C. Vanlemmens <sup>3</sup>; A. Poujois <sup>2</sup>; E. Couchonnal <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Bron; <sup>2</sup> Paris; <sup>3</sup> Besançon

EP\_11

### Hépatite C chez les adultes de moins de 30 ans : facteurs associés à l'initiation d'un traitement par antiviraux à action directe à l'ère de l'accès universel (ANRS FANTASIO 2)

F. Marcellin\* <sup>1</sup>; C. Ramier <sup>1</sup>; M. Bourlière <sup>1,1</sup>; V. Di\_beo <sup>1</sup>; Y. Allier <sup>2</sup>; A. Mourad <sup>1</sup>; C. Brouard <sup>3</sup>; M. Bureau-Stoltmann <sup>1</sup>; P. Sogni <sup>2,2,2</sup>; S. Deuffic-Burban <sup>2</sup>; P. Carrieri <sup>1</sup>; C. Protopopescu <sup>1</sup>; B. Rolland <sup>4,5,5</sup>  
<sup>1</sup> Marseille; <sup>2</sup> Paris; <sup>3</sup> Saint-Maurice; <sup>4</sup> Bron; <sup>5</sup> Lyon

EP\_12

### Etat des lieux de la prise en charge nutritionnelle du patient adulte en attente de transplantation hépatique en France

P. Labeque\* <sup>1</sup>; A. Vannier-Moreau <sup>1</sup>; F. Lebosse <sup>1</sup>; T. Breard <sup>2</sup>; G. Berthelot <sup>2</sup>; N. Leost <sup>2</sup>; A. Gengenwin <sup>3</sup>; A. Couret <sup>4</sup>; J. Vouzelaud <sup>4</sup>; J. Gonzalez <sup>1</sup>; M. Prouheze <sup>5</sup>; A. Zezza <sup>6</sup>; F. Pascalet <sup>7</sup>; C. Cuvillier <sup>8</sup>; M. Jeulin <sup>9</sup>; P. Houssel Debry <sup>10</sup>; L. Delima <sup>11</sup>; S. Duc <sup>11</sup>; A. Votte <sup>11</sup>; I. Rua <sup>11</sup>; V. Lopes <sup>12</sup>; J. Piton <sup>13</sup>; S. Messoudi <sup>14</sup>; C. Laurent <sup>15</sup>; T. Antonini <sup>1</sup>; D. Erard <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Lyon; <sup>2</sup> Villejuif; <sup>3</sup> Strasbourg; <sup>4</sup> Tours; <sup>5</sup> Clermont-Ferrand; <sup>6</sup> Grenoble; <sup>7</sup> Nice; <sup>8</sup> Rouen; <sup>9</sup> Orléans; <sup>10</sup> Rennes; <sup>11</sup> Clichy; <sup>12</sup> Limoges; <sup>13</sup> Créteil; <sup>14</sup> Toulouse; <sup>15</sup> Pessac



## Communications Affichées AFEF 2024

### EP\_13

#### **DELTA DESCRIBE, le projet collaboratif français : profil et prise en charge des patients infectés par l'hépatite Delta en France métropolitaine**

V. Loustaud-Ratti\* ; M. Bosselut<sup>1</sup> ; P. Carrier ; M. Debette-Gratien ; S. Brichtler<sup>2</sup> ; C. Brunel-Scholtès<sup>3</sup> ; A.M. Roque-Afonso<sup>4</sup> ; S. Burrel<sup>5</sup> ; P. Trimoulet<sup>5</sup> ; A. Guigon<sup>6</sup> ; M. Coste-Burel<sup>7</sup> ; E. Billaud<sup>8</sup> ; J. Izopet<sup>9</sup> ; K. Saune<sup>9</sup> ; S. Chevaliez<sup>10</sup> ; B. Visseaux<sup>11</sup> ; A. Soares<sup>3</sup> ; A. Labrunie<sup>1</sup> ; C. Rigaud<sup>1</sup> ; S. François<sup>1</sup> ; Membres du projet collaboratif  
<sup>1</sup> Limoges; <sup>2</sup> Bobigny; <sup>3</sup> Lyon; <sup>4</sup> Villejuif; <sup>5</sup> Bordeaux; <sup>6</sup> Lille; <sup>7</sup> Nantes; <sup>8</sup> Nantes cedex 1; <sup>9</sup> Toulouse; <sup>10</sup> Créteil; <sup>11</sup> Saint-Ouen l'Aumône

### EP\_14

#### **LE PAYSAGE DU CARCINOME HÉPATOCELLULAIRE A-T-IL CHANGE EN ALGERIE ? A PROPOS D'UNE ETUDE COMPARATIVE DE 2 PERIODES De Janvier 2009 à Décembre 2013 et Janvier 2014 à Décembre 2022**

Y. Chikhi\*<sup>1</sup> ; S. Cheraitia<sup>2</sup> ; R. Ouldgougam<sup>2</sup> ; F. Lounes<sup>2</sup> ; M. Khider<sup>1</sup> ; L. Khouas<sup>1</sup> ; S. Benkerdou<sup>1</sup> ; O. Moussaoui<sup>1</sup> ; Z. Mechouche<sup>1</sup> ; M. Afghoul<sup>1</sup> ; F. Abbas<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Tipaza; <sup>2</sup> El Hammamet

### EP\_15

#### **Identification des profils de risque d'atteinte hépatique chez les patients adultes avec Sclérose en Plaques avec une méthode basée sur l'Intelligence Artificielle**

D. Larrey<sup>1</sup> ; F.L. Zhou<sup>2</sup> ; C. Brulle-Wohlhueter<sup>3</sup> ; M. Benamor<sup>4</sup> ; J. Chavin<sup>5</sup> ; N. Razaz<sup>6</sup> ; R. Bejuit<sup>4</sup> ; J. Dauriat<sup>3</sup> ; T. Reppelin<sup>3</sup> ; R. Péan\*<sup>3</sup> ; S. Ekhtiari<sup>3</sup> ; N. Wagner<sup>3</sup> ; F. Lublin<sup>7</sup>  
<sup>1</sup> Montpellier; <sup>2</sup> Bridgewater; <sup>3</sup> Paris; <sup>4</sup> Gentilly; <sup>5</sup> Boston; <sup>6</sup> Avignon; <sup>7</sup> New York

### EP\_16

#### **Pronostic des patients après un 2ème épisode Hépatite Alcoolique prouvée histologiquement : Etude rétrospective monocentrique**

P. Andre<sup>1</sup> ; V. Hervieu<sup>1</sup> ; M. Peyrat<sup>1</sup> ; Y. Chouik<sup>1</sup> ; A. Riff<sup>1</sup> ; D. Erard<sup>1</sup> ; F. Bailly<sup>1</sup> ; T. Antonini<sup>1</sup> ; F. Villeret\*<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Lyon

### EP\_17

#### **Isoformes de l'albumine et évolution de la fibrose hépatique**

S. El Balkhi<sup>1</sup> ; V. Loustaud-Ratti<sup>1</sup> ; L. Le Du<sup>1</sup> ; R. Lakis<sup>1</sup> ; M. Ali Rahali<sup>1</sup> ; F.L. Sauvage<sup>1</sup> ; M. Debette-Gratien<sup>1</sup> ; M. Caroline<sup>1</sup> ; H. Roussel<sup>1</sup> ; J.B. Woillard<sup>1</sup> ; P. Marquet<sup>1</sup> ; P. Carrier\*<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Limoges

### EP\_18

#### **Effets d'un entraînement physique sur la masse et la fonction musculaire chez des patients avec carcinome hépatocellulaire après diagnostic : une revue systématique**

A. Couret\*<sup>1</sup> ; C. Marcantei<sup>1</sup> ; J. King<sup>2</sup> ; S. Mazeaud<sup>1</sup> ; A. Abergel<sup>3</sup> ; G. Ennequin<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Aubières; <sup>2</sup> Loughborough, Royaume-Uni; <sup>3</sup> Clermont-Ferrand

### EP\_19

#### **Analyse des causes des annulations de projets de transplantation hépatique à la demande du patient**

J. Gonzalez\* ; T. Antonini<sup>1</sup> ; A. Mauvoisin<sup>1</sup> ; P. Labeque<sup>1</sup> ; A. Vannier-Moreau<sup>1</sup> ; X. Muller<sup>1</sup> ; K. Mohkam<sup>1</sup> ; D. ERARD<sup>1</sup> ; F. Lebosse<sup>1</sup> ; P. Pradat<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Lyon



## Communications Affichées AFEF 2024

### EP\_20

#### Enquête auprès des hépatologues concernant les connaissances et attentes vis-à-vis des outils motivationnels à destination des patients atteints de MASH

V. anne\*<sup>1</sup>; J.B. Trabut<sup>1</sup>; G. Amaddeo<sup>1</sup>; H. Regnault<sup>2</sup>; P. Ingiliz<sup>1</sup>; C. Duvoux<sup>1</sup>; A. Horhat<sup>1</sup>; S. Anna<sup>1</sup>; J.P. Richardet<sup>1</sup>; V. Leroy<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Créteil; <sup>2</sup> Paris

### EP\_21

#### Caractéristiques à l'inclusion des 1169 patients participants à la cohorte STEATOLIB

O. GUILLAUD\*<sup>1</sup>; M. Guillaume<sup>2</sup>; M. Guivarch<sup>2</sup>; P. Guillouche<sup>3</sup>; C. Chagneau<sup>4</sup>; P. Delasalle<sup>5</sup>; S. Boussoukaya<sup>5</sup>; P. Toulemonde<sup>2</sup>; A. Lim<sup>6</sup>; M. Salimon<sup>6</sup>; B. Hanslik<sup>7</sup>; J. Liautard<sup>7</sup>; P. Dukan<sup>8</sup>; P. Ingiliz<sup>9</sup>; D. Ouzan<sup>10</sup>; D. Ouizeman<sup>11</sup>; C. Bonny<sup>12</sup>; D. Ancel<sup>13</sup>; A.M. Marion-Audibert<sup>14</sup>; E. Debono<sup>15</sup>; T. Fontanges<sup>16</sup>; M. Vallin<sup>16</sup>

<sup>1</sup> Lyon; <sup>2</sup> Toulouse; <sup>3</sup> Nantes; <sup>4</sup> Lormont; <sup>5</sup> Grasse; <sup>6</sup> Saint Herblain; <sup>7</sup> Montpellier; <sup>8</sup> marseille; <sup>9</sup> Créteil; <sup>10</sup> saint laurent du Var; <sup>11</sup> Nice; <sup>12</sup> Beaumont; <sup>13</sup> Paris; <sup>14</sup> Ecully; <sup>15</sup> Aubagne; <sup>16</sup> Bourgoin-jallieu

### EP\_22

#### L'ammoniémie est un facteur prédictif de l'encéphalopathie hépatique après TIPS électif mais pas après TIPS pré-emptif

M. Rudler\*<sup>1</sup>; C. Bouzbib<sup>1</sup>; P. Sultanik<sup>1</sup>; C. Roux<sup>1</sup>; M. Rudler<sup>1</sup>; M. Jorus<sup>1</sup>; N. Weiss<sup>1</sup>; L. Kheloufi<sup>1</sup>; S. Mouri<sup>1</sup>; D. Thabut<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Paris

### EP\_23

#### Impact de l'infection par le virus de l'hépatite B sur l'efficacité et la tolérance du pembrolizumab en association à la gemcitabine et le cisplatine chez les patients atteints d'un cancer des voies biliaires avancé: analyse post hoc de l'étude KEYNOTE966

M. Bouattour\*<sup>1</sup>; S.L. Chan<sup>2</sup>; T. Yau<sup>2</sup>; R.K. Kelly<sup>3</sup>; R.S. Finn<sup>4</sup>; C. Yoo<sup>5</sup>; J. Furuse<sup>6</sup>; Z. Ren<sup>7</sup>; H.J. Klümpen<sup>8</sup>; M. Ozaka<sup>9</sup>; P. Uwe<sup>10</sup>; A. Cagatay<sup>11</sup>; J.O. Park<sup>12</sup>; J. Edeline<sup>13</sup>; J.W. Valle<sup>14</sup>; M. Ueno<sup>15</sup>; A. Vogel<sup>16</sup>; L. Starkopf<sup>17</sup>; U. Malhotra<sup>17</sup>; A.B. Siegel<sup>17</sup>; S. Qin<sup>18</sup>

<sup>1</sup> Clichy; <sup>2</sup> Hong kong; <sup>3</sup> San Francisco; <sup>4</sup> Los Angeles; <sup>5</sup> Séou; <sup>6</sup> Tokyo; <sup>7</sup> Shanghai; <sup>8</sup> Amsterdam; <sup>9</sup> Tokyo; <sup>10</sup> Berlin; <sup>11</sup> Izmi; <sup>12</sup> Séoul; <sup>13</sup> Rennes; <sup>14</sup> Manch; <sup>15</sup> Yokohama; <sup>16</sup> Hannover; <sup>17</sup> New Jersey; <sup>18</sup> Nanjing

### EP\_24

#### Profilage des patients suivis pour une Maladie de Wilson à l'aide d'un outil de diagnostic comportemental (SPUR™) : Analyse intermédiaire de l'étude

R. Sobesky\*<sup>1</sup>; C. Vanlemmens<sup>2</sup>; G. Faton<sup>3</sup>; E. Couchonnal<sup>4</sup>; O. Guillaud<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Villejuif; <sup>2</sup> Besançon; <sup>3</sup> Puteaux; <sup>4</sup> Bron; <sup>5</sup> Lyon

### EP\_25

#### Épidémiologie et pronostic du CHC en Guyane Française et comparaison avec les CHC diagnostiqués en Guadeloupe et en Ile de France

A. ABOIKONI\*<sup>1</sup>; M. Allaire<sup>2</sup>; D. Louvel<sup>3</sup>; M. Alogo A Nwatsok<sup>3</sup>; P. Ngock<sup>3</sup>; A. Ouni<sup>4</sup>; L. Tangan<sup>5</sup>; M. Zappa<sup>3</sup>; K. Drak Alsibai<sup>3</sup>; M. Douine<sup>3</sup>; M. Nacher<sup>3</sup>; L. Catherine<sup>6</sup>; C. Busso<sup>7</sup>; N. Ganne-Carrié<sup>7</sup>; M. Gelu-Simeon<sup>8</sup>

<sup>1</sup> ; <sup>2</sup> paris; <sup>3</sup> Cayenne; <sup>4</sup> Saint Laurent du Maroni; <sup>5</sup> Kourou; <sup>6</sup> Pointe-A-Pitre; <sup>7</sup> Bobigny; <sup>8</sup> Pointe-à-Pitre



## Communications Affichées AFEF 2024

EP\_26

### Bilan évolutif des 10 ans de la RCP Hépatite Virale de Champagne-Ardenne

A. Heurgué\*<sup>1</sup>; T. Feron<sup>1</sup>; P. Anais<sup>1</sup>; E. Gigante<sup>1</sup>; G. Thiéfin<sup>1</sup>; B. Bernard-chabert<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Reims

EP\_27

### Clinique MASH – un parcours de soins pluridisciplinaire pour la prise en charge de la stéatopathie métabolique (MASLD)

R. Pais\*<sup>1</sup>; T. Maurel<sup>1</sup>; P. Lebray<sup>1</sup>; L. Bonyhay<sup>1</sup>; C. Bouzbib<sup>1</sup>; S. Combet<sup>1</sup>; M. Rudler<sup>1</sup>;  
A. Redheuil<sup>1</sup>; J.M. Oppert<sup>1</sup>; D. Thabut<sup>1</sup>; V. Ratzu<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Paris

EP\_28

### Aspects épidémiologique, diagnostic et évolutif de la cirrhose décompensée chez les patients hospitalisés au sein d'un service d'hépatogastro-entérologie d'Outre-Mer

M. Zogbo-Beavogui<sup>1</sup>; N. Edery<sup>1</sup>; E. Urbanek<sup>1</sup>; M. Wallyn<sup>1</sup>; M. Sautereau<sup>1</sup>; Z. Labat<sup>1</sup>;  
M. Alexis<sup>1</sup>; G. Saint-Georges<sup>1</sup>; L. Amaral<sup>1</sup>; M. Gelu-Simeon\*<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Les Abymes

EP\_29

### Critères de diagnostic de MVPS : Expérience d'un centre marocain

I. Aluahabi\*<sup>1</sup>; M. Kadiri<sup>1</sup>; F.Z. Chabib<sup>1</sup>; C. Berhili<sup>1</sup>; N. Lagdali<sup>1</sup>; M. Borahma<sup>1</sup>; F.Z. Ajana<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Rabat

EP\_30

### Une charge virale initiale supérieure à 8 000 UI/ml est associée à une progression de la fibrose hépatique chez les patients Ag HbS positifs à la phase indéterminée

S. Mrabet\*<sup>1</sup>; S. Rouis<sup>2</sup>; H. Raida<sup>1</sup>; M. Ferjaoui<sup>2</sup>; S. Boujamline<sup>1</sup>; W. Hachfi<sup>1</sup>; J.E. Ben<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Sousse; <sup>2</sup> Kairouan

EP\_31

### Freins et motivations des médecins généralistes au dépistage et à la prise en charge simplifiée de l'hépatite C

M. Gilcard<sup>1</sup>; P. Guillouche\*<sup>2</sup>; E. Billaud<sup>3</sup>  
<sup>1</sup> Sucé-sur-Erdre; <sup>2</sup> Nantes; <sup>3</sup> Nantes cedex 1

EP\_32

### Etude SAPHIR : séroprévalence de l'hépatite C en population psychiatrique et mesure de l'efficacité de la cascade de soins pour les patients infectés

B. Schreck<sup>1</sup>; P. Guillouche\*<sup>1</sup>; E. Laforgue<sup>1</sup>; J. Leboucher<sup>1</sup>; G. Challet-Bouju<sup>1</sup>; S. Tillet<sup>1</sup>;  
K. Amouriaux<sup>1</sup>; S. Habes<sup>1</sup>; M. Grall-Bronnec<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Nantes

EP\_33

### Séquençage de Nouvelle Génération (NGS) pour la Thrombose Portale Non Cirrhotique et Impact sur l'Hypertension Portale

I. Kounis\*<sup>1</sup>; L. Laurence<sup>2</sup>; L. Erica<sup>1</sup>; C. Roger<sup>1</sup>; D.M. Eleonora<sup>1</sup>; R. Sobesky<sup>1</sup>; O. Ciacio<sup>1</sup>;  
D. Azoulay<sup>1</sup>; D. Samuel<sup>1</sup>; C. Feray<sup>1</sup>; A. Coilly<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Villejuif; <sup>2</sup> Le Kremlin-Bicêtre



## Communications Affichées AFEF 2024

### EP\_34

#### Efficacité et sécurité de l'anticoagulation par anti-vitamine K et anticoagulants oraux directs dans les maladies vasculaires du foie

D. Azzouzi\*<sup>1</sup>; M. Kadiri<sup>1</sup>; F.Z. Chabib<sup>1</sup>; N. Lagdali<sup>1</sup>; C. Berhili<sup>1</sup>; M. Borahma<sup>1</sup>; F.Z. Ajana<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Rabat

### EP\_35

#### Dépistage des hépatites virales B et C et du VIH chez les migrants primo-arrivants

K.A. Enagnon<sup>1</sup>; A. Faiza<sup>2</sup>; F. Marie-Laure<sup>2</sup>; C. Pauline<sup>1</sup>; G. Aurélie<sup>1</sup>; B. Laurence<sup>1</sup>;  
V. Canva\*<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Lille; <sup>2</sup> Loos

### EP\_36

#### Potentialisation de la mort des hépatocytes infectés par le mécanisme d'action immunologique du bepirovirsen : Evidence indirecte à partir de l'analyse longitudinale des biomarqueurs de l'étude B-Together

T. Asselah\*<sup>1</sup>; S. Joshi<sup>2</sup>; J. Freudenberg<sup>2</sup>; J. Singh<sup>2</sup>; L. Felton<sup>3</sup>; S. Dixon<sup>3</sup>; M. Paff<sup>2</sup>;  
D. Theodore<sup>4</sup>; J. Walker<sup>5</sup>  
<sup>1</sup> Clichy; <sup>2</sup> Collegeville; <sup>3</sup> London; <sup>4</sup> Research Triangle Park; <sup>5</sup> San Francisco

### EP\_37

#### L'élasticité hépatique ne prédit pas la réponse virologique aux nouveaux traitements de l'hépatite chronique D

C. Stern\*<sup>1</sup>; A. Ngo<sup>2</sup>; C. De Freitas<sup>3</sup>; A. Vaillant<sup>4</sup>; P. Lebray<sup>2</sup>; D. Thabut<sup>2</sup>; V. Ratzu<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Le Chesnay-Rocquencourt; <sup>2</sup> Paris; <sup>3</sup> Clichy; <sup>4</sup> .

### EP\_38

#### L'apport de fibroscan® vs PBH chez le porteur inactif de VHB

C. Sallima\*<sup>1</sup>; Y. Chikhi<sup>1</sup>; F. Lounes<sup>2</sup>; R. Ouldgougam<sup>1</sup>; I. Chorfi<sup>1</sup>; G. Nawel; S. Ait  
Younes; S. Berkane<sup>1</sup>; D. Nabil<sup>1</sup>; M.E.A. Boudjella<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Alger; <sup>2</sup> El Hammamet

### EP\_39

#### Incidence et pronostic des patients transplantés hépatiques hyperimmunisés recevant un traitement d'induction

E.D. Nada<sup>1,2</sup>; A. Coilly<sup>1</sup>; E. De Martin<sup>1</sup>; S.C. Sacleux<sup>1</sup>; P. Ichai<sup>1</sup>; I. Wafaa<sup>2</sup>; L. Duhaut<sup>1</sup>;  
I. Kounis<sup>1</sup>; R. Sobesky<sup>1</sup>; E. Vibert<sup>1</sup>; J.L. Taupin<sup>3</sup>; M. Sebahg<sup>1</sup>; D. Cherqui<sup>1</sup>; D. Samuel<sup>1</sup>;  
F. Saliba\*<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Villejuif; <sup>2</sup> Le Caire; <sup>3</sup> Paris

### EP\_40

#### Analyse de sécurité par périodes de traitement de l'étude EMERALD-1 : étude de phase 3, randomisée, contrôlée par placebo de la CEL avec durvalumab +/- bévacizumab chez des patients atteints d'un CHC non résécables (uCHC) éligible à l'embolisation

M. Bouattour\*<sup>1</sup>; S.L. Chan<sup>2</sup>; B. Sangro<sup>3</sup>; M. Kudo<sup>4</sup>; J.P. Erinjeri<sup>5</sup>; S. Qin<sup>6</sup>; Z. Ren<sup>7</sup>;  
Y. Arai<sup>8</sup>; V.V. Breder<sup>9</sup>; S.M. Lin<sup>10</sup>; J.M. Peron<sup>11</sup>; Q.T. Nguyen<sup>12</sup>; L. Yan<sup>13</sup>; C.F. Chiu,<sup>14</sup>  
F.A. Santos<sup>15</sup>; A. Veluvolu<sup>16</sup>; C.T. Satheesh<sup>17</sup>; C. Morgan<sup>18</sup>; K. Parsons<sup>18</sup>; I. Xynos<sup>19</sup>;  
R. Lencioni<sup>20</sup>  
<sup>1</sup> Clichy; <sup>2</sup> Hong kong; <sup>3</sup> Pampl; <sup>4</sup> Osaka; <sup>5</sup> New York; <sup>6</sup> Nanjing; <sup>7</sup> Shanghai; <sup>8</sup> Tokyo;  
<sup>9</sup> Moscow; <sup>10</sup> Taoyuan; <sup>11</sup> Toulouse; <sup>12</sup> Hanoi; <sup>13</sup> Sichuan; <sup>14</sup> Taichung; <sup>15</sup> Barretos;  
<sup>16</sup> Shreveport; <sup>17</sup> Bangalore; <sup>18</sup> Gaithersburg; <sup>19</sup> Cambridge; <sup>20</sup> Pise



## Communications Affichées AFEF 2024

EP\_41

**Biopsie virtuelle du foie par IRM sensibilisée au déplacement chimique chez les patients atteints d'une maladie hépatique chronique : étude comparative avec l'élastographie et les biomarqueurs sanguins**

J. Foucher<sup>1</sup>; P. Papadopoulos<sup>1</sup>; P. Hermabessiere<sup>1</sup>; A. Delamarre<sup>1</sup>; B. chardonnet\*<sup>2</sup>;  
S. Lambert<sup>2</sup>; R. Winzenrieth<sup>2</sup>; B. Leporq<sup>3</sup>; N. Frulio<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pessac; <sup>2</sup> Bordeaux; <sup>3</sup> Villeurbanne

EP\_42

**Propranolol vs Carvédilol dans la prévention primaire de la rupture des varices œsophagiennes**

A. Rehamnia\*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> constantine



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PP\_01

#### La dysfonction immunitaire associée à la cirrhose évaluée par le mHLADR et son évolution post greffe sont associées au pronostic précoce de la transplantation hépatique

M.C. Delignette\* <sup>1</sup>; F. Lebosse <sup>1</sup>; M. Bodinier <sup>1</sup>; A. Riff, <sup>1</sup>; K. Mohkam <sup>1</sup>; C. Guichon <sup>1</sup>; A. Blet <sup>1</sup>; J. Dumortier <sup>1</sup>; S. Pantel <sup>1</sup>; F. Venet <sup>1</sup>; J.Y. Mabrut <sup>1</sup>; T. Antonini <sup>1</sup>; G. Monneret <sup>1</sup>, Lyon

#### Introduction

Les maladies sévères du foie (cirrhose et hépatite fulminante) sont associées à une dysfonction immunitaire dont l'importance évolue avec la sévérité de l'insuffisance hépatique. Nous disposons de peu d'information sur l'évolution de cette dysfonction immunitaire après transplantation hépatique (TH) et sur l'impact de celle-ci sur l'évolution post-TH. Notre objectif était d'étudier l'association entre des marqueurs de dysfonction immunitaire avant TH et le pronostic des patients dans les suites de la greffe.

#### Matériel et Méthodes

Nous avons réalisé une étude monocentrique prospective, incluant des patients en attente de TH pour cirrhose ou hépatite fulminante (HF). Les marqueurs de dysfonction immunitaire suivants étaient mesurés avant TH, puis tous les 2 à 3 jours pendant 1 mois post-TH : expression monocytaire de HLA-DR (mHLADR), taux de lymphocytes T, production d'IFN- $\gamma$  après stimulation lymphocytaire. Le suivi clinique était de 1 an post-TH. Afin d'identifier les groupes de patients présentant une dynamique mHLA-DR commune au fil du temps (endotypes de trajectoires), nous avons utilisé une méthode de clustering non supervisée (algorithme Kml - Kmeans).

#### Résultats

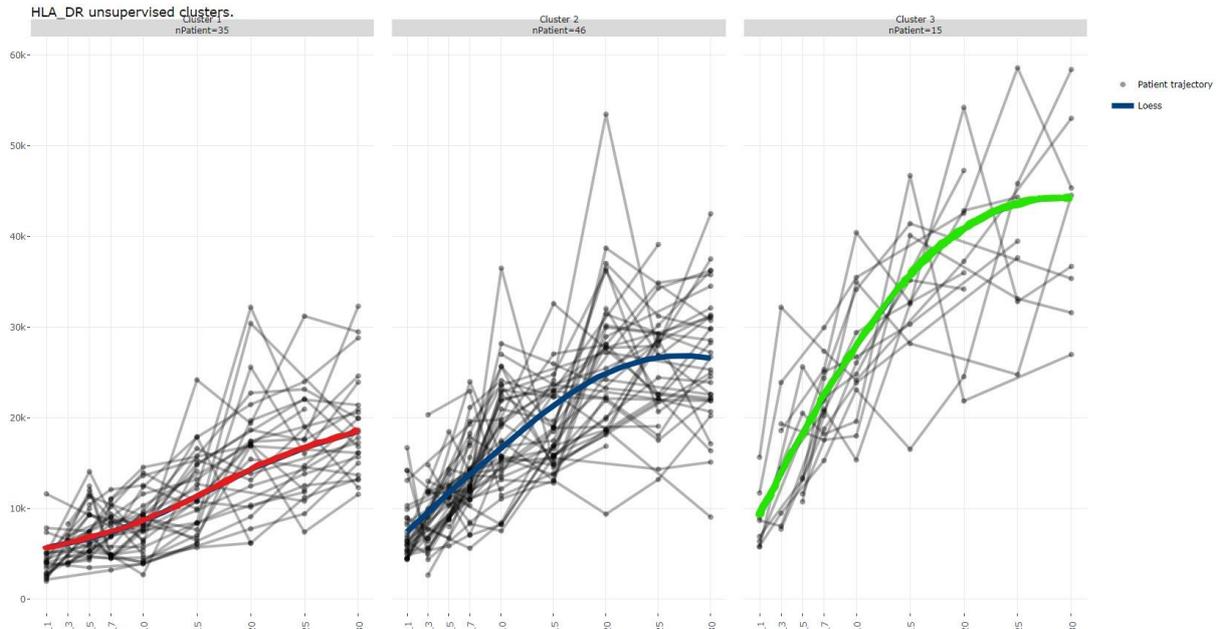
130 patients étaient inclus entre Mars 2020 et Juillet 2023, dont 99 patients transplantés, 15 décès sur liste d'attente, 11 non greffés et 5 exclus de l'étude pour une autre cause. Parmi les 99 patients transplantés, le MELD médian était 20 [15-29] et on comptait 5 patients avec une HF, 31 patients en Acute on Chronic Liver Failure (ACLF), 43 patients en cirrhose décompensée sans défaillance d'organe et 20 patients avec une cirrhose compensée. La méthode de clustering K-means a permis de définir trois endotypes (Figure 1) présentant des expressions de mHLA-DR différentes : cluster 1 = restauration lente avec valeurs de mHLA-DR atteignant la limite inférieure des valeurs de références à partir de J15 post-TH (n=35) ; cluster 2 = restauration standard après J7 (n=46) et cluster 3 = restauration rapide dès J3 (n=15). Les infections post-TH étaient plus fréquentes chez les patients du cluster 1 : n=23 (66 %) versus n=9 (20 %) pour le cluster 2 et n=2 (13%) pour le cluster 3, p <0.001. La survie à un an était également moins bonne chez les patients du cluster 1 (83%) par rapport aux patients des cluster 2 (98%) et 3 (100%) (Figure 2). Après analyse multivariée, le cluster 1 restait associé aux infections post-TH et à la mortalité à un an, indépendamment de la gravité et du mHLA-DR pré-TH. Les autres marqueurs de dysfonction immunitaire ne montraient pas d'intérêt pour prédire l'évolution post TH.



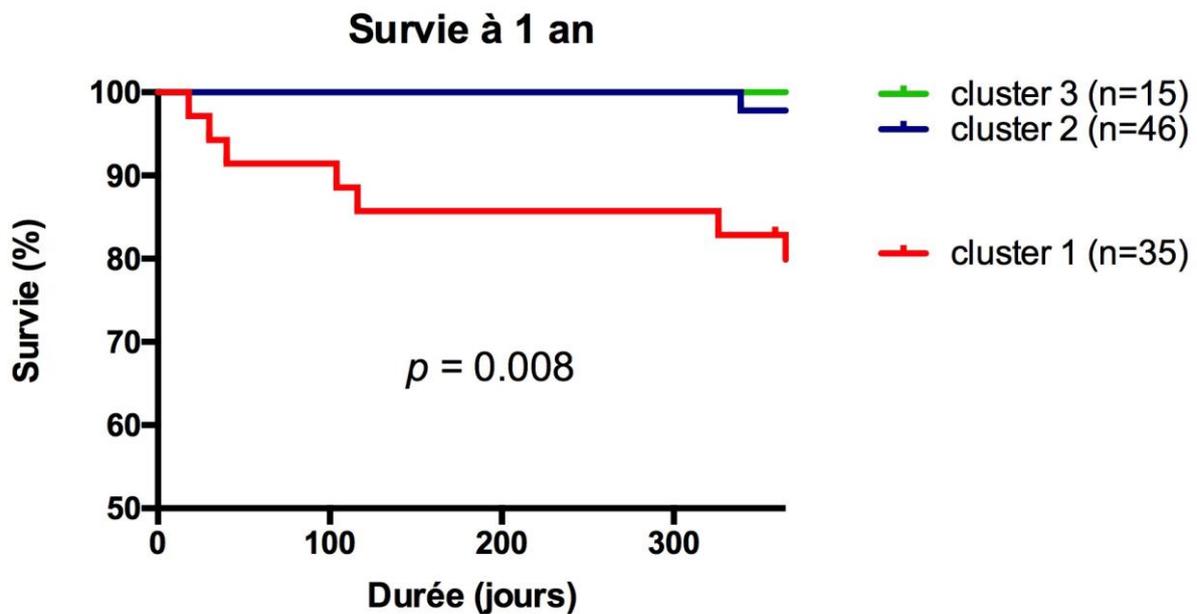
## Communications Affichées AFEF 2024

### Conclusion

Notre étude suggère l'intérêt du monitoring du mHLADR post-TH pour identifier des patients à risque d'infection précoce et de mortalité augmentée. L'association de ce marqueur à d'autres marqueurs inflammatoires et cliniques pourrait permettre d'affiner l'identification de patients à risque afin d'établir des stratégies de prise en charge individualisées.



Trajectoires longitudinales de l'expression monocytaire de HLA-DR (anticorps/cellule) chez les patients transplantés hépatiques. Trajectoires identifiées selon la méthode de clustering Kml-Kmeans.





## Communications Affichées AFEF 2024

Survie à un an après transplantation hépatique selon les trajectoires longitudinales de HLA-DR monocytaire dans le mois post-transplantation. Les courbes de survie ont été comparées par le test de logrank.

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PP\_02

#### Suivi longitudinal du Fib-4 chez les patients à risque de MASLD recevant un traitement par méthotrexate à faible dose (LD-MTX) : Résultats de l'essai CIRT randomisé contre placebo chez 4769 patients

V. Di Martino\* <sup>1</sup>; J. Cui <sup>2</sup>; D. Weil Verhoeven ; D.H. Solomon <sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Besançon; <sup>2</sup> Boston

#### Introduction

Le méthotrexate à faible dose (LD-MTX) ne peut pas induire seul une fibrose hépatique, mais son impact sur le risque de stéatopathie fibrosante chez les patients à risque de MAFLD reste incertain. Cette étude rétrospective vise à rapporter l'évolution des scores Fib-4 chez les patients de l'essai CIRT, qui avait examiné l'efficacité du LD-MTX (15 à 20 mg/semaine) dans la prévention des événements cardiovasculaires majeurs chez les patients atteints de maladie coronarienne et présentant un diabète de type 2 ou un syndrome métabolique (1).

#### Matériel et Méthodes

Parmi les 4786 patients inclus dans l'essai CIRT, les données biologiques ont permis de calculer le score Fib-4 tous les 3 mois chez 4769 patients (2381 dans le groupe LD-MTX ; 2388 dans le groupe placebo) pendant un suivi médian de 26 mois, dépassant 3 ans chez 944 patients, et allant jusqu'à 5 ans. Le méthotrexate a été temporairement interrompu en cas d'AST ou d'ALT>2N, jusqu'à ce que les valeurs soient <1,5N. Tous les patients ont reçu une supplémentation en acide folique (1mg/j). En utilisant un modèle de régression linéaire mixte, nous avons examiné si les sujets sous LD-MTX avaient un score Fib-4 plus élevé lors des visites de l'étude, en tenant compte des différents dosages de MTX, du syndrome métabolique et du sexe.

#### Résultats

Les caractéristiques des patients à l'inclusion étaient comparables dans les deux groupes (81% d'hommes ; âge médian=65 ans, IMC médian=32,3kg/m<sup>2</sup> ; 67,6% de diabétiques ; 62% sans alcool ; 86% sous statines ; Fib-4 médian=1,29). A l'inclusion, 46,5% des patients avaient un Fib-4 supérieur au seuil d'alerte (>1,3 ou >2 selon l'âge < ou >65 ans), et 6,5 % avaient un score Fib-4 >2,67. Sept patients ont développé une cirrhose au cours du suivi (six dans le groupe LD-MTX ; un dans le groupe placebo ; NS), dont deux seulement avaient un score Fib-4>2,67 au départ. Dans l'analyse multivariée ajustée sur le sexe et la présence d'un syndrome métabolique, le score Fib-4 était légèrement mais significativement plus élevé dans le groupe placebo (+0,042 ; 95% CI:0,001-0,075 ; p= 0,015).

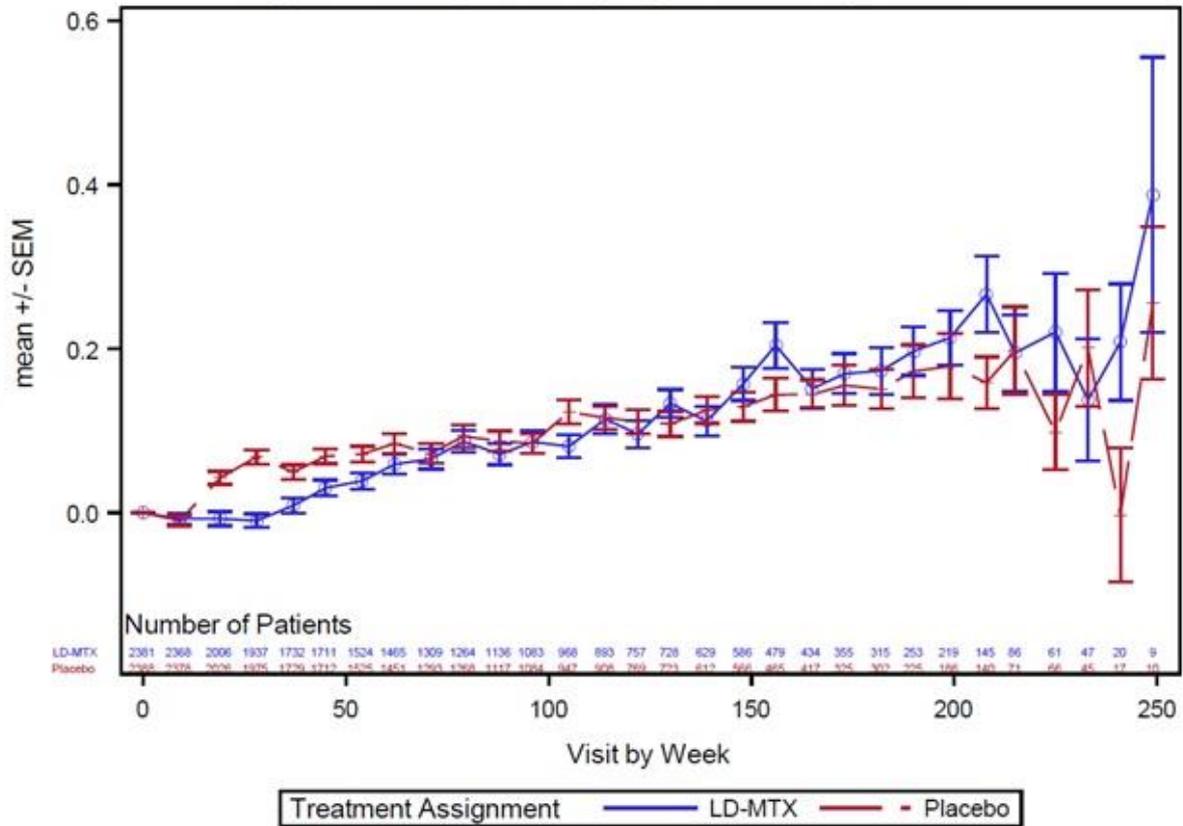
#### Conclusion

Dans les conditions habituelles d'administration et de surveillance, le méthotrexate à faible dose n'est pas associé à un risque accru de fibrose hépatique chez les patients à risque de MAFLD.



## Communications Affichées AFEF 2024

Figure 1: Mean FIB-4 change by LD-MTX and placebo arm



Evolution du score Fib-4 moyen dans les groupes LD-MTX et placebo

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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

*Références*

Ridker et al, NEJM 2019 ; NCT 01594333



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PP\_03

#### Signatures moléculaires du rejet d'allogreffe hépatique utilisant le panel de gène consensus Banff Human Organ Transplant

Z. Demir\*<sup>1</sup>; J.P. Duong-Van-Huyen<sup>1</sup>; M. Sebagh<sup>2</sup>; D. Debray<sup>1</sup>; J. Dumortier<sup>3</sup>;  
V. PARADIS<sup>4</sup>; A. Del Bello<sup>5</sup>; M. Meszaros<sup>6</sup>; J. Dagobert<sup>1</sup>; V. Hervieu<sup>3</sup>; F. Durand<sup>4</sup>;  
A. Coilly<sup>2</sup>; C. Chardot<sup>1</sup>; C. Feray<sup>2</sup>; E. Vibert<sup>2</sup>; N. Kamar<sup>5</sup>; C. Francoz<sup>4</sup>; O. Aubert<sup>7</sup>;  
C. Lefaucheur<sup>1</sup>; A. Loupy<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Paris; <sup>2</sup> Villejuif; <sup>3</sup> Lyon; <sup>4</sup> Clichy; <sup>5</sup> Toulouse; <sup>6</sup> Montpellier; <sup>7</sup> par

#### Introduction

Le diagnostic du rejet en transplantation hépatique, complexe et basé sur l'évaluation histologique, peut être amélioré par le panel de gènes consensus Banff Human Organ Transplant (BHOT). Développé pour améliorer la précision du diagnostic en transplantation d'organes solides, l'application de ce panel aux biopsies hépatiques reste à étudier. L'objectif est de déterminer si le panel BHOT permet d'identifier des signatures moléculaires spécifiques et les voies fonctionnelles impliquées dans les rejets d'allogreffe hépatique.

#### Matériel et Méthodes

Nous avons évalué toutes les biopsies hépatiques avec une recherche concomitante d'anticorps anti-HLA spécifiques du donneur chez les receveurs adultes et pédiatriques transplantés entre 2010 et 2020 dans six centres français. La récurrence de la maladie hépatique initiale ainsi que les virémies actives ont été exclues. Après l'extraction de l'ARN des biopsies FFPE, les échantillons ont été séquencés en utilisant le panel de gènes BHOT avec la technologie Nanostring®. Une analyse d'expression génique différentielle a été réalisée pour identifier les signatures moléculaires spécifiques des rejets en comparant deux groupes, basés sur le diagnostic histologique, selon une approche "un versus tous les autres diagnostics", couplée à une analyse biologique des voies fonctionnelles.

#### Résultats

Un total de 378 biopsies provenant de 286 patients a été évalué, dont 226 (60%) réalisées pour des indications cliniques. Le temps médian post-transplantation était de 1,29 ans (IQR : 0,43-3,81). Les anticorps anti-HLA spécifiques du donneur étaient positifs pour 181 (48%) biopsies. Parmi les biopsies étudiées, 99 (26%) ont été diagnostiquées comme rejet médié par les cellules (TCMR), 22 (6%) comme rejet chronique, 11 (3%) comme rejet médié par anticorps, et 8 (2%) comme rejet riche en plasmocytes. Les transcrits associés aux TCMR hépatiques étaient significativement liés à la signalisation par IFN $\gamma$  et aux cellules T effectrices induites et activées (STAT1, IFI30, CXCL9, CXCL10, CXCL11, CD80). L'analyse fonctionnelle a mis en évidence des processus biologiques liés aux interleukines (IL-4 et -13), à la signalisation IFN $\gamma$ , et aux interactions entre cellules lymphoïdes et non-lymphoïdes. Les biopsies avec rejet chronique étaient significativement associées à des transcrits liés aux voies de signalisation TGF- $\beta$  et MAPK (BMP1B, TGFBR2, NR4A1), à l'apoptose, et à la signalisation NF $\kappa$ B (PLAU, BIRC3, BCL2A1). Les principales voies de signalisation étaient cliniquement pertinentes pour le rejet chronique.



## Communications Affichées AFEF 2024

### Conclusion

L'utilisation du panel BHOT dans les biopsies de greffons hépatiques, a permis d'identifier des signatures moléculaires spécifiques associées au TCMR et au rejet chronique. Nos analyses ont souligné leur pertinence clinique respective. Notre étude multicentrique en cours inclut davantage de biopsies hépatiques pour améliorer la représentativité et l'hétérogénéité des phénotypes de rejet et valider les signatures moléculaires associées.

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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

### *Références*

Demir Z, Raynaud M, Aubert O, Debray D, Sebah M, Duong Van Huyen JP, et al. Identification of liver transplant biopsy phenotypes associated with distinct liver biological markers and allograft survival. Am J Transplant Off J Am Soc Transplant Am Soc Transpl Surg. 12 déc 2023;S1600-6135(23)00907-3.

Mengel M, Loupy A, Haas M, Roufosse C, Naesens M, Akalin E, et al. Banff 2019 Meeting Report: Molecular diagnostics in solid organ transplantation-Consensus for the Banff Human Organ Transplant (B-HOT) gene panel and open source multicenter validation. Am J Transplant Off J Am Soc Transplant Am Soc Transpl Surg. sept 2020;20(9):2305-17.



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PP\_04

#### Biopsie hépatique avant greffe cardiaque: Pour une meilleure sélection des candidats à la simple ou double greffe. Étude rétrospective uni centrique sur 20 ans

E. Désiré<sup>1</sup>; F. Charlotte<sup>1</sup>; P. Sultanik<sup>1</sup>; A. Silva<sup>2</sup>; C. Roux<sup>1</sup>; S. Varnous<sup>1</sup>; P. Lebray\*<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Paris; <sup>2</sup> Châteaubriant

#### Introduction

Certains patients en attente de greffe cardiaque (TC) peuvent présenter des signes de décompensation hépatique (Child B-C) liés à une congestion hépatique ou à une hépatopathie chronique. Si la bilirubinémie participe à contre indiquer la TC (score cœur, ABM), la présence d'une cirrhose ou d'un CHC T12NM0 posent l'indication d'une greffe combinée (TCTH). En l'absence d'autre recommandation sur les indications de TC ou de TCTH, nous avons évalué l'apport de la PBH chez les patients Child B ou C.

#### Matériel et Méthodes

Etude rétrospective (2006-2023) des patients Child B-C ayant bénéficié d'une PBH transjugulaire (TJ) avant TC et après exclusion des TCTH pour neuropathie amyloïde familiale (NAF), cirrhose ou CHC. Analyses uni- et multivariée, en aveugle de la survie post TC, des paramètres clinico-biologiques et histologiques, incluant une analyse des espaces portes. Données en médianes. Analyse de survie via Cox, Kaplan Meier et AUROC.

#### Résultats

Sur les 1487 patients greffés cardiaques, 90 patients (6%) Child B-C (dont 20 TCTH), ont eu une PBH TJ retrouvant : 73% de foie cardiaque sans fibrose, 30% d'hyperplasie nodulaire régénérative et 15% de cirrhose. Notre cohorte regroupait 70 patients greffés cardiaques sans cirrhose : 86% d'hommes, médiane d'âge de 54 ans, MELD médian à 14 et 68% avec ascite clinique. Indications des TC: cardiopathie dilatée (46%), ischémique (26%), congénitale (3%, n = 2). Un tiers a été greffé en super-urgence, 2/3 ont bénéficié d'une ECMO post-opératoire. Leur survie à 1, 12 et 60 mois était respectivement de 84, 71 et 56%.

Les 2 facteurs associés en multivarié à une survie post TC précoce et jusqu'à 1 an étaient l'INR le jour de la greffe et le ratio des espaces portes (rEP) <4 défini par le nombre d'EP/Taille de PBH (cm). L'INR était lié aux AVK et non à l'insuffisance hépatique, au regard du FV. La rEP était associée à l'insuffisance cardiaque droite (niveaux des pressions droites, dilatation ou fibrose sinusoidale, ascite). Un rEP > 4 assurait une survie à 3 mois post TC de 95% mais seulement de 56% si <4. Un algorithme avec un AUROC à 0.77 associant rEP et INR à la greffe en optimise la prédictibilité.

#### Conclusion

Hors Fontan ou NAF, la PBH permet de mieux sélectionner les patients Child B-C sans cirrhose pouvant relever d'une TC seule (rEP > 4) ou si doit se discuter une TCTH (rEP >4).



## Communications Affichées AFEF 2024

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PP\_05

#### Comparaison des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) pilotées par les oncologues et les hépatologues pour la prise en charge du carcinome hépatocellulaire : une expérience régionale

D. Pureur\* <sup>1</sup>; L. Hountondji <sup>1</sup>; D. Weil Verhoeven <sup>2</sup>; V. Angélique <sup>2</sup>; C. Borg <sup>2</sup>; V. Di Martino <sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Montpellier; <sup>2</sup> Besançon

#### Introduction

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) survient dans près de  $\frac{3}{4}$  des cas sur cirrhose. L'état du foie sous-jacent influence fortement la prise en charge. Nous rapportons l'expérience régionale de 3 RCP prenant en charge les CHC : 2 pilotées par les oncologues (RCPO) et une pilotée par les hépatologues (RCPH). L'objectif de ce travail était de comparer la prise en charge des patients présentés dans les 2 catégories de RCP.

#### Matériel et Méthodes

Nous avons analysé les données de patients présentés entre octobre 2019 et avril 2023 à 3 RCP : 1 RCP en hôpital périphérique (CHR, pilotée par les oncologues) et 2 RCP au CHU (1 pilotée par les oncologues et 1 pilotée par les hépatologues). Les données clinico-biologiques ont été recueillies sur les fiches de RCP : l'existence d'une cirrhose, le diagnostic histologique de CHC, les caractéristiques du CHC, la prise en charge proposée et réalisée, la survie globale (SG) et la survie sans progression (SSP). Un score d'information qualitatif mesurant l'exhaustivité du recueil de 19 variables a été créé pour les patients avec cirrhose (SIC) pour évaluer la qualité de l'information.

#### Résultats

298 patients ont été analysés correspondant à 794 présentations en RCP. A la première RCP, les caractéristiques des patients présentés en RCPH (524 dossiers) comparés aux patients présentés en RCPO (270 dossiers) étaient les suivantes : âge au diagnostic plus jeune ( $68 \pm 9$  vs.  $72 \pm 10$  ans,  $p=0,0007$ ), proportion de cirrhose plus élevée ( $84,2\%$  vs.  $57,3\%$ ,  $p<0,0001$ ), preuve histologique du CHC moins souvent faite ( $14,1\%$  vs.  $61,3\%$ ,  $p<0,0001$ ), et SIC supérieur ( $57,7\%$  vs.  $41,9\%$ ,  $p<0,0001$ ). 51 patients ont été présentés aux 2 catégories de RCP. La SG (médiane : 58 mois vs. 27 mois,  $p=0,0004$ ) et la SSP (11,5 mois vs. 7,5 mois,  $p=0,029$ ) étaient meilleures dans le groupe RCPH en raison d'une proportion plus élevée de CHC curables ( $43,8\%$  vs.  $18,0\%$ ,  $p<0,0001$ ). La SG était comparable entre les 2 catégories de RCP pour les CHC curables, et pour les CHC en soin de support. La SG (46 mois vs. 16,5 mois,  $p=0,015$ ) était meilleure pour les CHC palliatifs présentés en RCPH alors que la SSP (7,5 mois vs. 6 mois, NS) n'était pas différente. En analyse multivariée ajustée sur l'âge, le sexe, le délai et le lieu de prise en charge, l'existence d'une cirrhose et la nature du traitement, la RCPO était associée à une mortalité plus élevée.

#### Conclusion

Les renseignements notés dans la fiche RCP s'intéressent insuffisamment à l'état de la cirrhose sous-jacente, particulièrement en RCPO. La comparaison des SG et SSP observées chez les patients recevant un traitement palliatif initié en RCPH ou en RCPO



## Communications Affichées AFEF 2024

suggère un meilleur pronostic associé au circuit RCPH, peut être en lien avec une meilleure prise en charge de la cirrhose.

Cox ; 251 patients ; 68 événements ; R <sup>2</sup> =0,165			
Variables	HR	IC95% HR	p
Age	0,998	0,958-1,018	0,442
Sexe Féminin	0,370	0,166-0,826	0,015
Délai entre diagnostic et traitement	0,995	0,991-0,999	0,015
CHR (vs. CHU)	1,211	0,683-2,145	0,512
Cirrhose	2,236	1,176-4,249	0,014
Traitement curatif	0,281	0,152-0,521	0,0001
RCPO	2,405	1,362-4,245	0,0025

Survie globale par modèle de Cox en analyse multivariée sur l'âge, le sexe, le délai entre diagnostic et le 1er traitement (semaines), le lieu de présentation, l'existence d'une cirrhose, la nature du traitement, et la catégorie de réunion de concertation pluridisciplinaire avant le premier traitement effectué.

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PP\_06

#### Rôle protecteur de la vésicule biliaire au cours de la cholangite sclérosante primitive: analyse préliminaire d'une étude internationale

N. Cazzagon<sup>1</sup>; E. Catanzaro<sup>1</sup>; A. Bergquist<sup>2</sup>; A. Grigoriadis<sup>2</sup>; R. Motta<sup>1</sup>; L. Arrive<sup>3</sup>; C. Corpechot<sup>3</sup>; O. Chazouilleres; C. Housset<sup>3</sup>; S. Lemoine\*<sup>3</sup>  
<sup>1</sup> Padoue; <sup>2</sup> Stockholm; <sup>3</sup> Paris

#### Introduction

Une étude antérieure a suggéré le rôle protecteur d'une vésicule biliaire de grande taille chez les patients atteints de cholangite sclérosante primitive (CSP). De plus, les patients avec CSP et vésicule conservée présentaient une maladie moins sévère par rapport aux patients CSP cholecystectomisés. Enfin, dans un modèle murin de CSP, la cholécystectomie aggravait les lésions histologiques de cholangite et de fibrose. Le but de notre étude était donc d'évaluer l'impact de la vésicule biliaire sur la sévérité de la CSP.

#### Matériel et Méthodes

Cette étude multicentrique a inclus les patients avec CSP des gros canaux, diagnostiqués entre 2000 et 2020, et suivis pendant au moins 1 an. Le volume de la vésicule biliaire était mesuré sur l'IRM, avec un seuil de 50mL définissant une vésicule de grande taille. Nous avons comparé les tests sériques, l'élastométrie hépatique et la survie sans événement hépatique entre les différents groupes de patients, établis selon la présence et la taille de la vésicule biliaire.

#### Résultats

173 patients avec CSP suivis dans 2 centres Européens ont été inclus: 102 hommes, 120 avec MICI associée, d'un âge médian de 39 ans, 67% traités par acide ursodésoxycholique (AUDC). Par rapport aux patients avec vésicule de taille normale (n=74), les patients avec vésicule de grande taille (n=71) avaient des concentrations sériques plus basses de phosphatase alcaline (PAL) (p=0.027) et de bilirubine totale (p=0.037), ainsi qu'une plus longue durée de traitement sous AUDC (p=0.003). De plus, ces patients avaient tendance à avoir une survie sans événement plus longue (p=0.07). Dans le groupe traité par AUDC (n=93), les patients avec vésicule de grande taille avaient une plus faible prévalence de cirrhose (p=0.016), des concentrations plus basses de PAL et de bilirubine et une plus longue survie sans événement (p=0.014). Enfin, par rapport aux patients avec vésicule conservée (n=145), les patients cholecystectomisés (n=28) présentaient une concentration sérique d'albumine plus faible (p=0.03), mais pas de différence de leur survie.

#### Conclusion

Nos résultats apportent de données supplémentaires en faveur d'un rôle protecteur de la vésicule biliaire au cours de la CSP. Des analyses sont actuellement menées dans une plus large population pour valider ces résultats préliminaires.

#### Déclaration de conflit d'intérêt :

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PP\_07

#### Caractérisation des lésions hépatiques induites par les inhibiteurs de CDK 4/6

L. Meunier\* <sup>1</sup>; B. Delire <sup>2</sup>; E. DE MARTIN <sup>3</sup>; A. Zahhaf <sup>1</sup>; Y. Horsmans <sup>2</sup>; D. Larrey <sup>1</sup>  
<sup>1</sup>, Montpellier; <sup>2</sup> Bruxelles; <sup>3</sup> Villejuif

#### Introduction

Les inhibiteurs de CDK4/6 (CDKi) sont essentiels dans le traitement du cancer du sein métastatique (CSM) HR+ HER2-négatif. Des augmentations des ALAT et ASAT de grade 3 et 4, surviennent chez jusqu'à 11% et 6% des patients sous ribociclib ou abemaciclib respectivement. Le mécanisme de la toxicité hépatique est incertain.

#### Matériel et Méthodes

Les patients évalués par le Réseau Francophone pour l'étude de l'Hépatotoxicité des Produits de Santé (REFHEPS) entre janvier 2022 et avril 2024 ont été inclus. Ceux présentant une hépatotoxicité induite par les CDKi ont été sélectionnés. L'hépatotoxicité était définie par ALAT ou ASAT  $\geq 5x$  LSN, ALP  $\geq 2x$  LSN ou bilirubine totale  $\geq 2x$  LSN associée à ALAT  $\geq 3x$  LSN. La causalité a été évaluée par la méthode RUCAM et la sévérité par le score DILIN et la CTCAE v5. Cette étude a été approuvée par un comité d'éthique (numéro IRB : 198711).

#### Résultats

Parmi les 330 cas rapportés au REFHEPS, 34 concernaient des CDKi ; un a été exclu en raison d'un autre diagnostic plus probable. Ont été inclus 33 patients (ribociclib [n=29], abémaciclib [n=4]), toutes des femmes d'âge médian de 63 ans (39-83) traitées pour un CSM. Toutes recevaient un traitement hormonal concomitant. Le délai médian d'apparition de l'hépatite était de 69 jours (16-500). La plupart des cas d'hépatite étaient de phénotype hépatocellulaire (n=32) et une mixte, avec des grades CTCAE 3 (n=22) ou 4 (n=11). Les pics médian des tests hépatiques étaient ASAT 346 UI/L (100-1443), ALAT 696 UI/L (200-2523), PAL 127 UI/L (67-423). Un bilan complet incluant sérologies virales et le bilan auto immun hépatique a été réalisé. Onze patients avaient des anticorps antinucléaires positifs ou des niveaux élevés d'IgG. La biopsie hépatique (13 patients) montrait une hépatite centrolobulaire sans fibrose en faveur d'une toxicité médicamenteuse. Les scores RUCAM étaient entre 3 et 9. Le délai médian d'amélioration après l'arrêt des CDKi était de 54,5 jours (5-221). Quinze (45,5%) patientes ont reçu des corticoïdes (0,5-1 mg/kg) en raison de l'absence de résolution spontanée, permettant en normalisation des tests hépatiques. Pour 8 patientes une CDKi a été réintroduit (ribociclib n=2, palbociclib n=2, abémaciclib n=4), trois ont rechuté avec une hépatite non sévère.

#### Conclusion

Les CDKi, en particulier le ribociclib, peuvent induire des hépatites hépatocellulaires chez les patientes traitées pour un cancer du sein métastatique. Les corticoïdes semblent bénéfiques en cas d'absence d'amélioration spontanée mais des données supplémentaires sont nécessaires pour établir des recommandations de prise en charge de ces hépatites.



## Communications Affichées AFEF 2024

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PP\_08

#### La mesure de l'élastographie hépatique est pertinente pour l'évaluation de la fibrose et l'estimation de la sévérité de la cirrhose chez les patients atteints de maladie de Wilson

R. Sobesky\*<sup>1</sup>; C. Desterke<sup>1</sup>; E. Vargiu<sup>1</sup>; D.M. Eleonora<sup>1</sup>; I. Kounis<sup>1</sup>; A. Poujois<sup>2</sup>;  
C. Guettier<sup>3</sup>; J.C. Duclos Vallee<sup>1</sup>; A. Coilly<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Villejuif; <sup>2</sup> Paris; <sup>3</sup> Le Kremlin-bicêtre

#### Introduction

La Maladie de Wilson (MW) peut être à l'origine d'une fibrose hépatique et d'une cirrhose. Compte tenu du caractère invasif de la biopsie hépatique, l'évaluation non invasive de la fibrose s'est beaucoup développée chez les patients avec hépatopathie chronique et semble utile chez les patients atteints de MW. Le but de ce travail est d'évaluer l'intérêt de la mesure de l'élastographie hépatique (EH) pour l'évaluation de la fibrose et de la sévérité de la maladie ainsi que pour le suivi des patients atteints de MW.

#### Matériel et Méthodes

Nous avons analysé rétrospectivement les patients d'une cohorte atteints de MW, dans un centre référent de maladie du foie. Tous les patients ont été évalués sur le plan clinique, biologique et morphologique. L'atteinte hépatique de la maladie a été évaluée par biopsie hépatique et/ou par mesure de l'élastographie hépatique. Les patients avaient un suivi régulier en consultation dans le centre, au minimum semestriel.

#### Résultats

Nous avons inclus 142 patients. L'âge moyen au diagnostic était de 20 ans et le suivi moyen de 15 ans. 83 patients (58,4%) ont eu une analyse histologique du foie et 99 patients (69,7%) ont eu une ou plusieurs mesures de l'EH. Dans cette cohorte, 93 patients (65%) avaient un tableau initial de cirrhose lors de la présentation de la maladie. Pour 41 patients de la cohorte (29%), le recours à une transplantation hépatique a été nécessaire. 18 ont eu une biopsie hépatique associée à une mesure de l'EH dans un court intervalle de moins d'un mois. Douze de ces 18 patients (66,6%) avaient un diagnostic de cirrhose (F4) prouvé histologiquement. En analyse univariée, la mesure de l'EH était significativement associée aux différents stades de fibrose Metavir de la biopsie hépatique et à l'existence d'une cirrhose. En analyse multivariée, les valeurs élevées d'élastographie étaient significativement associées à l'existence d'une cirrhose initiale, et d'une décompensation de la cirrhose. L'EH a pu stratifier les patients avec fibrose F4 en 2 classes (10 à 30 kPa et > 30 kPa) qui ont permis de distinguer un risque de survenue d'ascite ( $p=0,0076$ ). Les patients non transplantés ont eu plusieurs mesure d'EH au cours du suivi. L'EH moyenne a diminué sous traitement chélateur, 33,7 kPa au diagnostic, 17,6 kPa à 1 an, 16,5 kPa à 2 ans, 10,4 kPa à 5 ans, 9,4 kPa à 10 ans, 7,7 kPa à 15 ans.

#### Conclusion

Chez les patients atteints de maladie de Wilson, la mesure de l'élastographie hépatique est pertinente pour l'estimation de la fibrose et du risque de décompensation de la cirrhose. Au



## Communications Affichées AFEF 2024

cours du suivi, on observe une diminution progressive de la mesure de l'élastographie hépatique sous traitement chélateur du cuivre.

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PP\_09

#### Y a-t-il un lien entre la Vaccination SARS-CoV-2 les hépatopathies auto-immunes?

S. Pol<sup>1, 1</sup>; C. Mouliade\*<sup>1</sup>; L. Parlati<sup>1</sup>; C. Mathis<sup>1</sup>; S. Bouam<sup>1</sup>; P. Sogni<sup>1, 1</sup>; V. Mallet<sup>1, 1</sup>  
<sup>1</sup> Paris

#### Introduction

L'EASL 2021 à Londres a suggéré une éventuelle association entre les vaccins contre le SARS-CoV-2 et les maladies hépatiques auto-immunes (MHA), en particulier l'hépatite auto-immune (HAI) et les cholangites biliaires primitives (CBP). Nous avons étudié l'incidence des MHA en France avant et après le début du programme de vaccination contre le SARS-CoV-2, qui a débuté le 27 décembre 2020.

#### Matériel et Méthodes

En utilisant la base hospitalière des données nationales françaises sur les sorties des hôpitaux (PMSI) et le Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) de janvier 2014 à décembre 2023, nous avons identifié les patients adultes hospitalisés pour une HAI (ICD-10 : K754) ou une CBP (ICD-10 : K743). Une analyse de séries chronologiques interrompues (ITSA) avec une date de référence du 1er janvier 2021 a été utilisée pour évaluer l'incidence de ces pathologies par rapport au déploiement du vaccin.

#### Résultats

La cohorte comprenait 11 296 patients (âge médian 58 ans, 73,85 % de femmes, 70,66 % d'HAI), correspondant à une incidence des MHA de 1,70 (IC à 95 % : 1,56–1,76) pour 100 000 personnes-années. Treize pourcent des patients ont évolué vers une insuffisance hépatique ou extra-hépatique et 6 % sont décédés ou ont eu une transplantation hépatique dans les 12 semaines suivant leur admission.

L'analyse ITSA n'a pas montré de changement significatif de l'incidence des AILD après la mise en œuvre de la vaccination, mais les défaillances d'organes hépatiques ou extra-hépatiques post-MHA étaient plus fréquentes ( $p < 0,001$  et  $0,04$ , respectivement). En revanche, l'incidence des HAI a augmenté de manière significative avant et après le déploiement du vaccin [1,13 (1,08 – 1,19) et 1,35 (1,19 – 1,40) pour 100 000 personnes-années, respectivement ;  $p < 0,001$ ], tandis que l'incidence de la CBP diminuait [0,66 (0,44 – 0,80) et 0,38 (0,38 – 0,39) pour 100 000 personnes-années respectivement ;  $p < 0,001$ ].

Il y avait également, dans le SNDS, une tendance ( $p = 0,1$  dans l'ITSA) vers une augmentation des prescriptions d'azathioprine et de corticostéroïdes pour les patients ambulatoires avec une HAI, avec une pente plate ( $p = 0,189$ ) avant et une pente positive ( $p = 0,0001$ ) après la mise en place du vaccin.

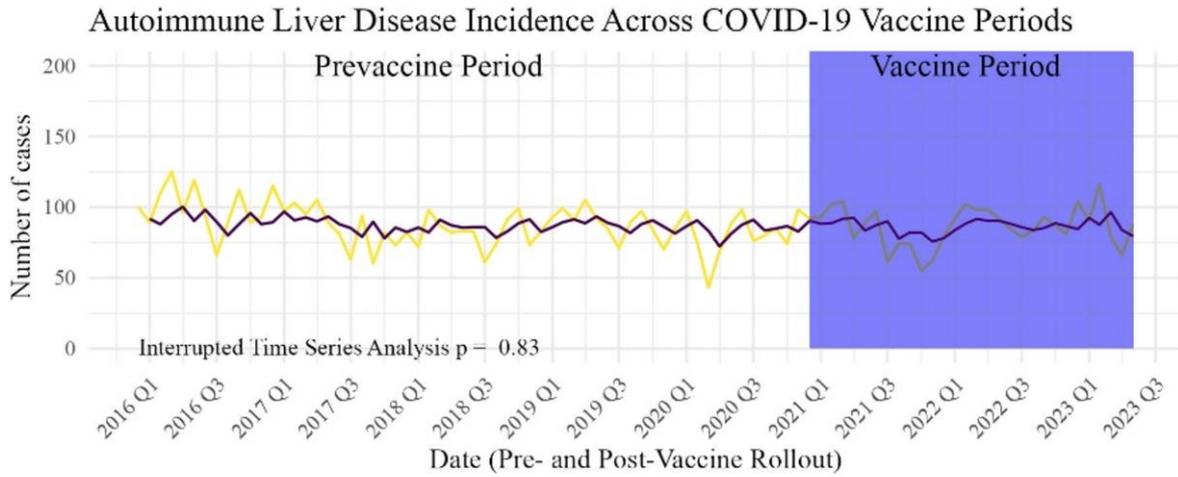
#### Conclusion

Bien que l'analyse ITSA n'ait pas suggéré d'impact sur l'incidence des hépatopathies dysimmunitaires avant et après la mise en œuvre de la vaccination contre le SARS-CoV-2, la période post-vaccination est associée à des HAI plus graves et plus fréquentes (et à une diminution de l'incidence de la CBP), questionnant l'imputabilité du vaccin Sars-Cov2.

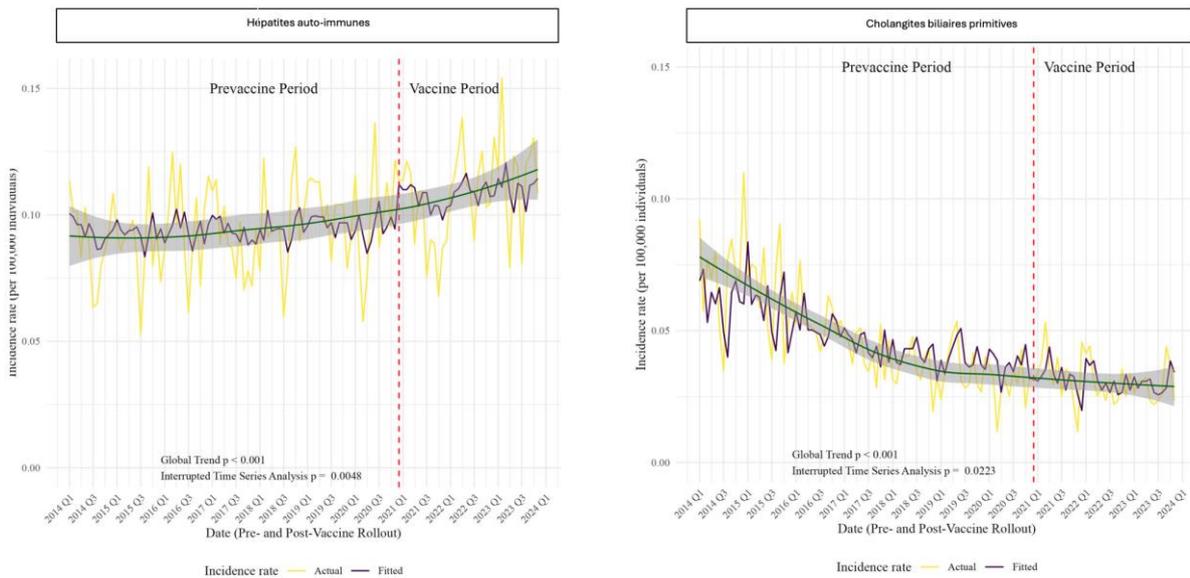


## Communications Affichées AFEF 2024

**Figure 1a** : Incidence des hépatopathies dysimmunitaires avant et après la vaccination anti-Covid



**Figure 1b** : Incidence croissante des hépatites auto-immunes et décroissante des CBP avant et après la vaccination anti-Covid



**Déclaration de conflit d'intérêt :**

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PP\_10

#### L'acide ursodésoxycholique seul est prometteur en première ligne de traitement des hépatites aux inhibiteurs de checkpoint immunitaires (U-CHILI)

L. Hountondji\*<sup>1</sup>; S. Faure<sup>1</sup>; P. Palassin<sup>1</sup>; G.P. Pageaux<sup>1</sup>; A. Maria<sup>1</sup>; L. Meunier<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Montpellier

#### Introduction

Les hépatites aux inhibiteurs de checkpoint (CHILI) sont un effet indésirable connu des inhibiteurs de checkpoint (ICI). Les corticoïdes sont le traitement de 1<sup>ère</sup> intention des CHILI, mais restent controversés en contexte oncologique. L'acide ursodésoxycholique (AUDC) est le traitement de choix des cholangiopathies idiopathiques. Notre hypothèse est que l'AUDC seul serait efficace en 1<sup>ère</sup> ligne dans les CHILI cholestatiques. L'objectif est d'analyser les données sur l'utilisation de l'AUDC seul en 1<sup>ère</sup> ligne dans les CHILI.

#### Matériel et Méthodes

U-CHILI est une étude observationnelle, multicentrique réalisée entre 2018 et 2023 parmi des patients adultes présentés à la RCP «Toximun». Les patients inclus avaient des tests hépatiques anormaux sous ICI, après exclusion des autres causes d'hépatite, et traités par AUDC seul en 1<sup>ère</sup> ligne. Le profil de l'hépatite a été calculé avec le ratio  $(R)=(ALT/ULN)/(ALP/ULN)$ , et classé comme cholestatique ( $R \leq 2$ ), hépatocellulaire ( $R \geq 5$ ), ou mixte ( $2 < R < 5$ ). La réponse à l'AUDC était définie comme une diminution des PAL et GGT  $\geq 50\%$ . La CHILI récurrente était définie par des  $PAL \geq 2 \times ULN$  après une réponse à l'AUDC. La CHILI chronique était définie par des  $PAL \geq 2 \times ULN$  ou  $ALAT \geq 5 \times ULN$  après 12 mois. Le logiciel Easymedstat a été utilisé pour les tests statistiques.

#### Résultats

Nous avons inclus 21 patients traités par AUDC seul en 1<sup>ère</sup> ligne. L'âge médian était de 68,7 ans (46-87), avec un sex-ratio de 1,3 (12 hommes, 57,1%). La majorité des patients avait reçu des anti PD-1 seuls ( $n=13$ , 61,9%). Le nombre médian de perfusions d'ICI était de 4,8 (1-19), et le délai médian d'apparition de l'hépatite était de 19,5 jours (3-52). 20 patients ont présenté une hépatite cholestatique (95,2%) et 1 patient une hépatite mixte (4,8%). 18 patients (85,7%) étaient de grade CTCAE  $\geq 3$ , et 2 patients de grade CTCAE 2 (14,3%). Aucun patient n'a présenté de dysfonction hépatique. En comparaison aux patients sans atteinte biliaire macroscopique, les patients avec dilatation des voies biliaires étaient tous traités par anti-PD1 ( $n=7$ , 100%;  $p=0,02$ ), avaient plus d'hépatite récurrente ( $n=4$ , 57%;  $p=0,006$ ), et une hyperéosinophilie sanguine ( $n=4$ , 57%;  $p=0,04$ ). Au total, 18 patients (85,7%) se sont améliorés sous AUDC seul, dans un délai médian de 36 jours (5-168), et 2 patients ont présenté une CHILI chronique (9,5%). La récurrence de l'hépatite était significativement associée au taux d'éosinophiles sanguins au début de la maladie ( $p < 0,001$ ). L'ICI a été réintroduit chez 12 patients (57,1%) et l'AUDC a été poursuivi après la réintroduction de l'ICI chez 11 patients (91,7%).

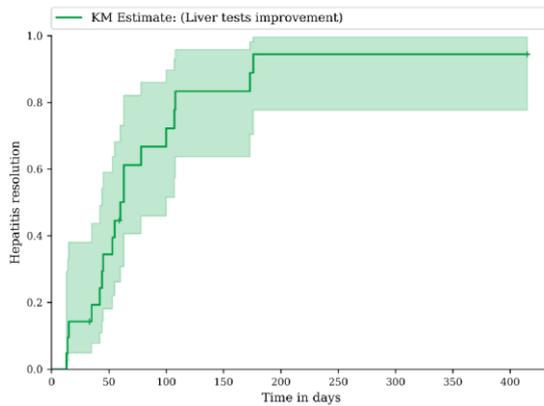
#### Conclusion

L'AUDC seul est efficace en 1<sup>ère</sup> ligne pour le traitement des CHILI cholestatiques et mixtes, à la place des corticoïdes. Des études prospectives sont nécessaires pour confirmer ces



## Communications Affichées AFEF 2024

résultats et évaluer l'effet de la poursuite de l'AUDC après réintroduction de l'ICI sur la récurrence de l'hépatite.



Résolution des CHILI traitées par AUDC en 1ère ligne selon la méthode Kaplan-Meier

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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

### *Références*

Cunningham, M.; Gupta, R.; Butler, M. Checkpoint Inhibitor Hepatotoxicity: Pathogenesis and Management. *Hepatology* 2024, 79 (1), 198–212.  
 Haanen, J.; Obeid, M.; Spain, L.; Carbonnel, F.; Wang, Y.; Robert, C.; Lyon, A. R.; Wick, W.; Kostine, M.; Peters, S.; Jordan, K.; Larkin, J. Management of Toxicities from Immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guideline for Diagnosis, Treatment and Follow-Up. *Annals of Oncology* 2022, 33 (12), 1217–1238.  
 MOnRIO



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PJ\_01

#### Caractérisation de l'environnement immunitaire intra-hépatique dans les biopsies hépatiques à travers différentes phases de patients HBeAg négatifs non traités

M.S. Franzè\* <sup>1, 2</sup>; P. Maille <sup>2, 2</sup>; S. Caruso <sup>2, 2</sup>; J. Calderaro <sup>2, 2</sup>; Y. Bouda <sup>2</sup>; A. Sessa <sup>2, 2</sup>; S. Chevaliez <sup>2, 2</sup>; P. Ingiliz <sup>2, 2</sup>; T. Pollicino <sup>1</sup>; G. Raimondo <sup>1</sup>; P. Jean-Michel <sup>2, 2</sup>; V. Leroy <sup>2, 2</sup>; G. Amaddeo <sup>2, 2</sup>

<sup>1</sup> Messina; <sup>2</sup> Créteil

#### Introduction

L'infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) implique des interactions complexes entre le virus et la réponse immunitaire de l'hôte, menant à des phases cliniques distinctes. Certains patients qui ne répondent pas aux critères de ces phases sont inclus dans une "zone grise (ZG)". Nous avons caractérisé le microenvironnement immunitaire intrahépatique en évaluant les profils de gènes exprimés différemment (DEGs) chez une cohorte de patients HBeAg-négatifs (naïfs à traitement) afin d'étudier les profils d'activation immunitaire.

#### Patients et Méthodes

Quatre-vingt-seize patients HBsAg positifs HBeAg négatif ayant reçu une biopsie hépatique entre 2005 et 2020 ont été inclus. Les données ont été collectées pour chaque patient au moment de la biopsie et pendant le suivi. Les patients ont été classés en : infection chronique à faible virémie HBeAg négatif (ADN du VHB <2000 UI/ml, n. 15), hépatite B chronique HBeAg négatif (HBC, n. 53) et dans une zone grise (ZG1 : n. 23 avec ADN du VHB >2000 UI/ml mais <20 000 UI/ml et ALAT normal ; ZG2 n. 5 avec ADN du VHB <2000 UI/ml, mais ALAT>ULN). Le séquençage de l'ARN a été effectué pour chaque cas, avec une analyse transcriptomique pour étudier les DEGs. Les infiltrats immunitaires ont été estimés avec la méthode MCP-counter. Toutes les analyses statistiques ont été faites avec R 4.2.0.

#### Résultats

Soixante-quatorze patients (77,1 %) étaient des hommes, avec un âge médian de 40 ans. Le stade de fibrose était F0/F1, F2/3 et F4 dans 83 (86,4 %), 10 (10,4 %), 3 (3,1 %). L'activité histologique était A0/A1 dans 74 cas (77 %) et A2/3 dans 22 (23 %). L'analyse transcriptomique hiérarchique non supervisée a défini deux clusters de patients (51 C1A, 45 C2A). Les patients du C2A étaient caractérisés par une activité histologique inflammatoire (p=0,02) et des niveaux d'ALAT (p=0,03) plus élevés par rapport à C1A. L'infiltrat immunitaire intra-hépatique de C2A (vs C1A) était enrichi en monocytes, cellules B et T CD8+, avec voies de signalisation impliquées dans la réponse immunitaire. En excluant les 5 patients de la ZG2, le clustering non supervisé a identifié deux autres groupes de patients (16 C1B, 75 C2B). C1B montrait une fibrose (p=0,005), une activité (p<0,001), un ADN du VHB (p<0,001) et des ALAT (p=0,003) plus élevés par rapport à C2B. L'infiltrat immunitaire de C1B (vs C2B) était enrichi en fibroblastes, monocytes, lymphocytes cytotoxiques, cellules endothéliales, dendritiques myéloïdes, B, T et T CD8+. L'analyse supervisée a révélé 841 et 374 gènes significativement sous- et surexprimés dans C2B vs C1B (ce dernier était associé à des voies de ensembles de gènes principalement impliquées dans la réponse immunitaire).



## Communications Affichées AFEF 2024

### Conclusion

Ces résultats révélant des différences dans les profils de gènes à travers les phases de l'infection B HBeAg négatif et suggèrent la nécessité de bien caractériser les patients qui pourraient être à risque de progression de la maladie hépatique nécessitant un traitement antiviral précoce.

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PJ\_02

#### Rôle de l'hépatokine FGL1 au cours de la progression de la stéatopathie métabolique

J. Personnaz\* <sup>1</sup>; L. Cannizzo <sup>1</sup>; A. Desquesnes <sup>1</sup>; M. Manon <sup>1</sup>; T. Medjbeur <sup>1</sup>; L. Kautz <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Toulouse

#### Introduction

La stéatose métabolique (MASLD) touche 30 % de la population adulte dans le monde. La MASLD est une cascade pathologique initiée par une stéatose et qui évolue vers une stéatohépatite (MASH) et un carcinome hépatocellulaire (CHC). La compréhension des mécanismes impliqués dans cette cascade pathologique permettra le développement de nouvelles stratégies thérapeutiques. Les données de la littérature suggèrent que l'hépatokine FGL1 serait impliquée dans la progression de la stéatose vers le CHC.

#### Patients et Méthodes

Des souris sauvages (WT) ou invalidées pour *Fgl1* spécifiquement dans les hépatocytes (LKO) ont été nourries avec un régime « western diet » pendant 16 semaines pour induire une stéatose. Pour induire le développement d'un CHC, des souris WT ou LKO ont été nourries avec le régime « western diet » associé à des injections hebdomadaires de tétrachlorure de carbone (CCl<sub>4</sub>) pendant 24 semaines. Les niveaux de lipides et de transaminases circulantes ont été mesurés après 16 ou 24 semaines de régime et l'architecture hépatique ainsi que la présence de fibrose ont été analysés sur coupes histologiques.

#### Résultats

Nos données indiquent que la délétion de *Fgl1* aggrave l'intolérance au glucose et augmente les niveaux de transaminases et de lipides circulants lors de la MASH. La quantification des lipides neutres hépatiques par chromatographie en phase gazeuse n'a pas mis en évidence de différence de stéatose entre les génotypes. L'analyse de l'architecture hépatique après coloration à l'hémalum-éosine et de la présence de dépôts de collagène par coloration au rouge sirius et la mesure d'expression de marqueurs de fibrose et de l'inflammation indiquent que les animaux WT et LKO présentent des altérations comparables. Au cours du CHC, les souris WT présentent une anémie inflammatoire plus sévère que les souris LKO. Bien que le poids du foie soit comparable entre les deux groupes, les animaux LKO présentent une augmentation significative du nombre de tumeurs et de l'expression de marqueurs de l'inflammation et de la fibrose. De façon inattendue, nous avons observé une diminution de l'expression de *Fgl1* dans le foie dans les modèles de MASH et de CHC.

#### Conclusion

Ces résultats indiquent que la cascade pathologique s'accompagne d'une répression de l'expression de *Fgl1* et l'inactivation de *Fgl1* est associée à un phénotype plus sévère. Ceci suggère que le maintien de niveaux physiologiques de FGL1 pourrait être une approche thérapeutique pour freiner la progression de la MASLD.



## Communications Affichées AFEF 2024

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PJ\_03

#### Importance de la phosphorylation oxydative hépatocytaire dans la protection contre les maladies du foie associées à un dysfonctionnement métabolique (MASLD)

S. Yde\* <sup>1,1</sup>; J.D. Hernandez Camacho <sup>1</sup>; M. Ribeiro <sup>1</sup>; C. Patitucci <sup>1</sup>; E. Vimont <sup>1</sup>;  
M. Lagouge <sup>1</sup>; F. Foufelle <sup>1</sup>; T. Wai <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Paris

#### Introduction

Les MASLD s'étendent de la stéatose à la stéato-hépatite (MASH), pouvant progresser en fibrose et cirrhose. Les mitochondries sont des organelles aux multiples facettes parmi lesquelles la phosphorylation oxydative (OXPHOS) et le contrôle de la mort cellulaire. Dans les hépatocytes, elles sont impliquées dans la progression des MASLD mais les modalités précises de leur intervention dans ce contexte restent inconnues. Notre but est d'élucider le rôle spécifique de l'OXPHOS dans l'évolution des MASLD.

#### Patients et Méthodes

Nous disposons d'un modèle murin transgénique à l'activité OXPHOS accrue et protégé de la stéatose induite par l'alimentation. Pour démontrer que la modulation de l'OXPHOS est responsable de cette protection, nous utilisons des approches *ex vivo* et *in vivo*. Des hépatocytes primaires de souris sauvages dont l'activité OXPHOS est modulée chimiquement d'une part, et des hépatocytes issus des souris transgéniques dans lesquelles l'OXPHOS est diminuée par interférence ARN d'autre part, sont étudiés quant à leur contenu lipidique. Un modèle inductible nous permet de vérifier si l'augmentation de l'OXPHOS peut réverser une stéatose installée. Enfin, notre modèle murin est soumis à un régime pro-MASH pour étudier l'importance de l'OXPHOS dans la progression des MASLD.

#### Résultats

Nous avons mis en place un modèle de stéatose *ex vivo* sur hépatocytes primaires, issus de souris sauvages ou transgéniques, et confirmé par des approches de microscopie automatisée que, comme observé *in vivo*, les hépatocytes issus de notre modèle transgénique, accumulaient moins de gras comparés aux hépatocytes contrôles. Une approche chimique d'augmentation de l'OXPHOS *ex vivo* sans impact sur la mortalité cellulaire a également été mise en place. A l'inverse, via une approche d'interférence ARN, nous pouvons réduire l'OXPHOS dans notre modèle d'hépatocytes primaires transgéniques présentant initialement une activité OXPHOS accrue, mesurée par des approches de respirométrie à haute résolution. L'étude de l'impact de la modulation de l'OXPHOS des hépatocytes sur leur capacité à stocker le gras, est donc en cours d'analyse via la mise en place d'un script de quantification d'imagerie adéquat. De même, l'étude de l'impact de l'augmentation de l'activité OXPHOS sur la transition de la stéatose vers la MASLD, est en cours d'analyses.

#### Conclusion

Les résultats générés nous permettront de définir si l'OXPHOS, un processus mitochondrial clé pour la fonction hépatocytaire, confère à lui seul une protection potentielle contre l'apparition et la progression des MASLD et promeut également leur résolution.



## Communications Affichées AFEF 2024

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PJ\_04

#### Apport de la biologie moléculaire dans le cholangiocarcinome : une étude rétrospective Montpellieraine réalisée avec la cohorte CHOMOP (Cholangiocarcinoma Molecular Profile)

I. Dalmon\*<sup>1</sup>; E. Assenat<sup>1</sup>; A. Debourdeau<sup>1</sup>; S. Cabello-Aguilar<sup>1</sup>; J. Vendrell<sup>1</sup>; J. Solassol<sup>1</sup>, Montpellier

#### Introduction

Les cancers des voies biliaires (CVB) représentent <1% de tous les cancers et sont de mauvais pronostic. Durant les deux dernières décennies, l'essor de l'analyse génomique a permis la mise en place des thérapies ciblées visant certaines altérations moléculaires et d'améliorer la survie des patients. L'analyse des interactions transcriptomiques est aussi un nouvel atout en cancérologie. Nous avons décidé de décrire la survie globale des patients en fonction des anomalies moléculaires retrouvées, classées selon l'ESCAT.

#### Matériel et Méthodes

Dans cette étude descriptive, rétrospective, monocentrique, nous avons analysé les altérations moléculaires et leur impact sur la survie globale des patients. Nous avons recueilli les données de 62 patients âgés de 18 ans ou plus, ayant eu une confirmation histologique de diagnostic de cholangiocarcinome ou d'adénocarcinome de la vésicule biliaire, ainsi qu'une analyse NGS (next-generation sequencing) sur l'ADN et l'ARN, entre janvier 2017 et décembre 2022. Nous avons utilisé le kit Advanta Solid Tumor (53 gènes, Fluidigm) et le kit RNA Prep avec un panel Pan-cancer (1362 gènes, Illumina) pour la préparation des bibliothèques à partir d'ADN et d'ARN, respectivement. Les altérations génomiques ont été classées avec l'échelle ESCAT (ESMO Scale for Actionability of Molecular Targets).

#### Résultats

Sur les 62 patients inclus, 75,8% avaient un iCCA. Les altérations génomiques les plus fréquentes étaient TP53 (43.1%) et KRAS (28.3%) et ont été identifiées comme des facteurs de mauvais pronostic quel que soit le traitement reçu. Les anomalies moléculaires ciblables suivant ESCAT ont été identifiées chez 30.7% des patients, les principales étant les fusions FGFR2 et les mutations IDH1. Il y avait également quelques altérations plus rares (BRAF, BRCA2 ou RET). La plupart de ces anomalies moléculaires ont été mises en évidence dans les iCCA (17/19 patients). 52.6% des patients avec une altération ESCAT I à IV ont reçu une thérapie ciblée, avec une amélioration de leur médiane de survie d'environ 48 mois ( $p < 10^{-4}$ , HR = 4.4 IC95% [0.17-0.72]). 37.1% des patients ont reçu une immunothérapie dans notre étude mais que nous n'avons pas observé de facteurs prédictifs pour la réponse à ce traitement dans nos analyses. Lors de l'analyse transcriptomique, les patients présentant une signature immune et/ou proliférative semblaient mieux répondre à la chimiothérapie ( $p = 0.03$ , HR=2.0, IC 95% [1.06-3.71]). En analyse multivariée le caractère métastatique ( $p = 0.039$ ), le traitement par immunothérapie ( $p = 0.005$ ) et l'existence d'une anomalie moléculaire targetable ( $p < 0.001$ ) étaient corrélés à la survie globale.



## Communications Affichées AFEF 2024

### Conclusion

Notre étude confirme l'importance de la recherche d'altérations génomiques ciblables, sur l'ADN et l'ARN, de leur classification suivant ESCAT et de l'utilisation des thérapies ciblées quand elles sont retrouvées, dans la prise en charge des cancers des voies biliaires avancés. De nouvelles études sur la signature transcriptomique pourraient être intéressantes afin de prédire la réponse à la chimiothérapie et de mieux orienter les traitements des patients.

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PJ\_05

#### Dépistage des mineurs non reconnus mineurs : expérience en vie réelle

A.F. Ake <sup>1</sup>; A. Riff, <sup>1</sup>; C. Delacquis <sup>1</sup>; F. Faillebin <sup>1</sup>; D. Alfaiate <sup>1</sup>; H. Lardot <sup>1</sup>; N. Smolski <sup>1</sup>;  
C. Brunel-Scholtès <sup>1</sup>; F. Zoulim <sup>1</sup>; F. Bailly <sup>1</sup>; F. Villeret\* <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Lyon

#### Introduction

Le nombre de mineurs non reconnus mineurs (MNRM) augmente de façon continue en France ces dernières années provenant pour la plupart des zones de forte endémie du virus de l'hépatite B. Peu de données épidémiologiques sont disponibles sur la prévalence des hépatites virales B (VHB), C (VHC) et D (VHD) ainsi que du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) dans cette population.

#### Matériel et Méthodes

Les MNRM ont été dépistés sur leur lieu de vie par Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) pour le VHB, VHC et le VIH par le Secours Populaire grâce à l'Association de Lutte contre le SIDA. A l'issue du dépistage, tous les patients dépistés ont été directement prélevés par le Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) pour une sérologie de confirmation et un bilan complémentaire. Les patients ont été revus la semaine suivante au CeGIDD pour une consultation avec Fibroscan® puis adressés en consultation d'Hépatologie où une séance d'éducation thérapeutique (ETP) était programmée dans le même temps. Les patients séronégatif et non vaccinés étaient vaccinés par le CeGIDD.

#### Résultats

1153 MNRM ont été dépistés par TROD entre Juillet 2023 et Mai 2024. Quarante-trois patients présentaient un TROD VHB positif et 89 patients avaient un AgHBs positif sur la sérologie de contrôle (soit prévalence du VHB est estimée à 7,6%). Aucune sérologie VHC et VIH n'était positive. Huit patients avaient une sérologie VHD positive et un seul patient une charge virale VHD positive à 3,1 log UI/mL (1,1%). Les patients AgHBs+ étaient majoritairement originaires de Guinée (61,8%), de Côte d'Ivoire (20,2%) et du Mali (7,9%). La quantification médiane de l'AgHBs était de UI/mL (IQR : 5 020-19837 UI/mL), la charge virale médiane était de 998 UI/mL (IQR : 88-6832 UI/mL) et 13 patients ont un AgHBe positif (14,6%). La médiane des ALAT et des ASAT était respectivement de 24 UI/mL (IQR: 16-34) et de 32 UI/mL (IQR : 27-42Ui/ml). Un Fibroscan® a été réalisé chez la majorité des patients (84,2%) avec une élasticité médiane de 5,5 Kpa (IQR : 4,55-6,60 Kpa) : 4 patients avaient une élasticité > 12 Kpa. La majorité avaient une infection B chronique AgHBe négatif (80,7%), 11,4 % une infection chronique AgHBe positif, 4,6 % une hépatite chronique AgHBe négatif et 3 (3,4%) patients une hépatite chronique AgHBe positif. Trois traitements par analogue de nucléoside ont été débutés. Trente-deux patients (36,0%) ont été vus en séance d'ETP.

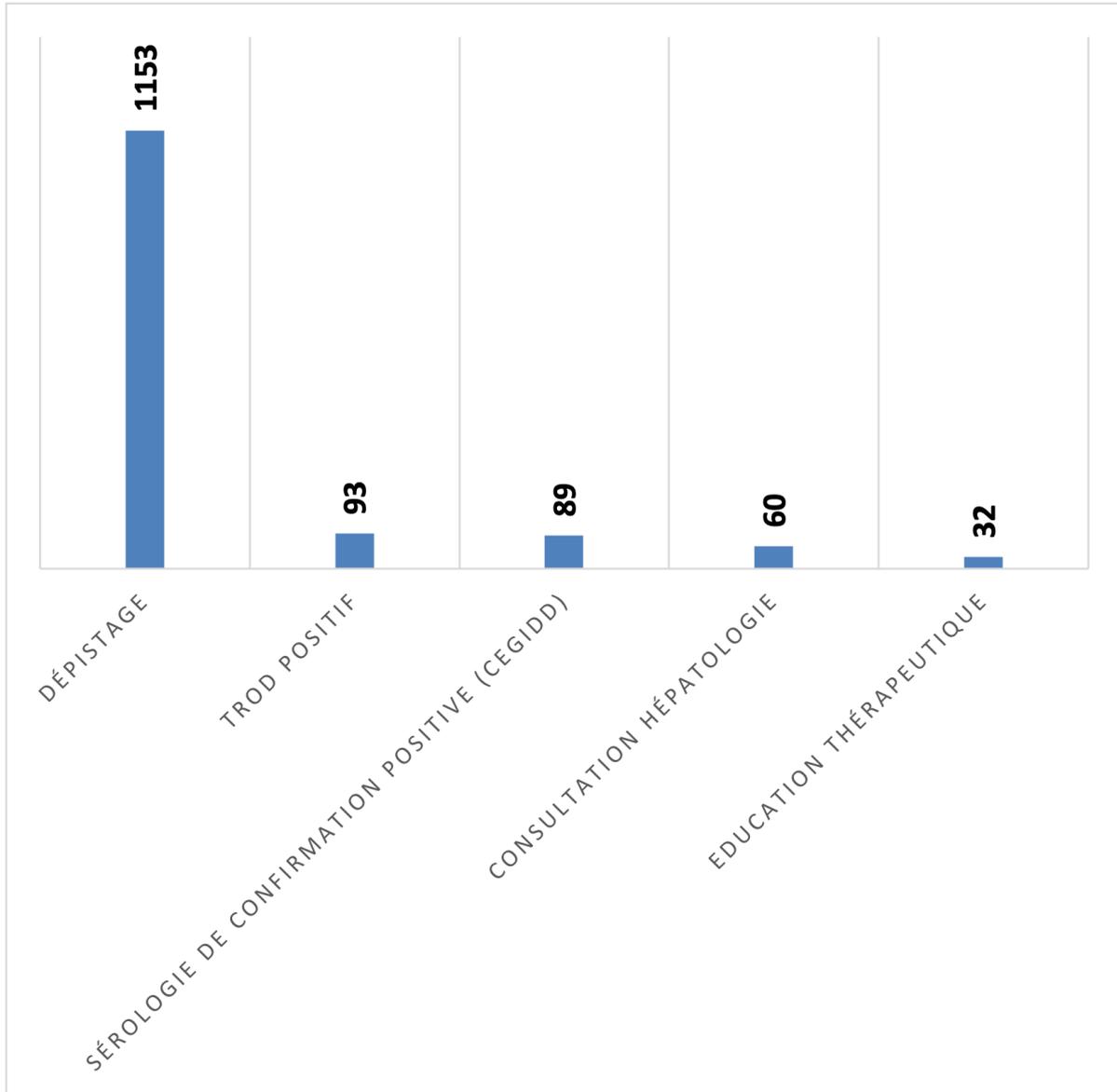
#### Conclusion

La prévalence du VHB dans cette population de MNRM est de 7,6%. La cascade de dépistage et de prise en charge semble efficace considérant une population précaire et très



## Communications Affichées AFEF 2024

mobile. Une évaluation de l'impact psychologique de l'annonce du VHB chez ces patients semble pertinente.



Cascade de soins au sein de cette population de Mineurs non accompagnés

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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

### *Références*

Hourdet A. État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs : enquête rétrospective au sein de la permanence d'accès aux soins de santé de l'hôtel-dieu. Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. 2020; Disponible sur: [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/27/2020\\_27\\_2.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/27/2020_27_2.html)



## Communications Affichées AFEF 2024

Mineurs étrangers isolé : un dispositif de prise en charge saturé ? | vie-publique.fr [Internet]. 2023 [cité 20 janv 2024]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/eclairage/286639-mineurs-etrangers-isole-un-dispositif-de-prise-en-charge-sature>

L'ensemble des participants à cette étude; ainsi que les équipes du Secours Populaire, de l'Association de Lutte contre le SIDA, du CeGIDD, de l'ADHEC ainsi que du service d'hépatologie



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PJ\_06

#### Quels sont les facteurs prédictifs d'évènements hépatiques chez les malades atteints d'hépatite auto-immune ?

A. Sessa\* <sup>1, 1</sup>; A. Saviano <sup>2</sup>; L. BLAISE <sup>3</sup>; M. Ziol <sup>4</sup>; N. Ganne-Carrié <sup>3</sup>; S. Caruso <sup>1</sup>;  
J. Calderaro <sup>1, 1</sup>; V. Leroy <sup>1, 1</sup>  
<sup>1</sup> Créteil; <sup>2</sup> Strasbourg; <sup>3</sup> Bobigny; <sup>4</sup> Bondy

#### Introduction

L'hépatite auto-immune (HAI) est une maladie chronique inflammatoire évoluant par poussées dont le risque ultime est la cirrhose et ses complications. Très peu de données sont disponibles sur les prédicteurs d'évènements hépatiques majeurs tels que le décès, la transplantation, la décompensation et le carcinome hépato-cellulaire. L'identification de ces paramètres est pourtant cruciale pour améliorer la prise en charge des malades.

#### Matériel et Méthodes

Cette étude rétrospective longitudinale a porté sur une population de patients atteints d'HAI pris en charge dans trois centres tertiaires français entre 2010 et 2023 chez lesquels une biopsie hépatique a été effectuée à l'occasion d'un diagnostic inaugural d'HAI. Les patients sous corticothérapie depuis plus de 5 jours au moment de la biopsie ou présentant plus de 50% de données manquantes ont été exclus. Une analyse descriptive suivie d'une régression de Cox multivariée a été utilisée pour évaluer les variables associées à la survenue d'un événement hépatique (décès, transplantation ou hospitalisation pour complication hépatique). Le biais lié à la multicollinéarité a été pris en compte en sélectionnant les variables avec un VIF < 5 parmi celles qui étaient significatives en analyse univariée.

#### Résultats

141 patients ont été inclus (suivi médian: 39,5 mois, IQR [21-75]). La présentation clinique initiale était une poussée aiguë dans 72% des cas, aiguë sur chronique dans 10% et chronique dans 18% des cas. Les patients étaient majoritairement féminins (68%), avec un âge moyen de 50,8 ans ( $\pm 19,0$ ). Une cirrhose était présente dans 40 cas (28%) et 37% des patients avaient une autre maladie auto-immune non hépatique. L'ALAT médian à l'inclusion était de 518 UI/L [IQR 234-1109] et les IgG à 20 g/L [IQR 15,2-28,3]. Le score HAI était à 6 dans 27% des cas, >7 dans 63% et <6 dans 10%. Dans ce dernier cas, le diagnostic était confirmé par la réponse au traitement. La corticothérapie d'induction utilisait prednisone dans 103 cas (dose médiane 0,9 mg/kg/j [IQR 0,5-1]) et budésonide dans 29 cas. 82% des patients ont reçu de l'azathioprine en première ligne (dose médiane 1,2 mg/kg/j [IQR 0,8-1,7]). Une réponse biochimique complète était observée à 6 et 12 mois chez respectivement 55% et 68% des patients. 18% étaient corticodépendants, 28% ont présenté une rechute et 14% avaient une HAI réfractaire. Un événement hépatique est survenu chez 34 patients (décès: 12, transplantation: 7, décompensation: 14, CHC: 1). Les variables associées à un événement hépatique étaient l'absence de réponse biochimique complète à 1 an (HR 0,06, p=0.042) et la présence de cirrhose au diagnostic (HR 51, p=0.012) (Figure 1).



## Communications Affichées AFEF 2024

### Conclusion

La présence de cirrhose et l'absence de réponse biologique complète à un an sont associées à un risque accru d'événements hépatiques à long terme. Le développement de stratégies d'optimisation thérapeutique est crucial pour réduire l'incidence des complications hépatiques.

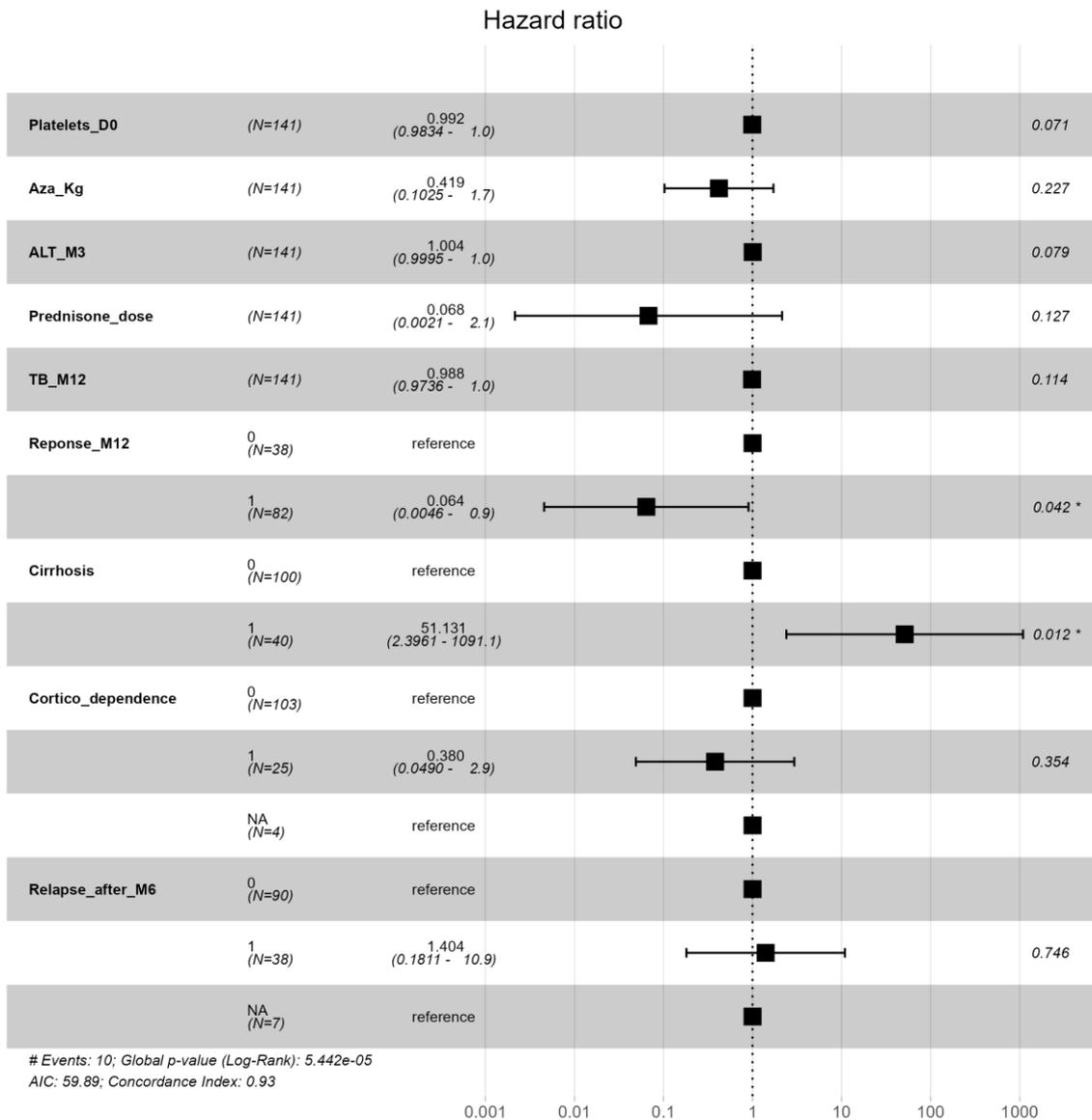


Figure 1. Forest plot montrant les résultats de la régression de Cox multivariée. La présence de cirrhose et l'absence de réponse biochimique complète à un an sont associées à un risque accru d'événements hépatiques à long terme, avec des HR de 0,064 et 51,13 respectivement.

### Déclaration de conflit d'intérêt :

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PJ\_07

#### La première évaluation du traitement par Atezolizumab et Bevacizumab d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) avancé peut être réalisée après la 4ème cure

C. Métivier\* <sup>1</sup>; M.P. Galais <sup>1</sup>; C. Perignon <sup>1</sup>; L. Lebedel <sup>1</sup>; M. Habireche <sup>1</sup>; A. Commin <sup>1</sup>;  
T. Dao <sup>1</sup>; R. Morello <sup>1</sup>; I. Ollivier-Hourmand <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Caen

#### Introduction

En cas de CHC avancé traité par Atézolizumab + Bevacizumab, l'évaluation de la réponse est conseillée entre 2 et 3 mois avec un contrôle à un mois en cas de progression. Néanmoins les pseudoprogessions concerneraient moins de 10% des patients et nous ne faisons pas de contrôle à un mois dans notre pratique. Notre objectif principal était d'évaluer en vie réelle la survie des patients traités pour CHC avancé par atézolizumab plus bévacizumab

#### Matériel et Méthodes

Nous avons rétrospectivement analysé les cas pour lesquels une proposition d'Atézolizumab et Bévécizumab a été formulée en réunion de concertation pluridisciplinaire spécialisée CHC régionale de janvier 2021 à juin 2023. Les patients devaient avoir 18 ans ou plus et avoir un CHC prouvé histologiquement ou selon les critères de l'AASLD 2011. Le diagnostic de cirrhose reposait sur des critères histologiques ou clinico-radio-biologiques. Le statut fibreux ou sain du foie adjacent était histologiquement prouvé. Les patients pouvaient avoir été antérieurement traités par un traitement non systémique ou systémique. La réponse était évaluée selon les critères mRecist sans interrompre le traitement après 3 cures ou 4 cures.

#### Résultats

Sur 138 patients 7% n'ont pas reçu le traitement. 109 dossiers ont été analysés (85% d'hommes, d'âge médian 75 ans). L'hépatopathie était alcoolique ou métabolique dans 56%, le Child A dans 91%, l'OMS 0/1 dans 96% des cas. 68% avaient une cirrhose, 22% une fibrose, et 10% un foie sain histologiquement prouvé. Le CHC était BCLC C chez 91% des patients, BCLC B chez 9%. 8% était en 2ème ou 3ème ligne systémique. A la première évaluation 75% avaient un contrôle tumoral (réponse partielle 22%, stabilité 53%) et 25% une progression. 69% des progressseurs ont eu au moins 4 cures. 52% avaient un effet indésirable de grade 3-4, et 23% un effet immunomédié. 12,8% ont eu une hémorragie, dont 5% une rupture de varices oesophagiennes. 61,3% des Child A, et 30% des Child B étaient en vie à 1 an. La médiane de survie était de 15 ± 1,9 mois (16 ± 3,4 mois chez les Child A). Les facteurs indépendants de décès étaient le Child B (RR 3,695 ; IC95% [1,198-11,394] ; p = 0,023) et une progression à l'évaluation initiale (RR 3,146 ; IC95% [1,243-7,961] p = 0,016). Les facteurs indépendants de survie étaient un nombre de cures ≥ 4 (RR 0,268 ; IC95% [0,105-0,687] ; p = 0,006), le diabète (RR 0,443 ; IC95% [0,226-0,868] ; p = 0,018), et les effets immunomédiés (RR 0,395 ; IC95% [0,168-0,929] ; p = 0,033).

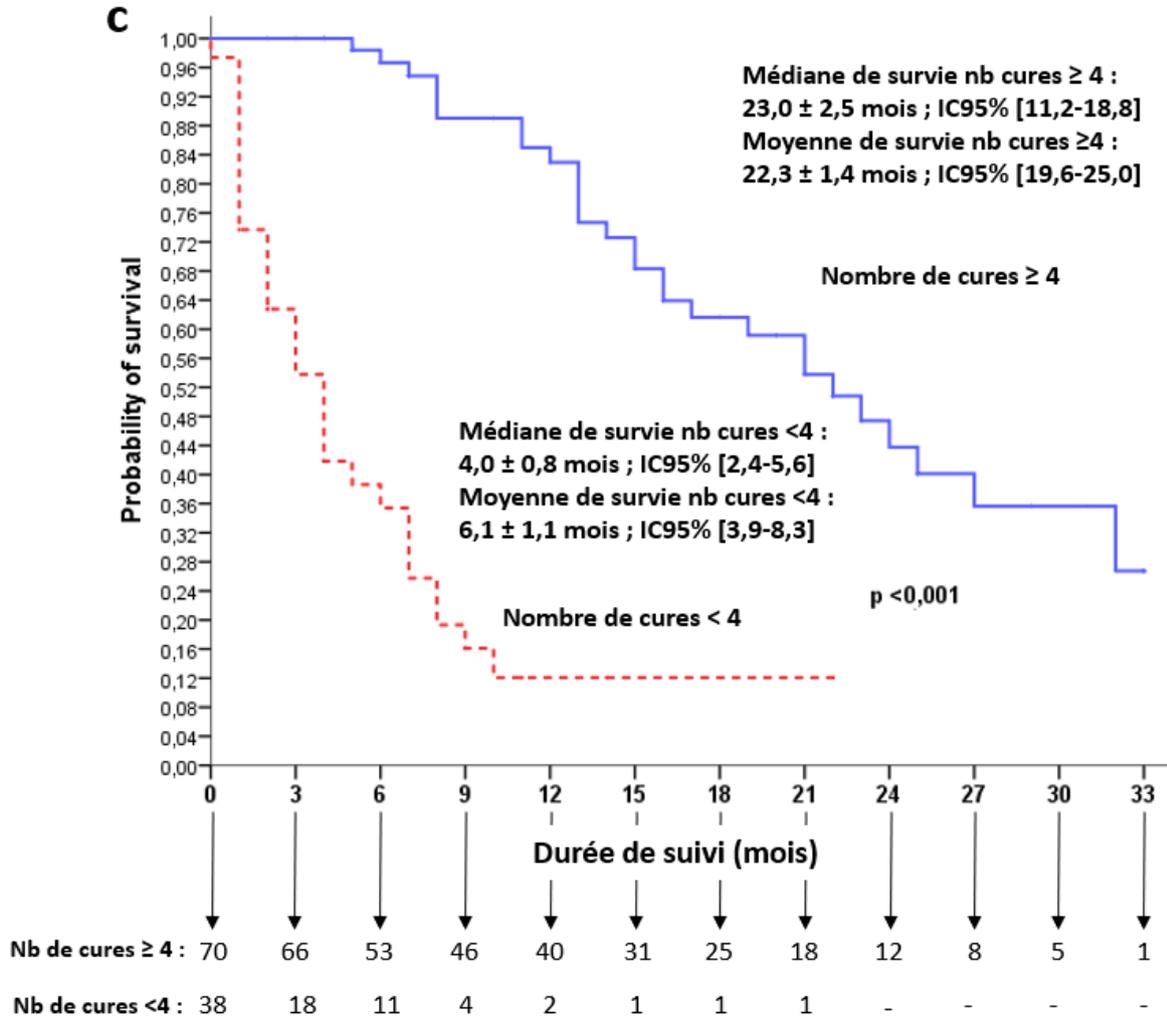
#### Conclusion

Notre étude en vie réelle confirme l'efficacité et la sécurité de l'Atézolizumab + Bévécizumab en cas de CHC avancé. La réalisation d'une 4ème cure même en cas de progression



## Communications Affichées AFEF 2024

radiologique à l'évaluation initiale n'entraîne pas de perte de chance pour les patients. La prescription de cette association doit être très prudente chez les patients cirrhotiques Child B. L'impact positif du diabète reste à analyser.



Courbe de survie selon nombre de cures

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PJ\_08

#### Les fluences verbales privatives (PVFT) : un outil de dépistage rapide de l'encéphalopathie hépatique minime

L. Kheloufi\* <sup>1,1</sup>; A. Ahamada <sup>1</sup>; A. Leproux <sup>1</sup>; P. Sultanik <sup>1</sup>; S. Mouri <sup>1</sup>; C. Bouzbib <sup>1</sup>;  
M. Rudler <sup>1</sup>; N. Weiss <sup>1</sup>; D. Thabut <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Paris

#### Introduction

L'encéphalopathie hépatique minime (EHM) est une complication des maladies chroniques du foie. Les tests cognitifs validés pour son dépistage (PHES, ANT) sont centrés sur la vitesse psychomotrice, l'attention et les fonctions exécutives. Le PHES est actuellement la référence en matière de dépistage de l'EHM, mais il est chronophage et n'est pas adapté à une pratique clinique de routine. Le but de cette étude était d'évaluer la sensibilité d'un test cognitif rapide, le test des fluences verbales privatives (PVFT) pour le diagnostic de l'EHM.

#### Matériel et Méthodes

Analyse transversale d'une cohorte prospective (février 2022 – octobre 2023) de patients atteints de pathologie hépatique chronique référés à notre hôpital de jour pour suspicion d'EHM. Un comité d'adjudication composé d'hépatologues, d'un neurologue et d'un neuropsychologue a posé le diagnostic d'EHM en prenant en compte les résultats d'une IRM cérébrale avec spectroscopie, de biomarqueurs (dont l'ammoniaque), d'un électroencéphalogramme et de tests cognitifs comprenant PHES, ANT et le CFF. La tâche PVFT consiste à donner autant de mots ne contenant pas la lettre « a », en une minute, évaluant la fluence verbale et l'inhibition cognitive.

#### Résultats

Soixante et un patients référés à notre hôpital de jour ont été inclus. Parmi eux, 71 % étaient des hommes et l'âge médian était de 60 ans (53–65), 69 % souffraient d'une cirrhose du foie avec un score MELD médian de 13 (10–15). Le diagnostic d'EHM a été retenu pour 30 patients (49 %). Les patients atteints d'EHM présentaient des scores inférieurs au PVFT (9 mots en moyenne vs 5 ;  $p = 0,013$ ). La tendance était la même pour le PHES ( $p < 0,001$ ) et ANT ( $p = 0,049$ ). Les corrélations entre PVFT et ANT ( $r = 0,76$ ) et PHES ( $r = 0,61$ ) étaient significatives ( $p < 0,001$ ). L'analyse ROC pour le PVFT, l'ANT et le PHES a respectivement donné des aires sous la courbe de 0,69, 0,64 et 0,79. Le meilleur compromis entre sensibilité et spécificité pour le PVFT était le seuil de 10 mots en une minute (indice de Youden = 0,32 ; sensibilité = 0,87 ; spécificité = 0,45), alors que 20 animaux en une minute pour l'ANT donnaient un indice de Youden de 0,19 (sensibilité=0,82 ; spécificité=0,38). Le PHES, avec un score seuil de -4, a donné un indice de Youden de 0,29 (sensibilité = 0,37 ; spécificité = 0,92).

#### Conclusion

Le PVFT est un test cognitif rapide (1 min) pour le dépistage de l'EHM chez des patients atteints de pathologies chroniques du foie. L'analyse de corrélation a montré une association significative entre PVFT, ANT et PHES. Le PVFT a affiché une plus grande sensibilité que



## Communications Affichées AFEF 2024

l'ANT et le PHES. Le PVFT peut représenter un outil très prometteur, rapide et accessible pour le dépistage de l'EHM.

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PJ\_09

#### Le syndrome métabolique est un facteur de risque de récurrence de thrombose de la veine porte non cirrhotique non néoplasique !

K. DOBIGNY\*<sup>1</sup>; C. Bureau<sup>1</sup>; M.A. Robic<sup>1</sup>; S. Metivier<sup>1</sup>; T. IZOPET<sup>1</sup>; J.M. Peron<sup>1</sup>;  
H. Larrue<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Toulouse

#### Introduction

La thrombose récente de la veine porte (TVP) non cirrhotique et non néoplasique est le plus souvent causée par une affection prothrombotique générale ou un facteur de risque (FDR) local. Cependant aucun FDR n'est identifié dans un tiers des cas. Un travail préliminaire dans notre centre a montré que l'obésité abdominale était un FDR de TVP. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'impact du syndrome métabolique (SM) sur la récurrence thrombotique chez les patients atteints de TVP sans FDR identifié.

#### Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective observationnelle. Tous les patients ayant présenté une TVP non cirrhotique non néoplasique entre 2003 et 2023 ont été inclus. La date d'inclusion était celle de l'imagerie au diagnostic. Les caractéristiques initiales cliniques, biologiques et de l'imagerie et celles du suivi ont été recueillies. Les patients étaient classés en 3 groupes : ceux avec au moins un FDR reconnu identifié, ceux avec aucun FDR identifié (groupe idiopathique = I) et ceux avec un SM isolé selon les critères NCEP-ATPIII (Groupe SM). L'événement thrombotique était défini par une nouvelle thrombose veineuse (splanchnique ou à distance) ou un accident artériel (syndrome coronarien aigu (SCA) ou accident vasculaire cérébral (AVC)). Les taux actuariels de survenue d'événements étaient évalués par la méthode de Kaplan-Meier et comparés par le test Log-Rank.

#### Résultats

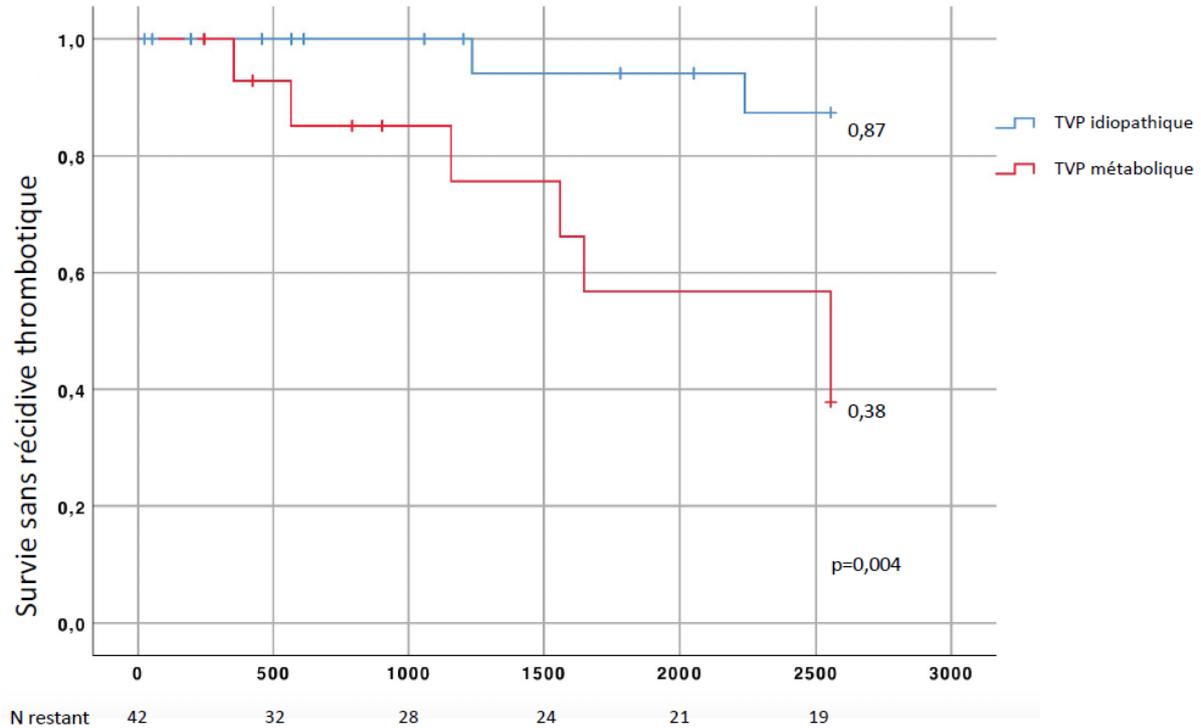
De 2003 à 2023, 105 patients ont été inclus (58% d'hommes, moyenne d'âge 50 ans ( $\pm 14$ )). Au diagnostic, 98% ont présenté des douleurs abdominales et 27% de la fièvre. Le tour de taille moyen était à 101,6 cm ( $\pm 13,5$ ) et l'IMC moyen à 28,3 kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 5,8$ ). La protéine C réactive était à 77 mg/L (0-350), le facteur VIII à 242 % (23-523). L'atteinte la plus fréquente (34%) était la thrombose dite extensive avec atteinte du réseau portal, de la veine mésentérique supérieure et de la veine splénique. Un FDR majeur de thrombose était retrouvé dans 30% des cas et mineur dans 80% des cas. Un SM était retrouvé chez 37 patients (35%). Quinze parmi ces 37 (14%) n'avaient que le SM comme facteur de risque (Groupe SM) et 27 patients (26%) n'avaient aucun FDR (groupe I), classant la TVP comme idiopathique. Les anticoagulants ont été arrêtés chez 14/15 patients du groupe SM et chez la totalité des patients du groupe I. Chez les 105 patients, 20 (19%) ont présenté un événement de récurrence. Parmi les récurrences extra-splanchniques, 4 étaient artérielles (3 SCA, 1 AVC) et 10 étaient veineuses (6 thromboses veineuses profondes et 4 EP). La probabilité d'être indemne de récurrence à 7 ans était de 38 % chez les patients métaboliques contre 87 % chez les patients idiopathiques (p=0,004).



## Communications Affichées AFEF 2024

### Conclusion

Ces résultats suggèrent que le syndrome métabolique est associé à un risque de récurrence d'événements thrombotiques après une TVP. Le bénéfice d'un traitement anticoagulant doit être évalué chez ces patients même en l'absence d'autre facteur de risque identifié.



Survie sans récurrence thrombotique des patients avec TVP d'origine métabolique versus idiopathique

### Déclaration de conflit d'intérêt :

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° PJ\_10

#### Pronostic des patients atteints de cirrhose ayant une « acute-on-chronic liver failure » (ACLF) avec un syndrome de détresse respiratoire aigu : implications sur la transplantation

T. Issoufaly<sup>1</sup>; V. Iloos<sup>2</sup>; C. Lejealle<sup>1</sup>; N. Memain<sup>2</sup>; E. Weiss<sup>1</sup>; S. Valainathan<sup>1</sup>; C. Francoz; F. Durand; D. Silva<sup>2</sup>; O. Roux\*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Clichy; <sup>2</sup> Saint-Denis

#### Introduction

La mortalité à court terme des patients admis en réanimation pour un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) reste élevée. Il a été rapporté de bons résultats de la transplantation pour « acute on chronic liver failure » (ACLF) de grade 3. L'impact spécifique de la défaillance respiratoire dans un contexte de SDRA sur la mortalité n'a pas été évalué. L'objectif de cette étude était d'évaluer le pronostic des cirrhotiques ventilés pour un SDRA, et d'identifier des critères de futilité de poursuite d'une réanimation intensive.

#### Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle bicentrique, une réanimation médicale polyvalente d'un CHG et une réanimation rattachée à un centre de transplantation hépatique. Entre 2017 et 2022, tous les patients successifs admis en réanimation avec une cirrhose, et une ventilation mécanique pour SDRA selon la définition de Berlin, ont été inclus. Les données cliniques et biologiques ont été recueillies à l'admission, à J7 et à la sortie d'hospitalisation. Les données de suivi ont été censurées à 28 jours de l'admission.

#### Résultats

Cinquante-neuf patients ont été inclus, en majorité des hommes (76%), avec un âge médian de 58 ans. Cinquante et un (86%) avaient une cirrhose décompensée. Au cours du séjour, 24 (41%) patients ont eu recours à une épuration extra rénale, 55 (95%) ont reçu des catécholamines, 17 (34%) ont reçu des curares, et 6 (11%) ont eu recours à un décubitus ventral (DV). A l'admission, le TP, la bilirubine, la créatinine, le taux de lactate, et le rapport P/F médian étaient respectivement de : 38%, 84 $\mu$ mol/L, 118 $\mu$ mol/L, 3,00mmol/L, 147). Au cours du suivi 48 (81%) patients sont décédés, la médiane de survie était de 9 jours. Aucun patient n'a été transplanté. Les données biologiques à l'admission associées au décès étaient : le TP (47 % vs 32 % dans le groupe décès, p=0,001), la bilirubine (34 vs 105 $\mu$ mol/L p<0,001), la créatinine (78 vs 125 $\mu$ mol/L p =0,047), et le MELD (19 vs 33 p=0,008). Le rapport P/F, le taux de lactates à l'admission n'étaient pas différents dans les deux groupes (170 vs 172, 1,70 vs 3,35mmol/L respectivement). Les patients curarisés ou ayant nécessité un DV avaient une mortalité de 100%, de même que les patients ayant une bilirubine>150  $\mu$ mol/l à l'admission. Parmi les patients ayant une bilirubine<150 $\mu$ mol/L, la survie était de 72%.

#### Conclusion

Le pronostic des cirrhotiques admis en réanimation en SDRA est mauvais, et semble être principalement lié à la gravité de la maladie hépatique sous-jacente. Les patients admis en réanimation avec un SDRA et une bilirubine > 150 $\mu$ mol/l et/ou ayant une indication de DV



## Communications Affichées AFEF 2024

sont tous décédés à très court terme, suggérant qu'il n'existe pas de fenêtre pour la transplantation. Des limitations de soins doivent être discutées chez ces malades.

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_01

#### Etude prospective franco-belge multicentrique évaluant la perception des patients et des médecins concernant la maladie et le traitement dans le carcinome hépatocellulaire avancé

J.C. Nault\*<sup>1</sup>; N. Sritharan<sup>2</sup>; G. Verset<sup>3</sup>; I. Borbath<sup>4</sup>; M. Lequoy<sup>1</sup>; M. Allaire<sup>1</sup>; H. Regnault<sup>1</sup>; I. Colle<sup>5</sup>; H. Orlent<sup>6</sup>; I. Sinapi<sup>7</sup>; C. Moreno<sup>3</sup>; E. Larrey<sup>1,6</sup>; S. Sidali<sup>1</sup>; C. Hollande<sup>1</sup>; G. Amaddeo<sup>8</sup>; S. Pol<sup>1</sup>; P. Nahon<sup>9</sup>; N. Ganne-Carrié<sup>2</sup>; V. Levy<sup>2</sup>; C. Bloch-Queyrat<sup>1</sup>; E. Trepo<sup>3</sup>; M. Bouattour<sup>10</sup>; Paris Liver Cancer Group  
<sup>1</sup> Paris; <sup>2</sup> Bobigny; <sup>3</sup> Bruxelles; <sup>4</sup> B; <sup>5</sup> Aalst; <sup>6</sup> Brugge; <sup>7</sup> Charleroi; <sup>8</sup> Créteil; <sup>9</sup> Bondy; <sup>10</sup> Clichy

#### Introduction

Le carcinome hépatocellulaire avancé (CHC) est un cancer de mauvais pronostic. Notre étude vise à explorer les attentes des patients concernant leurs traitements et leur pronostic par rapport aux évaluations de leurs médecins.

#### Matériel et Méthodes

Nous avons inclus prospectivement 205 patients (6 centres en France et 5 en Belgique) répondant aux critères d'inclusion : 1) CHC de stade BCLC B/C et 2) recevant un traitement systémique (NCT04823754). Les patients ont rempli un questionnaire de 28 questions et les médecins ont rempli un questionnaire de 17 questions. Dix questions étaient communes aux deux questionnaires pour évaluer la concordance patient/médecin. Les patients ont complété l'échelle d'anxiété et de dépression hospitalière (HADS). Les médecins ont fourni lors de la consultation une estimation de la survie globale (prédite) de chaque patient, qui a été comparée à la survie observée. Des modèles univariés et multivariés ont évalués les facteurs associés aux réponses concordantes patient-médecin, aux scores HADS et à la survie.

#### Résultats

Les patients avaient un CHC stade BCLC C dans 75% des cas majoritairement (85%) traité par atezolizumab/bevacizumab. 60% des patients n'ont pas discuté de l'espérance de vie avec le médecin, tandis que 39% désiraient des informations précises sur leur espérance de vie. 63% des patients pensaient avoir une espérance de vie >5 ans. 52% des patients avaient de l'anxiété/dépression selon le HADS: le taux d'AFP était significativement associé à la dépression (p=0,006). Parmi les 10 questions communes patients/médecins, une concordance de 36,4% a été observée; les principales différences portaient sur la capacité du traitement à contrôler le cancer, les patients étant plus optimistes que les médecins. Les facteurs suivant étaient associés à une concordance patient-médecin plus faible : les consultations plus courtes (p=0,003), les médecins de sexe féminin (p=0,02), le BCLC C (p=0,03) et >100 patients avec CHC vu par an par médecin (p=0,008). Les patients belges étaient plus satisfaits de la consultation (p<0,001) mais étaient moins optimistes sur leur espérance de vie que les français. En Belgique, les patients discutaient plus fréquemment de leur espérance de vie (31,5%) par rapport à la France (13,9%, p<0,001). La survie globale médiane prédite par le médecin était de 18 mois vs 13 mois pour la survie observée (corrélation faible, p=0,31).



## Communications Affichées AFEF 2024

### Conclusion

Les attentes concernant les traitements systémiques et leurs résultats potentiels dans le cadre du carcinome hépatocellulaire avancé diffèrent considérablement entre les patients et les médecins ainsi qu'entre la France et la Belgique.

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_02

#### L'expérience d'une Equipe Mobile pilotée par un centre expert pour impulser une dynamique de parcours de soins afin de prévenir les maladies sévères du foie

F. Chaffraix\* <sup>1,1</sup>; M. Doffoël <sup>1,1</sup>; C. Wiedemer <sup>1,1</sup>; A. Lang <sup>1</sup>; A. De Luca <sup>1</sup>; A. Bury <sup>1</sup>;  
C. Daeffler <sup>1</sup>; S. Ludwig <sup>1</sup>; C.L. Hubert <sup>1</sup>; F. Antoni <sup>1</sup>; M. Royant <sup>1</sup>; S. Tripon <sup>1,1</sup>  
<sup>1</sup> Strasbourg

#### Introduction

Les équipes mobiles (EM) déploient des stratégies « hors les murs » auprès des populations éloignées du dépistage et du soin afin de diminuer les freins en facilitant l'accès à ces étapes des parcours de soin. Notre EM propose une évaluation non invasive de la fibrose et stéatose hépatique par élastométrie, souvent associée au dépistage du VHB, VHC et VIH par sérologies ou TROD dans le cadre d'un maillage territorial avec des partenaires clés et incontournables.

#### Matériel et Méthodes

Notre EM transdisciplinaire composée d'un médecin généraliste, infirmière et assistante sociale intervient « Hors les murs » avec un véhicule dédié en s'adaptant aux contextes locaux et aux différentes populations en situation de vulnérabilité (précarité, migration, détention, avec usage de substances psychoactives). L'EM agit dans les CHRS, foyers d'insertion, résidence sociales, CARRUD, réseaux Diabète Obésité et Maladies Cardiovasculaire (DOMcv), les PASS, en milieu pénitencier, en lien avec les médecins généralistes, les CPTS, les équipes médico-sociales des structures (Unités Sanitaires de Niveau 1, CeGIDD, Médecins du monde, SOS hépatites, Aides...). Ses missions sont l'orientation diagnostic, le dépistage, l'accès aux droits et au soin et la réinsertion sociale.

#### Résultats

Entre 2021 et 2023, 810 personnes ont été évalués par l'EM, repartis en 4 populations cibles : 377 en situation de précarité (SP), 254 en détention, 177 chez les personnes des réseaux DOMcv et 46 usagers de drogues (UD). Une fibrose significative ( $\geq F2$ ) a été retrouvée chez 187 (23,09%) personnes : 32,1% en population en SP, 23,62% pour les détenus, 49,57% chez les personnes en DOMcv, et 52,17% chez les UD. Une stéatose hépatique associée à une fibrose significative a été diagnostiquée chez 140 (17,28%) des patients pour lesquels une consultation spécialisée a été recommandée : 73 (52,14%) pour les patients en SP, 23 (16,43%) pour les détenus, 29 (20,71%) chez les pDOMcv et 10 (7,14%) chez les UD. Le dépistage des hépatites virales (VHB, VHC) et VIH par TROD ou sérologies virales a été réalisé chez 617 personnes avec une prévalence globale de 2,43% d'AgHBs, 8,24% Ac VHC, 0,76% Ac VIH 1 et 2. Au total, 180 (34,42%) des usagers ont intégrés un parcours de soin. De multiples facteurs freinent l'accès aux soins : l'isolement, la précarité ou la barrière de la langue... Un travail social est fondamental pour faciliter l'accès aux droits et aux soins. Des parcours ville-hôpital sont mis en place avec une orientation vers les médecins traitants ainsi sensibilisés aux maladies du foie.



## Communications Affichées AFEF 2024

### Conclusion

L'action d'une EM pilotée par un centre expert est indispensable pour améliorer l'organisation des parcours de soins des maladies du foie (virale, alcoolique, métabolique) et la coordination des acteurs en mobilité. Le développement des parcours dans les zones en déficit médical ou éloignées des lieux de prise en soin avec les CPTS référentes est un enjeu majeur pour la prévention des maladies graves du foie et leurs complications.

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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

### *Références*

Nous remercions les professionnels des structures partenaires pour leur investissement et leur dynamisme et tous les professionnels de l'équipe du centre expert pour leur expertise pluridisciplinaire indispensable dans un tel projet de santé publique



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_03

#### Enquête de faisabilité de désescalade personnalisée de surveillance chez les patients atteints de cirrhose à faible risque de carcinome hépatocellulaire (CHC)

N. Ganne-Carrié\* 1; P. Nahon 1  
1 Bobigny

#### Introduction

Le dépistage semestriel du CHC, recommandé chez tous les patients atteints de cirrhose indépendamment du niveau de risque individuel, pourrait être superflu en cas de faible risque. Un projet d'étude observationnelle de désescalade de surveillance des patients atteints de cirrhose à faible risque de CHC a été présenté au groupe de réflexion « Tumeurs Primitives du Foie » de l'AFEF le 6 octobre 2023. Cependant, l'acceptabilité par les cliniciens français et leurs patients d'une telle étude est inconnue et n'a pu être évaluée à l'occasion de la présentation.

#### Matériel et Méthodes

Le projet consisterait à inclure des patients atteints de cirrhose à faible risque de CHC ( $\leq 0.3\%$  /an) selon un score simple à 6 paramètres établi à partir de 4 études prospectives françaises (1) et de ré-évaluer le niveau de risque individuel selon le score sus-cité tous les ans pendant 3 ans. Si le score s'élevait ( $> 5$ ), le patient serait alors exclu et bénéficierait d'une surveillance semestrielle conforme aux recommandations en vigueur.

Afin d'évaluer la faisabilité, nous avons diffusé un questionnaire comportant 5 questions et 1 champ libre concernant l'intention de participation, les patients cibles en termes d'étiologie de cirrhose et de stade évolutifs, l'effectif total envisagé et la nécessité/souhait de réaliser une échographie hépatique annuelle de sécurité

#### Résultats

Le questionnaire a été envoyé le 23 octobre 2023 aux 34 investigateurs de l'essai randomisé national en cours *FASTRAK* [dépistage par FAST-IRM chez les patients à haut risque de CHC, NCT05095714] et, en l'absence de réponse, 2 relances ont été réalisées les 6 et 23 novembre 2023.

Vingt-quatre des 34 (70%) investigateurs/centres ont répondu, tous favorablement. L'échographie hépatique annuelle était jugée nécessaire pour la plupart des investigateurs [souhaitable (n=13, 38%) ou indispensable (n=9, 26%)]. Un seul investigateur jugeait l'échographie hépatique annuelle inutile et un investigateur n'a pas fourni de réponse à cette question. L'effectif annuel total déclaré de patients éligibles était de 560 (10 à 80 patients/centre). Seuls les patients Child-Pugh A étaient pré-sentis pour la plupart des investigateurs (21/24, 87%). La seule cause de cirrhose envisagée de façon non consensuelle pour un tel essai était l'infection virale B virosupprimée (11/24 en défaveur, 46%).



## Communications Affichées AFEF 2024

### Conclusion

Cette enquête suggère que les cliniciens français sont majoritairement favorables à la mise en œuvre d'un essai personnalisé de désescalade de surveillance chez les patients atteints de cirrhose à faible risque de CHC. L'acceptabilité par les investigateurs potentiels suppose la réalisation d'une échographie hépatique annuelle. La cible serait les patients atteints de cirrhose compensée Child-Pugh A, de toutes étiologies à l'exception du virus de l'hépatite B contrôlé.

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_04

#### Durvalumab/Tremelinumab en vie réelle : cohorte prospective

F. Villeret\*<sup>1</sup>; A. Riff,<sup>1</sup>; C. Taureau<sup>1</sup>; S. Radenne<sup>1</sup>; P. Guilloreau<sup>1</sup>; M. Gruner<sup>1</sup>;  
C. Chambon-Augoyard<sup>1</sup>; Y. Chouik<sup>1</sup>; P. Merle,<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Lyon

#### Introduction

Deux association d'immunothérapies sont actuellement recommandées en 1<sup>ère</sup> ligne pour le traitement du carcinome hépatocellulaire (CHC) localement avancé ou métastatique. La combinaison DURVALUMAB et TREMELIMUMAB (DT) est en accès précoce en France depuis Avril 2023. Aucune donnée de vie réelle n'est disponible à ce jour.

#### Matériel et Méthodes

Au sein de 2 services d'hépatologie, nous avons inclus prospectivement les patients ayant eu une prescription d'immunothérapie par DT entre Avril 2023 (date de l'ouverture de l'accès précoce) et Avril 2024. Nous avons recueilli de façon prospective les caractéristiques des patients, la réponse scannographique au DT, les effets secondaires immunomédiés, la survie sans progression et la survie globale.

#### Résultats

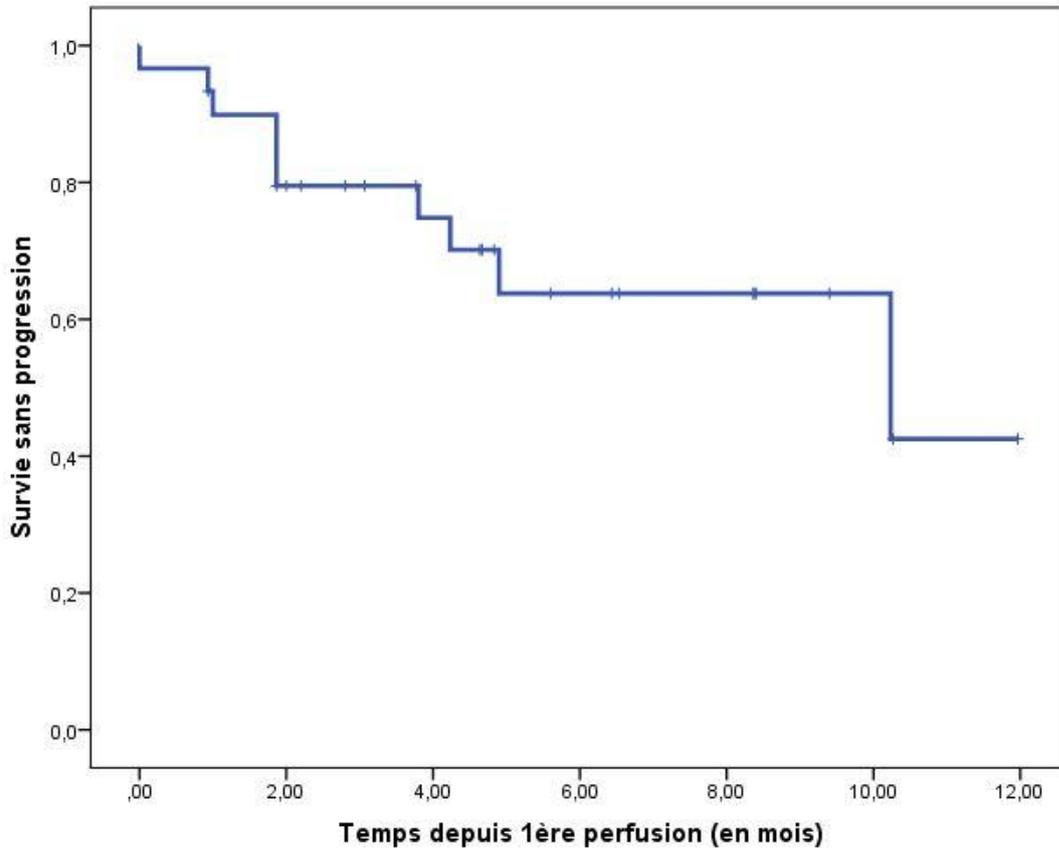
Quarante-deux patients sont inclus sur cette période (F/H : 6/36) dont 83% sont porteurs d'une cirrhose (OH : 59% ; NASH : 28.5%) dont 88% sont considérés CHILD A. Le CHC était prouvé histologiquement chez 59,5% des patients. Le DT est choisi pour des problématiques d'hypertension portale (38,1%), ATCD cardio-vasculaire (33,3%) ou pour la réalisation d'une radiothérapie concomitante (11.9%). La moitié des patients a un traitement anticoagulant ou antiagrégant à l'initiation du DT. L'âge médian à l'initiation du DT est de 72,8 ans. Le DT est le premier traitement du CHC pour 64% des patients, 50% ont une classification BCLC de grade C. L'AFP médiane est 12µg/L (IQR : 3-547µg/L). La médiane de suivi est de 4,4 mois (IQR : 1,9 – 6,0 mois). Le nombre médian de perfusions d'immunothérapie est de 4 par patient (IQR : 2-6). Quinze patients (35,7%) ont développé une toxicité (de toute grade) imputée à l'immunothérapie avec un délai médian de 56 jours (IQR : 40,5-70 jours). Neuf toxicités de grade 3/4 ont été identifiées chez 6 patients (14,3%) avec un délai médian de 37 jours : colique (n=3), cardiaque (n=3) et hépatique (n=2). La survie globale est de 61,8% à 6 mois. La survie sans progression est de 42,5% à 10 mois. Le taux de réponse objectif selon mRECIST est de 33,3%.

#### Conclusion

Cette première étude de vraie vie confirme l'efficacité de cette double association d'immunothérapie par DT en population réelle. Les toxicités de grade 3/4 restent limitées au sein de notre population. La survie sans progression est de 42,5% à 10 mois.



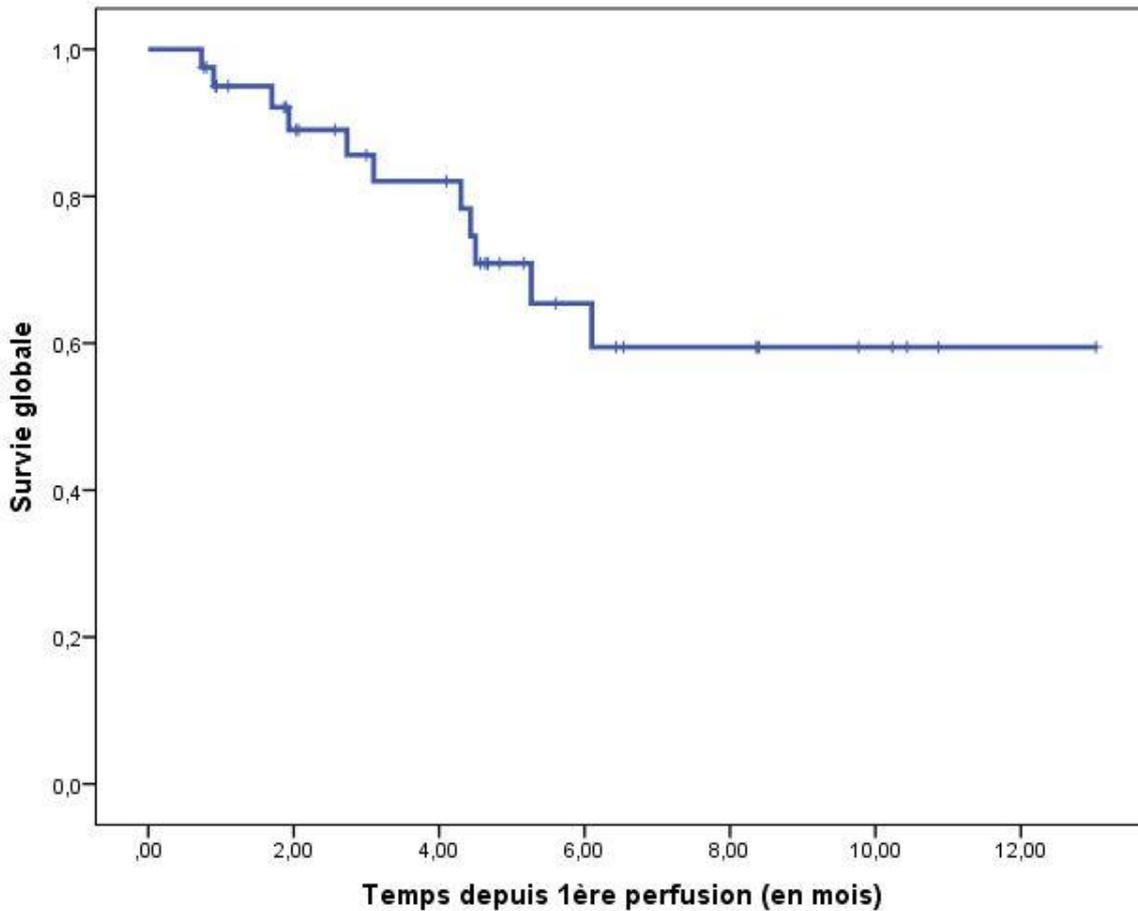
## Communications Affichées AFEF 2024



Survie sans progression (selon LogRank). Délais entre l'initiation de l'immunothérapie par DURVALUMAB et TREMELIMUMAB et la progression radiologique



## Communications Affichées AFEF 2024



Survie globale (selon LogRank). Délais entre l'initiation de l'immunothérapie par DURVALUMAB et TREMELIMUMAB et le décès

### Déclaration de conflit d'intérêt :

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

### Références

Abou-Alfa GK, Lau G, Kudo M, Chan SL, Kelley RK, Furuse J, Sukeepaisarnjaroen W, Kang YK, Van Dao T, De Toni EN, Rimassa L, Breder V, Vasilyev A, Heurgué A, Tam VC, Mody K, Thungappa SC, Ostapenko Y, Yau T, Azevedo S, Varela M, Cheng AL, Qin S, Galle PR, Ali S, Marcovitz M, Makowsky M, He P, Kurland JF, Negro A, Sangro B. Tremelimumab plus Durvalumab in Unresectable Hepatocellular Carcinoma. NEJM Evid. 2022 Aug;1(8):EVIDoa2100070. doi: 10.1056/EVIDoa2100070. Epub 2022 Jun 6. PMID: 38319892.

A l'ensemble des patients et des équipes hospitalières, en particulier celle de l'HDJ hépatologie



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_05

#### Évaluation de l'efficacité de resmetirom (80 mg vs. 100 mg) en fonction de l'indice de masse corporelle et du poids à l'inclusion chez les patients de l'essai MAESTRO-NASH

V. Ratziu\*<sup>1</sup>; J.M. Schattenberg<sup>2</sup>; R. Loomba<sup>3</sup>; R. Taub<sup>4</sup>; D. Labriola<sup>4</sup>; S.A. Harrison<sup>5</sup>  
<sup>1</sup> Paris; <sup>2</sup> Homburg; <sup>3</sup> San Diego; <sup>4</sup> Conshohocken; <sup>5</sup> San Antonio

#### Introduction

MAESTRO-NASH est un essai clinique international de 54 mois en cours de phase 3, en double aveugle, randomisé (1:1:1) et contrôlé par placebo, évaluant l'efficacité et la sécurité d'une dose quotidienne de 80 mg ou 100 mg par voie orale de resmetirom, un agoniste sélectif du récepteur  $\beta$  des hormones thyroïdiennes, chez des adultes atteints de NASH avec fibrose confirmée par biopsie (NCT03900429). Le poids corporel est le principal facteur influençant l'exposition au resmetirom.

#### Matériel et Méthodes

Une analyse post-hoc a été réalisée pour apporter des preuves supplémentaires d'une relation entre la dose de resmetirom et le poids corporel et l'indice de masse corporelle (IMC) à l'inclusion. Pour évaluer leur impact sur la réponse au resmetirom, les données d'efficacité des deux critères de jugement principaux, résolution de la NASH sans aggravation de la fibrose (RN) ou réduction  $\geq 1$  stade de la fibrose sans aggravation de la NASH (RF), ont été stratifiées sur le poids corporel ( $\leq 100$  et  $> 100$  kg) et l'IMC ( $\geq 35$  et  $< 35$  kg/m<sup>2</sup>) à l'inclusion.

#### Résultats

Pour les patients traités par 80 mg de resmetirom et pesant  $\leq 100$  kg, 66,9 % ont atteint une réduction de 30 % de PDFF ; et pour les patients avec une biopsie à 52 semaines, 35,4 % ont présenté une RF et 32 % pas d'aggravation de la fibrose. Pour les patients pesant  $> 100$  kg, 56,7 % ont atteint une réduction de 30 % de PDFF ; 22,5 % une RF et 27 % une RN. Pour les patients traités par 100 mg de resmetirom et pesant  $\leq 100$  kg, 71,7 % ont atteint une réduction de 30 % de PDFF, 33,6 % une RF et 35,8 % une RN ; pour les patients  $> 100$  kg, 72,5 % ont atteint une réduction de 30 % de PDFF, 32,5 % une RF et 35,8 % une RN. Une proportion plus importante de patients a présenté une RF par rapport au bras placebo chez ceux ayant reçu 80 mg de resmetirom (population mITT) dont l'IMC était  $< 35$  : RF=13,0 % (5,2, 20,8) ; RN=33,4 % (14,2, 30,6) ; et chez les patients dont l'IMC  $\geq 35$  : RF=7,0% (-0,7, 14,7) ; RN=9,8% (3,1, 16,6). Cela a également été observé chez les patients ayant reçu 100 mg de resmetirom (population mITT) dont l'IMC était  $< 35$  : RF=11,8 % (4,2, 19,4) RN=21,0 % (13,4, 28,7) ; pour les patients dont l'IMC  $\geq 35$  : RF=11,1% (3,4, 18,9) ; RN=20,0% (12,3, 27,7).

#### Conclusion

La dose de resmetirom de 100 mg a été invariablement plus efficace que la dose de 80 mg pour atteindre le critère de jugement principal double chez les patients dont le poids et l'IMC à l'inclusion étaient plus élevés. Chez les patients avec un IMC plus faible, aucune différence d'efficacité n'a été observée entre les doses de 80 et de 100 mg.



## Communications Affichées AFEF 2024

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_06

#### Traitement par resmetirom d'un sous-groupe de patients présentant une possible MetALD inclus dans l'étude MAESTRO-NASH, une étude de phase 3 sur la NASH/MASH avec biopsies hépatiques en série

V. Ratziu\* <sup>1</sup>; S.A. Harrison <sup>2</sup>; J.M. Schattenberg <sup>3</sup>; R. Taub <sup>4</sup>; D. Labriola <sup>4</sup>; B. Hill <sup>4</sup>  
<sup>1</sup> Paris; <sup>2</sup> San Antonio; <sup>3</sup> Homburg; <sup>4</sup> Conshohocken

#### Introduction

MAESTRO-NASH est un essai clinique international de 54 mois en cours de phase 3, en double aveugle, randomisé (1:1:1) et contrôlé par placebo, évaluant l'efficacité et la sécurité d'une dose quotidienne de 80 ou 100 mg par voie orale de resmetirom, un agoniste sélectif du récepteur  $\beta$  des hormones thyroïdiennes, chez des adultes atteints de NASH avec fibrose confirmée par biopsie (NCT03900429).

#### Matériel et Méthodes

Le bénéfice du resmetirom chez les patients avec et sans indicateurs de consommation d'alcool supérieure aux limites autorisées par le protocole a été évalué sur les critères de jugement histologiques, résolution de la NASH sans aggravation de la fibrose (RN) ou la réduction  $\geq 1$  stade de la fibrose sans aggravation de la NASH (RF), et la PDFF. Les patients avec une valeur de CDT à l'inclusion ou pendant l'étude  $>2,5$  % (LSN 2,47) et/ou PEth  $>20$  ng/ml (LSN 20 ng/ml) ont été assignés au sous-groupe possible MetALD. Les analyses ont été effectuées sur 782 patients ayant une biopsie à l'inclusion et à 52 semaines.

#### Résultats

75 (9,6 %) patients ont été inclus dans le sous-groupe possible MetALD. Les caractéristiques à l'inclusion pour les sous-groupes possible MetALD et consommation d'alcool faible ou nulle étaient respectivement (moyenne (SD)) : âge=57,7 (10,5), 60,1 (10,7) ; hommes=59 %, 42 % ; diabète=50,7 %, 67,9% ; CDT=2,2 % (1,0), 1,6 % (0,3) ; IMC 33,0 (5,5), 35,8 (6,6) ; PDFF=21,7 % (7,4), 17,4% (6,5), VCTE=13,4 (6,7) kPa, 13,2 (6, 6) kPa ; CAP=348,5 (38,5) dB/M, 347,0 (38,7) dB/M ; FIB-4=1,67 (0,69), 1,37 (0,66) ; AST=45,6 U/l (21,8), 40,3 U/l (22,9) ; ALT=55,2 U/l (24,8), 55,5 U/l (32,2) ; GGT=117,9 U/l (170,8), 75,3 (85,6) ; bilirubine=0,69 mg/dl (0,31), 0,65 mg/dl (0,29) ; MCV=92,3 fl (5,8), 90,3 fl (5,6) ; plaquettes=200  $10^9/l$ , 229  $10^9/l$ ; NAS (médiane)=5 (5,6), 5 (5,6) ; et F3=66,7 %, 62,5 %. Dans le groupe avec une consommation d'alcool faible ou nulle, ceux ayant reçu 80 mg et 100 mg de resmetirom, 29,9 % et 36 % ont respectivement présenté une RN, 29 % et 33,3 % une RF, 59,2 % et 71,2 % une réduction  $\geq 30$  % de PDFF par rapport à l'inclusion. Pour les patients traités par placebo, les résultats correspondants étaient 10,3 %, 13,7 % et 24,5 %. Pour le groupe possible MetALD : les patients traités par 80 mg et 100 mg de resmetirom : 29 % et 35 % ont respectivement présenté une RN, 35 % et 30 % une RF et 88 % et 81 % une réduction  $\geq 30$  % de PDFF par rapport à l'inclusion. Pour les patients traités par placebo, les résultats correspondants étaient de 10 %, 19 % et 14 %.

#### Conclusion

75 patients avaient une possible MetALD au cours des 52 premières semaines de l'essai MAESTRO-NASH, avec des valeurs à l'inclusion de GGT et de FIB-4 plus élevées que le



## Communications Affichées AFEF 2024

groupe à faible consommation d'alcool. Les taux de réponse au resmetirom chez ces patients étaient similaires à ceux des patients sans MetALD.

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_07

#### Effets à court et moyen terme de l'hypnose et de la psychoéducation sur la fatigue associée à la cholangite biliaire primitive : résultats de l'essai contrôlé randomisé CBP-HOPE

C. Corpechot\* <sup>1</sup>; C. Goffette <sup>2</sup>; C. Flahault <sup>2</sup>; C. Vioulac <sup>2</sup>; A.C. Viret ; H. Pérennès <sup>1</sup>; D. Da Rin <sup>1</sup>; K. Ben Belkacem <sup>1</sup>; F. Gaouar <sup>1</sup>; N. Bernard <sup>1</sup>; M. Khadefi <sup>1</sup>; A. Rousseau <sup>1</sup>; P.A. Soret <sup>1</sup>; S. Lemoinne <sup>1</sup>; O. Chazouilleres <sup>1</sup>; A. Untas <sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Paris; <sup>2</sup> Boulogne-Billancourt

#### Introduction

La fatigue est l'un des principaux symptômes associés à la cholangite biliaire primitive (CBP). Elle affecte la qualité de vie et peut conduire à l'isolement social et à la dépression. Aucune intervention thérapeutique pharmacologique ou cognitive n'a encore permis d'améliorer la fatigue dans cette maladie. Le but de cette étude était d'évaluer l'efficacité de l'hypnose et de la psychoéducation dans le traitement de la fatigue associée à la CBP (PBC-HOPE, ClinicalTrials.gov number, NCT03630718).

#### Matériel et Méthodes

Critères d'inclusion: femmes ayant une CBP compensée médicalement stable, associée à une fatigue significative définie par un score de fatigue (PBC-40)  $\geq 33$ . Randomisation dans 3 groupes: Hypnose (HY), Psychoéducation (PE), Soins courants (SC). HY et PE ont été prodiguées à raison d'une séance par semaine pendant 4 semaines. Toutes les participantes ont rempli des questionnaires de qualité de vie à l'entrée (J0), à la semaine 5 (S5), 12 (S12) et 24 (S24). Les 8 premières participantes de chaque groupe ont été interviewées à J0 et à S12. L'analyse a été faite en intention de traiter. Le critère d'évaluation principal était la différence du score de fatigue entre S12 et J0. Les critères secondaires étaient les différences de scores de qualité de vie, de sommeil, d'anxiété et de dépression entre S12 et J0. Le verbatim des entretiens a fait l'objet d'une analyse lexicométrique.

#### Résultats

Au total, 55 participantes (âge médian: 57 ans ; score de fatigue médian: 40) ont été randomisées dans les groupes HY (n=18), PE (n=19) et SC (n=18). Leurs caractéristiques au départ étaient comparables. Aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'étude. Le critère d'évaluation principal n'a pas atteint le seuil de significativité, avec des différences médianes [interquartile] du score de fatigue PBC-40 entre S12 et J0 de -3,0 [-10,0 ; 1,0] dans le groupe SC, -6,0 [-11,5 ; -4,8] dans le groupe HY (p=0,15 vs. SC) et -6,0 [-8,0 ; -4,0] dans le groupe PE (p=0,30 vs. SC) (**Figure 1**). Les résultats à S5 et S24 et ceux des critères d'évaluation secondaires étaient également non significatifs. En revanche, l'étude lexicométrique indiquait un changement net du discours et du corpus oral des participantes des groupes HY et PE entre S12 et J0 comparativement au groupe SC, suggérant un impact positif des interventions suivies sur la perception verbalisée de la fatigue.

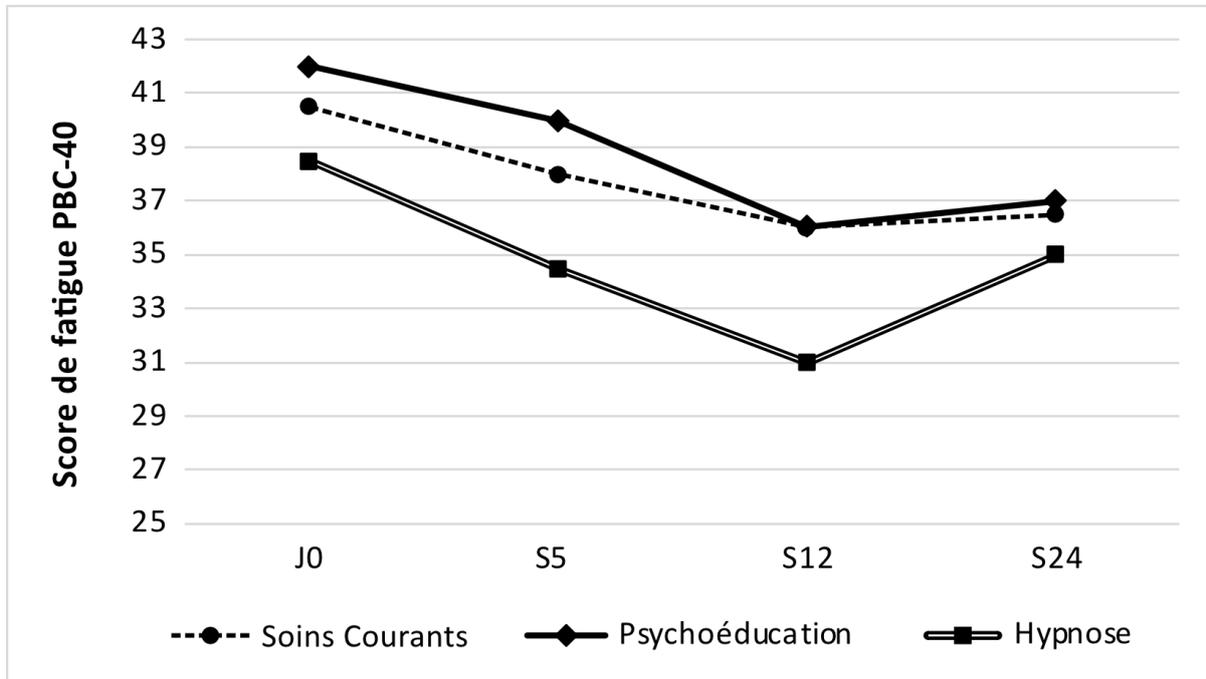
#### Conclusion

Quatre séances hebdomadaires d'hypnose ou de psychoéducation n'ont pas permis d'améliorer d'un point de vue quantitatif à court et moyen terme le niveau de fatigue associée



## Communications Affichées AFEF 2024

à la CBP. Cependant, un changement qualitatif positif dans la perception verbalisée de la fatigue a été observé dans ces deux groupes d'intervention, suggérant que des séances d'entretien pourraient avoir un effet bénéfique à plus long terme.



Figurer 1. Evolution du score de fatigue en fonction du groupe de traitement et du temps.

### Déclaration de conflit d'intérêt :

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_08

#### Prévalence et facteurs prédictifs de survenue de stéatoses hépatiques non alcooliques. Etude prospective

S. Zemmouchi\*<sup>1</sup>; R. Ouldgougam<sup>1</sup>; M. Lahcene<sup>1</sup>; M.E.A. Boudjella<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> El Hammamet

#### Introduction

Les stéatopathies hépatiques dysmétaboliques sont la cause la plus fréquente de maladies chroniques du foie. Les données de la littérature portent sur des échantillons d'une grande hétérogénéité, relatives à l'origine ethnique ou géographique, à la nature et à la durée d'exposition à différents facteurs de risque (FDR) métaboliques. L'objectif de l'étude a été de déterminer la prévalence, la sévérité et les facteurs de survenue des NAFLD chez des patients à risque métabolique

#### Matériel et Méthodes

L'étude a porté sur 485 patients recrutés prospectivement sur une période de 4 ans (mars 2018 - juin 2022). Le mode de recrutement a été la recherche d'une NAFLD chez 144 (30%) patients présentant au moins un FDR métabolique, un aspect de foie de surcharge à l'imagerie dans 231 (48%) cas, une biologie hépatique perturbée chez 96 (20%) patients et une hépatopathie avancée chez 14 (3%) patients. Le diagnostic de NAFLD a été retenu après exclusion des causes de stéatose secondaire et/ou de maladie chronique non stéatosique du foie.

#### Résultats

350 cas de NAFLD (93 H, 241 F) ont été retenus. La prévalence globale des NAFLD a été de 72,1%. Un surpoids/obésité étaient présents dans 91% des cas avec un tour de taille augmenté chez toutes les F et 85% des H. Un trouble de la glycorégulation était présent dans 82% des cas et un syndrome métabolique, une HTA ou une dyslipidémie dans respectivement 81,7%, 53% et 89% des cas. L'élasticité hépatique (EH) a été  $\leq 7,9$ Kpa chez plus de 75% des patients, 14% avaient une  $EH > 12$ KPa et 10% étaient en zone grise. La PBH, proposée à 185 (52,8%) patients, a été réalisée et interprétée dans 149 cas. Une NASH a été diagnostiquée dans 120 cas (80% des PBH et 34,3% de la cohorte). La fibrose a été significative dans 55% et avancée dans 27,5% des cas. Les tests non invasifs de fibrose, élastographie et scores sériques ont été en forte concordance avec les données de l'histologie. En analyse multivariée, les facteurs indépendamment associés à la survenue d'une NAFLD ont été : le DT2, l'obésité abdominale et les GGT élevés. Les FDR de survenue de NASH: l'HTA, des taux élevés d'ASAT, GGT ou de bilirubine. Les facteurs prédictifs de survenue d'une fibrose avancée: une perturbation de l'EH, des ALAT, du score NFS et du LDLc.

#### Conclusion

La stéatopathie dysmétabolique est hautement prévalente dans la population avec facteur de risque métabolique ou cytolysse chronique inexplicée. L'échographie et le score HSI sont des outils de dépistage sensibles. Le FIB4 est suffisant pour exclure la présence d'une



## Communications Affichées AFEF 2024

fibrose significative. Les patients diabétiques sont à haut risque de survenue de fibrose avancée, le FIB-4 doit être systématiquement associé à une élastométrie impulsionnelle.

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_09

#### Les bêta-bloquants non sélectifs préviennent l'apparition d'ascite chez les patients atteints de CHC avec hypertension portale traités par TACE

M. Allaire\* <sup>1</sup>; H. Garcia <sup>1</sup>; L. Meyblum <sup>1</sup>; S. Mouri <sup>1,1</sup>; E. Spitzer <sup>1</sup>; C. Goumard <sup>1</sup>; O. Scatton <sup>1</sup>;  
C. Roux <sup>1</sup>; M. Wagner <sup>1</sup>; D. Thabut <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> paris

#### Introduction

Pour prévenir la décompensation hépatique, l'utilisation de bêta-bloquants non cardio sélectifs (BBNS) est recommandée chez tous les patients présentant une hypertension portale cliniquement significative (HPCS) selon Baveno VII. Nos objectifs étaient d'identifier les paramètres associés à l'apparition d'ascite chez les patients atteints de CHC traités par TACE, en portant une attention particulière à la thérapie par BBNS.

#### Matériel et Méthodes

Nous avons inclus tous les patients ayant bénéficié d'une TACE pour un CHC entre 2013 et 2023. L'apparition d'ascite a été définie comme sa survenue après la TACE et avant la progression du CHC, la transplantation hépatique ou le décès. L'absence de BBNS lorsqu'ils étaient indiqués était déterminée par l'absence d'utilisation de BBNS chez les patients présentant des varices œsophagiennes (VO) quel que soit leur taille. Les données de survie ont été analysées selon la méthode de Kaplan-Meier, avec des comparaisons statistiques effectuées à l'aide de tests de log-rank et de modèles de risques proportionnels de Cox.

#### Résultats

133 patients ont été inclus (âge 68 ans, 81% hommes, Child-Pugh A 90%) et 65% avaient des VO (30% de grande taille) et 11% avaient des antécédents d'ascite. 32% et 80% des patients avec des VO de grande et petite taille n'étaient pas traités par BBNS respectivement. Le jour de la TACE, 56% étaient BCLC-A, avec une taille médiane de 31 mm pour la plus grande lésion et 11% présentaient une AFP>100ng/ml. La dose médiane de Doxorubicine reçue était de 80mg et 12% ont subi plus de 3 TACE. La survie sans progression (SSP) médiane était de 9 mois et la survie globale (SG) médiane était de 22 mois. 23% des patients ont bénéficié d'une transplantation. Seuls la splénomégalie (HR=0,44, IC95%[0,24-0,78]), l'âge avancé (HR=1,03, IC95%[1,01-1,06]), la maladie hépatique liée à l'alcool (HR=2,54, IC95%[1,46-4,41]) et le BCLC-A (HR=0,42, IC95%[0,25-0,71]) étaient associés à la mortalité en analyse multivariée. Pendant le suivi, 18 patients ont présenté une ascite avec une incidence de 14% à 12 mois (88% avaient des VO et 61% n'étaient pas traités par des BBNS pourtant indiqués). Parmi eux, 9 ont présenté une récurrence du CHC, 2 ont été transplantés et 85% ont présenté une ascite qui a empêché l'accès à d'autres traitements du CHC. En analyse multivariée, seuls le score MELD (HR=1,21, IC95%[1,02-1,45]) et l'absence de BBNS alors qu'ils étaient indiqués (HR=3,80, IC95%[1,31-11,01]) étaient associés à l'apparition d'ascite.

#### Conclusion

Dans notre cohorte, 29% de nos patients n'étaient pas traités par des BBNS malgré la présence de VO, et l'absence BBNS était indépendamment associée à l'apparition d'ascite



## Communications Affichées AFEF 2024

après TACE, ce qui a empêché l'accès à d'autres traitements du CHC chez 85% des patients avec progression.

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_10

#### Wilobs : Un Programme d'Accompagnement Innovant pour Renforcer l'Observance Thérapeutique chez les Patients Atteints de la Maladie de Wilson

O. Guillaud<sup>1</sup>; P. Jeremy\*<sup>2</sup>; F. Woimant<sup>2</sup>; C. Vanlemmens<sup>3</sup>; A. Poujois<sup>2</sup>; E. Couchonnal<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Bron; <sup>2</sup> Paris; <sup>3</sup> Besançon

#### Introduction

Wilobs, une action d'accompagnement destinée aux patients atteints de la maladie de Wilson (MW), vise à améliorer le suivi de la maladie et ainsi à pallier au problème de non-observance thérapeutique. En effet, plus de 70% des patients atteints de la MW ont des problèmes d'observance (1). Cette maladie rare nécessite un traitement à vie et la non-adhérence peut entraîner des complications hépatiques mais aussi, neurologiques. L'étude vise à montrer l'impact du programme Wilobs sur l'adhérence.

#### Matériel et Méthodes

Wilobs, initié par l'association de patients « Association Bernard Pepin » et piloté par un comité scientifique, comprend des appels d'infirmières formées à la MW, dont la fréquence est adaptée aux patients et réévaluée tous les six mois. Les appels permettent d'évaluer la connaissance de la MW, le parcours de soins, l'observance thérapeutique (échelle de Morisky) et l'apparition ou l'aggravation de symptômes neurologiques, offrant un accompagnement personnalisé pour la gestion du traitement et des bilans de suivi. Les rappels par SMS visent à favoriser l'observance thérapeutique, assurer le suivi des consultations et des examens biologiques. Les infirmières sont en lien avec les professionnels de santé des CRMR afin d'améliorer la prise en soins et l'observance.

#### Résultats

Entre Avril 2023 et Mai 2024, 29 patients (ratio H/F : 0,52), âgés de 4 à 48 ans, non transplantés, atteints de la MW ont été inclus : 2 étaient asymptomatiques, 17 avec une forme hépatique et 10 avec une forme neurologique. Dix professionnels de santé ont inclus leurs patients dans le programme (4 neurologues, 4 hépatologues et 2 pédiatres). Un contact téléphonique ou/et en visio ont été réalisés selon la fréquence définie entre les infirmières et les patients. Vingt patients (68%) ont accepté de recevoir au moins un SMS de rappel. La durée moyenne actuelle de suivi depuis le démarrage du programme (avril 2023) était de plus de 6 mois ( $\pm 96$  jours). Neuf (31%) patients ont arrêté le programme (7 étaient injoignables) après une moyenne de 5,7 mois de suivi ( $\pm 72$  jours). A leur inclusion, 24 patients ont répondu au questionnaire d'observance : 7 avaient un bon score d'adhérence (moyenne =  $8 \pm 0$ ), 12 un score moyen (moyenne =  $6.5 \pm 0.5$ ) et 5 un score faible (moyenne =  $3.6 \pm 2.2$ ). Un nouveau score d'observance réalisée chez 14 patients entre 4 et 9 mois de suivi a montré une amélioration du score pour 8 (moyenne =  $1.5 \pm 0.7$ ), 2 l'ont maintenu stable et 4 ont montré une diminution (moyenne =  $1 \pm 0$ ).

#### Conclusion

Un suivi plus long devrait confirmer les résultats de cette analyse préliminaire montrant que le programme Wilobs a un impact positif sur l'observance thérapeutique des patients atteints de la MW, comme en témoigne l'amélioration des scores de Morisky pour la majorité des



## Communications Affichées AFEF 2024

patients. L'accompagnement infirmier personnalisé et les rappels par SMS semblent jouer un rôle important, offrant un modèle prometteur pour la gestion des maladies chroniques rares.

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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

### *Références*

(1) Jacquélet E, Poujois A, Pheulpin MC, Demain A, Tinant N, Gastellier N, Woimant F. Adherence to treatment, a challenge even in treatable metabolic rare diseases: A cross sectional study of Wilson's disease. *J Inher Metab Dis*. 2021 Nov;44(6):1481-1488. doi: 10.1002/jimd.12430. Epub 2021 Sep 21. PMID: 34480375.



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_11

#### Hépatite C chez les adultes de moins de 30 ans : facteurs associés à l'initiation d'un traitement par antiviraux à action directe à l'ère de l'accès universel (ANRS FANTASIO 2)

F. Marcellin\* <sup>1</sup>; C. Ramier <sup>1</sup>; M. Bourlière <sup>1,1</sup>; V. Di\_Leo <sup>1</sup>; Y. Allier <sup>2</sup>; A. Mourad <sup>1</sup>;  
C. Brouard <sup>3</sup>; M. Bureau-Stoltmann <sup>1</sup>; P. Sogni <sup>2,2,2</sup>; S. Deuffic-Burban <sup>2</sup>; P. Carrieri <sup>1</sup>;  
C. Protopopescu <sup>1</sup>; B. Rolland <sup>4,5,5</sup>  
<sup>1</sup> Marseille; <sup>2</sup> Paris; <sup>3</sup> Saint-Maurice; <sup>4</sup> Bron; <sup>5</sup> Lyon

#### Introduction

L'élimination de l'hépatite C chronique (HCC) d'ici 2025 est un objectif de santé publique en France. Les adultes de moins de 30 ans présentent le taux le plus élevé de recours au dépistage des anticorps anti-VHC et le taux le moins élevé d'initiations de traitement par antiviraux à action directe (AAD). Cette étude vise à identifier les facteurs associés à l'initiation d'AAD à l'ère de l'accès universel chez les personnes avec HCC âgées de 18 à 30 ans.

#### Matériel et Méthodes

L'étude repose sur l'analyse des informations contenues dans le système national des données de santé (SNDS). La population d'étude comprend l'ensemble des personnes âgées de 18 à 30 ans, résidant en France hexagonale et nouvellement identifiées comme ayant une HCC (algorithme Santé Publique France-Cnam) entre le 3 août 2017, date effective de l'accès universel aux AAD, et le 31 décembre 2022. La variable d'intérêt est le délai entre la date d'entrée dans l'étude (maximum entre la date d'identification de l'HCC et le 3 août 2017) et la date d'initiation (premier remboursement) d'un AAD, censurée aux 30 ans de l'individu ou au 31 décembre 2022. Les facteurs associés à l'initiation d'un traitement par AAD ont été identifiés à l'aide d'un modèle de Cox à risques proportionnels.

#### Résultats

La population d'étude comprend 3324 personnes, dont 67,7% d'hommes. A la date d'entrée dans l'étude, la classe d'âge majoritaire était celle des 25-29 ans (18-20 ans : 8,4% ; 20-24 ans : 33,7% ; 25-29 ans : 57,9%), 34,8% des personnes étaient bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), 26,4% avaient été incarcérées au cours de l'année, et 8,8% avaient reçu des traitements de substitution aux opiacés (TSO) au moins une fois durant l'année en cours ou la précédente. Au total, 1349 personnes (40,6%) ont initié un traitement par AAD au cours de la période d'étude (taux d'incidence : 25,5 [24,2–36,9] pour 100 personnes-années). Après ajustement sur le sexe, l'âge, l'interaction sexe/âge et la présence de comorbidités, les facteurs favorisant l'initiation des AAD étaient avoir reçu des TSO (HR ajusté [intervalle de confiance à 95%] : 2,11 [1,79-2,49]) et bénéficier de la CSS (1,19 [1,07-1,33]). A l'inverse, avoir été incarcéré (0,31 [0,26-0,36]) retardait l'initiation du traitement. Par ailleurs, celle-ci était retardée chez les hommes les plus jeunes et chez les femmes les plus âgées (hommes 18-20 ans : 0,64 [0,49–0,84], hommes 20-24 ans : 0,82 [0,71-0,94], femmes 18-20 ans : 0,75 [0,55-1,03], femmes 20-24 ans : 0,68 [0,57-0,80], femmes 25-29 ans : 0,61 [0,52–0,71] vs hommes 25-29 ans).



## Communications Affichées AFEF 2024

### Conclusion

Entre 2017 et 2022, l'expérience de l'incarcération apparaît comme un frein à l'initiation des AAD chez les adultes de moins de 30 ans nouvellement identifiés avec HCC. Une grande majorité des détenus diagnostiqués accédant au traitement, il est important d'améliorer l'organisation du parcours de soins de l'HCC chez les détenus les plus jeunes.

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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

### *Références*

Le projet de recherche ANRS FANTASIO 2 a été financé par l'Agence Nationale de Recherches sur le VIH/Sida, les hépatites virales et les maladies infectieuses émergentes (ANRS-MIE).



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_12

#### Etat des lieux de la prise en charge nutritionnelle du patient adulte en attente de transplantation hépatique en France

P. Labeque\*<sup>1</sup>; A. Vannier-Moreau<sup>1</sup>; F. Lebosse<sup>1</sup>; T. Breard<sup>2</sup>; G. Berthelot<sup>2</sup>; N. Leost<sup>2</sup>; A. Gengenwin<sup>3</sup>; A. Couret<sup>4</sup>; J. Vouzelaud<sup>4</sup>; J. Gonzalez<sup>1</sup>; M. Prouheze<sup>5</sup>; A. Zezza<sup>6</sup>; F. Pascalet<sup>7</sup>; C. Cuvillier<sup>8</sup>; M. Jeulin<sup>9</sup>; P. Houssel Debry<sup>10</sup>; L. Delima<sup>11</sup>; S. Duc<sup>11</sup>; A. Votte<sup>11</sup>; I. Rua<sup>11</sup>; V. Lopes<sup>12</sup>; J. Piton<sup>13</sup>; S. Messoudi<sup>14</sup>; C. Laurent<sup>15</sup>; T. Antonini<sup>1</sup>; D. Erard<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Lyon; <sup>2</sup> Villejuif; <sup>3</sup> Strasbourg; <sup>4</sup> Tours; <sup>5</sup> Clermont-Ferrand; <sup>6</sup> Grenoble; <sup>7</sup> Nice; <sup>8</sup> Rouen; <sup>9</sup> Orléans; <sup>10</sup> Rennes; <sup>11</sup> Clichy; <sup>12</sup> Limoges; <sup>13</sup> Créteil; <sup>14</sup> Toulouse; <sup>15</sup> Pessac

#### Introduction

La cirrhose décompensée, principale indication de transplantation hépatique (TH), est responsable d'un état de dénutrition se traduisant par une fragilité et une sarcopénie chez la majorité des patients en attente de TH. Ces complications extra hépatiques ont un impact négatif sur la morbi-mortalité en pré et post TH. L'objectif de notre étude était de réaliser un état des lieux sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition des patients candidats à la TH en France.

#### Matériel et Méthodes

Nous avons adressé en février 2024 une enquête de 25 questions en ligne de type « Google Forms » aux infirmiers de coordinations de TH (IDEC) des 23 centres hospitaliers qui suivent les patients candidats à la TH (16 centres de TH en France). Ce questionnaire a été complété par 65.2 % des centres (15 hôpitaux dont 11 centres de greffe). Les personnes ayant répondu au questionnaire étaient 73,4% des IDEC, 20% des diététiciens et 6,6% des médecins avec une expérience professionnelle en TH de plus de 2 ans pour le ¼ d'entre eux.

#### Résultats

Le diagnostic de dénutrition reposait sur des critères de perte de poids (87,5%) et d'albuminémie (68,8%). Seulement 1/3 des centres proposent une mesure de la force musculaire par dynamomètre et 26,6% la réalisation d'un Liver Frailty Index (1). Seulement 10% des centres utilisent les plis cutanés, et 13% la mesure de sarcopénie en L3 sur le TDM. Dans 5/15 (33%) centres, la dénutrition est systématiquement dépistée chez les patients en attente de TH par un diététicien (Figure 1). Dans les autres centres, le diagnostic est uniquement réalisé sur demande spécifique (patient hospitalisé, demande des soignants). Chez les patients avec un diagnostic initial de dénutrition, un suivi systématique en attente de greffe était proposé dans 10/15 centres tandis que 2/15 centres ne proposaient pas de suivi et 3/15 centres un suivi à la demande. La réévaluation est réalisée : soit par un diététicien (43%), soit par l'hépatologue référent (35%), soit par une IDEC (22%). Les moyens proposés dans les centres afin d'améliorer l'état nutritionnel étaient : une consultation avec un diététicien (14 centres), la prescription de CNO (complément nutritionnel oral) (13 centres) ou une alimentation entérale (10 centres). Les CNO sont majoritairement prescrits par les diététiciens (90.5%) et/ou par les hépatologues (85.7%). Les fiches de conseils alimentaires et la collation nocturne sont proposées dans 7 centres (46,6%).

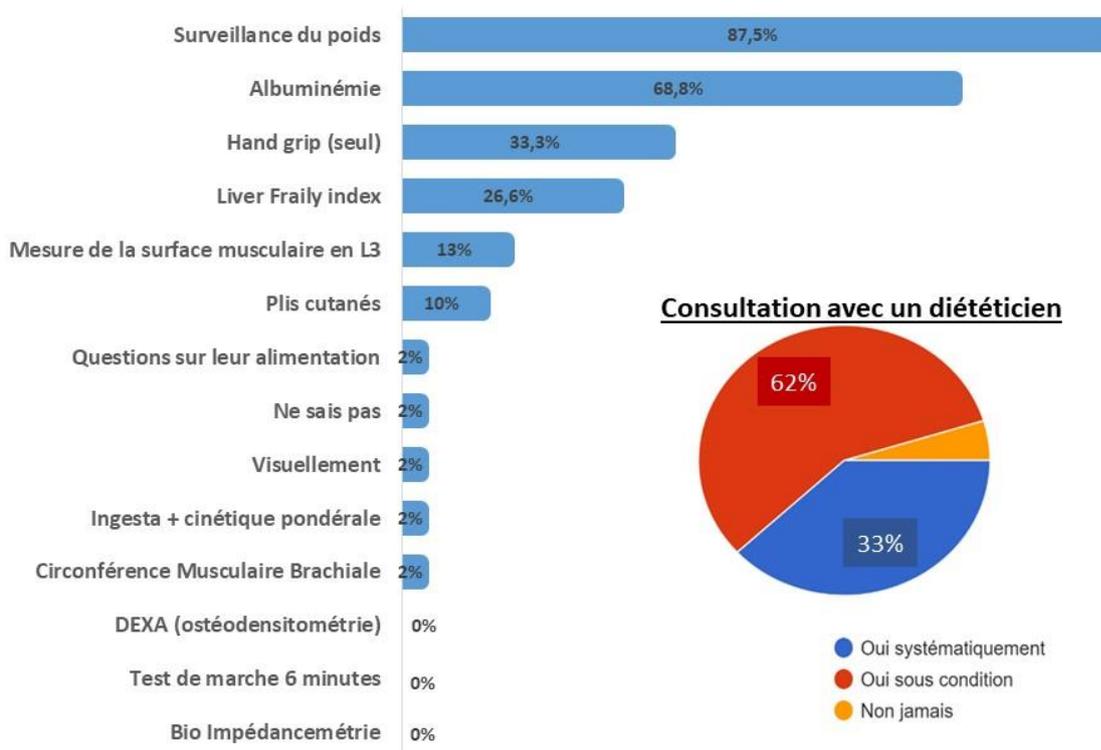


## Communications Affichées AFEF 2024

### Conclusion

Seulement 1/3 de patients bénéficient d'un dépistage systématique de la dénutrition en attente de TH. La prise en charge nutritionnelle (dépistage, traitement et suivi) est très hétérogène en fonction des centres. La mise en place des recommandations pour le dépistage de la dénutrition et une prise en charge nutritionnelle systématique pourrait être une première étape pour diminuer la morbi-mortalité des candidats à la TH.

### Quels critères pour définir la dénutrition en attente de TH? Par qui?



Quels critères pour définir la dénutrition en attente de TH? Par qui?

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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

### *Références*

Lai JC, Covinsky KE, Dodge JL, Boscardin WJ, Segev DL, Roberts JP, et al. Development of a novel frailty index to predict mortality in patients with end-stage liver disease. *Hepatology*. 2017;66:564–574.



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_13

#### DELTA DESCRIBE, le projet collaboratif français : profil et prise en charge des patients infectés par l'hépatite Delta en France métropolitaine

V. Loustaud-Ratti\* ; M. Bosselut<sup>1</sup> ; P. Carrier ; M. Debette-Gratien ; S. Brichler<sup>2</sup> ; C. Brunel-Scholtès<sup>3</sup> ; A.M. Roque-Afonso<sup>4</sup> ; S. Burrel<sup>5</sup> ; P. Trimoulet<sup>5</sup> ; A. Guigon<sup>6</sup> ; M. Coste-Burel<sup>7</sup> ; E. Billaud<sup>8</sup> ; J. Izopet<sup>9</sup> ; K. Saune<sup>9</sup> ; S. Chevaliez<sup>10</sup> ; B. Visseaux<sup>11</sup> ; A. Soares<sup>3</sup> ; A. Labrunie<sup>1</sup> ; C. Rigaud<sup>1</sup> ; S. François<sup>1</sup> ; Membres du projet collaboratif  
<sup>1</sup> Limoges; <sup>2</sup> Bobigny; <sup>3</sup> Lyon; <sup>4</sup> Villejuif; <sup>5</sup> Bordeaux; <sup>6</sup> Lille; <sup>7</sup> Nantes; <sup>8</sup> Nantes cedex 1; <sup>9</sup> Toulouse; <sup>10</sup> Créteil; <sup>11</sup> Saint-Ouen l'Aumône

#### Introduction

Les patients atteints d'hépatite chronique delta présentent un risque élevé de cirrhose et de cancer du foie. Nous avons déjà montré l'insuffisance du dépistage du virus de l'hépatite delta (VHD) en France métropolitaine dans la première partie de notre étude Delta Describe (réf AFEF 2023 PP-001). Dans cette deuxième partie, nous visons à obtenir une photographie des caractéristiques épidémiologiques, de la prise en charge et des traitements des patients delta sur le même territoire.

#### Matériel et Méthodes

Nous avons identifié les patients avec un ARN VHD positif au moins une fois au cours de l'année 2019 en extrayant les données de 7 laboratoires publics et des 2 groupes principaux de laboratoires privés testant l'ARN VHD sur le territoire national. Il s'agit d'une recherche clinique non interventionnelle (RIPH3) ; les patients informés et non opposés à l'étude ont été contactés par téléphone pour recueillir les données suivantes : âge, pays de naissance, co-infections VIH et/ou VHC, fréquence de suivi, prise en charge par un spécialiste, résultats des examens complémentaires, traitements.

#### Résultats

Les données concernent 123 patients, dont 64,2% d'hommes, d'un âge médian de 45 ans. 53,3% des patients sont originaires d'Afrique et 23,6% d'Europe de l'Est. 16,7 % admettent consommer ou avoir consommé des drogues. 88,6 % connaissent l'année de leur diagnostic VHD. 18,3% ont déclaré une co-infection VIH et 6,6% une co-infection VHC. Le suivi est réalisé majoritairement par un hépato-gastro-entérologue ou un infectiologue pour 91,8 % des patients, avec un suivi trimestriel (33,3 %) ou semestriel (47,7 %). 82,9 % indiquent avoir eu un FibroScan®, avec 26,2 % des patients présentant une cirrhose. 26,9 % indiquent avoir eu des complications hépatiques en rapport avec l'infection VHD. Sur les 123 patients, 5,6 % ont présenté une décompensation de cirrhose, 3,2 % ont développé un CHC et 6,5 % ont reçu une greffe hépatique. Sur 103 patients dont l'ARN VHD a pu être collecté, 51,3 % ont actuellement une charge virale indétectable. De même, sur 76 patients dont l'ADN VHB a pu être collecté, 61,8 % ont une charge virale VHB indétectable. 73,5 % des patients bénéficient d'un traitement actuel contre l'hépatite B et D : analogue(s) nucléotidique(s) (NUC) seul (44,2 %), bulévirtide (BLV)+NUC (24 %), BLV seul (5,8%), BLV+NUC+interféron pégylé (peg-IFN) (5,8%). Sur les 123 patients, 9,8% avait précédemment bénéficié de BLV+/- peg-IFN et 18,7% de peg-IFN avec arrêt du traitement.



## Communications Affichées AFEF 2024

### Conclusion

Les patients VHD, ayant pu entrer dans un parcours de soins en France métropolitaine avec au moins un ARN positif en 2019, ont un profil de gravité attendu. Le parcours de soins peut s'améliorer mais nos résultats montrent déjà un accès significatif à un traitement spécifique : 37% pour le bulévirtide et 70,7% pour les analogues du VHB.

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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

### *Références*

Nous remercions les membres du conseil scientifique : H. Fontaine, M. Bourlière, D. Roulot et des sociétés savantes : J-P. Bronowicki, J. Boursier (AFEF), A-J. Remy, V. Quentin (ANGH), I. Fassler (CREGG), B. Castan (SPILF), S. Burrel, G. Lina, S. Alain (SFM), C. Brouard (SPF), K. Peloch (SFBC).

Lauréat de l'appel à projet international Gilead



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_14

#### Le paysage du carcinome hépatocellulaire a-t-il changé en Algérie ? A propos d'une étude comparative de 2 périodes de janvier 2009 à décembre 2013 et janvier 2014 à décembre 2022

Y. Chikhi\* <sup>1</sup>; S. Cheraitia <sup>2</sup>; R. Ouldgougam <sup>2</sup>; F. Lounes <sup>2</sup>; M. Khider <sup>1</sup>; L. Khouas <sup>1</sup>; S. Benkerdou <sup>1</sup>; O. Moussaoui <sup>1</sup>; Z. Mechouche <sup>1</sup>; M. Afghoul <sup>1</sup>; F. Abbas <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Tipaza; <sup>2</sup> El Hammamet

#### Introduction

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) survient essentiellement sur foie cirrhotique. En

Algérie, les pathologies les plus répandues à l'origine de la cirrhose sont une infection virale B et/ou C, néanmoins depuis l'efficacité des traitements antiviraux notamment contre le virus de l'hépatite C et la recrudescence de l'obésité dans le monde, un changement dans les facteurs étiologiques est attendu.

#### Patients et Méthodes

Les objectifs de cette étude est de comparer les caractéristiques épidémiologiques, étiologiques et anatomo-cliniques du CHC durant deux périodes d'études de Janvier 2009 à Décembre 2013 et Janvier 2014 à Décembre 2022.

Nous avons colligés 180 patients : 1<sup>ère</sup> période (Jan 2009 à Déc2013) et 269 patients 2<sup>ème</sup> période (Jan 2014 à Déc. 2022)

#### Résultats

Le sexe masculin est prédominant dans les 2 périodes. L'âge moyen au moment du diagnostic est plus avancé dans la 2<sup>ème</sup> période: 62,7ans versus 66 ans.

Le CHC survenait respectivement dans 90% et 91 % sur un foie de cirrhose, parmi les facteurs étiologiques dans la 1<sup>ère</sup> période l'infection virale C était prédominante (44,7%) et le virus B dans 28,6% des cas et 1,2 % NASH, concernant la 2<sup>ème</sup> période les causes virales C étaient 44,6% et 18,5% pour le virus B, la NASH représentait 7,8%.

le CHC était découvert à l'occasion d'un dépistage systématique chez 20% des patients au cours de la 1<sup>ère</sup> période et 27,1% au cours de la 2<sup>ème</sup> période.

le traitement curatif a été instauré chez 20% des patients et 26,6% des patients ont bénéficié d'un traitement palliatif. Pour la 2<sup>ème</sup> période 16,7% malades ont bénéficié d'un traitement curatif et 45% ont reçu un traitement palliatif. La survie à 2 ans était de 23% pour la 1<sup>ère</sup> période et de 30% pour la 2<sup>ème</sup> période.

#### Discussion

Notre étude comparative sur 2 périodes nous a permis d'observer que l'étiologie du CHC est toujours prédominée par le virus C avec une régression pour le virus B mais avec une



## Communications Affichées AFEF 2024

augmentation de l'origine métabolique. Le traitement notamment palliatif est plus souvent utilisé et la survie du CHC semblent s'améliorer dans le temps.

### Conclusion

**Conclusion:** Le CHC demeure une complication fréquente de la cirrhose virale C, mais les stéatopathies dysmétaboliques sont en augmentation dans notre pays en raison de l'amplification de l'épidémie de l'obésité et du diabète

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_15

#### Identification des profils de risque d'atteinte hépatique chez les patients adultes avec Sclérose en Plaques avec une méthode basée sur l'Intelligence Artificielle

D. Larrey<sup>1</sup>; F.L. Zhou<sup>2</sup>; C. Brulle-Wohlhueter<sup>3</sup>; M. Benamor<sup>4</sup>; J. Chavin<sup>5</sup>; N. Razaz<sup>6</sup>; R. Bejuit<sup>4</sup>; J. Dauriat<sup>3</sup>; T. Reppelin<sup>3</sup>; R. Péan\*<sup>3</sup>; S. Ekhtiari<sup>3</sup>; N. Wagner<sup>3</sup>; F. Lublin<sup>7</sup>  
<sup>1</sup> Montpellier; <sup>2</sup> Bridgewater; <sup>3</sup> Paris; <sup>4</sup> Gentilly; <sup>5</sup> Boston; <sup>6</sup> Avignon; <sup>7</sup> New York

#### Introduction

L'évolution du traitement de la sclérose en plaques (SEP) au cours des deux dernières décennies a suscité des inquiétudes concernant le risque d'atteinte hépatique potentielle associée aux traitements de la maladie. Le mode de vie et des facteurs génétiques peuvent également contribuer à une atteinte hépatique. Cette étude vise à identifier des profils à haut risque d'atteinte hépatique chez les patients adultes atteints de SEP grâce à une méthode basée sur l'IA appliquée sur des dossiers médicaux électroniques (DME).

#### Matériel et Méthodes

Cette étude de cohorte rétrospective a été réalisée sur les données des DME Optum Market Clarity. Les patients ayant un premier diagnostic SEP entre 2015 et 2019 (date d'entrée dans la cohorte (DEC)), pris en charge pendant la période de référence (730 jours avant la DEC) furent inclus dans l'étude. Les patients ont été suivis jusqu'au premier événement d'atteinte hépatique ou jusqu'à 3 ans après la DEC. L'événement d'atteinte hépatique a été défini soit selon les critères biochimiques internationaux (ALT, PAL, bilirubine totale), soit par l'existence d'un diagnostic d'atteinte hépatique aiguë. Q-Finder, un algorithme de détection de sous-groupes, a permis d'identifier les sous-groupes liés à un risque accru d'atteinte hépatique selon les caractéristiques démographiques et cliniques de base.

#### Résultats

L'analyse a porté sur 5 986 patients atteints de SEP, dont 233 (4 %) ont développé un épisode d'atteinte hépatique dans les 3 ans suivant l'inclusion. L'algorithme Q-Finder a identifié 6 facteurs de risque associés à une élévation significative des tests hépatiques (ALT, AST, PAL). Hormis des anomalies hépatiques de base, 11 facteurs de risque cliniquement pertinents ont été identifiés qui ont été résumés en 6 thèmes cliniques : abus de substances et troubles mentaux, anémie, anémie et maladies rénales, troubles immunitaires, patients masculins et diabète, et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (voir la figure).

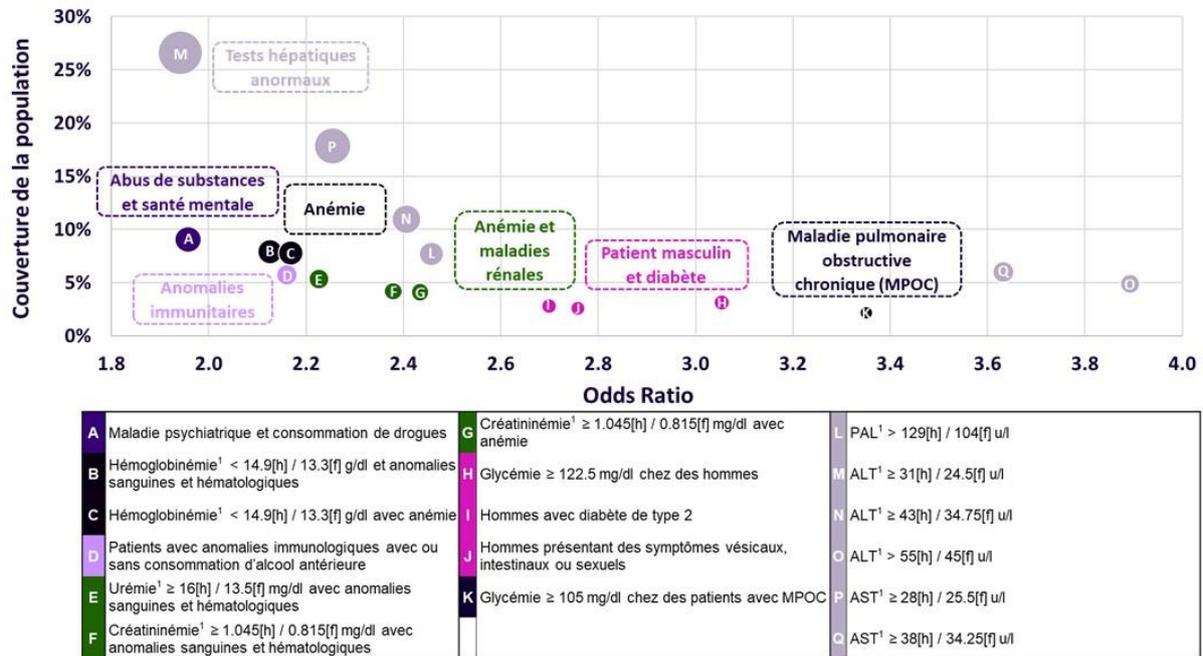
#### Conclusion

Cette étude a démontré qu'un taux élevé d'enzymes hépatiques au départ était un facteur de risque important d'atteinte hépatique chez les patients atteints de SEP. Le Q-Finder a également permis de découvrir de nouveaux facteurs de risque susceptibles d'aider à prédire les patients atteints de SEP qui présentent un risque plus élevé d'atteinte et d'améliorer les critères d'éligibilité des patients dans les études cliniques et la prise en charge en vie réelle.



## Communications Affichées AFEF 2024

Figure. Thèmes cliniques pour les profils présentant un risque élevé d'atteintes hépatiques



<sup>1</sup>Pour ces valeurs de laboratoire, l'intervalle normal dépend du sexe. Le sexe est donc indiqué entre crochets après la valeur associée ([h] pour homme ; [f] pour femme).

Thèmes cliniques pour les profils présentant un risque élevé d'atteintes hépatiques

### Déclaration de conflit d'intérêt :

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

### Références

Fontana, Robert J et al. "Drug-Induced Liver Injury Network (DILIN) prospective study: rationale, design and conduct." Drug safety vol. 32,1 (2009): 55-68. doi:10.2165/00002018-200932010-00005

Esnault, Cyril, et al. "Q-Finder: An Algorithm for Credible Subgroup Discovery in Clinical Data Analysis - an Application to the International Diabetes Management Practice Study." Frontiers, Frontiers, 22 Sept. 2020,

www.frontiersin.org/articles/10.3389/frai.2020.559927/full.



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_16

#### Pronostic des patients après un 2ème épisode Hépatite Alcoolique prouvée histologiquement : Etude rétrospective monocentrique

P. Andre <sup>1</sup>; V. Hervieu <sup>1</sup>; M. Peyrat <sup>1</sup>; Y. Chouik <sup>1</sup>; A. Riff, <sup>1</sup>; D. ERARD <sup>1</sup>; F. Bailly <sup>1</sup>;  
T. Antonini <sup>1</sup>; F. Villeret\* <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Lyon

#### Introduction

La survie des patients après un 1er épisode d'hépatite alcoolique (HA) s'améliore depuis plusieurs années. Après HA, la reprise de la consommation de boissons alcoolisées est fréquente chez les patients avec un risque éventuel de développer un 2ème épisode d'HA. Cependant la survie des patients ayant un diagnostic d'une 2ème HA reste peu étudiée dans la littérature. Cette étude vise à déterminer le pronostic des patients présentant une 2ème HA prouvée histologiquement.

#### Matériel et Méthodes

Etude rétrospective monocentrique, concernant la survie après un 2ème épisode d'HA prouvée histologiquement (survenu dans un délai d'au moins 6 mois par rapport au premier), de patients hospitalisés entre le 1er janvier 2012 et le 31 décembre 2023.

#### Résultats

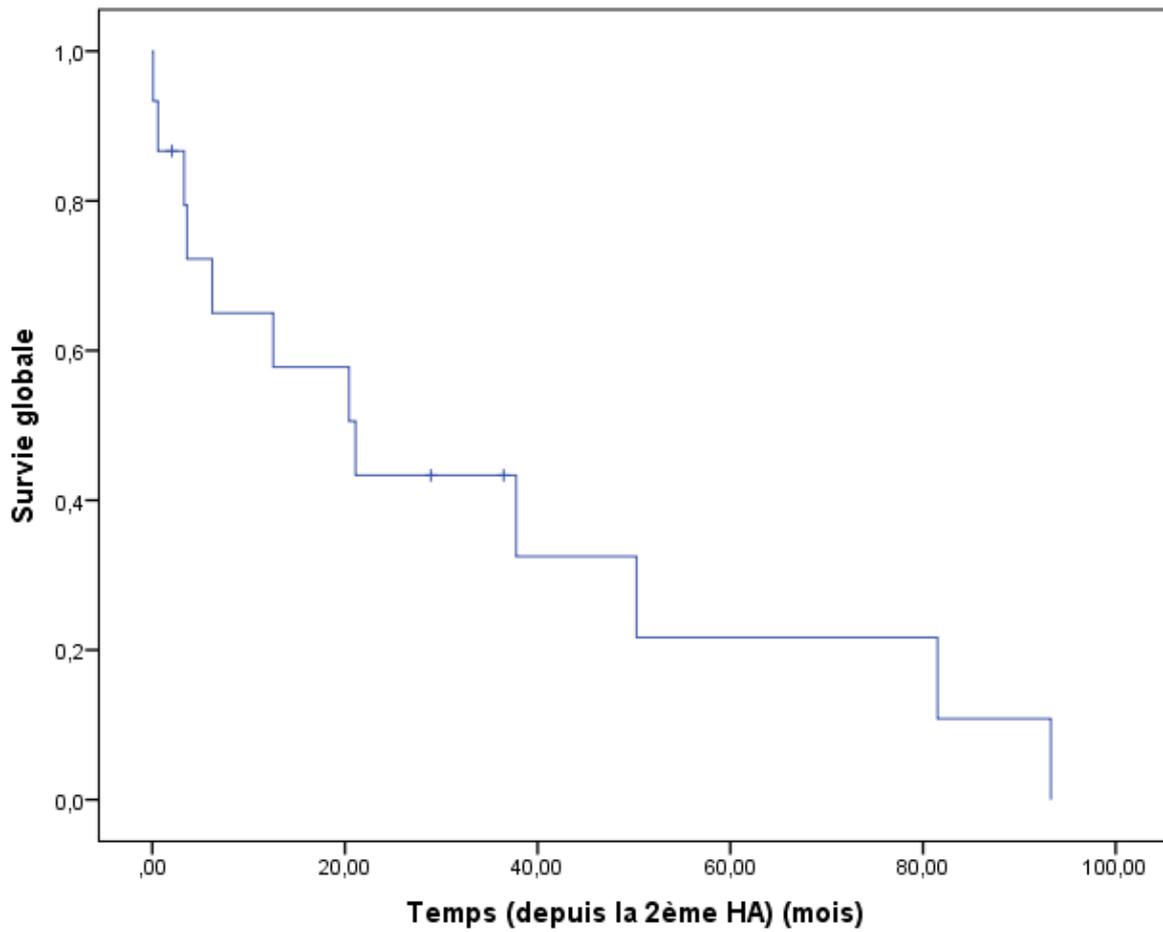
Parmi les 304 patients ayant eu un diagnostic d'HA, 16 ont eu un 2ème épisode d'HA prouvée histologiquement (prévalence estimée à 5,3%). La majorité des patients était des hommes (75%). L'âge médian lors de la 2ème HA était de 50,2 ans (IQR : 45,8-55,0 ans), avec un délai médian entre la 1ère HA et la 2ème HA de 10,9 mois (IQR : 8-28,7 mois). Un suivi addictologique a été réalisé entre la 1ère HA et la seconde pour la majorité des patients (75%). Lors de la 2ème HA, le score de MELD médian était de 21 (IQR : 15-25) et un score de Maddrey de 71 (IC95% : 59-98). Les scores de MELD et de Maddrey étaient significativement plus élevés que lors du 1er épisode d'HA : 21 versus 15 ( $p=0,047$ ) et 71 versus 54 ( $p=0,024$ ) respectivement. Un traitement par corticothérapie a été initié chez 8 patients (50%) avec une corticosensibilité chez 6 d'entre eux (75%). Chez l'autre moitié des patients, aucune corticothérapie n'a été débutée du fait d'un sepsis sous-jacent ou d'une aggravation clinique. Le suivi médian après la 2ème HA était de 20,4 mois (IC95% : 3,45-37,1 mois). Douze patients sont décédés avec un délai médian de 16,5 mois (IC95% : 3,25-40,9 mois) : les causes de décès sont infectieuses (50%), insuffisance hépatique terminale (16,7%), hémorragie (8,3%) et autres (25%). La survie globale à 12 mois (après le 2ème épisode d'HA) était de 57%.

#### Conclusion

Un 2ème épisode d'HA chez un patient traité pour une première HA reste un événement rare avec une fréquence estimée à 5,3% dans notre population. Le pronostic de ces malades reste grave, avec une survie à 12 mois estimée à 57%.



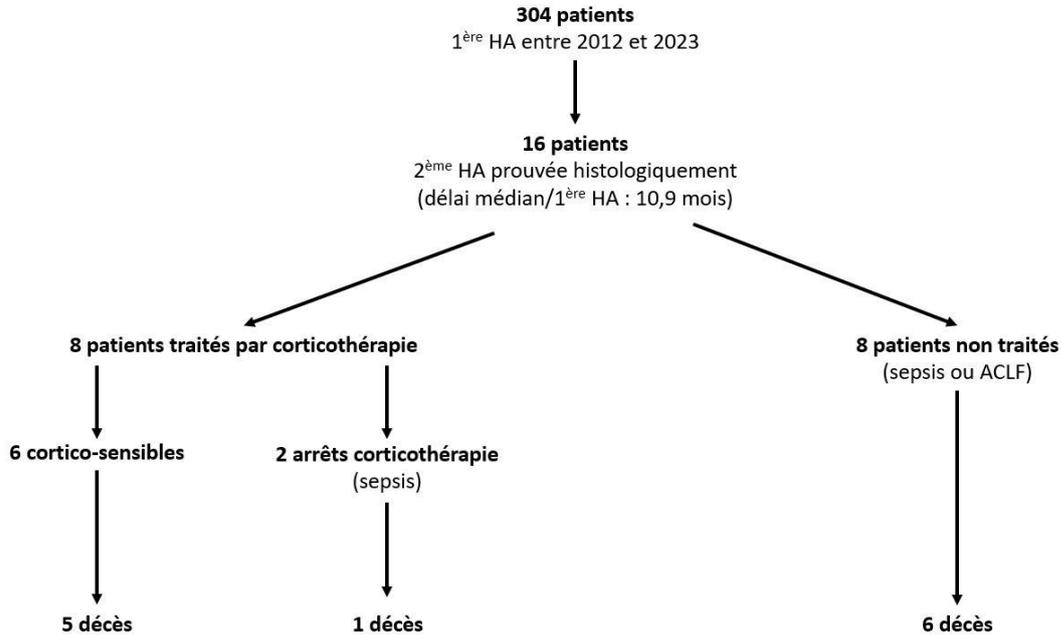
## Communications Affichées AFEF 2024



Survie des patients (en mois, selon Logrank) après le diagnostic du 2ème épisode Hépatite alcoolique (HA) prouvée histologiquement



## Communications Affichées AFEF 2024



Répartition des patients entre la 1<sup>ère</sup> hépatite alcoolique (HA) et l'évolution suite à la 2<sup>ème</sup> HA prouvée histologiquement. Abréviations : ACLF (Acute or Chronic Liver Failure) ; HA (Hépatite Alcoolique)

### Déclaration de conflit d'intérêt :

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

### Références

Patidar KR, Guarnizo Ortiz M, Slaven JE, Nephew LD, Vilar Gomez E, Kettler CD, Ghabril MS, Desai AP, Orman ES, Chalasani N, Gawrieh S. Incidence, clinical characteristics, and risk factors associated with recurrent alcohol-associated hepatitis. *Hepatol Commun*. 2023 Dec 7;7(12):e0341. doi: 10.1097/HC9.0000000000000341. PMID: 38055648; PMCID: PMC10984669.

Aux patients, aux équipes médicales et paramédicales du service d'hépatologie et d'anatomopathologie



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_17

#### Isoformes de l'albumine et évolution de la fibrose hépatique

S. El Balkhi <sup>1</sup>; V. Loustaud-Ratti <sup>1</sup>; L. Le Du <sup>1</sup>; R. Lakis <sup>1</sup>; M. Ali Rahali <sup>1</sup>; F.L. Sauvage <sup>1</sup>; M. Debette-Gratien <sup>1</sup>; M. Caroline <sup>1</sup>; H. Roussel <sup>1</sup>; J.B. Woillard <sup>1</sup>; P. Marquet <sup>1</sup>; P. Carrier\* <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Limoges

#### Introduction

L'évaluation de la fibrose hépatique est cruciale pour les patients atteints de maladies du foie. En cas de cirrhose décompensée, l'intérêt de caractériser les modifications post-transcriptionnelles (PTM) de l'albumine sérique a déjà été démontré en déterminant les isoformes qui en résultent. Notre objectif était d'évaluer le dépistage précoce de ces modifications aux différents stades de fibrose en tant qu'outil de diagnostic clinique.

#### Matériel et Méthodes

Dans cette étude prospective monocentrique, les patients successifs non opposés (RIPH3) et atteints d'une maladie hépatique chronique à des stades différents de fibrose ont été inclus pendant 12 mois. Les PTM de l'albumine ont été déterminées par spectrométrie de masse haute résolution en temps de vol (LC-HR-QTOF) en analysant la protéine intacte, permettant la détermination de 15 isoformes de l'albumine. Les scores de fibrose ont été évalués à l'aide du FibroScan et/ou de la biopsie hépatique.

#### Résultats

Les 172 patients inclus ont été classés selon leur stade de fibrose : 36 F0/F1, 23 F2, 30 F3, 83 F4 dont 37 cirrhoses Child Pugh (CPT) A, 26 CP B, 20 CP C. La concentration moyenne de l'albumine native était significativement plus faible chez les patients atteints de cirrhose CPT B ou C que chez les F0/F1. La concentration moyenne d'albumine tronquée N-terminal (HSA-DA) était significativement réduite à chaque stade de fibrose par rapport au groupe contrôle. La concentration moyenne de l'isoforme cystéinylée et doublement glycosylée (HSA-CYS-GLYSx2) était significativement plus élevée chez les patients cirrhotiques que dans le groupe contrôle. La concentration moyenne d'albumine oxydée de façon réversible (HSA-CYS) augmente de façon significative, par rapport au groupe témoin, du stade de fibrose F0/F1 au stade cirrhose CPT A. Cette concentration moyenne est cependant significativement plus faible chez les patients avec une cirrhose décompensée que chez ceux avec une fibrose avancée (F3 et F4 CPT A). La concentration de l'isoforme cystéinylé irréversible a diminué de façon significative aux stades de cirrhose décompensée (HSA-SO3H). En standardisant la concentration moyenne de l'isoforme cystéinylé avec l'albumine native, nous avons observé une augmentation significative du ratio de concentration des isoformes chez les patients cirrhotiques décompensés. Aux stades antérieurs, celle-ci est similaire.

#### Conclusion

Utilisés séparément, les isoformes de l'albumine ne sont pas suffisants pour le diagnostic précoce de la fibrose hépatique du fait de leur interdépendance. Par contre, la cartographie de ces isoformes est prometteuse.



## Communications Affichées AFEF 2024

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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

### *Références*

Mmes Céline Rigaud et Sandrine François. L'équipe de l'INSERM U-1248. Les participants.



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_18

#### Effets d'un entraînement physique sur la masse et la fonction musculaire chez des patients avec carcinome hépatocellulaire après diagnostic : une revue systématique

A. Couret\* <sup>1</sup>; C. Marcantei <sup>1</sup>; J. King <sup>2</sup>; S. Mazeaud <sup>1</sup>; A. Abergel <sup>3</sup>; G. Ennequin <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Aubière; <sup>2</sup> Loughborough, Royaume-Uni; <sup>3</sup> Clermont-Ferrand

#### Introduction

Les diminutions de la masse musculaire et de la fonction physique sont des complications courantes chez les patients atteints de carcinome hépatocellulaire (CHC), et sont associées à une morbidité et une mortalité accrues. Des efforts ont été faits pour prévenir et/ou améliorer ces deux aspects en inscrivant ces patients à des programmes d'entraînement physique. Cette revue systématique a pour but d'évaluer les effets de l'entraînement physique sur la masse musculaire et la fonction physique chez les personnes atteintes d'un CHC.

#### Matériel et Méthodes

Une recherche systématique de la littérature a été effectuée en utilisant Medline, Base, PubMed, Cochrane et Scopus, ainsi que des registres d'essais, jusqu'en avril 2023 pour les études qui ont évalué les effets d'un programme d'entraînement à l'exercice chez les adultes atteints de CHC. Les principaux résultats étaient la masse musculaire et la fonction physique. Pour évaluer le risque de biais, nous avons utilisé Quality Assessment Tool for Quantitative Studies du Effective Public Health Practice Project.

#### Résultats

Huit études ont répondu aux critères d'inclusion, comprenant un total de 809 participants. Les interventions comprenaient des exercices d'aérobic, des exercices de résistance, des exercices d'équilibre et de souplesse ou des exercices à domicile. Quatre études ont montré des améliorations statistiquement significatives d'au moins un résultat musculaire. Trois études ont montré un maintien des résultats musculaires, et une diminution de la masse musculaire. Quatre articles ont montré une amélioration statistique d'au moins une variable de la condition physique, deux ont montré un maintien de la fonction physique.

#### Conclusion

L'ensemble des résultats suggère que les patients peuvent bénéficier d'un entraînement physique après le traitement afin d'améliorer la masse musculaire et la fonction physique.

#### Déclaration de conflit d'intérêt :

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_19

#### Analyse des causes des annulations de projets de transplantation hépatique à la demande du patient

J. Gonzalez\* ; T. Antonini <sup>1</sup>; A. Mauvoisin <sup>1</sup>; P. Labeque <sup>1</sup>; A. Vannier-Moreau <sup>1</sup>; X. Muller <sup>1</sup>; K. Mohkam <sup>1</sup>; D. ERARD <sup>1</sup>; F. Lebosse <sup>1</sup>; P. Pradat <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Lyon

#### Introduction

Certains projets de transplantation hépatique (TH) sont annulés pour raisons médicales ou non médicales (suite à une décision du patient). L'objectif de cette étude est de rechercher une corrélation entre l'annulation d'un projet de greffe par le patient et des paramètres cliniques et sociogéographiques.

#### Matériel et Méthodes

Etude rétrospective réalisée sur les annulations de projet de TH à l'hôpital de la Croix-Rousse à Lyon entre le 01/01/2020 et le 31/12/2023. Les données ont été extraites de la base de données Cristal de l'Agence de la Biomédecine. Les paramètres étudiés sont : le sexe, le pays de naissance, la présence de carcinome hépato-cellulaire (CHC), la présence d'une maladie du foie liée à l'alcool, l'indice de masse corporelle, l'indice de défavorisation sociale lié à l'adresse du patient et la distance entre le domicile et le centre de greffe. L'analyse des critères potentiellement associés à la survenue d'une annulation de greffe par le patient a été effectuée à l'aide du test de Wilcoxon pour les variables continues, et à l'aide du test de de Chi<sup>2</sup> ou de Fisher pour les variables qualitatives.

#### Résultats

1618 patients ont été inscrits sur liste d'attente de TH entre le 01/01/2020 et le 31/12/2023 dont 313 sorties de liste (19.3%). Les causes de sortie de liste sont réparties en quatre catégories : aggravation hors maladie initiale (+/- décès) : 19% (n=60), aggravation de la maladie initiale (+/- décès) : 44% (n=139), amélioration de la maladie initiale 20% (n=63) et décision du patient 16% (n=51).

L'analyse de corrélation entre la cause de sortie de liste et les paramètres étudiés (tableau 1) montre que la présence d'un CHC est corrélée à une sortie de liste suite à une décision du patient ( $p = 0.02$ ).

#### Conclusion

Cette étude suggère un lien potentiel entre une maladie à faible impact clinique, le CHC sur cirrhose compensée, qui n'altère pas la qualité de vie du patient, et son adhésion au projet de soin. Il pourrait être intéressant d'élargir cette analyse aux différents centres de greffe en France, d'identifier des améliorations à apporter au parcours de soin de ces patients et définir des stratégies d'accompagnement paramédicales individualisées adaptées.



## Communications Affichées AFEF 2024

Tableau 1

	Sortie de liste toutes causes (n=313)	Sortie de liste suite à décision du patient (n=51)	Sortie de liste autres causes (n=262)	<i>p</i>
Age médian sortie de liste	59 ans	62[52;68]	59[53;65]	0.101
BMI médian	27	27	27	0.112
Sexe F/H	26% /74%	F 27.1%	F 19.6%	0.263
Présence d'un CHC	35%	32.8%	49%	0.026
Maladie du foie liée à l'alcool	56 %	55%	60.8%	0.443
Re-TH	3 %	3.8%	0%	0.376
Pays de naissance	France 80%, UE 89%, hors UE 11%			0.595
Indice de défavorisation sociale :				
- Taux de bacheliers médian	38.87%	38.7[30.22;44.53]	39[31.23;46.62]	0.584
- Revenus médians	18356	17557[16046;20912,5]	18506[16371;20960,75]	0.423
- Taux de chômage médian	9.88%	10.09[7.35;14.59]	9.8[6.94;13.24]	0.516
- Taux d'ouvriers médian	25.41%	26.24[20.13;33.36]	25.22[18.56;32.7]	0.999
Distance domicile – centre de greffe médian (km)	63 km	41[24.5;81]	64.5[24.25;107]	0.106
Distance domicile – centre de greffe médian (h)	1 h	0.65	1.04	0.057

Analyse de corrélation entre la cause de sortie de liste et les paramètres

### Déclaration de conflit d'intérêt :

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

### Références

Je remercie l'équipe médicale et chirurgicale de la transplantation hépatique à l'hôpital de la Croix-Rousse à Lyon pour leur soutien et leur confiance, en particulier les Drs Teresa Antonini et Fanny Lebossé pour leurs relectures et conseils avisés. Je remercie également le Centre de Recherche Clinique de l'hôpital de la Croix-Rousse pour son accompagnement dans ce projet. Merci à Pierre Pradat pour son aide méthodologique précieuse et sa



## Communications Affichées AFEF 2024

disponibilité. Enfin, je tiens à remercier chaleureusement mes collègues de la coordination des greffes pour leur écoute et leurs conseils au quotidien.



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_20

#### Enquête auprès des hépatologues concernant les connaissances et attentes vis-à-vis des outils motivationnels à destination des patients atteints de MASH

V. anne\* <sup>1</sup>; J.B. Trabut <sup>1</sup>; G. Amaddeo <sup>1</sup>; H. Regnault <sup>2</sup>; P. Ingiliz <sup>1</sup>; C. Duvoux <sup>1</sup>; A. Horhat <sup>1</sup>; S. Anna <sup>1</sup>; J.P. Richardet <sup>1</sup>; V. Leroy <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Créteil; <sup>2</sup> Paris

#### Introduction

L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. L'objectif de cette étude était de décrire les connaissances en entretien motivationnel, les désirs de mieux connaître cette technique afin de proposer des formations adaptées aux attentes des hépatologues.

#### Matériel et Méthodes

L'étude est une enquête observationnelle rétrospective réalisée par auto-questionnaire spécifiquement élaboré et proposé en ligne aux membres de l'AFEF

#### Résultats

Au total, 52 médecins ont répondu, avec un taux de complétion de 85 %. 65.9 % des répondants estiment avoir un rôle à jouer dans le changement des comportements des patients et le font dans leur pratique, 31.8 % se sentiraient plus à l'aise avec une formation et seulement 2 % n'estiment pas avoir de rôle.

54.5 % des répondants se jugent peu efficace pour accompagner les patients au changement 65.9 % n'ont pas reçu de formation en entretien motivationnel. 75 % des répondants sont intéressés par une formation en entretien motivationnel sous forme de FMC à 56.8 %, organisme de formation AFDEM ou elearning à 43.2 %

#### Conclusion

52 membres de l'AFEF ont répondu à un auto-questionnaire portant sur les outils motivationnels, 65.9 % des répondants estiment avoir un rôle à jouer dans le changement des comportements des patients, 75 % sont intéressés par une formation principalement en FMC à 56.8 % ou par un organisme de formation ou elearning à 43.2 %.

#### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_21

#### Caractéristiques à l'inclusion des 1169 patients participants à la cohorte STEATOLIB

O. GUILLAUD\*<sup>1</sup>; M. Guillaume<sup>2</sup>; M. Guivarch<sup>2</sup>; P. Guillouche<sup>3</sup>; C. Chagneau<sup>4</sup>; P. Delasalle<sup>5</sup>; S. Boussoukaya<sup>5</sup>; P. Toulemonde<sup>2</sup>; A. Lim<sup>6</sup>; M. Salimon<sup>6</sup>; B. Hanslik<sup>7</sup>; J. Liautard<sup>7</sup>; P. Dukan<sup>8</sup>; P. Ingiliz<sup>9</sup>; D. Ouzan<sup>10</sup>; D. Ouizeman<sup>11</sup>; C. Bonny<sup>12</sup>; D. Ancel<sup>13</sup>; A.M. Marion-Audibert<sup>14</sup>; E. Debono<sup>15</sup>; T. Fontanges<sup>16</sup>; M. Vallin<sup>16</sup>  
<sup>1</sup> Lyon; <sup>2</sup> Toulouse; <sup>3</sup> Nantes; <sup>4</sup> Lormont; <sup>5</sup> Grasse; <sup>6</sup> Saint Herblain; <sup>7</sup> Montpellier; <sup>8</sup> marseille; <sup>9</sup> Créteil; <sup>10</sup> saint laurent du Var; <sup>11</sup> Nice; <sup>12</sup> Beaumont; <sup>13</sup> Paris; <sup>14</sup> Ecully; <sup>15</sup> Aubagne; <sup>16</sup> Bourgoin-jallieu

#### Introduction

Aucune étude n'a été réalisée, à ce jour, sur le suivi des patients atteints d'une stéatopathie métabolique (MAFLD) en médecine libérale. Nous présentons les résultats préliminaires de la cohorte intitulée STEATOLIB: cohorte prospective, nationale, multicentrique à partir d'institutions uniquement libérales, incluant des patients pris en charge pour une MAFLD.

#### Matériel et Méthodes

Entre février 2021 et juin 2023, 18 centres ont inclus 1169 patients adultes présentant une stéatose morphologique et/ou histologique avec des anomalies des tests hépatiques (ASAT, ALAT, GGT et/ou PAL) dans la cohorte STEATOLIB. Nous rapportons les caractéristiques initiales de ces patients.

#### Résultats

673 (58%) hommes et 496 (42%) femmes ont accepté de participer à la cohorte STEATOLIB. 58% étaient des nouveaux patients et 42% étaient déjà suivis pour une hépatopathie stéatosique. L'âge moyen à l'inclusion était de 56 +/- 13 ans. 36% étaient diabétiques (dont 35% avec DNID), 44% hypertendus, 34% avaient une dyslipidémie. La consommation d'alcool hebdomadaire était respectivement nulle, comprise entre 1 à 10 UI par semaine et >10 UI par semaine chez 56%, 33% et 11% des patients.

Le BMI moyen était de 31 +/- 5 kg/m<sup>2</sup>. 8%, 38% et 54% des patients avaient un BMI compris respectivement entre 20 et 25, 25 et 30, et >30 (dont 5% >40). Le tour de taille avait été recueilli chez 666 patients : 64% des hommes avaient un tour de taille > 102 cm et 92% des femmes > 88 cm.

Une évaluation de la fibrose par FIB-4 était disponible chez 936 (80%) des patients : 59% avaient un FIB-4 < 1,3, 33% entre 1,3 et 2,67 et 8% > 2,67. Une mesure de l'élastométrie hépatique a été réalisée chez 87% des patients dont 533 par fibroscan, 563 par SWE et 214 par ARFI. La valeur médiane de l'élasticité hépatique mesurée par fibroscan était de 6,4 kPa (65% < 8 kPa, 20% entre 8 et 12 kPa et 15% > 12 kPa) et de 6,6 kPa par SWE de (68% < 8 kPa, 20% entre 8 et 12 kPa et 12% > 12 kPa).

#### Conclusion

La cohorte STEATOLIB apporte une photographie de patients prise en charge dans la vraie vie pour une MAFLD en médecine libérale en France. Le suivi prospectif sur 10 ans



## Communications Affichées AFEF 2024

permettra d'enrichir nos connaissances sur la survenue de complications hépatiques et/ou extrahépatiques dans cette population.

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_22

#### L'ammoniémie est un facteur prédictif de l'encéphalopathie hépatique après TIPS électif mais pas après TIPS pré-emptif

M. Rudler\*<sup>1</sup>; C. Bouzbib<sup>1</sup>; P. Sultanik<sup>1</sup>; C. Roux<sup>1</sup>; M. Rudler<sup>1</sup>; M. Jorus<sup>1</sup>; N. Weiss<sup>1</sup>; L. Kheloufi<sup>1</sup>; S. Mouri<sup>1</sup>; D. Thabut<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Paris

#### Introduction

La prévalence de l'encéphalopathie hépatique (EH) clinique après TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt) dépend des caractéristiques des pts et de l'indication du TIPS. Notre objectif était de comparer la prévalence de l'EH clinique chez des pts atteints de cirrhose traités par pTIPS (pts Child-Pugh B avec saignement actif ou Child C <14 et rupture de varices) ou TIPS électif (pour ascite réfractaire/récidivante et prophylaxie secondaire de l'hémorragie digestive), et de déterminer les facteurs de risque d'EH dans chaque situation clinique.

#### Matériel et Méthodes

Étude observationnelle monocentrique prospective de tous les pts atteints de cirrhose traités par pTIPS ou TIPS électif entre août 2017 et novembre 2023. Les pts ont été suivis pendant 1 an ou jusqu'au décès ou la transplantation hépatique (TH). L'EH clinique était définie par un score de West-Haven > ou =2 et une ammoniémie > ou =50 mmol/L.

#### Résultats

191 patients ont été inclus (81% d'hommes, âge 58 ans, 85 pTIPS, 106 TIPS électifs, suivi médian 12,3 mois). Les pts du groupe pTIPS étaient significativement plus jeunes (53 vs 60 ans,  $p < 0,001$ ), avaient plus de maladie hépatique liée à une consommation d'alcool excessive, pure ou mixte, (80 vs 64%,  $p = 0,024$ ), étaient moins souvent abstinentes (19% vs 54%,  $p < 0,001$ ), avaient un score de MELD plus élevé (20 vs 12,  $p < 0,001$ ), et une ammoniémie à l'inclusion plus élevée (76 vs 54 mmol/L,  $p < 0,001$ ), par rapport aux pts du groupe TIPS électif. Une EH à l'admission était diagnostiquée chez 34% des pts du groupe pTIPS, vs 0% du groupe TIPS électif ( $p < 0,001$ ). La survenue d'une EH à 12 mois était de 48% dans le groupe pTIPS vs 41% dans le groupe TIPS électif ( $p = 0,2$ ). En analyse multivariée, le seul facteur associé à la survenue d'une EH était le diabète (HR=2,52 ; 95% IC [1,08-5,91],  $p = 0,03$ ) dans le groupe pTIPS, tandis que l'ammoniémie > N (HR=1,65 95% CI [1,07-2,56],  $p = 0,02$ ), la prophylaxie par rifaximine (HR=0,51 ; 95% IC [0,26-1,00],  $p = 0,05$ ) et un antécédant de maladie cardiaque (HR=3,18 ; 95% IC [1,63-6,22],  $p < 0,001$ ) étaient les facteurs indépendants associés à la survenue d'une EH dans le groupe TIPS électif. La survenue d'une EH n'était pas associée au décès, ni dans le groupe pTIPS (HR=1,44 ; 95% IC [0,714, 2,91],  $p = 0,308$ ) ni dans le groupe TIPS électif (HR= 4,75 ; IC 95% [0,534-42,24],  $p = 0,162$ ).

#### Conclusion

L'EH est fréquente après TIPS, posé en situation urgente ou élective. Cependant les facteurs de risque d'EH sont différents dans ces 2 situations cliniques, suggérant une pathogenèse



## Communications Affichées AFEF 2024

différente. La normalisation de l'ammoniémie avant pose de TIPS électif pourrait être une option thérapeutique intéressante en prophylaxie de l'EH.

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_23

#### Impact de l'infection par le virus de l'hépatite B sur l'efficacité et la tolérance du pembrolizumab en association à la gemcitabine et le cisplatine chez les patients atteints d'un cancer des voies biliaires avancé: analyse post hoc de l'étude KEYNOTE966

M. Bouattour\* <sup>1</sup>; S.L. Chan <sup>2</sup>; T. Yau <sup>2</sup>; R.K. Kelly <sup>3</sup>; R.S. Finn <sup>4</sup>; C. Yoo <sup>5</sup>; J. Furuse <sup>6</sup>; Z. Ren <sup>7</sup>; H.J. Klumpen <sup>8</sup>; M. Ozaka <sup>9</sup>; P. Uwe <sup>10</sup>; A. Cagatay <sup>11</sup>; J.O. Park <sup>12</sup>; J. Edeline <sup>13</sup>; J.W. Valle <sup>14</sup>; M. Ueno <sup>15</sup>; A. Vogel <sup>16</sup>; L. Starkopf <sup>17</sup>; U. Malhotra <sup>17</sup>; A.B. Siegel <sup>17</sup>; S. Qin <sup>18</sup>  
<sup>1</sup> Clichy; <sup>2</sup> Hong kong; <sup>3</sup> San Francisco; <sup>4</sup> Los Angeles ; <sup>5</sup> Séou; <sup>6</sup> Tokyo; <sup>7</sup> Shanghai; <sup>8</sup> Amsterdam; <sup>9</sup> Tokyo ; <sup>10</sup> Berlin; <sup>11</sup> Izmi; <sup>12</sup> Séoul; <sup>13</sup> Rennes; <sup>14</sup> Manch; <sup>15</sup> Yokohama; <sup>16</sup> Hannover ; <sup>17</sup> New Jersey; <sup>18</sup> Nanjing

#### Introduction

Dans l'analyse finale de l'étude KEYNOTE-966, le pembrolizumab (pembro)+ gemcitabine et cisplatine (gem/cis) a significativement amélioré la survie globale (SG) versus placebo + gem/cis (HR, 0,83; IC à 95%, 0,72-0,95; P=0,0034) chez les patients atteints d'un CVB. L'infection chronique par le VHB est un facteur de risque connu pour les CVB et peut influencer l'efficacité de l'immunothérapie. Cette analyse post hoc de l'étude KEYNOTE-966 évalue l'efficacité et la tolérance du pembro + gem/cis chez les patients avec ou sans infection VHB.

#### Matériel et Méthodes

Le statut VHB a été déterminé par les AC anti-HBc (total et IgM), l'ADN du VHB et l'Ag HBs. Les patients avec une infection chronique par le VHB (Ag HBs+ et/ou ADN du VHB détectable) et une infection résolue par le VHB (Ag HBs neg et anti-HBc +, et ADN indétectable) à l'inclusion étaient éligibles (sous-groupe VHB+). Les patients présentant une infection VHB devaient avoir commencé une thérapie antivirale ≥4 semaines avant le début du traitement de l'étude et devaient avoir un ADN du VHB <100 UI/mL. Les patients ont été randomisés selon un ratio de 1:1 pour recevoir du pembro 200 mg IV ou un placebo IV toutes les 3 semaines (maximum de 35 cycles), avec la gemcitabine à 1000 mg/m<sup>2</sup> IV jusqu'à progression de la maladie, et du cisplatine à 25 mg/m<sup>2</sup> IV maximum 8 cycles. Date de gel de la base était le 14 novembre 2023.

#### Résultats

1069 patients inclus dans l'étude KEYNOTE-966, 329 (30,8 %) VHB+ (pembro: n=164; placebo: n=165) et 732 (68,5%) VHB- (pembro: n=366; placebo: n=366); 8 patients avaient un statut VHB inconnu à l'inclusion. Les patients avaient origine Asie (76,9% vs 31,8%). Patients VHB+, la SG médiane était de 12,3 mois (IC à 95%, 9,5-14,5) dans le bras pembro contre 10,9 mois (IC à 95%, 9,7-13,2) dans le bras placebo (HR, 0,87; IC à 95%, 0,69-1,10). Patients VHB-, la SG médiane était de 12,8 mois (IC à 95%, 11,4-13,9) bras pembro versus 10,7 mois (IC à 95%, 9,4-11,7) bras placebo (HR, 0,85; IC à 95%, 0,73-0,99). Les EI liés au traitement de grade 3 à 5 étaient de 69% bras pembro contre 73% bras placebo pour les patients VHB+, de 72% contre 68% respectivement, pour les VHB-. Les taux d'arrêt de tout médicament pour EI lié au traitement étaient de 14% bras pembro contre 15% bras placebo pour les VHB+, 22% contre 16% respectivement, pour VHB-.



## Communications Affichées AFEF 2024

### Conclusion

Les résultats étaient similaires entre les sous-groupes VHB+ et VHB- de l'étude KEYNOTE-966, qui soutient l'utilisation du pembro + gem/cis en tant que traitement de première intention pour les CVB avancés, indépendamment du statut VHB. Une surveillance attentive et une thérapie antivirale sont néanmoins nécessaires chez les patients présentant une infection par VHB au départ.

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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

### *Références*

Le soutien à la rédaction médicale, sous la direction des auteurs, a été fourni par James Hauser, Program Coordinator, ApotheCom, et a été financé par AstraZeneca, conformément aux lignes directrices sur les bonnes pratiques de publication (GPP 2022).

Trial registration: ClinicalTrials.gov, NCT04003636

©2024 ASCO, Inc. Réutilisé avec permission. Abstract accepté et présenter lors de l'ASCO 2024. Tous droits réservés.



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_24

#### Profilage des patients suivis pour une Maladie de Wilson à l'aide d'un outil de diagnostic comportemental (SPUR™) : Analyse intermédiaire de l'étude

R. Sobesky\*<sup>1</sup>; C. Vanlemmens<sup>2</sup>; G. Faton<sup>3</sup>; E. Couchonnal<sup>4</sup>; O. Guillaud<sup>5</sup>  
<sup>1</sup> Villejuif; <sup>2</sup> Besançon; <sup>3</sup> Puteaux; <sup>4</sup> Bron; <sup>5</sup> Lyon

#### Introduction

Dans la maladie de Wilson (MW), un grand nombre de patients seraient mal-observants alors que cela peut entraîner des dommages irréversibles voire fatals. Le SPUR™ est un outil validé de diagnostic comportemental visant à détecter le risque de non-observance d'un patient et les leviers de son comportement en santé. Cette étude a pour objectif d'évaluer la pertinence du SPUR™ chez les patients atteints de MW pour identifier leur profils socio démographiques et comportementaux, dans le but de personnaliser leur prise en charge.

#### Matériel et Méthodes

Quatre centres de référence/compétence de la MW, spécialisés en hépatologie ont pris part à cette étude en mettant en place le questionnaire de façon prospective avant la consultation des patients avec MW. L'outil SPUR™, représenté sous forme de questionnaire digital disponible dans la salle d'attente, a permis d'identifier des leviers comportementaux : social, psychologique, usage et rationnel. Les médecins ont reçu un rapport instantané sur le profil de chaque patient, incluant les risques liés à l'observance afin de personnaliser leur communication avec le patient. Ils ont également donné leur retour sur l'utilité de l'outil après chaque questionnaire.

#### Résultats

70 patients sont inclus : 12 asymptomatiques, 49 avec une atteinte hépatique, dont 13 avec des symptômes neuro/psychiatriques. 9 ont une atteinte neurologique. La majorité des patients est sous D-pénicillamine ou sels de trientine TETA 4HCL et prend entre 2 et 3 prises par jour. 32 patients déclarent oublier de prendre leur traitement plus de 2 fois par mois et plus de 10% des patients oublie plus de 5 fois sur les 3 derniers mois. D'après l'outil SPUR™, la population étudiée présente un faible risque de non-adhérence, mais il existe de nombreuses disparités entre les patients. Chez la plupart des patients (43/70 patients, 61%) le facteur social est le plus représenté concernant le score de non-adhérence. Le facteur social environnemental est déterminant (34/70 pts, 49%), signifiant que les patients montrent des difficultés dans les interactions sociales en particulier avec le cercle éloigné par rapport au cercle proche. Un risque d'isolement fort est à prendre en considération lors de l'accompagnement par le professionnel de santé. Le facteur financier ressort aussi (19/70 pts, 27%) indiquant que la maladie impacte les finances des patients malgré le remboursement des soins. 60% des patients ont au moins un facteur activé et 40% en ont deux ou plus.

#### Conclusion

L'analyse intermédiaire de l'outil SPUR montre que plus de la moitié des patients oublie régulièrement de prendre leur traitement. Cet outil a mis en évidence que les problématiques sociales et financières sont déterminantes chez les patients avec MW. Les résultats finaux



## Communications Affichées AFEF 2024

de l'étude permettront d'apporter des informations complémentaires sur la non-observance du traitement afin de valider l'intérêt du SPUR pour personnaliser la prise en charge des patients

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_25

#### Épidémiologie et pronostic du CHC en Guyane Française et comparaison avec les CHC diagnostiqués en Guadeloupe et en Ile de France

A. Aboikoni\*<sup>1</sup>; M. Allaire<sup>2</sup>; D. Louvel<sup>3</sup>; M. Alogo A Nwatsok<sup>3</sup>; P. Ngock<sup>3</sup>; A. Ouni<sup>4</sup>; L. Tangan<sup>5</sup>; M. Zappa<sup>3</sup>; K. Drak Alsibai<sup>3</sup>; M. Douine<sup>3</sup>; M. Nacher<sup>3</sup>; L. Catherine<sup>6</sup>; C. Busso<sup>7</sup>; N. Ganne-Carrié<sup>7</sup>; M. Gelu-Simeon<sup>8</sup>  
<sup>1</sup>,<sup>2</sup> Paris; <sup>3</sup> Cayenne; <sup>4</sup> Saint Laurent Du Maroni; <sup>5</sup> Kourou; <sup>6</sup> Pointe-A-Pitre; <sup>7</sup> Bobigny; <sup>8</sup> Pointe-A-Pitre

#### Introduction

Aux Antilles-Guyane peu de données sont disponibles concernant le pronostic des patients atteints de carcinome hépato-cellulaire (CHC). Le but de cette étude était de comparer les caractéristiques et le pronostic des patients atteints de CHC diagnostiqués en Guyane, en Guadeloupe et dans un centre tertiaire de l'Île-de-France.

#### Matériel et Méthodes

Tous les dossiers de patients présentés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) entre 2010-2023 en Guyane (GUY), 2008-2023 en Guadeloupe (GUA) et 2013-2017 en Île-de-France (IDF) ont été inclus de façon rétrospective. Les comparaisons entre les patients ont utilisé les tests de Mann-Whitney U et de Chi-carré. Les données de survie ont été analysées selon la méthode de Kaplan-Meier, avec des comparaisons statistiques effectuées à l'aide de tests de log-rank et de modèles de risques proportionnels de Cox.

#### Résultats

Les données de 890 patients (GUY 7% n=59, GUA 15% n =136, IDF 78% n=695) ont été analysées (âge médian 66 ans, 81.5% hommes, 87% patients cirrhotiques). Le CHC survenait sur un terrain d'infection virale chez 44% (VHB 20%, VHC 25%), d'alcool chez 49% et de syndrome métabolique chez 23% des patients. Lors de la RCP initiale, 57% étaient Child A, MELD médian à 15 et 28% avaient des VO de grande taille. Concernant le CHC, 28% étaient BCLC-A/0, 18% BCLC-B, 40% BCLC-C et 14% BCLC-D, et 51% présentaient un score AFP<2. Les patients en GUY et GUA présentaient plus d'étiologies virales (54% (VHB 36%, VHC 19%) et 53% (VHB 39%, VHC 15%) respectivement vs 41% (VHB 15%, VHC 27%) en IDF, p<0.001). En GUY, seulement 17% des patients étaient Child A contre 44% en GUA et 63% à IDF (p<0.001). Les CHC en GUY étaient diagnostiqués à un stade plus tardif avec 82% de Score AFP>2 versus 60% en GUA et 43% en IDF (p<0,001) et 52% de BCLC-D versus 32% en GUA et 7% en IDF (p<0.001). Parmi les patients, 7%, 24% et 45% ont pu accéder à un traitement curatif et 64%, 44% et 21% n'ont pas eu de traitement en GUY, GUA et IDF respectivement (p<0.001).

La survie globale médiane était de 15.8 mois dans l'ensemble de la cohorte, 2.45 mois en GUY, 9.7 mois en GUA et 17.5 mois en IDF (p=0.06). Le centre de prise en charge n'était pas associé à la mortalité, en analyse multivariée.



## Communications Affichées AFEF 2024

### Conclusion

Le pronostic des patients atteints de CHC en Guyane reste sombre avec des patients diagnostiqués à un stade tardif. Ceci souligne l'importance d'une stratégie de prévention et de dépistage des maladies hépatiques chroniques et du CHC dans ce département.

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_26

#### Bilan évolutif des 10 ans de la RCP Hépatite Virale de Champagne-Ardenne

A. Heurgué\*<sup>1</sup>; T. Feron<sup>1</sup>; P. Anais<sup>1</sup>; E. Gigante<sup>1</sup>; G. Thiéfin<sup>1</sup>; B. Bernard-chabert<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Reims

#### Introduction

Les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) Hépatite Virale ont été rendues obligatoires en 2014 à la suite de l'avènement des antiviraux à action directe. La particularité de la RCP Virofoie de Champagne-Ardenne est qu'elle ne concerne pas que les patients atteints d'Hépatite C mais aussi les autres hépatites virales et qu'elle a été maintenue après 2019. Le but de cette étude a été d'analyser et de comparer le profil des patients présentés lors de cette RCP sur deux périodes (2014-2019 et 2020-2024).

#### Matériel et Méthodes

Toutes les fiches présentées à la RCP Virofoie de Champagne-Ardenne entre mars 2014 et avril 2024 ont été revues. Le profil démographique des patients présentés sur la période 1 (P1:2014-2019) a été comparé à celui de la période 2 (P2:2020-2024). Les tests de comparaison entre les deux périodes d'étude ont été le test du Chi<sup>2</sup> pour les variables binaires et le test de Kruskal-Wallis pour les variables continues.

#### Résultats

Sur 10 ans, 1243 dossiers ont été présentés à la RCP, 1158 sur la période 1 et 85 sur la période 2. La fréquence de la RCP était mensuelle sur la P1 et trimestrielle sur la P2.

Entre P1 et P2, l'âge médian a diminué de 57 à 43 ans ( $p < 0,05$ ) et la proportion d'hommes est passée de 64% à 80% ( $p < 0,05$ ). La proportion de patients nés en France a diminué régulièrement passant de 75% à 36% ( $p < 0,001$ ). La fréquence de la fibrose avancée a chuté de 82% à 42% entre les deux périodes ( $p < 0,001$ ). Le pourcentage de patients diabétiques est passé de 10% à 3% ( $p < 0,05$ ), mais l'existence d'antécédents cardio-vasculaires était stable (27 et 32%,  $p = \text{NS}$ ). Le nombre de patients co-infectés par le VIH était stable sur les 2 périodes, environ 5%.

La proportion de dossiers concernant des patients atteints d'Hépatite C était en 2014 de 91%, pour décroître à partir de 2018 et atteindre actuellement 25% ( $p < 0,001$ ). Ainsi sur la P1, l'Hépatite C représentait 89% des dossiers contre 37% sur la P2 ( $p < 0,001$ ).

Parallèlement la proportion des patients atteints d'Hépatite B en mono-infection et de co-infection B-Delta est passée respectivement de 9% ( $n=101$ ) et 2% ( $n=24$ ) sur la P1 à 39% ( $n=33$ ) et 24% ( $n=22$ ) sur la P2 ( $p < 0,001$ ).

#### Conclusion

La modification du profil des patients présentés à la RCP Virofoie sur les 10 ans d'existence permet de constater la forte baisse de la proportion de patients atteints d'hépatite C. Parallèlement, la proportion des patients atteints d'hépatite B et Delta a augmenté. Le



## Communications Affichées AFEF 2024

maintien de cette RCP préserve l'examen collégial des patients atteints d'hépatites B et Delta, dont la complexité reste élevée, notamment en cas de co-infection B-Delta.

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_27

#### Clinique MASH – un parcours de soins pluridisciplinaire pour la prise en charge de la stéatopathie métabolique (MASLD)

R. Pais\* <sup>1</sup>; T. Maurel <sup>1</sup>; P. Lebray <sup>1</sup>; L. Bonyhay <sup>1</sup>; C. Bouzbib <sup>1</sup>; S. Combet <sup>1</sup>; M. Rudler <sup>1</sup>; A. Redheuil <sup>1</sup>; J.M. Oppert <sup>1</sup>; D. Thabut <sup>1</sup>; V. Ratziu <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Paris

#### Introduction

La stéatopathie métabolique (MASLD) est en lien étroit avec le diabète de type 2 (DT2), la dyslipidémie et la maladie cardiovasculaire (CV). Une approche pluridisciplinaire et un parcours de soins unique et préférable à une prise en charge fragmentée par facteur de risque. Notre objectif était d'évaluer la faisabilité et les bénéfices hépatiques, CV et métaboliques d'un circuit de soins pluridisciplinaire (Clinique MASH) dans la prise en charge des patients atteints de la MASLD.

#### Matériel et Méthodes

Étude prospective monocentrique française de patients atteints de la MASLD. Tous les patients ont bénéficié d'une exploration hépatique (stéatose, élastographie impulsionnelle à vibration contrôlée, VCTE, Fibroscan), évaluation de la composition corporelle (DXA) et du risque CV (scanner coronaire avec mesure du score calcique), enquête et conseils diététiques et éducation thérapeutique. Tous les patients ont eu un suivi à  $\geq 6$  mois.

#### Résultats

381 pts ont été inclus (2019 - 2023), 288 avec MASLD déjà connue et 93 nouveaux pts ; âge  $59 \pm 11$  ans, 56% hommes, IMC  $32.3 \pm 5.7$  kg/m<sup>2</sup>. 48% DT2, 53% hypertension artérielle (HTA), 50% dyslipidémie, 12% coronaropathie connue. 11% avaient une cirrhose et 25% une fibrose en pont (F3). A la suite du parcours Clinique MASH, 19% ont été diagnostiqués avec DT2 ou ITG, 30% des pts sans coronaropathie connue étaient à risque CV modéré/élevé (19% avaient un score calcique coronaire  $\geq 300$  UI Agatston). 58% des pts déjà sous statines ont nécessité un ajustement des doses et 14% ont initié un traitement par statines. Parmi les nouveaux pts avec MASLD, 44% avaient un DT2, 54% une HTA, 46% une dyslipidémie, 10% une atteinte coronaire; 12% avaient une cirrhose et 25% une fibrose en pont. Suivant le circuit clinique MASH, parmi les nouveaux pts: une biopsie hépatique a été indiquée chez 25%, 20% ont été diagnostiqués avec une atteinte coronaire; 20% avec un DT2 ou ITG, 20% ont été initiés sous statines. La durée moyenne de suivi était  $9 \pm 5$  mois. 53% des pts ont perdu du poids (moyenne  $5 \pm 4.7$  kg): 5%-10% chez 24%;  $\geq 10\%$  chez 11% des pts. Pendant le suivi, les transaminases ( $p < 0.001$ ), l'insuline à jeun ( $p = 0.05$ ) et la stéatose ( $p = 0.035$ ) ont baissé significativement. L'amélioration des paramètres cardiometaboliques (perte de poids, transaminases, lipides) était significative chez les pts ayant bénéficié d'une éducation thérapeutique.

#### Conclusion

Le circuit pluridisciplinaire Clinique MASH a démontré des bénéfices significatifs sur le plan hépatique, métabolique et des facteurs de risque CV. Le programme d'éducation



## Communications Affichées AFEF 2024

thérapeutique a permis d'améliorer ces résultats, probablement à travers une meilleure sensibilisation des patients sur les facteurs de risque et leurs prise en charge.

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_28

#### Aspects épidémiologique, diagnostic et évolutif de la cirrhose décompensée chez les patients hospitalisés au sein d'un service d'hépatogastro-entérologie d'Outre-Mer

M. Zogbo-Beavogui<sup>1</sup>; N. Edery<sup>1</sup>; E. Urbanek<sup>1</sup>; M. Wallyn<sup>1</sup>; M. Sautereau<sup>1</sup>; Z. Labat<sup>1</sup>; M. Alexis<sup>1</sup>; G. Saint-Georges<sup>1</sup>; L. Amaral<sup>1</sup>; M. Gelu-Simeon\*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Les Abymes

#### Introduction

L'absence de donnée sur la cirrhose décompensée dans les départements d'outre-mer, a motivé la réalisation de ce travail, qui a pour objectif de décrire les aspects épidémiologique, diagnostic et évolutif de la cirrhose décompensée au sein d'un service d'Hépatogastro-entérologie d'Outre-mer.

#### Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique non interventionnelle du 01/01/2020 au 31/12/2023. Les données ont été recueillies à partir du dossier médical informatique et les cas identifiés à partir des codes CIM-10 : K746 (cirrhose sans précision), K703(cirrhose alcoolique), R18 (ascite secondaire à une cirrhose hépatique), R17.0 (ictère), G934 (encéphalopathie hépatique), K767(syndrome hépato-rénal), C220 (carcinome hépatocellulaire), I81(thrombose porte) et I9820 (rupture de varice œsophagienne). Nous avons inclus tous les épisodes de décompensation aiguë sur cirrhose (ascite, hémorragie digestive, encéphalopathie hépatique, infection bactérienne). Ont été exclues les hospitalisations pour paracentèse dans le cadre d'une ascite réfractaire et les complications hépatiques aiguës sur hépatopathie chronique non cirrhotique.

#### Résultats

Pour 437 hospitalisations, nous avons colligé les données de 236 patients avec une prédominance masculine de 80,5% et un âge moyen de 63 ans ( $\pm 12,7$ ans). Le motif d'hospitalisation était l'ascite (86,6%), l'encéphalopathie hépatique (37,7%), l'hémorragie digestive (32,2%) et l'infection (26%). Parmi eux, 91,9% (n=215) avaient présenté une décompensation simple et 8,9% (n=21) une « acute-on chronic liver failure (ACLF) ». Les facteurs de décompensation étaient l'hépatite alcoolique aiguë (31,7%), l'infection bactérienne (26%), une iatrogénie (9,5%) et l'interruption thérapeutique (6,3%). Les étiologies de la cirrhose étaient dominées par l'alcoolisme (81%), la MASH (16%), l'hépatite B (10%) l'hépatite C (5%), l'hépatite auto-immune (2 %), la bilharziose (2,5%). La cirrhose décompensée était aggravée par une thrombose portale dans 26,2% des cas, un carcinome hépatocellulaire (25,4%), et un syndrome hépatorénal (12,2%). La majorité des patients sans ACLF avaient un score Child-Pugh B (50,4%), Le score MELD moyen était de  $18,6 \pm 8,6$ . Nous avons enregistré 15,3% de décès, liés à l'ACLF dans 36,1% des cas ou à une décompensation simple dans 63,9% en lien avec un carcinome hépatocellulaire métastatique (27,8%), une hémorragie digestive (13,8%), une infection bactérienne (16,7%), ou une encéphalopathie hépatique (5,6%).



## Communications Affichées AFEF 2024

### Conclusion

La cirrhose décompensée survient majoritairement dans un contexte de maladie alcoolique du foie. Son pronostic reste sombre dans nos départements et justifie la mise en œuvre d'une stratégie de prévention et de prise en charge de la maladie alcoolique du foie.

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_29

#### Critères de diagnostic de MVPS : Expérience d'un centre marocain

I. Aluahabi\* <sup>1</sup>; M. Kadiri <sup>1</sup>; F.Z. Chabib <sup>1</sup>; C. Berhili <sup>1</sup>; N. Lagdali <sup>1</sup>; M. Borahma <sup>1</sup>; F.Z. Ajana <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Rabat

#### Introduction

La MVPS regroupe diverses maladies caractérisées par des anomalies des petits vaisseaux du foie. La biopsie hépatique est indispensable pour le diagnostic de MVPS. Le but de notre travail était d'étudier l'impact des caractéristiques de la PBH sur le diagnostic histologique.

#### Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique menée dans un service d'hépatogastro-entérologie s'étalant sur une durée de 7 ans de 2017 à 2024, portant sur tous les malades diagnostiqués pour MVPS chez qui une PBH a été réalisée.

On a comparé le groupe des malades diagnostiqués MVPS sur critères histologiques et ceux sur signes spécifiques d'htp, ensuite on a étudié les caractères de PBH associés à une histologie positive en analyse univariée puis multivariée.

#### Résultats

Un total de 43 malades a été diagnostiqué MVPS avec une moyenne d'âge diagnostique à 42,4+/-12,6 ans avec une légère prédominance féminine 55,8% (24) et une médiane de suivi de 6(4-6) ans. Les circonstances de découvertes étaient d'emblée une décompensation hémorragique dans 28,6% (12). A la FOGD, des VO ont été retrouvés chez 75,6%(31).. Le diagnostic de MVPS a été posé en se basant sur les critères histologiques chez 60,5% (26) dont 60% (17) spécifiques. La PBH était adéquate dans 6,3% (2). Un taux de 40,6% (13) de patient présentait des signes histologiques de MVPS avec PBF non adéquate. L'évolution a été marquée par le décès de 2 malades par insuffisance hépatocellulaire et leucémie myéloïde aigue. En comparant les malades diagnostiqués avec présence des critères histologiques spécifiques ou non spécifiques et ceux diagnostiqués par les signes spécifiques d'HTP en l'absence de cirrhose, on déduit qu'il y a une différence statistiquement significative entre les 2 groupes selon si l'opérateur est expérimenté ou non avec p=0.014. En analyse uni et multi variée, aucun des facteurs parmi la taille de la carotte, le nombre d'espace porte, le caractère fragmenté ou non de la carotte et l'anatomopathologiste n'est associé à des critères histologiques positifs à la PBF.

#### Conclusion

Les MVPS représentent un groupe de maladie rare dont le diagnostic peut être difficile et repose sur une biopsie adéquate. Dans notre étude, nous avons pu établir le diagnostic histologique sans prendre en considération les critères de la PBH chez 40,6% des malades. Par ailleurs, un anatomopathologiste expert a contribué au diagnostic de MVPS dans 100% des cas dans le groupe de notre étude.



## Communications Affichées AFEF 2024

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_30

#### Une charge virale initiale supérieure à 8 000 UI/ml est associée à une progression de la fibrose hépatique chez les patients Ag HbS positifs à la phase indéterminée

S. Mrabet\* <sup>1</sup>; S. Rouis <sup>2</sup>; H. Raida <sup>1</sup>; M. Ferjaoui <sup>2</sup>; S. Boujamline <sup>1</sup>; W. Hachfi <sup>1</sup>; J.E. Ben <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Sousse; <sup>2</sup> Kairouan

#### Introduction

La phase indéterminée chez les patients Ag HbS positifs est un nouveau concept caractérisé par un taux sérique d'ADN du VHB élevé de manière persistante (> 2 000 UI/ml), sans cytolysse associée et sans fibrose hépatique significative. Actuellement, le traitement antiviral n'est pas recommandé chez ces patients. L'objectif de notre étude était d'identifier les facteurs prédictifs de la progression de la fibrose chez les patients Ag HbS positifs à la phase indéterminée.

#### Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude Cohorte rétrospective incluant tous les patients Ag HbS positifs suivis entre Janvier 2008 et Décembre 2022. N'ont pas été inclus les patients présentant une cirrhose, une hépatite Delta, une hépatite C ou une co-infection par le virus de l'immunodéficience humaine, ou des antécédents personnels ou familiaux de carcinome hépatocellulaire. Au cours du suivi, une surveillance du taux des ALAT tous les six mois et de la charge virale tous les ans ainsi qu'une évaluation de la fibrose hépatique par la mesure de l'élasticité au Fibroscan tous les trois ans ont été réalisées.

#### Résultats

Parmi les 1016 patients Ag HbS positifs, 106 patients (10,4%) répondaient aux critères de la phase indéterminée avec un âge médian de 32,9 ans (16-58 ans), et une prédominance féminine (sex-ratio H/F=0,73). La durée médiane de suivi était de 104,8 mois (12-168). Une progression de la fibrose a été observée chez 17 patients (16 %) avec un délai moyen de 97,7 mois (47-172). Chez ces patients, un traitement antiviral a été instauré. Les complications survenues étaient la cirrhose (n = 3), le carcinome hépatocellulaire (n = 2) et le décès (n = 1). L'étude analytique a montré que les facteurs associés à la progression de la fibrose étaient une charge virale initiale élevée (p=0,01), l'apparition d'une cytolysse (p=0,001) et l'augmentation de la charge virale (p =0,001) au cours du suivi. L'étude de la courbe ROC de la valeur initiale de la charge virale comme un facteur prédictif de progression de la fibrose a objectivé une aire sous la courbe de 0,664 (95%CI : 0,500-0,820). Une valeur seuil de la charge virale initiale à 8 000 UI/ml était associée à une progression de la fibrose hépatique avec une sensibilité de 70,3% et une spécificité de 63 %.

#### Conclusion

Dans notre étude, la progression de la fibrose chez les patients Ag HbS positifs à la phase indéterminée a été observée dans 16 % des cas. Une charge virale initiale supérieure à 8 000 UI/ml était associée à cette progression. Ceci nous amène à envisager d'élargir les indications thérapeutiques à ce groupe de patients.



## Communications Affichées AFEF 2024

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_31

#### Freins et motivations des médecins généralistes au dépistage et à la prise en charge simplifiée de l'hépatite C

M. Gilcard<sup>1</sup>; P. Guillouche\*<sup>2</sup>; E. Billaud<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Sucé-sur-Erdre; <sup>2</sup> Nantes; <sup>3</sup> Nantes cedex 1

#### Introduction

L'OMS se fixe un objectif d'élimination du virus de l'hépatite C dans le monde à l'horizon 2030. En France, la création du parcours simplifié en 2019 visait à dépister et traiter les patients au plus proche de leurs lieux de suivi courants. La non-appropriation par les médecins généralistes de la prise en charge simplifiée a motivé cette étude, à la recherche de leurs principaux freins et motivations au dépistage ainsi qu'au traitement de l'hépatite C.

#### Matériel et Méthodes

Pour obtenir la plus grande exhaustivité quant aux freins et motivations de chacun, une méthode qualitative a été adoptée. Deux bases de données d'établissements de santé à Nantes ont été sollicitées : celle de la Clinique Jules Verne et du CHU. Seuls les patients remplissant les critères de la prise en charge simplifiée et ayant été adressés par leur médecin traitant ont été sélectionnés. Le recrutement a été effectué par appels téléphoniques et envoi de mails. L'étape finale était un entretien semi-dirigé. Le guide d'entretien a été réalisé en amont, testé auprès d'un médecin généraliste en dehors de l'étude et n'a pas évolué au cours de l'étude. Les données ont été analysées selon la méthode de l'analyse thématique inductive.

#### Résultats

Parmi 72 patients de la clinique, 12 (16.6%) remplissaient les critères cités ci-dessus et 5 sur 62 (8%) pour ce qui est du CHU. Ainsi 17 médecins ont été sélectionnés. Finalement, 8 entretiens semi-dirigés ont été menés entre janvier et juin 2023. Une majorité de femmes (6 pour 2 hommes) est représentée, avec une expérience en tant que médecin traitant allant de 12 à 35 ans. Les différents modes d'exercice sont représentés : rural (2 sur 8), semirural (4 sur 8) et urbain (2 sur 8). La méconnaissance des facteurs de risque des patients ressort comme le principal frein au dépistage ciblé, par la difficulté à aborder des sujets comme la sexualité et la toxicomanie. On retrouve en tant que freins majeurs à la prescription des antiviraux directs leur méconnaissance du dispositif et leur désintérêt justifié par le nombre restreint de patients concernés parmi chaque patientèle. L'accès facile à un avis spécialisé ressort comme un élément indispensable pour les médecins généralistes, soit par la mise en place d'une ligne téléphonique, soit par une plateforme de téléexpertise et pourrait constituer une aide à la prescription et par extension au dépistage ciblé.

#### Conclusion

Depuis 2019 peu de patients bénéficient de la prise en charge simplifiée via leur médecin généraliste. On retrouve comme principaux freins le manque d'expérience, ainsi que le manque d'intérêt pour la question, en lien avec un nombre restreint de personnes concernées dans chaque patientèle. Le développement du lien entre médecine de ville et spécialistes en structures hospitalières reste un des axes d'amélioration.



## Communications Affichées AFEF 2024

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_32

#### Etude SAPHIR : séroprévalence de l'hépatite C en population psychiatrique et mesure de l'efficacité de la cascade de soins pour les patients infectés

B. Schreck<sup>1</sup>; P. GUILLOUCHE\*<sup>1</sup>; E. Laforgue<sup>1</sup>; J. Leboucher<sup>1</sup>; G. Challet-Bouju<sup>1</sup>;  
S. Tillet<sup>1</sup>; K. Amouriaux<sup>1</sup>; S. Habes<sup>1</sup>; M. Grall-Bronnec<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Nantes

#### Introduction

Le dépistage des hépatites virales est un enjeu de santé publique majeur répondant à un objectif national d'élimination du virus de l'Hépatite C (VHC) avant 2025. Les patients atteints de troubles psychiatriques pourraient constituer l'une des dernières populations vulnérables potentiellement porteuses du virus, alors que le VHC y est trois fois moins dépisté qu'en population générale. Les objectifs étaient d'estimer la prévalence de l'hépatite C chronique active en population psychiatrique et de mesurer l'efficacité de la cascade de soins des patients.

#### Matériel et Méthodes

Cette étude multicentrique s'est déroulée de novembre 2020 à février 2023 et concernait tous les patients adultes admis en psychiatrie dans 3 hôpitaux du Groupement Hospitalier Territorial (GHT) 44. L'estimation de la séroprévalence était basée sur le pourcentage de patients chez lesquels l'hépatite C chronique active était dépistée (TROD), puis confirmée (prélèvement veineux, PV). L'estimation de l'efficacité de la cascade de soins était basée sur la réalisation du PV pour la confirmation diagnostique, la présence à la consultation pour la prescription du traitement antiviral à action directe (AAD), l'observance déclarée du traitement et la réalisation du PV pour la confirmation de la réponse virologique soutenue (RVS) à la 12<sup>e</sup> semaine.

#### Résultats

La prévalence de l'hépatite C chronique active était de 0.76% (n=6, sur 786 patients inclus). Une prescription d'AAD a pu être initiée chez 5 patients, dont 4 qui déclaraient être observants, permettant une guérison confirmée chez 3 patients.

#### Conclusion

La prévalence de l'hépatite C chronique active dans notre population de patients atteints de troubles psychiatriques est inférieure à celle attendue et estimée en Europe. L'étude SAPHIR a permis de sensibiliser les soignants au dépistage du VHC, à l'utilisation du TROD et une meilleure collaboration des établissements publics de santé au sein du GHT 44.

#### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_33

#### Séquençage de Nouvelle Génération (NGS) pour la Thrombose Portale Non Cirrhotique et Impact sur l'Hypertension Portale

I. Kounis\* <sup>1</sup>; L. Laurence <sup>2</sup>; L. Erica <sup>1</sup>; C. Roger <sup>1</sup>; D.M. Eleonora <sup>1</sup>; R. Sobesky <sup>1</sup>; O. Ciacio <sup>1</sup>; D. Azoulay <sup>1</sup>; D. Samuel <sup>1</sup>; C. Feray <sup>1</sup>; A. Coilly <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Villejuif; <sup>2</sup> Le Kremlin-Bicêtre

#### Introduction

Les syndromes myéloprolifératifs (SMP) sont la principale cause de thrombose veineuse splanchnique non tumorale et non cirrhotique. Le séquençage de nouvelle génération (NGS) permet l'évaluation simultanée de multiples gènes impliqués dans la pathologie clonale myéloïde. Cette étude vise à explorer le potentiel du NGS pour élucider l'étiologie de la thrombose portale et son rôle dans le développement de l'hypertension portale.

#### Matériel et Méthodes

Cette étude rétrospective monocentrique a inclus tous les patients adultes diagnostiqués avec une thrombose portale non cirrhotique dans notre unité de 2020 à 2023. Ces patients ont eu une évaluation diagnostique complète, y compris le NGS, au sein du département d'hématologie. Le diagnostic et le suivi de la thrombose veineuse portale non cirrhotique ont été conformes aux directives de l'European Association for the Study of the Liver (EASL). Une analyse de régression de Cox a identifié des prédicteurs de risque indépendants (HR 95% CI) pour le développement de l'hypertension portale.

#### Résultats

L'étude a inclus 46 patients avec une thrombose portale non cirrhotique sur une période de suivi médiane de 3,9 [2,4, 8,7] années. Les résultats du NGS ont été obtenus pour 36 (78,2%) patients, révélant un total de 19 mutations. Parmi la cohorte, 22 (47,8%) ont développé une hypertension portale. Un patient (2,2%) a subi une transplantation hépatique, et quatre patients (8,7%) ont subi une anastomose mésentéricocave. Une biopsie hépatique a été réalisée chez 13 (28,3%) patients, dont sept remplissant les critères VALDIG pour une maladie vasculaire porto-sinusoidale. Les mutations identifiées comprenaient IDH2, CSF3R, ETV6, JAK2 non V617F, EZH2, TET2 et JAK2 V617F. Dans l'analyse multivariée du développement de l'hypertension portale, la combinaison de mutation JAK2 + non-JAK2, ou la présence de mutation non-JAK n'a montré aucune association statistiquement significative avec l'hypertension portale, avec des risk ratios de 2,52 (0,99, 6,48) et 1,52 (0,51, 4,52) respectivement, et des valeurs p de 0,14 et 0,53 respectivement.

#### Conclusion

Le NGS a identifié des mutations JAK2-exon12 précédemment non détectées par les techniques conventionnelles. Malgré la faible fréquence des mutations, étant donné la rareté de la maladie, nous observons plus d'événements d'hypertension portale dans les cas de mutations NGS, qu'elles soient associées à des mutations classiques ou non.



## Communications Affichées AFEF 2024

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_34

#### Efficacité et sécurité de l'anticoagulation par anti-vitamine K et anticoagulants oraux directs dans les maladies vasculaires du foie

D. Azzouzi\* <sup>1</sup>; M. Kadir <sup>1</sup>; F.Z. Chabib <sup>1</sup>; N. Lagdali <sup>1</sup>; C. Berhili <sup>1</sup>; M. Borahma <sup>1</sup>; F.Z. Ajana <sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Rabat

#### Introduction

L'anticoagulation est l'une des options thérapeutiques pour les patients atteints d'une maladie vasculaire du foie. Compte tenu de la gravité potentielle des thromboses récurrentes et de la fréquence élevée des états pro-thrombotiques chez ces patients, une anticoagulation à long terme peut s'avérer nécessaire, mais il existe peu de données sur les anticoagulants oraux directs (AOD) dans ce contexte. Le but de cette étude est de rapporter notre expérience de la tolérance des AOD et des anti-vitamine k (AVK).

#### Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, préliminaire et monocentrique des patients atteints d'une maladie vasculaire hépatique, traités par AOD ou AVK et ayant présenté un événement indésirable suite à ce traitement. Un traitement anticoagulant curatif par Rivaroxaban 20 mg (RVX) ou AVK a été initié chez les patients à haut risque de thrombose ou par AOD à dose de 15 mg chez les patients à faible risque de thrombose. Le but de cette étude était de rapporter notre expérience de la tolérance des anticoagulants oraux directs et des antagonistes de la vitamine K. Le but de cette étude est de rapporter notre expérience de la tolérance des AOD et des anti-vitamine k (AVK). L'âge moyen était :48,56 ans, avec un sex-ratio H/F de 0,8%.

#### Résultats

Sur un total de 142 patients suivis pour une maladie vasculaire hépatique, 62% étaient sous anticoagulation, 17% avaient des effets indésirables aux anticoagulants, dont 10 sous AOD 27% et 5 sous AVK 10%. Pour les patients sous AOD, 20% étaient suivis pour une maladie vasculaire porto-sinusoïdale (MVPS), 50% pour un cavernome portal et 30% pour un syndrome de Budd-Chiari. Les états associés étaient: déficit en protéines S et C chez tous les malades, 10% contraception oestroprogestative et 10% hyperhomocystéinémie sur à une maladie cœliaque. Le délai moyen d'apparition était 1 mois. Les effets indésirables étaient 50 % métorragies; 40 % métorragies et 10 % rectorragie. Un décès par choc hémorragique causé par rupture de varices œsophagiennes. Parmi les patients sous AVK, 20% était suivi pour une MVPS due à un déficit en protéines C et S, 40% étaient suivis pour un cavernome portal, l'un sur maladie cœliaque et l'autre à une leucémie myéloïde chronique et 2 patients pour une thrombose portale chronique due à une myélofibrose primitive et un syndrome des antiphospholipides et un pour une thrombose porte due à un SAPL. Les effets indésirables étaient: 40% hématomés; 40% épistaxis et 20% de rectorragie. Le traitement a été maintenu chez 40%, arrêt temporaire 13% et le switch aux AVK 34%.

#### Conclusion

Les AOD sont associés à de nombreux effets indésirables dont certains peuvent conduire au décès. Dans notre série, 27% des patients sous AOD ont eu des effets indésirables



## Communications Affichées AFEF 2024

contre 10% des patients sous AVK montrant que les AVK pourraient être une alternative efficace et sûre chez les patients atteints de thrombose, même à faible risque, par rapport aux AOD. Ces résultats doivent être confirmés par des études prospectives de grande envergure.

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_35

#### Dépistage des hépatites virales B et C et du VIH chez les migrants primo-arrivants

K.A. Enagnon <sup>1</sup>; A. Faiza <sup>2</sup>; F. Marie-Laure <sup>2</sup>; C. Pauline <sup>1</sup>; G. Aurélie <sup>1</sup>; B. Laurence <sup>1</sup>; V. Canva\* <sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Lille; <sup>2</sup> Loos

#### Introduction

Le dépistage des maladies transmissibles s'inscrit dans le bilan médical des migrants primo-arrivants (MPA). Cette population présente de nombreuses problématiques de santé avec au premier plan les troubles psychiatriques (22% des personnes) et au second plan, les pathologies infectieuses (13%) en premier lieu l'hépatite B. Nous présentons les résultats de l'activité de dépistage des hépatites virales B et C et de l'infection VIH réalisée au sein d'une structure associative ayant un cahier des charges de type PASS

#### Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 10 ans de janvier 2013 à décembre 2022 incluant l'ensemble des MPA dépistés pour les virus des hépatites B (VHB) et C (VHC) et le VIH. Le dépistage du VHB est basé sur les trois marqueurs (antigène (Ag) HBs, anticorps (Ac) anti-HBc et Ac anti-HBs), celui du VHC sur les Ac anti-VHC et celui du VIH sur les Ac anti-VIH. Lorsque le même patient avait bénéficié de plusieurs prélèvements sur la période de l'étude, seul le prélèvement initial était pris en compte. Les données épidémiologiques et les profils sérologiques sont présentés ainsi que les résultats des investigations complémentaires.

#### Résultats

Sur la période de l'étude, 5621 patients ont été dépistés pour le VHB. La prévalence du portage de l'Ag HBs était de 7,6%. Les autres profils sérologiques retrouvaient une infection ancienne guérie (22%), une présence isolée d'Ac anti-HBc (12,8%), un profil de vaccination (9,1%) et une négativité des trois marqueurs (48,5%). La majorité des patients porteurs d'Ag HBs provenait d'Afrique subsaharienne (72%). Il s'agissait d'hommes (69,7%), d'âge moyen 28 ans. Un résultat de charge virale (CV) VHB a été obtenu pour 244 d'entre eux (57,3%). La CV était détectable chez 205 (84%) des sujets avec une médiane de 3 Log<sub>10</sub> IU/mL (16,6% avaient une CV > 4 Log<sub>10</sub> IU/mL). Le taux moyen des ALT était de 20 UI/mL.

Le dépistage du VHC a été réalisé chez 3895 patients. Les Ac anti-VHC ont été obtenus positifs chez 160 patients (4,1%). Les patients étaient des hommes (61%), d'âge moyen 38 ans, originaires de Georgie (30%). La CV VHC était détectable chez 32% des patients, avec une médiane de 5,75 Log<sub>10</sub> IU/mL. Le taux moyen des ALT était de 52 UI/mL.

Le dépistage du VIH a été effectué auprès de 6996 patients avec un résultat confirmé positif chez 116 (1,6%), des femmes (54%), d'âge moyen 32,5 ans, en provenance majoritairement d'Afrique Sub-Saharienne (84%)., essentiellement infectées par un VIH-1 (99%). La CV-VIH1 moyenne était de 4,3 copies/mL, le taux de CD4 moyen à 337/mm.



## Communications Affichées AFEF 2024

### Conclusion

La prévalence de l'Ag HBs est élevée chez les MPA d'Afrique subsaharienne. Quant au VHC, 1/3 des MPA séropositifs avaient une répllication active, ouvrant la perspective de la prise en charge thérapeutique. Le dépistage positif du VIH permettait l'initiation d'un traitement court terme. Outre le bénéfice individuel, la stratégie de dépistage systématique s'inscrit dans les objectifs de l'OMS en termes d'élimination et de contrôle épidémiologique

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_36

#### Potentialisation de la mort des hépatocytes infectés par le mécanisme d'action immunologique du bepirovirsen : Evidence indirecte à partir de l'analyse longitudinale des biomarqueurs de l'étude B-Together

T. Asselah\* <sup>1</sup>; S. Joshi <sup>2</sup>; J. Freudenberg <sup>2</sup>; J. Singh <sup>2</sup>; L. Felton <sup>3</sup>; S. Dixon <sup>3</sup>; M. Paff <sup>2</sup>; D. Theodore <sup>4</sup>; J. Walker <sup>5</sup>

<sup>1</sup> Clichy; <sup>2</sup> Collegeville; <sup>3</sup> London; <sup>4</sup> Research Triangle Park; <sup>5</sup> San Francisco

#### Introduction

B-together a évalué l'efficacité et la sécurité de l'administration séquentielle de bepirovirsen (BPV) (un oligonucleotide antisens) suivi d'interféron-pegylé (IFN) chez des patients (pts) atteints d'hépatite chronique B. Nous avons montré que les pts traités par BPV peuvent avoir des élévations transitoires des ALT. Nous étudions ici le mécanisme d'action immunologique du BPV en regard de la réponse virologique et de marqueurs associés à la mort des hépatocytes grâce à une analyse longitudinale de biomarqueurs périphériques.

#### Matériel et Méthodes

B-together (NCT04676724) est une phase 2b conduite sur 108 pts traités par analogues nucleot(s)idiques (NUC). Les pts randomisés (1:1) et reçoivent du BPV pendant 12 ou 24 semaines (sem) puis jusqu'à 24 sem d'IFN-PEG. Le critère principal était la proportion de pts avec ADN viral et antigène HBs sous la limite de détection pendant les 24 sem après la fin du traitement (ttmt). Des cellules mononuclées périphériques (PBMC), du sang et du sérum ont été analysés respectivement par cytométrie de flux, transcriptomique sur sang total, et protéomique. L'expression relative a été mesurée avant ttmt et à différents temps pendant le ttmt par BPV, par IFN, et après leur arrêt. L'expression différentielle, a été déterminée avec des modèles multivariés prenant en compte la réponse virologique et les bras de ttmt.

#### Résultats

A la semaine 3, le BPV conduit, indépendamment des bras de traitement et de la réponse virologique, à une augmentation par rapport à JO (avant traitement) de l'expression de protéines sériques parmi lesquelles des cytokines et un enrichissement des protéines effectrices du système immunitaire et des voies de l'apoptose. Après 4 semaines de BPV, une tendance à l'augmentation des cellules T CD8+ activée proliférantes et des cellules B a été observé. En transcriptomique, une augmentation par rapport à JO, de gènes impliqués dans la prolifération a été observée indépendamment du bras de traitement ou de la réponse. Après 7 semaines de BPV, un sous groupe de protéines sériques spécifiques du foie et de l'apoptose est augmenté et de manière plus importante chez les répondeurs. Leur abondance est très corrélée au niveau d'ALT lui-même parfois associé à une élévation faible et transitoire de l'ADN viral, associant cette observation à la mort des hépatocytes infectés.

#### Conclusion

Le BPV induit une réponse immunitaire. Trois observations apportent des éléments indirects du rôle du BPV sur la mort des hépatocytes infectés. 1. La présence de cellules immunitaires adaptatives activées dans tous les groupes avant l'élévation des ALT. 2. L'augmentation simultanée de protéines spécifiques des hépatocytes, de l'apoptose et des ALT. 3. Une



## Communications Affichées AFEF 2024

élévation transitoire simultanée de l'ADN viral et des ALT plus fréquente chez les répondeurs.

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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

*Références*

Abstract développé avec le support éditorial de Avalere. Cet abstract a été présenté à l'EASL 2024 à Milan.



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_37

#### L'élasticité hépatique ne prédit pas la réponse virologique aux nouveaux traitements de l'hépatite chronique D

C. Stern\* <sup>1</sup>; A. Ngo <sup>2</sup>; C. De Freitas <sup>3</sup>; A. Vaillant <sup>4</sup>; P. Lebray <sup>2</sup>; D. Thabut <sup>2</sup>; V. Ratziu <sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Le Chesnay-Rocquencourt; <sup>2</sup> Paris; <sup>3</sup> Clichy; <sup>4</sup> .

#### Introduction

Les tests non invasifs sont largement utilisés chez les patients atteints de maladies hépatiques chroniques pour l'évaluation de la fibrose hépatique et le suivi pendant le traitement antiviral. Néanmoins, l'impact des nouveaux traitements du VHD, tels que le bulévirtide, sur les mesures d'élasticité hépatique n'a pas été bien décrit. Le but de cette étude est d'évaluer le suivi par élastographie hépatique chez les patients atteints d'hépatite chronique D (HCD) sous traitement par bulévirtide ou REP 2139-Mg.

#### Matériel et Méthodes

Parmi 24 patients atteints d'HCD traités entre novembre 2019 et février 2023, 18 patients présentaient des mesures d'élasticité hépatique au départ (J0) et pendant le suivi du traitement antiviral. Des données cliniques, biologiques, histologiques et élastographiques utilisant FibroScan (FS) et Aixplorer (SWE) ont été collectées. Les modifications du FS et du SWE entre le J0 du traitement et la dernière visite de suivi ont été analysées, ainsi que les variables impactant les résultats du FS et du SWE.

#### Résultats

Les caractéristiques basales étaient : âge moyen  $42 \pm 10$  ans ; hommes 50 % ; cirrhose clinique ou histologique 56 %. A J0, les médianes du FS et du SWE étaient de 9,3 kPa (6,9 à 16,3) et de 9,3 kPa (6,6 à 16,1), respectivement. Les schémas thérapeutiques du VHD étaient le bulévirtide chez 15 patients et le REP2139-Mg chez 3 patients. Avec un suivi médian de 27 mois entre FS, la variation moyenne de FS était de 0,47 kPa (-1,8 – 3,6). Six patients ont eu une réponse virologique. Huit patients (dont 4 cirrhotiques) ont présenté une augmentation du FS malgré le traitement du VHD. La variation moyenne du FS n'était pas statistiquement différente entre les patients non-répondeurs et les patients répondeurs au traitement du VHD [ $0,73 \pm 0,9$  kPa vs  $-0,18 \pm 1,9$  kPa, respectivement ( $p = 0,32$ )]. Chez les cirrhotiques, la variation du FS était de  $0,50 \pm 1,2$  kPa (vs  $0,43 \pm 1,2$  kPa chez les non cirrhotiques,  $p = 0,49$ ). De plus, l'âge et le sexe n'étaient pas corrélés aux variations du FS. Des résultats similaires ont été observés pour le SWE où la variation moyenne était de 0,27 kPa (-1,2 – 3,5), sans corrélation entre les variations du SWE et le stade de fibrose (cirrhose  $0,78 \pm 0,9$  kPa vs non-cirrhose  $-0,50 \pm 2,2$  kPa,  $p = 0,28$ ) ou le type de réponse au traitement antiviral (non-répondeurs  $0,43 \pm 1,5$  kPa vs répondeurs  $0,03 \pm 1,2$  kPa,  $p = 0,42$ ).

#### Conclusion

Dans cette population de patients VHD atteints de maladie hépatique avancée, les nouveaux traitements antiviraux n'ont pas induit une réduction significative de l'élasticité hépatique et n'ont pas été associés à la réponse antivirale. Un traitement plus long peut être nécessaire pour induire une amélioration de la fibrose hépatique. Des nouveaux outils devraient être développés pour prédire la réponse au traitement du VHD.



## Communications Affichées AFEF 2024

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_38

#### L'apport de fibroscan® vs PBH chez le porteur inactif de VHB

C. Sallima\* <sup>1</sup>; Y. Chikhi <sup>1</sup>; F. Lounes <sup>2</sup>; R. Ouldgougam <sup>1</sup>; I. Chorfi <sup>1</sup>; G. Nawel ; S. Ait Younes ; S. Berkane <sup>1</sup>; D. Nabil <sup>1</sup>; M.E.A. Boudjella <sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Alger; <sup>2</sup> El Hammamet

#### Introduction

Le diagnostic de porteur inactif est parfois difficile ; une détermination trimestrielle des transaminases et de l'ADN-VHB pendant une année est requise pour son identification. Afin de bien classer ces patients, l'EASL recommande de faire une évaluation de la fibrose hépatique(FH) en plus de la mesure de l'ADN du VHB et des ALAT. Le but de notre travail est d'évaluer l'apport de fibroscan® chez le porteur inactif de VHB

#### Matériel et Méthodes

Etude prospective, monocentrique, de Janvier 2015-Mars 2020, ayant inclus 134 Patients AgHbs >6mois, AgHbe négatif, DNA-HVB < 20000 UI/mL. Le Fibroscan® et PBH ont été pratiqués à l'inclusion. Durant le suivi le fibroscan a été pratiqué à un an. Les patients ont été classés à une année, selon les recommandations de l'EASL 2012. en porteurs inactifs (Inactive Carrier(IC)= DNA VHB < 2000), porteurs actifs (Active Carrier(AC) = 2000 ≤ DNA VHB < 20000) et patients réactifs (Reactive Patient(RP)= DNA VHB > 20000, ALAT > LSN). Les deux groupes (IC et AC) ont été suivis pendant deux années supplémentaires par ALAT, DNA VHB / 6mois et fibroscan une fois par an. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS V21 et Python library.

#### Résultats

La mesure d'élasticité hépatique(EH) était possible chez 127 des 134 patients inclus et chez 116 des patients biopsiés. La médiane du ratio l'IQR/EM est de 13%. L'élasticité moyenne(EM) à l'inclusion était de 5.19 +/- 1.92 Kpa avec une médiane de 4,80Kpa. Au cours de suivi au long terme (12,24 et 36 mois), EM était stable (5.07 +/- 1.53, ; 4.96 +/- 1.37 et 5.54 +/- 1.65 respectivement : p = 0,123). Les médianes de l'EH des groupes IC, AC et RP sont de 4,9, 5,1 et 5,9 respectivement. Pas de différence significative entre le groupe IC et AC (4,9 vs 5,1 : P=0,636). L'analyse histologique des biopsies a montré que la fibrose, selon le score de Metavir, était F0-F1 chez 119 patients soit 96.74% des patients, avec prédominance de F0(74%) et elle était significative dans seulement quatre cas soit (3,24%) dont deux sévères 1,62% (F3) aucun cas (0%) de cirrhose (F4). Trois cas soit 7,3% de fibrose significative appartenaient au groupe AC. La corrélation de l'EH à la fibrose hépatique chez 116 patients de notre série a montré que 82/116, environ 71% des patients, étaient F0-1 (fibrose absente à minime) avaient une élasticité < 6Kpa au fibroscan et parmi les quatre malades 4/116 (3%) qui étaient F2 (2 malades), F3 (2 malades) 3 avaient une élasticité hépatique > 6Kpa ceci correspond à une sensibilité de 75% avec VPN de 99% et spécificité de 73%, avec IC de 95%. Le taux de discordances était de 5%. En analyse univariée, les facteurs prédictifs de l'EH sont la fibrose, l'âge et la stéatose.



## Communications Affichées AFEF 2024

### Conclusion

Le Fibroscan® est un outil fiable pour le suivi des porteurs inactifs du VHB et permet une meilleure sélection des patients nécessitant une biopsie du foie.

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_39

#### Incidence et pronostic des patients transplantés hépatiques hyperimmunisés recevant un traitement d'induction

E.D. Nada <sup>1,2</sup>; A. Coilly <sup>1</sup>; E. De Martin <sup>1</sup>; S.C. Sacleux <sup>1</sup>; P. Ichai <sup>1</sup>; I. Wafaa <sup>2</sup>; L. Duhaut <sup>1</sup>; I. Kounis <sup>1</sup>; R. Sobesky <sup>1</sup>; E. Vibert <sup>1</sup>; J.L. Taupin <sup>3</sup>; M. Sebagh <sup>1</sup>; D. Cherqui <sup>1</sup>; D. Samuel <sup>1</sup>; F. Saliba\* <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Villejuif; <sup>2</sup> Le Caire; <sup>3</sup> Paris

#### Introduction

La transplantation hépatique (TH) des patients hyperimmunisés ayant un crossmatch entre le donneur et le receveur positif (CM+) ou des anticorps spécifiques du donneur préformés (pDSA) présente un défi unique en raison du risque accru de rejet médié par les anticorps (ABMR) et de perte du greffon. Le traitement d'induction visait à réduire l'incidence du rejet aigu des cellules T (ATCR) et de l'ABMR.

#### Matériel et Méthodes

Le but est d'analyser l'incidence et le pronostic des patients hyperimmunisés à haut risque (CM+) ou titres MFI élevés de pDSA au moment de la greffe. 92 receveurs de TH entre 2016 et 2022 ont été examinés rétrospectivement : 46 receveurs hyper-immunisés consécutifs (groupe à haut risque) ont été appariés à 46 receveurs de TH non immunisés (CM négatif et pas de pDSA, groupe à faible risque). La survie des patients et du greffon a été comparée à l'aide de l'analyse de survie de Kaplan-Meier et du test du log-rank. Le groupe à haut risque a reçu un traitement d'induction avec rATG (ATG-Neovii®) associé à des doses élevées d'immunoglobulines IVIG.

#### Résultats

Dans le groupe à risque élevé, 13 patients (28,2 %) ont développé un rejet aigu cellulaire prouvé par biopsie (ATCR, léger (n = 7) et modéré (n = 4) de Banff ; 8/46 (17,4 %) ont été traités et résolus après 1 bolus de stéroïdes. Quatre patients (8,7 %) ont développé une biopsie prouvée (ABMR) associée à du ATCR Banff 3 à 5 chez 2 patients, tous traités. Dans le groupe à faible risque, 12 patients ont développé un ATCR (26,1 %), léger (n = 10) et modéré (n = 2) de Banff, tous traités. Les survies globales à 1 et 2 ans pour les groupes à risque élevé et faible étaient respectivement de (83,6 %, 95,6 % et 78,0 %, 91,2 %, p = 0,051). Les receveurs du groupe à haut risque étaient plus susceptibles de développer des infections bactériennes. Aucun événement indésirable grave n'a été lié à l'induction. Le séjour moyen en unité de soins intensifs était significativement élevé dans le groupe à haut risque par rapport au groupe à faible risque (10,85 ± 9,92 contre 7,22 ± 5,77 jours, respectivement, p = 0,035).

#### Conclusion

Le traitement d'induction utilisant du rATG et des IVIG à court terme chez les receveurs de TH hyperimmunisés à haut risque avec un crossmatch positif ou des titres MFI élevés de pDSA a minimisé l'incidence et l'impact du rejet aigu cellulaire et humoral sur la survie du patient et du greffon. Aucun ATCR sévère et très peu d'ABMR sans impact à long terme ont été observés dans la population à haut risque.



## Communications Affichées AFEF 2024

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_40

#### Analyse de sécurité par périodes de traitement de l'étude EMERALD-1 : étude de phase 3, randomisée, contrôlée par placebo de la CEL avec durvalumab +/- bévacizumab chez des patients atteints d'un CHC non résécables (uCHC) éligible à l'embolisation

M. Bouattour\* <sup>1</sup>; S.L. Chan <sup>2</sup>; B. Sangro <sup>3</sup>; M. Kudo <sup>4</sup>; J.P. Erinjeri <sup>5</sup>; S. Qin <sup>6</sup>; Z. Ren <sup>7</sup>; Y. Arai <sup>8</sup>; V.V. Breder <sup>9</sup>; S.M. Lin <sup>10</sup>; J.M. Peron <sup>11</sup>; Q.T. Nguyen <sup>12</sup>; L. Yan <sup>13</sup>; C.F. Chiu, <sup>14</sup>; F.A. Santos <sup>15</sup>; A. Veluvolu <sup>16</sup>; C.T. Satheesh <sup>17</sup>; C. Morgan <sup>18</sup>; K. Parsons <sup>18</sup>; I. Xynos <sup>19</sup>; R. Lencioni <sup>20</sup>

<sup>1</sup> Clichy; <sup>2</sup> Hong kong; <sup>3</sup> Pamp; <sup>4</sup> Osaka; <sup>5</sup> New York; <sup>6</sup> Nanjing; <sup>7</sup> Shanghai; <sup>8</sup> Tokyo; <sup>9</sup> Moscow; <sup>10</sup> Taoyuan; <sup>11</sup> Toulouse; <sup>12</sup> Hanoi; <sup>13</sup> Sichuan; <sup>14</sup> Taichung; <sup>15</sup> Barretos; <sup>16</sup> Shreveport; <sup>17</sup> Bangalore; <sup>18</sup> Gaithersburg; <sup>19</sup> Cambridge; <sup>20</sup> Pise

#### Introduction

EMERALD-1 (NCT03778957) a atteint son critère d'évaluation principal: amélioration significative de la SSP dans le bras durvalumab (D)+ bévacizumab (B) + TACE comparé au bras placebos (pbo) + TACE (médiane: 15,0 vs 8,2 mois ; HR 0,77 ; IC à 95 % 0,61-0,98 ; p=0,032 [seuil de 0,0435]) dans le uCHC, avec un profil de sécurité gérable. Cette analyse exploratoire post-hoc a évalué la sécurité dans les deux périodes de traitement de l'étude : D-TACE (D-T) et D-B.

#### Matériel et Méthodes

Les participants ont été randomisés selon un ratio de 1:1:1 pour recevoir D+TACE, D+B+TACE ou pbo+TACE. Dans la période de traitement D-T, les pts ont reçu de 1 à 4 TACE (cTACE ou DEB-TACE [choix de l'investigateur]) plus D (1500 mg toutes les 4 semaines) ou un placebo pour D. Dans la période D-B, après la dernière TACE, les pts ont reçu D (1120 mg toutes les 3 semaines) plus un placebo pour B, D (1120 mg toutes les 3 semaines) plus B (15 mg/kg toutes les 3 semaines), ou placebo pour D et B. Les événements indésirables, les dates de début/fin, le grade maximum/changement selon le CTCAE, et la causalité ont été évalués dans les pds D-T et D-B chez les pts ayant reçu un quelconque traitement de l'étude dans le bras auquel ils ont été randomisés, jusqu'à la fin du suivi.

#### Résultats

La durée médiane d'exposition au durvalumab était de 2.76 mois pendant la période Durvalumab/Pbo + TACE. Elle était de 6.9, 10.51 et 8.31 Dans les bras D+TACE, D+B+TACE et pbo+TACE respectivement. Des événements indésirables ont été rapportés dans les bras D+TACE, D+B+TACE et pbo+TACE, chez 144 (74,6 %), 139 (72,0 %) et 148 (74,0 %) patients dans la période D-T et 133 (68,9 %), 147 (76,2 %) et 132 (66,0 %) patients dans la période D-B ; et étaient possiblement liés au traitement de l'étude chez 59 (30,6 %), 56 (29,0 %) et 41 (20,5 %) patients dans la période D-T et 76 (39,4 %), 114 (59,1 %) et 69 (34,5 %) patients dans la période D-B ; et étaient provoqués par la TACE chez 72 (37,3 %), 90 (46,6 %) et 85 (42,5 %) patients dans la période D-T et 16 (8,3 %), 18 (9,3 %) et 21 (10,5 %) patients dans la période D-B, respectivement.



## Communications Affichées AFEF 2024

### Conclusion

Le traitement par D+B+TACE présentait un profil de sécurité gérable dans les périodes D-T et D-B, en accord avec les agents individuels et la maladie sous-jacente. Ces données confirment davantage que le traitement par D+B+TACE pourrait devenir une nouvelle norme de soins potentielle pour les patients atteints de uHCC éligibles à l'embolisation

### *Déclaration de conflit d'intérêt :*

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

### *Références*

© 2024 American Society of Clinical Oncology, Inc. Réutilisé avec permission. Cet abstract a été accepté et précédemment présenté lors de la Réunion Annuelle de l'ASCO 2024. Tous droits réservés

L'étude a été financée par AstraZeneca. Un soutien à la rédaction médicale, sous la direction des auteurs, a été fourni par Elaine Groat, PhD, de CMC Connect, une division d'IPG Health Medical Communications, financée par AstraZeneca, conformément aux directives de Bonnes Pratiques de Publication (GPP 2022).



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_41

#### Biopsie virtuelle du foie par IRM sensibilisée au déplacement chimique chez les patients atteints d'une maladie hépatique chronique : étude comparative avec l'élastographie et les biomarqueurs sanguins

J. Foucher<sup>1</sup>; P. Papadopoulos<sup>1</sup>; P. Hermabessiere<sup>1</sup>; A. Delamarre<sup>1</sup>; B. chardonnet\*<sup>2</sup>; S. Lambert<sup>2</sup>; R. Winzenrieth<sup>2</sup>; B. Leporq<sup>3</sup>; N. Frulio<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pessac; <sup>2</sup> Bordeaux; <sup>3</sup> Villeurbanne

#### Introduction

L'IRM avec séquence encodée en déplacement chimique (CSE-MRI) est utilisée pour l'estimation simultanée de la teneur en graisse et en fer du foie. Cependant, le suivi des maladies chroniques du foie (CLD) nécessite également une évaluation de la sévérité de la fibrose. L'utilisation des images de phase extraite permet d'estimer la susceptibilité magnétique, un marqueur du contenu en macromolécules du foie. L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité de la CSE-MRI pour l'évaluation de la fibrose.

#### Matériel et Méthodes

Entre février et avril 2024, 16 patients ayant eu une IRM (CSE-MRI), des tests sanguins, une mesure de la rigidité du foie (FibroScan) et une élastographie par ondes de cisaillement (SWE) ont été enrôlés. Les cartographies de PDFF, R2\* et de susceptibilité magnétique ont été calculées à l'aide d'une méthode brevetée et développée par Soqut-Imaging et initialement décrite dans (1). À partir de chaque cartographie, le foie entier a été segmenté pour extraire la moyenne et l'écart-type de chaque mesure IRM. Les corrélations avec les analyses sanguines, les mesures FibroScan LSM et SWE ont été évaluées en calculant le coefficient de Spearman. Sur la base d'un seuil de 8,0 KPa sur le LSM, nous avons étudié la capacité de la susceptibilité magnétique à classer les patients présentant une fibrose non significative et significative.

#### Résultats

La susceptibilité magnétique s'est avérée fortement corrélée au LSM ( $\rho=-0,70$ ,  $p<0,01$ ), à la rigidité du SWE ( $\rho=-0,91$ ,  $p<0,001$ ) et à la viscosité ( $\rho=-0,96$ ,  $p<0,001$ ). Des corrélations significatives ont également été trouvées avec les tests sanguins : Fibrotest ( $\rho=-0,57$ ,  $p<0,05$ ), Hepascore ( $\rho=-0,77$ ,  $p<0,001$ ), Agile 3+ ( $\rho=-0,79$ ,  $p<0,001$ ), Agile 4 ( $\rho=-0,78$ ,  $p<0,001$ ) et Forns ( $\rho=-0,62$ ,  $p<0,01$ ). La PDFF était corrélée avec les paramètres d'atténuation contrôlée (CAP) ( $\rho=-0,51$ ,  $p<0,05$ ). La susceptibilité magnétique était significativement diminuée dans le groupe des patients au-dessus du seuil de 8KPa ( $-0,03 \pm 0,017$  ppm,  $n=9$ ) versus les patients en dessous ( $0,001 \pm 0,019$  ppm,  $n=7$ ,  $p<0,01$ ).

#### Conclusion

En raison de sa sensibilité aux macromolécules, la susceptibilité magnétique a un potentiel dans l'évaluation de la fibrose. L'IRM sensibilisée au déplacement chimique pourrait être une alternative pertinente pour fournir une analyse complète du foie, y compris la quantification de la teneur en graisse et en fer, mais aussi l'évaluation de la fibrose, en une seule apnée de 20 secondes. Ces résultats préliminaires doivent être confirmés sur une plus grande cohorte.



## Communications Affichées AFEF 2024

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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



## Communications Affichées AFEF 2024

### Résumé n° EP\_42

#### Propranolol vs Carvédilol dans la prévention primaire de la rupture des varices œsophagiennes

A. Rehamnia\* <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Constantine

##### Introduction

Le propranolol est couramment utilisé chez nous dans la prévention primaire et secondaire de la rupture des varices œsophagiennes ; Mais le carvedilol par son effet supplémentaire alpha bloquant est jugé plus efficace sur la réduction de l'hypertension portale, la prévention de la décompensation et la récurrence hémorragique ; nous avons mené une étude pour comparer l'efficacité des deux molécules dans la prévention primaire de rupture de varices œsophagiennes.

##### Matériel et Méthodes

une étude prospective entre janvier 2023 jusqu'à mai 2024 incluant 34 patients présentant un Sd d'HTP cliniquement significatif sur une hépatopathie chronique, jamais décompensé sur le mode hémorragique ; tous les patients ont bénéficié d'un bilan biologique complet pour classer la cirrhose avec un bilan étiologique exhaustif, d'une endoscopie œsogastroduodénale avec fibroscan avant de commencer le traitement b-bloquant, groupe 1 de 20 patients traités par propranolol et groupe 2 de 14 patients traités par Carvédilol, tous les patients ont été suivi régulièrement pendant 12 mois, avec un bilan biologique chaque trois mois et un fibroscan de contrôle à une année.

##### Résultats

l'origine virale de l'hépatopathie chronique est la plus fréquente concerne 40% du G1 vs 50% du G2, la NASH est la deuxième cause 30% chez G1 et 21% chez G2, l'ascite est le mode révélateur chez 85% du G1 vs 78.5% du G2, 80% du G1 avait un score CHILD inférieur à B8 vs 71% du G2, la FOGD avait objectivée la présence des varices œsophagiennes sans signes rouges chez 90% du G1 vs 78.5%, du G2, 75% du G1 avait une élasticité hépatique supérieure à 20KPa vs 71% du G2, la carvedilol était bien toléré chez tous les patients du G2 avec une dose efficace de 6.25mg/j chez 78.5%, deux patients du G1 n'ont pas toléré le propranolol (bradycardie), la dose efficace de propranolol était 80 mg/j chez 75%, pendant un suivi de 12 mois, 4 patients du G1 ont présenté une décompensation hémorragique par RVO contre un seul du G2 (20% vs 7%) ; par contre nous n'avons pas noté une diminution significative de l'élasticité hépatique dans les deux groupes.

##### Conclusion

l'étude PREDESCI montre que le carvedilol diminue considérablement le risque de décompensation de la cirrhose principalement et réduit le risque de développer une ascite ce qui permet une amélioration de la qualité de vie et de la survie chez le cirrhotique, le propranolol reste efficace dans le cadre de la prévention primaire de la rupture des varices œsophagiennes, un suivi jusqu'à 24 mois est prévu chez nos patients.



## Communications Affichées AFEF 2024

*Déclaration de conflit d'intérêt :*

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