

97^e JOURNÉES SCIENTIFIQUES DE L'AFEF

26^e JOURNÉE DE FORMATION MÉDICALE
CONTINUE EN HÉPATOLOGIE



Alcool

Hépatites virales

Cholangite sclérosante
primitive

Médicaments

Diabète



Hépatites auto-immunes

Dyslipidémie

Surcharge pondérale

Cholangite biliaire
primitive

DU 24 AU 26 SEPTEMBRE 2025

PARIS

BEFFROI DE MONTRouGE

Communications Affichées



Communications Affichées AFEF 2025

Mercredi 24 Septembre 13:55 – 14:25

Posters Primés Commentés

13:55

PP_01

Association de la perte de l'antigène de surface de l'hépatite B avec les résultats cliniques chez les patients atteints d'une infection chronique par le virus de l'hépatite B : une étude de cohorte rétrospective aux États-Unis

F. Zoulim* ¹; M. Drysdale ²; R. Chang ³; R. Song ³; S. Wang ³; T. Man ⁴; A. Coutinho ⁵; M.S. Duh ³; D. Theodore ⁶

¹ Lyon; ² Londres; ³ Boston; ⁴ Los Angeles; ⁵ Collegeville; ⁶ Durham

14:01

PP_02

Etude Heraclior - Survie des patients atteints d'un carcinome hépatocellulaire traités par Atezolizumab et bevacizumab en France entre 2020 et 2023 : analyse des informations du système national de données de santé

P. Nahon* ¹; J.F. Blanc ²; M. Dhaoui ³; D. Stamenic ³; J.P. Bronowicki ⁴

¹ Paris; ² Bordeaux; ³ Boulogne-Billancourt; ⁴ Vandoeuvre-lès-nancy

14:07

PP_03

Résultats de l'étude prospective CHIEF après 42 mois de suivi de l'association Atezolizumab–Bevacizumab dans le CHC avancé

M. Allaire* ¹; E.M. Thiam ²; J. Edeline ³; P. Merle ⁴; J.F. Blanc ⁵; G. Amaddeo ⁶; T. Uguen ³; T. Decaens ⁷; N. Ganne-Carrié ⁸; C. Silvain ⁹; M. Bouattour ¹⁰; G. Riachi ¹¹; S. Cattani ¹²; X. Adhoute ¹³; M. Debette-Gratien ¹⁴; R. Anty ¹⁵; J.M. Peron ¹⁶; O. Frédéric ¹⁷; A. Baron ¹⁸; A. Pascale ¹⁹; G.P. Pageaux ²⁰; S. Manfredi ²¹; J.B. Noursbaum ²²; M. Lequoy ²³; A. Jaillais ²⁴; I. Ollivier-Hourmand ¹; M. Gelu-Simeon ²⁵; J.P. Bronowicki ²⁶; A. Heurgue-Berlot ²⁷; C. Costentin ²⁸; A. Koudjou-Sonegueng ²; G. Ducournau ²; O. Ganry ²; N.K. Eric ²

¹ , Caen; ² Amiens; ³ Rennes; ⁴ Lyon; ⁵ Bordeaux; ⁶ Créteil; ⁷ Grenoble; ⁸ Bobigny; ⁹ Poitiers; ¹⁰ Clichy; ¹¹ Rouen; ¹² Lille; ¹³ Marseille; ¹⁴ Limoges; ¹⁵ Nice; ¹⁶ TOULOUSE CEDEX 9; ¹⁷ Angers; ¹⁸ Corbeil-Essonnes; ¹⁹ Villejuif; ²⁰ Montpellier; ²¹ Dijon; ²² Brest; ²³ Paris; ²⁴ Chambray-lès-Tours; ²⁵ Pointe-à-Pitre; ²⁶ Vandoeuvre-lès-nancy; ²⁷ Reims; ²⁸ La Tronche



Communications Affichées AFEF 2025

14:13

PP_04

Imagerie spatiale par immunofluorescence multiplex de l'infiltration immunitaire de carcinomes hépatocellulaires dans un contexte de stéatose hépatique métabolique selon la consommation d'alcool

M. Delaporte* ¹; J. Boursier ²; M. Guillout ¹; B. Turlin ¹; T. Pécot ¹; A. Sébillot ¹; M. Samson ¹; C. Raguénès-Nicol ¹

¹ Rennes; ² Angers

14:19

PP_05

Résultats à long terme et facteurs de risque de la neuropathie amyloïde de novo après transplantation hépatique en domino

I. Kounis* ¹; C. Labeyrie ²; B. Roche ¹; R. Sobesky ¹; C. Cauquil ²; V. Algalarrondo ³; D. Samuel ¹; D. Adams ²; C. Feray ¹; A. Coilly ¹

¹ Villejuif; ² Le Kremlin-Bicêtre; ³ paris



Communications Affichées AFEF 2025

Vendredi 26 Septembre 13:30 – 14:00

Posters Primés Commentés

13:30
PP_06

Identification de marqueurs diagnostiques à partir des empreintes spectrales infrarouges d'échantillons de bile chez des patients présentant une sténose biliaire due à un cholangiocarcinome extra-hépatique ou à un adénocarcinome pancréatique

S. Adam ¹; V. Untereiner ¹; R. Garnotel ¹; G. Thiéfin ¹; G.D. Sockalingum ¹; E. Gigante* ¹

¹ Reims

13:36
PP_07

Pathologie numérique: apport pour le diagnostic et le pronostic de l'hépatite alcoolique sévère

M. Rudler* ¹; A. Lightstone ²; C. Li ²; L. Kara ¹; D. Thabut ¹; F. Charlotte ¹; V. Ratzu ¹; M. Petitjean ²

¹ Paris; ² Princeton

13:42
PP_08

Efficacité et tolérance du Séladelpar chez les patients atteints de cholangite biliaire primitive précédemment traités par des fibrates ou de l'acide obéticholique

A. M. Villamil ¹; D. Pratt ²; A. E. Kremer ³; V. Calvaruso ⁴; E. Gómez Dominguez ⁵; L. Meunier* ⁶; Q. Xin ⁷; S. Proehl ⁷; W. T. Barchuk ⁷; T. R. Watkins ⁷; S. C. Gordon ^{8,9}

¹ Buenos Aires; ² Boston; ³ Zurich; ⁴ Palermo; ⁵ Madrid; ⁶ Montpellier; ⁷ Foster City; ⁸ Detroit; ⁹ East Lansing

13:48
PP_09

Épidémiologie de l'hépatite auto-immune en France : résultats d'une étude nationale basée sur le SNDS

O. Miron De L'espina ¹; S. Pierre-Antoine ¹; D. Wendum ¹; O. Chazouillères ¹; C. Corpechot ¹; S. Lemoine* ¹

¹ Paris



Communications Affichées AFEF 2025

13:54

PP_10

Efficacité et tolérance de l'odévixibat chez les patients adultes atteints de cholestase intrahépatique progressive familiale : résultats de l'étude de phase III PEDFIC2 en ouvert sur 72 semaines

S. Sissaoui* ¹; H.J. Verkade ²; J.M. Stoll ³; F. Lacaille ¹; E. Shteyer ⁴; Q. Ni ⁵; P. Nagraj ⁵; A. Ramirez Santiago ⁵; F. Elaraki ⁶; B. Roquelaure ⁷

¹ Paris; ² Groningen; ³ St. Louis; ⁴ Jérusalem; ⁵ Cambridge; ⁶ Boulogne-Billancourt;

⁷ Marseille



Communications Affichées AFEF 2025

Posters Juniors

PJ_01

Impact des complications cliniques liées au foie lors de la première hospitalisation sur le devenir des patients atteints de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire : une étude nationale française sur 13 ans

C. Delacôte* 1; X. Lenne 1; A. Louvet 1; L.C. Ntandja Wandji 1; A. Bruandet 1; S. Deuffic-Burban 2; P. Mathurin 1

1 Lille; 2 Paris

PJ_02

L'Echo endoscope : un outil indispensable dans la prise en charge des tumeurs primitives du foie ? Applications diagnostiques et thérapeutiques pratiques. Analyse rétrospective sur un an d'activité d'endo hépatologie. Etude monocentrique

A. Gonzalez* 1; F. Sellier 1; O. Pietri 1; M. Caviezel 1; M. Bourlière 1; X. Adhoute 1; P. Castellani 1

1 Marseille

PJ_03

Concordance entre les recommandations Baveno VII et la pratique clinique dans la prise en charge de l'hypertension portale des patients cirrhotiques : résultats d'une enquête nationale

M. Delhomme* 1; C. Bureau 2; G.P. Pageaux 1; D. Thabut 3; L. Meunier 1

1 Montpellier; 2 Toulouse; 3 Paris

PJ_04

CD44 et cellules stellaires hépatiques : un nouveau duo impliqué dans la fibrose hépatique

A. Strazzulla* 1; D. Rousseau 1; S. Bonnafous 1; M. Fajolles 1; A. Jacquel 1; F. Soysouvanh 1; S. Patouraux 1; A. Tran 1; R. Anty 1; C. Luci 1; P. Gual 1

1 Nice



Communications Affichées AFEF 2025

PJ_05

Sténoses biliaires bénignes opérées mimant un cholangiocarcinome péri-hilaire – Résultats de l'étude multicentrique Mimicck du groupe recherche ACHBPT

M. Alaux* 1; A. Marichez 2; S. Tzedakis 3; R. Brustia 4; D. Sommacale 4; R. Rhaïem 5; P. Zimmermann 5; P. Addeo 6; C. Dananai 7; S. Chopinet 8; H. Jeddou 9; B. Le Floch 9; C. Maulat 10; F. Borie 11; P. Peyrafort 12; L. Chiche 2; A. Herrero 1

1 Montpellier; 2 Bordeaux; 3 Paris; 4 Créteil; 5 Reims; 6 Strasbourg; 7 Lille; 8 Marseille; 9 Rennes; 10 Toulouse; 11 Nîmes; 12 Tours

PJ_06

Transplantation hépatique pour VHB en France : étude de la prophylaxie antivirale sur 1083 patients

I. Bienvenue* 1; O. Roux 2; A. Coilly 3; A. Abergel 4; T.M. Antonini 1; T. Artzner 5; F. Chermak 6; F. Conti 7; S. Dharancy 8; C. Duvoux 9; L. Elkrief 10; M.A. Farrugia 11; C. Francoz 2; B. Giguët 12; J. Hardwigsen 13; P. Houssel Debry 12; M.N. Hilleret 14; N. Kamar 15; M. Latournerie 16; M. Meszaros 17; S. Radenne 1; B. Roche 3; E. Salame 10; D. Weil Verhoeven 18; D. Samuel 3; F. Zoulim 1; J. Dumortier 1; F. Villeret 1

1 Lyon; 2 Clichy; 3 Villejuif; 4 Clermont-Ferrand; 5 Strasbourg; 6 Pessac; 7 Paris; 8 Lille; 9 Créteil; 10 Tours; 11 Nice; 12 Rennes; 13 Marseille; 14 Grenoble; 15 Toulouse; 16 Dijon; 17 Montpellier; 18 Besançon

PJ_07

Thrombose étendue de la veine porte chez les patients cirrhotiques transplantés hépatiques : résultats d'une étude rétrospective multicentrique nationale

R. Barusseau* 1; B. Giguët 2; Y. Chouik 3; F. Ilias 4; M. Magdalena 5; S. Dharancy 6; F. Conti 7; H. Larrue 8; M.N. Hilleret 9; C. Besch 10; T. Artzner 11; D. Weil Verhoeven 12; C. Bureau 8; F. Durand 13; G.P. Pageaux 5; A. Coilly 4; J. Dumortier 3; P. Houssel Debry 2; B. Guiu 5; P. Bucur 14; V. Rolle 1; C. Silvain 1; L. Elkrief 15

1 Poitiers; 2 Rennes; 3 Lyon; 4 Villejuif; 5 Montpellier; 6 Lille; 7 Paris; 8 Toulouse; 9 Grenoble; 10 Strasbourg Cédex 2; 11 Strasb; 12 Besançon; 13 Clichy; 14 Chambray-lès-tours; 15 Tours



Communications Affichées AFEF 2025

PJ_08

Évolution de l'étiologie, de la présentation, de la prise en charge et du pronostic du carcinome hépatocellulaire (CHC) au sein d'un centre tertiaire

L. Carmarans* 1; A. Gonzalez 1; F. Sellier 1; O. Pietri 1; P. Castellani 1; M. CAVIEZEL 1; V. Oules 1; M. Bourlière 1; X. Adhoute 1

1 Marseille

PJ_09

Radiothérapie Interne Sélective Combinée à l'Immunothérapie (RIS-ICI) dans le carcinome hépatocellulaire (CHC) localement avancé : une série pilote occidentale

A. Vlasceanu* 1; C. Hobeika 1; C. Hollande 2; M. Dioguardi Bugio 1; V. Leclerc 1; S. Dokmak 2; J. Gregory 1; N. Beghdadi 1; A. Cubisino 1; A. Beaufrère 1; V. PARADIS 1; F. Durand 1; R. Lebtahi 1; V. Vilgrain 1; M. Ronot 1; M. Lesurtel 1; Y. Ben Merabet 1; M. Bouattour 1

1 Clichy; 2 paris

PJ_10

Étude d'association basée sur le séquençage de l'exome du locus SERPINA1 avec approche de type « Reverse Phenotyping » : identification de nouveaux variants à effet dominant associés aux marqueurs biologiques hépatiques

M. Silva Rodriguez 1; M. Mulot 1; C. Chéry 1; M. Bensenane-Oussalah 1; R.M. Guéant-Rodriguez 1; R. Jaussaud 1; A. Cobat 2; F. Feillet 1; F. Namour 1; J.L. Guéant 1; J.P. Bronowicki 3; A. OUSSALAH* 1

1 Vandœuvre-lès-Nancy; 2 Paris; 3 Vandoeuvre-lès-nancy



Communications Affichées AFEF 2025

e-Posters

EP_01

Prévalence de la fibrose hépatique avancée et individualisation des facteurs de risque associés par analyse bayésienne chez les patients atteints de MASLD dans trois réseaux de santé cardio-métaboliques

M. DOFFOEL* 1; F. Chaffraix 1; A. Chahard 1; D. Gras 1; O. Bonomi 2; C. Bildstein 3; S. Tripon 1; M. Royant 1; N. Meyer

1 Strasbourg; 2 Obernai; 3 Colmar

EP_02

La diffusion du rendu systématique des résultats du FIB-4 par les laboratoires d'analyses médicales a-t-elle un impact sur la prescription du FIB-4 par le médecin généraliste ?

M. DOFFOEL* 1; F. Chaffraix 1; L. Barrand 1; C. Bronner 2; M. Royant 1; S. Ludwig 1; R. Akrimi-Moliere 1; A. Saviano 1; L. Pain 3

1 Strasbourg; 2 stra; 3 Nancy

EP_03

La PCR rapide sur site permet un diagnostic virologique chez presque tous les usagers de drogues suivis dans 3 CAARUD CSAPA mais son incidence annuelle ne diminue pas au cours des 3 dernières années dans ces établissements

D. Ouzan* 1; E. Le Tallec 2; B. Blasi 3; N. Camerlo 3; T. Namouni 3; J. Dupuis 2; M. Le Brun 2; S. Chevaliez 4

1 , Saint-Laurent-du-Var; 2 Marseille; 3 Nice; 4 Créteil

EP_04

ARN0 - Expérience de ReLink VHC nationale dans le monde libéral

D.J. Ouizeman* 1; P. Halfon 2; Y. Ehrhard 3; D. Ouizeman 4; P. Dufour 5; B. Hanslik 3

1 Nice; 2 Marseille; 3 Montpellier; 4 Haïfa; 5 Lyon



Communications Affichées AFEF 2025

EP_05

Caractérisation de la relation entre la perte d'AgHBs et l'élévation d'ALT pendant le traitement par bepirovirsén chez les patients atteints d'hépatite B chronique

S. Metivier* 1; L.M. Shen 2; R. Elston 3; L. Maynard 3; D. Theodore 4; M. Paff 5; D. Lakshminarayanan 5; M. Hu 6; L. Felton 7

1 Toulouse; 2 Waltham; 3 Stevenage; 4 Durham; 5 Collegeville; 6 Shanghai; 7 Londres

EP_06

Impact de la négativation de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) sur les résultats cliniques à long terme chez des patients de Hong Kong atteints d'une infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) : une étude de cohorte rétrospective

T. Asselah* 1; I. Gillespie 2; M. Drysdale 3; L. Antunes 4; C. Camarinha 4; A. Chan 5; W. Lau 5; 3; C. Lee 3; L. Mak 5; X. Sun 3; D. Theodore 6; I. Wong 5

1 Clichy; 2 Stevenage; 3 Londres; 4 Lisbonne; 5 Hong Kong; 6 Durham

EP_07

Le profil de dissémination métastatique prédit le pronostic oncologique des patients atteints de CHC traités par atézolizumab/bévacizumab ou sorafenib

E. Vo Quang* 1; C. Campani 1; M. Allaire 1; M. Bouattour 2; H. Regnault 1; S. Mouri 1; E. Spitzer 1; V. Ozenne 1; S. Sidali 2; C. Moreno 3; C. Hollande 1; N. Ganne-Carrié 4; M. Lequoy 1; E. Trepo 3; G. Amadeo 5; J.C. Nault 6

1 Paris; 2 Clichy; 3 Bruxelles; 4 Bobigny; 5 Créteil; 6 Bondy

EP_08

Déterminants de la qualité de vie liée à la santé chez les patients atteints d'hépatite B chronique en France

C. Lepers* 1; C. Lusivika-Nzinga 1; S. Nilusmas 1; J. Bellet 1; P. Burgat 1; M. Bourlière 2; P. Carrieri 2; F. Carrat 1; S. Deuffic-Burban 1; ANRS/AFEF Hepather study group

1 Paris; 2 Marseille



Communications Affichées AFEF 2025

EP_09

Jusqu'à 18 mois de guérison fonctionnelle suite au traitement par bepirovirsén chez les répondeurs B-Clear sous analogues : troisième rapport B-Sure

S.G. Lim 1; T. Asselah* 2; G.I. Diaconescu 3; A. Gadano 4; S. Marciano 4; G. Rizzardini 5; T. Stepanova 6; H.J. Yim 7; M.F. Yuen 8; A. Walker 9; J. Dong 10; G. Quinn 11; I. Santhiapillai 11; H. Plein 9; S. Hussain 11; R. Gowda 12; M. Broer 13; M. Paff 12; D. Theodore 14; R. Elston 11; M. Hezareh 9

1 Singapour; 2 Clichy; 3 Craiova; 4 Buenos Aires; 5 Milan; 6 Moscow; 7 Ansan; 8 Hong Kong ; 9 Londres; 10 Shanghai; 11 Stevenage; 12 Philadelphie; 13 Amersfoort; 14 Durham

EP_10

Impact des caractéristiques de l'offre de soins locale sur l'initiation des antiviraux à action directe pour le traitement de l'hépatite C en France hexagonale (étude ANRS FANTASIO 2)

F. Marcellin* 1; V. Di_beo 1; C. Ramier 1; Y. Allier 2; M. Bureau-Stoltmann 1; C. Brouard 3; B. Rolland 4; S. Deuffic-Burban 2; A. Mourad 1; P. Sogni 2; P. Carrieri 1; M. Bourlière 1; C. Protopopescu 1

1 Marseille; 2 Paris; 3 Saint-Maurice; 4 Bron

EP_11

Coexistence de l'AgHBs et des anticorps anti-HBs dans l'hépatite B chronique : fréquence et implications cliniques

K. Ciaparra 1; M. Meszaros* 1; A. Pisoni 1; E. Tuillon 1

1 Montpellier

EP_12

La dénutrition en consultation d'hépatologie ne se limite pas aux patients avec cirrhose : résultat d'une étude monocentrique

P. Sultanik* 1; A. Foiry 1; S. Mouri 1; P. Lebray 1; M. Allaire 1; S. Mannucci 1; J.M. Oppert 1; D. Thabut 1; D. Bedock 1

1 Paris



Communications Affichées AFEF 2025

EP_13

Conversion du tacrolimus vers une immunosuppression d'entretien à base de bélatacept en transplantation combinée foie-rein : le moment est-il venu de reconsidérer son usage en transplantation hépatique seule ?

O. Roux* 1; C. Francoz 1; J. Leon 2; A. Scemla 2; F. Dondero 1; D. Anglicheau 2; C. Legendre 2; F. Durand 1

1 Clichy; 2 PARIS

EP_14

Prédiction de la présence de varices œsophagiennes et de la décompensation hépatique sous Atezolizumab-bevacizumab par l'intelligence artificielle

M.A. Rabasco 1; C. Campani 2; C. Roux 2; C.Z. Itzel 1; D.A. Popica 2; G. Amaddeo 3; M. Lequoy 2; C. Hollande 2; S. Mouri 2; M. Wagner 2; J. Kather 1; V. Plaforet 2; S. Sidali 4; M. Ronot 4; M. Rudler 2; A. Luciani 3; O. Sutter 5; E. Spitzer 2; H. Regnault 2; S. El Mouhadi 2; V. Ozenne 2; M. Bouattour 4; J.C. Nault 6; D. Thabut 2; M. Allaire* 7

1 Dresde; 2 Paris; 3 Créteil; 4 Clichy; 5 Bondy; 6 Bobigny; 7 , Caen

EP_15

Efficacité d'un programme d'activité physique adaptée (APA) chez des patients avec une stéatose hépatique métabolique (étude randomisée bicentrique, en ouvert, SteatoAPA)

M.A. Farrugia 1; J. Gal 1; A.S. Rousseau 1; H.(. Bouchkira 2; S. Courtaud 2; F. Lermite 1; Q. Serrano 1; P. Ivaldi 1; S. Raday 1; R. Schiappa 1; D.J. Ouizeman 1; S. Contu 1; M. Hayotte 1; V. Ramdour 1; T. Lévi-Strauss 3; R. Truchi 1; M. Chassang 1; C. Tran 1; C. Luci 1; A. Tran 1; N. Chevalier 1; S. Schneider 1; P. Gual 1; A.J. Remy 2; S. Le Garf 1; R. Anty* 1

1 Nice; 2 Perpignan; 3 Villejuif

EP_16

Glécaprevir/Pibrentasvir dans l'hépatite C chronique : une analyse intégrée des patients sous plusieurs traitements concomitants

C. Cooper 1; S. Raina 2; L. Johnson 2; J.J. Feld 3; A. Brown 4; A. Martinez 5; B. Conway 6; S. Gordon 7; T. Asselah 8; L. Uribe 2; M. Li 2; A. Iacob ; J. Marcinak 2; J. Kaur 2; D. Semizarov 2; S. Pol* 9

1 Ottawa; 2 Chicago; 3 Toronto; 4 Londres; 5 Buffalo; 6 Vancouver; 7 Detroit; 8 Clichy; 9 Paris



Communications Affichées AFEF 2025

EP_17

Les plaintes cognitives des patients avec une maladie vasculaire du foie ne sont pas liées à une EH minime chez la moitié des patients : évaluation et impact dans une cohorte prospective

P. Sultanik* 1; L. Kheloufy 1; A. Plessier 2; A. Payancé 2; L. Moga 2; M. Rudler 1; S. Mouri 1; C. Modolo 1; A. Leproux 1; A. Santiago 1; C. Bouzbib 1; R. Sobesky 3; A. Coilly 3; D. Galanaud 1; V. Navarro 1; P.E. Rautou 2; N. Weiss 1; D. Thabut 1

1 Paris; 2 Clichy; 3 Villejuif

EP_18

Pronostic à long terme des patients atteints de syndrome d'obstruction sinusoïdale post-greffe de cellules souches hématopoïétiques

A.T. Edilmar 1, 2; A. Sayadi* 3, 4; L. Bertin 4; A. Plessier 3; F. Durand 3, 4; A. Ferrero-Gregori 1; V. PARADIS 3, 4; D. Michonneau 4; P.E. Rautou 3, 4

1 Barcelona; 2 Madrid; 3 Clichy; 4 Paris

EP_19

Glécaprevir/pibrentasvir dans l'hépatite C chronique : Analyse intégrée des patients prenant des opioïdes, des antipsychotiques et des médicaments cardiovasculaires

C. Cooper 1; S. Raina 2; L. Johnson 2; J.J. Feld 3; A. Brown 4; A. Martinez 5; B. Conway 6; S. Gordon 7; T. Asselah 8; L. Uribe 2; M. Li 2; A. Iacob 9; J. Marcinak 2; D. Semizarov 2; S. Pol* 10

1 Ottawa; 2 Chicago; 3 Toronto; 4 Londres; 5 Buffalo; 6 Vancouver; 7 Detroit; 8 Clichy; 9 Markham; 10 Paris

EP_20

La fragilité évaluée par le Liver Frailty Index™ (LFI) est un facteur de risque de mortalité chez les patients atteints de CHC avancé traités par atezolizumab-bévacizumab

P. Sultanik* 1; C. Campani 1; S. Mouri 1; E. Spitzer 1; M. Wagner 1; L. BLAISE 2; M. Lequoy 1; V. Ozenne 1; J.C. Nault 2; D. Thabut 1; N. Ganne-Carrié 2; M. Allaire 1

1 Paris; 2 Bobigny



Communications Affichées AFEF 2025

EP_21

Place de la greffe hépatique dans le syndrome d'obstruction sinusoidale d'origine hématologique : étude européenne en vie réelle

P.E. Debureaux* 1; R. Federico 2; A. Plessier 3; D. ERARD 4; V. Alcazer 4; I. Kounis 5; A. Coilly 5; C. Duvoux 6; C. Soussain 7; C. Besch 8; P. Lebray 1; N. Bigé 1; P. Perez 9; S. Raevens 10; M. Magdalena 11; H. Labussiere Wallet 4; E. Kaphan 1; F. Durand 3; D. Michonneau 1; P.E. Rautou 3

1 Paris; 2 Bologne; 3 Clichy; 4 Lyon; 5 Villejuif; 6 Créteil; 7 Saint Cloud; 8 Strasbourg Cédex 2; 9 Nancy; 10 Ghent; 11 Montpellier

EP_22

Effet du passage du Tacrolimus à libération standard au Tacrolimus MeltDose® (LCPT) sur les céphalées/migraines chez les transplantés hépatiques : étude E-MIG

K. Gebara* 1; J. Ursic Bedoya 1; S. Faure 1; M. Meszaros 1; G.P. Pageaux 1; L. Meunier 1
1 Montpellier

EP_23

Estimation des coûts de prise en charge de l'hépatite B chronique en France en utilisant le SNDS

S. Nilusmas* ; C. Lepers 1; P. Burgat 1; J. Bellet 1; C. Lusivika-Nzinga 1; S. Deuffic-Burban 1; F. Carrat 1; ANRS/AFEF HEPATHER Study Group

1 Paris

EP_24

Intérêt d'un algorithme permettant de cibler les patient a risque dans le dépistage systématique au laboratoire des fibroses hépatiques avancées à l'aide du fib4

E. LABAU* 1; F. Autofage 2; M. Bernier 2

1 Toulouse; 2 Muret



Communications Affichées AFEF 2025

EP_25

Chimiothérapie intra-artérielle hépatique versus traitement systémique en traitement de première ligne du carcinome hépatocellulaire avancé : une revue systématique avec méta-analyse

O. Letissier* 1; S. Le Sourd 1; H. Bourien 1; Y. Rolland 1; O. Delache 1; T. Morcet-Delattre 1; E. Quehen 1; N. Bertrand 1; J. Edeline 1

1 Rennes

EP_26

Intérêt pronostique du 9score après hépatectomie partielle ou totale pour le carcinome hépatocellulaire

E. SAVIER* 1; C. Lim 1; J. Denis 1; A. Rebollo 1; C. Goumard 1; M. Allaire 1; O. Scatton 1

1 Paris

EP_27

Stress mitochondrial chez des patients atteints du carcinome hépatocellulaire lié à l'hépatite B chronique

A. Mansouri* 1; G.C.P. Luis 1; V.D.H. Manon 1; D. Tonui 1; S. Narguet 2; A. Hammoutene 1; N. Boyer 2; S. Dokmak 1; P. Tonnerre 1; V. PARADIS 2; A. Tarik 1

1 Paris; 2 Clichy

EP_28

Stratification du risque dans les maladies hépatiques stéatosiques : changer de référence pour développer de nouveaux tests non invasifs mieux adaptés au contexte d'utilisation de la pratique clinique

J. Boursier* 1; A. Delamarre 2; C. Costentin 3; C. Bureau 4; J. Fichez 1; I. Fouchard 1; A. Lannes 1; F. Oberti 1; M. Roux 1

1 Angers; 2 Bordeaux; 3 Grenoble; 4 Toulouse



Communications Affichées AFEF 2025

EP_29

Performance diagnostique de l'Hepatus pour diagnostiquer l'hypertension portale cliniquement significative : étude de faisabilité

A. Dupré 1; Y. Ndiaye 1; C. Mouliade 1; A. Vallet-pichard 1; S. Pol 1; P. Sogni 1; V. Mallet 1; L. Parlati* 1

1 Paris

EP_30

Parcours de dépistage utilisant les tests non invasifs de fibrose dans les maladies stéatosiques du foie : il est temps d'actualiser les recommandations

J. Boursier* 1; J. Fichez 1; O. Blanchet 1; I. Fouchard 1; A. Lannes 1; M. Roux 1; F. Oberti 1

1 Angers

EP_31

Un faible taux basal de cellules NKT et $\gamma\delta$ T, ainsi qu'une augmentation précoce des cellules CD8⁺TIGIT⁺ circulantes, sont associés à la progression de la maladie chez les patients atteints de CHC traités par Atezolizumab-Bevacizumab

I. Galy-Fauroux 1; M. Evain ; A.J. Goncalves 1; C. Campani 1; E. Larrey 1; S. Chaibi 1; L. Furia 1; C. Desdouets 1; J.C. Nault 2; J.P. Couty 1; M. Allaire* 3

1 Paris; 2 Bondy; 3 , Caen

EP_32

Performances du FIB-4 pour la prédiction d'une fibrose hépatique avancée chez des patients hospitalisés pour sevrage éthylique

L. Dubé* 1; J. Ventre 2; T. Chalvin 1; R. Pangui 1; C. Le Lan 1; F. Artru 1; E. Bardou-Jacquet 1; A. Abergel 2; R. Moirand 1

1 Rennes; 2 Clermont-Ferrand



Communications Affichées AFEF 2025

EP_33

Pertinence des méthodes non invasives pour l'évaluation de la fibrose hépatique et pour l'identification des patients à risque de complications au cours de la maladie de Wilson

E. Vargiu 1; A. Civolani 1; O. Sorbello 1; A. Poujois 2; M.A. Obadia 2; D. Debray 2; I. Kounis 3; C. Feray 3; A. Coilly 3; M.C. Fantini 1; R. Sobesky* 3

1 Cagliari; 2 Paris; 3 Villejuif

EP_34

Développement d'un modèle d'apprentissage automatique (machine learning) pour prédire la mortalité en liste d'attente chez les candidats à la transplantation hépatique

I. Kounis* 1; A. Halimi 2; G.S. Sonia 2; E. Vibert 1; N. Houmani 2; A. Coilly 1

1 Villejuif; 2 Palaiseau

EP_35

Une pause thérapeutique est-elle possible en cas de CHC avancé en réponse radiologique prolongée ? Résultat d'une cohorte rétrospective mono-centrique

T. Rocca 1; B. Brusset 1; J. GHELFI 1; C. Odru 1; G. Roth 1; Y. Teyssier 1; L. Bordy 1; C. Costentin 1; T. Decaens* 1

1 Grenoble

EP_36

La cirrhose en France à l'ère du dysmétabolisme : évolution épidémiologique entre 2015 et 2021

A. Baron ; F. Balluson 1; V. Zannou ; V. Mignot ; T. Decaens 2; E. Oger 1; L. Tron* ; C. Costentin 3

1 Rennes; 2 Grenoble; 3 La Tronche

EP_37

Prédiction de la réponse thérapeutique dans l'hépatite auto-immune par intelligence artificielle : étude préliminaire

H. El ibrahimi* 1; M. Borahma 1; F.Z. Chabib 1; N. Lagdali 1; F.Z. Ajana 1; M. Kadiri 1

1 RABAT



Communications Affichées AFEF 2025

EP_38

Impact du sexe dans la prise en charge du CHC : enseignements d'une cohorte nationale française

V. Zannou 1; L. Tron 1; F. Balluson 2; A. Baron 3; V. Mignot 1; Z. Macek Jilkova 1; S. Bailly 1; T. Decaens 1; E. Oger 2; C. Costentin* 1

1 Grenoble; 2 Rennes; 3 Corbeil-Essonnes

EP_39

Suivi Evolutif de la Stéatopathie Métabolique par Mesure de l'Elasticité Hépatique en Elastométrie dans une Large Cohorte de Vraie Vie de Patients Diabétiques de Type 2

T. Vidal-Trecan 1; J.B. Julla 1; Y. Schwartz 1; H. Fontaine 1; D. Valla 2; J.P. Riveline 1; J.F. Gautier 1; L. Castera* 2

1 Paris; 2 Clichy

EP_40

Score AFP–PIVKA–ALBI (APA) : un nouvel outil pronostique pour les patients atteints de CHC non résécable traités par Atezolizumab–Bévacizumab

C. Campani* 1; J. Denis 1; M. Hamid 1; P. Sultank 1; E. SAVIER 1; L. BLAISE 2; S. Mouri 1; J.M. Lacorte 1; O. Scatton 1; O. Sutter 2; E. Spitzer 1; N. Ganne-Carrié 2; M. BOISSAN 1; J.C. Nault 3; M. Wagner 1; M. Allaire 1

1 Paris; 2 Bobigny; 3 Bondy

EP_41

Carcinome hépatocellulaire des patients de plus de 70 ans : Quelles particularités ?

Y. Chikhi* 1; S. Cheraitia 2; F. Lounes 2; R. Ouldougouam 3; S. Benkerdou 1; Z. Mechouche 1; M. Khider 1

1 Tipaza; 2 El Hammamet; 3 Alger



Communications Affichées AFEF 2025

EP_42

Place de l'échocardiographie et échocardiographie ciblée pour la prise en charge de l'insuffisance rénale aiguë au cours de la cirrhose décompensée: une enquête de pratique nationale

F. Artru* 1; V. Coirier 1; L. Elkrief 2; D. Weil Verhoeven 3; T. Artzner 4; S. Barge 5; A. Benezech 6; M. Blez 7; A. Bonadona 8; C. Bourigault 9; N. Carbonell 10; A. Coilly 11; L. Cordiez 12; S. Daddi Addoun 13; F. Dautrecque 14; S. Doumerc 15; N. Ganne-Carrié 16; A. Garioud 17; E. Gigante 18; A. Herissay 19; J.B. Hiriart 20; C. Joseph-Reinette 21; H. Julien 22; M. Khaldi 23; F. Kikolski 24; D. Labarrière 25; A. Lannes 26; L. Larvol 27; H. Larrue 28; M. Latournerie 29; F. Lebosse 30; C. Lemaitre 31; V. Leroy 32; T. Lhotellier 33; M. Luwawu Mbimba 34; K. Marcel 35; H. Montialoux 36; F. Moryoussef 37; C. Mouliade 10; A. Peneau 38; O. Pietri 39; J. Pofelski 39; E. Poli 40; F. Prevost 41; C. Rayer 42; N. Reboux 43; J. Ristorto 44; I. Rosa 45; O. Roux 46; M. Rudler 10; R. Sarba 47; J. Ursic Bedoya 48; J. Verlynde 49; A. Walter 50; F. Wartel 51; S. Zaoui 52; E. Bardou-Jacquet 1; C. Bureau 28

1 Rennes; 2 Tours; 3 Besançon; 4 Strasbourg; 5 Bondy; 6 av; 7 Blois; 8 grno; 9 Bethune; 10 Paris; 11 Villejuif; 12 Seclin; 13 Laval; 14 Lens; 15 La Rochelle; 16 Bobigny; 17 Creil; 18 Reims; 19 Quimper; 20 Pessac; 21 Argenteuil; 22 Le Mans; 23 Nantes; 24 Libourne; 25 Orléans; 26 Angers; 27 Pont l'Abbé; 28 Toulouse; 29 Dijon; 30 Lyon; 31 Montvilliers; 32 Creteil; 33 Auch; 34 Chartres; 35 Vannes; 36 Rouen; 37 Poissy; 38 Frejus; 39 Marseille; 40 Longjumeau; 41 Bayonne; 42 Saint Malo; 43 Brest; 44 Gap; 45 Créteil; 46 Clichy; 47 Amiens; 48 Montpellier; 49 Dunkerque; 50 Montfermeil; 51 Valenciennes; 52 Roubaix

EP_43

Carcinome hépatocellulaire et diabète de type 2 : Quel impact ? A propos d'une étude de 506 patients

Y. Chikhi* 1; S. Cheraitia 2; R. Ouldgougam 3; F. Lounes 2; M. Khider 1; S. Benkerdou 1; Z. Mechouche 1

1 Tipaza; 2 El Hammamet; 3 Alger

EP_44

L'apprentissage automatique (machine learning) dans la prédiction de la mortalité à 3 mois chez les candidats à la transplantation hépatique atteints de carcinome hépatocellulaire

A. Halimi 1; I. Kounis* 2; E. Vibert 2; S. Garcia-Salicetti 1; N. Houmani 1; A. Coilly 2

1 Palaiseau; 2 Villejuif



Communications Affichées AFEF 2025

EP_45

Etude descriptive multicentrique sur la morbi-mortalité des patients transplantés hépatiques trois fois ou plus : étude Liver-eater

P. Bozon-Riviere* 1; L. Meunier 1; M. Meszaros 1; J. Ursic Bedoya 1; T.M. Antonini 2; F. Conti 3; B. Giguët 4; G. Lassailly 5; C. Francoz 3; C. Costentin 6; J. Dumortier 2; G.P. Pageaux 1; S. Faure 1

1 Montpellier; 2 Lyon; 3 Paris; 4 Rennes; 5 Lille; 6 Grenoble

EP_46

Le jeûne intermittent entraîne une régression de la fibrose chez le rat rendu cirrhotique

H. Larrue* 1; A. Anton 2; H. Garcia 2; G. Camprecios 2; J.C. Garcia-Pagan 2

1 Toulouse; 2 Barcelone

EP_47

Pronostic des patients atteints de carcinome hépatocellulaire précoce traités par résection ou ablation : données de vie réelle issues du SNDS

M. Decraecker 1; P. Nahon 2; E. Boleslawski 3; B. Guiu 4; M. Dhaoui 5; D. Stamenic 5; M. Moreau* 5; J.F. Blanc 1

1 Pessac; 2 Paris; 3 Lille; 4 Montpellier; 5 Boulogne-Billancourt

EP_48

Stabilité des tests non invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique chez les patients atteints de cholangite biliaire primitive après deux ans de traitement par élafibranor

M. Mayo 1; C. Levy 2; M. Swain 3; J.M. Schattenberg 4; M. Heneghan 5; C. Corpechot* 6; C.L. Bowlus 7; J. Vierling 8; N. Antunes 9; V. Cranham 10; H. Gomes Da Silva 10; C. Raskino 10; K. Kowdley 11

1 Dallas; 2 Miami; 3 Calgary; 4 Hambourg; 5 Londres; 6 Paris; 7 Davis; 8 Houston; 9 Cambridge; 10 Boulogne-Billancourt; 11 Seattle



Communications Affichées AFEF 2025

EP_49

Les patients traités par sémaglutide dans l'essai de phase 3 ESSENCE (partie 1) présentent une plus grande concordance pour l'amélioration des tests non invasifs par rapport au placebo

L. Castera* 1, 2; M. E. Rinella 3; M. F. Abdelmalek 4; E. Bugianesi 5; A. M.g. Calí 6; K. A. Engebretsen 6; J. George 7; W. Kheong Chan 8; N. Krarup 6; M. T. Long 6; P. N. Newsome 9, 10; C. P. Oliveira 11; G. Papatheodoridis 12; A. Shoeb 6; S. Petta 13; M. Roden 14, 15; A.J. Sanyal 16; V. Ratzu 1; ESSENCE study group

1 Paris; 2 Clichy; 3 Chicago; 4 Rochester; 5 Turin; 6 Copenhague; 7 Sydney ; 8 Kuala Lumpur; 9 Londres; 10 Birmingham; 11 São Paulo; 12 Athènes; 13 Palerme; 14 Düsseldorf; 15 München-Neuherberg; 16 Richmond

EP_50

Trajectoires de patients ACLF dans un centre de greffe

B. Angles* 1; M.C. Delignette 1; T. Antonini 1; X. Muller 1; D. ERARD 1; J. Gonzalez 1; K. Mohkam 1; J.Y. Mabrut 1; A. Blet 1; C. Guichon 1; F. Lebosse 1

1 Lyon

EP_51

Place de la prise de pression porto systémique directe par écho endoscopie (EUS-PPG) dans une activité d'endohépatologie quotidienne. Pour quels patients ? Faisabilité. validité des résultats, étude des discordances. Analyse rétrospective monocentrique

P. Castellani* 1; F. Sellier 1; O. Pietri 1; M. CAVIEZEL 1; A. Gonzalez 1; M. Bourlière 1; X. Adhoute 1

1 Marseille

EP_52

Le rôle du récepteur aux hydrocarbures aromatiques dans différents types cellulaires dans l'amélioration de la maladie alcoolique du foie par la pectine

W. Hu 1; G. Schlecht-Louf 1; N. Trainel 1; S. Jouvanceau 1; A. Desmons 2; G. Eberl 2; S. Viel 1; F. Mercier-Nomé 1; G. Perlemuter 3; D. Ciocan* 3; A.M. Cassard 1

1 Orsay; 2 paris; 3 Clamart



Communications Affichées AFEF 2025

EP_53

Options thérapeutiques potentielles pour les microbes intestinaux producteurs d'éthanol associés à la MASH

A.I. Abdoulaye 1; B. Mbaye 1; R. Magdy Wasfy 1; L. Carmarans 1; N. Armstrong 1; A. Hamieh 1; P. Borentain 1; S. Ranque 1; J.M. Rolain 1; G. Dubourg 1; J.C. Lagier 1; M. Tidjani Alou 1; M. Million 1; R. Gerolami* 1

1 Marseille

EP_54

Minibioreactor arrays (MBRAs) pour modéliser la réponse du microbiome au tryptophane et à l'alcool dans le contexte de la maladie alcoolique du foie

W. Hu 1; S. Naimi 2; N. Trainel 1; V. Liévin-Le Moal 1; G. Perlemuter 3; B. Chassaing 2; D. Ciocan* 3; A.M. Cassard-Doulcier 3

1 Orsay; 2 Paris; 3 Clamart

EP_55

FIB-4 ancré et glissant pour prédire les complications hépatiques chez les patients atteints de diabète de type 2

L. Parlati* 1; C. Mathis 1; S. Tzedakis 1; C. Mouliade 1; A. Vallet-pichard 1; P. Sogni 1; S. Pol 1; J. Boursier 2; E. Tsochatzis 3; V. Mallet 1

1 Paris; 2 Angers; 3 Londres

EP_56

Le portage inactif du VHB entre taux de l'ADN viral et taux de l'AgHBs

S. Tebbal* 1; A. Benyahia 1

1 Batna



Communications Affichées AFEF 2025

EP_57

Transplantation hépatique pour CHC : Evaluation de la stratégie de downstaging dans le score AFP

C. Iamarque* 1; L. Segaux 1; P. Bachellier 2; B. BUCHARD 3; F. Chermak 4; F. Conti 5; T. Decaens 6; S. Dharancy 7; V. Di Martino 8; J. Dumortier 9; J. Gugenheim 10; J. Hardwigsen 11; F. MUSCARI 12; S. Radenne 9; E. Salame 13; T. Uguen 14; J. Ursic Bedoya 15; V. Leroy 1; N. Oubaya 1; C. Duvoux 1

1 , Créteil; 2 Stras; 3 Clermont-Ferrand; 4 Pessac; 5 Paris; 6 Grenoble; 7 Lille; 8 Besançon; 9 Lyon; 10 Nice; 11 Marseille; 12 TOULOUSE; 13 Chambray-lès-tours; 14 Rennes; 15 Montpellier

EP_58

Valeur ajoutée de l'imagerie par tomographie à émission de positrons au score alpha-foetoprotéine pour la prédiction de la récurrence du carcinome hépatocellulaire post transplantation hépatique

A. Pascale* 1; A. Bambara Sanon 1; C. Cosse 1; R. Sobesky 1; E. De Martin 1; I. Kounis 1; L. Duhaut 1; A.F. LUTU 1; B. Roche 1; F. Saliba 1; D. Cherqui 1; A. Coilly 1; O. Rosmorduc 1; F. Besson 2; N. Golse 1

1 Villejuif; 2 Kremlin-Bicêtre

EP_59

Doit-on ignorer la virémie CMV chez les patients en attente de transplantation hépatique ?

A.F. LUTU* 1; I. Kounis 2; P. Ichai 2; F. Saliba 2; A. Coilly 2

1 Paris; 2 Villejuif

EP_60

Analyse comparative des critères démographiques et cliniques de syndrome LPAC et de la lithiase vésiculaire (LV)

H. Boudena* 1; D. Nabil 2; A. Tibiche 3

1 Tizi Ouzou; 2 Alger; 3 Tizi-Ouzou



Communications Affichées AFEF 2025

EP_61

Impact du sexe sur l'histoire naturelle de l'hépatite auto-immune

C. Porciani 1; S. Pierre-Antoine 1; D. Wendum 1; E. Ballot 1; O. Chazouilleres 1; C. Corpechot 1; S. Lemoinne* 1

1 Paris

EP_62

MASLD à IMC normal : un phénotype sévère et sous-estimé

D. Azzouzi* 1; M. Borahma 1; F.Z. Chabib 1; N. Lagdali 1; F.Z. Ajana 1; M. Kadiri 1

1 Rabat

EP_63

Relations entre valeur de l'élastométrie splénique au diagnostic de carcinome hépatocellulaire et survenue d'évènements de santé

J. Esnault* 1; V. Rolle 1

1 Poitiers

EP_64

Prévalence et valeur pronostique des auto-anticorps au cours de l'hépatite auto-immune

C. Porciani 1; S. Pierre-Antoine 1; A. Poujol-Robert 1; D. Wendum 1; E. Ballot 1; O. Chazouilleres 1; C. Corpechot 1; S. Lemoinne* 1

1 Paris

EP_65

Rapport urée/créatinine comme prédicteur simple d'hémorragie digestive haute chez les patients cirrhotiques présentant un méléna

K. Gharbi* 1; R. Akka 1

1 Marrakech



Communications Affichées AFEF 2025

EP_66

Score FIB-4 comme indicateur de gravité hépatique chez les patients admis aux urgences pour décompensation cirrhotique : étude observationnelle

K. Gharbi* 1; R. Akka 1

1 Marrakech

EP_67

Impact du délai d'endoscopie sur le pronostic des hémorragies digestives variqueuses chez les patients cirrhotiques : étude multicentrique rétrospective

K. Gharbi* 1; R. Akka 1

1 Marrakech

EP_68

Efficacité et tolérance de l'odévixibat chez les patients âgés de 10 ans ou plus atteints du syndrome d'Alagille : résultats de l'étude d'extension de phase III ASSERT-EXT en ouvert sur 72 semaines

S. Sissaoui* 1; N. Ovchinsky 2; M. Cananzi 3; R. Fischer 4; F. Lacaille 1; W.L. Van Der Woerd 5; A. Wehrman 6; J. Zhu 7; P. Nagraj 7; A. Ramirez Santiago 7; F. Elaraki 8; E. Sturm 9

1 Paris; 2 New York; 3 Padova; 4 KANSAS; 5 Utrecht; 6 Boston; 7 Cambridge; 8 Boulogne-Billancourt; 9 Tübingue

EP_69

Pertinence Clinique des Clusters MASLD et Association avec les Lésions de MASH et de Fibrose Sévère chez les Patients Diabétiques de Type 2 de la Cohorte Quid-NASH

L. Castera* 1; T. Vidal-Trecan 2; P. Manchon 2; A. Vallet-pichard 2; S. Czernichow 2; D. Roulot 1; V. PARADIS 1; C. Postic 2; J.B. Julla 2; E. Larger 2; H. Fontaine 2; B. Van Beers 1; T. Poynard 2; P. Bedossa 1; D. Valla 1; S. Pol 2; C. Laouénan 2; F. Pattou 3; J.F. Gautier 2

1 Clichy; 2 Paris; 3 Lille



Communications Affichées AFEF 2025

EP_70

Déterminants du parcours de soins jusqu'à la transplantation hépatique chez les patients admis en réanimation ou aux urgences pour une décompensation aiguë de cirrhose

M. Delhomme* 1; L. Moulis 1; F. Khemissa 2; A. Prost 3; M. Ramdani 4; S. Ferroudji 5; M. Meszaros 1; S. Faure 1; L. Meunier 1; H. Donnadieu 1; G.P. Pageaux 1; J. Ursic Bedoya 1

1 Montpellier; 2 Perpignan; 3 Nîmes; 4 Béziers; 5 Narbonne



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PP_01

Association de la perte de l'antigène de surface de l'hépatite B avec les résultats cliniques chez les patients atteints d'une infection chronique par le virus de l'hépatite B : une étude de cohorte rétrospective aux États-Unis

F. Zoulim* ¹; M. Drysdale ²; R. Chang ³; R. Song ³; S. Wang ³; T. Man ⁴; A. Coutinho ⁵; M.S. Duh ³; D. Theodore ⁶

¹ Lyon; ² Londres; ³ Boston; ⁴ Los Angeles; ⁵ Collegeville; ⁶ Durham

Introduction

L'infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) est un problème de santé publique, et les complications liées au foie sont une des principales causes de mortalité. L'impact de la négativation de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs), marqueur de la guérison fonctionnelle, sur le long terme reste incertain. Notre objectif est d'évaluer l'association entre la négativation d'AgHBs et les maladies hépatiques décompensées [MHD], cirrhoses compensées [CC], carcinomes hépatocellulaires [CHC], mortalité toutes causes confondues (MCC) dans une cohorte d'adultes américains atteints d'infection chronique par le VHB.

Matériel et Méthodes

Une étude de cohorte rétrospective a été menée à l'aide de la base de données des dossiers de santé électroniques Optum des patients atteints d'infection chronique par le VHB entre le 1er janvier 2012 et le 31 décembre 2019 qui avaient ≥ 1 test AgHBs positif. L'exposition était une négativation de l'AgHBs (≥ 1 test AgHBs négatif). Le premier test négatif a été défini comme la date de l'index de perte pour les personnes exposées ; Une date d'index de comparaison a été imputée pour les personnes non exposées. Les critères de jugement : CC, MHD, CHC et MCC, ont été évalués à partir de la date de négativation/index de comparaison jusqu'à la fin du suivi. La pondération de la probabilité inverse du traitement (IPTW) a été utilisée pour équilibrer la distribution des caractéristiques de base entre les patients exposés et non exposés. Des modèles à risque proportionnel de Cox pondérés par l'IPTW ont été appliqués pour estimer les rapports de risque (HR) et les intervalles de confiance (IC) à 95 % entre la négativation de l'AgHBs et les résultats cliniques.

Résultats

15760 patients atteints d'infection chronique par le VHB ont été inclus (~6% sous traitement stable par analogue nucléos(t)ide), dont 667 (4%) ont négativé l'AgHBs. Les patients exposés étaient plus âgés (49 vs 43 ans) que les non exposés, et comprenaient plus de patients de race blanche (44% vs 20%), obèses (32% vs 21%) et hypertendus (32% vs 18%). Les patients asiatiques (26% vs 45%) et noirs/afro-américains (19% vs 19%) étaient respectivement plus faibles et similaires dans les deux groupes. Au cours d'un suivi médian de 25 mois dans les 2 cohortes, la négativation de l'AgHBs était significativement associée à des réductions de 89% du



Communications Affichées AFEF 2025

risque de CHC (HR ajusté [aHR] : 0,11, IC 95% : 0,01 à 0,76) et de 62% du risque de MCC (aHR : 0,38, IC 95% : 0,20 à 0,74). Les personnes ayant négativé l'AgHBs présentaient un risque plus faible (non significatif) de CC (aHR : 0,84, IC 95 % : 0,52-1,35) et de MHD (aHR : 0,74, IC 95% : 0,37-1,48).

Conclusion

La négativation de l'AgHBs était associée à un risque plus faible de CHC et de MCC chez des patients atteints d'hépatite B chronique aux États-Unis. Le risque de CC et de MHD semblait plus faible après négativation de l'AgHBs, sans atteindre la significativité. Des analyses en sous-groupes sont nécessaires pour mieux comprendre l'impact de la négativation de l'AgHBs.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

Cette étude a été présentée au GHS 2025.

Financement : GSK (Étude 223767).



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PP_02

Etude Heraclior - Survie des patients atteints d'un carcinome hépatocellulaire traités par Atezolizumab et bevacizumab en France entre 2020 et 2023 : analyse des informations du système national de données de santé

P. Nahon* ¹; J.F. Blanc ²; M. Dhaoui ³; D. Stamenic ³; J.P. Bronowicki ⁴

¹ Paris; ² Bordeaux; ³ Boulogne-Billancourt; ⁴ Vandoeuvre-lès-nancy

Introduction

La combinaison atezolizumab-bevacizumab (A+B) est devenue en 2020 le traitement standard en France des CHC avancés à la suite de la publication de l'étude Imbrave 150. Les objectifs de cette étude étaient de décrire, sur la base de données de vraie vie en population française, le profil de l'ensemble des patients traités par A+B, de décrire leur prise en charge et d'estimer la survie globale.

Matériel et Méthodes

Cette étude a été réalisée à partir du Système National des Données de Santé (SNDS), une base de données nationale médico-administratives quasi-exhaustive.

Les patients répondant aux 3 critères suivants ont été sélectionnés dans le SNDS : être atteints d'un CHC au cours de la période 2009-2023, avoir d'au moins une délivrance d'Atezolizumab et aucune délivrance d'un inhibiteur de tyrosine kinase (ITK) avant l'initiation d'atezolizumab

Le critère principal est la survie globale, décrite sur toute la population d'analyse en fonction du nombre de patients traités par A+B dans les centres hospitaliers. La taille de centres a été catégorisée par tercile afin d'avoir une distribution équitable en 3 groupes.

Résultats

Entre juillet 2020 et le décembre 2023, 6,944 patients atteints de CHC ont initié un traitement par A+B. Leur âge moyen était de 69,8 ans (ET:9,7) et 86,9 % étaient des hommes.

La SG médiane était estimée à 13.4 mois (IC 95% =[12.8, 14.0]). La survie globale augmentait en fonction du nombre de patients traités par centre (p< 0.0001, voir Tableau 1))

813 patients (11,7%) ont arrêté définitivement le B avant d'arrêter A, avec une durée moyenne de 113,7 jours avant la dernière injection d'A. Le nombre moyen de cycles A+B avant l'arrêt du B était de 8,1 (ET :7,5), tandis que la médiane était de 6 cycles (EIQ : 2 -11). Après l'arrêt définitif d'A+B, 3 573 patients (51,4 %) ont reçu une seconde ligne de traitement. Parmi eux, 3 % ont eu accès à au moins un des



Communications Affichées AFEF 2025

traitements en intention curative, 40,3 % ont reçu un traitement par ITK et 48,0% ont reçu des soins palliatifs exclusifs. Parmi les patients en 2^e ligne de traitement, 29,5% (n=1053) ont reçu une 3^{ème} ligne de traitement.

Conclusion

Nos résultats révèlent que la SG des patients atteints d'un CHC diffère de manière significative en fonction du nombre de patients traités par centre, laissant supposer que l'expérience du centre permet d'optimiser la sélection des malades, la gestion et l'efficacité du traitement. Le B a été interrompu dans un faible nombre de cas (11.7%) traduisant la faisabilité du traitement par anti-angiogène dans cette population de malades. Cette étude décrit l'évolution des traitements séquentiels, plus de 50 % des patients recevant une ligne ultérieure dont un traitement en intention curative dans 2,9 % des cas.

Patientèle centre	Nombre de centre dans la groupe	Nombre total de patients	Durée médiane de survie (mois)	Intervalle de confiance à 95%
Entre 1 et 22 patients	362	2251	11.4	[10,3 - 12,3]
Entre 23 et 97 patients	50	2349	13.3	[12,5 - 14,5]
Plus de 97 patients	11	2344	15.9	[14,7 - 16,9]

Tableau 1: Survie globale en fonction de la patientèle centre

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

Stephane Bouée

Alicia Fravallo

Manoel Moreau

Majda Le Foll-Elfounini



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PP_03

Résultats de l'étude prospective CHIEF après 42 mois de suivi de l'association Atezolizumab–Bevacizumab dans le CHC avancé

M. Allaire* ¹; E.M. Thiam ²; J. Edeline ³; P. Merle ⁴; J.F. Blanc ⁵; G. Amaddeo ⁶; T. Uguen ³; T. Decaens ⁷; N. Ganne-Carrié ⁸; C. Silvain ⁹; M. Bouattour ¹⁰; G. Riachi ¹¹; S. Cattan ¹²; X. Adhoute ¹³; M. Debette-Gratien ¹⁴; R. Anty ¹⁵; J.M. Peron ¹⁶; O. Frédéric ¹⁷; A. Baron ¹⁸; A. Pascale ¹⁹; G.P. Pageaux ²⁰; S. Manfredi ²¹; J.B. Nousbaum ²²; M. Lequoy ²³; A. Jaillais ²⁴; I. Ollivier-Hourmand ¹; M. Gelu-Simeon ²⁵; J.P. Bronowicki ²⁶; A. Heurgue-Berlot ²⁷; C. Costentin ²⁸; A. Koudjou-Sonegueng ²; G. Ducournau ²; O. Ganry ²; N.K. Eric ²

¹ , Caen; ² Amiens; ³ Rennes; ⁴ Lyon; ⁵ Bordeaux; ⁶ Créteil; ⁷ Grenoble; ⁸ Bobigny; ⁹ Poitiers; ¹⁰ Clichy; ¹¹ Rouen; ¹² Lille; ¹³ Marseille; ¹⁴ Limoges; ¹⁵ Nice; ¹⁶ TOULOUSE CEDEX 9; ¹⁷ Angers; ¹⁸ Corbeil-Essonnes; ¹⁹ Villejuif; ²⁰ Montpellier; ²¹ Dijon; ²² Brest; ²³ Paris; ²⁴ Chambray-lès-Tours; ²⁵ Pointe-à-Pitre; ²⁶ Vandoeuvre-lès-nancy; ²⁷ Reims; ²⁸ La Tronche

Introduction

Cette étude visait à analyser les premières données de suivi à long terme en vie réelle des patients (pts) atteints de carcinome hépatocellulaire (CHC) traités par atézolizumab–bévacizumab (AtezoBev) de la cohorte française CHIEF.

Matériel et Méthodes

Inclusion des pts traités en 1^e ligne par AtezoBev inclus dans la cohorte prospective multicentrique CHIEF. La survie globale (SG) et la survie sans progression (SSP) ont été estimées par la méthode de Kaplan–Meier, avec des comparaisons entre sous-groupes via le test du log-rank. Les facteurs pronostiques ont été identifiés à l'aide de modèles de Cox. La meilleure réponse tumorale au cours du suivi a été évaluée selon les critères RECIST 1.1.

Résultats

Parmi les 880 pts inclus (âge médian : 69 ans, 88% d'hommes), les causes d'hépatopathie étaient l'alcool (58%), métabolique (16%) et virale (15%). À l'inclusion, 78% étaient classés Child-Pugh A et 22% B ; 55% présentaient des varices œsophagiennes (VO), dont 26% de grande taille. Les stades BCLC étaient A (5%), B (28%) et C (67%). Une invasion vasculaire et des métastases étaient observées respectivement dans 47% et 32% des cas respectivement. Les grades ALBI étaient de 1 (33%), 2 (61%) et 3 (6%), et 30% des pts avaient une AFP ≥400 ng/mL. Après un suivi médian de 31,8 mois, le taux de réponse était de 28%, avec 50% de maladies stables et 22% de progressions. La SG médiane était de 22,8 mois ; les taux de SG à 12, 24, 36 et 42 mois étaient respectivement de 65%, 49%, 44,4% et 44,1%. La SG était significativement plus longue chez les pts BCLC-B par rapport aux BCLC-C (27,8 vs 18,5 mois ; p=0,03), chez les Child-Pugh A versus B (27,4 vs 9,8 mois ; p<0,001), et selon le grade ALBI : 1 vs 2 vs 3 (non atteinte vs 16,8



Communications Affichées AFEF 2025

vs 6,4 mois ; $p < 0,001$). Les pts répondeurs présentaient une SG plus longue que les pts stables ou progressseurs (non atteinte vs 29,5 vs 13,1 mois ; $p < 0,001$). À 36 mois, les taux de SG étaient de 61 % chez les répondeurs, 48% chez les pts stables, et 23% chez les progressseurs. En analyse multivariée, la présence de VO (HR=1,26 ; $p=0,037$), d'ascite (HR=1,51 ; $p=0,024$) et un grade ALBI 2 (HR=1,35 ; $p=0,005$) étaient significativement associés à la mortalité. La SSP médiane était de 5,8 mois, avec des taux de SSP à 6, 12, 24 et 36 mois de 49%, 25%, 5% et 0,3%. La SSP était indépendamment associée à l'étiologie virale (HR = 1,44, $p=0,016$), au grade ALBI 2 (HR = 1,33, $p=0,016$), au grade ALBI 3 (HR = 1,66, $p=0,014$), à un NLR>2,77 (HR = 1,28, $p=0,021$) et à l'AFP ($p=0,013$).

Conclusion

Les taux de survie globale à 42 mois, sans précédent en vie réelle, renforcent le bénéfice durable à long terme de l'association AtezoBev dans le CHC avancé.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PP_04

Imagerie spatiale par immunofluorescence multiplex de l'infiltration immunitaire de carcinomes hépatocellulaires dans un contexte de stéatose hépatique métabolique selon la consommation d'alcool

M. Delaporte* ¹; J. Boursier ²; M. Guillout ¹; B. Turlin ¹; T. Pécot ¹; A. Sébillot ¹; M. Samson ¹; C. Raguénès-Nicol ¹

¹ Rennes; ² Angers

Introduction

Les hépatopathies stéatosiques, métaboliques et/ou alcooliques sont les maladies chroniques du foie les plus courantes, et leur prévalence augmente rapidement. Celles-ci peuvent évoluer vers le carcinome hépatocellulaire (CHC), troisième cause de mortalité liée au cancer dans le monde. Plusieurs modèles ont démontré le rôle clé joué par les cellules immunitaires dans la pathogenèse du CHC. Il existe cependant une grande hétérogénéité de cet environnement immunitaire, ce qui induit des réponses très variables des thérapies ciblées. Il est donc primordial de caractériser le microenvironnement tumoral selon les étiologies. Chez des patients avec une hépatopathie stéatosique métabolique compliquée d'un CHC, nous souhaitons savoir si le niveau de consommation d'alcool conduit à un état différent du système immunitaire, ce qui pourrait justifier une prise en charge thérapeutique différente.

Patients et Méthodes

Nous avons développé un panel d'immunofluorescence multiplex directe permettant la détection simultanée de 24 marqueurs sur une seule section de tissu. Cette technologie, nommée CellDIVETM, repose sur des cycles de marquages itératifs. Nous appliquons ce panel sur des lames de tissus FFPE issus de biopsies d'une cohorte de patients atteints de CHC lié à une hépatopathie stéatosique, et stratifiés selon leur consommation d'alcool.

L'analyse quantitative et l'identification des types cellulaires est réalisée avec QuPath, logiciel dédié à l'analyse d'images histologiques de grande taille. Nous avons développé un modèle d'apprentissage sur une partie des images pour la segmentation des cellules, l'annotation des différentes régions (fond, tissu, tumeur) et la classification automatisée de nos sous-types cellulaires. Ce modèle est appliqué à l'ensemble des images des patients.

Résultats

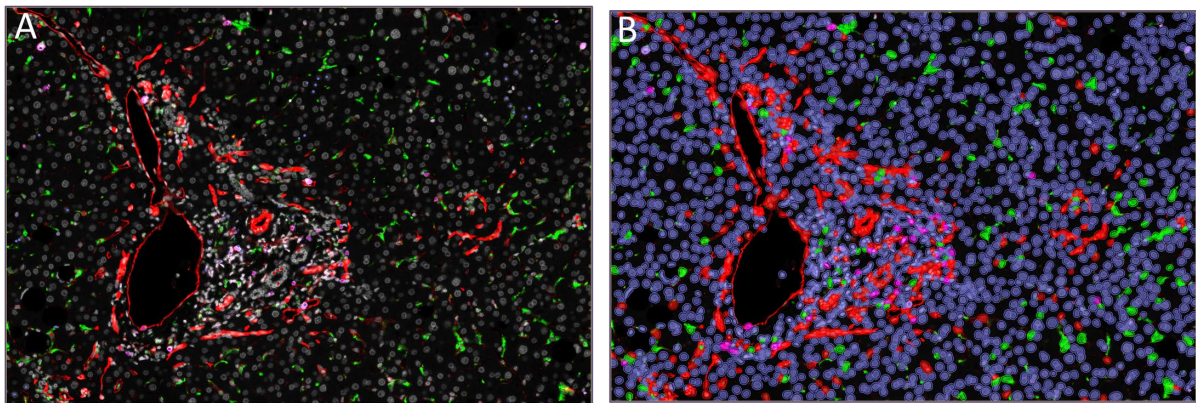
Nous présentons ici les images incluant des marqueurs de positionnement des cellules, des marqueurs structuraux du foie normal ou pathologique, des marqueurs vasculaires, de populations myéloïdes et lymphoïdes généraux. Nous avons intégré des marqueurs de sous-populations de lymphocytes T, des marqueurs d'activation et

Communications Affichées AFEF 2025

d'épuisement ainsi que des points de contrôle immunitaire. Nous montrons nos premiers résultats où les 24 marqueurs sont appliqués sur une seule coupe par patient et imagés en CellDIVE. Les tissus tumoraux et non tumoraux de 43 patients ont ainsi été imagés. Suite à la segmentation et la classification des populations cellulaires par machine-learning, nous présentons des résultats préliminaires d'analyse de l'infiltrat immunitaire dans cette cohorte de patients.

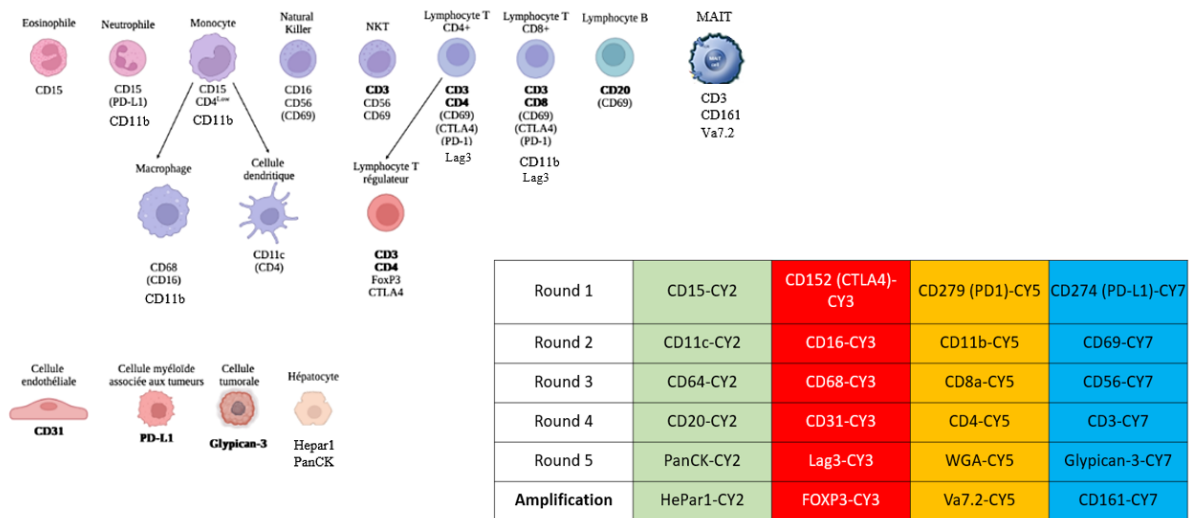
Conclusion

Ce panel d'imagerie spatiale validé sur foie humain nous permet de réaliser une cartographie fine de l'infiltrat immunitaire de chaque biopsie étudiée. L'analyse de ces images nous permet de quantifier la présence et la localisation des cellules immunitaires selon la consommation alcoolique des patients et pourra permettre de déterminer si une immunothérapie est plus susceptible de fonctionner sur certains des groupes, ce qui contribuera à améliorer l'offre thérapeutique.



Résultat du modèle de classification supervisée appliqué à l'image multiplex de CHC humain. A) Image multiplex montrant CD3 (rose), CD31 (rouge), CD68 (vert) et DAPI (gris). B) Suite à la segmentation et application du modèle de classification, les cellules ont été assignées à une classe phénotypique: Lymphocyte T (rose), cellule endothéliale (rouge), macrophage (vert).

Communications Affichées AFEF 2025



Panel pour l'étude de l'infiltrat immunitaire dans le carcinome hépatocellulaire humain. A gauche figurent les cellules mises en évidence par le panel et leur épitopes associés. Chaque colonne du panel correspond à un canal de détection de l'imageur Cell Dive (Y2, Y3, Y5 et Y7). Chaque ligne du panel correspond aux 4 anticorps du cycle correspondant.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PP_05

Résultats à long terme et facteurs de risque de la neuropathie amyloïde de novo après transplantation hépatique en domino

I. Kounis* ¹; C. Labeyrie ²; B. Roche ¹; R. Sobesky ¹; C. Cauquil ²; V. Algalarrondo ³;
D. Samuel ¹; D. Adams ²; C. Feray ¹; A. Coilly ¹

¹ Villejuif; ² Le Kremlin-Bicêtre; ³ paris

Introduction

La transplantation hépatique en domino est une stratégie visant à pallier la pénurie de greffons en transplantant le foie d'un patient atteint d'amylose familiale à transthyrétine à un autre patient souffrant d'une maladie hépatique terminale ou d'un cancer du foie. Toutefois, le risque de transmission de la maladie d'origine au receveur demeure une préoccupation.

Matériel et Méthodes

Cette étude rétrospective visait à évaluer le risque de transmission de la neuropathie amyloïde à transthyrétine aux receveurs, ainsi qu'à identifier les facteurs prédictifs associés à la transmission et à la survie globale après transplantation hépatique domino. L'étude a inclus des patients adultes ayant reçu un greffon hépatique provenant de donneurs atteints de neuropathie amyloïde héréditaire entre 1997 et 2022, avec une confirmation d'amylose par biopsie cutanée ou biopsie des glandes salivaires.

Résultats

Cette étude a porté sur 137 patients porteurs d'une transplantation hépatique en domino entre 1997 et 2022. L'incidence de la neuropathie amyloïde de novo a montré une augmentation progressive dans le temps : 4,8 % des patients présentaient des symptômes à 5 ans, et 20,8 % à 10 ans après la greffe. La mutation Tyr77 était associée à l'apparition de symptômes de neuropathie amyloïde de novo (HR = 1,80 ; IC 95 % : 1,00 à 3,22 ; p = 0,049), tandis que d'autres caractéristiques des donneurs ou des receveurs, telles que le début précoce de la maladie chez les donneurs ou la consommation d'alcool chez les receveurs, ne l'étaient pas. Les taux de survie étaient de 84,9 % à 5 ans et de 68,1 % à 10 ans après la transplantation. Le cholangiocarcinome (HR = 3,63 ; IC 95 % : 1,26 à 10,29 ; p = 0,017) et le CHC en dehors des critères de Milan (HR = 2,64 ; IC 95 % : 1,20 à 5,81 ; p = 0,016) sont apparus comme des facteurs indépendants de mauvais pronostic. Bien que la neuropathie amyloïde de novo touche 20 % des patients à 10 ans, elle ne contribue directement à la mortalité que dans 4,1 % des cas.



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

Cette étude suggère que les cliniciens devraient envisager la mise en place de protocoles de dépistage afin de détecter la neuropathie amyloïde de novo avant l'apparition des symptômes, et de la traiter à l'aide de stabilisateurs de la transthyrétine ou de thérapies à base de siRNA. Bien que la transplantation hépatique en domino reste une source de greffons dans un contexte de pénurie de greffes, une vigilance accrue est requise dans la sélection des receveurs, notamment en présence d'un cholangiocarcinome ou d'un CHC hors critères de Milan, qui constituent des facteurs majeurs de mauvais pronostic post-transplantation. Par ailleurs, d'autres indications à la transplantation hépatique, telles que la cirrhose décompensée avec un score MELD faible, méritent également d'être prises en compte.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PP_06

Identification de marqueurs diagnostiques à partir des empreintes spectrales infrarouges d'échantillons de bile chez des patients présentant une sténose biliaire due à un cholangiocarcinome extra-hépatique ou à un adénocarcinome pancréatique

S. Adam¹; V. Untereiner¹; R. Garnotel¹; G. Thiéfin¹; G.D. Sockalingum¹; E. Gigante*¹

¹ Reims

Introduction

Les sténoses des voies biliaires représentent un défi diagnostique pour distinguer les étiologies bénignes des étiologies malignes. Les sténoses malignes sont principalement causées par le cholangiocarcinome extra-hépatique (CCK) et le cancer du pancréas (PK). L'histopathologie et la cytologie des échantillons de bile sont des outils diagnostiques couramment utilisés en pratique clinique, mais leur sensibilité reste faible malgré une spécificité élevée. Cette étude visait à déterminer si les empreintes spectrales infrarouges des échantillons de bile pouvaient permettre de différencier efficacement les obstructions biliaires malignes des obstructions bénignes.

Patients et Méthodes

L'étude a analysé 198 échantillons de bile provenant de patients présentant une obstruction biliaire, incluant 39 cas de cholangiocarcinome (CCK), 53 cas de cancer du pancréas (PK) et 106 cas bénins. Les échantillons de bile ont été prélevés lors de cholangiopancreatographies rétrogrades endoscopiques (CPRE) à visée thérapeutique. Une spectroscopie infrarouge à haut débit (FTIR) a été utilisée pour analyser les échantillons, avec huit dépôts par patient sur des lames en silicium. Après acquisition spectrale, les spectres aberrants ont été exclus, puis le spectre moyen de chaque échantillon a été calculé, corrigé, transformé en dérivée seconde et normalisé. L'Analyse en Composantes Principales (ACP) et une segmentation par Hierarchical Cluster Analysis (HCA) ont été utilisées comme méthodes chimiométriques exploratoires pour analyser les données spectrales.

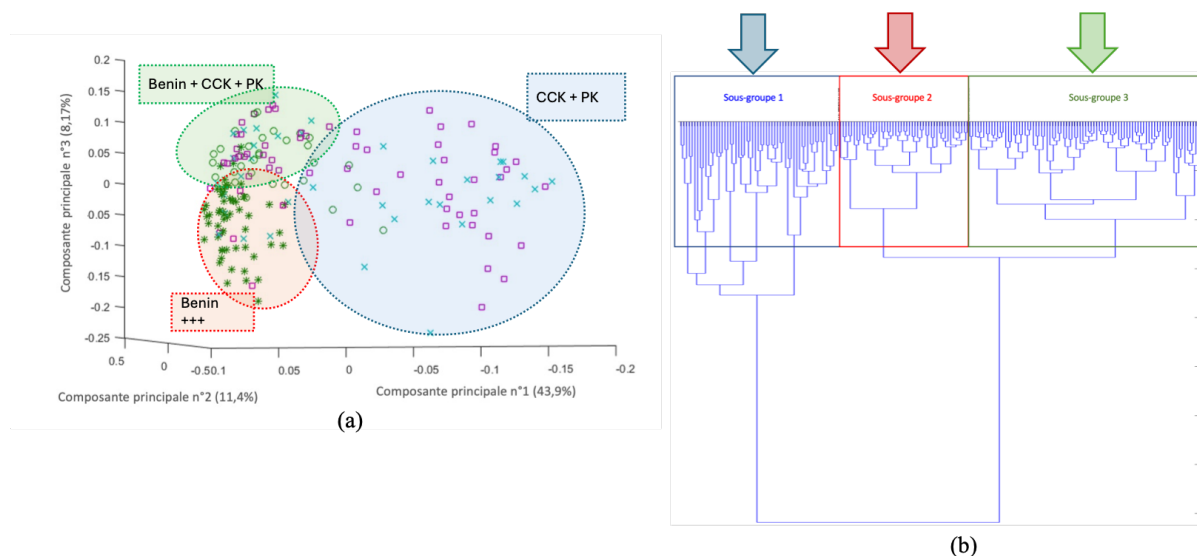
Résultats

Les analyses PCA et HCA ont permis d'identifier trois groupes spectraux distincts (Fig. 1): un groupe comprenant principalement des cas malins ; un groupe comprenant principalement des cas bénins ; et un groupe indifférencié. Des analyses séparées des cas de CCK et de PK ont révélé deux sous-groupes : l'un clairement distinct des cas bénins, et l'autre indifférencié. Cette segmentation peut être attribuée à la gravité du cancer, à l'intensité et à la durée de la cholestase affectant la composition biochimique de la bile, ainsi qu'aux différences clinico-biologiques entre les cas CCK et PK.

Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

Cette étude démontre le potentiel de l'analyse spectrale FTIR des échantillons de bile pour différencier les obstructions biliaires bénignes et malignes. Cependant, des analyses chimiométriques avancées sont nécessaires pour améliorer la performance diagnostique et faciliter l'intégration de cette méthode dans la pratique clinique.



ACP en 3D des spectres des patients bénins (G1:o /G2 : *) CCK (x) et PK (?) sur la gamme spectrale de 1800 à 800 cm⁻¹ (a) et dendrogramme de l'ensemble des spectres de l'étude avec n=198 (b)

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

Merci à DeepL et ChatGPT pour leur aide dans la traduction et la reformulation de ce résumé.



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PP_07

Pathologie numérique: apport pour le diagnostic et le pronostic de l'hépatite alcoolique sévère

M. Rudler* ¹; A. Lightstone ²; C. Li ²; L. Kara ¹; D. Thabut ¹; F. Charlotte ¹; V. Ratziu ¹; M. Petitjean ²

¹ Paris; ² Princeton

Introduction

L'hépatite alcoolique (HA) sévère est une forme grave d'atteinte hépatique liée à l'alcool, définie histologiquement par des signes non spécifiques chez des patients souvent atteints de cirrhose. Nous avons étudié si la matrice extracellulaire présentait des modifications phénotypiques distinctes chez les patients atteints d'HA sévère, susceptibles de confirmer le diagnostic et d'en déduire des biomarqueurs diagnostiques ou pronostiques spécifiques.

Matériel et Méthodes

Nous avons sélectionné des patients présentant une suspicion clinique d'HA sévère et un score de Maddrey $\geq$ 32 et ayant eu une biopsie hépatique transjugulaire pour confirmation histologique. Les biopsies colorées au trichrome de Masson ont été analysées à l'aide de FibroNest™, une plateforme de pathologie numérique monofibre haute résolution, afin de quantifier les caractéristiques de la fibrose regroupées en trois sous-phénotypes : quantité de collagène, morphométrie des fibres et complexité architecturale. Ces caractéristiques ont été agrégées dans le Ph-FCS, un biomarqueur continu de la sévérité de la fibrose. Les traits de fibrose divergents entre les patients avec (HA+) et sans (HA-) AH confirmée histologiquement ont également été calibrés dans un biomarqueur HA spécifique Ph-AHS.

Résultats

61 patients (45 hommes, âge moyen $52 \pm 12,4$ ans), MELD $26 \pm 5,7$, bilirubine $14,9 \pm 10 \text{ mg/dL}$, Maddrey 73 (34-177)) ont été inclus. Tous les patients avaient une cirrhose et 50 avaient une HA confirmée histologiquement. La médiane de Ph-AHS était plus élevée chez les 50 patients HA+ que chez les 11 HA- (4,86 vs 3,24, $p=0,002$), indiquant un phénotype de fibrose distinct dans l'HA. Les traits de fibrose les plus discriminants étaient liés au dépôt de collagène et à la morphométrie des fibres. Le Ph-AHS avait une AUROC de 0,80 (IC à 95 % : 0,66-0,91) pour le diagnostic d'HA avec sensibilité de 68 % et spécificité de 91 %, et un seuil optimal de 4,51. En revanche, la moyenne du biomarqueur Ph-FCS global de la fibrose était plus faible, mais sans différence significative entre les patients HA+ et HA- (5,3 vs 5,9 chez les HA+, $p=0,053$), avec un AUROC de 0,69 (IC à 95 % : 0,53-0,84), suggérant une charge fibrotique globale comparable malgré des différences phénotypiques sous-jacentes. Les patients atteints d'HA ayant survécu sans



Communications Affichées AFEF 2025

transplantation hépatique à 3 mois (n=30) présentaient un Ph-FCS médian légèrement inférieur (3,2 vs 4,0, $p=0,04$), suggérant un phénotype fibrotique plus sévère chez les patients non survivants.

Conclusion

Chez les patients atteints d'une maladie hépatique liée à l'alcool, la survenue d'une HA sévère coexiste avec un remodelage phénotypique distinct de la matrice fibrotique. La pathologie numérique permet de les identifier, et leur quantification, par le Ph-AHS, pourrait améliorer le diagnostic de l'HA sévère. Chez ces patients à un stade avancé de la maladie, le taux de fibrose n'est qu'un faible indicateur de survie.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PP_08

Efficacité et tolérance du Séladelpar chez les patients atteints de cholangite biliaire primitive précédemment traités par des fibrates ou de l'acide obéticholique

A. M. Villamil ¹; D. Pratt ²; A. E. Kremer ³; V. Calvaruso ⁴; E. Gómez Dominguez ⁵;
L. Meunier* ⁶; Q. Xin ⁷; S. Proehl ⁷; W. T. Barchuk ⁷; T. R. Watkins ⁷; S. C. Gordon ^{8,9}

¹ Buenos Aires; ² Boston; ³ Zurich; ⁴ Palermo; ⁵ Madrid; ⁶ Montpellier; ⁷ Foster City;

⁸ Detroit; ⁹ East Lansing

Introduction

Séladelpar (SEL) est un agoniste sélectif de PPAR-delta indiqué dans le traitement de la cholangite biliaire primitive en association avec l'acide ursodésoxycholique (AUDC) chez les patients présentant une réponse inadéquate à l'AUDC, ou en monothérapie chez les patients incapables de tolérer l'AUDC. RESPONSE est un essai clinique de phase 3, randomisé et contrôlé vs placebo évaluant SEL chez les patients présentant une réponse inadéquate/une intolérance à l'AUDC. Les patients ayant terminé l'étude RESPONSE étaient admissibles à l'étude ASSURE (NCT03301506), un essai de sécurité de phase 3, en ouvert et à long terme. Ici, nous décrivons les données après 18 mois de SEL (mois 6 d'ASSURE) chez les patients avec ou sans utilisation antérieure de fibrates ou d'acide obéticholique (OCA).

Matériel et Méthodes

Dans RÉPONSE, les patients ont reçu 10 mg de SEL par voie orale par jour ou un placebo; dans ASSURE les patients ont reçu 10 mg SEL en ouvert. L'utilisation des fibrates et de l'OCA était exclue pendant la durée de l'étude et un lavage de 6 semaines a été exigé avant l'inclusion dans RESPONSE. Les données ont été décrites pour les patients dans l'étude ASSURE avec ou sans utilisation antérieure de fibrates/OCA et selon qu'ils aient reçu du SEL (SEL en continu) ou un placebo (SEL en crossover) dans RESPONSE. L'efficacité comprenait le pourcentage de patients obtenant une réponse biochimique (phosphatase alcaline [PAL] < 1.67 × limite supérieure de la normale [LSN], diminution des PAL ≥ 15%, et bilirubine totale ≤ LSN). L'évaluation de la tolérance incluait les événements indésirables (EI) et les paramètres biologiques.

Résultats

Parmi les patients RESPONSE ayant poursuivi le traitement dans ASSURE (158), 16 patients SEL en continu et 11 patients SEL en crossover ont signalé une utilisation antérieure de fibrates/OCA (total, n = 27 ; 17 %) ; 88 patients SEL en continu et 43 patients SEL en crossover n'ont signalé aucune utilisation antérieure de fibrates/OCA (total, n = 131 ; 83 %). Au 18e mois, parmi les patients SEL en continu, 9/15 (60 %) des patients avec utilisation antérieure de fibrate/OCA ont obtenu une réponse biochimique contre 54/87 (62 %) des patients sans utilisation antérieure de



Communications Affichées AFEF 2025

fibrate/OCA. Parmi patients SEL en crossover, 7/11 (64 %) patients avec utilisation antérieure de fibrate/OCA contre 32/41 (78 %) patients sans utilisation antérieure de fibrate/OCA ont obtenu une réponse biochimique au mois 6 d'ASSURE. L'incidence des EI était similaire entre les groupes SEL en continu et SEL en crossover, indépendamment de l'utilisation antérieure d'OCA/fibrate ; aucun EI grave lié au traitement n'a été signalé.

Conclusion

Dans cette analyse intermédiaire d'ASSURE, les patients ayant déclaré une utilisation antérieure de fibrates/OCA ont obtenu une réponse biochimique soutenue similaire avec le SEL comparé aux patients n'ayant pas eu d'utilisation antérieure de fibrates/OCA. Le SEL apparaît sûr et bien tolérée dans ce sous-groupe de patients.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

Cette étude a été financée par Gilead Sciences. La rédaction médicale et le soutien éditorial ont été fournis par Stephanie Biedka, PhD, de Red Nucleus, et ont été financés par Gilead Sciences. La traduction de la version originale en anglais a été réalisée par Nicolas MARTIN, PhD.



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PP_09

Épidémiologie de l'hépatite auto-immune en France : résultats d'une étude nationale basée sur le SNDS

O. Miron De L'espina¹; S. Pierre-Antoine¹; D. Wendum¹; O. Chazouilleres¹;
C. Corpechot¹; S. Lemoine*¹

¹ Paris

Introduction

L'hépatite auto-immune (HAI) est une maladie rare de présentation variable pouvant survenir à tout âge de la vie. L'objectif de notre étude était de décrire l'épidémiologie de l'hépatite auto-immune en France

Matériel et Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective à partir du système national de données de santé (SNDS). Nous avons inclus les cas incidents d'hépatite auto-immune diagnostiquée entre 2011 et 2019 définis par un codage d'hépatite auto-immune et l'initiation d'un traitement par corticoïdes ou immunosuppresseurs. Nous avons exclu les patients avec antécédent de transplantation hépatique. Nous avons recueilli les caractéristiques des patients à l'inclusion : âge, sexe, cirrhose, hypertension portale, comorbidités hépatiques et générales. Les patients ont été suivis jusqu'à transplantation hépatique, décès, perte de vue ou fin de l'étude.

Résultats

Nous avons inclus 4018 patients nouvellement diagnostiqués pour une HAI dont 3574 adultes (88.9 %) et 444 enfants (11.1 %). Sur la période de 2011 à 2019, l'incidence de l'HAI était croissante avec 271 nouveaux cas en 2011 et 529 nouveaux cas en 2019. Concernant les adultes, il s'agissait principalement de femmes (72.2 %), à un âge moyen 55.8 ans (+/- 17.7), 15% avaient une cirrhose au diagnostic et 10.5 % une hypertension portale. 15.9% avaient une autre cause de maladie du foie associée, la première étant une cholangite biliaire primitive (7 %). 21 patients (0.6 %) avaient un diagnostic de cancer primitif du foie concomitant (carcinome hépatocellulaire ou cholangiocarcinome). Les patients étaient plutôt comorbides avec un score de Charlson médian de 3 (2 ; 5), un traitement antihypertenseur chez 35%, un traitement hypolipémiant chez 17% et un diabète chez 12%. Concernant les enfants, le sex ratio était plus équilibré avec 59.2% de filles, un âge moyen de 11.4 ans (+/-4.4). Les enfants avaient moins souvent une autre cause de maladie du foie (6.3 %). Au cours du suivi d'une durée médiane de 3 ans, sont survenus 401 décès (10 %) et 48 transplantations hépatiques (1.2%). La survie sans transplantation était de 88.9% à 8 ans.



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

Cette étude nationale confirme que l'hépatite auto-immune affecte plus souvent les femmes à un âge médian de 56 ans. Cette population bien que présentant des comorbidités hépatiques et générales présente un bon pronostic. D'autres analyses sont en cours pour décrire les différents traitements immunosuppresseurs reçus par ces patients et mesurer la proportion de patients considérés en rémission et ayant pu arrêter leur traitement immunosuppresseur.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PP_10

Efficacité et tolérance de l'odévixibat chez les patients adultes atteints de cholestase intrahépatique progressive familiale : résultats de l'étude de phase III PEDFIC2 en ouvert sur 72 semaines

S. Sissaoui* ¹; H.J. Verkade ²; J.M. Stoll ³; F. Lacaille ¹; E. Shteyer ⁴; Q. Ni ⁵; P. Nagraj ⁵; A. Ramirez Santiago ⁵; F. Elaraki ⁶; B. Roquelaure ⁷

¹ Paris; ² Groningen; ³ St. Louis; ⁴ Jérusalem; ⁵ Cambridge; ⁶ Boulogne-Billancourt;

⁷ Marseille

Introduction

Le traitement à long terme par odévixibat (ODX) a été bien toléré et a entraîné une amélioration significative du prurit ainsi qu'une réduction des acides biliaires sériques (ABs) chez les patients atteints de cholestase intrahépatique progressive familiale (PFIC), dans l'étude PEDFIC2 (NCT03659916) [1]. Cette analyse se concentre sur les patients adultes (≥ 18 ans) afin de mieux caractériser le bénéfice clinique du traitement prolongé par ODX.

Matériel et Méthodes

L'étude PEDFIC2 incluait des patients de tout âge et de tous types de PFIC. Ils ont reçu de l'ODX à 40 ou 120 $\mu\text{g/kg/jour}$. Les critères d'évaluation comprenaient la variation des ABs, la réponse aux ABs ($\leq 70 \mu\text{mol/L}$ ou réduction $\geq 70\%$ à la semaine 72) et la réponse au prurit (score de grattage ≤ 1 ou diminution ≥ 1 point). La tolérance à long terme a été évaluée.

Résultats

Sept patients adultes ont reçu de l'ODX dans l'étude PEDFIC2 (120 $\mu\text{g/kg/jour}$, $n=6$; 40 $\mu\text{g/kg/jour}$, $n=1$), dont cinq ont complété les 72 semaines de traitement (durée médiane : 84 semaines [intervalle : 24–119 semaines]). L'âge des patients allait de 18 à 26 ans au moment de l'inclusion; trois patients sur sept présentaient un déficit en FIC1, deux patients un déficit en BSEP, et deux patients une cholestase épisodique. À la dernière évaluation, les cinq patients évalués (FIC1, $n=3$; BSEP, $n=2$) présentaient une diminution des ABs. À la semaine 72, une réponse des ABs sous ODX a été observée chez deux patients (FIC1, $n=1$; cholestase épisodique, $n=1$). Trois patients (FIC1, $n=2$; BSEP, $n=1$) ont obtenu une réponse au prurit sous traitement avec un score de grattage passant de 3 à l'inclusion à ≤ 1 à la dernière évaluation; deux autres patients ont conservé un score similaire à celui de l'inclusion. Les deux patients présentant une cholestase épisodique avaient des taux de

ABs faibles et un prurit minimal à l'inclusion; aucun n'a rapporté d'exacerbation des symptômes pendant le traitement (durée d'exposition : 14 et 20 mois). Cinq des sept patients ont poursuivi le traitement avec le produit commercialisé, un patient a retiré



Communications Affichées AFEF 2025

son consentement après six mois, et un autre a été perdu de vue. La majorité des effets indésirables étaient d'intensité légère ou modérée et considérés comme non liés à l'ODX ; les plus fréquents étaient la diarrhée (n/N=3/7) et une carence en vitamine D (n/N=3/7). Deux patients ont présenté des troubles gastro-intestinaux légers possiblement ou probablement liés à l'ODX et trois patients ont eu des événements indésirables graves (arthrite septique streptococcique, déshydratation liée à une gastro-entérite, et pancréatite aiguë), tous considérés comme non liés à l'ODX.

Conclusion

Des améliorations cliniquement significatives du prurit et une réduction des ABs ont été observées sous ODX chez les adultes atteints de PFIC. Bien que fondées sur un petit effectif, ces données suggèrent que le profil d'efficacité et de tolérance de l'ODX chez l'adulte est cohérent avec les résultats antérieurs. Ces données justifient des investigations cliniques supplémentaires dans cette population.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

[1] Thompson RJ, et al. AASLD 2024. Abstract 5045



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PJ_01

Impact des complications cliniques liées au foie lors de la première hospitalisation sur le devenir des patients atteints de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire : une étude nationale française sur 13 ans

C. Delacôte* ¹; X. Lenne ¹; A. Louvet ¹; L.C. Ntandja Wandji ¹; A. Bruandet ¹; S. Deuffic-Burban ²; P. Mathurin ¹

¹ Lille; ² Paris

Introduction

Chez les patients atteints de cirrhose et/ou de carcinome hépatocellulaire (CHC), les décès hépatiques sont principalement liés au CHC dans les maladies hépatiques virales et métaboliques, et à l'insuffisance hépatocellulaire dans le cas de l'alcool. L'impact de la présence de ces complications à la 1^{ère} hospitalisation sur le devenir des patients reste à évaluer.

Matériel et Méthodes

Les données des patients hospitalisés entre 2011 et 2023 avec ≥ 1 code CIM-10 de cirrhose et/ou de CHC ont été extraites du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. Les probabilités de décès sur la période et lors de la 1^{ère} hospitalisation ont été estimées selon la présence de complications hépatiques (CHC ou insuffisance hépatocellulaire) et l'étiologie de la maladie hépatique (virale [VIR], alcool [ALC], syndrome métabolique [SM], autres).

Résultats

Entre 2011 et 2023, 219 587 / 543 208 (40,4%) patients avec cirrhose et/ou CHC sont décédés. 64,2% des décès étaient liés au foie. Lors de la 1^{ère} hospitalisation, 101 419 (18,7%) patients ont été admis pour des complications hépatiques. Cette probabilité était 1,7-1,8 fois plus élevée chez les patients VIR (21,3%) et ALC (20,0%) que SM (11,8%). Les décès hépatiques étaient plus fréquents chez les patients admis avec des complications hépatiques lors de la 1^{ère} hospitalisation (80% vs 60% en l'absence, $p < 0,01$).

A la 1^{ère} hospitalisation, l'insuffisance hépatocellulaire était plus fréquente que le CHC (13,5% vs. 5,2%). Parmi les 28 144 patients avec CHC, 7 767 (27,6%) ont également une insuffisance hépatocellulaire, plus fréquente pour ALC (34,7% vs. 23,5% pour VIR et 17,5% pour SM, $p = 0,02$). La probabilité de décès lors de la 1^{ère} hospitalisation était de 2,3%, et 17 fois plus élevée en cas d'admission pour complications hépatiques (10,0% vs. 0,6% en l'absence, $p < 0,01$), indépendamment de l'étiologie ($p = 0,81$). Les probabilités de décès au cours de la 1^{ère} hospitalisation étaient de 5,6% pour les patients avec CHC sans insuffisance hépatocellulaire, de 9,8% pour ceux avec insuffisance hépatocellulaire et de 22,4% pour ceux avec CHC et insuffisance hépatocellulaire ($p < 0,01$), indépendamment de l'étiologie ($p = 0,92$).



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

Sur les 543 208 patients avec cirrhose et/ou CHC, 40% sont décédés au cours des 13 ans étudiés, dont 64% de décès hépatiques. A la 1^{ère} hospitalisation, l'évènement hépatique en tant que cause d'hospitalisation était environ 2 fois moins fréquent pour SM que pour VIR et ALC. La 1^{ère} hospitalisation pour des complications hépatiques était associée à une probabilité de décès après l'admission de 10%, le risque le plus élevé étant observé chez les patients avec insuffisance hépatocellulaire et CHC (23%). Des changements dans la prise en charge des patients avec cirrhose et/ou CHC sont nécessaires pour améliorer leur devenir.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PJ_02

L'Echo endoscope : un outil indispensable dans la prise en charge des tumeurs primitives du foie ? Applications diagnostiques et thérapeutiques pratiques. Analyse rétrospective sur un an d'activité d'endo hépatologie. Etude monocentrique

A. Gonzalez* ¹; F. Sellier ¹; O. Pietri ¹; M. Caviezel ¹; M. Bourlière ¹; X. Adhoute ¹;
P. Castellani ¹

¹ Marseille

Introduction

Il existe des interrelations entre les tumeurs primitives du foie et l'hypertension portale (HTP) (1). Les critères de BAVENO ne sont plus applicables dans ce contexte (2). Les thérapeutiques utilisées sont à risque de majorer l'hypertension portale et ses complications. L'écho-endoscopie haute d'hypertension portale (EEH d'HTP) permet d'avoir une analyse plus directe du système porte avec une étude hémodynamique doppler et la réalisation de ponctions diagnostiques ou thérapeutiques dans le champ de l'échoendoscope. Quelle pourrait être sa place dans la prise en charge des tumeurs primitives hépatiques ?

Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique basée sur le recueil de données de 299 patients ayant bénéficiés d'une EEH d'HTP d'avril 2024 à mai 2025. Les données sur l'indication de l'examen, la présence d'une tumeur primitive hépatique (CHC ou cholangiocarcinome intra hépatique CCK IH) et la réalisation d'un geste endoscopique ont été recueillies.

Résultats

Parmi les 299 patients, 48 patients (16%) étaient porteurs d'une tumeur primitive hépatique (44 CHC et 4 CCK IH). Le dépistage de l'hypertension portale était réalisé systématiquement chez chaque patient avec recherche des varices œsophagiennes endo, péri, para luminales et les perforantes ainsi que les varices gastriques et duodénales. La recherche d'une splénomégalie, anomalie du parenchyme hépatique, d'un thrombus portal et mesure de la vitesse du flux porte (cm/s) était également systématique. Enfin, une mesure du débit veineux azygos était pratiquée en fin d'examen. Au cours de l'endoscopie, des gestes ont été réalisés dans le même temps : parmi les 44 patients porteurs d'un CHC, 12 (27%) ont pu bénéficier d'une ponction de thrombus portal, 10 (22%) de lésion hépatique, et 3 (7%) d'une adénopathie. Un encollage des perforantes œsophagiennes a été réalisé chez 3 d'entre eux (7%), un traitement de varices gastriques / duodénales avec injection de coils et colle chez 2 (4%) et enfin une mesure directe du gradient pour 2 d'entre eux (4%). Pour les CCK IH (8%), l'endoscopie a consisté principalement en un dépistage

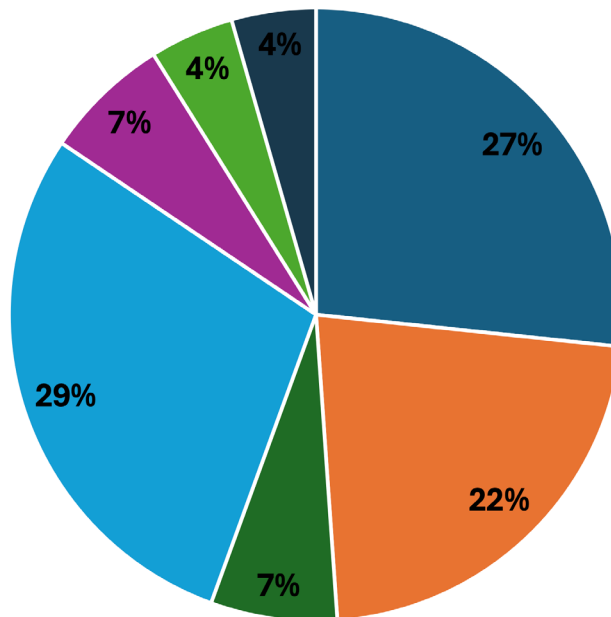


Communications Affichées AFEF 2025

d'hypertension portale seule (75%), un patient a bénéficié de la ponction d'une adénopathie.

Conclusion

L'EEH d'HTP, pour les tumeurs primitives hépatiques, permet d'avoir une approche de dépistage et quantification de l'hypertension portale précise et reproductible mais également une utilisation diagnostique et thérapeutique. Son avantage est la possibilité de coupler ces trois axes en un seul examen pour une prise de décision "à la carte" afin d'améliorer la prise en charge des patients dans des situations souvent complexes.



- Ponction thrombus portal
- Ponction lésion hépatique
- Ponction adénopathie
- Dépistage hypertension portale seule
- Encollage perforantes oesophagiennes
- Traitement endoscopique des varices gastriques / duodénales
- Mesure directe du gradient



Du 24 au 26 septembre 2025 Paris - Beffroi de Montrouge

Communications Affichées AFEF 2025

Graphique 1 : Gestes réalisés au cours de l'EEH HTP chez les patients porteurs d'un carcinome hépato cellulaire (CHC) n = 44

	CHC n = 44	CCK IH n = 4
Ponction thrombus portal (TP) n = (%)	12 (27)	0
Ponction TP contributive n = (%)	11 (91)	NA
Ponction lésion hépatique (LH) n = (%)	10 (22)	0
Ponction LH contributive n = (%)	9 (90)	NA
Ponction adénopathie n = (%)	3 (7)	1 (25)
Ponction adénopathie contributive n = (%)	3 (100)	1 (100)
Dépistage hypertension portale seule n = (%)	13 (29)	3 (75)
Encollage perforantes œsophagiennes n = (%)	3 (7)	0
Traitement endoscopique des varices gastriques / duodénales n = (%)	2 (4)	0
Mesure directe du gradient n = (%)	2 (4)	0

Tableau 1: Gestes réalisés au cours de l'EEH HTP chez les patients porteurs d'une tumeur primitive hépatique CHC : Carcinome hépatocellulaire CCK IH : Cholangiocarcinome intra hépatique

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, Reiberger T, Ripoll C; Baveno VII Faculty. Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension. J Hepatol. 2022 Apr;76(4):959-974. doi: 10.1016/j.jhep.2021.12.022. Epub 2021 Dec 30. Erratum in: J Hepatol. 2022 Jul;77(1):271. doi: 10.1016/j.jhep.2022.03.024. PMID: 35120736; PMCID: PMC11090185.

Allaire M, Rudler M, Thabut D. Portal hypertension and hepatocellular carcinoma: Des liaisons dangereuses.... Liver Int. 2021 Aug;41(8):1734-1743. doi: 10.1111/liv.14977. Epub 2021 Jun 28. PMID: 34051060.



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PJ_03

Concordance entre les recommandations Baveno VII et la pratique clinique dans la prise en charge de l'hypertension portale des patients cirrhotiques : résultats d'une enquête nationale

M. Delhomme* ¹; C. Bureau ²; G.P. Pageaux ¹; D. Thabut ³; L. Meunier ¹

¹ Montpellier; ² Toulouse; ³ Paris

Introduction

L'hypertension portale (HTP) est un déterminant majeur de la morbi-mortalité au cours de la cirrhose. Le diagnostic et la prise en charge reposent sur les recommandations du consensus de Baveno VII. Ils requièrent l'intégration simultanée de nombreux paramètres les rendant complexes à appliquer. Cela participe à l'hétérogénéité des pratiques et conduit à une sous-utilisation de ces stratégies validées. Dans ce travail, nous avons cherché à mesurer l'adhésion aux recommandations de Baveno VII.

Matériel et Méthodes

Un questionnaire en ligne anonyme a été diffusé le 20 avril 2025 auprès des hépato-gastroentérologues Français. Il comportait 13 cas cliniques qui couvrent les principales situations décrites dans les recommandations. Pour chacun d'entre eux, le répondant devait choisir une conduite à tenir sur 3 points décisionnels clefs : la stratification de l'HTP, l'indication à une endoscopie oeso-gastroduodénale, et l'indication éventuelle à un traitement prophylactique par bêta-bloquant non cardio-sélectif (BBNCS) ou ligature des varices œsophagiennes (LVO). Les réponses aux questions avaient été préalablement validées par des experts dans le domaine de l'HTP.

Résultats

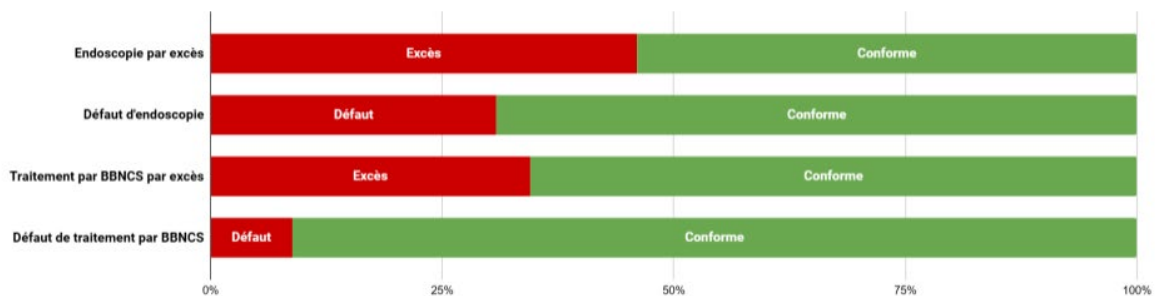
100 hépato-gastro-entérologues issus de 13 régions françaises ont répondu : 22 internes, 28 seniors non spécialisés en hépatologie et 50 spécialistes. L'enquête est toujours en cours. Le taux d'adhésion global aux recommandations était de 59% (2322 réponses correctes pour 3900 au total). Les écarts observés sur les trois points décisionnels clés étaient les suivants : 34% pour la stratification de l'HTP, 42% pour l'indication de fibroscopie, et 45% pour l'indication d'un traitement prophylactique. 46 % des fibroscopies étaient prescrites par excès tandis que 31 % étaient omises malgré une indication formelle. Les BBNCS étaient prescrits par excès dans 53% des cas et omis dans 10 % des situations où ils étaient indiqués. Les plus grands écarts entre les répondants (en moyenne $52 \pm 7,8$ % de discordance), concernaient les scénarios qui requièrent l'interprétation conjointe d'une élasticité hépatique intermédiaire ou élevée et du taux de plaquettes.



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

L'application des recommandations Baveno VII est hétérogène, en particulier dans les situations qui requièrent l'intégration simultanée de plusieurs paramètres. Un algorithme décisionnel automatisé pourrait éliminer ces écarts, optimiser l'utilisation des ressources et ainsi constituer une stratégie efficace pour améliorer la prise en charge de l'HTP chez le patient cirrhotique.



Adhérence aux recommandations Baveno pour la fibroscopie et l'indication d'un traitement bêtabloquant

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PJ_04

CD44 et cellules stellaires hépatiques : un nouveau duo impliqué dans la fibrose hépatique

A. Strazzulla* ¹; D. Rousseau ¹; S. Bonnafous ¹; M. Fajolles ¹; A. Jacquel ¹; F. Soysouvanh ¹; S. Patouraux ¹; A. Tran ¹; R. Anty ¹; C. Luci ¹; P. Gual ¹

¹ Nice

Introduction

La fibrose hépatique, conséquence des lésions chroniques du foie, conduit à la cirrhose et à ses complications. Elle est favorisée par une inflammation persistante et par l'activation des cellules stellaires hépatiques (CSH), responsables du dépôt de collagène. CD44, une glycoprotéine exprimée par les cellules immunitaires et les CSH, est impliquée dans diverses pathologies inflammatoires, mais son rôle dans la fibrose hépatique reste mal connu. Nous avons donc évalué sa contribution dans la fibrose hépatique chez la souris et chez l'humain, ainsi que son impact sur les fonctions des CSH.

Patients et Méthodes

L'expression hépatique de CD44 a été évaluée dans des modèles murins de fibrose et à partir de bases de données publiques réalisées sur des biopsies hépatiques de souris et de patients atteints de maladies chroniques du foie (GSE135251; 10.1016/j.jhepr.2024.101223). Son rôle a été étudié chez des souris invalidées pour CD44 et dans une lignée de cellules stellaires hépatiques humaines (LX2).

Résultats

Nous rapportons dans cette étude que CD44 est préférentiellement exprimé dans les CSH dites initiatrices chez la souris et l'homme. De plus, un enrichissement de son expression a été observé dans différents modèles murins de fibrose (CCL4, Western Diet...). D'autre part, l'invalidation de CD44 exerce un effet protecteur contre les lésions hépatiques et la fibrose induite par un régime occidental. Dans la lignée cellulaire LX2, la diminution de l'expression de CD44 augmente les voies impliquées dans la cicatrisation des plaies, la régulation des métalloprotéinases matricielles et des réponses inflammatoires mises en évidence par RNAseq. Cette diminution augmente aussi la migration cellulaire et la sécrétion de médiateurs inflammatoires, notamment IL8, CCL2 et CXCL1. Cet environnement sécrétoire est fortement amplifié après une stimulation au LPS et semble réduire la polarisation pro-fibrogénique des macrophages dérivés de monocytes humains en réponse à l'IL4. L'inhibition de CD44 réduit également l'activation des cellules LX2 médiée par une stimulation au TGFβ, comme l'a montrée la diminution de l'expression des médiateurs pro-fibrogéniques *Acta2*, *Pdgfr* et *Col1a1*.



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

Collectivement, ces données pourraient suggérer un rôle important de CD44 dans la pathogenèse de la fibrose hépatique en régulant la migration, l'activation et le profil sécrétoire des cellules stellaires hépatiques.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

Ce travail a été soutenu par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR-22-CE14-0027-01).



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PJ_05

Sténoses biliaires bénignes opérées mimant un cholangiocarcinome péri-hilaire – Résultats de l'étude multicentrique Mimicck du groupe recherche ACHBPT

M. Alaux* ¹; A. Marichez ²; S. Tzedakis ³; R. Brustia ⁴; D. Sommacale ⁴; R. Rhaïem ⁵; P. Zimmermann ⁵; P. Addeo ⁶; C. Dananai ⁷; S. Chopinet ⁸; H. Jeddou ⁹; B. Le Floch ⁹; C. Maulat ¹⁰; F. Borie ¹¹; P. Peyrafort ¹²; L. Chiche ²; A. Herrero ¹

¹ Montpellier; ² Bordeaux; ³ Paris; ⁴ Créteil; ⁵ Reims; ⁶ Strasbourg; ⁷ Lille; ⁸ Marseille; ⁹ Rennes; ¹⁰ Toulouse; ¹¹ Nîmes; ¹² Tours

Introduction

La distinction préopératoire entre cholangiocarcinome péri-hilaire et sténose biliaire bénigne reste complexe, malgré la réalisation d'imagerie pré-opératoire et l'utilisation accrue de cytologie/histologie. La cholangite à IgG4, cause de certaines lésions bénignes, se traite efficacement par corticothérapie. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'incidence de ces lésions bénignes et d'identifier les facteurs cliniques, biologiques ou radiologiques prédictifs.

Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude multicentrique rétrospective comparant les patients ayant bénéficié d'une hépatectomie majeure pour suspicion de cholangiocarcinome péri-hilaire, selon que le diagnostic final histologique sur pièce opératoire soit malin ou bénin. Les données recueillies comprenaient les caractéristiques cliniques, les antécédents, les paramètres biologiques, les données morphologiques, les complications postopératoires, ainsi que la nature histologique finale. Une régression logistique multivariée a permis d'identifier les facteurs de risque associés.

Résultats

Au total 570 patients issus de 12 centres ont été inclus, dont 24 (6%) présentaient une lésion bénigne. Parmi eux, 6 cas (18%) étaient des cholangites à IgG4. Néanmoins, le dosage préopératoire des IgG4 n'avait été réalisé que chez 23 % des patients du groupe lésion bénigne. Comparativement aux patients avec lésion maligne, ceux avec lésion bénigne présentaient un indice de masse corporelle significativement plus élevé (26 kg/m² vs 24 kg/m² ; p=0,027) et une hypertension artérielle plus fréquente (68% vs 37% ; p<0,001). Le bilan hépatique était moins perturbé : la bilirubinémie, à la fois avant et après drainage, était significativement plus basse dans le groupe lésion bénigne (p<0,001). La classification de Bismuth différait entre les deux groupes, avec une prédominance de lésions de type IIIb dans le groupe lésion bénigne et de type IIIa dans le groupe lésion maligne (p<0,001). L'atteinte portale radiologique était moins fréquente dans le groupe lésion bénigne (15% vs 31% ; p=0,054). En postopératoire, la morbidité sévère (Clavien-Dindo ≥ 3) était moindre dans le groupe lésion bénigne (20% vs 38% ; p=0,043). En revanche,



Communications Affichées AFEF 2025

aucune différence significative n'était observée concernant la mortalité à 90 jours, qui s'élevait à 12% dans les deux groupes.

Conclusion

Cette étude multicentrique révèle que 6% des patients opérés pour suspicion de cholangiocarcinome péri-hilaire présentaient une lésion bénigne. Ces patients présentaient des caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques spécifiques, ainsi qu'une mortalité non négligeable (12%). Ces éléments pourraient orienter la prise en charge préopératoire et limiter les chirurgies inutiles, notamment par la répétition raisonnée d'examens diagnostiques, sans retarder celle-ci. Une attention particulière au dosage des IgG4 semble justifiée.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PJ_06

Transplantation hépatique pour VHB en France : étude de la prophylaxie antivirale sur 1083 patients

I. Bienvenue* ¹; O. Roux ²; A. Coilly ³; A. Abergel ⁴; T.M. Antonini ¹; T. Artzner ⁵; F. Chermak ⁶; F. Conti ⁷; S. Dharancy ⁸; C. Duvoux ⁹; L. Elkrief ¹⁰; M.A. Farrugia ¹¹; C. Francoz ²; B. Giguët ¹²; J. Hardwigsen ¹³; P. Houssel Debry ¹²; M.N. Hilleret ¹⁴; N. Kamar ¹⁵; M. Latournerie ¹⁶; M. Meszaros ¹⁷; S. Radenne ¹; B. Roche ³; E. Salame ¹⁰; D. Weil Verhoeven ¹⁸; D. Samuel ³; F. Zoulim ¹; J. Dumortier ¹; F. Villeret ¹

¹ Lyon; ² Clichy; ³ Villejuif; ⁴ Clermont-Ferrand; ⁵ Strasbourg; ⁶ Pessac; ⁷ Paris; ⁸ Lille; ⁹ Créteil; ¹⁰ Tours; ¹¹ Nice; ¹² Rennes; ¹³ Marseille; ¹⁴ Grenoble; ¹⁵ Toulouse; ¹⁶ Dijon; ¹⁷ Montpellier; ¹⁸ Besançon

Introduction

La transplantation hépatique (TH) est indiquée en cas de complication d'une infection par le virus de l'hépatite B (VHB) : hépatite fulminante (ALF), cirrhose décompensée ou carcinome hépatocellulaire (CHC) récidivant. La prophylaxie antivirale post-TH repose sur les immunoglobulines anti-HBs (HBIG) et analogues nucléos(t)idiques (NUC). Les recommandations de prophylaxie antivirale ont évolué ces dernières années, avec une réduction de la durée d'administration des HBIG. L'objectif de notre étude est de décrire et d'évaluer l'efficacité de la prophylaxie antivirale post-TH en France.

Matériel et Méthodes

Cette étude multicentrique rétrospective a inclus les patients adultes transplantés avec un AgHBs positif (+/- coinfectés par le VHD) entre le 01/01/2005 et le 31/12/2023 pour ALF, cirrhose compliquée ou non de CHC. La récurrence du VHB post-TH est définie par une charge virale VHB positive.

Résultats

Au total, 1083 patients ont été inclus, pour une majorité d'hommes (82%) avec un âge médian à l'inscription sur liste de TH de 52.8 [42.5; 59.8] ans. La principale étiologie de TH était le CHC pour 47%, suivi de la cirrhose décompensée pour 41,2%, de l'ALF (9,4%) puis des CHC sans cirrhose (1,4%). Lors de l'inscription sur liste de TH, 37% des patients étaient sous Ténofovir, 33% sous Entécavir, 23% des patients n'avaient pas de traitement et 7% avaient un autre NUC. Lors de la TH, 19.7% avaient une charge virale VHB quantifiable (avec une charge virale médiane de 3,5 LogUI/ml), 4.4% une charge virale VHB détectable non quantifiable et 75.9% avaient une charge virale VHB indétectable.

Le délai médian de suivi après TH était de 6 [2.2-11.1] ans. Parmi les patients traités par une bithérapie HBIG + NUC initialement, 206 (30%) ont arrêté les HBIG au cours du suivi avec un délai médian d'arrêt par rapport à la TH de 4 [1.9-7.3] ans. A la fin

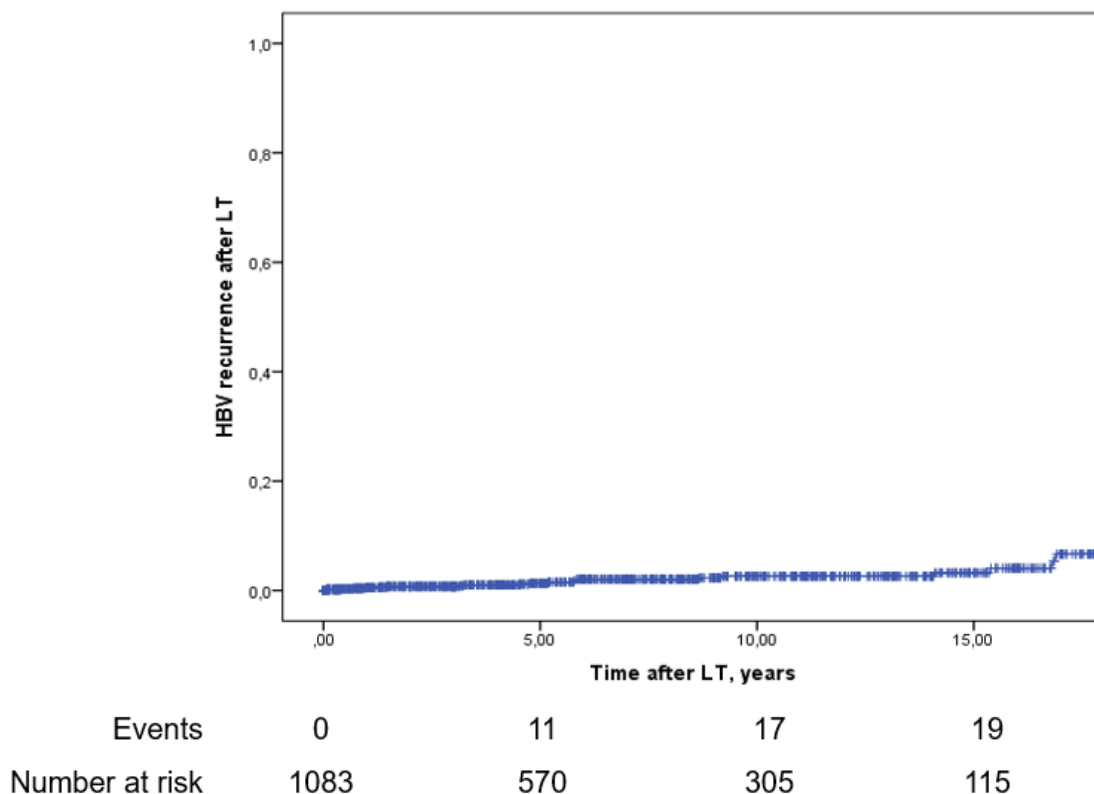
Communications Affichées AFEF 2025

de l'étude, 50% des patients recevaient encore une bithérapie par HBIG + NUC, 47% un traitement par NUC seul et 2% par HBIG seules. Le seul facteur retrouvé en analyse multivariée pour le maintien de la double prophylaxie HBIG+NUC est la coinfection avec le VHD ($p=0.034$). Au total, 22 patients ont réactivé le VHB après la TH. L'incidence cumulée de réactivation du VHB après TH était estimée à 4,1% à 15 ans de la TH.

La survie globale des patients à 1, 5, 10 et 15 ans était de 89,9%, 76,4%, 66,4% et 54,5%, respectivement. Les deux principales étiologies de décès étaient la récurrence du CHC (27%) et les causes infectieuses (24%). L'ADN VHB à la TH n'était pas retrouvé comme facteur de risque de mortalité post-TH.

Conclusion

La récurrence de l'hépatite B est très rare, estimée à 4,1% à 15 ans de la TH. Le schéma de prophylaxie antivirale est hétérogène entre les différents centres et souvent différente des recommandations actuelles, avec en particulier un maintien d'une bithérapie HBIG + NUC au long cours.



Courbe d'incidence de la récurrence du VHB



Communications Affichées AFEF 2025

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

Je remercie l'ensemble des centres de transplantation hépatique français de leur collaboration.



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PJ_07

Thrombose étendue de la veine porte chez les patients cirrhotiques transplantés hépatiques : résultats d'une étude rétrospective multicentrique nationale

R. Barusseau* ¹; B. Giguet ²; Y. Chouik ³; F. Ilias ⁴; M. Magdalena ⁵; S. Dharancy ⁶; F. Conti ⁷; H. Larrue ⁸; M.N. Hilleret ⁹; C. Besch ¹⁰; T. Artzner ¹¹; D. Weil Verhoeven ¹²; C. Bureau ⁸; F. Durand ¹³; G.P. Pageaux ⁵; A. Coilly ⁴; J. Dumortier ³; P. Houssel Debry ²; B. Guiu ⁵; P. Bucur ¹⁴; V. Rolle ¹; C. Silvain ¹; L. Elkrief ¹⁵

¹ Poitiers; ² Rennes; ³ Lyon; ⁴ Villejuif; ⁵ Montpellier; ⁶ Lille; ⁷ Paris; ⁸ Toulouse; ⁹ Grenoble; ¹⁰ Strasbourg Cédex 2; ¹¹ Strasb; ¹² Besançon; ¹³ Clichy; ¹⁴ Chambray-lès-tours; ¹⁵ Tours

Introduction

La thrombose de la veine porte (TVP) peut compromettre la faisabilité de la transplantation hépatique (TH), surtout en cas de TVP étendue (grade $\geq$ III selon Yerdel) ou d'un cavernome. Le traitement repose sur les anticoagulants en première intention. La mise en place d'un TIPS doit être envisagée en cas d'échec du traitement anticoagulant. Les objectifs étaient donc d'évaluer dans une large série de patients en attente de TH ayant une TVP étendue (i) le taux de d'amélioration/résolution sous anticoagulants, (ii) la place du TIPS et (iii) les résultats de la TH.

Matériel et Méthodes

Étude rétrospective menée dans 12 centres français de TH. Tous les malades atteints de cirrhose et présentant une TVP du tronc porte étendue (Yerdel grade $\geq$ III) ou un cavernome au moment de l'inscription et/ou de la TH, entre 2010 et 2023 ont été inclus. Les patients présentant un envahissement vasculaire tumoral étaient exclus. Nous avons analysé (i) la proportion et les facteurs associés à l'amélioration ou résolution de la TVP selon les critères VALDIG-PVT sous anticoagulants, (ii) l'accès au TIPS et (iii) la survie après TH.

Résultats

Dans les 12 centres participants, 1308 patients cirrhotiques présentaient une TVP (données CRISTAL), dont 131 une TVP étendue ou un cavernome du tronc porte après relecture.

35 patients avaient une TVP étendue (71 % d'hommes, IMC médian 27 kg/m², cirrhose alcoolique ou MetALD dans 44 % des cas). Le MELD médian à l'inscription était de 15 [14–18], 46 % avaient une « composante expert ». Un cavernome porte était présent dans 62 %, des calcifications veineuses dans 42 %, et la TVP était récente (< 6 mois) dans 32 % des cas. Un shunt spontané de grande taille était observé dans 77 % des cas. 21 patients (60 %) ont reçu des anticoagulants, une



Communications Affichées AFEF 2025

amélioration était obtenue chez 29 %, plus fréquente en cas de TVP récente (80 % vs 40 %, $p = 0,01$). Un cavernome (40 % vs 72 %, $p = 0,08$) et des calcifications (20 % vs 52 %, $p = 0,23$) étaient associés à une absence d'amélioration, bien que la différence ne soit pas statistiquement significative. Parmi les 6 patients ayant eu un TIPS avant TH, seulement 3 ont présenté une reperméabilisation. Parmi les 35 patients, 6 n'avaient ni CHC, ni MELD >15, ni d'encéphalopathie hépatique. 26 patients avaient une TVP étendue au moment de la TH. Les anastomoses réalisées étaient porto-/mésentérico-porte, gastro-porte, réno-porte et hémi-transposition cave chez 15 (60%), 2 (8%), 7 (28%) et 1 (4%) patients, respectivement. Une complication sévère (Clavien-Dindo grade ≥ 3) survenait chez 21 malades (81 %). 11 malades (42 %) sont décédés ou ont été re-transplantés dans l'année suivant la TH.

Conclusion

La TVP étendue reste un facteur de morbi-mortalité majeur après TH. La recanalisation pré-TH est donc un enjeu majeur. Le taux d'amélioration sous anticoagulants pré-TH est faible, et le recours au TIPS est limité, suggérant qu'il est envisagé tardivement. Le bénéfice du TIPS pour améliorer les résultats de la TH devra être évalué par des études contrôlées.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

Je tiens à remercier chaleureusement l'ensemble des centres de transplantation qui m'ont accueilli pour le recueil des données. Leur disponibilité, leur confiance et leur collaboration ont été essentielles à la réalisation de ce travail.

Talwar A et al. Preoperative portal vein recanalization-transjugular intrahepatic portosystemic shunt for chronic obliterative portal vein thrombosis: Outcomes following liver transplantation. *Hepatol Commun.* juill 2022;6(7):1803-12.

Bhangui P et al. Novel classification of non-malignant portal vein thrombosis: A guide to surgical decision-making during liver transplantation. *J Hepatol.* 1 nov 2019;71(5):1038-50.



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PJ_08

Évolution de l'étiologie, de la présentation, de la prise en charge et du pronostic du carcinome hépatocellulaire (CHC) au sein d'un centre tertiaire

L. Carmarans* ¹; A. Gonzalez ¹; F. Sellier ¹; O. Pietri ¹; P. Castellani ¹; M. CAVIEZEL ¹;
V. Oules ¹; M. Bourlière ¹; X. Adhoute ¹

¹ Marseille

Introduction

L'incidence du CHC, 1^{ère} cause de tumeur maligne du foie, est en augmentation, en lien avec des facteurs de risques courants, comme une consommation d'alcool, une hépatite virale ou un syndrome métabolique (1). Ces dernières années ont été marquées par des progrès dans le dépistage, le traitement des hépatites virales, dans traitements locorégionaux et systémiques du CHC. En parallèle, le système Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) s'est imposé comme référence, avec un algorithme qui a su évoluer au fil du temps, avec désormais la possibilité d'une prise en charge personnalisée(2).

Matériel et Méthodes

Etude rétrospective sur données anonymisées au sein d'une cohorte (n=1040) avec analyse comparative sur 3 périodes (2007 - 2012, n= 395) vs (2013 - 2018, n=401) vs (2019 - 2023, n=244). Un Lead Time (Temps d'avance diagnostic) a été estimé afin d'ajuster le temps du diagnostic entre les groupes.

Résultats

L'âge moyen des patients était comparable sur les trois périodes (68.2 (10.7) ans), de même que le sex-ratio. Inversement, l'IMC était plus élevé dans une période plus récente (26.7 (4.6)) et l'indice du performance. L'étiologie virale diminuait de manière significative au cours des trois périodes, contrairement à l'étiologie métabolique. La proportion de patients avec cirrhose était comparable (88%), mais on retrouvait plus de patients avec une fonction hépatique préservée dans une période plus récente et moins d'hypertension portale. La stadification BCLC différait avec plus CHC précoces dans une période plus récente (45% vs 36% vs 33%), plus souvent unifocaux, moins souvent infiltrants, mais un plus grand diamètre tumoral comparable.

Après un suivi moyen de 26.1 (32.8) mois, la survie globale (SG) médiane était de 12.9 (4.0-31.8) mois (2007-2012) vs 15.1 (4.0-56.9) (2013 – 2018) vs 19.8 (4.4-nd) mois (2019-2023) (p=0.0005) (Fig 1). Le Lead Time augmentait au fil du temps. La SG médiane des patients avec étiologie virale ou non était plus importante dans une période plus récente. La SG des patients avec un CHC stade A était plus élevée dans une période plus récente.

Communications Affichées AFEF 2025

La SG des patients traités par résection ou ablation était comparable au fil du temps, mais on notait une augmentation de la SG médiane des patients ayant reçu un traitement systémique dans une période plus récente, et de ceux traités par chimioembolisation avec moins de procédures au cours du temps.

Conclusion

Notre évaluation sur trois périodes confirme des changements dans l'étiologie, la présentation, et le pronostic des patients avec CHC, dont le pronostic s'améliore au cours du temps, en lien notamment avec une augmentation des procédures thérapeutiques curatives. Elle suggère un meilleur dépistage avec plus de tumeurs classées précoces et des patients ayant une meilleure fonction hépatique et moins d'hypertension portale au diagnostic.

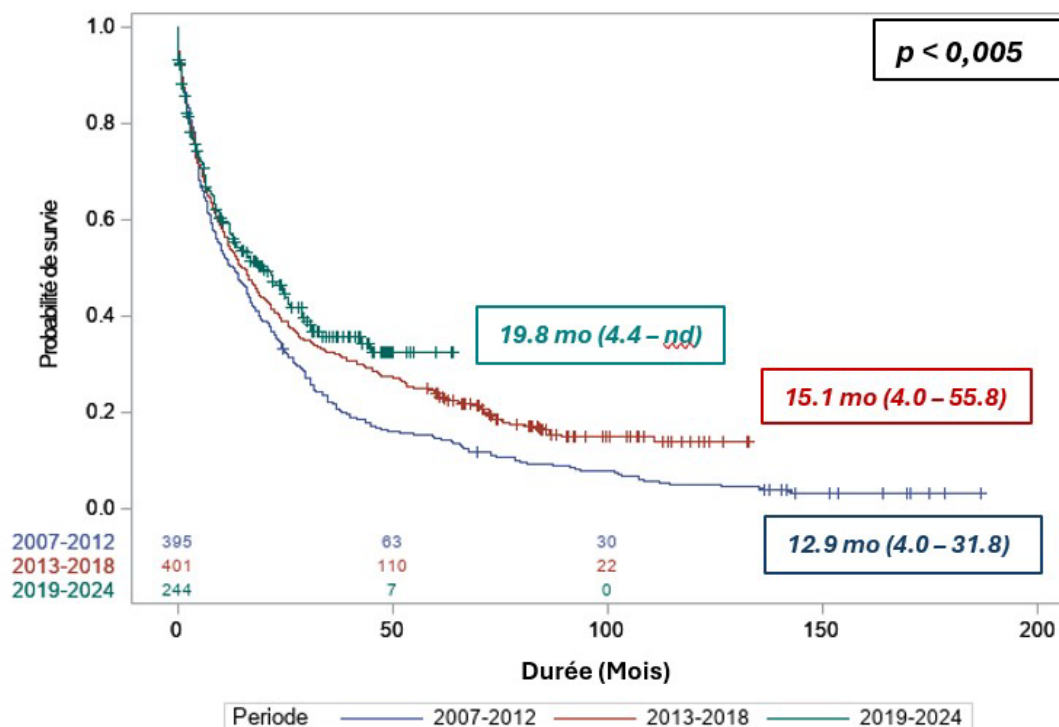


Figure 1 : Survie globale selon Kaplan-Meier selon la période.

Figure 1 : Survie globale selon Kaplan-Meier selon la période. Survie globale selon Kaplan-Meier selon la période.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Références

Reig M, Forner A, Rimola J, Ferrer-Fàbrega J, Burrel M, Garcia-Criado Á, et al. BCLC strategy for prognosis prediction and treatment recommendation: The 2022 update. J Hepatol. mars 2022;76(3):681-93.

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. mai 2021;71(3):209-49.



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PJ_09

Radiothérapie Interne Sélective Combinée à l'Immunothérapie (RIS-ICI) dans le carcinome hépatocellulaire (CHC) localement avancé : une série pilote occidentale

A. Vlasceanu* ¹; C. Hobeika ¹; C. Hollande ²; M. Dioguardi Bugio ¹; V. Leclerc ¹; S. Dokmak ²; J. Gregory ¹; N. Beghdadi ¹; A. Cubisino ¹; A. Beaufrère ¹; V. PARADIS ¹; F. Durand ¹; R. Lebtahi ¹; V. Vilgrain ¹; M. Ronot ¹; M. Lesurtel ¹; Y. Ben Merabet ¹; M. Bouattour ¹

¹ Clichy; ² paris

Introduction

La combinaison d'une radiothérapie interne sélective (RIS) avec des inhibiteurs de points de contrôle immunitaires (ICI) a potentiellement un effet synergique dans le carcinome hépatocellulaire (CHC). Nous rapportons une série pilote monocentrique évaluant la faisabilité, la sécurité et l'efficacité de cette combinaison (RIS-ICI) dans une population en intention de traiter (ITT).

Matériel et Méthodes

Entre 2019 et 2025, des patients atteints de CHC localement avancé non résécable et considérés (en réunion de concertation pluridisciplinaire) éligibles pour RIS-ICI ont été inclus. Les patients OMS ≥ 2 , un stade BCLC D, une atteinte hépatique $>50\%$, ou une invasion de la veine porte tronculaire/controlatérale ont été exclus.

L'immunothérapie (ICI) consistait en une association d'Atezolizumab/Bevacizumab ou Durvavumab/Tremelimumab. La SIRT incluait une première phase de simulation au ^{99m}Tc-MAA et une dosimétrie Y-90 partitionnée. La réponse RECIST a été évaluée 6 mois après la RIS. La survie globale (SG) et la survie sans progression (SSP) ont été estimées avec la méthode Kaplan-Meier. Les variables continues sont rapportées sous forme de médiane (IQR).

Résultats

69 patients (âge médian : 69 ans (62-78) et hommes dans 85,5% des cas) ont réalisé au moins la phase de simulation et ont reçu 11 (4-22) cycles d'ICI au total. La RIS précédait l'ICI dans 65,2% des cas. 76,8% des patients avaient une hépatopathie sous-jacente alcoolique (34,7%), virale (33,2%) ou MASLD/metALD (13,0%) avec une cirrhose F4 dans 69,5% des cas. La taille et le nombre de tumeurs étaient respectivement de 61 mm (35-87) et 2 (1-4). Après une durée de suivi médiane de 36,1 mois (IC95%:30,9-43,3), la SG et SSP était de 28,0 (IC95%: 23,5-42,2) et 16,1 (IC95%: 20,5-36,1) mois. La RIS a pu être effectuée dans 73,9% des cas (RIS-ICI complète), et la charge tumorale initiale n'influçait pas sa réalisation (Tableau). Parmi les 18 patients n'ayant pas eu de RIS après la simulation, 9 avaient une absorption insuffisante de ^{99m}Tc-MAA, 2 avaient un shunt pulmonaire et 6 présentaient des complications ou une progression entre les deux phases. Les patients ayant eu une RIS-ICI complète était en réponse complète, partielle, stable et



Communications Affichées AFEF 2025

progression dans 8,2%, 34,6%, 28,6% et 28,6% des cas. Ces patients présentaient une SG et une SSP de 29,6 (IC95%: 26,0-NA) et 18,8 (IC95%: 15,4-24,7) mois (Figure). 8 patients ont été convertis à la chirurgie (15,6%) après une durée médiane de 9 mois (7,19-15,9) ; tous ont eu des marges saines. Une réponse histologique complète était présente chez 50% des patients et les autres avaient un résidu tumoral compris entre 5 et 40%.

Conclusion

RIS-ICI permet un contrôle de la maladie dans 71,4% des cas permettant la conversion chirurgicale chez 15,6% des patients. Ces résultats encouragent l'évaluation prospective de RIS-ICI chez des patients sélectionnés atteints de CHC localement avancé.

Tableau : Analyse multivariée (régression logistique) des facteurs associées à la complétion de la RIS (RIS-ICI complète).			
Variables	Rapport de côtes	Intervalle de confiance à 95%	P-value
Facteurs associés à la charge tumorale initiale			
AFP (log ₁₀) ng/mL	1,05	0,63-1,76	0,85
Taille tumorale maximum (mm)	1,01	0,99-1,03	0,27
Nombre de tumeurs	1,49	0,86-2,60	0,16
Invasion portale (Vp≥1)	1,04	0,25-4,30	0,96
CHC bi-lobaires	0,57	0,11-2,92	0,50
Caractéristiques démographiques			
Age (années)	0,97	0,92-1,03	0,29
Sexe masculin	0,51	0,07-3,45	0,49
Cirrhose (F4)	1,40	0,26-7,55	0,69

Tableau : Analyse multivariée (régression logistique) des facteurs associées à la complétion de la RIS (RIS-ICI complète).

Communications Affichées AFEF 2025

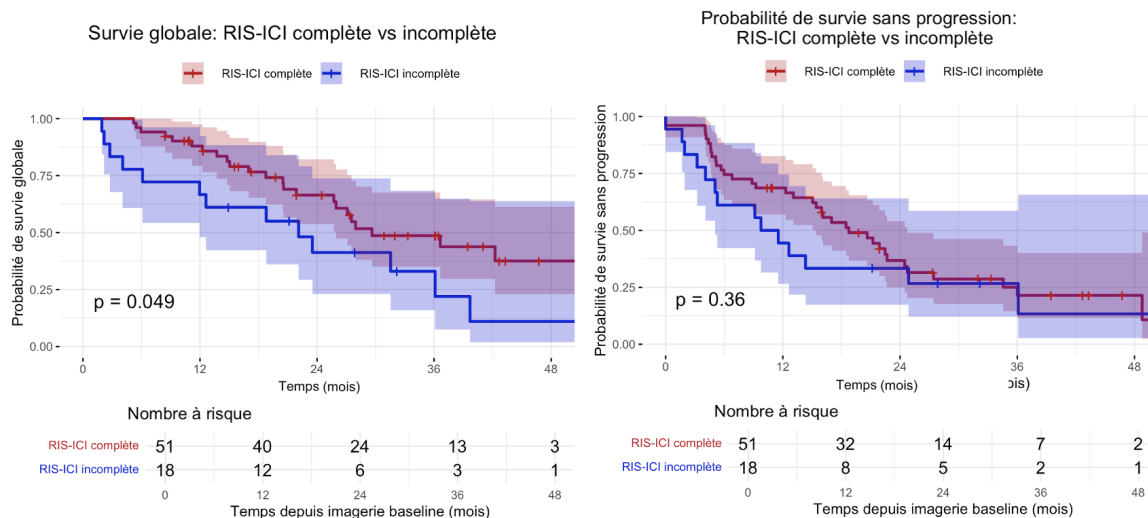


Figure: Survie globale (SG) et survie sans progression (SSP) selon la réalisation de la RIS-ICI

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° PJ_10

Étude d'association basée sur le séquençage de l'exome du locus SERPINA1 avec approche de type « Reverse Phenotyping » : identification de nouveaux variants à effet dominant associés aux marqueurs biologiques hépatiques

M. Silva Rodriguez ¹; M. Mulot ¹; C. Chéry ¹; M. Bensenane-Oussalah ¹; R.M. Guéant-Rodriguez ¹; R. Jaussaud ¹; A. Cobat ²; F. Feillet ¹; F. Namour ¹; J.L. Guéant ¹; J.P. Bronowicki ³; A. OUSSALAH* ¹

¹ Vandœuvre-lès-Nancy; ² Paris; ³ Vandoeuvre-lès-nancy

Introduction

Bien que plusieurs variants génétiques de SERPINA1 aient déjà été décrits comme pathogènes dans des approches orientées par le phénotype, aucune donnée n'était disponible jusqu'ici sur les approches orientées par le génotype pour ce locus. Cette étude visait à caractériser les profils cliniques et biologiques hépatiques de patients porteurs de variants non bénins de SERPINA1.

Matériel et Méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective de « génotypage inverse » (genotype-first) fondée sur le séquençage de l'exome, à partir des données structurées des dossiers médicaux informatisés de patients consécutifs inclus entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 janvier 2022. Les associations statistiques ont été analysées à l'aide de modèles fréquentistes et bayésiens, puis validées dans la cohorte UK Biobank.

Résultats

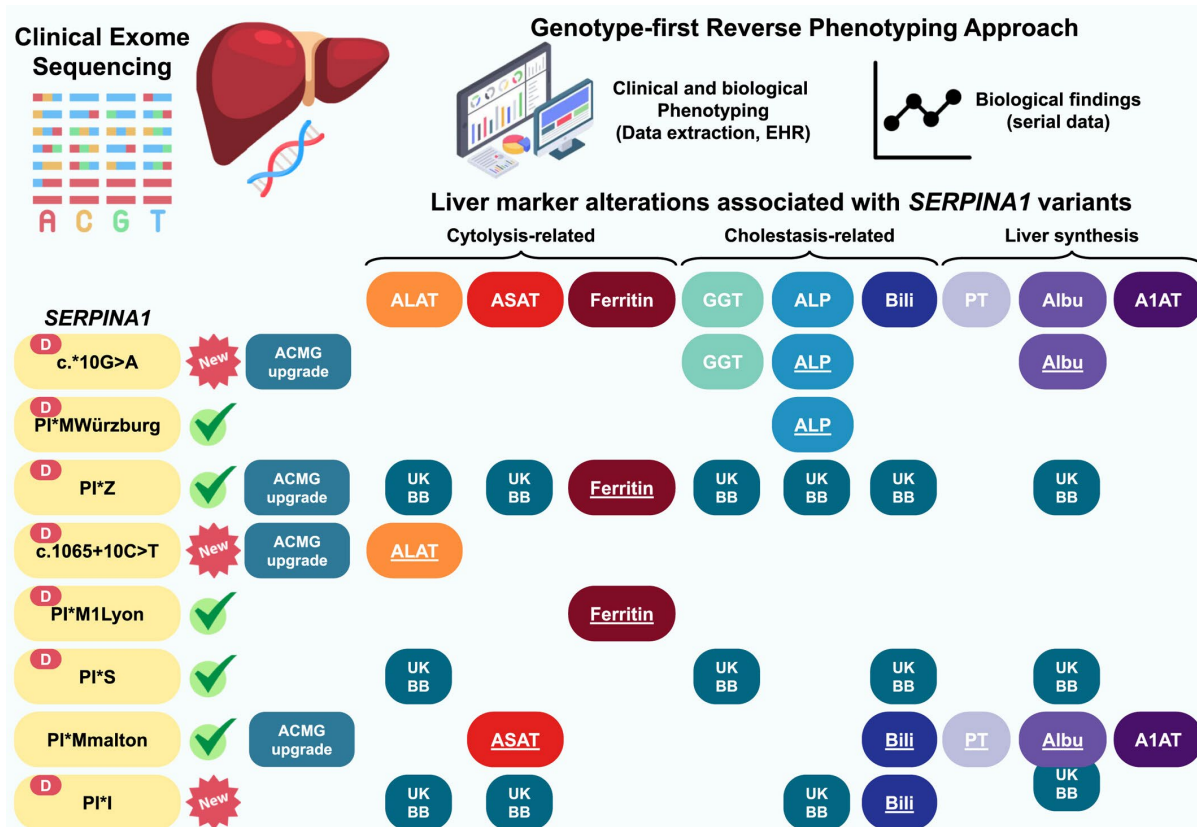
Parmi les 1 377 patients analysés, 15 variants SERPINA1 classés comme non bénins ont été identifiés chez 217 patients (15,7 %). Des données détaillées étaient disponibles pour 126 patients (âge médian : 41,5 ans ; 52,4 % d'hommes). Une atteinte hépatique, une hyperferritinémie et un emphysème pulmonaire ont été observés respectivement chez 32,5 % (41/126), 23 % (29/126) et 5,6 % (7/126) des patients. La durée médiane de suivi était de 1,3 an et comprenait 1 085 observations biologiques. Nous avons confirmé les associations déjà décrites avec les variants p.Glu366Lys, p.Pro393Ser, p.Ala308Ser, p.Glu288Val et p.Phe76del. Trois nouvelles associations génotype-biomarqueur ont été mises en évidence : c.*10G>A, c.1065+10C>T et p.Arg63Cys. Les données de la UK Biobank ont confirmé des associations significatives au niveau du gène et des variants, notamment pour ceux identifiés dans notre étude, qui se classent dans le décile supérieur des associations statistiques.

Conclusion

Cette étude souligne l'intérêt d'une approche genotype-first pour caractériser les manifestations hépatiques des variants non bénins de SERPINA1. Elle révèle de

Communications Affichées AFEF 2025

nouvelles associations génotype-biomarqueur et suggère la pertinence d'un dépistage génétique de *SERPINA1* chez les patients présentant des anomalies hépatiques inexpliquées.



Résumé graphique. Vue d'ensemble de l'approche de phénotypage inverse orientée par le génotype à partir des données d'exome, ciblant le gène *SERPINA1*. Le schéma illustre les principales voies physiopathologiques impliquées, notamment la cytolyse, la cholestase et la synthèse hépatique, parallèlement au phénotypage clinique et biologique basé sur l'extraction de données et une approche d'association à l'échelle de l'exome. Les éléments clés comprennent la reclassification de variants selon les critères ACMG et les résultats issus de données sériées portant sur des marqueurs hépatiques d'importance. Les coches vertes signalent une association significative entre le variant *SERPINA1* et le biomarqueur hépatique. Les textes soulignés indiquent un niveau élevé de preuve d'association selon une analyse bayésienne. Les bulles "ACMG upgrade" correspondent à des rehaussements de la classification de la pathogénicité du variant sur la base du critère PS4 des recommandations ACMG. La bulle "UKBB" représente une association confirmée entre le variant *SERPINA1* et le biomarqueur hépatique dans l'étude de réplcation in silico menée à partir de la UK Biobank. La bulle "D" désigne un effet phénotypique dominant de certains variants sur les marqueurs hépatiques. Les icônes ont été créées à l'aide de FlatIcon (<https://www.flaticon.com/>).



Communications Affichées AFEF 2025

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

Silva Rodriguez M, Mulot M, Chéry C, Bensenane M, Guéant-Rodriguez RM, Jaussaud R, Cobat A, Feillet F, Bronowicki JP, Namour F, Guéant JL, Oussalah A. Exome-based genotype-first reverse phenotyping using structured electronic health record data identifies novel SERPINA1 variants associated with liver markers and demonstrates a dominant effect for specific variants on liver phenotype. Hepatol Res. 2025 May 13. doi: 10.1111/hepr.14203. Epub ahead of print. PMID: 40359317.



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_01

Prévalence de la fibrose hépatique avancée et individualisation des facteurs de risque associés par analyse bayésienne chez les patients atteints de MASLD dans trois réseaux de santé cardio-métaboliques

M. DOFFOEL* ¹; F. Chaffraix ¹; A. Chahard ¹; D. Gras ¹; O. Bonomi ²; C. Bildstein ³; S. Tripon ¹; M. Royant ¹; N. Meyer

¹ Strasbourg; ² Obernai; ³ Colmar

Introduction

La maladie stéatosique hépatique associée à un dysfonctionnement métabolique (MASLD) est en pleine expansion et constitue un enjeu majeur de santé publique, notamment en raison du risque de progression de la fibrose hépatique vers la cirrhose.

Matériel et Méthodes

Une étude prospective, transversale et observationnelle a été menée d'octobre 2020 à juin 2022 dans trois réseaux cardio-métaboliques. Outre les composants du syndrome métabolique, les paramètres suivants ont été étudiés : l'âge, le sexe, la consommation régulière d'alcool (inférieure à 30g/j chez l'homme et à 20g/j chez la femme) et de tabac, l'activité physique et le score cardio-vasculaire. L'objectif était de préciser la prévalence de la fibrose hépatique avancée (F3-F4) chez les patients atteints de MASLD et d'identifier les facteurs de risque associés. L'évaluation de la fibrose et de la stéatose a été réalisée par élastographie impulsionnelle (FibroScan®). L'analyse statistique a utilisé la régression logistique bayésienne.

Résultats

Parmi les 744 patients inclus consécutivement dans les trois réseaux de santé cardio-métaboliques, 712 ont été analysés après exclusion des échecs techniques et des résultats ininterprétables du FibroScan®. Il existait une majorité de femmes (68 %), et une forte prévalence de l'obésité (84 %) et du diabète de type 2 (31%). Une MASLD était présente chez 81 % des patients. Une fibrose hépatique avancée était observée chez 11 % des patients, plus fréquemment chez les hommes (16,9 %) que chez les femmes (7,5 %) (différence 9,4 [4,3 - 15,0]). La stéatose sévère était également plus fréquente chez les hommes (74,9%) que chez les femmes (63,4%) (différence 11,4 [4,2 - 18,2]). Parmi l'ensemble des paramètres étudiés, l'analyse bayésienne a identifié trois facteurs associés au risque de fibrose avancée : le sexe masculin (OR = 1,78 [1,17 - 2,68]), le diabète de type 2 (OR = 1,54 ; [1,00 - 2,37]) et l'hypertriglycémie (OR = 1,49 ; [0,97 - 2,27]).



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

La fibrose avancée est fréquente dans les réseaux de santé cardio-métaboliques. Ainsi, le dépistage systématique de la fibrose est justifié chez les patients suivis dans de tels réseaux.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

Nous remercions l'ensemble des professionnels de santé et du secteur médico-social des trois réseaux de santé et du centre expert.



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_02

La diffusion du rendu systématique des résultats du FIB-4 par les laboratoires d'analyses médicales a-t-elle un impact sur la prescription du FIB-4 par le médecin généraliste ?

M. DOFFOEL* ¹; F. Chaffraix ¹; L. Barrand ¹; C. Bronner ²; M. Royant ¹; S. Ludwig ¹;
R. Akrimi-Molier ¹; A. Saviano ¹; L. Pain ³

¹ Strasbourg; ² Strasbourg; ³ Nancy

Introduction

Si le FIB-4 est un marqueur reconnu dans l'évaluation de la fibrose hépatique, ses indications restent discutées. Le but de ce travail a été de préciser l'impact du rendu systématique des résultats du FIB-4 par les laboratoires d'analyses médicales (LAM) de ville sur la prescription du FIB-4 par le médecin généraliste (MG) dans un même territoire.

Matériel et Méthodes

De juillet 2023 à décembre 2024, les résultats du FIB-4 ont été communiqués systématiquement aux MG par les LAM de ville dès lors qu'un dosage des transaminases et qu'une numération plaquettaire étaient prescrits. L'interprétation des résultats du FIB-4 était également communiquée dans le rendu d'analyse. Durant l'année 2024, les FIB-4 prescrits par un MG en raison d'une suspicion de maladie chronique du foie ont été recensés.

Résultats

Durant les 18 mois du programme 685 417 FIB-4 chez des patients âgés de 18 à 70 ans ont été enregistrés de façon automatique par 156 LAM appartenant à 4 groupements différents du même territoire. La valeur du FIB-4 était > à 2,67 chez 10 440 patients faisant suspecter une fibrose avancée F3-F4 (1,52%). 89% des patients appartenaient à la tranche d'âge 50-70 ans. Dans cette tranche d'âge 2,52 % des patients avaient un FIB-4 > 2,67. La valeur du FIB-4 était < à 1,3 chez 539 589 patients (78,72%). Une valeur comprise entre 1,3 et 2,67 était retrouvée chez 135 388 patients (19,75%). Les pourcentages de répartition des FIB-4 en trois classes n'ont pas varié entre les trois semestres.

Durant l'année 2024, 6 054 FIB-4 ont été prescrits par un MG du même territoire pour une suspicion de maladie stéatosique du foie liée à un dysfonctionnement métabolique, alors que 501 178 ont été enregistrés de façon automatique. La proportion FIB-4 prescrits/ FIB-4 automatiques a varié de 0,42% à 1,79% en fonction du groupement de laboratoires. La proportion n'a pas évolué entre les deux semestres de l'année 2024 (respectivement 1,20% et 1,22%).



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

La diffusion du rendu systématique des résultats du FIB-4 par les LAM a un impact limité sur la prescription du FIB-4 par le MG. L'impact complémentaire de campagnes d'information et de programmes de formation reste à préciser.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

Nous remercions l'ensemble des laboratoires d'analyses médicales et des professionnels de santé et institutionnels impliqués.

Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_03

La PCR rapide sur site permet un diagnostic virologique chez presque tous les usagers de drogues suivis dans 3 CAARUD CSAPA mais son incidence annuelle ne diminue pas au cours des 3 dernières années dans ces établissements

D. Ouzan* ¹; E. Le Tallec ²; B. Blasi ³; N. Camerlo ³; T. Namouni ³; J. Dupuis ²; M. Le Brun ²; S. Chevaliez ⁴

¹ , Saint-Laurent-du-Var; ² Marseille; ³ Nice; ⁴ Créteil

Introduction

L'éradication de l'infection par le VHC passe par l'élimination l'infection à VHC chez les usagers de drogues (UD). Cependant, le nombre d'UD dépistés et traités pour l'hépatite C reste faible. De nombreux UD sont perdus de vue après un diagnostic sérologique. La mesure de la charge virale par PCR rapide à partir de sang capillaire (Xpert® HCV Viral Load Finger stick) permet d'obtenir un résultat en 1 heure et d'augmenter le pourcentage d'UD PCR+ qui pourraient bénéficier d'un traitement. La mesure de l'évolution de l'incidence annuelle de la PCR rapide instaurée depuis mars 2021 a été utilisée pour définir la réduction de l'infection à VHC dans cette population

Matériel et Méthodes

A partir du 1er mars 2021, date de la mise en place de la PCR rapide sur site, tous les UD séropositifs pour le VHC (préalablement connus ou détectés à l'aide d'un TROD ciblant le VHC, VHB et VIH) suivis dans 3 CAARUD/CSAPA se sont vus proposer une PCR rapide (Xpert HCV Viral Load Finger stick), directement sur site. Si la PCR VHC était positive, un traitement était proposé. L'objectif de cette étude était de mesurer l'incidence annuelle de la charge virale C mesurée directement sur site par PCR rapide, sur les 3 dernières années chez les UD suivis dans 3 établissements médicaux sociaux (CAARUD/CSAPA : 2 à Nice et 1 à Marseille).

Résultats

De mars 2021 à 2024, 413 UD ont été inclus : 183 la 1-ère , 120 la 2-ème et 110 la 3-ème année : 80 % d'hommes avec un âge moyen de 43 ans, 85 sans droits sociaux, 103 sans domicile fixe, 198 déclaraient avoir injecté : héroïne, crack, autres, 175 avoir inhalé : cocaïne, crack, autres , et 235 une consommation excessive d'alcool, 185 recevaient un traitement de substitution. La sérologie VHC a pu être documentée chez 180 des 183 UD suivis la 1-ère année, chez 118 des 120 UD la 2-ème année et chez 107 des 110 UD la 3-ème année. Elle était positive chez respectivement 85 (47 %), 60 (51 %) et 49 (46 %) d'entre eux. 82/85 sujets anti-VHC la 1-ère, 59/60 la 2-ème et 46/49 la 3-ème année ont accepté de réaliser une PCR rapide. L'incidence annuelle de la positivité de la PCR était respectivement de 16%, de 21% et de 16% au cours de chacune de ces 3 années .



Communications Affichées AFEF 2025

Un traitement anti-VHC a été instauré chez 18 des 29 UD PCR + la 1^{ère} année, 12 des 25 UD PCR+ la 2^{ème} et chez 12 des 18 UD PCR+ la 3^{ème} année . Six sur 11, 11 sur 13 et 4 sur 6 UD PCR + pendant chacune de ces 3 années n'ont pu être traités car ils n'avaient pas accès à des droits sociaux.

Conclusion

L'incidence annuelle de la charge virale C sur une période de 3 ans à partir de 2021 chez les UD suivis dans 3 établissements médico-sociaux ne diminue pas et reste relativement élevée. Si la réalisation d'une PCR rapide sur site permet presque toujours d'obtenir un diagnostic virologique, il serait nécessaire pour atteindre une éradication virale, d'être en capacité de traiter tous usagers de drogues PCR positifs et en particulier ceux qui n'ont pas accès à des droits sociaux.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_04

ARN0 - Expérience de ReLink VHC nationale dans le monde libéral

D.J. Ouizeman* ¹; P. Halfon ²; Y. Ehrhard ³; D. Ouizeman ⁴; P. Dufour ⁵; B. Hanslik ³

¹ Nice; ² Marseille; ³ Montpellier; ⁴ Haïfa; ⁵ Lyon

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé a fixé pour objectif l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) pour 2030. L'identification et le rappel des patients infectés par le VHC est une stratégie pour mener à bien une partie de cet objectif. Le but de cette étude était de retrouver des patients encore virémiques non traités, par l'intermédiaire des laboratoires de biologie médicale.

Matériel et Méthodes

318 laboratoires d'analyses médicales, répartis sur plusieurs régions françaises, issus de 2 groupes, ont cherché dans leurs bases de données les patients dont le dernier ARN VHC connu était positif. Ces patients étaient contactés par téléphone et répondaient à des questions prédéfinies. Un appel au médecin prescripteur était réalisé en cas d'échec de contact avec le patient. Après information et avec leur accord, les patients non encore traités étaient orientés vers un hépatologue de proximité pour débiter un traitement. Les patients contactés à T0 étaient recontactés à M6 pour connaître l'évolution de leur situation.

Résultats

1902 patients correspondant au critère d'inclusion ont été retrouvés. 56 % d'homme, d'âge moyen $59,6 \pm 15,0$ ans. 543 patients ont pu être directement contactés. Les données de 200 patients ont été récupérées en appelant le médecin prescripteur. Après exclusion des patients refusant de transmettre leurs données ou perdus de vue, les données de 654 patients (34,5 %) étaient exploitables. Dans cette population, 303 patients étaient déjà traités (46,3 %), 94 étaient en cours ou en attente de traitement (14,4 %), et 257 n'avaient entamé aucune démarche thérapeutique (39,3 %). Sur les 257 patients non encore traités, 165 ont accepté d'être orientés pour débiter un traitement (64,2%). Parmi ces patients recontactés à M6, on note 28 patients ayant terminé leur traitement (17,0 %), 29 patients en cours ou en attente de traitement (17,6 %), 43 patients n'avaient toujours entamé aucune démarche thérapeutique (26,1 %) et 65 patients n'ont pas répondu (39,4 %).

Conclusion

La stratégie de reprise de contact des patients par téléphone fonctionne. Il s'agit de la première expérience de ce type dans le monde libéral. Alors que les antiviraux directs sont aisément disponibles depuis plusieurs années, ce screening à large



Communications Affichées AFEF 2025

échelle et ce mode de contact a permis d'identifier un certain nombre de patients perdu de vue, à qui un retour dans un parcours de soin a pu être proposé.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

Remerciement à l'ensemble des hépatologues du CREGG, HGE et biologistes libéraux qui ont appelé et reçu les patients dans le cadre du projet.



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_05

Caractérisation de la relation entre la perte d'AgHBs et l'élévation d'ALT pendant le traitement par bepirovirsén chez les patients atteints d'hépatite B chronique

S. Metivier* ¹; L.M. Shen ²; R. Elston ³; L. Maynard ³; D. Theodore ⁴; M. Paff ⁵;
D. Lakshminarayanan ⁵; M. Hu ⁶; L. Felton ⁷

¹ Toulouse; ² Waltham; ³ Stevenage; ⁴ Durham; ⁵ Colledgeville; ⁶ Shanghai; ⁷ Londres

Introduction

Dans les études de phase 2b B-Clear et B-Together, le traitement par l'oligonucléotide antisens bepirovirsén (BPV), seul, ou avec des analogue nucléos(t)ides (NUC), ou en séquentiel avec de l'interféron (Peg-IFN), a négativé l'antigène de surface (AgHBs) et l'ADN du virus de l'hépatite B (VHB). Dans les deux études, des participants ont eu des augmentations transitoires de l'alanine aminotransférase (ALT) associées aux réductions de l'AgHBs. Ceci suggère que l'augmentation d'ALT reflète une réponse thérapeutique au BPV, plutôt que celui de l'activité de la maladie ou de lésions induites par le BPV chez les patients atteints d'une infection chronique par le VHB. Cette analyse post-hoc vise à caractériser la relation entre l'augmentation d'ALT et le déclin d'AgHBs pendant le traitement par BPV chez les participants sous NUC des études B-Clear et B-Together.

Matériel et Méthodes

Dans B-Clear, les participants (sous NUC ou non) étaient randomisés (3:3:3:1) dans 4 groupes de traitement. Dans le groupe 1, ils ont reçu 300 mg de BPV une fois par semaine (QW) pendant 24 semaines (plus doses de charge aux jours 4 et 11). Dans l'étude B-Together, les participants sous NUC ont été randomisés 1:1 dans 2 bras de traitement. Dans le groupe 1, ils ont reçu 300 mg de BPV QW (plus doses de charge aux jours 4 et 11) pendant 24 semaines, suivis d'un maximum de 24 semaines de Peg-IFN 180 µg QW. Dans les deux études, à la sélection, les participants devaient présenter ALT ≤ 2 fois LSN. Les participants sous NUC les ont poursuivis tout au long des deux études. Cette analyse post hoc décrit la relation entre les augmentations d'ALT et les diminutions d'AgHBs pendant la période de traitement par le BPV dans le groupe 1 des deux études.

Résultats

L'analyse a porté sur 68 participants de B-Clear sous NUC et 55 participants de B-Together. L'AgHBs initial moyenne (écart-type) était respectivement de 3,29 (0,62) et de 3,34 (0,56) log₁₀ UI/mL. La plupart des participants à l'analyse avaient des taux d'ALT de base ≤ LSN (B-clear : 91 % [n = 62/68] ; B-together : 93 % [51/55]). Les participants qui, pendant la période de traitement par le BPV avaient les plus forts taux d'augmentation maximale d'ALT avaient les diminutions les plus importantes de l'AgHBs, dans les deux études. Dans B-Clear, tous les participants présentant une



Communications Affichées AFEF 2025

augmentation de ≥ 10 fois de l'ALT ($n = 8$) pendant le traitement par BPV ont eu une réduction de ≥ 3 log de l'AgHBs, et la plupart (88 % [$n = 7/8$]) ont perdu l'AgHBs. Dans B-together, tous les participants présentant une augmentation de ≥ 10 fois de l'ALT ($n = 7$) pendant le traitement par BPV ont eu une réduction de $\geq 2,5$ log de l'AgHBs, et 71 % ($n = 5/7$) ont perdu l'AgHBs. Une perte d'AgHBs a aussi pu être observée chez les participants n'ayant pas eu d'élévation d'ALT ou une élévation limitée.

Conclusion

Les réductions d'AgHBs pendant le traitement par le BPV peuvent être obtenues avec ou sans élévation d'ALT. Dans les 2 études la majorité des participants qui ont présenté une élévation d'ALT de ≥ 10 fois par rapport à la ligne de base ont négativé l'AgHBs.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

Cette étude a été présentée à l'APASL 2025.

Financement : GSK (209668/209348).



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_06

Impact de la négativation de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) sur les résultats cliniques à long terme chez des patients de Hong Kong atteints d'une infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) : une étude de cohorte rétrospective

T. Asselah* ¹; I. Gillespie ²; M. Drysdale ³; L. Antunes ⁴; C. Camarinha ⁴; A. Chan ⁵; W. Lau ^{5,3}; C. Lee ³; L. Mak ⁵; X. Sun ³; D. Theodore ⁶; I. Wong ⁵

¹ Clichy; ² Stevenage; ³ Londres; ⁴ Lisbonne; ⁵ Hong Kong; ⁶ Durham

Introduction

En 2022, l'infection chronique par le VHB a causé 1,1 million de décès dans le monde, principalement en raison de graves complications hépatiques. En 2020, on estimait que 4,5 % de la population de Hong Kong était infectée par le VHB. La négativation de l'AgHBs, indicateur de la guérison fonctionnelle, améliore la survie et maintient la rémission de la maladie, mais se produit rarement (≤ 5 %) avec les traitements actuels (interféron [IFN] et analogues nucléos(t)ides [NUC]). Nous avons évalué l'impact de la négativation de l'AgHBs sur les complications cliniques à long terme (cirrhose compensée [CC], maladie hépatique décompensée [MHD], carcinome hépato-cellulaire [CHC] et mortalité toutes causes confondues [MCC]) chez des patients asiatiques atteints d'infection chronique par le VHB.

Matériel et Méthodes

Une étude de cohorte observationnelle rétrospective a été menée à l'aide de la base de données du Hong Kong Clinical Data Analysis and Reporting System. Elle a porté sur des adultes traités et non traités atteints d'une infection chronique par le VHB (≥ 1 code diagnostic pour l'infection à VHB ou deux résultats positifs du test AgHBs à >6 mois d'intervalle) entre janvier 2005 et décembre 2019. La négativation de l'AgHBs a été définie comme ≥ 2 résultats négatifs consécutifs en laboratoire à ≥ 6 mois d'intervalle. La modélisation structurelle marginale a été utilisée pour décrire l'association entre la négativation de l'AgHBs et les résultats de l'étude en présence d'hypothèses, dépendantes du temps (traitement du VHB) et d'autres sources potentielles de confusion.

Résultats

Sur les 71077 patients inclus, 1639 patients ont négativé l'AgHBs (population exposée) au cours du suivi et 69438 l'ont conservé (population de comparaison, tableau 1). La monothérapie NA (92%) était le traitement le plus courant au début de l'étude. L'âge moyen de la population exposée et de la population de comparaison était de 53 ans. La proportion de patients masculins était plus élevée dans la population exposée par rapport à la population de comparaison (68% contre 58%). En cas de négativation de l'AgHBs, un risque plus faible de MHD a été observé (odds ratio [OR] 0,26 ; IC à 95%, 0,08 à 0,83), de CHC (OR 0,34 ; IC à 95%, 0,19 à



Du 24 au 26 septembre 2025 Paris - Beffroi de Montrouge

Communications Affichées AFEF 2025

0,61) et de MCC (OR 0,74 ; IC à 95%, 0,57 à 0,97), et une tendance à la baisse du risque a été observée pour la CC (OR 0,59 ; IC à 95%, 0,30 à 1,14) lors de l'utilisation d'une approche en « intention de traiter ». Chaque mois supplémentaire d'exposition à la négativation de l'AgHBs était associé à une diminution des risques de CHC et de MTC ; une tendance à la diminution des risques de CC et de MHD a été observée.

Conclusion

La négativation de l'AgHBs dans cette étude était associée à un risque plus faible de complications cliniques à long terme (MHD, CHC, MCC), et peut-être à un risque réduit de CC. Cette étude fournit en « vraie vie » sur plusieurs années des informations sur la relation entre la négativation de l'AgHBs et les complications cliniques chez les patients atteints d'une infection à VHB à Hong Kong.

	Population globale			
	Négativation de l'AgHBs		AgHBs positif	
	Population exposée	Population de comparaison		
	N	% (IC à 95 %)	N	% (IC à 95 %)
Taille de la cohorte	1639	100	69438	100
Âge				
Moyenne (ET)	52.5 (11.1)		52.7 (13.7)	
Médiane (Q1–Q3)	53 (46–60)		53 (43–62)	
Femme	533	32.5 (30.3–34.8)	29306	42.2 (41.8–42.6)
Homme	1106	67.5 (65.2–69.7)	40132	57.8 (57.4–58.2)
Tout signe de fibrose hépatique	0	0 (0–0.2)	11	0.02 (0.01–0.03)
Tout historique de				
CC	92	5.6 (4.5–6.8)	2939	4.2 (4.1–4.4)
MHD	87	5.3 (4.3–6.5)	1723	2.5 (2.4–2.6)
CHC	73	4.5 (3.5–5.6)	2803	4.0 (3.9–4.2)
Transplantation hépatique	0	0 (0–0.2)	<4	<0.1
Diabète de type 2	119	7.3 (6.1–8.6)	6132	8.8 (8.6–9.0)
Hyperlipidémie	30	1.8 (1.2–2.6)	2243	3.2 (3.1–3.4)
Syndrome métabolique	124	7.6 (6.3–9.0)	6617	9.5 (9.3–9.8)
AgHBs positif	1525	99.4 (98.9–99.7)	65626	100 (99.9–100)
AgHBs négatif	1353	90.9 (89.4–92.3)	49567	79.4 (79.1–79.7)
ADN du VHB				
Indétectable	403	24.6 (22.5–26.7)	7976	11.5 (11.3–11.7)
Détectable				
Charge virale non disponible	34	2.1 (1.4–2.9)	999	1.4 (1.4–1.5)
<2 000 UI/mL	861	52.5 (50.1–55.0)	28888	41.6 (41.2–42.0)
2 000 à <20 000 UI/mL	91	5.6 (4.5–6.8)	8323	12.0 (11.7–12.2)
≥20 000 UI/mL	250	15.3 (13.5–17.1)	23252	33.5 (33.1–33.8)
ALT LSN				
<1	1082	66.0 (63.7–68.3)	43332	62.4 (62.0–62.8)
1 à <2	297	18.1 (16.3–20.1)	14954	21.5 (21.2–21.8)
2 à <3	121	7.4 (6.2–8.8)	7082	10.2 (10.0–10.4)
≥3	139	8.5 (7.2–9.9)	4070	5.9 (5.7–6.0)
Traitement à la date de l'index d'entrée dans l'étude				
Non traité	1191	72.7 (70.4–74.8)	45675	65.8 (65.4–66.1)
IFN en monothérapie	<4	<0.2 (-)	<141	<0.2 (-)
NUC en monothérapie	395	24.1 (22.0–26.2)	21999	31.7 (31.3–32.0)
Thérapies combinées	49	3.0 (2.2–3.9)	1626	2.3 (2.2–2.5)

Abréviations : ALT, alanine aminotransférase ; CC, cirrhose compensée ; IC, intervalle de confiance ; MHD, maladie hépatique décompensée ; AgHBs, antigène e de l'hépatite B ; AgHBs, antigène de surface de l'hépatite B ; VHB, virus de l'hépatite B ; CHC, carcinome hépatocellulaire ; IFN, interféron ; NUC, analogues nucléos(t)idés ; Q1, premier quartile ; Q3, troisième quartile ; ET, écart-type ; LSN, limites supérieures de la normale.

Tableau 1. Caractéristiques de base à la date de l'index d'entrée dans l'étude

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

Cet abstract a été présenté au congrès APASL 2025.

Financement : GSK (Study 209779).



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_07

Le profil de dissémination métastatique prédit le pronostic oncologique des patients atteints de CHC traités par atézolizumab/bévacizumab ou sorafénib

E. Vo Quang* ¹; C. Campani ¹; M. Allaire ¹; M. Bouattour ²; H. Regnault ¹; S. Mouri ¹; E. Spitzer ¹; V. Ozenne ¹; S. Sidali ²; C. Moreno ³; C. Hollande ¹; N. Ganne-Carrié ⁴; M. Lequoy ¹; E. Trepo ³; G. Amaddeo ⁵; J.C. Nault ⁶

¹ Paris; ² Clichy; ³ Bruxelles; ⁴ Bobigny; ⁵ Créteil; ⁶ Bondy

Introduction

Nous avons évalué les profils de métastases extra-hépatiques (MEH) et leur impact pronostique parmi des patients atteints de carcinome hépatocellulaire (CHC) non résecable traités par atézolizumab/bévacizumab (Atezo/Bev) ou sorafénib en première ligne de traitement systémique.

Matériel et Méthodes

Nous avons conduit une étude rétrospective portant sur 873 patients traités par Atezo/Bev (647 patients) ou par sorafénib (226 patients) dans six centres en France et en Belgique. Les données cliniques, biologiques et radiologiques initiales ont été recueillies. Les MEH ont été analysées selon trois critères : 1) présence vs absence de MEH, 2) nombre de sites métastatiques (nombre d'organes atteints), 3) charge métastatique totale (nombre total de lésions indépendamment du site). Les associations avec la survie globale (SG), la survie sans progression (SSP) et le taux de contrôle de la maladie (DCR, RECIST v1.1), ont été évaluées par des modèles de régression de Cox et logistique.

Résultats

Dans la cohorte de patients traités par atézolizumab/bevacizumab, 75 % des patients présentaient une cirrhose et les stades BCLC B et C représentaient respectivement 34 % et 65 %. Des MEH étaient présentes chez 220 patients (34 %). Comparés aux patients sans MEH, ceux avec MEH étaient plus jeunes, moins souvent cirrhotiques, et plus fréquemment porteurs d'une hépatite B chronique. Les sites métastatiques les plus fréquents étaient les ganglions lymphatiques (47 %), les poumons (37 %), le péritoine (19 %) et les os (17 %). Une seule lésion métastatique était observée chez 38 % des patients avec MEH, et 73 % des patients n'avaient qu'un seul site (organe) métastatique. La présence de MEH était associée à une SSP plus courte (HRa : 1,26 ; IC95 % : 1,04–1,52 ; p<0,01) et à un DCR plus faible (ORa : 0,58 ; IC95 % : 0,41–0,82 ; p<0,01), sans impact significatif sur la SG. En revanche, un nombre de sites métastatiques ≥2 était associé à une SG (HRa : 1,46 ; IC95 % : 1,03–2,07 ; p=0,04), une SSP (HRa : 1,46 ; IC95 % : 1,07–2,00 ; p=0,02) et un DCR (ORa : 0,40 ; IC95 % : 0,22–0,72 ; p<0,01) significativement diminués. Une charge métastatique ≥3 lésions était également associée à une SSP plus faible (HRa : 1,44 ; IC95 % : 1,12–1,85 ; p<0,01). Il n'y avait pas de différence significative de SSP entre les patients sans



Communications Affichées AFEF 2025

MEH et ceux avec charge métastatique de 1 ou 2 lésions. Ces résultats ont été confirmés dans la cohorte de patients traités par sorafeniv, où une charge métastatique ≥ 3 était aussi associée à une SSP réduite (HRa : 1,37 ; IC95 % : 1,02–1,86 ; $p < 0,01$).

Conclusion

Le nombre de sites métastatiques (≥ 2) et la charge métastatique (≥ 3 lésions) sont des facteurs pronostiques péjoratifs chez les patients atteints de CHC traités par immunothérapie (Atezo/Bev) ou inhibiteurs de tyrosine kinase, et pourraient être intégrés comme facteur de stratification dans les essais cliniques futurs.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_08

Déterminants de la qualité de vie liée à la santé chez les patients atteints d'hépatite B chronique en France

C. Lepers* ¹; C. Lusivika-Nzinga ¹; S. Nilusmas ¹; J. Bellet ¹; P. Burgat ¹; M. Bourlière ²; P. Carrieri ²; F. Carrat ¹; S. Deuffic-Burban ¹; ANRS/AFEF Hepather study group

¹ Paris; ² Marseille

Introduction

La qualité de vie liée à la santé (QVLS) est altérée chez les patients atteints d'hépatite B chronique (HBC). Au-delà de la sévérité de la maladie, la QVLS peut être influencée par les conditions socio-démographiques et économiques. L'objectif de cette étude était d'évaluer la QVLS et ses déterminants chez les patients atteints d'HBC inclus dans la cohorte française ANRS CO22 HEPATHER.

Matériel et Méthodes

Une étude transversale a été menée au sein de la cohorte prospective multicentrique ANRS CO22 HEPATHER entre 2012 et 2019. Tous les patients atteints de HBC ont été invités à remplir un questionnaire évaluant la QVLS, à l'inclusion et lors des visites cliniques. La QVLS a été mesurée à l'aide de l'EQ-5D-5L recueilli lors du premier questionnaire, et les scores d'utilité ont été obtenus en utilisant les valeurs de référence française. Les données socio-démographiques, comportementales et cliniques ont été obtenues à partir de la base de données HEPATHER. Les scores d'utilité ont été normalisés sur l'intervalle (0,1) et modélisés à l'aide d'une approche GAMLSS Bêta-étendue. Les variables ont d'abord été testées en analyses univariées ; celles avec une p-valeur < 0,05 ou une pertinence clinique (ex. : sexe) ont été incluses dans le modèle multivarié après imputation multiple. Les associations moyennes (odd-ratios moyens et leurs intervalles de confiances à 95% (IC95 %)) ont été obtenues par la méthode de Rubin.

Résultats

Au total, 1 715 patients ont rempli au moins un questionnaire. Parmi les répondants, 64,4 % étaient des hommes, l'âge médian était de 46 ans, 63,6 % recevaient ou avaient reçu un traitement, 11,7 % présentaient une cirrhose compensée, et 5,2 % des complications (0,9 % < 1 an ; 4,3 % > 1 an). Le score d'utilité moyen était de 0,94, et la médiane de 0,98. En analyses univariées, le score d'utilité moyen diminuait avec l'âge, le sexe féminin, une origine non subsaharienne, le statut séparé/divorcé/veuf, le faible niveau d'éducation, le fait d'être sans emploi, la consommation d'alcool à risque (actuelle ou passée), ainsi que la présence de cirrhose, de complications, d'hypertension, de diabète et d'obésité. Cependant, dans le modèle multivarié, seuls le statut de séparé/divorcé/veuf (OR = 0,82 ; IC95 % : 0,70–0,96 ; p = 0,04) et le fait d'être sans emploi (OR = 0,82 ; IC95 % : 0,73–0,92 ; p = 0,01) restaient significativement associés à une diminution de la QVLS.



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

Dans cette large cohorte de patients atteints de HBC, la QVLS était principalement influencée par des facteurs socio-démographiques et comportementaux, plutôt que par des paramètres cliniques liés au HBC. Parmi les patients atteints d'HBC, le statut de séparé/divorcé/veuf et le fait d'être sans emploi dégradent de manière significative la QVLS. Ces résultats suggèrent que les futures thérapies visant à obtenir une guérison fonctionnelle n'amélioreront pas nécessairement la QVLS de ces patients, soulignant l'importance de prendre en compte les déterminants socio-démographiques dans leur prise en charge.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

ANRS | Maladies infectieuses émergentes



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_09

Jusqu'à 18 mois de guérison fonctionnelle suite au traitement par bepirovirsen chez les répondeurs B-Clear sous analogues : troisième rapport B-Sure

S.G. Lim ¹; T. Asselah* ²; G.I. Diaconescu ³; A. Gadano ⁴; S. Marciano ⁴; G. Rizzardini ⁵; T. Stepanova ⁶; H.J. Yim ⁷; M.F. Yuen ⁸; A. Walker ⁹; J. Dong ¹⁰; G. Quinn ¹¹; I. Santhiapillai ¹¹; H. Plein ⁹; S. Hussain ¹¹; R. Gowda ¹²; M. Broer ¹³; M. Paff ¹²; D. Theodore ¹⁴; R. Elston ¹¹; M. Hezareh ⁹

¹ Singapour; ² Clichy; ³ Craiova; ⁴ Buenos Aires; ⁵ Milan; ⁶ Moscow; ⁷ Ansan; ⁸ Hong Kong; ⁹ Londres; ¹⁰ Shanghai; ¹¹ Stevenage; ¹² Philadelphie; ¹³ Amersfoort; ¹⁴ Durham

Introduction

Le bépirovirsen (BPV) est un oligonucléotide antisens en phase 3 pour le traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB). Une étude de phase 2b (B-Clear) a indiqué qu'un sous-ensemble de participants (pts) sous analogues nucléos(t)ides (NUCs) ou non, a obtenu une réponse en fin de traitement par BPV, qui a été maintenue pendant 24 semaines. Les pts en réponse complète (RC) ou partielle (RP) à la fin de l'étude B-Clear (parente) étaient éligibles à l'étude de durabilité à long terme B-Sure (NCT04954859; en cours). Nous présentons ici des données de suivi allant jusqu'à 2,5 ans sur la durabilité de la réponse pour les pts en RC et RP dans B-Clear sous NUCs qui sont suivis dans B-Sure.

Matériel et Méthodes

La RC a été définie par: antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) <0,05 UI/mL et l'ADN du VHB < limite inférieure de quantification (LIDQ, <20 UI/mL), et la RP par AgHBs <100 UI/mL et l'ADN <LLOQ à la fin de B-Clear. S'ils étaient éligibles, les pts ont arrêté les NUCs 3 mois (m) après leur admission dans B-Sure (≥9 m après la dernière dose de BPV) et ont été suivis pour atteindre la guérison fonctionnelle (GF) et en voir la durabilité après arrêt de tout traitement du VHB. Les événements indésirables (EI) ont été enregistrés, et des examens physiques et des analyses sanguines ont été effectués à chaque visite pour déterminer l'innocuité et l'efficacité, y compris le délai entre l'arrêt des NUCs et la perte de réponse.

Résultats

44 pts (11 RC, 29 RP et 4 non-répondeurs) ont participé à B-Sure ; 33/44 (75%) étaient des hommes, d'âge moyen 53,8 ans, et 24/44 (55%) étaient asiatiques. A l'entrée dans B-Clear, la majorité des pts avaient un AgHBe négatifs (34/44 [77%]), 19/44 (43%) avaient une durée d'infection par le VHB ≥20 ans et 32/44 (73%) avaient un AgHBs ≤1000 UI/ml. Sur les 11 en RC, 9 (82%) ont arrêté les NUCs 3 m après leur entrée dans B-Sure ; 7/9 (78%) ont maintenu une RC 6 m après l'arrêt des NUCs, atteignant ainsi la GF, et l'ont maintenu jusqu'à 24 m après l'arrêt des NUCs. Parmi les 2 pts qui n'ont pas atteint la GF à 6 m après l'arrêt des NUCs, 1 a repris les NUCs 24 m après leur arrêt. Sur les 29 RP, 23 (79%) ont arrêté les NUCs 3 m après



Communications Affichées AFEF 2025

leur entrée dans B-Sure. 3/23 (13%) ont obtenu une GF retardée 6 m après l'arrêt des NUCs, maintenue jusqu'à 24 m après leur arrêt. 5/23 (22%) ont maintenu leur RP à 6 m, 3/23 (13%) à 9 m et 2/23 (9%) à 24 m après l'arrêt des NUCs; les 3 pertes de RP au-delà de 6 m après l'arrêt des NUCs étaient dues à une positivité de l'ADN du VHB. Parmi les 23 pts avec RP qui ont arrêté le traitement par NUCs, 13 l'avaient repris dans les 24 m suivant leur arrêt. De tous les RC/RP qui ont arrêté les NUCs, 5 avaient les alanine aminotransférases (ALT) $\geq 2 \times$ LSN. Après l'arrêt des NUCs, aucun des pts qui a continué sans avoir eu la nécessité de redémarrer les NUCs n'a eu d'augmentation d'ALT $> 5 \times$ LSN. Après l'arrêt des NUCs 3 pts ont signalé un EI d'augmentation d'ALT (2 léger, 1 modéré). Il n'y a pas eu de nouveaux signaux de sécurité.

Conclusion

Ces données mettent en évidence une longue durabilité des FC observées avec le BPV.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

Cette étude a été présentée à l'EASL 2025.

Financement : GSK (206882 ; NCT04954859).



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_10

Impact des caractéristiques de l'offre de soins locale sur l'initiation des antiviraux à action directe pour le traitement de l'hépatite C en France hexagonale (étude ANRS FANTASIO 2)

F. Marcellin* ¹; V. Di_beo ¹; C. Ramier ¹; Y. Allier ²; M. Bureau-Stoltmann ¹; C. Brouard ³; B. Rolland ⁴; S. Deuffic-Burban ²; A. Mourad ¹; P. Sogni ²; P. Carrieri ¹; M. Bourlière ¹; C. Protopopescu ¹

¹ Marseille; ² Paris; ³ Saint-Maurice; ⁴ Bron

Introduction

L'accès universel aux antiviraux à action directe (AAD) pour le traitement de l'hépatite C a été mis en place en France le 3 août 2017. Depuis mai 2019, ces traitements peuvent être prescrits par l'ensemble des médecins, pour les patients éligibles à une prise en charge simplifiée (naïfs de traitement contre l'hépatite C, sans co-infection VHB ou VIH, sans comorbidité mal contrôlée ou maladie hépatique sévère). La primo-prescription des AAD en médecine générale reste toutefois très minoritaire. Par ailleurs, chez les patients adultes recevant un traitement de substitution aux opiacés (TSO), une étude antérieure (2014-2016) a montré des taux d'initiation d'AAD moins élevés dans les zones géographiques dans lesquelles le taux de médecins spécialistes en hépato-gastroentérologie était plus faible. La présente étude vise à évaluer l'impact des caractéristiques de l'offre de soins locale sur l'initiation des AAD en France hexagonale, pour l'ensemble des adultes identifiés dans le Système National des Données de Santé (SNDS) avec hépatite C chronique, sur une période de cinq ans postaccès universel.

Matériel et Méthodes

Les données du SNDS ont été analysées chez les adultes (18 ans et plus) résidant en France hexagonale, nouvellement identifiés avec une hépatite C chronique (algorithme Santé Publique France) entre le 3 août 2017 et le 31 décembre 2022. Les caractéristiques de l'offre de soins locale ont été évaluées à l'aide de 3 facteurs : (i) l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL, source : Drees et IRDES), mesurant l'adéquation entre l'offre et la demande de soins primaires au niveau communal ; (ii) le nombre de médecins spécialistes en hépato-gastroentérologie pour 100 000 habitants dans le département ; (iii) la distance entre la commune de résidence et le centre hospitalier universitaire (CHU) le plus proche. Les facteurs associés au délai d'initiation des AAD (initiation définie par la date du premier remboursement du traitement) ont été identifiés à l'aide d'un modèle de Cox multi-niveaux à risques proportionnels, avec effet aléatoire au niveau du département.

Résultats

Parmi les 47 368 personnes avec hépatite C chronique, 29 826 (63,0%) ont initié des AAD pendant la période d'étude. Après ajustement sur les facteurs individuels (sexe,



Du 24 au 26 septembre 2025 Paris - Beffroi de Montrouge

Communications Affichées AFEF 2025

âge, indicateurs de précarité sociale, éligibilité à la prise en charge simplifiée, traitement par TSO), seule la distance entre la commune de résidence et le CHU le plus proche était significativement associée à l'initiation des AAD, le fait de résider dans une commune située à moins de 10 kilomètres d'un CHU favorisant l'initiation (Fig.1).

Conclusion

En France hexagonale, dans les 5 ans postaccès universel, l'initiation des AAD pour le traitement de l'hépatite C n'était influencée ni par l'équilibre entre offre et demande de soins primaires (incluant l'accès aux médecins généralistes), ni par l'accessibilité de la médecine spécialisée, mais par la proximité géographique de l'hôpital public, confirmant le rôle central du secteur hospitalier dans la délivrance des AAD.

Fig. 1 - Facteurs associés à l'initiation d'un traitement par antiviraux à action directe post accès universel (modèle de Cox multi-niveaux) (47 368 individus ; 29 826 initiations de traitement)

	% à la date d'identification de l'hépatite C chronique	Analyse univariée		Analyse multivariée	
		RR [IC 95%]	P-valeur	RRa [IC 95%]	P-valeur
Sexe					
Homme (réf.)	63,2	1		1	
Femme	36,8	1,00 [0,98-1,03]	0,702	1,01 [0,98-1,03]	0,533
Age					
< 30 ans	7,8	0,50 [0,47-0,53]	<0,001	0,45 [0,43-0,47]	<0,001
30-49 ans	32,8	0,86 [0,84-0,88]	<0,001	0,80 [0,77-0,82]	<0,001
50-64 ans (réf.)	39,7	1		1	
65-74 ans	11,8	0,82 [0,79-0,85]	<0,001	0,87 [0,84-0,91]	<0,001
≥ 75 ans	7,9	0,62 [0,59-0,66]	<0,001	0,68 [0,64-0,71]	<0,001
Bénéficiaire de l'AME					
Non (réf.)	94,6	1		1	
Oui	5,4	1,37 [1,30-1,44]	<0,001	1,45 [1,38-1,53]	<0,001
Bénéficiaire de la CSS					
Non (réf.)	73,5	1		1	
Oui	26,5	1,10 [1,07-1,13]	<0,001	1,08 [1,05-1,11]	<0,001
Sous TSO					
Non (réf.)	86,3	1		1	
Oui	13,7	1,28 [1,24-1,32]	<0,001	1,23 [1,19-1,28]	<0,001
Éligible à une prise en charge simplifiée					
Non (réf.)	37,9	1		1	
Oui	62,1	1,40 [1,36-1,43]	<0,001	1,43 [1,40-1,47]	<0,001
Indicateur APL^{1,2}					
≥ 2,5 (réf.)	92,7	1		1	
< 2,5	7,3	0,99 [0,95-1,04]	0,741	1,00 [0,96-1,05]	0,940
Distance au CHU le plus proche³					
≥ 10 km (réf.)	64,6	1		1	
< 10 km	35,4	1,10 [1,07-1,14]	<0,001	1,10 [1,07-1,14]	<0,001
Nombre d'hépatogastroentérologues pour 100 000 habitants³					
< 6 (réf.)	55,1	1		1	
≥ 6	44,9	0,97 [0,88-1,07]	0,534	0,94 [0,85-1,02]	0,148

AME, Aide Médicale de l'État ; APL, indicateur d'accessibilité potentielle localisée ; CHU, centre hospitalier universitaire ; CSS, Complémentaire Santé Solidaire ; IC, Intervalle de Confiance ; RR, Rapport de Risque ; RRa, Rapport de Risque ajusté ; réf., Référence ; TSO, traitement de substitution aux opiacés]

¹ facteur évalué au niveau de la commune de résidence ; ² un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) inférieur à 2,5 définit la présence d'un « désert médical » ; ³ facteur évalué au niveau du département de résidence

Fig. 1 - Facteurs associés à l'initiation d'un traitement par antiviraux à action directe post accès universel (modèle de Cox multi-niveaux) (47 368 individus ; 29 826 initiations de traitement)



Communications Affichées AFEF 2025

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

Ce projet de recherche 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 2025

Résumé n° EP_11

Coexistence de l'AgHBs et des anticorps anti-HBs dans l'hépatite B chronique : fréquence et implications cliniques

K. Ciaparra¹; M. Meszaros*¹; A. Pisoni¹; E. Tuillon¹

¹ Montpellier

Introduction

Le dosage quantitatif de l'antigène HBs (AgHBs) est un marqueur utile pour l'évaluation et le suivi des patients atteints d'hépatite chronique B (VHB). La coexistence de l'AgHBs et des anticorps anti-HBs (Ac anti-HBs) est une situation peu décrite, susceptible d'interférer avec la mesure de l'AgHBs en raison de la formation de complexes immuns. L'objectif de cette étude était d'évaluer la fréquence de cette coexistence, d'analyser la relation entre les taux d'AgHBs et d'Ac anti-HBs, et de décrire les profils d'infection selon les seuils d'AgHBs.

Matériel et Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients AgHBs positifs ayant eu un bilan sérologique et virologique entre mai et décembre 2023. La détection de l'AgHBs a été réalisée avec le test HBsAg NEXT (Abbott, Alinity), un test de nouvelle génération offrant une limite de détection (LLoD) de 0,005 UI/mL. La quantification a ensuite été effectuée avec le test Alinity i HBsAg dont la limite inférieure de quantification (LLoQ) est de 0,02 UI/mL. Le dosage des Ac anti-HBs a été réalisé avec le même automate (LLoD : 0,77 mUI/mL ; LLoQ : 2,0 mUI/mL). Ont été analysés : la proportion de patients avec Ac anti-HBs détectables ($>0,77$ mUI/mL[TE1]), la corrélation entre AgHBs et Ac anti-HBs, la proportion des patients avec AgHBs selon les seuils (<3000 , <1000 , <100 UI/mL) et selon le traitement antiviral en cours.

Résultats

Parmi les 210 patients, 86 (41 %) étaient sous traitement antiviral. Des Ac anti-HBs ont été détectés chez 63 patients (30 % de la cohorte totale), dont 22 (25%) parmi les patients traités. Chez ces derniers, 39 (45,3 %) avaient un AgHBs <3000 UI/mL, 29 (33,7 %) <1000 UI/mL et 10 (11,6 %) <100 UI/mL. Parmi les 39 patients avec AgHBs <3000 UI/mL, 9 (23,1 %) avaient des Ac anti-HBs détectables. Parmi les 29 (33,7 %) patients traités avec un AgHBs entre 100 et 3000 UI/mL, 9 (31 %) avaient des Ac anti-HBs détectables. Une corrélation négative modérée mais significative a été observée entre les niveaux d'AgHBs et Ac anti-HBs chez les patients présentant des anti-HBs ($\rho = -0,303$; $p = 0,014$).



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

La coexistence de l'AgHBs et des Ac anti-HBs est une situation fréquente, observée chez environ un tiers des patients porteurs chroniques du VHB. Elle pourrait entraîner une sous-estimation du niveau d'AgHBs par la formation de complexes immuns non détectés, avec un impact potentiel sur les stratégies de suivi et de prise en charge thérapeutique lorsque la quantité d'AgHBs est utilisé comme biomarqueur. Ces résultats soulignent l'intérêt de confirmer ces observations dans une cohorte plus large, d'étudier la cinétique des Ac anti-HBs et d'explorer des techniques de dissociation des complexes immuns afin d'améliorer la précision de la quantification de l'AgHBs, notamment à l'ère des nouveaux traitements antiviraux en développement.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_12

La dénutrition en consultation d'hépatologie ne se limite pas aux patients avec cirrhose : résultat d'une étude monocentrique

P. Sultanik* ¹; A. Foiry ¹; S. Mouri ¹; P. Lebray ¹; M. Allaire ¹; S. Mannucci ¹; J.M. Oppert ¹; D. Thabut ¹; D. Bedock ¹

¹ Paris

Introduction

La dénutrition est un facteur de risque de morbi-mortalité bien établi dans la cirrhose, mais elle est peu, voire pas, étudiée chez des patients (pts) externes avec hépatopathie chronique non cirrhotique. Le but de cette étude était d'explorer la dénutrition chez des pts suivis en consultation d'hépatologie dans un centre expert.

Matériel et Méthodes

Etude monocentrique réalisée en 2024 en consultation d'hépatologie de 5 médecins seniors, sur 4 mois, proposant un questionnaire inspiré des critères de l'HAS pour le diagnostic de dénutrition. Celle-ci était classée sévère (DS) si perte de poids (PP = poids actuel Vs avant maladie ou ≥ 1 an) $>10\%$ ou $IMC \leq 18,5$ (≤ 21 si ascite) ou un SEFI (Score d'Evaluation Facile des Ingesta) <5 . Elle était classée modérée si PP de 5 à 10% ou SEFI de 5 à 7 ou $IMC >18,5$ et <21 (ou >21 et <24 si ascite). Exclusion des pts si PP volontaire. Evaluation de la valeur pronostique de la perception propre du médecin pour le diagnostic de dénutrition et de DS.

Résultats

183 pts ont répondu au questionnaire: 60% d'hommes avec un âge médian de 62 ans. Les causes principales d'hépatopathies étaient: MASLD (34%), virale (34%), auto-immune/biliaire (11%), MetALD (10%), ALD (8%), et vasculaire (7%). 65 (36%) pts avaient une cirrhose (81% Child A, MELD médian à 7), 15% un ATCD de carcinome hépatocellulaire (CHC) et 12% un CHC actif. 32% avaient une obésité et 25% un diabète. 33% avaient une autre pathologie chronique, 8% un cancer actif non CHC. Les données nutritionnelles étaient: IMC médian 25(23-29), SEFI médian 9(7-10), variation médiane de poids 0%(-7% - +2%). Une dénutrition était identifiée chez 59 (32%) pts, modérée chez 27 (46%) et sévère chez 32 (48%). Elle était basée sur la PP pour 54%, le SEFI pour 14%, les deux pour 25% et l'IMC pour 7%. La prévalence de la dénutrition chez les patients avec ou sans cirrhose était de 49% et 23% ($p < 0,001$), dont 56% et 52% de DS ($p = 0,7$). Sans cirrhose, seul l'ALD était indépendamment associé à la dénutrition (ORa 5,06, $p = 0,049$); alors qu'un CHC actif (ORa 15, $p = 0,04$) et un diabète (ORa 5,49, $p = 0,01$) étaient associés à une DS. Aucun facteur n'était associé à la dénutrition ni à sa sévérité en cas de cirrhose. La perception du médecin a été évaluée pour 56 pts. Sa sensibilité(Se) et spécificité(Sp) étaient de 82%/97%. Chez les pts sans cirrhose, la Se et Sp étaient de 71%/97%, et de 100%/100% en cas de cirrhose.



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

Un tiers des patients sont dénutris en consultation d'hépatologie, dont 48% avec une forme sévère. Près de la moitié des cas survenaient sans cirrhose, l'ALD étant un facteur indépendant de dénutrition chez ces derniers; le CHC actif et le diabète étant des facteurs de dénutrition sévère. La perception du médecin s'est avérée un outil fiable de dépistage. Le dépistage d'une dénutrition semble ainsi réalisable en consultation, quelle que soit la cause et le stade de l'hépatopathie, afin d'optimiser 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 2025

Résumé n° EP_13

Conversion du tacrolimus vers une immunosuppression d'entretien à base de bélatacept en transplantation combinée foie-rein : le moment est-il venu de reconsidérer son usage en transplantation hépatique seule ?

O. Roux* ¹; C. Francoz ¹; J. Leon ²; A. Scemla ²; F. Dondero ¹; D. Anglicheau ²;
C. Legendre ²; F. Durand ¹

¹ Clichy; ² PARIS

Introduction

Le bélatacept, un inhibiteur sélectif de la co-stimulation des lymphocytes T, est approuvé en transplantation rénale pour l'immunosuppression (IS) d'entretien, avec d'excellents résultats. En revanche, son utilisation en transplantation hépatique (TH) n'a pas été approuvée en raison de taux plus élevés de rejet, de perte du greffon et de décès lorsqu'il est utilisé en monothérapie. L'objectif de cette étude était d'évaluer la sécurité et l'efficacité d'un traitement d'entretien à base de bélatacept chez des patients ayant eu une transplantation combinée foie-rein (TH-TR).

Matériel et Méthodes

Cette étude rétrospective monocentrique inclut 13 patients ayant eu une TH-TR dans un entre 2014 et 2024. Huit patients étaient des femmes et l'âge médian était de 58 ans (IQR : 54-61). Les indications de la transplantation étaient une polykystose hépatique et rénale (n=9), une maladie de Caroli avec polykystose rénale (n=2), et une cirrhose décompensée associée à une insuffisance rénale terminale (n=2). Tous les patients ont reçu un traitement immunosuppresseur initial comprenant des corticoïdes, du tacrolimus et du mycophénolate mofétil (MMF). Sept patients ont reçu du basiliximab en induction. La décision de conversion du tacrolimus vers le bélatacept a été prise par les néphrologues transplantateurs en raison d'une augmentation de la créatininémie et de biopsies du greffon rénal montrant une toxicité aux inhibiteurs de la calcineurine. Tous les patients ont ensuite reçu du bélatacept associé au MMF et à une faible dose de corticoïdes.

Résultats

La conversion vers le bélatacept a eu lieu dans un délai médian de 10 mois (8-14) après la TH-TR. Aucun patient n'a présenté de rejet rénal durant le suivi, et la créatininémie est restée stable, voire a légèrement diminué. La créatininémie médiane était de 167 $\mu\text{mol/L}$ (146-175) au moment de la conversion, et de 129 $\mu\text{mol/L}$ (127-160) à 12 mois, soit une baisse de 13 % par rapport à l'état initial. Un seul épisode de rejet du greffon hépatique, confirmé par biopsie, a été observé au 3e mois. Il a totalement régressé après réintroduction du tacrolimus et arrêt du bélatacept. Ce patient avait eu une conversion très précoce (3,8 mois) après la TH-TR. Tous les autres patients avaient des tests hépatiques normaux avec un suivi médian de 35 mois (26-45). Deux patients ont présenté une réactivation du CMV



Communications Affichées AFEF 2025

durant le suivi, dont un a dû interrompre temporairement le bélatacept. Ce traitement a pu être repris 27 mois après, sans récurrence à 18 mois. Aucun cas de lymphoprolifération n'a été observé.

Conclusion

Nos résultats suggèrent que l'IS d'entretien à base de bélatacept est une option sûre et efficace chez les receveurs TH-TR présentant une altération de la fonction du greffon rénal. Ces données soulèvent la question d'une réévaluation de l'utilisation du bélatacept, en association au MMF et/ou à faible dose de corticoïdes, chez les receveurs de TH seuls avec une fonction rénale altérée. Une surveillance des infections virales reste essentielle.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_14

Prédiction de la présence de varices œsophagiennes et de la décompensation hépatique sous Atezolizumab-bevacizumab par l'intelligence artificielle

M.A. Rabasco ¹; C. Campani ²; C. Roux ²; C.Z. Itzel ¹; D.A. Popica ²; G. Amaddeo ³; M. Lequoy ²; C. Hollande ²; S. Mouri ²; M. Wagner ²; J. Kather ¹; V. Plaforet ²; S. Sidali ⁴; M. Ronot ⁴; M. Rudler ²; A. Luciani ³; O. Sutter ⁵; E. Spitzer ²; H. Regnault ²; S. El Mouhadi ²; V. Ozenne ²; M. Bouattour ⁴; J.C. Nault ⁶; D. Thabut ²; M. Allaire* ⁷

¹ Dresde; ² Paris; ³ Créteil; ⁴ Clichy; ⁵ Bondy; ⁶ Bobigny; ⁷ , Caen

Introduction

La décompensation hépatique (DH) représente la principale cause de mortalité chez les patients (pts) atteints de CHC traités par atézolizumab–bévacizumab (AtezoBev). Cette étude avait pour objectif de développer des modèles basés sur des données cliniques et d'imagerie, en recourant au machine learning (ML) et au deep learning (DL), afin de prédire la présence de varices œsophagiennes (VO) pouvant justifier l'instauration de bêtabloquants non cardio-sélectifs (BB) pour prévenir la DH, ainsi que le risque de DH sous AtezoBev.

Matériel et Méthodes

Nous avons rétrospectivement analysé 489 pts cirrhotiques atteints de CHC traités par AtezoBev dans 5 centres. La présence de VO a été évaluée par endoscopie dans les 6 mois précédant le traitement, et la survenue d'une DH (ascite, hémorragie, encéphalopathie) a été recensés avant la progression du CHC. Les pts ont été répartis en 2 cohortes : entraînement (n=270) et validation (n=219). Des modèles de ML basés sur des variables cliniques et de DL utilisant les scanners dans leur intégralité ont été développés pour prédire la présence de VO (régression logistique) et le risque de DH (modèle de Cox). La performance des modèles a été évaluée par l'AUC et l'indice de concordance (C-index).

Résultats

L'âge médian était de 67 ans, 87% des patients étaient des hommes, et 78% classés Child-Pugh A. Des VO étaient présentes chez 56%, un antécédent d'ascite chez 17%, et des shunts porto-systémiques (SPS) chez 64%. Une invasion vasculaire et un stade BCLC-C étaient retrouvés dans 43% et 65% des cas. Les principaux facteurs associés à la présence de VO étaient : ALD, VHB, thrombopénie, ascite, hyperbilirubinémie, hypoalbuminémie et présence de SPS. Le modèle de ML basé sur ces variables présentait une AUC de 0,86 dans la cohorte d'entraînement et de 0,79 dans la cohorte de validation. La présence de SPS seule montrait une performance prédictive comparable (AUC 0,80). Le modèle de DL, intégrant les scanners dans leur intégralité, atteignait une AUC de 0,78 et montrait une corrélation avec la présence de SPS dans la cohorte d'entraînement ($p=0,62$).



Communications Affichées AFEF 2025

Au cours du suivi, 124 patients ont présenté une DH, soit 34 % à 1 an. Les facteurs prédictifs identifiés étaient : ascite (présente ou antérieure), VO, splénomégalie, thrombopénie, présence de SPS et un grade ALBI 2/3. Le modèle de ML basé sur ces variables atteignait un C-index de 0,74 dans la cohorte d'entraînement et de 0,72 dans celle de validation pour prédire la DH. Le modèle de DL, intégrant les scanners dans leur intégralité, obtenait un C-index de 0,64 dans la cohorte d'entraînement. Les patients présentant des VO et ne recevant pas de BB avaient un risque de DH significativement plus élevé, comparé à ceux traités par BB et à ceux sans VO (log-rank, $p=0,02$).

Conclusion

L'utilisation de BB en cas de VO était associée à une réduction du risque de DH, renforçant l'intérêt d'un dépistage systématique de l'hypertension portale. La présence de SPS, était prédictive de VO et pourrait permettre de limiter le recours à l'endoscopie.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_15

Efficacité d'un programme d'activité physique adaptée (APA) chez des patients avec une stéatose hépatique métabolique (étude randomisée bicentrique, en ouvert, SteatoAPA)

M.A. Farrugia ¹; J. Gal ¹; A.S. Rousseau ¹; H.(. Bouchkira ²; S. Courtaud ²; F. Lermite ¹; Q. Serrano ¹; P. Ivaldi ¹; S. Raday ¹; R. Schiappa ¹; D.J. Ouizeman ¹; S. Contu ¹; M. Hayotte ¹; V. Ramdour ¹; T. Lévi-Strauss ³; R. Truchi ¹; M. Chassang ¹; C. Tran ¹; C. Luci ¹; A. Tran ¹; N. Chevalier ¹; S. Schneider ¹; P. Gual ¹; A.J. Remy ²; S. Le Garf ¹; R. Anty* ¹

¹ Nice; ² Perpignan; ³ Villejuif

Introduction

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité de 12 semaines d'Activité Physique Adaptée (APA) associées à des mesures diététiques chez des patients ayant une MASLD.

Matériel et Méthodes

Les patients inclus présentaient une MASLD, diagnostiquée par un hépatologue sur la base d'une stéatose hépatique échographique, en l'absence de consommation d'alcool à risque ($\leq 30\text{g/j}$ chez les hommes et $\leq 20\text{g/j}$ chez les femmes) et d'autre hépatopathie.

L'étude était prospective, bicentrique (1 CHU et 1 CH général), randomisée (2 : 1) APA + diététique versus diététique seule, en ouvert. Les inclusions ont été menées de 2021 à 2024.

Le critère de jugement principal était la diminution de 10 % de la valeur du CAP continu (FibroScan, Echosens), quantifiant la stéatose hépatique, entre le groupe APA + Diet vs Diet seule. Le calcul du nombre de patients à inclure était de 115.

Différentes évaluations cliniques, anthropométriques, biologiques, ainsi que la réalisation de différents questionnaires spécifiques, des tests de performance physique, et des tests non invasifs de la fibrose hépatique (élasticité hépatique (FibroScan, Echosens), ELF (Siemens Healthcare)) ont été systématiquement réalisés à l'inclusion, après 12 semaines d'APA et 24 semaines après la fin de l'APA. La durée totale de l'étude pour un patient était de 36 semaines.

Les résultats présentés ici comparent les données entre l'état initial et après 12 semaines d'APA (2 séances avec un enseignant APA et 1 séance en autonomie par semaine). Les résultats sont présentés en valeurs médianes. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide de tests non paramétriques (Statview 4.0).



Communications Affichées AFEF 2025

Résultats

Parmi les 115 patients inclus, 76 étaient dans le groupe APA + diététique et 39 dans le groupe diététique seule. Les caractéristiques initiales des patients étaient les suivantes : 75 femmes et 40 hommes, âge = 59 ans, IMC = 31kg/m², poids = 86 kg, tour de taille = 105 cm, CAP = 305 dB/m, élasticité hépatique = 5,4 kPa, ASAT = 29 Ui/L, ALAT = 40 Ui/L, GGT = 32 Ui/L, score ELF = 8,9. Les caractéristiques clinico-biologiques initiales entre les groupes des patients APA + diététique versus diététique seule étaient comparables.

Dans l'analyse en intention de traiter, le critère de jugement principal n'était pas atteint. Cependant, comparée aux valeurs à l'inclusion, la pratique de 3 mois d'APA était associée à une diminution significative du CAP continu (279 dB/m versus 308 dB/m, $p = 0,001$), de l'activité de l'ASAT (26 UI/L versus 30 UI/L, $p = 0,012$) et de l'activité de l'ALAT (33 UI/L versus 41 UI/L, $p = 0,002$). Aucune diminution significative n'était observée dans le groupe diététique seule. Aucun effet indésirable grave n'a été observé quel que soit le groupe.

Conclusion

Ces résultats confirment la faisabilité et les effets bénéfiques de l'APA associée à des mesures diététiques par rapport aux mesures diététiques seules sur l'état hépatique de patients avec une MASLD.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

Novartis, Echosens, Siemens healthcare, Mayoli-Spindler, Tillotts.



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_16

Glécaprevir/Pibrentasvir dans l'hépatite C chronique : une analyse intégrée des patients sous plusieurs traitements concomitants

C. Cooper ¹; S. Raina ²; L. Johnson ²; J.J. Feld ³; A. Brown ⁴; A. Martinez ⁵; B. Conway ⁶; S. Gordon ⁷; T. Asselah ⁸; L. Uribe ²; M. Li ²; A. Iacob ; J. Marcinak ²; J. Kaur ²; D. Semizarov ²; S. Pol* ⁹

¹ Ottawa; ² Chicago; ³ Toronto; ⁴ Londres; ⁵ Buffalo; ⁶ Vancouver; ⁷ Detroit; ⁸ Clichy;
⁹ Paris

Introduction

Le profil de tolérance et d'efficacité des antiviraux à action directe (AAD) peut être affecté par des interactions médicamenteuses. Cette analyse intégrée des études de phase 2 et de phase 3 de la combinaison pangénotypique d'AAD glécaprevir/pibrentasvir (G/P) a étudié l'efficacité et la sécurité de G/P en présence de comorbidités multiples et de médicaments concomitants.

Matériel et Méthodes

Une analyse intégrée et groupée a été réalisée sur 21 essais cliniques contrôlés et randomisés chez des patients atteints d'une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) de génotype 1-6 avec ou sans cirrhose compensée et recevant un traitement par G/P pendant 8, 12 ou 16 semaines en présence de médicaments concomitants. Les analyses primaires ont évalué la sécurité et l'efficacité (définie par la réponse virologique soutenue 12 semaines après la fin du traitement (RVS12)). Les patients ont été stratifiés pour l'analyse en fonction du nombre de médicaments concomitants, de l'âge >65 ans, des comorbidités et de l'usage de drogues injectables ou non-injectables (UD).

Résultats

Parmi les 6 569 patients de cette analyse, 1 170 (17,8%) étaient âgés de plus de 65 ans, 2 049 (31,2%) souffraient de troubles psychiatriques, 300 (4,6%) de troubles cardiovasculaires, 1 786 (27,2%) avaient une co-infection VIH, et 2 049 (31,2%) étaient des UD. 2 705 patients prenaient >3 médicaments concomitants, 1 638 >5, 439 >10, 138 patients >15 et 59 patients prenaient >20 médicaments concomitants. Une grande efficacité de G/P (RVS12 en ITTm) était observée chez l'ensemble des patients (98,6%), incluant ceux prenant plus de 20 médicaments concomitants (98,2%). Les événements indésirables graves survenus pendant le traitement (EIGST) étaient peu nombreux, 2,5% au total, entre 2,4% et 5,1% dans toutes les groupes de patients. Les EIGST les plus fréquemment signalés étaient les infections, les blessures et les cancers, la majorité n'étant pas liée à G/P : seuls 0,1% d'entre eux pouvaient y être liés. Les EIGST liés au traitement chez les patients prenant plus d'un médicament concomitant étaient rares (0,1%, entre 0% et 0,2%). Les élévations de grade 3 de l'alanine aminotransférase (ALT) ou de la bilirubine n'étaient notées



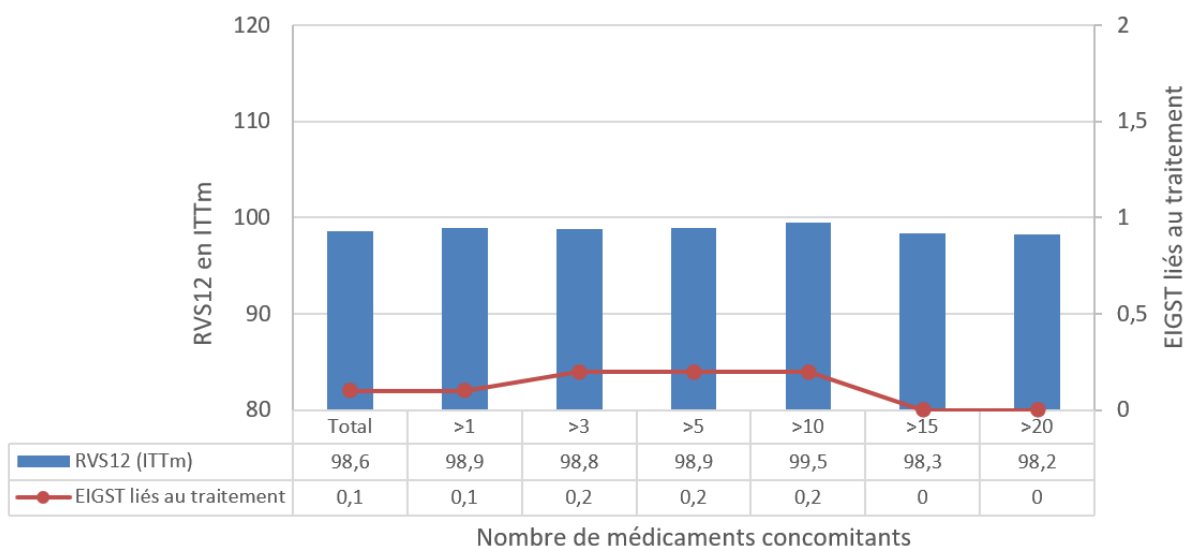
Communications Affichées AFEF 2025

que chez 0,5% au total et 0,2% chez les patients âgés de plus de 65 ans, 0,5% chez ceux présentant des comorbidités psychiatriques, 0,7% en cas de comorbidités cardiovasculaires, 0,4% en cas de co-infection VHC-VIH et 0,3% chez les UD. Aucun patient n'a présenté à la fois une élévation de grade 3 de l'ALT et de la bilirubine.

Conclusion

Cette analyse intégrée confirme les bonnes sécurité et tolérance de G/P et sa grande efficacité chez les patients atteints d'hépatite C chronique, incluant ceux qui prennent jusqu'à plus de 20 médicaments concomitants, qui sont âgés de plus de 65 ans, qui présentent des comorbidités et qui sont usagers de drogues.

Sécurité et efficacité chez les patients sous multiples traitements concomitants



Efficacité et sécurité (effets indésirables graves survenus pendant le traitement et liés au traitement) chez les patients sous multiples traitements concomitants

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_17

Les plaintes cognitives des patients avec une maladie vasculaire du foie ne sont pas liées à une EH minime chez la moitié des patients : évaluation et impact dans une cohorte prospective

P. Sultanik* ¹; L. Kheloufy ¹; A. Plessier ²; A. Payancé ²; L. Moga ²; M. Rudler ¹; S. Mouri ¹; C. Modolo ¹; A. Leproux ¹; A. Santiago ¹; C. Bouzbib ¹; R. Sobesky ³; A. Coilly ³; D. Galanaud ¹; V. Navarro ¹; P.E. Rautou ²; N. Weiss ¹; D. Thabut ¹

¹ Paris; ² Clichy; ³ Villejuif

Introduction

L'étiologie des plaintes cognitives (PC) chez des patients (pts) avec une maladie vasculaire du foie (MVF) est difficile à caractériser, l'encéphalopathie hépatique minime (EHM) comme d'autres causes pouvant en être responsables. L'objectif de ce travail était de déterminer la prévalence de l'EHM chez des pts avec MVF et PC, d'évaluer le développement d'une EH clinique (EHC) et la survie globale +/- sans transplantation hépatique (TH) au cours du suivi.

Matériel et Méthodes

Etude rétrospective d'une cohorte prospective de pts externes adressés à notre centre avec une MVF et des PC (Mars 2018-Juin 2024). Exclusion : ATCD de TH. Évaluation multimodale des pts: examen clinique, tests neuropsychologiques (TNP), biomarqueurs, EEG, IRM cérébrale avec spectroscopie (IRMs). Le diagnostic d'EHM était posé lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire sur les critères habituels. Suivi des pts pour la survenue d'EHC, d'une TH ou d'un décès. Analyse de suivi: EHC avec TH/décès en risque compétitif, survie +/- TH en Kaplan Meier.

Résultats

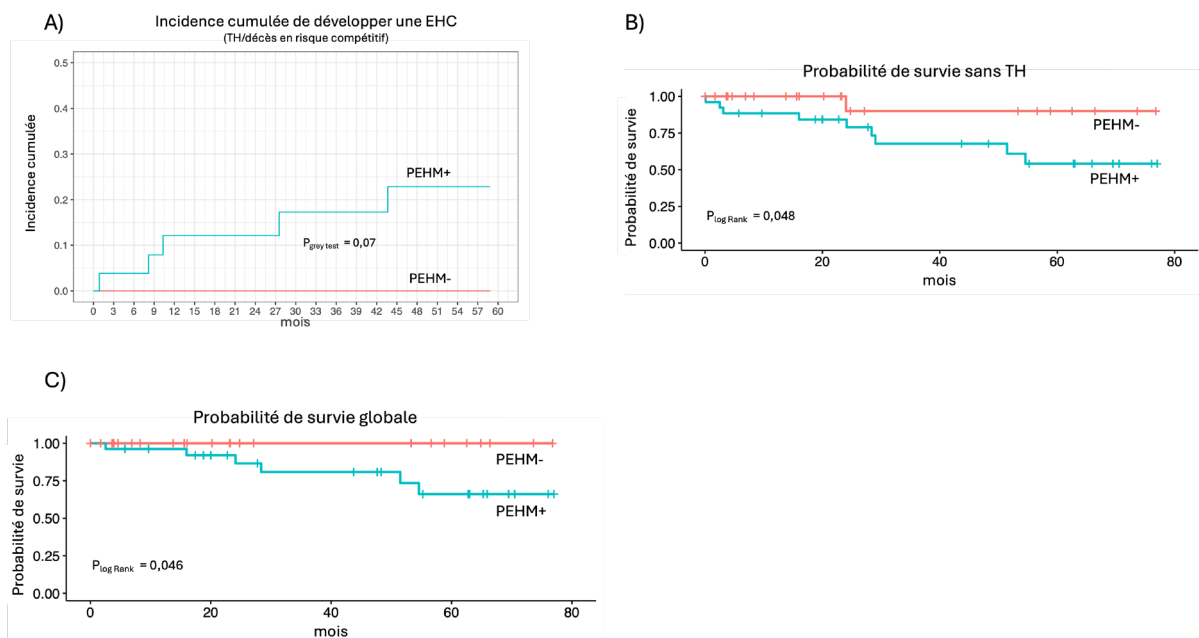
56 pts ont été inclus: 48% d'hommes, âge médian 50 (IQR1-3 38-59) ans. 75% des pts avaient une maladie vasculaire portosinoïdale, 21% un syndrome de Budd-Chiari et 4% une thrombose porte. 32% des pts avaient un TIPS, 19% une obésité, 11% un diabète, 7% une consommation chronique d'alcool. 38% avaient un ATCD d'EH, 41% avaient un traitement hypoammoniémiant et 19% prenaient au moins un psychotrope. Au total, 28 (50%) pts avaient un diagnostic d'EHC (PEHC+) sur les critères habituels, et 28 (50%) n'avaient pas d'argument suffisant pour une EHC (PEHC-). Les PEHC+ avaient plus fréquemment un ATCD d'EH ($p=0,002$), un taux d'ammoniémie plus élevé ($p<0,001$), un score plus faible au PHES ($p=0,02$), plus de signes d'EHC à l'IRM ($p<0,001$). 86% des PEHC+ avaient au moins 1 autre cause d'atteinte cognitive, principalement : trouble anxiodépressif[TAD] 43%, maladie vasculaire cérébrale 18%, séquelle d'alcool 4%, possible trouble neurodégénératif[TND] 4%, causes mixtes pour 31%. Parmi les PEHC-, les causes d'atteinte cognitive étaient principalement : TAD 54%, atteinte vasculaire 4%, alcool 4%, possible TND 4%, causes mixtes pour 23%. Aucune atteinte cognitive n'était

Communications Affichées AFEF 2025

documentée dans 18% des cas. Le suivi médian était de 26 (IRQ1-316-62) mois. 5 (18%) PEHM+ ont développé de l'EHC contre aucun PEHM-. En analyse univariée, l'EHC prédisposait à l'EHC (HR à 53, pGrey's Test <0,001). A la fin du suivi, la survie sans TH était de 54% et 90% (pLogRank=0,048) et la survie globale était de 66% et 100% (pLogRank=0,046), respectivement chez les PEHM+ et PEHM-.

Conclusion

Une EHC n'était présente que chez 50% des patients avec MVF et PC. Elle était isolée seulement chez 14% de ces patients. Les autres causes d'atteinte cognitive parmi les patients sans EHC et ceux avec EHC étaient parfois irréversibles. Le diagnostic d'EHC était associé à une moins bonne survie globale et sans TH.



Suivi des patients avec incidence de l'EHC, survie +/- transplantation hépatique.

A/ Incidence cumulée de développer une EHC, avec la greffe et le décès en risque compétitif.

B/ Probabilité de survie sans transplantation en kaplan meier

C/ Probabilité de survie globale en kappaln meier

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_18

Pronostic à long terme des patients atteints de syndrome d'obstruction sinusoïdale post-greffe de cellules souches hématopoïétiques

A.T. Edilmar^{1,2}; A. Sayadi*^{3,4}; L. Bertin⁴; A. Plessier³; F. Durand^{3,4}; A. Ferrero-Gregori¹; V. PARADIS^{3,4}; D. Michonneau⁴; P.E. Rautou^{3,4}

¹ Barcelona; ² Madrid; ³ Clichy; ⁴ Paris

Introduction

Le syndrome d'obstruction sinusoïdale (SOS) est une complication du conditionnement préalable à une greffe de cellules souches hématopoïétiques (GCSH), grevant le pronostic à court terme. Cependant, le pronostic hépatique de ces malades à long terme n'est pas connu. L'objectif de cette étude était de décrire l'évolution hépatique à long terme des patients atteints de SOS.

Matériel et Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique à partir d'une base de données prospective de patients adressés pour un cathétérisme hépatique entre 1994 et 2023. Tous les patients ayant un SOS prouvé histologiquement et ayant survécu au moins 6 mois dans les suites de la GCSH ont été inclus. Les patients ayant une hépatopathie chronique avant la GCSH ont été exclus. Toutes les biopsies hépatiques ont été relues par deux anatomo-pathologistes qui n'avaient pas accès à l'évolution des malades. Les événements recueillis étaient le développement de signes d'hypertension portale (HTP) et de complications hépatiques ainsi que la mortalité d'origine hépatique et extra-hépatique.

Résultats

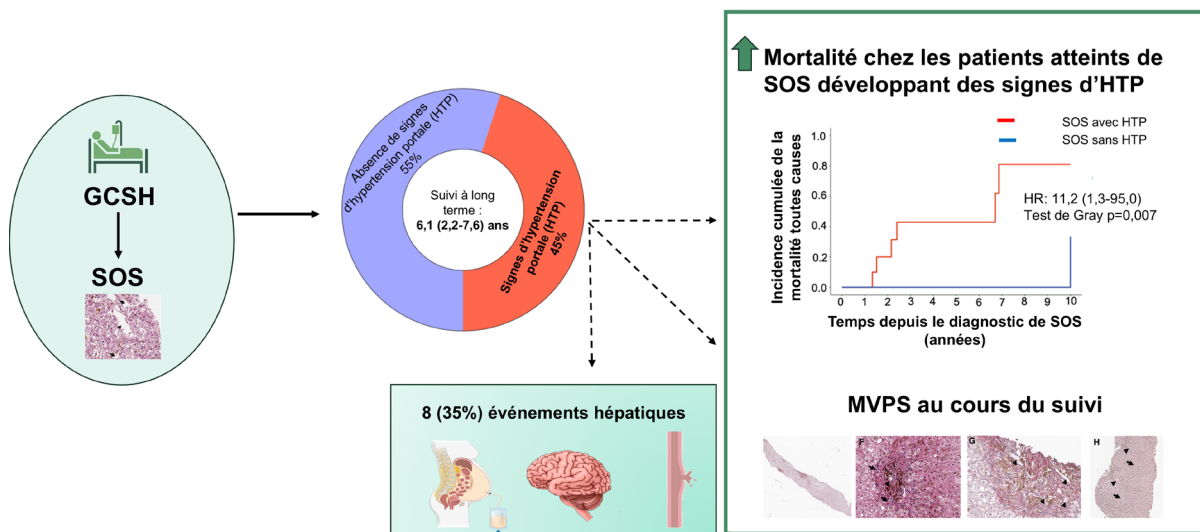
22 patients ayant un SOS post-GCSH ont été inclus, avec une durée médiane de suivi de 6,1 ans [1 – 30]. Au cours du suivi, 10 patients (45%) ont développé des signes d'HTP et 8 (35%) d'entre eux des complications hépatiques (ascite, n=8 ; infection spontanée du liquide d'ascite, n=1 ; encéphalopathie hépatique, n=3 ; hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes, n=3). L'incidence cumulée de l'apparition de signes d'HTP était de 28% à 3 ans. La mortalité chez ces patients était significativement supérieure par rapport à ceux n'ayant pas développé de signe d'HTP (HR : 11,18 [IC 95% 1,32 – 95,0], $p = 0,007$). Les patients qui ont développé des signes d'HTP avaient moins reçu de défibrotide (sHR:0,096 (CI : 0,028-0,329) $p < 0,001$) et avaient une pression artérielle médiane plus basse que ceux qui n'ont pas développé de signes d'HTP. Parmi les 10 patients ayant développé une HTP, 3 d'entre eux ont eu une seconde biopsie hépatique. Ces 3 biopsies mettaient toutes en évidence des signes histologiques en faveur d'une maladie vasculaire porto-sinusoïdale (MVPS) : absence de cirrhose, sténose des veinules portes et hyperplasie nodulaire régénérative.

Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

Chez les patients atteints de SOS post-GSCH, l'apparition de signes d'HTP et les complications hépatiques sont fréquentes au cours du suivi à long terme et grèvent le pronostic. Le défibrotide semble avoir un effet protecteur, mais ceci doit être confirmé. Histologiquement, le SOS peut évoluer vers des lésions de MVPS.

Pronostic à long terme des patients atteints de syndrome d'obstruction sinusoidale post-greffe de cellules souches hématopoïétiques



Résumé illustré du pronostic à long terme des patients atteints de syndrome d'obstruction sinusoidale post-greffe de cellules souches hématopoïétiques.

GCSH : greffe de cellules souches hématopoïétiques

SOS : syndrome d'obstruction sinusoidale

HTP : Hypertension portale

MVPS : Maladie Vasculaire Porto-Sinusoidale

HR : Hazard Ratio

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_19

Glécaprevir/pibrentasvir dans l'hépatite C chronique : Analyse intégrée des patients prenant des opioïdes, des antipsychotiques et des médicaments cardiovasculaires

C. Cooper ¹; S. Raina ²; L. Johnson ²; J.J. Feld ³; A. Brown ⁴; A. Martinez ⁵; B. Conway ⁶; S. Gordon ⁷; T. Asselah ⁸; L. Uribe ²; M. Li ²; A. Iacob ⁹; J. Marcinak ²; D. Semizarov ²; S. Pol* ¹⁰

¹ Ottawa; ² Chicago; ³ Toronto; ⁴ Londres; ⁵ Buffalo; ⁶ Vancouver; ⁷ Detroit; ⁸ Clichy; ⁹ Markham; ¹⁰ Paris

Introduction

Bien que la combinaison pangénotypique glécaprevir/ pibrentasvir (G/P) soit très efficace et que son profil de sécurité soit bien documenté, son administration concomitante avec des médicaments qui sont des substrats de la glycoprotéine P (P-gp), de la protéine de résistance au cancer du sein (BCRP) et du polypeptide transporteur d'anions organiques (OATP) 1B1/3 peut entraîner une augmentation de la concentration plasmatique de ces médicaments. Bien que l'effet de G/P sur l'exposition à ces médicaments concomitants devrait être faible, nous en avons analysé la sécurité et la tolérance avec certains médicaments concomitants, à visée antipsychotique (aripiprazole, quétiapine, rispéridone, palipéridone, lurasidone, clozapine), cardiovasculaire (statines, bêtabloquants, inhibiteurs calciques, anti-hypertenseurs) et des opioïdes (fentanyl, oxycodone et hydrocodone).

Matériel et Méthodes

Une analyse intégrée et groupée a été réalisée dans le cadre de 21 essais cliniques contrôlés randomisés chez des patients atteints d'une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) de génotype 1 à 6 avec ou sans cirrhose compensée et recevant un traitement par G/P pendant 8, 12 ou 16 semaines.

Résultats

Parmi les 6547 patients, 136 (2,1%) prenaient des antipsychotiques, 219 (3,3%) des statines, 226 (3,45%) des anti-hypertenseurs, 94 (1,4%) des bêtabloquants et 44 (0,7%) des inhibiteurs calciques aux interactions potentielles avec G/P. Aucun patient n'a présenté d'effet indésirable grave (EIG) lié au traitement. Un des 133 patients prenant des opioïdes a présenté un EIG lié au traitement. Les arrêts de traitement dus à des effets indésirables étaient rares, avec seulement 1 arrêt dans la classe des antipsychotiques, 3 dans la classe des médicaments cardiovasculaires et 3 dans la classe des opioïdes. Une observance élevée (> 94 %, définie par le pourcentage de comprimés pris par rapport aux attentes) a été observée pour ces classes spécifiques de médicaments concomitants. La réponse virologique soutenue 12 semaines après la fin du traitement (RVS12) en intention de traiter modifiée (à l'exclusion des patients n'ayant pas atteint la RSV12 pour des raisons autres que



Communications Affichées AFEF 2025

l'échec virologique) était de 99,2 % en cas d'administration concomitante d'antipsychotiques, de 99,5 % avec des statines, de 100 % avec des bêtabloquants, des inhibiteurs calciques et des antihypertenseurs et de 96,9 % avec des opioïdes.

Conclusion

Cette analyse intégrée montre l'efficacité, la bonne tolérance et l'innocuité de G/P administré en association avec les antipsychotiques, les médicaments à visée cardiovasculaires et les opioïdes.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_20

La fragilité évaluée par le Liver Frailty Index™ (LFI) est un facteur de risque de mortalité chez les patients atteints de CHC avancé traités par atezolizumab-bévacizumab

P. Sultanik* ¹; C. Campani ¹; S. Mouri ¹; E. Spitzer ¹; M. Wagner ¹; L. BLAISE ²; M. Lequoy ¹; V. Ozenne ¹; J.C. Nault ²; D. Thabut ¹; N. Ganne-Carrié ²; M. Allaire ¹

¹ Paris; ² Bobigny

Introduction

Le Liver Frailty Index (LFI), un outil simple et objectif d'évaluation de la fragilité, est bien établi comme un prédicteur de morbi-mortalité dans la cirrhose. Cependant, son utilité chez les patients atteints de carcinome hépatocellulaire (CHC) traités par immunothérapie reste méconnue. Cette étude évalue l'impact de la fragilité, mesurée par le LFI, sur le pronostic des patients atteints de CHC avancé traités par atezolizumab-bévacizumab (AtezoBev).

Matériel et Méthodes

Cohorte prospective tricentrique ayant inclus des patients atteints de CHC avancé traités par AtezoBev entre décembre 2021 et août 2024, avec une évaluation du LFI à l'inclusion. Les modèles de Cox et Kaplan-Meier ont été utilisés pour analyser les facteurs associés à la survie sans progression (SSP) et à la survie globale (SG).

Résultats

Au total, 96 patients (âge médian de 72 ans, 89 % d'hommes) ont été inclus. Une cirrhose était présente chez 85 % d'entre eux (Child-Pugh A : 72 %), et 30 % des patients étaient classés comme fragiles (LFI $\geq 4,5$). La survie globale médiane était de 15,4 mois, avec une association indépendante de la fragilité (HRa = 1,75, p = 0,049), du stade BCLC C (HRa = 2,27, p = 0,006) et du score MELD (HRa = 1,06, p = 0,044) à la survie globale. Les patients fragiles avaient une survie médiane de 11,9 mois contre 20,4 mois chez les patients non fragiles (p = 0,02) (Figure). La fragilité était associée à la survie globale dans les sous-groupes de patients avec un score ECOG-PS de 0 (p = 0,03), un score Child-Pugh non A (p = 0,04) ou âgés de ≥ 70 ans (p = 0,01). La fragilité n'avait pas d'impact sur la SSP. Un traitement loco-régional antérieur du CHC, des métastases extra-hépatiques, un score ALBI > 3 et des antécédents d'ascite étaient identifiés comme des facteurs indépendants associés à la SSP.

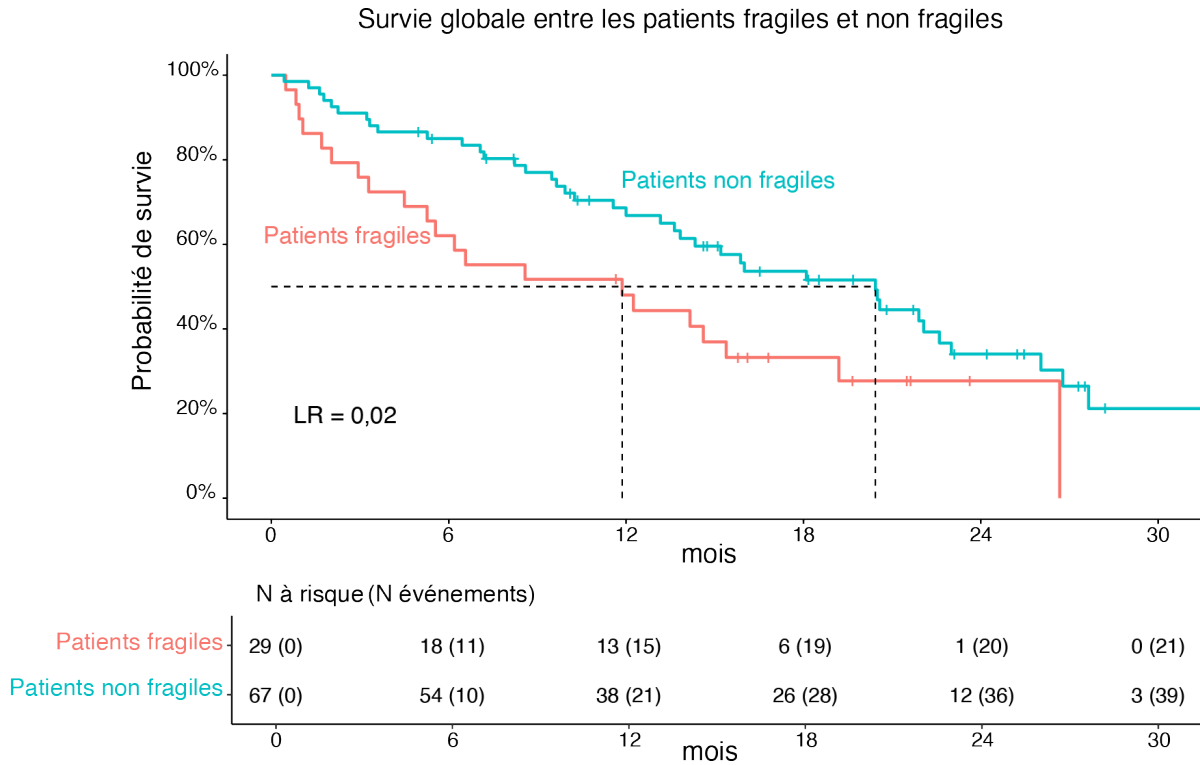
Conclusion

La fragilité, mesurée simplement par le LFI, a probablement un impact significatif sur la survie globale chez les patients atteints de CHC traités par AtezoBev, soulignant la



Communications Affichées AFEF 2025

nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire axée sur l'activité physique adaptée et la réadaptation musculaire chez ces patients.



Survie globale entre les patients fragiles (LFI $\geq 4,5$) et non fragiles. Représentation en Kaplan Meier, avec log rank à 0,02.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_21

Place de la greffe hépatique dans le syndrome d'obstruction sinusoidale d'origine hématologique : étude européenne en vie réelle

P.E. Debureaux* ¹; R. Federico ²; A. Plessier ³; D. ERARD ⁴; V. Alcazer ⁴; I. Kounis ⁵; A. Coilly ⁵; C. Duvoux ⁶; C. Soussain ⁷; C. Besch ⁸; P. Lebray ¹; N. Bigé ¹; P. Perez ⁹; S. Raevens ¹⁰; M. Magdalena ¹¹; H. Labussiere Wallet ⁴; E. Kaphan ¹; F. Durand ³; D. Michonneau ¹; P.E. Rautou ³

¹ Paris; ² Bologne; ³ Clichy; ⁴ Lyon; ⁵ Villejuif; ⁶ Créteil; ⁷ Saint Cloud; ⁸ Strasbourg Cédex 2; ⁹ Nancy; ¹⁰ Ghent; ¹¹ Montpellier

Introduction

Le syndrome d'obstruction sinusoidale (SOS), également connu sous le nom de maladie veino-occlusive hépatique, est une complication sévère fréquemment associée aux traitements intensifs de chimiothérapie et de radiothérapie. Malgré des avancées dans la prise en charge, le SOS demeure une cause significative de morbidité et de mortalité, avec une survie évaluée à 20 % en cas de défaillance multiviscérale associée [1]. La transplantation hépatique a été envisagée comme solution thérapeutique pour les SOS avec défaillance multiviscérale, mais les données concernant son efficacité et ses indications sont encore limitées à des cas cliniques.

Matériel et Méthodes

Cette étude rétrospective européenne de 2004 à 2025 a inclus les malades adultes atteints de SOS hématologique avec défaillance multiviscérale, selon les critères EBMT 2023 [2]. Un modèle de Cox a été réalisé en intégrant les covariables avec une $p < 0,1$ en univariée.

Résultats

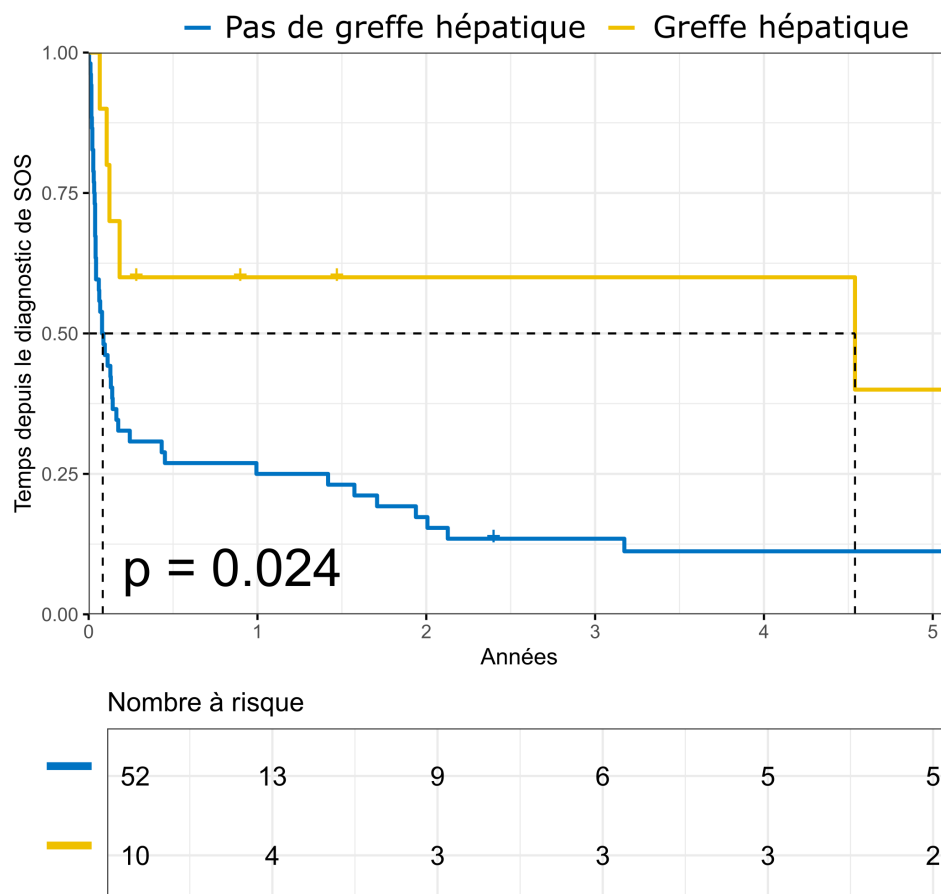
Parmi 62 patients atteints de SOS avec défaillance multiviscérale (âge médian de 45 ans et sex-ratio H/F de 1,6), 10 (16 %) ont eu une transplantation hépatique. La durée médiane de suivi était de 5,5 ans (IQR 2,4–7,5). Concernant le traitement à l'origine du SOS, 50 patients étaient en post-allogreffe (dont 60 % de conditionnement myélo-ablatif et 40 % de réduit), 8 en post-autogreffe, et 4 après chimiothérapie. Le délai médian entre la procédure et le diagnostic de SOS était de 14 jours. Le défibrotide, administré chez l'ensemble des patients, a été initié avec un délai médian d'un jour après le diagnostic (IQR 0-1). La seule différence entre les patients transplantés et non transplantés du foie était une tendance à un âge plus jeune chez les transplantés (médian : 31 vs 49 ans, $p = 0,06$). Le délai entre le diagnostic de SOS et la greffe hépatique variait de 4 à 29 jours. Parmi les 10 patients greffés, 4 sont décédés d'une infection dans les trois mois suivant la transplantation. Quatre patients ont survécu plus d'un an, dont deux sont toujours en vie à plus de six ans. Les deux derniers sont en vie avec un suivi inférieur à un an. Comparativement

Communications Affichées AFEF 2025

aux patients non transplantés du foie, la survie était significativement meilleure chez les patients ayant bénéficié d'une transplantation hépatique, avec une survie à 3 mois de 60 % versus 31 %, et une survie à un an de 55 % versus 25 % ($p = 0,02$), sans différence significative concernant le taux de rechute hématologique en analyse par risque compétitif (à 4 ans : 13 % vs 9 %, $p = 0,63$). En analyse multivariée, la transplantation hépatique était associée à une meilleure survie globale (HR 0,33, $p = 0,02$), indépendamment de l'âge (HR 1,02, $p = 0,02$), de l'utilisation de défibrotide en prophylaxie (HR 0,26, $p = 0,01$) et de la bilirubinémie maximale (HR 1,02, $p = 0,16$).

Conclusion

La transplantation hépatique pourrait être une option thérapeutique pour un sous-groupe restreint de patients atteint de SOS d'origine hématologique avec défaillance multiviscérale. Elle est associée à un faible risque de rechute hématologique.



Survie globale selon la réalisation d'une greffe hépatique chez les patients avec SOS avec défaillance multiviscérale



Communications Affichées AFEF 2025

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

1. Debureaux et al., TCT 2020

2. Mohty et al., BMT 2023

Merci aux patients et à leur famille.



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_22

Effet du passage du Tacrolimus à libération standard au Tacrolimus MeltDose® (LCPT) sur les céphalées/migraines chez les transplantés hépatiques : étude E-MIG

K. Gebara* ¹; J. Ursic Bedoya ¹; S. Faure ¹; M. Meszaros ¹; G.P. Pageaux ¹; L. Meunier ¹

¹ Montpellier

Introduction

Le Tacrolimus (Tac) constitue depuis des années la pierre angulaire de la thérapie immunosuppressive en transplantation hépatique (TH). Cependant, son utilisation est parfois limitée par sa toxicité, en particulier sa neurotoxicité, qui se manifeste principalement par des tremblements, des céphalées et des migraines. Une autre formulation à libération prolongée « life cycle pharma » (Tac-LCP) offre un profil pharmacocinétique plus stable, réduisant les effets neurologiques tels que les tremblements. Cependant, les études abordant spécifiquement l'impact de cette nouvelle formulation sur les céphalées et les migraines sont rares. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'évolution symptômes neurologiques, notamment les céphalées et les migraines, après une conversion thérapeutique vers Tac-LCP.

Matériel et Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique, incluant des patients adultes qui, après leur TH, ont été convertis vers Tac-LCP soit en raison d'une toxicité liée aux formulations classiques de Tac, soit pour des raisons de biodisponibilité. Le critère jugement principal était l'impact de la conversion vers Tac-LCP sur l'amélioration des céphalées et des migraines. Le diagnostic et la classification des céphalées et migraines étaient basés sur la Classification internationale des céphalées, 3e édition (ICHD-3). La sévérité et l'amélioration ont été définies respectivement par l'échelle d'impression clinique globale de sévérité (CGI-S) et l'impression clinique globale d'amélioration (CGI-I).

Résultats

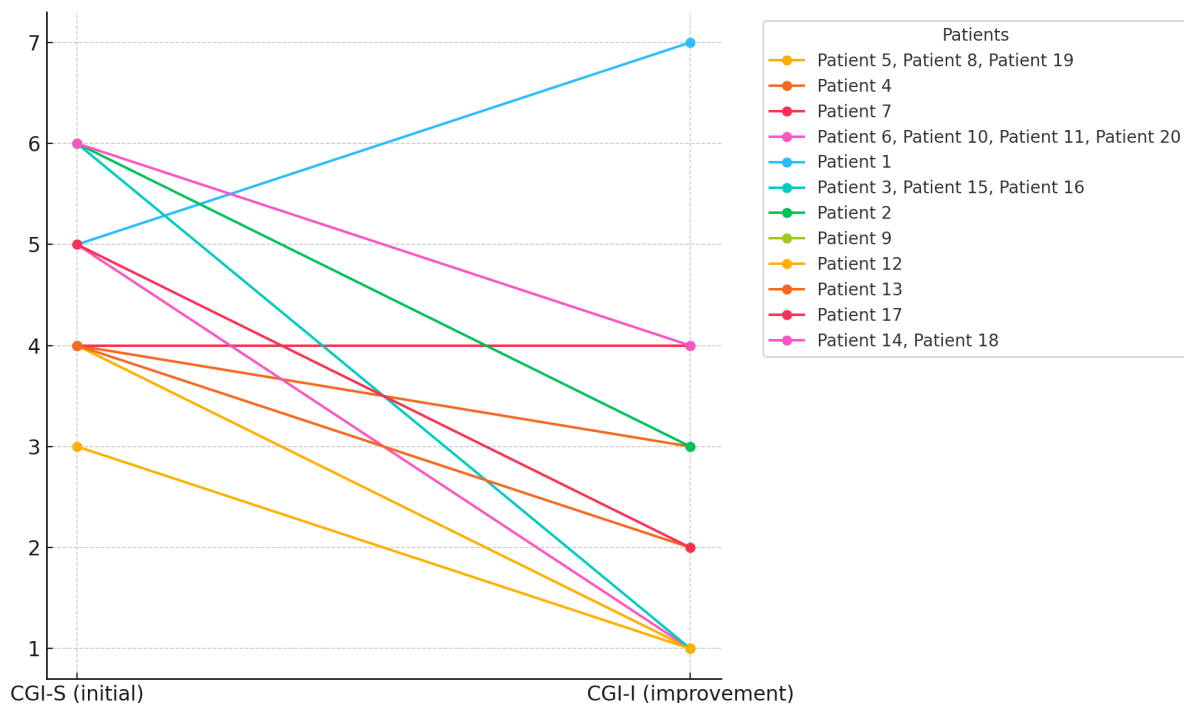
Au total, 82 patients ont été inclus, dont 59,8 % d'hommes, avec un âge moyen de 58 ans. L'indication principale de TH était une maladie hépatique liée à l'alcool (35,4 %). La toxicité neurologique représentait 61 % des conversions, dont 30,5 % (n=25) directement liées aux céphalées ou migraines. Parmi les patients atteints de céphalées ou migraines 28 % (n=7) se considéraient comme gravement voire extrêmement malade selon le CGI-S. Le délai médian entre la TH et la conversion en Tac-LCP était de 369 jours (min 15 ; max 12967 jours). En comparaison aux patients convertis pour d'autres raisons, les patients avec céphalées et migraines sous Tac étaient principalement des femmes (68,0 % vs 28,1 % ; p=0,002), plus jeune (52 vs 58 ; p=0,019) avec significativement plus d'antécédents familiaux de céphalées et de migraines (40 % vs 8,89 % ; p=0,005). On note également un taux de tacrolémie

Communications Affichées AFEF 2025

avant switch plus élevé chez les patients avec céphalées et migraines (6,9 vs 5,5 ; $p=0,007$), mais sans différence significative de la tacrolémie après switch entre les patients avec céphalées et migraines résolutives et les autres. Après conversion par Tac-LCP, 72 % (n=18) ont connu une évolution favorable de leurs céphalées ou migraines, dont 48 % (n=12) avec résolution complète de leurs symptômes, figure 1.

Conclusion

La conversion vers Tac-LCP semble efficace pour améliorer les céphalées et migraines. Ces résultats devront être confirmés dans d'autres centres, un travail multicentrique est en cours.



Evolution des symptômes de céphalées et de migraines pour chaque patient, à noter 5 patients sans informations sur les caractéristiques de l'évolution.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_23

Estimation des coûts de prise en charge de l'hépatite B chronique en France en utilisant le SNDS

S. Nilusmas* ; C. Lepers ¹; P. Burgat ¹; J. Bellet ¹; C. Lusivika-Nzinga ¹; S. Deuffic-Burban ¹; F. Carrat ¹; ANRS/AFEF HEPATHER Study Group

¹ Paris

Introduction

L'hépatite B chronique (HBC) peut évoluer d'un état précoce asymptomatique vers des complications hépatiques sévères telles que la cirrhose décompensée (CD) et le carcinome hépatocellulaire (CHC). La progression de la maladie représente un fardeau considérable pour les systèmes de santé. Nous avons mené une étude observationnelle nationale afin d'estimer les coûts mensuels de prise en charge du HBC selon les états de santé (pré-cirrhose, cirrhose, CD, CHC, transplantation hépatique [TH], décès) en utilisant le Système National des Données de Santé (SNDS).

Patients et Méthodes

Le SNDS couvre plus de 99 % de la population française. Il fournit des informations sur les soins ambulatoires remboursés, les diagnostics hospitaliers, les interventions médicales et les décès. Nous avons identifié tous les individus atteints d'HBC résidant en France entre 2012 et 2022. Les états de santé ont été définis à partir des codes CIM-10. Pour chaque état, et pour les patients pré-cirrhotiques, selon qu'ils soient traités ou non par analogues nucléos(t)idiques (AN), les coûts mensuels par patient ont été estimés par statistiques descriptives. Les surcoûts liés à la TH et au décès ont été analysés séparément. La détection et la classification des états de santé ont été validées cliniquement dans un sous-échantillon de patients de la cohorte ANRS CO22 HEPATHER appariés individuellement au SNDS afin d'évaluer la robustesse des estimations de coûts.

Résultats

Au total, 114 662 patients atteints de HBC ont été identifiés dans le SNDS : 102 756 en état pré-cirrhotique, 10 273 en cirrhose, 416 en CD, 372 en CHC, et 1 972 ayant bénéficié d'une TH. Dans la cohorte HEPATHER appariée (n=4 627), 3 985 étaient en état pré-cirrhotique, 363 en cirrhose, 203 en CD, 186 en CHC et 122 ont été transplantés. Dans le SNDS, les coûts mensuels médians augmentaient avec la sévérité de la maladie : 107 € pour les pré-cirrhotiques non traités (Q1-Q3 : 44–373), 314 € (132–686) pour les traités (144 € [55–764] hors coût des AN), 954 € (403–2 111) pour la cirrhose, 1 254 € (480–2 898) pour la CD, 1 233 € (558–2 561) pour le CHC, et 1 520 € (1 045–2 304) après TH. Le surcoût de la TH était de 55 538 € (31 555–72 823) et celui du décès variait de 4 713 € (221–12 955) à 11 356 € (289–19 762). Dans le sous-échantillon HEPATHER, les coûts étaient légèrement plus



Communications Affichées AFEF 2025

faibles mais restaient dans les mêmes ordres de grandeur, confirmant la cohérence des estimations issues des deux sources.

Conclusion

Cette étude fournit des estimations robustes et spécifiques par stade de la maladie pour les coûts liés au HBC à partir de données administratives nationales. La cohérence observée avec HEPATHER confirme la fiabilité de l'identification des états de santé et des estimations de coûts associées dans le SNDS. Ces estimations seront utiles aux futures analyses médico-économique et aux évaluations du coût de l'HBC sur la vie entière.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

ANRS | Maladies infectieuses émergente



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_24

Intérêt d'un algorithme permettant de cibler les patient a risque dans le dépistage systématique au laboratoire des fibroses hépatiques avancées à l'aide du fib4

E. LABAU* ¹; F. Autofage ²; M. Bernier ²

¹ Toulouse; ² Muret

Introduction

Un algorithme informatique pour cibler automatiquement les patients à risque de MASLD et améliorer les performances du dépistage par le FIB-4 au laboratoire a été mis en place et évalué.

Matériel et Méthodes

Dans un 1er temps, chez tout patient adultes de moins de 70 ans, ayant une prescription de numération plaquettaire et un dosage des transaminases, un calcul du score FIB-4 a été réalisé en excluant les grossesses,; les ALAT >200 et les patients sous chimiothérapies. Après plusieurs mois, l'impact a été évalué par sondage auprès des médecins généralistes. Dans un deuxième temps le FIB-4 n'a été rendu qu'aux seuls patients ayant des facteurs de risques métaboliques automatiquement identifiés par notre algorithme informatique selon les critères suivants :HbA1c ≥ 6 ;IMC > 30 ; Hypertriglycéridémie dans le dossier présent ou antérieur. Cette deuxième phase a été évaluée par un nouveau sondage.

Résultats

L'évaluation de la 1ère phase par sondage auprès des prescripteurs montre que 64 % déclaraient connaître l'intérêt du score ;62% considéraient que l'ajout systématique du score était utile;23% déclaraient avoir fait réaliser un examen complémentaire pour des score supérieurs à 2.67 et 62% trouvaient préférable de ne faire apparaître ce score que pour les seuls patients identifiés comme étant à risque . La 2ème phase a inclus 4 922 patients pour lesquels le score FIB-4 a été calculé. Chez 1288 patients (26%) un ou plusieurs facteurs de risque de MASLD ont été identifiés entraînant l'insertion du FIB-4 sur leurs comptes-rendus d'analyses. La répartition des facteurs de risque est la suivante : Diabète seul ou associé : 40 %; Hypertriglycéridémies isolées: 11 %;Obésité seule: 44 %. Sur cette période, 2,6 % des patients avec facteurs de risque avaient un FIB-4 > 2,67 et 16 % avaient un FIB-4 entre 1,3 et 2,67 contre respectivement 1,2 % et 12 % si on ne tient pas compte des facteurs de risque. L'évaluation par sondage a montre que 79% déclaraient connaître l'intérêt du score; 89 % considéraient utile de voir le FIB-4 figurer pour les seuls patients à risqu;53 % déclaraient que ce score ciblé en fonction des facteurs de risque détectés au laboratoire avait contribué à modifier la prise en charge des patients;89 % déclaraient avoir fait réaliser ou programmé de faire réaliser un examen complémentaire pour des score > 2.67



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

Notre étude montre que le ciblage du dépistage systématique par le score FIB-4 des patients à risque de fibrose est possible grâce à un algorithme informatique. Cette stratégie sensibilise les médecins au suivi hépatique des patients à risque, réduit les consultations inappropriées et évite un excès de prescriptions de tests spécialisés. Un seuil de FIB-4 plus bas que 2,67 pourrait permettre une détection plus précoce des anomalies sans surcharger les services concernés.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_25

Chimiothérapie intra-artérielle hépatique versus traitement systémique en traitement de première ligne du carcinome hépatocellulaire avancé : une revue systématique avec méta-analyse

O. Letissier* ¹; S. Le Sourd ¹; H. Bourien ¹; Y. Rolland ¹; O. Delache ¹; T. Morcet-Delattre ¹; E. Quehen ¹; N. Bertrand ¹; J. Edeline ¹

¹ Rennes

Introduction

Le traitement du carcinome hépatocellulaire avancé (CHCav) s'est amélioré grâce aux combinaisons à base d'immunothérapie. Certains sous-groupes conservent cependant des résultats défavorables, la survie globale (SG) médiane étant par exemple de 7,6 mois chez les patients présentant une thrombose veineuse portale tumorale (PVTT) de stade Vp4 (IMbrave 150). La chimiothérapie intra-artérielle hépatique (CIAH) est utilisée en Asie pour le traitement du CHCav, en particulier dans le contexte de PVTT.

Matériel et Méthodes

Notre méta-analyse a inclus l'ensemble des études rétrospectives ou prospectives comparant un traitement de première ligne par CIAH (seule ou en association avec un traitement systémique) et un traitement systémique chez des patients atteints de CHCav. Nous avons recherché les études dans PubMed, Embase et les principaux congrès. Le critère d'évaluation principal était la SG. Les critères d'évaluation secondaires étaient le taux de réponse objective (TRO) selon mRECIST, la survie sans progression (SSP), les résections secondaires et la tolérance. Un modèle à effets aléatoires associé à un graphique en forêt a été utilisé pour évaluer l'effet global de la CIAH sur les critères d'évaluation. Le test Q de Cochran basé sur X² et la statistique I² ont été utilisés pour quantifier l'hétérogénéité. Les biais de publication ont été analysés à l'aide d'un graphique en entonnoir et quantifiés à l'aide du test d'Egger.

Résultats

Sur les 1772 articles sélectionnés, 22 études (4315 patients) ont été incluses, publiées entre 2012 et 2022. Ces études étaient toutes asiatiques et incluaient principalement (médiane) des CHC BCLC C (86%), avec PVTT (100%), sans dissémination extra-hépatique (14%). Les bras étaient principalement la CIAH en monothérapie (54%) versus sorafénib (86%). Le bras CIAH a permis une amélioration significative de la SG (HR 0,49, CI 95% : 0,49-0,62), de la SSP (HR 0,58, CI 95% : 0,45-0,75) et du TRO (HR 0,72, CI 95% : 0,63-0,82). Il existait une tendance en faveur du bras CIAH concernant les taux de résection secondaire (médiane : 12,8 % vs 0,0 %, p = 0,077). Les sous-groupes de patients atteints de CHC avec PVTT (HR 0,33, CI 95% : 0,26-0,43), Vp3 (HR 0,30, CI 95% : 0,20-0,46)



Communications Affichées AFEF 2025

et Vp4 (HR 0,39, CI 95% : 0,27-0,56) bénéficiaient particulièrement de la CIAH. Il n'existait pas de différence de toxicité de grade ≥ 3 (médiane : 53,2% vs 42,1%, $p = 0,548$).

Conclusion

La CIAH pourrait améliorer la survie des patients atteints de CHCav, en particulier en cas de PVTT de stade Vp3 ou Vp4. Cependant, ces études sont exclusivement asiatiques et précèdent l'ère de l'immunothérapie. La CIAH devrait être étudiée dans la population occidentale et en combinaison avec l'immunothérapie.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_26

Intérêt pronostique du 9score après hépatectomie partielle ou totale pour le carcinome hépatocellulaire

E. SAVIER* ¹; C. Lim ¹; J. Denis ¹; A. Rebollo ¹; C. Goumard ¹; M. Allaire ¹; O. Scatton ¹

¹ Paris

Introduction

Le traitement chirurgical du carcinome hépatocellulaire (CHC) est considéré comme curatif. Deux traitements sont possibles : une hépatectomie partielle (RES) ou une hépatectomie totale suivie d'une transplantation hépatique (TH). Dans les deux cas, aucun facteur pronostique suffisamment robuste ne permet de recommander un traitement adjuvant malgré un riche arsenal thérapeutique. Il est donc essentiel de mieux évaluer le pronostic post-chirurgical du CHC. Or, premièrement il a été montré qu'après résection (RES) l'absence de certains facteurs de mauvais pronostic permettaient d'observer des survies à 5 ans de 80%[1], deuxièmement certaines cellules humaines de CHC présentaient une expression anormale de récepteurs membranaires proportionnelle à un score d'agressivité construit à partir de 5 facteurs histo-pronostiques[2]. La somme de ces 5 facteurs histologiques (différentiation (codée 1/2/3), encapsulation partielle (0/1), caractère macrotrabéculaire (0/1), embolies vasculaires (0/1), nodules satellites (0/1)) plus les 3 paramètres du score α (alfa-foeto-proteine (entier(log10(AFP))), taille maximale (cm) et nombre des nodules) plus le taux sérique du marqueur tumoral du CHC, le PIVKA-II (entier(log10(PIVKA))) nous a permis de construire un score pronostique biologique et anatomopathologique, le « 9score ».

Matériel et Méthodes

Etude rétrospective de cohorte monocentrique ayant pour but de déterminer l'intérêt pronostic du 9score sur la survie globale (SG) et la survie sans récurrence (SSR) après résection chirurgicale curative pour CHC. Critères d'inclusion : RES ou TH avec confirmation histologique d'un CHC actif et disponibilité des concentrations sériques du PIVKA-II et de l'AFP. Critères d'exclusion : résection incomplète (R2) ou maladie métastatique ou dosage d'AFP ou de PIVKA absent ou ininterprétable (AVK) ou de plus de 3 mois.

Résultats

145 patients, (52 résections (36%) et 93 transplantations (64%)) ont été suivis pendant 51 [24, 77] mois (médiane [IQR]), métavir A0/A1 = 82%, F3/F4 = 78%, Milan_In = 58%, Up to 7 = 68%. Le 9score était significativement associé à la SG dans un modèle multivarié logistique (OR = 1,17 ; $p < 0.01$) et de Cox (HR = 1,17 ; $p < 0.01$). L'hépatopathie alcoolique était également un facteur pronostique indépendant (OR = 4,5 ; $p < 0.01$). Le 9score montrait une meilleure performance pronostique que le score α (AUC : 0,62 vs 0,55 ; $p = 0.01$). Les SG à 5 ans étaient similaires après

Communications Affichées AFEF 2025

résection ou transplantation (Figure 1A). Une valeur de score $\geq 5,5$ était associée à une médiane de SG réduite (64 mois vs. non atteinte à 96 mois ; $p < 0,01$). (Figure 2B), la médiane de SSR après RES était de 18 mois vs. non atteinte ($p=0.02$)(Figure 2RES), la médiane de SSR après TH était de 62% à 5 ans vs. 93% ($p<0.01$)(Figure 2TH).

Conclusion

Le 9score pourrait représenter un outil précieux pour orienter les stratégies thérapeutiques post-chirurgicales après validation sur une cohorte plus large et multicentrique.

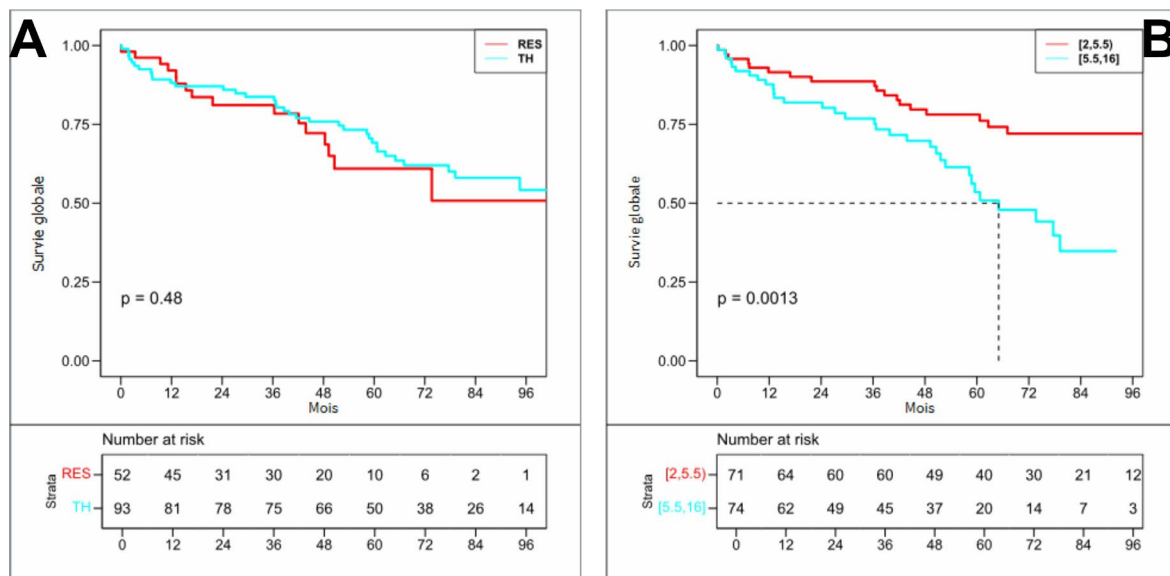


Figure 1 : Survies globales A : après résection chirurgicale (RES) ou transplantation hépatique (TH) pour CHC, B : selon la valeur seuil de 5,5 pour le 9score.

Communications Affichées AFEF 2025

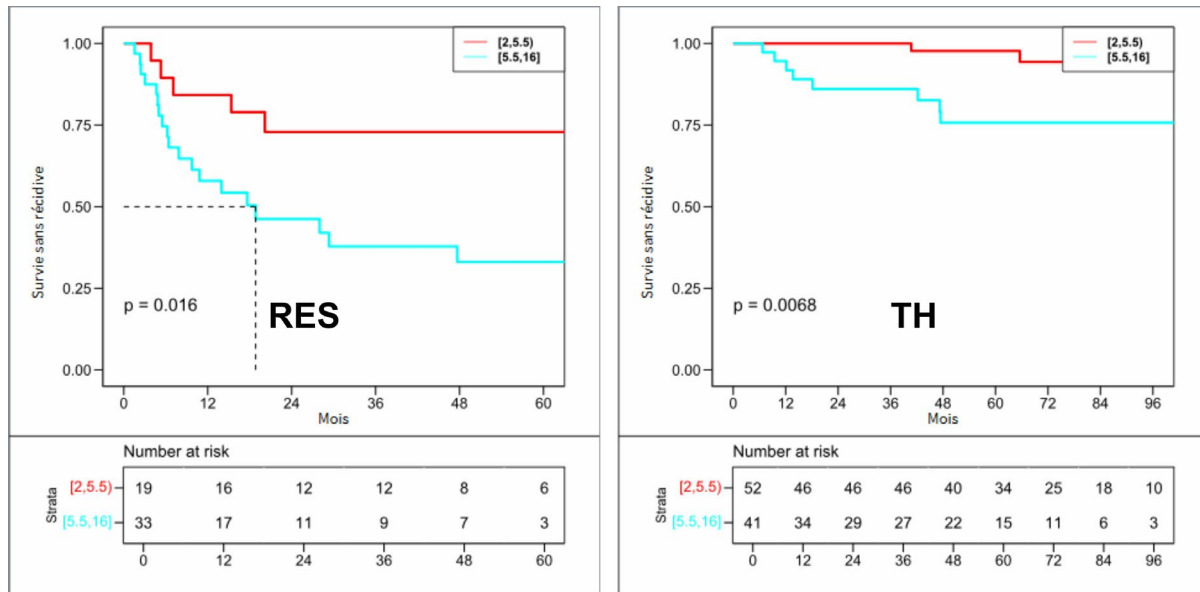


Figure 2 : Survie sans récidive de CHC et selon la valeur seuil de 5,5 pour le 9score, après résection chirurgicale (RES) ou après transplantation hépatique (TH).

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

- [1] Scatton O, Goumard C, Cauchy F, Fartoux L, Perdigao F, Conti F, et al. Early and resectable HCC: Definition and validation of a subgroup of patients who could avoid liver transplantation. J Surg Oncol 2015;111:1007–15. <https://doi.org/10.1002/jso.23916>.
- [2] Savier E, Simon-Gracia L, Charlotte F, Tuffery P, Teesalu T, Scatton O, et al. Bi-Functional Peptides as a New Therapeutic Tool for Hepatocellular Carcinoma. Pharmaceutics 2021;13. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13101631>.

Dr Maggy Bernard, Dr Christine Brochet, Pr Jean-Marc Lacorte qui ont initié et permis les dosages de PIVKA-II à la Pitié-Salpêtrière.



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_27

Stress mitochondrial chez des patients atteints du carcinome hépatocellulaire lié à l'hépatite B chronique

A. Mansouri* ¹; G.C.P. Luis ¹; V.D.H. Manon ¹; D. Tonui ¹; S. Narguet ²; A. Hammoutene ¹; N. Boyer ²; S. Dokmak ¹; P. Tonnerre ¹; V. PARADIS ²; A. Tarik ¹

¹ Paris; ² Clichy

Introduction

Le virus de l'hépatite B (VHB) interagit avec les mitochondries hépatiques et augmente le stress oxydatif dans le foie. Nous avons émis l'hypothèse que le stress mitochondrial induit par le VHB pourrait jouer un rôle dans la physiopathologie du carcinome hépatocellulaire (CHC) chez les patients atteints d'hépatite B chronique (HBC).

Patients et Méthodes

Cinquante (50) patients mono-infectés atteints d'HBC et de CHC et 25 témoins sains ont été inclus dans l'étude. Les lésions de l'ADN mitochondrial (ADNmt) hépatique ont été recherchées par PCR longue, Southern blot et Slot blot. L'expression de la sous-unités 1 de la cytochrome c oxydase (MT-CO1) codées par l'ADNmt, des marqueurs de la mitophagie [Parkinson-juvenile disease protein 2 (PRKN) et Phosphatase and Tensin-Induced Putative Kinase-1 (PINK1)], marqueurs de la réponse mitochondriale aux protéines mal repliées ou UPRmt [Lon peptidase 1 (LONP1) et chaperonines mitochondriales (HSPD1 et HSPA9)], ainsi que des cytokines pro-inflammatoires hépatiques TNF-alpha et IL-6 a été étudiée par Western blot et/ou RT-qPCR. In vitro, l'antigène HBx du VHB a été exprimé dans des cellules d'hépatocarcinome HepG2, traitées ou non par cisplatine (CDDP), et les paramètres mitochondriaux, l'activation de la Jun-c NH2 terminal kinase 1 (JNK1) ainsi que les caractéristiques de l'apoptose ont été étudiés.

Résultats

Alors que 100 % des patients atteints de CHC présentaient de multiples délétions d'ADNmt, seulement 11 % des témoins d'âge comparable ($\chi^2 = 6,4$; $p < 0,01$) présentaient une seule délétion d'ADNmt. Des diminutions significatives ont été observées chez les patients atteints de CHC par rapport aux témoins pour l'expression des ARNm de MT-CO1 codée par l'ADNmt ($0,69 \pm 0,28$ et $1,33 \pm 0,85$, $p < 0,001$), HSPA9 codée par l'ADN nucléaire ($0,44 \pm 0,21$ et $1,13 \pm 0,21$, $p < 0,001$), HSPD1 ($0,82 \pm 0,25$ et $1,80 \pm 0,66$, $p < 0,05$), LONP1 ($0,80 \pm 0,17$ et $1,09 \pm 0,32$, $p < 0,05$), PRKN ($0,44 \pm 0,28$ et $1,11 \pm 0,38$, $p < 0,0001$) et PINK1 ($0,52 \pm 0,06$ et $1,16 \pm 0,28$, $p < 0,0001$). L'ARNm du TNFalpha hépatique était de $1,53 \pm 0,2$ et $0,79 \pm 0,14$ ($p < 0,05$) et l'ARNm de l'IL6 était de $6,98 \pm 0,88$ et $1,36 \pm 0,19$ ($p < 0,05$) chez les patients atteints de CHC et les témoins, respectivement. Les taux de protéines de MT-CO1, LONP1, PRKN et PINK1 ont diminué de manière significative chez les



Communications Affichées AFEF 2025

patients atteints de CHC par rapport aux témoins sains. In vitro, HBx confère une résistance à l'activation de JNK1 et à l'apoptose des cellules HepG2 induites par CDDP.

Conclusion

Divers dommages de l'ADNmt sont associés à des altérations de la fonction mitochondriale, de la réponse UPRmt, de la mitophagie et de l'inflammation hépatique chez les patients atteints d'HCB et de CHC. L'antigène Hbx semble conférer une chimio-résistance au CDDP dans les cellules HepG2.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_28

Stratification du risque dans les maladies hépatiques stéatosiques : changer de référence pour développer de nouveaux tests non invasifs mieux adaptés au contexte d'utilisation de la pratique clinique

J. Boursier* ¹; A. Delamarre ²; C. Costentin ³; C. Bureau ⁴; J. Fichez ¹; I. Fouchard ¹;
A. Lannes ¹; F. Oberti ¹; M. Roux ¹

¹ Angers; ² Bordeaux; ³ Grenoble; ⁴ Toulouse

Introduction

Le Liver Risk Score (LRS) est un test sanguin simple de fibrose récemment développé en utilisant le FibroScan (VCTE) comme référence, et non la biopsie. Nous avons évalué la pertinence de ce concept de changement de référence pour les tests non invasifs hépatiques.

Matériel et Méthodes

Cohorte #1: 1510 patients avec maladie stéatosique du foie (MASLD ou alcool), biopsie hépatique, VCTE, et biologie inclus dans quatre centres tertiaires. Cette cohorte a été divisée en un set de dérivation (un centre, n=739) et un set de validation (trois autres centres, n=771). Cohorte #2: 2526 patients avec maladie stéatosique du foie ayant consécutivement eu un bilan non-invasif avec VCTE dans un centre tertiaire, avec suivi pour les événements hépatiques (complication de cirrhose ou CHC).

Résultats

Dans la cohorte #1 (avec biopsie), le graphique de calibration montrait que le LRS sous-estimait les résultats du VCTE. Ainsi, 76% des patients F3 et 49% des patients F4 étaient classés avec un risque faible/minimal par le LRS (LRS <10, PMID 37572680). Nous avons émis l'hypothèse que cette faible performance du LRS était liée à sa création utilisant le VCTE comme référence. Deux nouveaux tests sanguins simples ont donc été développés dans le set de dérivation: un avec le VCTE comme référence, l'autre avec la biopsie (cible: F3/4). Dans le set de validation, les AUROCs de ces deux tests n'étaient pas significativement différentes (respectivement 0,76±0,03 vs 0,78±0,03; p=0,098). Nous avons ensuite émis l'hypothèse que la sous-estimation du LRS provenait de sa création dans une population à faible prévalence de fibrose (VCTE moyen: 5,9 kPa [SD: 5,8], PMID 37572680). Une recalibration du LRS dans le set de dérivation (prévalence F3/4: 38%) améliorait la sensibilité: seuls 29% des F3 et 16% des F4 étaient classés à risque faible/minimal dans le set de validation. Tous ces résultats suggéraient qu'il est possible d'utiliser le VCTE comme référence pour créer des tests non-invasifs, mais que l'échantillon doit couvrir toute la gamme de résultats du VCTE avec une prévalence suffisante de patients à risque pour assurer la meilleure calibration. Nous avons donc ensuite utilisé la cohorte #2 (correspondant au contexte d'utilisation des hépatologues) pour développer un nouveau test sanguin



Communications Affichées AFEF 2025

simple avec le VCTE comme référence. Le test incluait 8 variables: ASAT, ALAT, gammaGT, PAL, albumine, plaquettes, glycémie, HDL-cholestérol. La calibration avec le résultat du VCTE était excellente. L'AUC(t) pour la prédiction des événements hépatiques à 5 ans était de $0,86 \pm 0,02$ avec le nouveau test, versus $0,77 \pm 0,03$ avec le LRS ($p < 0,001$) et $0,85 \pm 0,03$ avec le VCTE ($p = 0,500$).

Conclusion

Le VCTE peut être utilisé comme référence pour développer de nouveaux tests non invasifs, sans perte de performance diagnostique ou pronostique par rapport aux tests calés sur la biopsie. Cette approche permet de réduire les biais dans le développement des tests et d'obtenir des outils mieux adaptés au contexte d'utilisation clinique.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_29

Performance diagnostique de l'Hepatus pour diagnostiquer l'hypertension portale cliniquement significative : étude de faisabilité

A. Dupré¹; Y. Ndiaye¹; C. Mouliade¹; A. Vallet-pichard¹; S. Pol¹; P. Sogni¹; V. Mallet¹; L. Parlati*¹

¹ Paris

Introduction

Les recommandations de Baveno VII intègrent la mesure de l'élasticité splénique, notamment via un FibroScan® dédié (100 Hz), comme outil complémentaire à la mesure de l'élasticité hépatique (seuils de 10 et 25 kPa) et à la numération plaquettaire ($>150 \times 10^9/L$), pour stratifier le risque d'hypertension portale cliniquement significative (HPCS). Des seuils d'élasticité splénique <21 kPa et >50 kPa sont proposés pour exclure ou affirmer la présence d'une HPCS. Le dispositif Hepatus® (Mindray), qui combine élastométrie impulsionnelle et échographie bidimensionnelle en temps réel, permet des mesures ciblées de l'élasticité du foie et de la rate. À ce jour, aucune donnée publiée n'a évalué ses performances diagnostiques pour l'identification des patients à risque d'HPCS.

Matériel et Méthodes

Une série consécutive de patients suivis en hépatologie à l'hôpital Cochin a eu des mesures d'élasticité hépatique et splénique réalisées à l'aide du dispositif Hepatus®. Les performances de cet appareil pour stratifier le risque d'HPCS ont été évaluées selon les seuils recommandés par Baveno VII. Le critère de référence était la présence d'une HPCS définie par l'existence de varices œsophagiennes, d'un antécédent de décompensation hépatique ou d'un gradient de pression hépatique ≥ 10 mmHg.

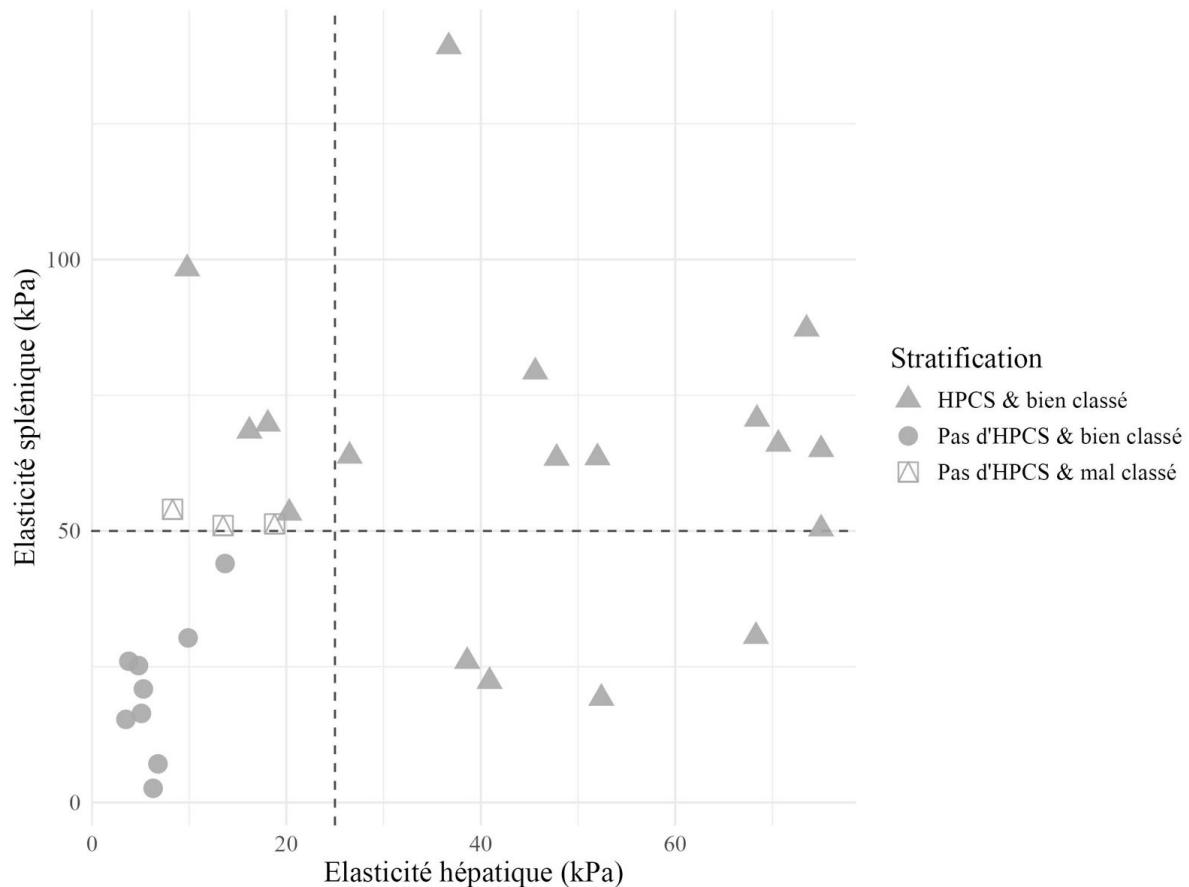
Résultats

Parmi les 34 patients inclus (65 % d'hommes, âge médian 59 ans [IQR : 47–72]), 50 % présentaient une hépatopathie liée à l'alcool et 21 % une stéatohépatite métabolique. Chez 30 patients (88 %), les mesures d'élasticité étaient interprétables. Une cirrhose était diagnostiquée chez 76 % des patients, et 20 d'entre eux (58,8 %) avaient une HPCS. La bilirubinémie médiane était de $19 \mu\text{mol/L}$ [IQR : 9–42] et le taux plaquettaire médian de $152 \times 10^9/L$ [78–209]. L'élasticité splénique médiane atteignait 51 kPa [25–68], et l'élasticité hépatique 20 kPa [8–52]. En appliquant un algorithme basé sur les seuils recommandés par Baveno VII, le dispositif Hepatus® permettait de classer correctement 27 patients sur 30, avec une sensibilité de 100 %, une spécificité de 75 %, une valeur prédictive positive de 85,7 % et une valeur prédictive négative de 100 % (Figure).

Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

Le dispositif Hepatus® semble être un outil performant, intuitif et prometteur pour la détection non invasive de l'HPCS. Des études multicentriques et prospectives sont désormais nécessaires pour valider sa reproductibilité et son intégration dans les algorithmes décisionnels de routine.



Chaque symbole représente un patient individuel, positionné selon son élasticité hépatique et splénique. Les lignes pointillées indiquent les seuils décisionnels recommandés par Baveno VII : LSM = 25 kPa (verticale) et SSM = 50 kPa (horizontale). Les patients ont été classés en deux grandes zones diagnostiques : exclusion de l'HPCS (LSM < 25 et SSM < 50, cercles) et inclusion de l'HPCS (LSM ≥ 25 ou SSM ≥ 50, triangles).

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_30

Parcours de dépistage utilisant les tests non invasifs de fibrose dans les maladies stéatosiques du foie : il est temps d'actualiser les recommandations

J. Boursier* ¹; J. Fichez ¹; O. Blanchet ¹; I. Fouchard ¹; A. Lannes ¹; M. Roux ¹; F. Oberti ¹

¹ Angers

Introduction

Le FibroScan (FS) est une référence pour l'évaluation non-invasive de la fibrose hépatique. En raison de la forte prévalence des facteurs de risque hépatiques mais de la faible prévalence de la fibrose avancée, il est nécessaire d'orienter utilement les bons patients vers un examen avec le FS. De nouveaux tests sanguins simples (Liver Risk Score (LRS), SAFE, MAF-5, eLIFT) ont été développés récemment pour améliorer l'identification des patients à risque. Notre objectif était d'évaluer des parcours de dépistage utilisant ces nouveaux tests.

Matériel et Méthodes

Tous les patients avec maladie stéatosique du foie consécutivement orientés vers le Centre de Dépistage Hépatique d'un centre tertiaire entre 09/2019 et 12/2024 ont été inclus. L'évaluation incluait un examen avec le FS et un bilan sanguin permettant le calcul de 5 tests sanguins simples: FIB4 (seuils publiés: <1,30/>2,67), SAFE (<0/>100), MAF-5 (<0/>1), eLIFT (≥8) et LRS (<8/>12); ainsi que 2 tests sanguins spécialisés: ELF (≥9,5) et FibroMeterV2G (FM; ≥0,45). 10 parcours séquentiels (test simple en 1^{ère} ligne, suivi si zone grise d'un test sanguin spécialisé en 2nde ligne) ont été évalués. Les objectifs pour les parcours de dépistage étaient: 1/ détecter au moins deux tiers des FS ≥8 kPa (sensibilité Se ≥67%); 2/ ≥50% de FS ≥8 kPa parmi les patients à orienter vers le spécialiste (valeur prédictive positive VPP ≥50%); 3/ Se ≥80% pour FS ≥12 kPa; et 4/ selon les objectifs 1 et 2 (Se 67%, VPP 50%), un taux de patients orientés vers le spécialiste de 44%.

Résultats

1457 patients orientés au Centre de Dépistage ont été inclus (MASLD: n=1183; MetALD/ALD: n=274), dont 481 (33%) avec FS ≥8 kPa. Le FIB4 avait une AUROC pour FS ≥8 kPa à 0,718±0,04, SAFE: 0,782±0,013, MAF-5: 0,749±0,014, eLIFT: 0,767±0,013, LRS: 0,771±0,013; ELF: 0,746±0,014; FM: 0,779±0,013. Avec les seuils publiés, le parcours FIB4-ELF atteignait les objectifs fixés: Se 64% et VPP 57% pour FS ≥8 kPa, Se 77% pour FS ≥12 kPa, 37% des patients orientés vers le spécialiste, tests de 2nde ligne requis dans 39% des cas. Les résultats étaient similaires avec le parcours FIB4-FM. Les parcours avec le SAFE ou le MAF-5 offraient une bonne Se (84–88%) mais un taux d'orientation élevé (56–69%). Inversement, les parcours avec le LRS avaient un faible taux d'orientation (22%) mais une mauvaise Se (48%). Les seuils des tests simples ont été recalculés pour cibler FS ≥8 kPa (sensibilité 80% / spécificité 95%): <1,20/>2,90 pour le FIB4; SAFE:



Communications Affichées AFEF 2025

<80/>220; MAF-5: <1,4/>5,1; LRS: <6,5/>10,6; eLIFT: <7/>11. En utilisant ces seuils adaptés, les 10 parcours de dépistage avaient tous une performance similaire et atteignaient tous les objectifs fixés: Se 65-68% et VPP 55-60% pour FS $\geq$ 8 kPa, Se 78-80% pour FS $\geq$ 12 kPa, 36-39% des patients orientés, tests de 2^{de} ligne requis dans 39–47% des cas.

Conclusion

Les tests sanguins simples récemment développés pour l'identification des patients à risque sont au moins aussi performants que le FIB4, et devraient donc être inclus dans les parcours recommandés pour le dépistage de la fibrose hépatique.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_31

Un faible taux basal de cellules NKT et $\gamma\delta$ T, ainsi qu'une augmentation précoce des cellules CD8⁺TIGIT⁺ circulantes, sont associés à la progression de la maladie chez les patients atteints de CHC traités par Atezolizumab-Bevacizumab

I. Galy-Fauroux¹; M. Evain; A.J. Goncalves¹; C. Campani¹; E. Larrey¹; S. Chaibi¹; L. Furia¹; C. Desdouets¹; J.C. Nault²; J.P. Couty¹; M. Allaire*³

¹ Paris; ² Bondy; ³ , Caen

Introduction

L'Atezolizumab–Bevacizumab (AtezoBev) est un des traitements standard du CHC non résécable, mais les biomarqueurs prédictifs de réponse restent à définir. Cette étude avait pour objectif de déterminer si le profil des cellules immunitaires circulantes pourrait prédire la réponse à l'AtezoBev.

Matériel et Méthodes

31 patients atteints de CHC non résécable traités par AtezoBev en première ligne ont été inclus. La fréquence et le phénotype des cellules immunitaires circulantes, ainsi que les taux de cytokines, ont été analysés à l'inclusion et avant la seconde perfusion. Les associations avec la progression à 6 mois et la survie sans progression (SSP) ont ensuite été évaluées.

Résultats

L'âge médian était de 65 ans; 87 % des patients étaient des hommes et 88 % présentaient une cirrhose, liée à une étiologie virale (52 %), une consommation en alcool (42 %) ou métabolique (35 %). À l'inclusion, 81 % étaient classés Child-Pugh A et 65 % BCLC-C. À 6 mois, 32 % des patients avaient progressé. Ces derniers présentaient des taux plus faibles de cellules NKT (10,5 % vs 12,9 %, $p=0,04$) et $\gamma\delta$ T (0,74 % vs 2,50 %, $p=0,006$) circulantes avant traitement. Un faible taux de cellules $\gamma\delta$ T avant traitement était également associé à la progression analyse multivariée (HR=0,71, $p=0,009$) et la survie sans progression (SSP) était diminuée chez les patients avec de faibles taux de NKT ($p=0,001$) et $\gamma\delta$ T ($p=0,009$) à l'inclusion, tout comme un taux d'IL-18 bas ($p=0,01$).

Dans l'ensemble de la cohorte, une augmentation des cellules CD8⁺ a été observée, incluant les sous-populations CD8⁺PD-1⁺ ($p<0,01$) et CD8⁺TIGIT⁺ ($p<0,01$) entre le début du traitement et avant la 2^e cure. Les patients présentant une augmentation >3 % des cellules CD8⁺TIGIT⁺ avaient une SSP diminuée (médiane 4,6 vs 9,6 mois, $p=0,04$), tandis que ceux avec une augmentation >5 % des CD8⁺PD-1⁺ présentaient une SSP augmentée (11,4 vs 5,3 mois, $p=0,03$).



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

De faibles niveaux initiaux de cellules NKT et $\gamma\delta$ T circulantes, associés à une augmentation précoce $>3\%$ des cellules $CD8^+TIGIT^+$, sont liés à la progression sous traitement AtezoBev dans le CHC et pourraient constituer de nouveaux biomarqueurs prédictifs de réponse.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_32

Performances du FIB-4 pour la prédiction d'une fibrose hépatique avancée chez des patients hospitalisés pour sevrage éthylique

L. Dubé* ¹; J. Ventre ²; T. Chalvin ¹; R. Pangui ¹; C. Le Lan ¹; F. Artru ¹; E. Bardou-Jacquet ¹; A. Abergel ²; R. Moirand ¹

¹ Rennes; ² Clermont-Ferrand

Introduction

Le dépistage de la fibrose hépatique avancée est un des enjeux de la prise en charge de patients présentant un trouble de l'usage des boissons alcoolisées. En milieu hospitalier, il repose principalement sur la mesure de l'élastométrie hépatique (EH).

Le FIB-4, test non invasif, calculé à partir de 4 paramètres simples, est recommandé dans le dépistage de la fibrose hépatique avancée en population générale. Dans la littérature, des seuils de FIB-4 inférieurs à 1,3 ou 1,45 permettent d'éliminer une fibrose hépatique avancée, alors que des seuils à 2,87 ou 3,25 permettraient de l'affirmer. Cependant, ces seuils n'ont pas été étudiés en cas de maladie du foie liée à l'alcool.

Nous avons étudié les performances du FIB-4 pour le dépistage de la fibrose hépatique avancée chez des patients hospitalisés pour sevrage en boissons alcoolisées en prenant comme référence l'élastométrie hépatique mesurée par Fibroscan® (FS).

Matériel et Méthodes

Les patients admis pour sevrage éthylique dans 2 services d'addictologie ont passé un FS et un bilan biologique en début d'hospitalisation. Nous avons recueilli rétrospectivement les données socio-démographiques, cliniques et biologiques ainsi que les résultats de l'EH. Celle-ci permet d'éliminer une fibrose sévère si l'EH est < 10 kPa et d'affirmer une fibrose avancée si ≥ 25 kPa, les autres patients étant classés en zone grise.

Résultats

L'étude a inclus 1280 patients, 19% de femmes, d'âge médian 47 [40-54]. 1097 (85,7%) avaient une EH < 10 kPa, 66 (5,1%) une EH ≥ 25 kPa et 117 (9,2%) en zone grise. Les patients avec une EH < 10 kPa étaient significativement plus jeunes (47 vs 53, $p < 0,0001$), avec un IMC plus bas (23,3 vs 26,1, $p < 0,0001$) et présentaient moins de facteurs métaboliques (hypertension artérielle (17,3 vs 30,0 %, $p = 0,01$), diabète (2,8% vs 10,8% $p < 0,05$) et dyslipidémie (9,1 vs 26,0%, $p = 0,0031$)). L'AUC du FIB-4 pour prédire une EH > 10 kPa était de 0,79 [IC 95%, 0,77-0,82]. Les seuils de FIB-4 à 1,3 et 1,45 avaient respectivement des sensibilités de 89 [IC 95%, 87-91]



Communications Affichées AFEF 2025

et 87 % [IC 95%, 85-89] et des valeurs prédictives négatives de 97 [95% IC, 96-98] et 96% [95% IC, 95-97]. L'utilisation du FIB-4 permettait d'éviter un FS à respectivement 577 (45%) et 620 (49%) des patients. L'AUC du FIB-4 pour prédire une EH > 25 était de 0,85 [IC 95%, 0,83-0,87]. Les seuils de FIB-4 à 2,87 et 3,25 avaient respectivement des spécificités de 78% [IC 95%, 76-80] et 81 [IC 95%, 79-83] et des valeurs prédictives positives de 16% [IC 95%, 14-18], témoignant de nombreux faux positifs. Une régression logistique multivariée pas à pas, permettant de prédire une élastométrie > 10 kPa, incluant l'âge, les ASAT, l'IMC et les plaquettes, obtenait une AUC à 0,78 [IC 95%, 0,74-0,82] identique à celle du FIB-4 (p=0,48).

Conclusion

Le FIB-4 en début d'hospitalisation permet d'éliminer une fibrose hépatique avancée chez les patients hospitalisés pour sevrage éthylique et d'éviter la mesure de l'EH chez près de la moitié des patients. Son utilisation pour affirmer une fibrose avancée s'avère très limitée.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

Legros et al, CGEH 2022



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_33

Pertinence des méthodes non invasives pour l'évaluation de la fibrose hépatique et pour l'identification des patients à risque de complications au cours de la maladie de Wilson

E. Vargiu ¹; A. Civolani ¹; O. Sorbello ¹; A. Poujois ²; M.A. Obadia ²; D. Debray ²; I. Kounis ³; C. Feray ³; A. Coilly ³; M.C. Fantini ¹; R. Sobesky* ³

¹ Cagliari; ² Paris; ³ Villejuif

Introduction

La maladie de Wilson (MW) peut entraîner une fibrose hépatique et une cirrhose. La biopsie hépatique reste l'examen de référence pour évaluer la fibrose, mais elle est invasive et peut être associée à des erreurs d'échantillonnage. Dans ce contexte, les tests non invasifs (TNI) semblent être utiles et facilement reproductibles, cependant, ils n'ont pas encore été validés au cours de la MW. L'objectif de cette étude était d'évaluer la performance diagnostique de l'élastographie transitoire et d'autres TNI dans la prédiction de la fibrose hépatique (FH) chez les patients atteints de MW, en utilisant l'examen histologique comme référence.

Matériel et Méthodes

Nous avons analysé rétrospectivement 2 cohortes de patients adultes, ayant un diagnostic confirmé de MW. Tous les patients ont été évalués cliniquement, biologiquement et morphologiquement. Nous avons inclus les patients ayant eu une biopsie hépatique et une évaluation non invasive de la fibrose hépatique par des TNI suivants : élastographie transitoire, APRI, FIB4, GUCI, CDS, Lok Index), avec un intervalle de moins de 3 mois entre la biopsie et les TNI. Le coefficient de Spearman a été calculé pour évaluer la corrélation entre le stade METAVIR et les techniques non-invasives. La courbe AUROC a été utilisée pour déterminer la valeur prédictive des variables quantitatives. La performance de la mesure d'élastographie dans la prédiction de diverses conditions cliniques a également été évaluée.

Résultats

Nous avons inclus rétrospectivement 58 patients, dont l'âge moyen au diagnostic de la MW était de 25,7 ans ($\pm 11,4$). Tous les patients inclus dans l'étude avaient une atteinte hépatique et 27 (46,55 %) présentaient également des manifestations neuropsychiatriques. Il existe une corrélation significative entre la mesure d'élastographie transitoire et le score METAVIR ($p=0,001$). Le seuil optimal identifié pour le diagnostic de cirrhose était de 11,1 kPa (AUC 0,97, Se 100 %, Sp 90 %). Pour la fibrose avancée (F3), le seuil était de 8,6 kPa, pour une fibrose minime/modérée (F1) 7,9 kPa et pour l'absence de fibrose (F0) 6,1 kPa. Nous avons également mis en évidence une corrélation significative entre toutes les autres techniques de TNI et le stade F4 METAVIR : APRI : $p=0,52$, $p<0,0001$; FIB4 : $p=0,50$, $p<0,0001$; GUCI : $p=0,49$, $p<0,0001$; CDS : $p=0,57$, $p<0,0001$; Lok Index :



Communications Affichées AFEF 2025

$p=0,60$, $p<0,0001$. La mesure de l'élastographie hépatique peut également prédire le risque de décompensation de cirrhose avec ascite, en utilisant un seuil de 14 kPa (AUC = 0,83, Se 89 %, Sp 78 %).

Conclusion

Les mesures d'élastographie transitoire sont corrélées au classement METAVIR de la biopsie hépatique chez les patients atteints de MW et peuvent identifier les patients à risque de décompensation de la cirrhose. Les autres TNI semblent être des outils utiles pour détecter ou exclure la cirrhose, en appui aux mesures par élastographie transitoire.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_34

Développement d'un modèle d'apprentissage automatique (machine learning) pour prédire la mortalité en liste d'attente chez les candidats à la transplantation hépatique

I. Kounis* ¹; A. Halimi ²; G.S. Sonia ²; E. Vibert ¹; N. Houmani ²; A. Coilly ¹

¹ Villejuif; ² Palaiseau

Introduction

La prédiction de la mortalité en liste d'attente chez les candidats à la transplantation hépatique (TH) demeure un défi majeur en raison de la complexité des profils patients et des risques concurrents. Les scores traditionnels tels que MELD, MELD-Na et MELD 3.0, bien qu'utiles pour évaluer la défaillance hépatique, manquent de précision pour intégrer des facteurs dynamiques et spécifiques au patient. Cette étude vise à évaluer la performance d'un modèle d'apprentissage automatique (machine learning model) par rapport aux scores MELD dans la prédiction de la mortalité à 3 mois chez les adultes en attente de TH.

Matériel et Méthodes

Nous avons mené une analyse rétrospective de cohorte à partir des données du registre Organ Procurement and Transplantation Network / United Network for Organ Sharing, incluant les patients inscrits pour une TH entre le 27 février 2002 et le 30 septembre 2023. Nous avons exclu les patients >18 ans, les carcinomes hépatocelulaires comme principale indication (CHC), les exceptions au MELD et les greffes multiples. Notre objectif primaire était la mortalité sur liste d'attente avec 3 timeslines ; 3, 6 et 12 mois à partir de l'inscription. En utilisant LightGBM, nous avons comparé sa performance à celle des scores MELD, MELD-Na et MELD 3.0 pour la prédiction de la mortalité en liste d'attente. SHAP a été utilisé pour améliorer l'explicabilité du modèle et identifier les facteurs prédictifs critiques.

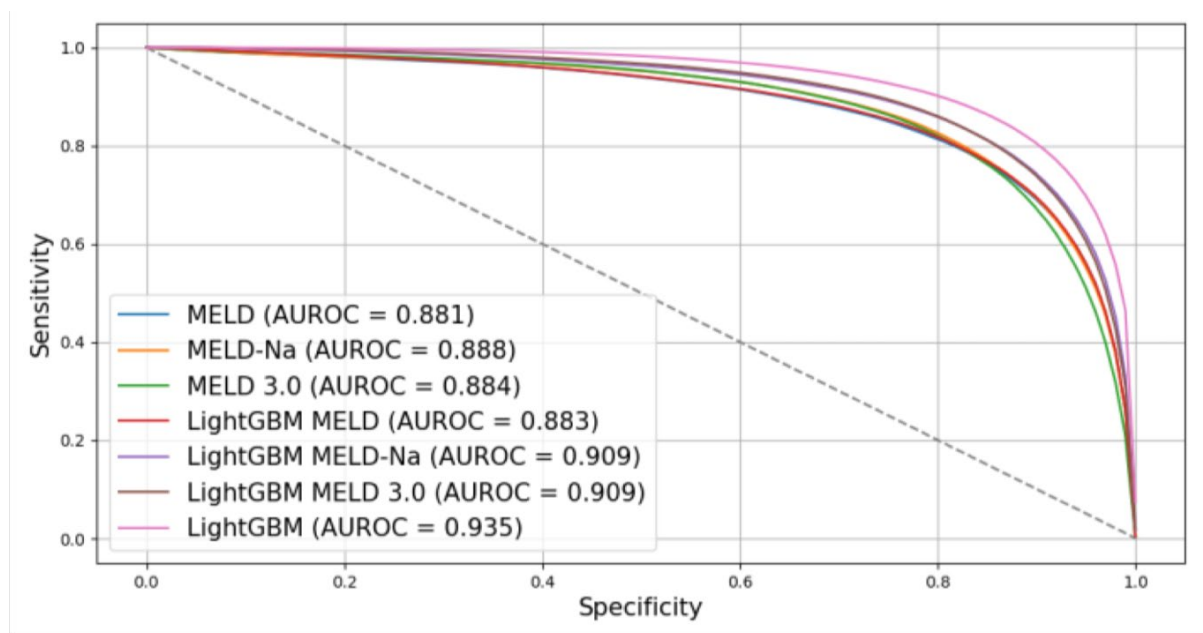
Résultats

Parmi 94 891 patients, 11 466 sont décédés ou ont été retirés de la liste dans les 3 mois (âge moyen : 55 ans, MELD brut : 31) et 83 425 étaient toujours en attente (âge moyen : 53 ans, MELD brut : 16). Les scores MELD, MELD-Na et MELD 3.0 ont obtenu des AUC respectifs de 0,881 (IC 95 % : [0,880 ; 0,882]), 0,888 (IC 95 % : [0,887 ; 0,889]) et 0,884 (IC 95 % : [0,882 ; 0,885]). Le modèle LightGBM a montré une performance prédictive supérieure, avec une AUC de 0,934 (IC 95 % : [0,933 ; 0,935]), une sensibilité de 85,51 % (IC 95 % : [85,23 ; 85,79]) et une spécificité de 85,77 % (IC 95 % : [85,44 ; 86,09]). Le score Light GBM surpassait en performance les scores MELD traditionnels pour la mortalité à 6 et 12 mois également. L'analyse SHAP a mis en évidence de nouveaux prédicteurs clés de la mortalité, au-delà des composantes traditionnelles du MELD, tels que l'état fonctionnel du patient, l'âge à l'inscription, le degré d'ascite, et l'évolution de la bilirubine dans le temps.

Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

Notre modèle explicable d'apprentissage automatique surpasse les scores MELD traditionnels dans la prédiction de la mortalité à 3 mois chez les candidats à la transplantation hépatique. En intégrant des facteurs dynamiques et statiques tels que l'évolution de la bilirubine, l'état fonctionnel et le degré d'ascite, ce modèle offre une évaluation du risque plus complète et personnalisée.



Comparaison des AUROC entre les scores MELD traditionnels et le modèle LightGBM : Le modèle LightGBM surpasse les scores MELD traditionnels, avec une AUROC de 0,935 pour la prédiction de la mortalité à 3 mois.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_35

Une pause thérapeutique est-elle possible en cas de CHC avancé en réponse radiologique prolongée ? Résultat d'une cohorte rétrospective mono-centrique

T. Rocca¹; B. Brusset¹; J. GHELFI¹; C. Odru¹; G. Roth¹; Y. Teyssier¹; L. Bordy¹;
C. Costentin¹; T. Decaens*¹

¹ Grenoble

Introduction

L'immunothérapie a transformé la prise en charge du CHC avancé. En cas d'obtention d'une réponse partielle prolongée (RPp) ou complète prolongée (RCp), défini par une durée de plus de 6 mois, il est recommandé dans d'autres cancers, de de-escalader le traitement. Une pause thérapeutique a été systématiquement proposé à nos patients en cas de RCp.

Matériel et Méthodes

Étude rétrospective mono centrique au CHU Grenoble Alpes. Ont été inclus, tous les patients adultes avec un CHC traité par immunothérapie de 1ère ligne (IT1) entre janvier 2020 et août 2024. La liste des patients a été constituée à partir des prescriptions du service de pharmacie. Les données cliniques, biologiques et radiologiques ont été extraites des dossiers médicaux. La réponse tumorale a été évaluée selon les critères mRECIST. La meilleure réponse a été renseignée.

Résultats

Parmi les 96 patients inclus, la durée médiane de suivi était de 13 mois (IC95% 10,0 ; 15,0). Au moment de l'analyse, 68 patients (69,4 %) étaient décédés. La survie globale (SG) médiane était de 13 mois (IC95% 10,0 ; 15,0), et la survie sans progression (SSP) médiane de 7 mois (IC95% 5,0 ; 8,0). L'immunothérapie était : une association anti-PD-L1 et anti-VEGF (n=65 ; 66,3%), une association d'anti-PD1/PD-L1 et anti-CTLA4 (n=19 ; 19,8%), ou une association expérimentale (n=12 ; 12,5%). Une réponse objective (RO) a été observée chez 43 patients (44,8%) : 18 patients (18,7%) ont présenté une RC et 25 patients (26,0%) une RP. La durée médiane de réponse était respectivement de 10,0 mois (IC95% 7,0 ; 17,0) et 4,0 mois (IC95% 3,0 ; 6,0). Parmi les patients en RC (n=18), un seul n'a pas pu bénéficier d'une pause thérapeutique en raison d'un suivi trop court (décès) ; 17 patients (17,7%) ont bénéficié d'une pause thérapeutique (9 car RCp (9,4%), 8 car effet secondaire ou événement intercurrent). Le temps médian de pause thérapeutique était de 4,93 mois (IC95% 2,0 ; 16,7) après un délai médian d'apparition de 5 mois (IC95% 3,0 ; 10,0).

Parmi les 17 patients en pause, 10 patients n'ont pas eu de reprise évolutive (suivi médian de 9,8 mois IC95% 4,13 ; 34,8). Pour les 7 autres patients, le traitement lors de la reprise évolutive a été : reprise de l'IT1 (n=2), chimioembolisation lipiodolée



Communications Affichées AFEF 2025

(CEL) (n=3), radiothérapie (n=1), passage à l'IT2 (n=1). La reprise de l'IT1 a été associée à une nouvelle réponse radiologique dans les 2 cas. Lors du suivi, un autre traitement systémique que celui de la L1 a été débuté chez 5 patients au total.

Conclusion

Dans une population sélectionnée de centre tertiaire une pause thérapeutique a pu être effectuée chez 17,7% des patients sans reprise évolutive chez 58% d'entre eux. Ces résultats confirment l'intérêt d'une étude prospective randomisée de dé-escalade thérapeutique en cas de réponse radiologique prolongée dans le CHC.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_36

La cirrhose en France à l'ère du dysmétabolisme : évolution épidémiologique entre 2015 et 2021

A. Baron ; F. Balluson¹ ; V. Zannou ; V. Mignot ; T. Decaens² ; E. Oger¹ ; L. Tron* ; C. Costentin³

¹ Rennes; ² Grenoble; ³ La Tronche

Introduction

Les facteurs de risque de cirrhose (FDRc) sont bien établis et faciles à identifier mais le diagnostic est souvent tardif associé à un mauvais pronostic. Les données épidémiologiques descriptives sur les maladies chroniques du foie (MCF), y compris la cirrhose, restent rares. L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux de la cirrhose en France

Matériel et Méthodes

Dans une cohorte de MCF issu de l'échantillon représentatif 2 % du Système national des données de santé (SNDS) entre 2015 et 2021, les cas incidents de cirrhose (CIC) étaient identifiés par les codes ICD-10 spécifiques de cirrhose et/ou de ses complications. Les données socio-démographiques, d'accès aux soins, les FDRc, comorbidités, la sévérité de la cirrhose et la prise en charge médicale ont été colligées. La date index (DI) correspond au premier code associé à une cirrhose.

Résultats

9967 CIC ont été identifiés, dont 65% d'hommes avec 63% de plus de 60 ans, 48,6% de patients buveurs excessifs, 25,4% de diabétiques et 21.5% d'obèses. Avant la DI, 46,5% avaient un FDRc identifié (n=4631). La cirrhose était au moins liée à l'alcool (CirrAlc) dans 48.6% (n=4843), au moins virale dans 6,6 % (n=656) des cas et uniquement métabolique dans 18,2% des cas (n=1815). Entre 2015 et 2021, est observée une diminution constante de la part des cirrhoses liée au VHC de 6,1% à 3,9% (p=0.04) et à l'alcool de 53,6% à 45,0% (p<0.001) au profit des cirrhoses métaboliques (CirrMet) de 13,8% à 24,6% (p<0,001) parallèlement à l'augmentation des FDR métaboliques (diabète de 22,7% à 28,3% ; p=0,008, dyslipidémie de 26,2% à 31,9% ; p=0,0015). Une MCF était plus souvent identifiée avant la DI au cours du temps (16,9% en 2015 vs 21,8% en 2021 (p=0,02)). Pendant le suivi, 29% ont eu de l'ascite (n=2860), 5,5% une infection d'ascite (n=445), 4,3% un syndrome hépatorenal (n=425), 13,9% un cancer primitif du foie (CPF) (n=985). La fréquence des complications était stable entre 2015 et 2021 sauf l'hépatite alcoolique, observée principalement avant 60 ans (73% n=687/941), diminuant de 10.3% à 7.6% (p=0.01). Les patients ayant une CirrMet avaient significativement moins d'HTP, d'ascite, de CPF que les patients ayant une CirrAlc. La survie globale à 6, 12 et 24 mois était respectivement de 64.4, 61.5% et 55.8%. En analyse bivariée, elle était associée



Communications Affichées AFEF 2025

négativement à l'âge, au sexe féminin, à la CirrMet ou indéterminée, à un diagnostic hospitalier et au nombre de complications.

Conclusion

L'épidémiologie de la cirrhose en France connaît une transition marquée avec le recul des cirrroses virales et liées à l'alcool au profit des formes métaboliques. Malgré cette évolution, le pronostic reste sévère, justifiant d maintenir nos efforts en matière de prévention et de diagnostic précoce.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_37

Prédiction de la réponse thérapeutique dans l'hépatite auto-immune par intelligence artificielle : étude préliminaire

H. El ibrahimi* ¹; M. Borahma ¹; F.Z. Chabib ¹; N. Lagdali ¹; F.Z. Ajana ¹; M. Kadiri ¹

¹ RABAT

Introduction

L'hépatite auto-immune (HAI), maladie inflammatoire chronique rare, d'origine auto-immune, reste imprévisible quant à sa réponse au traitement. Les approches classiques montrent leurs limites pour anticiper les cas de non-réponse. L'intelligence artificielle (IA), en particulier le machine learning, pourrait permettre une stratification plus fine des patients, en intégrant simultanément des variables cliniques, biologiques, histologiques et thérapeutiques. Ce travail explore l'utilisation d'un modèle prédictif basé sur l'IA pour identifier précocement les patients à risque de non-réponse, et orienter une prise en charge personnalisée.

Matériel et Méthodes

Étude rétrospective monocentrique incluant 37 patients atteints d'HAI. Les données recueillies incluaient: *Démographiques: âge, sexe, *Cliniques :symptômes initiaux, rechute, effets secondaires, *Biologiques: transaminases, bilirubine, IgG, *Histologiques :stade de fibrose, et *Thérapeutiques: réponse biochimique, traitements de 1^{re} et 2^{ème} ligne. La variable cible était la réponse complète au traitement. Un prétraitement rigoureux des données a été effectué (encodage, normalisation, gestion des données manquantes), avant entraînement d'un modèle de Random Forest avec validation croisée. Les performances ont été évaluées via AUC-ROC, précision, rappel et matrice de confusion.

Résultats

Le modèle a montré une performance élevée :

Précision : 86 %

Rappel (sensibilité) : 84 %

AUC-ROC : 0,90, traduisant une excellente capacité discriminative.

Les principaux facteurs prédictifs de réponse étaient:

IgG élevées

Fibrose avancée (F3–F4)



Communications Affichées AFEF 2025

ALAT > 5 N

Présence de thyroïdite auto-immune

Traitement par corticothérapie (seule ou combinée)

En revanche, l'ASAT, les rechutes post-sevrage et le diabète n'étaient pas prédictifs dans ce modèle.

Conclusion

Cette étude souligne l'apport prometteur de l'IA dans la gestion de l'HAI, en identifiant précocement les patients à risque de non-réponse. Malgré une cohorte de taille limitée, les résultats encouragent des validations sur des bases multicentriques. L'intégration de ces modèles dans la pratique clinique pourrait permettre une médecine plus personnalisée, réactive et efficace.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_38

Impact du sexe dans la prise en charge du CHC : enseignements d'une cohorte nationale française

V. Zannou¹; L. Tron¹; F. Balluson²; A. Baron³; V. Mignot¹; Z. Macek Jilkova¹; S. Bailly¹; T. Decaens¹; E. Oger²; C. Costentin*¹

¹ Grenoble; ² Rennes; ³ Corbeil-Essonnes

Introduction

Une précédente étude de cohorte menée en France, à partir des données hospitalières administratives, chez des patients atteints de carcinome hépatocellulaire (CHC) entre 2007 et 2013, avait montré que les femmes recevaient moins souvent de traitements curatifs que les hommes (1). Cette nouvelle étude vise à réévaluer ces disparités selon le sexe, dans une cohorte plus récente, à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS).

Matériel et Méthodes

Ce travail a été mené dans une cohorte de 26 388 patients atteints de maladie chronique du foie (MCF), identifiés dans l'échantillon représentatif à 2 % du SNDS entre 2015 et 2021. Les données incluent les facteurs de risque, comorbidités, caractéristiques de la maladie hépatique sous-jacente, la prise en charge et le suivi médical. Cette analyse porte sur les cas incidents de CHC, définis par la présence d'un code CIM-10 C22.0, soit à l'entrée dans la cohorte, soit au cours du suivi d'une MCF préexistante.

Résultats

Au total, 1 207 patients atteints de CHC ont été inclus, dont 246 femmes et 961 hommes. Les femmes étaient significativement plus âgées au moment du diagnostic (âge moyen : 72,8 ans vs 69,3 ans ; $p < 0,01$). L'étiologie « alcool » était moins fréquente chez les femmes (35 % vs 65,4 % chez les hommes), au profit des étiologies métabolique ou indéterminée (52,4 % vs 27,1 % chez les hommes). Une MCF était identifiée avant le diagnostic de CHC moins souvent chez les femmes (43,1 % vs 53,1 % chez les hommes ; $p = 0,043$), et la cirrhose était moins fréquemment documentée au cours du suivi (73,2 % vs 82,9 % chez les hommes ; $p < 0,01$). Les femmes recevaient significativement moins de traitements curatifs (résection, ablation ou transplantation hépatique), tant en première ligne (17,9 % vs 25,1 % chez les hommes ; $p < 0,01$) qu'au cours de l'ensemble du suivi (22 % vs 30,7 % chez les hommes ; $p < 0,01$). Une différence significative de survie globale brute était également observée, avec un pronostic plus défavorable chez les femmes ($p = 0,01$).



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

Dans cette cohorte nationale représentative de patients atteints de CHC incidents en France, des disparités persistantes selon le sexe ont été mises en évidence. Les femmes recevaient moins souvent de traitements curatifs, tant au moment du diagnostic que pendant le suivi. Une meilleure compréhension des mécanismes biologiques et comportementaux à l'origine de ces inégalités est nécessaire pour promouvoir un dépistage plus précoce et une prise en charge équitable du CHC.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

Sex disparities in presentation and outcome of hepatocellular carcinoma: results of a nationwide study in France. Charlotte Costentin, Mélanie Minoves, Sylvain Kotski, Nathalie Goutte, Olivier Farges, Thomas Decaens, Zuzana Macek-Jílková, Sébastien Bailly. Abstract FRI-289 - Journal of Hepatology, Volume 78, Supplement 1, 2023, Pages S500-S501



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_39

Suivi Evolutif de la Stéatopathie Métabolique par Mesure de l'Elasticité Hépatique en Elastométrie dans une Large Cohorte de Vraie Vie de Patients Diabétiques de Type 2

T. Vidal-Trecan¹; J.B. Julla¹; Y. Schwartz¹; H. Fontaine¹; D. Valla²; J.P. Riveline¹; J.F. Gautier¹; L. Castera*²

¹ Paris; ² Clichy

Introduction

Malgré les recommandations nationales et internationales de dépistage de la MASLD et de la fibrose hépatique chez les patients ayant un diabète de type 2, les données de suivi restent limitées. Nous avons analysé l'utilisation de la mesure de l'élasticité hépatique (LSM) en élastométrie (FibroScan) pour le suivi de la progression de la fibrose dans une large cohorte de vraie vie de patients diabétiques de type 2 avec une MASLD.

Matériel et Méthodes

Au total, 1518 patients diabétiques de type 2 avec une MASLD (définie par une stéatose et/ou une élévation des ALAT) ont été suivis dans un centre tertiaire de diabétologie par des élastométries répétées entre 2019 et 2024. Le critère de jugement principal était le changement de catégorie de risque de fibrose hépatique sévère (F3F4) au cours du suivi : faible risque (LSM <8 kPa), intermédiaire (LSM 8-12 kPa), ou élevé (LSM ≥12 kPa). Le critère de jugement secondaire était le taux de survenue d'une aggravation de la fibrose (augmentation de LSM >30 %) au cours du suivi. Les facteurs associés à une aggravation de la fibrose ont été étudiés en analyse multivariée.

Résultats

Les caractéristiques des 1518 patients étaient les suivantes : 60,3 % d'hommes, âge médian 61 ans [IQR 15], durée du diabète 13 ans [14], IMC 28.9 kg/m² [6.9], tour de taille 103 cm [16], HbA1c 7.5% [1.7], LSM 5.6 kPa [3], et CAP 290 dB/m [78]. Le délai médian entre l'élastométrie initiale et finale était de 2,4 ans [1.9]. Les médianes des variations en valeur absolue étaient de -0.5 kPa [2.2] pour la LSM et de -0.73 kg/m² [2.1] pour l'IMC. Initialement, 1178 (78 %) étaient considérés comme à faible risque, 235 (15 %) à risque intermédiaire et 105 (7%) à haut risque. Les changements de catégorie au cours du suivi sont représentés dans la figure. A la fin du suivi, 1332 (88 %) patients étaient considérés à faible risque, 111 (7 %) à risque intermédiaire, et 75 (5%) à haut risque. Au cours du suivi, 1228 (81%) patients restait dans la même catégorie de risque, 224 (15%) évoluait vers une catégorie de risque plus faible et 66 (4%) vers une catégorie de risque plus élevé. Une augmentation de la LSM >30% était observée chez 144 (9.5%) patients, une diminution chez 328 (21,6 %), et une stabilité chez 1046 (68,9%). En analyse multivariée, les facteurs

Communications Affichées AFEF 2025

associés à une augmentation de la LSM $\geq 30\%$ étaient l'âge, la durée d'évolution du diabète, l'IMC, l'HbA1c et le taux de GGT.

Conclusion

Après un suivi médian de 2,4 ans, la majorité des patients diabétiques de type 2 avec MASLD, restaient dans la même catégorie de risque pour la fibrose sévère, évaluée par élastométrie. Une progression de la fibrose hépatique était observée chez moins de 10 % des patients, avec comme facteurs indépendants de progression, l'âge, la durée d'évolution du diabète, l'IMC, l'HbA1c et le taux de GGT.

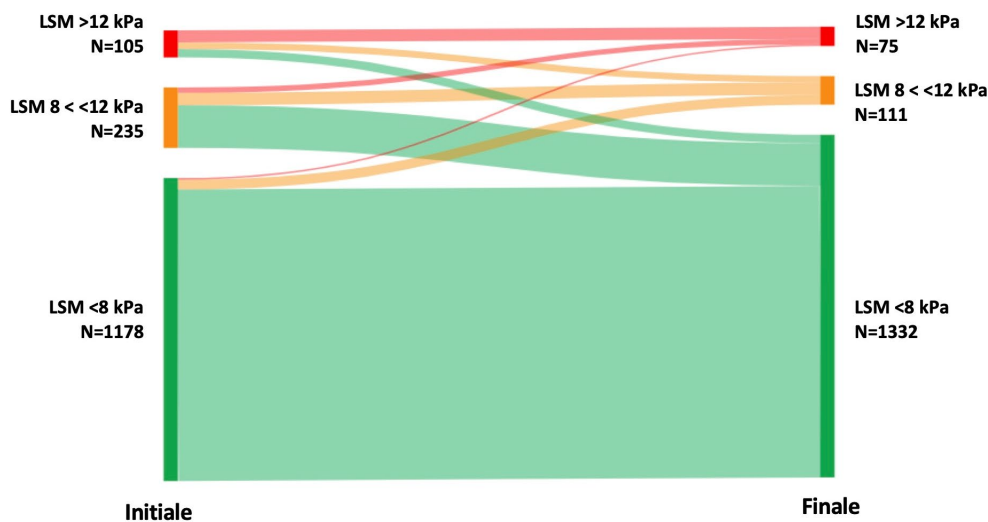


Figure. Changements de catégories de risque pour la fibrose sévère selon la mesure de l'élasticité hépatique (LSM: faible (<8 kPa); intermédiaire (8 < < 12kPa); et élevé (>12 kPa) entre l'évaluation initiale et finale chez 1518 patients

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_40

Score AFP–PIVKA–ALBI (APA) : un nouvel outil pronostique pour les patients atteints de CHC non résécable traités par Atezolizumab–Bévacizumab

C. Campani* ¹; J. Denis ¹; M. Hamid ¹; P. Sultanik ¹; E. SAVIER ¹; L. BLAISE ²; S. Mouri ¹; J.M. Lacorte ¹; O. Scatton ¹; O. Sutter ²; E. Spitzer ¹; N. Ganne-Carrié ²; M. BOISSAN ¹; J.C. Nault ³; M. Wagner ¹; M. Allaire ¹

¹ Paris; ² Bobigny; ³ Bondy

Introduction

L'association atezolizumab-bévacizumab (AtezoBev) est le traitement de 1^e ligne recommandé pour le carcinome hépatocellulaire (CHC) non résécable. Nous avons évalué la valeur pronostique du marqueur tumoral du CHC, le PIVKA-II. Dans ce but, nous avons développé un score composite nommé APA, qui intègre l'AFP, le PIVKA-II et la fonction hépatique mesurées par le score ALBI afin d'améliorer la stratification des patients.

Matériel et Méthodes

Etude rétrospective bicentrique menée entre 2020 et 2024 qui incluait des patients atteints de CHC traités par AtezoBev en 1^e ligne. Les données utilisées pour calculer le score APA étaient l'AFP, le PIVKA-II, l'ALBI) avant traitement et avant la deuxième cure. Le score APA a permis de stratifier les patients selon des seuils définis à 2 500 ng/mL pour l'AFP et 327 mAU/mL pour le PIVKA-II. Les patients ont été classés en trois groupes de risque: risque faible (AFP et PIVKA-II faibles (<2500 et < 327 respectivement) et ALBI grade 1–2), risque élevé (AFP et/ou PIVKA-II élevés (≥ 2500 et ≥ 327 respectivement) et ALBI grade 3), risque intermédiaire (toutes les autres combinaisons). Les performances de ce score ont été évaluées en fonction de la survie globale (SG), de la survie sans progression (SSP) et de la réponse tumorale selon les critères RECIST 1.1.

Résultats

Parmi les 129 patients inclus (85 % d'hommes, âge médian de 68 ans), 83 % avaient une cirrhose, et 62 % étaient classés BCLC-C. Les valeurs médianes d'AFP et de PIVKA-II au moment du diagnostic de CHC étaient respectivement de 174 ng/mL et 2 656 mAU/mL. Des valeurs élevées des deux biomarqueurs étaient significativement associées à une taille tumorale >7 cm, une invasion vasculaire et un phénotype infiltrant (p<0,01). Après un suivi médian de 19,1 mois, la SSP médiane était de 6,2 mois et la SG de 15,6 mois. L'AFP >2 500 ng/mL (HR=1,85, p=0,05) et un grade ALBI 3 (HR=3,18, p=0,02) étaient indépendamment associés à la mortalité. Les patients qui présentaient une diminution de l'AFP et de PIVKA-II avant la 2^e cure avaient une SSP (p=0,009) et un taux de réponse (p=0,008) significativement meilleurs. Tous les patients qui avaient un downstaging selon les critères de Milan « Up-to-7 », ou le score AFP ou les critères UCSF avaient une diminution d'au moins



Communications Affichées AFEF 2025

un biomarqueur et 16 à 23 % une réponse sur les deux biomarqueurs. Le score APA a permis la stratification suivante : risque faible médiane de SG non atteinte, risque intermédiaire : 15,6 mois, risque élevé : 7,6 mois ($p < 0,001$) avec une performance supérieure aux scores BCLC, Child–Pugh, ALBI seul, CRAFTY et aux biomarqueurs isolés (C-index = 0,671).

Conclusion

Le score APA, qui combine l'AFP, le PIVKA-II et la fonction hépatique est un outil simple et performant pour prédire le pronostic des patients traités par atezolizumab / bevacizumab pour CHC.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_41

Carcinome hépatocellulaire des patients de plus de 70 ans : Quelles particularités ?

Y. Chikhi* ¹; S. Cheraitia ²; F. Lounes ²; R. Ouldgougam ³; S. Benkerdou ¹; Z. Mechouche ¹; M. Khider ¹

¹ Tipaza; ² El Hammamet; ³ Alger

Introduction

Du fait du vieillissement de la population générale, la proportion des patients âgés de plus de 70 ans augmentera aussi chez nos patients avec un carcinome hépatocellulaire dont leur prise en charge reste complexe. Les données concernant ces patients restent cependant très fragmentaires car ces derniers sont rarement traités de façon protocolaire, l'âge étant à lui le seul principal critère d'exclusion des essais thérapeutiques.

Matériel et Méthodes

Etude monocentrique de 506 patients atteints de CHC hospitalisés entre 01/2009 et 12/2024.

312 patients (61,6%) avaient moins de 70 ans et 194 patients (38,4%) égal ou plus de 70 ans.

Résultats

Les 2 groupes comportaient en majorité des hommes (63% < 70 ans vs 54 % ≥ 70 ans).

La cirrhose était présente dans 95,3 % et le foie était sain dans 4,6% chez les sujets âgés ≥ 70 ans vs 90 % et 9,9% chez les moins de 70 ans.

Dans les 2 catégories d'âges l'étiologie virale C était prédominante (49,2% vs 46,6%) et le virus B dans 15% vs 29,2% des cas et 8,1% vs 5 % pour la NASH.

le CHC était découvert à l'occasion d'un dépistage systématique chez 21% des patients ≥ 70 ans et 26,2% chez les patients moins de 70 ans.

Dans les 2 cas près de 50% des patients étaient classés Child A, concernant la classification BCLC, les sujets âgés ≥ 70 ans étaient classés respectivement stade A (22,6%), B (28,3%), C (26,2%) et D (17%) vs pour moins de 70 ans stade A (24,3%), B (17,6%), C (25%) et D (18,2%).

La prise en charge thérapeutique pour les ≥ 70 ans était de 13,4% pour le traitement curatif (TH n=1, Résection n=4 et RF n=21) et 40,7% des patients ont bénéficié d'un



Communications Affichées AFEF 2025

traitement palliatif (CEL n=29, Thérapie ciblée n=50). Pour les malades de moins de 70 ans, 20,1% ont bénéficié d'un traitement curatif (TH n=4, Résection n=24 et RF n=35) et 46,7% ont reçu un traitement palliatif (CEL n= 48, Thérapie ciblée n=98). Dans 34,5% des patients ≥ 70 ans seul un traitement symptomatique a été proposé vs 35% pour les moins de 70 ans.

Conclusion

Dans notre étude, il n'y avait pas de différence de présentation anatomo-clinique du CHC ou dans sa prise en charge chez les patients âgés

Les études rétrospectives suggèrent que la prise en charge de sujets âgés ayant un carcinome hépato-cellulaire est possible avec une efficacité et une tolérance similaires aux patients plus jeunes. Cependant les patients candidats à des traitements « agressifs » (TH, résection chirurgicale et CEL) nécessitent une évaluation gériatrique.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_42

Place de l'échocardiographie et échocardiographie ciblée pour la prise en charge de l'insuffisance rénale aiguë au cours de la cirrhose décompensée: une enquête de pratique nationale

F. Artru* ¹; V. Coirier ¹; L. Elkrief ²; D. Weil Verhoeven ³; T. Artzner ⁴; S. Barge ⁵; A. Benezech ⁶; M. Blez ⁷; A. Bonadona ⁸; C. Bourigault ⁹; N. Carbonell ¹⁰; A. Coilly ¹¹; L. Cordiez ¹²; S. Daddi Addoun ¹³; F. Dautrecque ¹⁴; S. Doumerc ¹⁵; N. Ganne-Carrié ¹⁶; A. Garioud ¹⁷; E. Gigante ¹⁸; A. Herissay ¹⁹; J.B. Hiriart ²⁰; C. Joseph-Reinette ²¹; H. Julien ²²; M. Khaldi ²³; F. Kikolski ²⁴; D. Labarrière ²⁵; A. Lannes ²⁶; L. Larvol ²⁷; H. Larrue ²⁸; M. Latournerie ²⁹; F. Lebosse ³⁰; C. Lemaitre ³¹; V. Leroy ³²; T. Lhotellier ³³; M. Luwawu Mbimba ³⁴; K. Marcel ³⁵; H. Montialoux ³⁶; F. Moryoussef ³⁷; C. Mouliade ¹⁰; A. Peneau ³⁸; O. Pietri ³⁹; J. Pofelski ³⁹; E. Poli ⁴⁰; F. Prevost ⁴¹; C. Rayer ⁴²; N. Reboux ⁴³; J. Ristorto ⁴⁴; I. Rosa ⁴⁵; O. Roux ⁴⁶; M. Rudler ¹⁰; R. Sarba ⁴⁷; J. Ursic Bedoya ⁴⁸; J. Verlynde ⁴⁹; A. Walter ⁵⁰; F. Wartel ⁵¹; S. Zaoui ⁵²; E. Bardou-Jacquet ¹; C. Bureau ²⁸

¹ Rennes; ² Tours; ³ Besançon; ⁴ Strasbourg; ⁵ Bondy; ⁶ av; ⁷ Blois; ⁸ grno; ⁹ Bethune; ¹⁰ Paris; ¹¹ Villejuif; ¹² Seclin; ¹³ Laval; ¹⁴ Lens; ¹⁵ La Rochelle; ¹⁶ Bobigny; ¹⁷ Creil; ¹⁸ Reims; ¹⁹ Quimper; ²⁰ Pessac; ²¹ Argenteuil; ²² Le Mans; ²³ Nantes; ²⁴ Libourne; ²⁵ Orléans; ²⁶ Angers; ²⁷ Pont l'Abbé; ²⁸ Toulouse; ²⁹ Dijon; ³⁰ Lyon; ³¹ Montvilliers; ³² Creteil; ³³ Auch; ³⁴ Chartres; ³⁵ Vannes; ³⁶ Rouen; ³⁷ Poissy; ³⁸ Frejus; ³⁹ Marseille; ⁴⁰ Longjumeau; ⁴¹ Bayonne; ⁴² Saint Malo; ⁴³ Brest; ⁴⁴ Gap; ⁴⁵ Créteil; ⁴⁶ Clichy; ⁴⁷ Amiens; ⁴⁸ Montpellier; ⁴⁹ Dunkerque; ⁵⁰ Montfermeil; ⁵¹ Valenciennes; ⁵² Roubaix

Introduction

L'insuffisance rénale aiguë (IRA), présente chez 20 à 50 % des patients atteints de cirrhose hospitalisés, est associée à un taux de mortalité élevé. Le traitement de l'IRA repose sur la correction de l'hypovolémie efficace l'administration de doses standardisées d'albumine qui est actuellement débattue. L'échocardiographie (ETT) et l'échocardiographie ciblée (EC), pourraient être utiles pour guider de manière individuelle la correction de la volémie mais leur accès et leur modalité d'utilisation restent mal connus.

Matériel et Méthodes

Nous avons mené une enquête nationale pour évaluer les pratiques actuelles vis-à-vis du recours à l'ETT et l'EC en France en contexte d'IRA au cours de la cirrhose. Il s'agissait d'une enquête en ligne comportant 17 questions à réponse unique, adressée à un seul correspondant (hépatogastroentérologue) de CHU et d'hôpitaux généraux ou aux structures de soins (CHG) entre mars et mai 2025. Statistiques descriptives puis comparaison des réponses entre les CHU et CHG. Les différences entre CHU et CHG sont indiquées lorsque significatives.



Communications Affichées AFEF 2025

Résultats

Cinquante-cinq (84.6%) des 65 centres sollicités ont répondu (23 CHU et 32 CHG). La majorité (31 centres, 56 %) déclaraient prendre en charge 20 à 50 patients avec cirrhose et IRA / an. Les répondants des CHU déclaraient prendre en charge plus de patients que ceux des CHG ($p=0.001$). Quarante-six (84%) déclaraient pratiquer une expansion volémique systématique dans les 24h-48h après le diagnostic d'IRA. Le recours à l'ETT ou EC était déclaré <10 %, de 10 à 25% des cas, de 25 à 50 % des cas, dans > 50 % des cas par respectivement 21 (38%), 16 (29%), 9 (16%), et 9 (16%) répondants, sans différence entre CHU et CHG. Seuls 24% disposaient d'un appareil d'échocardiographie dédié en service d'hépatogastroentérologie (44% des CHU contre 9% CH, $p=0,003$). Lorsqu'elle est réalisée, l'ETT ou l'EC est déclarée faite majoritairement une seule fois (95%), par un cardiologue (89%) et après plusieurs jours de prise en charge (78%). Le concept d'EC était déclaré inconnu chez 53% des répondants. Vingt-cinq (46%) déclaraient avoir la forte conviction que l'EC permettrait d'améliorer la prise en charge et le pronostic des patients avec IRA au cours de la cirrhose et 26 (47%) estimaient son intérêt probable mais à démontrer. Quarante-six (83%) des répondants déclaraient vouloir suivre une formation si elle était dispensée et 52 % étaient prêts à y consacrer >10h. Enfin, 96% des répondants estimaient qu'un essai contrôlé randomisé était nécessaire pour établir la supériorité de l'EC pour la prise en charge des IRA des patients cirrhotiques.

Conclusion

Cette enquête nationale met en évidence un recours limité à l'ETT et l'EC bien que perçues comme potentiellement bénéfiques. Le concept d'EC reste peu connu. Une grande majorité des répondants estiment nécessaire la conduite d'un essai contrôlé randomisé pour évaluer son impact sur la prise en charge et le pronostic des patients cirrhotiques avec IRA.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_43

Carcinome hépatocellulaire et diabète de type 2 : Quel impact ? A propos d'une étude de 506 patients

Y. Chikhi* ¹; S. Cheraitia ²; R. Ouldgougam ³; F. Lounes ²; M. Khider ¹; S. Benkerdou ¹; Z. Mechouche ¹

¹ Tipaza; ² El Hammamet; ³ Alger

Introduction

Introduction : Dans la littérature, la prévalence du diabète de type 2 (DT2) est plus fréquente chez les cirrhotiques et les différentes méta-analyses confirment que le DT2 et l'obésité sont des facteurs de mauvais pronostic de carcinome hépatocellulaire (CHC).

Objectifs : Impact du DT2 sur la présentation, l'évolution et le traitement du CHC.

Matériel et Méthodes

506 patients consécutifs atteints de CHC ont été hospitalisés entre 01/2009 et 12/2024. 174 patients (30,6 %) étaient porteurs d'un diabète de type 2 (DT2), diagnostiqué avant la découverte du CHC, traité par hypoglycémifiants oraux et/ou insuline.

Résultats

Les 2 groupes comportaient en majorité des hommes (52 % D vs 62 % ND). L'IMC révèle un poids normal dans les 2 cas (25,5% vs 24,5%).

Une cirrhose était présente dans 94,2 % (D) et 90,2 % (ND).

L'étiologie virale C est fréquemment retrouvée (43,4% D et 43% ND), B (16,5% D et 21,5% ND), cependant les CHC liés à une NASH comportaient davantage de patients diabétiques 11,5% vs 3,5%.

La répartition des CHC selon la classification de BCLC n'était pas modifiée par la présence d'un diabète.

Il n'existe pas de différence dans la prise thérapeutique entre le groupe des patients diabétiques et non diabétiques (traitement curatif 20,5% dans le groupe diabétique versus 16% dans le groupe non diabétique, le traitement palliatif représenté 38,3% versus 42%).



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

Malgré les données actuelles de la littérature sur le risque plus élevé de CHC chez les diabétiques, dans notre série le diabète de type 2 n'influence pas sur la présentation, le traitement et l'évolution du CHC.

Il faudra dans le futur réalisé d'autres études multicentriques pour argumenter cette hypothèse

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_44

L'apprentissage automatique (machine learning) dans la prédiction de la mortalité à 3 mois chez les candidats à la transplantation hépatique atteints de carcinome hépatocellulaire

A. Halimi ¹; I. Kounis* ²; E. Vibert ²; S. Garcia-Salicetti ¹; N. Houmani ¹; A. Coilly ²

¹ Palaiseau; ² Villejuif

Introduction

Les candidats à la transplantation hépatique (TH) atteints de carcinome hépatocellulaire (CHC) sont confrontés à un double risque : le décès lié à l'insuffisance hépatique et la sortie de la liste d'attente en raison de la progression tumorale. Les scores traditionnels (Child-Pugh, ALBI, scores basés sur le MELD) évaluent la fonction hépatique, tandis que les modèles spécifiques au CHC (comme le score AFP) se concentrent sur la progression tumorale. Cependant, aucun de ces outils ne permet une évaluation conjointe de ces deux risques. Cette étude propose une approche d'apprentissage automatique (machine learning) intégrant à la fois les variables liées au foie et à la tumeur afin d'améliorer la prédiction de la mortalité à 3 mois sur liste d'attente.

Matériel et Méthodes

Les données du registre OPTN/UNOS ont été analysées, incluant les candidats adultes à la transplantation hépatique (TH) qui (i) sont décédés ou ont été retirés de la liste en raison d'une détérioration clinique dans les 3 mois, ou (ii) ont survécu au-delà de 3 mois. Le jeu de données comprenait 25 variables cliniques et biologiques, ainsi que 6 variables dynamiques dérivées des variations des valeurs biologiques, totalisant ainsi 31 variables. Des modèles de régression logistique et de forêt aléatoire (Random Forest) ont été évalués à l'aide de ces deux ensembles de variables. Pour corriger le déséquilibre de classes, une sous-échantillonnage (down-sampling) a été appliqué.

Résultats

Parmi les 11 641 patients inclus (âge moyen : 60 ans ; MELD moyen : 22), 448 sont décédés ou ont été retirés de la liste dans les 3 mois. Les scores traditionnels ont montré des résultats contrastés : le score ALBI a surpassé le score Child-Pugh (AUC : 0,710 contre 0,699), tandis que les scores basés sur le MELD ont affiché les meilleures performances globales, mais tous présentaient un déséquilibre entre sensibilité et spécificité. Les modèles d'apprentissage automatique (ML) entraînés sur les 25 variables ont dépassé les scores traditionnels, le modèle Random Forest (RF) obtenant une AUC de 0,800 avec un meilleur équilibre entre sensibilité et spécificité. L'intégration des variables dynamiques a encore amélioré les performances : RF a atteint une AUC de 0,825, avec une sensibilité équilibrée (76,06 %) et une spécificité de 76,21 %. L'analyse de l'importance des variables selon

Communications Affichées AFEF 2025

l'indice de Gini a mis en évidence de nouveaux prédicteurs, notamment la taille maximale de la tumeur, les niveaux et la dynamique de l'alpha-foetoprotéine, l'état fonctionnel, l'IMC et la présence d'ascite.

Conclusion

Les modèles d'apprentissage automatique, en particulier le modèle Random Forest, surpassent les scores traditionnels dans la prédiction de la mortalité à 3 mois chez les candidats à la transplantation hépatique atteints de CHC. En intégrant des prédicteurs tels que la dynamique de l'alpha-foetoprotéine et la taille tumorale, ces modèles offrent une évaluation plus complète pour les patients avec CHC sur liste d'attente.

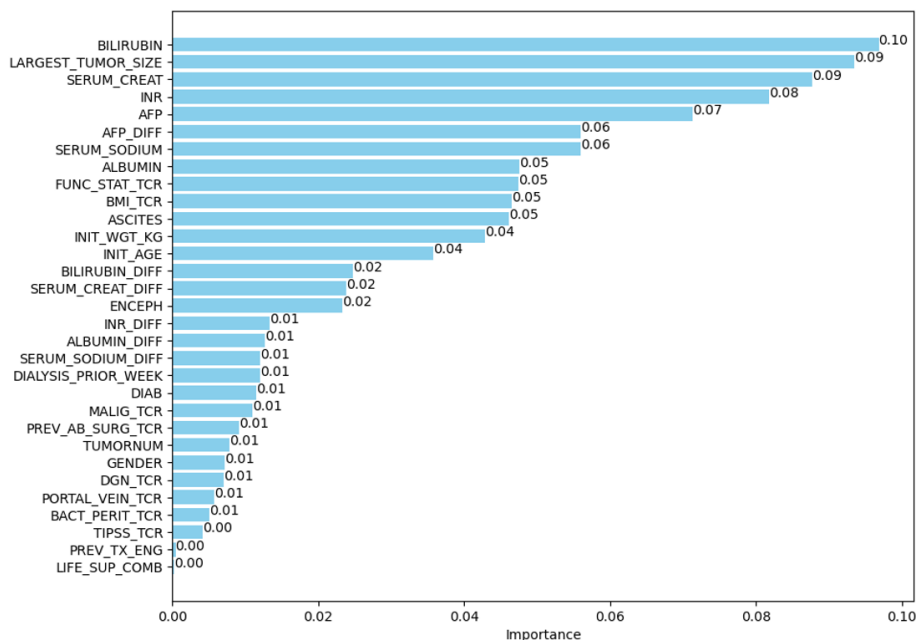


Fig. 1: Feature importance of the RF model obtained with Gini importance.

Les principaux prédicteurs incluent à la fois des variables liées à la fonction hépatique (bilirubine, créatinine, INR) et des caractéristiques tumorales (taille de la tumeur, AFP). La bilirubine et la taille maximale de la tumeur sont les deux variables les plus influentes. Les variations dynamiques (par exemple, AFP_DIFF, BILIRUBIN_DIFF) occupent un rang élevé, soulignant l'intérêt ajouté des données longitudinales.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_45

Etude descriptive multicentrique sur la morbi-mortalité des patients transplantés hépatiques trois fois ou plus : étude Liver-eater

P. Bozon-Riviere* ¹; L. Meunier ¹; M. Meszaros ¹; J. Ursic Bedoya ¹; T.M. Antonini ²; F. Conti ³; B. Giguët ⁴; G. Lassailly ⁵; C. Francoz ³; C. Costentin ⁶; J. Dumortier ²; G.P. Pageaux ¹; S. Faure ¹

¹ Montpellier; ² Lyon; ³ Paris; ⁴ Rennes; ⁵ Lille; ⁶ Grenoble

Introduction

La retransplantation hépatique (reTH) concerne environ 4 à 7 % des patients, principalement en raison de dysfonction primaire, complications anastomotiques ou chirurgicales, récurrence de la maladie initiale ou rejet chronique. En Europe, la survie à 5 ans chute à 49 % après une 2^{ème} TH et 43 % après une 3^{ème} TH, contre 67 % après une 1^{ère} TH. La pénurie de greffons soulève ainsi des enjeux éthiques majeurs. La plupart des données actuelles concernent l'ère de l'hépatite C ou des patients avec ≤ 3 TH. Dans ce contexte, l'objectif principal était de décrire la morbi-mortalité des patients avec ≥ 3 TH dont la dernière entre 2015 et 2022.

Matériel et Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective incluant 44 patients de 8 centres français. Les critères d'inclusion étaient les patients ayant bénéficié d'au moins 3 TH dont la dernière TH entre 2015 et 2022. Nous avons exclu les patients ayant eu une transplantation foie-rein.

Résultats

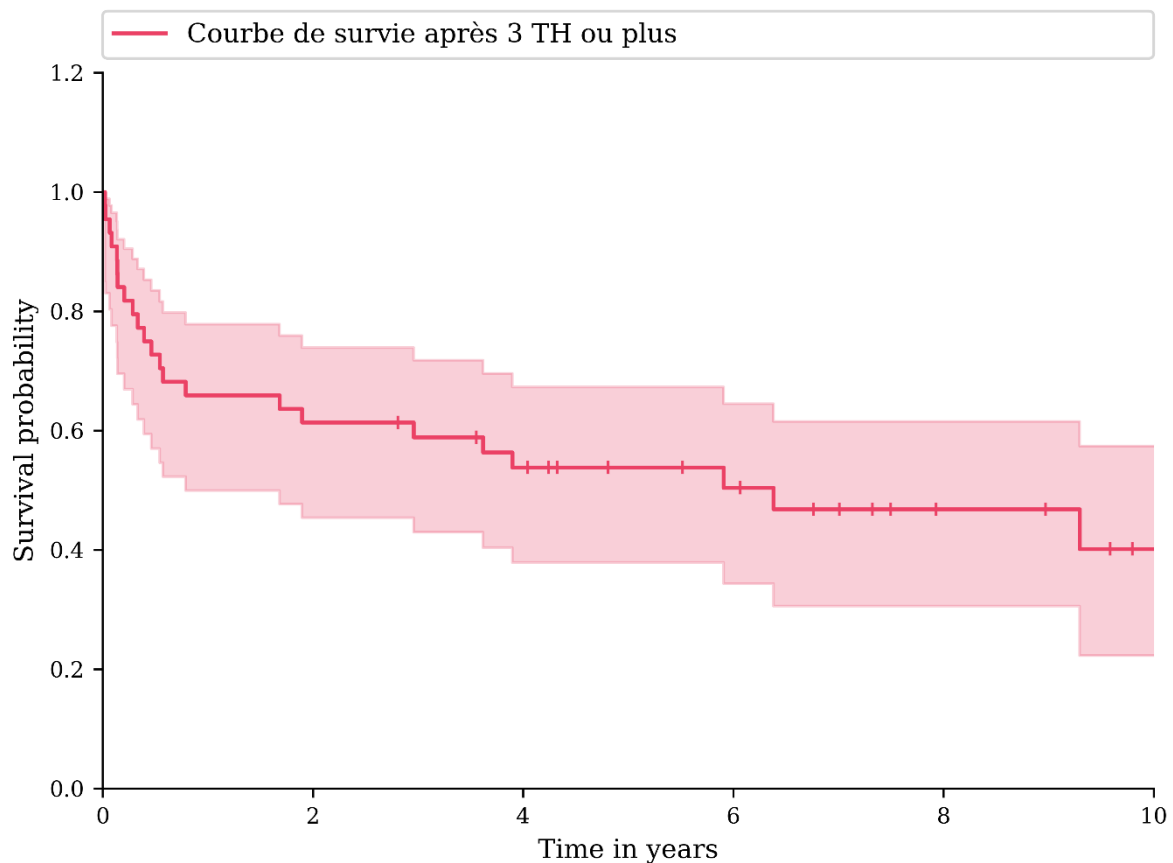
Parmi les 44 patients ayant reçu 3 TH ou plus, 12 ont eu 4 TH, 3 ont eu 5 TH et 1 patient a eu jusqu'à 7 TH. L'indication principale de la 1^{ère} TH était la cholangite sclérosante primitive (CSP) (22.7 %). La mortalité brute après 3 TH ou plus était de 36.1% à 1 an, 44.3% à 2 ans et 54.1% à 3 ans. Parmi les 24 patients décédés à la fin du suivi, 50 % sont décédés dans les 3 mois suivant la dernière TH, témoignant d'une mortalité précoce. Les principales causes de mortalité après 3 TH étaient : défaillance multi-viscérale (n= 11, 50%), sepsis (n= 6, 27.3%), infarctus du myocarde (n=2, 9.1%), thrombose de l'artère hépatique (n= 2, 9.1%) et néoplasie (n=1, 4.5%). Le taux global de morbidité était de 82 %, dominé par les complications infectieuses (67.2 %), biliaires (21.3 %) et vasculaires (27.9 % d'origine artérielle). La comparaison entre les patients ayant reçu strictement 3 TH (n=32) vs > 3 TH (n=12) a montré une prédominance féminine significative dans le groupe >3 TH (83.3 % vs 31.2 %, p = 0.005). Aucune différence statistiquement significative n'a été montrée pour le score de MELD, l'IMC du receveur, l'âge du donneur, les traitements immunosuppresseurs, la durée d'ischémie froide, les besoins transfusionnels ou les complications post-opératoires. Les indications de la dernière TH différaient avec une tendance à plus de récurrence de CSP (25 % vs 6.2 %) et de non-fonction primaire (25

Communications Affichées AFEF 2025

% vs 18.7 %) dans le groupe >3 TH ($p > 0.005$). La mortalité à 1, 2 et 3 ans était plus élevée chez les patients >3 TH, sans différence statistique avec une survie moyenne à 24 ± 30.6 mois vs 38.4 ± 38 mois ($p = 0.159$) pour le groupe 3 TH.

Conclusion

La reTH est associée à une morbi-mortalité élevée malgré les progrès thérapeutiques. Les patients ayant eu >3 TH présentent une survie inférieure sans différence statistique significative. Ces résultats soulignent la nécessité d'une sélection rigoureuse et d'une prise en charge optimisée, en particulier des complications infectieuses et vasculaires. La pénurie croissante de greffons impose un débat éthique autour des « liver-eater ».



Courbe de survie après 3 transplantations ou plus

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_46

Le jeûne intermittent entraîne une régression de la fibrose chez le rat rendu cirrhotique

H. Larrue* ¹; A. Anton ²; H. Garcia ²; G. Camprecios ²; J.C. Garcia-Pagan ²

¹ Toulouse; ² Barcelone

Introduction

La cirrhose liée à la stéatopathie métabolique devient un problème de santé publique croissant. Longtemps considérée comme irréversible, des données récentes suggèrent une certaine plasticité du processus fibrotique. En parallèle, le jeûne intermittent (JI), par ses effets métaboliques et anti-inflammatoires, a émergé comme une approche prometteuse pour moduler diverses pathologies chroniques. L'objectif de l'étude était d'évaluer les effets bénéfiques potentiels du JI sur la régression de la fibrose, et plus particulièrement de comprendre les mécanismes et voies impliqués dans ses effets protecteurs potentiels.

Patients et Méthodes

Une cirrhose était induite chez 45 rats adultes Sprague Dawley, soit par administration intrapéritonéale de Thioacétamide (TAA) pendant 12 semaines, soit par un modèle de cirrhose métabolique provoquée par l'inhalation de CCl₄ et d'un régime riche en graisses avec adjonction de phénobarbital dans l'eau de boisson pendant 16 semaines. Trois groupes ont été définis pour chaque modèle : un groupe contrôle étudié à la fin de l'induction de la cirrhose, un groupe régression spontanée (RS) (alimentation ad libitum) et un groupe JI (jeûne un jour sur deux) tous les deux étudiés 4 semaines après l'arrêt de l'induction. Une mesure invasive in vivo de la pression portale était réalisée. La régression de la fibrose était évaluée par analyses histologiques (coloration Sirius Red, score METAVIR), biochimiques et moléculaires (expression de gènes fibrogéniques et anti-fibrotiques, marqueurs d'autophagie, de sénescence et d'inflammation).

Résultats

Le JI permettait une réduction de la pression portale plus importante que celle observée dans le groupe RS (12,6 vs 14,6 mmHg ; $p \leq 0.1$) dans le modèle TAA. L'arrêt du TAA, seul (groupe RS) ou combiné à un JI (groupe JI), entraînait une régression partielle de la fibrose. La quantification de la fibrose (Sirius red) était significativement plus faible dans le groupe JI que dans le groupe RS ($p < 0,05$) dans le modèle TAA. L'analyse immunohistochimique montrait une réduction significative des cellules activées α -SMA+ dans les deux groupes, mais plus marquée avec le JI. L'expression des gènes pro-fibrogéniques (Col1 α 1, Timp1, Acta2) diminuait après arrêt du TAA, avec un effet amplifié par le JI. L'étude montrait aussi une baisse des marqueurs pro-inflammatoires (Il-6, Tnf- α), particulièrement dans le groupe JI. La prolifération des hépatocytes (marquée par Ki67) était plus élevée dans le groupe JI,



Communications Affichées AFEF 2025

suggérant une régénération hépatique plus active. Enfin, le JI modulait favorablement la composition de la matrice extracellulaire et l'environnement immunitaire hépatique, renforçant la réversibilité de la fibrose.

Conclusion

Notre étude a montré que le JI permettait une régression partielle de la cirrhose, associée à une amélioration de l'hémodynamique hépatique et du phénotype des cellules hépatiques étoilées sur un modèle de cirrhose toxique. Des investigations supplémentaires sont nécessaires, en particulier sur un nouveau modèle de cirrhose métabolique plus avancée.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_47

Pronostic des patients atteints de carcinome hépatocellulaire précoce traités par résection ou ablation : données de vie réelle issues du SNDS

M. Decraecker ¹; P. Nahon ²; E. Boleslawski ³; B. Guiu ⁴; M. Dhaoui ⁵; D. Stamenic ⁵;
M. Moreau* ⁵; J.F. Blanc ¹

¹ Pessac; ² Paris; ³ Lille; ⁴ Montpellier; ⁵ Boulogne-Billancourt

Introduction

La résection chirurgicale et l'ablation percutanée constituent les principales options curatives du carcinome hépatocellulaire (CHC), bien qu'elles soient associées à un risque élevé de récurrence. Les données de vie réelle sur l'évolution des patients après ces traitements restent toutefois limitées. Cette étude vise à estimer le pronostic des patients après résection ou ablation de CHC en France.

Matériel et Méthodes

Une cohorte rétrospective a été constituée à partir du Système National des Données de Santé (SNDS). Ont été inclus les patients ayant bénéficié d'un traitement par résection ou ablation pour CHC entre janvier 2014 et décembre 2021. Le critère principal était la survie globale (SG) ; les objectifs secondaires incluaient les parcours thérapeutiques (traitements curatifs, locorégionaux, systémiques) et le délai jusqu'au prochain traitement.

Résultats

Parmi les 10 810 patients inclus, 5 488 (Homme: 81.9%; âge moyen: 67.3 ans; Cirrhose:83.3%) ont été traités par ablation et 5 322 (Homme: 80.1%; âge moyen: 66.7 years Cirrhose:49.8%) par résection. Les taux de survie à un et deux ans étaient respectivement de 90 % et 78 % après ablation (médiane de survie : 56 mois, IC95% [54–58]), et de 88 % et 80 % après résection (médiane : 75 mois, IC95% [72–79]). La présence d'une cirrhose altérait significativement la survie dans les deux groupes ($p < 0,0001$). Le délai avant nouveau traitement ou décès (TTNT-D) était de 20 mois (IC95% [18–21]) après ablation et de 29 mois (IC95% [27–30]) après résection.

Concernant les traitements ultérieurs, 13 % des patients traités par ablation et 26 % des patients réséqués n'ont reçu aucun traitement additionnel et sont toujours vivants. À l'inverse, 35 % des patients ablatés ont reçu un traitement en intention curative secondaire vs 20 % des réséqués (dont 5.1% et 2.2% de transplantation hépatique), 23 % vs 22 % un traitement locorégional, 8 % vs 7 % un traitement systémique, et 14 % vs 13 % sont décédés sans traitement complémentaire.

Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

Cette étude fournit des données nationales en vie réelle sur le CHC précoce traité par résection ou ablation. Malgré des récurrences fréquentes, une proportion substantielle de patients bénéficie de traitements séquentiels y compris en intention curative.

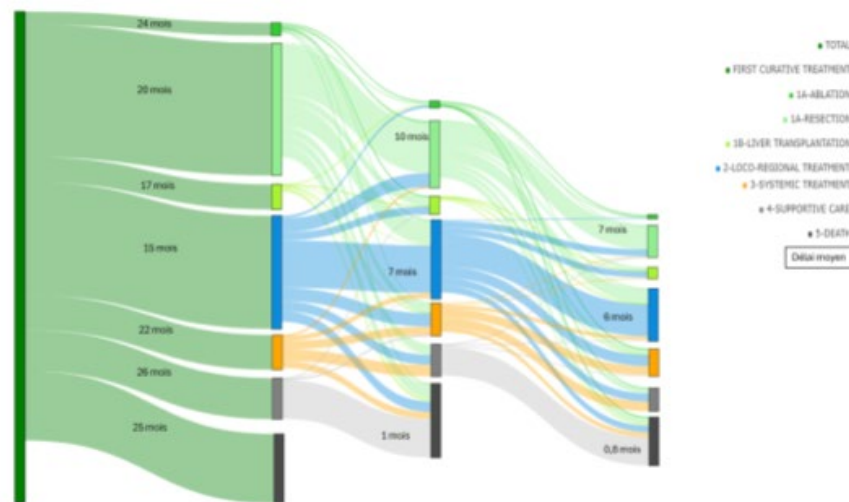


Figure 1

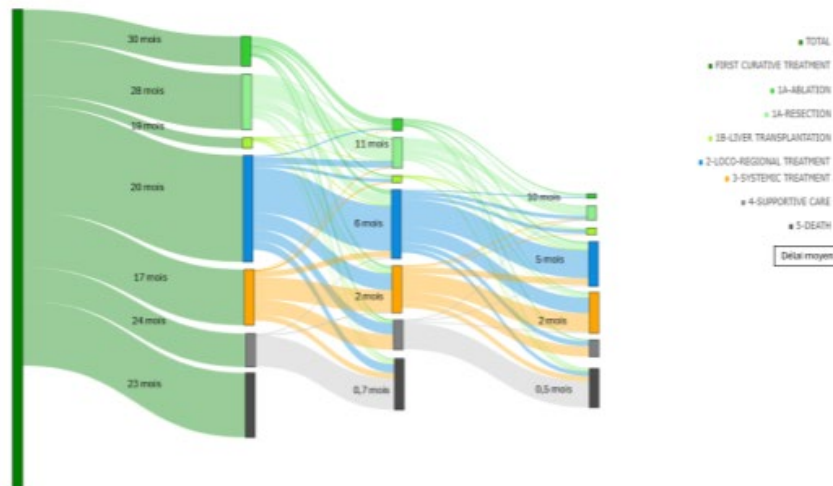


Figure 2

Trajectoires thérapeutiques des sujets ablatés (première figure) et réséqués (2ème figure)



Communications Affichées AFEF 2025

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

Stephane Bouée

Arthur Senigout

Majda Le Foll-Elfounini

Alicia Fravallo



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_48

Stabilité des tests non invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique chez les patients atteints de cholangite biliaire primitive après deux ans de traitement par élafibranor

M. Mayo ¹; C. Levy ²; M. Swain ³; J.M. Schattenberg ⁴; M. Heneghan ⁵; C. Corpechot* ⁶; C.L. Bowlus ⁷; J. Vierling ⁸; N. Antunes ⁹; V. Cranham ¹⁰; H. Gomes Da Silva ¹⁰; C. Raskino ¹⁰; K. Kowdley ¹¹

¹ Dallas; ² Miami; ³ Calgary; ⁴ Hambourg; ⁵ Londres; ⁶ Paris; ⁷ Davis; ⁸ Houston; ⁹ Cambridge; ¹⁰ Boulogne-Billancourt; ¹¹ Seattle

Introduction

La cholangite biliaire primitive (CBP) est une maladie hépatique cholestatique rare entraînant une fibrose progressive. Les mesures de l'élasticité hépatique (LSM) et du score ELF sont des tests non invasifs (TNI) d'évaluation de la fibrose. L'essai de phase III ELATIVE® (NCT04526665) a évalué l'élafibranor, agoniste des récepteurs PPAR alpha et delta, chez des patients atteints de CBP. L'activation de PPAR alpha est associée à des effets positifs sur la fibrose. Nous analysons ici l'effet de l'élafibranor sur les TNI et les marqueurs biochimiques jusqu'à la semaine 104 (S104) avec une stratification selon le stade initiale de la maladie.

Matériel et Méthodes

Les proportions de patients avec une LSM >8 ou >10 kPa, et des variations ≥0,5 kPa, ainsi que des scores ELF ≥7,7 et ≥9,8 et des variations ≥0,19, ont été évalués jusqu'à S104. Les modifications de LSM et ELF ont été évaluées en fonction du stade initial (précoce ou avancé) de la maladie (maladie avancée: LSM >10 kPa à S0 et/ou présence d'une fibrose avancée/cirrhose à l'histologie). Les variations des tests biochimiques hépatiques (PAL, GGT, ALAT, ASAT, BT et ALB) ont été analysées jusqu'à S104.

Résultats

À la date de l'étude, 48 patients traités par élafibranor avaient des valeurs disponibles de LSM et 41 du score ELF entre S0 à S104. La LSM augmentait ou diminuait de ≥0,5 kPa entre les différentes visites et S104 dans des proportions similaires (36,2–40,0% vs 42,6–47,9%). Les proportions de patients avec LSM >8 ou >10 kPa étaient similaires entre S0 (54,2% et 33,3%) et S104 (50,0% et 29,2%). Parmi les 16 patients ayant une LSM >10 kPa à S0, 6 (37,5%) avaient une LSM ≤10 kPa à S104; sur les 32 avec une LSM ≤10 kPa à S0, 4 (12,5%) avaient une LSM >10 kPa à S104. Le score ELF augmentait ou diminuait de ≥0,19 entre S0 et S104 chez respectivement 24,4–41,5% et 32,5–41,5% des patients. Tous les patients avaient un score ELF ≥7,7 à chaque visite, et 48,8% à S0 et 39% à S104 avaient un score ≥9,8. Chez les patients à un stade précoce, la LSM variait (hausse/baisse ≥0,5 kPa) chez 35,5%/45,2% et le score ELF (hausse/baisse ≥0,19) chez 44,4%/37%. Chez les



Communications Affichées AFEF 2025

patients à un stade avancé, ces % (hausse/baisse) étaient de 47,1%/52,9% pour la LSM et 35,7%/50% pour le score ELF. La variation moyenne des PAL et GGT entre S0 et S104 était de -124,0 U/L et -25,1 U/L chez les patients avec LSM, et de -116,9 et -22,8 U/L chez ceux avec scores ELF. Les taux de BT, ALAT, ASAT et ALB étaient stables dans les deux sous-groupes. L'élafigranor a été bien toléré jusqu'à S104, en accord avec le profil de tolérance observé dans l'étude ELATIVE®.

Conclusion

Après deux années de traitement par élafigranor, les tests non-invasifs de fibrose hépatique et les principaux marqueurs biochimiques du foie restent stables chez les patients atteints de cholangite biliaire primitive, y compris ceux présentant une maladie à un stade avancé.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_49

Les patients traités par sémaglutide dans l'essai de phase 3 ESSENCE (partie 1) présentent une plus grande concordance pour l'amélioration des tests non invasifs par rapport au placebo

L. Castera* ^{1,2}; M. E. Rinella ³; M. F. Abdelmalek ⁴; E. Bugianesi ⁵; A. M.g. Calí ⁶; K. A. Engebretsen ⁶; J. George ⁷; W. Kheong Chan ⁸; N. Krarup ⁶; M. T. Long ⁶; P. N. Newsome ^{9,10}; C. P. Oliveira ¹¹; G. Papatheodoridis ¹²; A. Shoeb ⁶; S. Petta ¹³; M. Roden ^{14,15}; A.J. Sanyal ¹⁶; V. Ratzu ¹; ESSENCE study group

¹ Paris; ² Clichy; ³ Chicago; ⁴ Rochester; ⁵ Turin; ⁶ Copenhague; ⁷ Sydney; ⁸ Kuala Lumpur; ⁹ Londres; ¹⁰ Birmingham; ¹¹ São Paulo; ¹² Athènes; ¹³ Palerme; ¹⁴ Düsseldorf; ¹⁵ München-Neuherberg; ¹⁶ Richmond

Introduction

Dans cette analyse secondaire de l'essai ESSENCE (NCT04822181) (partie 1), la réponse au traitement à 72 semaines par sémaglutide 2.4 mg une fois par semaine versus placebo a été évaluée à l'aide de l'histologie et de tests non invasifs (TNI) chez des patients ayant une stéatohépatite métabolique (MASH) et une fibrose de stade 2 ou 3.

Matériel et Méthodes

Parmi les 800 premiers patients randomisés, les résultats de l'histologie et des TNI pour la réponse au traitement à 72 semaines étaient disponibles chez 394 patients pour l'activité de la maladie et chez 494 pour la fibrose. Les critères de réponse pour l'activité étaient : la résolution histologique de la MASH sans aggravation de la fibrose, la diminution des ALAT (≥ 25 % par rapport à la valeur initiale), ou l'amélioration du score FAST ($\geq 0,22$ points par rapport à la valeur initiale). Les critères de réponse pour la fibrose étaient : l'amélioration histologique de la fibrose hépatique sans aggravation de la MASH, la diminution de l'élasticité hépatique par VCTE (LSM ≥ 30 % par rapport à la valeur initiale), ou la diminution du score ELF ($\geq 0,5$ unité par rapport à la valeur initiale).

Résultats

Si l'on considère l'activité de la maladie, 90,3 % des patients du groupe sémaglutide (n = 269) ont présenté au moins un critère de réponse au traitement vs 59,2 % du placebo (n = 125) ; 45,7 % des patients du groupe sémaglutide vs 10,4 % dans le groupe placebo ont présenté tous les critères de réponse (ALAT, FAST et histologie) ; 75,8 % des patients dans le groupe sémaglutide ont obtenu une amélioration des d'ALAT vs 37,6 % pour le placebo ; 75,1 % des patients du groupe sémaglutide vs 30,4 % dans le groupe placebo avaient deux des critères de réponse et 62,5 % vs 20,0 % étaient concordants pour l'amélioration des ALAT et du score FAST.



Communications Affichées AFEF 2025

Si l'on considère la fibrose, 84,3 % des patients dans le groupe sémaglutide (n = 332) vs 54,9 % dans le groupe placebo (n = 162) ont présenté au moins un des critères de réponse au traitement. Au total, 16,0 % des patients du groupe sémaglutide vs 5,6 % pour le placebo ont répondu à tous les critères de réponse (ELF, LSM-VCTE et histologie) ; 53,6 % des patients dans le groupe sémaglutide vs 30,9 % dans le placebo avaient une diminution de la LSM-VCTE ; 53,9 % des patients du groupe sémaglutide vs 19,2 % dans le groupe placebo avaient deux des critères de réponse et 37,7 % vs 10,5 % étaient concordants pour l'amélioration du score ELF et de la LSM-VCTE.

Conclusion

Une proportion plus importante de patients ayant reçu du sémaglutide a répondu aux définitions histologiques et non-invasives de la réponse au traitement par rapport au placebo. Cela suggère que l'utilisation des tests non invasifs pour la réponse au traitement permet de capturer un plus grand nombre de patients que l'histologie seule. L'étude se poursuit afin de valider les bénéfices cliniques à long terme.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_50

Trajectoires de patients ACLF dans un centre de greffe

B. Angles* ¹; M.C. Delignette ¹; T. Antonini ¹; X. Muller ¹; D. ERARD ¹; J. Gonzalez ¹;
K. Mohkam ¹; J.Y. Mabrut ¹; A. Blet ¹; C. Guichon ¹; F. Lebosse ¹

¹ Lyon

Introduction

La décompensation aiguë associée à une défaillance d'organe (« Acute on chronic Liver Failure » (ACLF)), est associée à une mortalité de 25 à 70% à 1 mois et la transplantation hépatique (TH) est le seul traitement qui permet d'améliorer significativement le pronostic. L'accès à la TH et les parcours de soins des patients en ACLF sont des enjeux pour améliorer le pronostic de ces patients. L'objectif de cette étude était d'étudier le parcours des patients adressés à un centre de TH pour ACLF et les facteurs pronostics.

Matériel et Méthodes

Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective monocentrique. Entre Décembre 2015 et Décembre 2022 nous avons inclus les patients en ACLF discutés en RCP de TH du CHU de Lyon. Nous avons recueilli les données liées au parcours antérieur à l'hospitalisation ainsi que les données clinico-biologiques pendant l'hospitalisation au CHU

Résultats

Nous avons inclus 143 patients ACLF discutés pour une TH entre Décembre 2015 et Décembre 2022. Parmi eux 58 (40%) ont été transplantés, 48 (34%) sont décédés sur liste, 37 (26%) ont été récusés. La majorité (57%) était adressée par un centre extérieur au CHU et 75% n'avaient jamais été discuté en RCP de TH avant l'épisode d'ACLF. La majorité des patients étaient admis au CHU en ACLF (dont 8% en grade 3) et 34% des patients étaient admis sans ACLF initiale. Le facteur déclenchant était majoritairement une infection (48%) ou une hépatite alcoolique (23%). Les patients récusés à la TH présentaient plus fréquemment une consommation d'alcool active à la prise en charge (68% vs 23% dans le groupe des patients inscrits sur liste d'attente de TH, $p < 0.001$), étaient plus fréquemment adressés par un centre extérieur (81% vs 48% pour les patients inscrits, $p < 0.001$). La distance domicile-centre de TH n'étaient pas significativement différente entre les 2 groupes. La durée entre l'hospitalisation initiale et la discussion en RCP était plus longue dans le groupe des patients récusés (21 vs 12 jours dans le groupe inscrits, $p < 0.001$). Il n'y avait pas de différence de grade d'ACLF entre les 2 groupes. Parmi les patients inscrits sur liste d'attente de TH, les patients transplantés étaient plus jeunes que les patients décédés sur liste (53 ans vs 58 respectivement ; $p = 0,003$) et avaient moins d'antécédents cardiovasculaires (3% vs 19%, $p = 0,02$). La provenance des patients et la distance domicile-centre de TH étaient comparables entre les groupes. Il n'y



Communications Affichées AFEF 2025

avait pas de différence de mortalité selon le facteur déclenchant ou le grade d'ACLF mais les défaillances respiratoire et hémodynamique persistantes étaient significativement plus fréquentes chez les patients décédés. On retrouvait plus d'infections secondaires chez les patients décédés (77 % vs 53 % ; $p = 0,02$).

Conclusion

Dans notre centre, le parcours de soins et la consommation d'alcool semblent influencer l'inscription sur liste d'attente de TH tandis que le risque de décès sur liste resterait lié à l'état clinique des patients.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_51

Place de la prise de pression porto systémique directe par écho endoscopie (EUS-PPG) dans une activité d'endohépatologie quotidienne. Pour quels patients ? Faisabilité, validité des résultats, étude des discordances. Analyse rétrospective monocentrique

P. Castellani* ¹; F. Sellier ¹; O. Pietri ¹; M. CAVIEZEL ¹; A. Gonzalez ¹; M. Bourlière ¹; X. Adhoute ¹

¹ Marseille

Introduction

L'Endo hépatologie suscite un intérêt croissant depuis la possibilité de quantifier le gradient porto systémique direct sous écho endoscopie. Cette nouvelle application vient s'intégrer dans une activité d'endo hépatologie globale déjà établie dans certains centres. Quelle peut être la place de l'EUS-PPG, sa faisabilité et ses résultats ?

Matériel et Méthodes

Après une période d'apprentissage de l'EUS-PPG, nous avons analysé les résultats de 169 examens dans un contexte d'hypertension portale (HTP) pour 160 pts successifs de janvier 2025 à mai 2025, Parmi ces pts, 19 EUS-PPG ont été réalisées. L'aiguille était une Expect 22G Boston Scientific reliée à un capteur électronique de mesure de pression utilisé pour la surveillance habituelle lors de l'anesthésie. L'EUS-PPG était décidé, par l'opérateur, dans le but d'obtenir une évaluation, en temps réel, pouvant participer à la prise en charge du pt. Cette décision, subjective, était prise devant des constatations discordantes avec les examens déjà réalisés et paraissant avoir un intérêt direct pour le pt. L'analyse rétrospective de cette nouvelle pratique a été effectuée.

Résultats

19 mesures de l'EUS-PPG ont été réalisées pour 18 pts sur 169 examens soit dans 11,24 %. Il s'agissait de 13 H, 5 F, Age médian 60,5 ans (23–76 ans). 7 patients étaient porteurs d'une tumeur primitive du foie, 6 CHC, 1 cholangoK, pour ces patients l'écho endoscopie était réalisée pour une quantification de l'HTP, réaliser une histologie (thrombus porte ou foie tumoral) et préciser la prise en charge. Les 11 autres pts avaient une EUS pour des discordances biologiques, morphologiques (scanner, IRM ou élastométrie) ou vasculaires lors d'une prise de gradient transjugulaire (HVPG) ou l'évolution clinique lors du suivi. Sur 19 EUS-PPG, aucune complication n'a été notée. 2/19 procédures ont été notés en échec : 1 foie dysmorphique empêchant un positionnement correct et fiable et 1 foie extrêmement hétérogène empêchant une bonne visualisation du trajet de l'aiguille, rendant le geste dangereux pour le pt. 9/18 pts ont eu un HVPG, Dans 5/9 cas l'EUS-PPG était noté avec une fiabilité supérieure à l'HVPG, dans 3/9 cas l'EUS-PPG et



Du 24 au 26 septembre 2025 Paris - Beffroi de Montrouge

Communications Affichées AFEF 2025

l'HVPG étaient égaux, dans 1/9 cas l'HVPG était noté supérieur à l'EUS-PPG. Les 9/18 autres pts qui n'ont pas eu d'HVPG, dans 8/9 cas l'EUS-PPG était considéré fiable car concordant avec les paramètres clinico-biologiques, radiologiques ou évolutifs des pts et dans 1/9 cas, un échec de la mesure a été noté. Les examens sont résumés ci dessous.

Conclusion

Au cours d'une activité d'endo hépatologie, la mesure de l'EUS-PPG peut être réalisée, sans complication, lors de discordance clinico biologique ou radiologique, permettant au cours d'un même examen, d'obtenir une réponse fiable. Dans ce travail préliminaire, cette mesure a été réalisée chez 11 % des patients mais pourrait probablement être appliquée à un plus grand nombre si cela est confirmé dans d'autres études, en particulier, multicentriques et prospectives

Patient	Age	Sexe	Indication	EUS-PPG	Valeur EUS-PPG (mm Hg)	HVPG	Valeur HVPG (mmHg)
1	65	H	Cholangiocarcinome sur foie sain	EUS gr sup	1	1	11
2	66	H	CHC sur foie sain	Gr EUS concordant	3	0	
3	23	F	Cirrhose Auto Imm	Gr EUS et TJ égaux	10	1	9
4	75	H	CHC	Gr EUS concordant	6	0	
5	76	H	CHC	Gr EUS concordant	13	0	
6	63	H	CHC	Gr EUS concordant	14	0	
7	65	F	CHC	Gr EUS concordant	3	0	
8	76	H	HTP evaluation	Gr EUS concordant	5	0	
9	31	H	Discordance (pas de signe d'HTP)	EUS gr sup	2	1	25
10	56	H	Discordance	echec foie dysmorphique	0	1 TJ sup	13
11	76	F	HTP	Gr EUS et TJ égaux	8	1	7
12	50	F	HTP (sous carvedilol)	Gr EUS concordant	9	0	
13	74	H	Discordance (hépatite alcoolique aigue)	EUS gr sup	16	1	28
14	39	H	MASH HTP	echec foie hétérogène	0	0	
15	66	H	CHC	Gr EUS et TJ égaux	4	1	6
16	39	H	Discordance (cholangite)	EUS gr sup	4	1	18
17	70	F	Discordance	Gr EUS concordant	4	0	
18	66	H	Discordance (SPM et pl 100 mais elasto foie 11Kpa, Rate 23 Kpa)	EUS gr sup	3	0	
19	74	H	Discordance (Sevrage OH, EUS-PPG)	EUS gr sup	11	1	28

Tableau des 19 mesures EUS-PPG et résultats

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_52

Le rôle du récepteur aux hydrocarbures aromatiques dans différents types cellulaires dans l'amélioration de la maladie alcoolique du foie par la pectine

W. Hu ¹; G. Schlecht-Louf ¹; N. Trainel ¹; S. Jouvanceau ¹; A. Desmons ²; G. Eberl ²; S. Viel ¹; F. Mercier-Nomé ¹; G. Perlemuter ³; D. Ciocan* ³; A.M. Cassard ¹

¹ Orsay; ² paris; ³ Clamart

Introduction

Le récepteur aux hydrocarbures aromatiques (AhR) joue un rôle essentiel dans la maladie alcoolique du foie (MAF). L'utilisation de souris totalement déficiente en AhR a permis de montrer que l'effet protecteur de la pectine sur la survenue des lésions de MAF est en partie dépendante de la voie AhR. Cependant, AhR est largement exprimé dans tous les organes et types de cellules, et les cibles cellulaires spécifiques qui médient les effets de ce récepteur dans la MAF ne sont pas encore claires. Dans cette étude, nous avons étudié le rôle d'AhR sur différentes cibles cellulaires dans la MAF et après traitement avec de la pectine.

Patients et Méthodes

Nous avons généré des modèles de souris knock-out conditionnels dans les cellules épithéliales intestinales (AhRKO-Villin), les hépatocytes (AhRKO-Alb), les cellules dendritiques (DC) (AhRKO-CD11c) et les cellules positives pour Rorγt (AhRKO-Rorγt). La MAF a été induite en utilisant le modèle Lieber DeCarli et des groupes de souris ont également reçu de la pectine. Le microbiote intestinal et les métabolites ont été évalués par séquençage de l'ARNr 16S et par métabolomique ciblée. Les lésions du foie et de la barrière intestinale ont été évaluées par analyses de l'inflammation hépatique et des fonctions de la barrière intestinale et également par cytométrie en flux des cellules immunitaires de la lamina propria.

Résultats

La délétion de AhR dans les hépatocytes et dans les cellules épithéliales intestinales était associée à des lésions plus sévères de MAF. Cependant, les effets protecteurs de la pectine contre la MAF ne dépendaient pas de la délétion de AhR dans ces cellules. La délétion de AhR n'a pas modifié la composition du microbiote intestinal et des métabolites, et la différence de bactéries associées au génotype chez les souris AhRKO-Villin a été inversée par le traitement à la pectine. Néanmoins, les sous-types de DCs ont été modifiés chez les souris AhRKO-Villin par rapport aux témoins. Chez les souris AhRKO-CD11c, les effets de l'alcool et de la pectine sur la MAF sont restés indépendants de AhR. De même, les souris AhRKO-Rorγt n'ont montré aucune différence liée au génotype dans les niveaux intestinaux d'IL-22 ou les effets induits par l'alcool ou la pectine sur la MAF.



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

Si la délétion totale de AhR impacte l'effet protecteur de la pectine, des délétions partielles de AhR dans différents types cellulaires ne sont pas suffisantes pour supprimer cet effet protecteur. En revanche, l'absence de AhR dans les entérocytes ou les hépatocytes exacerbe l'inflammation hépatique, suggérant que cette voie est importante dans le développement des lésions. A ce stade, il reste donc encore à éclaircir les différents mécanismes qui permettent à la pectine cette amélioration des lésions hépatiques dans les modèles murins de MAF.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_53

Options thérapeutiques potentielles pour les microbes intestinaux producteurs d'éthanol associés à la MASH

A.I. Abdoulaye ¹; B. Mbaye ¹; R. Magdy Wasfy ¹; L. Carmarans ¹; N. Armstrong ¹;
A. Hamieh ¹; P. Borentain ¹; S. Ranque ¹; J.M. Rolain ¹; G. Dubourg ¹; J.C. Lagier ¹; M. Tidjani
Alou ¹; M. Million ¹; R. Gerolami* ¹

¹ Marseille

Introduction

La production endogène d'éthanol (EtOH) par les pathogènes bactériens ou fongiques intestinaux pourrait jouer un rôle important dans les hépatopathies chroniques notamment les maladies hépatiques associées au syndrome métabolique (MASH). Ces pathogènes pourraient être des cibles thérapeutiques chez ces patients. Dans ce travail, nous avons étudié la production d'éthanol, la tolérance à l'éthanol et la sensibilité aux antimicrobiens de souches bactériennes et fongiques appartenant à des espèces enrichies chez les patients porteurs de MASH.

Patients et Méthodes

Nous avons étudié la production d'EtOH, la tolérance à l'EtOH et la sensibilité aux antimicrobiens de 33 souches appartenant à des espèces enrichies dans la MASH issues de nos précédentes études cas-témoins de culturomique et de métagénomique. Un agent antimicrobien était considéré comme une option thérapeutique potentielle lorsque le rapport entre la concentration fécale et la concentration minimale inhibitrice (FC/CMI) était > 100 ($2 \log_{10}$).

Toutes les souches utilisées dans cette étude ont été isolées du projet HEPATGUT qui a été approuvé par les comités d'éthique et de protection des personnes (CPP : 21.04391.000046 - 21075).

Résultats

La plupart des espèces (11/12 (91,6 %)) enrichies dans les maladies hépatiques ont produit des quantités détectables d'éthanol. Les trois levures *Nakaseomyces glabratus*, *Pichia kudriavzevii* et *Candida albicans* ont produit les niveaux d'EtOH les plus élevés (1,8 à 3,3 g/L). Le fluconazole, fréquemment utilisé avec succès dans le syndrome d'auto-brasserie, était une option thérapeutique pour toutes les souches de levures (FC/CMI 2 à 3,5 $\log_{10}$). Parmi les bactéries, *Enterocloster* (0,8 à 1,6 g/L) était le genre présentant la production d'EtOH la plus élevée. Pour toutes les souches d'*Enterocloster*, la rifaximine était une option thérapeutique avec un FC/CMI exceptionnel ($> 5 \log_{10}$). *Thomasclavelia ramosa*, un oncobionte génotoxique émergent, était résistant à la rifaximine mais sensible à la vancomycine (FC/CMI 2 $\log_{10}$). Parmi les 33 souches microbiennes, une forte association entre la tolérance à l'EtOH (10 %) et la production d'EtOH a été observée.



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

La plupart des espèces microbiennes intestinales associées à des maladies hépatiques résistaient à l'éthanol et en produisaient, ce qui pourrait aboutir à un cercle vicieux: la production microbienne d'alcool entraînant la sélection de souches produisant elles-même de l'alcool. Le fluconazole et la rifaximine, pourraient être des traitements de choix chez ces patients. Ces travaux ouvrent de nouvelles perspectives pour la prévention et le traitement des maladies hépatiques. Ils pourraient également s'avérer utiles dans le domaine du cancer, car certaines espèces étudiées ici ont récemment été identifiées comme oncobiontes ou prédictives de l'efficacité des traitements anticancéreux notamment de l'immunothérapie.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_54

Minibioreactor arrays (MBRAs) pour modéliser la réponse du microbiome au tryptophane et à l'alcool dans le contexte de la maladie alcoolique du foie

W. Hu ¹; S. Naimi ²; N. Trainel ¹; V. Liévin-Le Moal ¹; G. Perlemuter ³; B. Chassaing ²; D. Ciocan* ³; A.M. Cassard-Doulcier ³

¹ Orsay; ² Paris; ³ Clamart

Introduction

Le microbiote intestinal (MI) joue un rôle causal dans la gravité de la maladie alcoolique du foie (MAF). En utilisant la transplantation de MI chez la souris, nous avons prouvé que la dysbiose des patients avec une hépatite alcoolique sévère (HAS) pouvait être modifiée, conduisant à une amélioration des lésions hépatiques induites par l'alcool en augmentant les métabolites du tryptophane pour activer la voie de signalisation du récepteur aux hydrocarbures aromatiques (AhR). Cependant, l'effet du tryptophane sur les lésions hépatiques induites par l'alcool chez les patients souffrant d'une MAF, ainsi que ses interactions avec l'alcool, restent à élucider. À cette fin, nous avons utilisé une approche in vitro avec de minibioréacteurs (MBRA) qui permettent d'étudier le microbiote dans une culture à flux continu avec des facteurs bien contrôlés.

Patients et Méthodes

Des échantillons fécaux de patients avec une consommation excessive et chronique d'alcool avec une HAS (n=2) ou non, noHA (n=2) ont été transférés dans des chambres MBRAs. Après 24 heures d'adaptation dans le milieu initial, des traitements avec différentes concentrations de tryptophane (faible : 8mg/L, normal : 24mg/L et élevé : 72mg/L) ont été initiés pendant 48 heures. Ensuite, de l'alcool a été introduit dans le système pendant 5 jours (50mM d'éthanol/jour). Enfin, l'alcool a été retiré et les cultures ont été maintenues pendant 5 jours supplémentaires. L'analyse de l'IM a été réalisée par séquençage 16S. L'activité AhR des dérivés du tryptophane dans les surnageants a été déterminée à l'aide de deux lignées rapportrices Lucia-AhR: les cellules épithéliales intestinales (HT-29) et les hépatocytes (HepG2).

Résultats

Le tryptophane n'a pas eu d'effet sur la diversité alpha et bêta du MI des patients HAS et noHA. Cependant, un niveau normal de tryptophane a diminué les abondances relatives d'*Escherichia* - *Shigella* et a augmenté les *Bacteroides* dans les MI des patients noHA, et a diminué les Proteobacteria dans les MI des patients HAS. En l'absence d'alcool, le tryptophane a modifié un plus grand nombre de bactéries dans le MI noHA (14 genres, 2 phyla) que dans le MI HAS (4 genres). Cependant, en présence d'alcool, le tryptophane n'a eu qu'un effet minime sur le MI de noHA. Par rapport à un faible taux de tryptophane, des taux normaux et élevés de tryptophane ont augmenté l'activité de AhR.



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

Notre étude a modélisé l'évolution du MI des patients avec une HAs in vitro et a montré que le MI des patients avec noHA est plus dynamique en termes de changements que celui du HAs. Par conséquent, notre étude suggère que la supplémentation en tryptophane pour rétablir l'apport nutritionnel recommandé chez les patients atteints avec une HAs pourrait être bénéfique et pose les bases d'autres études dans des contextes cliniques.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_55

FIB-4 ancré et glissant pour prédire les complications hépatiques chez les patients atteints de diabète de type 2

L. Parlati* ¹; C. Mathis ¹; S. Tzedakis ¹; C. Mouliade ¹; A. Vallet-pichard ¹; P. Sogni ¹; S. Pol ¹; J. Boursier ²; E. Tsochatzis ³; V. Mallet ¹

¹ Paris; ² Angers; ³ Londres

Introduction

Le FIB-4, utilisé comme mesure ponctuelle, peut sous-estimer la charge cumulative de fibrose. Son intégration sous forme longitudinale (« FIB-4 glissant ») pourrait offrir une évaluation plus dynamique du risque hépatique. Cette étude évalue la valeur pronostique combinée d'un FIB-4 ancré (dernière valeur entre 1 et 2 ans avant la date de censure) et d'un FIB-4 glissant, dans une cohorte de patients atteints de diabète de type 2 (DT2).

Matériel et Méthodes

Cohorte rétrospective basée sur les données de 36 hôpitaux universitaires d'Île-de-France (2017–2023). Le FIB-4 glissant correspondait à l'aire sous la courbe des valeurs antérieures (≥ 6 mois avant l'ancrage), normalisée par an. L'événement principal était la survenue d'une décompensation hépatique ou d'un carcinome hépatocellulaire (CHC). Les associations ont été modélisées par analyses de Cox dans une cohorte d'entraînement, avec évaluation du c-index dans une cohorte de validation.

Résultats

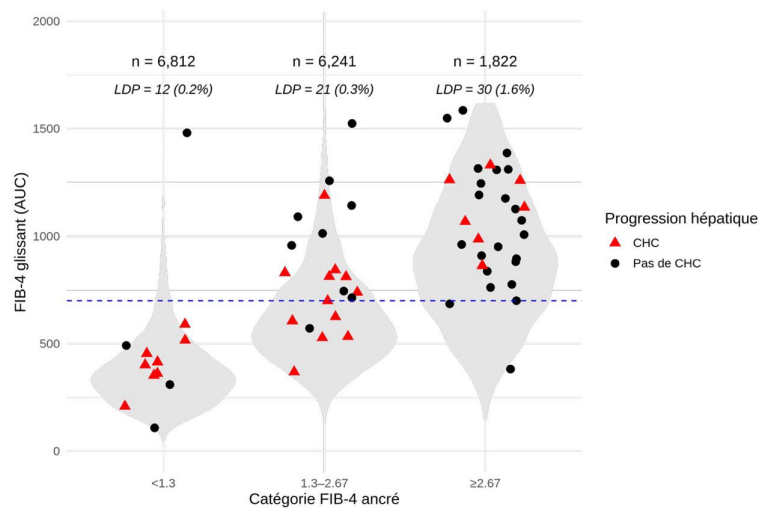
Parmi les 82 532 patients inclus (âge médian : 66,2 ans ; 57 % d'hommes ; 679 événements), 31 472 disposaient d'un FIB-4 ancré (289 événements) et 15 026 d'un FIB-4 glissant (68 événements). Le FIB-4 ancré (HR = 1,85 ; c-index = 0,826) et le FIB-4 glissant (HR = 8,2/log1p ; c-index = 0,837) étaient associés indépendamment au risque de progression. Leur combinaison améliorait la discrimination (c-index = 0,847). Le modèle multivarié ajusté (c-index = 0,843) était comparable au modèle combiné. La stratification par FIB-4 glissant permettait de mieux discriminer le risque dans la zone intermédiaire du FIB-4 ancré (1,3–2,67). Dans cette sous-population (n = 6 241), le FIB-4 glissant, au seuil optimal de 700 (critère de Youden), avait une sensibilité de 71,4 %, une spécificité de 67,9 %, une VPP de 0,7 % et une VPN de 99,9 %, permettant de classer correctement 4 238 patients (67,9 %).

Conclusion

Le FIB-4 glissant apporte une information complémentaire au FIB-4 ancré en capturant la charge cumulative de fibrose. Leur combinaison optimise la stratification du risque de complications hépatiques chez les patients DT2, avec une performance

Communications Affichées AFEF 2025

équivalente à celle d'un modèle ajusté sur les comorbidités. La trajectoire du FIB-4 pourrait aider guider le dépistage et la surveillance clinique, notamment chez les patients avec un FIB-4 ancré entre 1,3 et 2,67.



Chaque violon représente la distribution du FIB-4 glissant (AUC des FIB-4 antérieurs à l'ancrage, normalisée/an). Les catégories de FIB-4 ancré correspondent à la dernière mesure entre 1 et 2 ans avant la censure. Les patients avec progression hépatique (décompensation ou CHC) sont superposés : triangles rouges pour les CHC. Les effectifs et taux d'événements sont indiqués au-dessus de chaque strate. Dans la zone intermédiaire du FIB-4 ancré (1,3–2,67), le seuil optimal de FIB-4 glissant (700) permettait une sensibilité de 71,4%, une spécificité de 67,9%, une VPP de 0,7%, une VPN de 99,9% et un taux de classification correcte de 67,9% (4 238 / 6 241 patients). Cette figure illustre le pouvoir discriminant complémentaire du FIB-4 glissant, notamment dans cette zone intermédiaire.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_56

Le portage inactif du VHB entre taux de l'ADN viral et taux de l'AgHBs

S. Tebbal* ¹; A. Benyahia ¹

¹ Batna

Introduction

La classification à l'une des 5 phases de l'hépatite chronique B nécessite un certain nombre de détermination des marqueurs de réplication chez un nombre significatif de patients.

Parmi ces patients, une zone grise subsiste entre le portage inactif et la phase d'hépatite chronique due à la fluctuation de la charge virale. Dans cette situation, la quantification de l'AgHBs trouve son intérêt en permettant un reclassement d'un certain nombre de cas de la phase d'hépatite en phase d'infection.

L'objectif de ce travail est de montrer l'apport de la quantification de l'AgHBs dans le portage inactif.

Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude prospective portant sur 124 patients porteurs chroniques inactifs du virus de l'hépatite B ayant été suivis en consultation d'infectiologie sur une période de 5 ans de 2013 à 2018.

Les paramètres biologiques et séro-virologiques (taux ADN, quantification de l'AgHBs) ont été étudiés.

Les patients sont classés porteurs inactifs pour les valeurs suivantes : ADN <2000 UI/mL ; AgHBs <1000 UI/mL.

Résultats

Cent-vingt-quatre patients ont été colligés.

L'âge moyen était de 46 ans, le sex-ratio de 1,19(49 hommes/41 femmes), les ALAT normales.

Les patients ont été classés porteurs inactifs selon la classification habituelle (ADN-VHB < 2000 UI/mL).

Cependant, dans 27,4% des cas(34/124) le titre de l'AgHBs était > 1000 UI/mL.

La moyenne du taux d'AgHBs était de 2,07LogUI/mL, celle de la charge virale de 1,84 LogUI/mL.



Communications Affichées AFEF 2025

Un taux d'AgHBs <10 UI/mL était observé dans 18 cas (20%) ; <100 UI/mL dans 22 cas (24%) ; < 500 UI/mL dans 31 cas (34%) et < 1000 UI/mL dans 19 cas (21%).

Conclusion

Une charge virale < 2000 UI/mL de façon constante avec absence de fibrose permet de définir le porteur inactif.

Néanmoins, les fluctuations de la charge virale est à l'origine d'une zone grise entre les phases 3 et 4.

Notre étude a permis de montrer que la quantification de l'AgHBs permet de reclasser des patients (34/124) considérés porteurs inactifs en patients réplicatifs et de prédire la perte de l'AgHBs à court et moyen terme.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_57

Transplantation hépatique pour CHC : Evaluation de la stratégie de downstaging dans le score AFP

C. Iamarque*¹; L. Segaux¹; P. Bachellier²; B. BUCHARD³; F. Chermak⁴; F. Conti⁵; T. Decaens⁶; S. Dharancy⁷; V. Di Martino⁸; J. Dumortier⁹; J. Gugenheim¹⁰; J. Hardwigsen¹¹; F. MUSCARI¹²; S. Radenne⁹; E. Salame¹³; T. Uguen¹⁴; J. Ursic Bedoya¹⁵; V. Leroy¹; N. Oubaya¹; C. Duvoux¹

¹ , Créteil; ² Stras; ³ Clermont-Ferrand; ⁴ Pessac; ⁵ Paris; ⁶ Grenoble; ⁷ Lille; ⁸ Besançon; ⁹ Lyon; ¹⁰ Nice; ¹¹ Marseille; ¹² TOULOUSE; ¹³ Chambray-lès-tours; ¹⁴ Rennes; ¹⁵ Montpellier

Introduction

Depuis 2012, en France, les patients ayant un CHC avec un score AFP > 2 peuvent accéder à la greffe après downstaging (DS). Conformément aux recommandations de la conférence de consensus de 2018, le but de ce 1er travail a été d'évaluer la pratique du DS et d'analyser les trajectoires des patients soumis à DS.

Matériel et Méthodes

Deux groupes ont été étudiés à partir des données extraites de Cristal chez les patients inscrits pour CHC entre 2015 et 2018 : Groupe DS primaire : CHC avec score AFP > 2 au diagnostic. DS était défini par l'initiation d'un traitement anti tumoral, et considéré comme efficace si score AFP après traitement ≤ 2 au listing. Groupe DS secondaire : CHC avec score AFP ≤ 2 au diagnostic et AFP > 2 au listing, ou CHC avec score AFP ≤ 2 au diagnostic et au listing et score AFP devenant > 2 pendant la phase d'attente. Critère de jugement principal : % de patients entrant dans une stratégie de DS avec succès permettant un accès à la greffe. Critère de jugement 2ndaire : % de patients en échec de DS, incidence de sortie de liste pour décès ou aggravation de la maladie et de l'hépatopathie par type de DS. Les données descriptives sont exprimées en % et médiane (IQ).

Résultats

Les données de 1634 patients inscrits pour CHC dans 17 centres de TH ont été étudiées : Homme (1413, 86,5 %), âge médian (61,1 ans[IQR:55,9;64,9]) MELD à l'inscription (10,44 [8,06 ; 14,40]), score AFP à la greffe (0 [0 ; 2]). *Groupe DS primaire* : 176 pts (10.8%) avec un score >2 au diagnostic, traités majoritairement par CEL (101 (57,4 %)). Au listing, 92 avaient un score AFP ≤2 (52,3 %), 40 patients un score AFP > 2 (22.7%) et 32 (18.2%) patients étaient en contre-indication temporaire (CIT). 55/176 patients (31,3 %) sont restés avec un score ≤2, parmi lesquels 44 (25%) ont été greffés après un temps d'attente médian de 341,5 jours [209 ; 444,5]. Dans ce groupe (n=176), 52 (29,5%) sont sortis de liste pour aggravation/décès. *Groupe DS 2daire* : au listing, parmi les 1458 patients avec un score AFP ≤ 2 au diagnostic, 20 (1.4%) avaient un score AFP> 2, 1169 (80.2%) un



Communications Affichées AFEF 2025

score AFP ≤ 2 et 202 (13.9%) en CIT. Au cours du suivi, le score AFP devenait > 2 chez 102 patients (7,0%), pour un % total de DS secondaire de $1,4+7,0=8,4\%$. Parmi les 122 patients en DS secondaire, 26 (21,3%) sont sortis de liste pour aggravation/décès et 85 (69,7%) ont pu être finalement greffés. Le taux global d'accès à la TH des patients en DS était de 43.3% mais significativement inférieur chez les patients en DS primaire (25% vs 69,7%, $p < 0,001$).

Conclusion

Le DS concerne près de 20% patients inscrits pour CHC avec un taux d'accès à la TH différent selon le type de DS, montrant la complexité des trajectoires de ces patients. Les données de survie et récurrence post-TH par type de DS sont en cours d'analyse et seront présentées.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_58

Valeur ajoutée de l'imagerie par tomographie à émission de positrons au score alpha-foetoprotéine pour la prédiction de la récurrence du carcinome hépatocellulaire post transplantation hépatique

A. Pascale* ¹; A. Bambara Sanon ¹; C. Cosse ¹; R. Sobesky ¹; E. De Martin ¹; I. Kounis ¹; L. Duhaut ¹; A.F. LUTU ¹; B. Roche ¹; F. Saliba ¹; D. Cherqui ¹; A. Coilly ¹; O. Rosmorduc ¹; F. Besson ²; N. Golse ¹

¹ Villejuif; ² Kremlin-Bicêtre

Introduction

Malgré l'utilisation croissante de la tomographie à émission de positrons (TEP) dans le contexte du carcinome hépatocellulaire (CHC), son utilité dans la prédiction de la récurrence post transplantation hépatique (TH) n'est pas claire et la TEP ne fait pas partie des critères de sélection du CHC pour la TH. Cette étude a investigué la corrélation entre la récurrence du CHC post TH et les caractéristiques de l'imagerie par TEP pré TH.

Matériel et Méthodes

Nous avons rétrospectivement analysé 346 patients transplantés consécutivement pour un CHC au Centre Hépatobiliaire, Hôpital Paul Brousse, entre Janvier 2017 et Décembre 2023. Parmi eux, 90 patients avaient des données disponibles d'imagerie par TEP au 18F-fluorodéoxyglucose (TEP-FDG) et/ou choline (TEP-choline) pré TH et ont été inclus dans l'étude. Nous avons collecté des données démographiques, caractéristiques de l'hépatopathie chronique sous-jacente, du CHC et des TEP pré TH, ainsi que des données post TH. A l'inscription sur liste d'attente de TH, tous les patients inclus avaient un score alpha-foetoprotéine (AFP) ≤ 2 , selon les critères de sélection de TH pour CHC en France. L'analyse statistique a été réalisée en utilisant STATA 15.1 et SPSS.

Résultats

L'âge médian des patients était de 63 ans et 75 étaient des hommes (83,3 %). Les étiologies principales de la cirrhose étaient : infections virales (43,3 %), consommation excessive d'alcool (41,1 %) et syndrome métabolique (12,2 %). Le score MELD (Model for End-Stage Liver Disease) médian était de 12. La majorité des patients (90 %) a eu un traitement d'attente avant la TH. Le temps d'attente médian sur liste d'attente a été de 5,5 mois. La durée médiane de suivi post TH a été de 48 mois. 24 patients (26,7 %) ont eu une récurrence de CHC post TH, avec un intervalle médian jusqu'à la récurrence de 8,3 mois post TH. La survie sans récurrence à 5 ans a été de 57 % et la survie globale à 5 ans de 66 %. Parmi les 90 patients avec des données disponibles d'imagerie par TEP, 18 patients ont eu des TEP avant et après le traitement d'attente. 93 TEP-FDG et 71 TEP-choline ont été analysées, dont 25,8 % des TEP-FDG et 47,8 % des TEP-choline étaient positives (seulement en

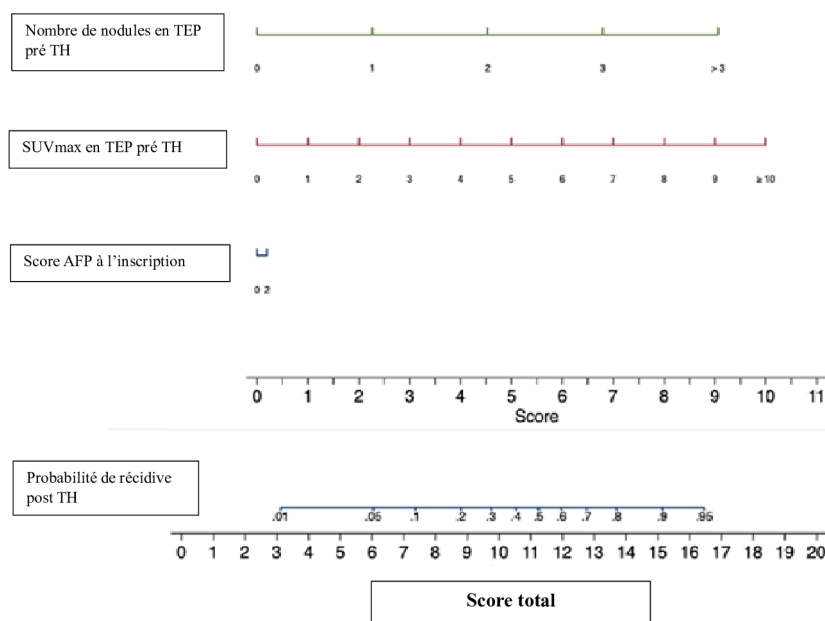
Communications Affichées AFEF 2025

intrahépatique). Chez ces patients, l'addition des résultats des TEP au score AFP était associée à une meilleure survie sans récurrence post TH ($p = 0,021$). L'index de reclassement Net (NRI), basé sur le score AFP et l'imagerie par TEP à l'inscription, était à 0,45 ($p = 0,027$). Nous avons créé un nomogramme pour la prédiction du risque de récurrence du CHC à l'inscription, incluant les données de l'imagerie par TEP.

Conclusion

Dans cette étude, la survie sans récurrence post TH des patients avec CHC est mieux prédite en rajoutant l'imagerie par TEP au score AFP. Nous avons besoin de valider ces données dans des cohortes externes, indépendantes, mais ceci pourrait être en faveur du rôle potentiel de l'imagerie par TEP dans la sélection des meilleurs candidats à la TH pour CHC.

Figure 1. Nomogramme prédictif du risque de récurrence du CHC à l'inscription sur liste d'attente de TH



Nomogramme prédictif du risque de récurrence du CHC à l'inscription sur liste d'attente de TH

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_59

Doit-on ignorer la virémie CMV chez les patients en attente de transplantation hépatique ?

A.F. LUTU* ¹; I. Kounis ²; P. Ichai ²; F. Saliba ²; A. Coilly ²

¹ Paris; ² Villejuif

Introduction

Chez les patients cirrhotiques en attente de transplantation hépatique, la réactivation du cytomégalo virus (CMV) est fréquente, mais son impact clinique reste mal défini. Aucune étude à ce jour ne s'est spécifiquement intéressée à la signification pronostique d'une virémie CMV positive dans cette population. Celle-ci pourrait représenter à la fois un marqueur d'immunodépression et un facteur de sévérité évolutive.

Matériel et Méthodes

Nous avons conduit une étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients cirrhotiques en liste d'attente de transplantation hépatique ayant présenté une PCR CMV positive entre janvier 2013 et mai 2023. Les données cliniques, virologiques et de suivi ont été extraites des dossiers médicaux. Les variables analysées comprenaient l'âge, le score MELD, la charge virale CMV, les manifestations cliniques associées, les traitements antiviraux, le recours à une hospitalisation en soins critiques (USC/Réa), la mortalité à 90 jours et les récives.

Résultats

Un total de 1345 patients inscrits sur la liste de transplantation hépatique entre 2013 et 2023, avec une sérologie CMV initialement positive, a été analysé. Après exclusion des pathologies non cirrhotiques, 678 patients ont été listés ayant comme indication une cirrhose. Trente-sept patients parmi eux présentaient une PCR CMV positive au moment de l'inclusion. La médiane d'âge au moment du prélèvement était de 51,2 ans [41,6–62,7], celle du score MELD de 28 [22–35], et la charge virale médiane de 2,53 log [2,34–3,87]. Une infection asymptomatique ou aux signes peu spécifiques était observée chez 23 patients (62 %), tandis qu'une maladie à CMV cliniquement définie était identifiée dans 14 cas (38 %), sans forme digestive ou pulmonaire sévère selon les critères habituels. Quatre patients (11 %) ont reçu un traitement antiviral (Rovalcyte ou Ganciclovir), sans récive documentée. La mortalité globale à 90 jours était de 43 % (n=16). Le recours aux soins critiques (USC/Réa) concernait 23 patients (62 %). Parmi les patients hospitalisés en USC, 9/23 sont décédés (39 %), contre 7/14 (50 %) chez ceux non hospitalisés. La mortalité selon le traitement antiviral ne montrait pas de différence significative (1/4 décès sous traitement vs 15/33 sans traitement).



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

La virémie CMV est fréquente chez les patients cirrhotiques en attente de transplantation, souvent asymptomatique, mais associée à une mortalité élevée et un recours important aux soins critiques. Elle pourrait refléter un état d'immunodépression avancée, voire en être un marqueur causal. Ces données, issues de la première étude explorant ce sujet, appellent à une validation dans une cohorte prospective, pour guider les indications de traitement antiviral et préciser la valeur pronostique de cette réactivation virale.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_60

Analyse comparative des critères démographiques et cliniques de syndrome LPAC et de la lithiase vésiculaire (LV)

H. Boudena* ¹; D. Nabil ²; A. Tibiche ³

¹ Tizi Ouzou; ² Alger; ³ Tizi-Ouzou

Introduction

La difficulté du diagnostic subsiste entre la lithiase vésiculaire (LV) et le syndrome LPAC. bien que la physiopathologie et la conduite thérapeutique soient différentes, c'est les paramètres démographiques et cliniques, pour l'orientation diagnostique, qui seraient d'un apport important pour discriminer les deux pathologies. L'objectif de notre travail était de déterminer les éléments cliniques de discrimination entre les deux affections.

Matériel et Méthodes

La population d'étude est constituée deux groupes. Un groupe avait présenté la LV et un groupe avait présenté le syndrome LPAC. Les variables analysées étaient : l'âge, le sexe, le BMI, les antécédents de lithiase biliaire familiale au premier degré, les antécédents de cholestase gravidique et de cholécystite aigue lithiasique ainsi que la récurrence des symptômes après cholécystectomie. Les paramètres calculés étaient, la moyenne et les écart types pour les variables quantitatives, les fréquences pour les variables catégorielles. Le test du *khi deux* a été utilisé pour comparer les variables catégorielles et le test de *student* a été utilisé pour la comparaison de moyennes. Le degré de signification fixé était à 0.05. L'analyse des données été effectué sur le logiciel SPSS.

Résultats

Quatre-vingt-huit (88) patients ont été inclus dans l'étude dont 59 patients atteints de syndrome LPAC et 29 patients atteints de LV. L'analyse des facteurs démographiques avait montré un âge moyen de 48.83 ± 16.34 ans pour la LV et de 38.19 ± 11.74 ans pour le syndrome LPAC ($p = 0.001$). La fréquence de sexe féminin était de 79.3 % pour la LV et 71.2% pour le syndrome LPAC ($p=0.29$). Le BMI moyen était de 27.6 ± 5.3 pour la LV et 25.3 ± 4.6 pour le syndrome LPAC ($p=0.091$). Les antécédents familiaux de lithiase biliaire au premier degré étaient de 3.4% pour la LV et de 57.6 % pour le syndrome LPAC ($p < 0.001$). La présence de la cholestase gravidique ; 0 % dans la LV et 15.8% dans le syndrome LPAC ($p=0.041$). La récurrence après cholécystectomie ; 0% dans la LV et 100% dans le syndrome LPAC ($p < 0.001$)



Communications Affichées AFEF 2025

et pour les antécédents de cholécystite, 37.9 % pour la LV et 29.3 % pour le syndrome LPAC ($p=0.28$).

Conclusion

Les résultats suggèrent que l'âge jeune des patients, les antécédents familiaux de lithiase biliaire au premier degré, les antécédents de cholestase gravidique et la récurrence des symptômes après la cholécystectomie étaient plus en faveur de syndrome LPAC que de la lithiase vésiculaire. Ces variables permettront une meilleure orientation diagnostique, devant des signes d'appels de la lithiase biliaire, ainsi qu'une conduite thérapeutique adaptée à chaque pathologie.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_61

Impact du sexe sur l'histoire naturelle de l'hépatite auto-immune

C. Porciani¹; S. Pierre-Antoine¹; D. Wendum¹; E. Ballot¹; O. Chazouillères¹;
C. Corpechot¹; S. Lemoine*¹

¹ Paris

Introduction

L'hépatite auto-immune, comme de nombreuses maladies auto-immunes, affecte plus souvent les femmes. Il n'a pas été rapporté de phénotype clinique spécifique chez les hommes atteints d'hépatite auto-immune. Cette étude avait pour but d'évaluer l'impact du sexe sur la présentation au diagnostic et l'histoire naturelle de l'hépatite auto-immune.

Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude monocentrique retrospective incluant les patients avec hépatite auto-immune suivis dans un centre de référence. Nous avons exclu les patients avec syndrome de chevauchement. Les données suivantes ont été recueillies : caractéristiques cliniques biologiques et histologiques au diagnostic, apparition d'une cirrhose (définie par cirrhose sur l'histologie, élastométrie >14 kPa, décompensation de cirrhose), événements hépatiques (cirrhose décompensée, transplantation hépatique, décès d'origine hépatique, cancer primitif du foie).

Résultats

296 patients avec hépatite auto-immune ont été inclus : 213 femmes (72%) et 83 hommes (28%), âge médian au diagnostic 42 ans, présence d'une cirrhose au diagnostic chez 66 patients (22%), sérologie disponible chez 276 patients (93%). Parmi les caractéristiques au diagnostic, les seules qui étaient significativement différentes entre les hommes et les femmes étaient : la proportion de patients séronégatifs (auto-anticorps négatifs) et la prévalence de cirrhose, toutes deux plus élevées chez les hommes que les femmes (18% vs 11,1% $p < 0,001$; 37,3% vs 16,4% $p < 0,001$), et les ASAT au diagnostic plus élevées chez les hommes (médiane 489 [217-793] vs 350 [94-731] $p = 0,028$). Parmi les patients avec cirrhose au diagnostic, les hommes étaient plus souvent asymptomatiques que les femmes (61,2% vs 42,8% $p < 0,0001$), ce qui n'était pas retrouvé chez les patients sans cirrhose (63,46% vs 67,04% $p = 0,60$). Nous n'avons pas observé de différence significative concernant la prévalence de diabète, dyslipidémie ou consommation excessive d'alcool ni au diagnostic ni à la dernière évaluation. Au cours du suivi (d'une durée médiane de 6,3 ans), les hommes développaient plus souvent une cirrhose que les femmes (28,6% vs 9,3% $p < 0,001$). En analyse multivariée, le sexe masculin était retrouvé comme facteur associé au développement de la cirrhose (HR 2.05, IC95% [1.33-3.15], $p < 0.001$), alors le statut séronégatif ne l'était pas (HR=



Communications Affichées AFEF 2025

1.55, IC95% [0.89-2.68], $p = 0.12$). Le sexe masculin n'était pas associé à un risque augmenté d'évènements hépatiques (HR 0,999, IC95% [0,759-1.314], $p = 0.99$).

Conclusion

Chez les patients atteints d'hépatite auto-immune, les hommes sont plus souvent séronégatifs et au stade de cirrhose au diagnostic. Au cours du suivi, les hommes développent plus souvent une cirrhose que les femmes. D'autres études sont nécessaires pour comprendre les causes des différences observées: hygiène de vie, adhérence au traitement ou efficacité du traitement.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_62

MASLD à IMC normal : un phénotype sévère et sous-estimé

D. Azzouzi* ¹; M. Borahma ¹; F.Z. Chabib ¹; N. Lagdali ¹; F.Z. Ajana ¹; M. Kadiri ¹

¹ Rabat

Introduction

La stéatose hépatique, récemment redéfinie sous le terme MASLD (Metabolic dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease), est la manifestation hépatique du syndrome métabolique. Elle est de plus en plus rapportée chez des sujets maigres, notamment en population non occidentale, mais leur profil métabolique reste mal connu. L'objectif est de décrire leur profil épidémiologique, les facteurs associés et les données évolutives.

Patients et Méthodes

Étude rétrospective descriptive monocentrique incluant les patients avec une stéatose hépatique et un IMC normal, suivis en hépato-gastroentérologie. Le diagnostic repose sur l'échographie abdomino-pelvienne, histologique et élastographique a été réalisée selon les cas.

Résultats

Parmi 162 patients suivis pour stéatose hépatique, 56,2 % (n=91) avaient un IMC normal ou bas (69,2 % normaux, 30,8 % maigres), avec un âge moyen de 40,6 ans et un sex-ratio H/F de 2,3. La stéatose était secondaire dans 74,7 % des cas.

Les principales comorbidités étaient le diabète de type 2 (47,3 %) et l'HTA (27,5 %). Aucun patient ne présentait de syndrome métabolique. Cliniquement, 60 % étaient symptomatiques (asthénie, perte de poids). Le foie était normal à l'examen dans 88,7 % des cas.

Les tests hépatiques étaient normaux dans 45 %, et perturbés dans 55 % (cytolyse isolée, cholestase ou mixte). L'échographie montrait une stéatose dans 100 %, une hépatomégalie dans 2,2 % et un nodule dans 1,1 %. Une biopsie (n=32) a montré une stéatohépatite dans 18 cas, dont 33,4 % de grade 3. La fibrose était ≤F1 dans 93,8 %. Le Fibroscan (n=12) montrait une fibrose F1–F2 et une stéatose S1–S3.

Les maladies associées comprenaient une maladie cœliaque dans 40,6 % et une maladie inflammatoire chronique de l'intestin dans 34 % (dont 28 Crohn). Sous régime sans gluten, 75 % des anomalies biologiques se corrigeaient, avec une amélioration histologique documentée chez deux patients.



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

La stéatose métabolique chez les patients à IMC normal représente plus de la moitié des cas dans notre série. Elle peut s'accompagner de formes histologiques sévères et est fréquemment associée à des maladies auto-immunes. Ce phénotype distinct, non lié au syndrome métabolique classique, demeure sous-estimé et nécessite une prise en charge ciblée. Ces données soulignent l'importance d'un dépistage actif et d'une approche personnalisée même en l'absence d'obésité.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_63

Relations entre valeur de l'élastométrie splénique au diagnostic de carcinome hépatocellulaire et survenue d'évènements de santé

J. Esnault* ¹; V. Rolle ¹

¹ Poitiers

Introduction

Carcinome hépatocellulaire (CHC) et hypertension portale (HTP) sont deux des principales complications de la cirrhose et présentent des liens physiopathologiques étroits. Leur prise en charge doit être conjointe. L'évaluation non invasive de l'HTP est cruciale mais difficile chez les patients présentant un CHC, les marqueurs habituels – notamment l'élastométrie hépatique (EMH) – n'étant pas validés dans cette population et leur interprétabilité étant moins fiable.

L'élastométrie splénique (EMS) est une technique récente. De nombreuses recherches confirment ses performances pour l'évaluation de l'HTP et la prédiction du risque hémorragique sur VO. Cette technique n'est quasiment pas étudiée chez les patients présentant un CHC.

Matériel et Méthodes

L'objectif principal de cette étude était d'étudier les liens entre la valeur de l'EMS au diagnostic de CHC sur fibrose évoluée et la survenue d'évènements liés à l'HTP : HDH, décompensation, décès. Un des objectifs secondaires étaient d'évaluer la corrélation entre la valeur de l'EMS et la présence de VO.

Résultats

L'inclusion prospective monocentrique de décembre 2022 à octobre 2024 a permis de constituer une cohorte de 77 patients, dont 52 ont été suivis sur une période d'un an. 30 patients présentaient une EMS élevée (≥ 40 kPa), 22 une EMS basse.

L'EMS élevée était significativement associée à la survenue d'une HDH dans l'année (6 évènements contre 0, $p = 0,033$). L'EMS élevée était significativement associée en analyse univariée à la survenue d'une décompensation (RR à 1 an = 3,18), et à la survenue d'une HDH et/ou d'une décompensation (RR à 1 an = 3,42). En analyse multivariée on observait une tendance non significative pour la survenue d'une HDH et/ou décompensation ($p = 0,058$). Cependant, la somme des valeurs de l'EMS et de l'EMH était significativement associée en analyse multivariée à la survenue d'une HDH et/ou décompensation ($p = 0,021$). Une EMH < 40 kPa associée à une numération plaquettaire > 110 G/L était prédictive de l'absence de varice œsophagienne, avec une sensibilité de 0,93 et une VPN de 0,85.



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

Dans cette étude une valeur élevée de l'EMS était prédictive de complications de l'HTP dans l'année suivant le diagnostic de CHC, notamment prédictive d'HDH. Les mesures d'EMH semblaient moins fiables chez les patients présentant une importante masse ou infiltration tumorale hépatique.

En conclusion, une EMS élevée au diagnostic de CHC est prédictive du risque hémorragique à court terme (1 an). L'EMS dans la prise en charge du CHC doit prendre une place plus importante, associée à l'EMH. Des études de plus grande ampleur sont à réaliser afin de confirmer ces résultats.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_64

Prévalence et valeur pronostique des auto-anticorps au cours de l'hépatite auto-immune

C. Porciani¹; S. Pierre-Antoine¹; A. Poujol-Robert¹; D. Wendum¹; E. Ballot¹;
O. Chazouillères¹; C. Corpechot¹; S. Lemoine*¹

¹ Paris

Introduction

L'hépatite auto-immune a été historiquement classifiée en type 1, type 2 ou séronégative selon le profil sérologique, mais la présence d'auto-anticorps atypiques, associés ou non à la présence d'une autre maladie, dépasse cette classification. Le but de notre étude était de décrire la prévalence des auto-anticorps typiques et atypiques chez les patients atteints d'hépatite auto-immune et d'évaluer leur valeur pronostique.

Matériel et Méthodes

Cette étude monocentrique rétrospective a inclus les patients avec hépatite auto-immune suivis dans un centre de référence. Nous avons exclu les patients avec syndrome de chevauchement. Les données suivantes ont été recueillies : caractéristiques cliniques biologiques et histologiques au diagnostic, apparition d'une cirrhose (définie par cirrhose sur l'histologie, élastométrie >14 kPa, décompensation de cirrhose), événements hépatiques (cirrhose décompensée, transplantation hépatique, décès d'origine hépatique, cancer du foie), dernier résultat d'élastométrie.

Résultats

296 patients avec hépatite auto-immune ont été inclus : 213 femmes (72%), âge médian au diagnostic de 42 ans, cirrhose au diagnostic chez 66 patients (21%), sérologie disponible chez 275 patients (93%). 189 patients (68,7%) avaient des anticorps anti-nucléaires positifs (+), 134 (48,7%) des anti-muscle lisse +, 11 (4%) des anti LKM1 +, 5 (1,8%) des anti LC1 +, 20 des anti SLA + (7,3%). 40 patients (14,5%) n'avaient aucun de ces anticorps et étaient considérés comme séronégatifs. 35 patients (12,7%) avaient des anti-DNA +, dont 5 patients avec un lupus. 18 patients (6,5%) avaient des anti SSA-Ro52+, et 10 (3,6%) des SSA-Ro60 +. 33 patients (12%) avaient des anti-ANCA + dont 7 (18%) avec une MICI. En analyse de régression logistique, le fait d'être séronégatif n'était pas associé au risque de développer une cirrhose (HR= 1.55, IC95% [0.89-2.68], p =0.12), le seul auto-anticorps prédicteur de la valeur de la dernière élastométrie était l'anti-ADN (p=0,035). Les patients avec anti-ADN + avaient une tendance à une élévation des IgG plus importante au diagnostic (26,8 vs 20,6 g/l, p=0,08) et une élastométrie plus élevée à la dernière évaluation (6,7 kPa vs 5,9 kPa, p=0,043). Sur un suivi médian de 6,3 ans, le faible nombre d'événements hépatiques, n'a pas permis une analyse de régression sur la survie sans événements.



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

La présence ou l'absence des anticorps typiques (14,5%) ne semblent pas impacter sur le pronostic de l'hépatite auto-immune. Les anti-ADN, présents chez une minorité de patients (12,72%) pourraient avoir une valeur pronostique.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_65

Rapport urée/créatinine comme prédicteur simple d'hémorragie digestive haute chez les patients cirrhotiques présentant un méléna

K. Gharbi* ¹; R. Akka ¹

¹ Marrakech

Introduction

Chez les patients cirrhotiques, le méléna constitue un motif fréquent d'admission aux urgences. L'identification rapide d'une hémorragie digestive haute (HDH) est cruciale pour guider la prise en charge endoscopique. Le rapport urée/créatinine (U/C) a été proposé comme outil simple pour orienter le diagnostic, mais son utilité spécifique dans la population cirrhotique reste peu étudiée.

Objectif : Évaluer la performance du rapport U/C comme prédicteur d'hémorragie digestive haute chez les patients cirrhotiques admis pour méléna.

Patients et Méthodes

Étude rétrospective monocentrique menée entre janvier 2022 et décembre 2024. Ont été inclus les patients adultes cirrhotiques hospitalisés pour méléna, ayant bénéficié d'une endoscopie digestive haute dans les 48 heures suivant l'admission. Les données cliniques, biologiques (urée, créatinine) et endoscopiques ont été recueillies. Le rapport U/C a été calculé, et sa capacité à prédire une HDH confirmée endoscopiquement a été évaluée par une analyse ROC.

Résultats

Au total, 100 patients ont été inclus, dont 80% avaient une HDH confirmée. Le rapport U/C médian était significativement plus élevé chez les patients avec HDH ($p < 0,01$). L'analyse ROC a montré une AUC de 1, avec un seuil optimal à 50 (sensibilité 90%, spécificité 95%). Après ajustement multivarié, le rapport U/C restait un facteur prédictif indépendant d'HDH (OR = 1 ; IC95% ; $p < 0,05$).

Conclusion

Le rapport urée/créatinine apparaît comme un marqueur simple et fiable pour prédire une hémorragie digestive haute chez les patients cirrhotiques présentant un méléna. Son utilisation pourrait permettre une meilleure priorisation des endoscopies en contexte d'urgence.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_66

Score FIB-4 comme indicateur de gravité hépatique chez les patients admis aux urgences pour décompensation cirrhotique : étude observationnelle

K. Gharbi* ¹; R. Akka ¹

¹ Marrakech

Introduction

Le score FIB-4, basé sur des données biologiques simples, est un outil validé pour estimer la fibrose hépatique. Son utilité au-delà du dépistage, notamment dans le triage clinique des patients cirrhotiques décompensés en contexte aigu, reste peu étudiée.

Objectif :

Évaluer la capacité du score FIB-4 à prédire les complications et la mortalité hospitalière chez les patients cirrhotiques admis aux urgences pour décompensation aiguë.

Patients et Méthodes

Étude rétrospective observationnelle, menée au sein du service des urgences d'un hôpital tertiaire entre 2022 et 2024. Critères d'inclusion :

- Adultes (>18 ans)
- Cirrhose documentée (clinique, biologique, imagerie ou histologique)
- Admission pour décompensation (ascite, hémorragie digestive, encéphalopathie, infection)

Le score FIB-4 a été calculé à l'admission (formule : $\text{âge} \times \text{ASAT} / [\text{plaquettes} \times \sqrt{\text{ALAT}}]$). Critères de jugement :

Une analyse ROC et une régression logistique ont été réalisées pour évaluer la performance prédictive du FIB-4.

Résultats

180 patients inclus, âge moyen 55 ans, 67% hommes. Le score FIB-4 était significativement plus élevé chez les patients décédés ($p < 0,01$). L'AUC du FIB-4 pour prédire la mortalité était de 0,97 (95% CI). Un seuil ≥ 9 était associé à une augmentation significative du risque de décès (OR = 2,3; $p < 0,05$).



Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

Le score FIB-4, facilement calculable à l'admission, pourrait être un outil simple d'aide au triage initial des patients cirrhotiques décompensés aux urgences. Des études prospectives sont nécessaires pour valider son intégration dans les protocoles décisionnels.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_67

Impact du délai d'endoscopie sur le pronostic des hémorragies digestives variqueuses chez les patients cirrhotiques : étude multicentrique rétrospective

K. Gharbi* ¹; R. Akka ¹

¹ Marrakech

Introduction

L'hémorragie digestive variqueuse est une complication grave de la cirrhose, nécessitant une prise en charge rapide. Les recommandations actuelles préconisent une endoscopie dans un délai optimal (≤ 12 heures). Cependant, l'impact réel de ce délai sur le pronostic reste controversé.

Patients et Méthodes

Étude multicentrique rétrospective menée entre 2022 et 2024. Inclusion :

- Patients adultes avec cirrhose documentée
- Présentation clinique d'hématémèse et/ou méléna
- Confirmation endoscopique d'hémorragie variqueuse (oesophagienne ou fundique)

Données collectées :

- Délai entre l'admission et l'endoscopie (en heures)
- Traitement reçu (ligature, cyanoacrylate, médicaments vasoactifs)

Analyse multivariée pour ajuster les facteurs confondants (score Child, MELD, état hémodynamique initial).

Résultats

160 patients inclus (âge moyen : 53ans ; sexe-ratio : H/F = 1.8). 80% ont eu une endoscopie < 12 h ; 20% ≥ 12 h. La mortalité à J6 était significativement plus élevée dans le groupe ≥ 12 h (48% vs 30% ; $p < 0,01$). Le délai > 12 h était un facteur indépendant de mauvais pronostic (OR = 2 ; IC95% ; $p < 0,05$).

Conclusion

Un délai endoscopique supérieur à 12 heures est associé à une augmentation significative de la mortalité et de la récurrence hémorragique chez les patients cirrhotiques. Ces résultats soulignent l'importance d'une organisation hospitalière permettant une endoscopie rapide dans les hémorragies variqueuses.



Communications Affichées AFEF 2025

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_68

Efficacité et tolérance de l'odévisibat chez les patients âgés de 10 ans ou plus atteints du syndrome d'Alagille : résultats de l'étude d'extension de phase III ASSERT-EXT en ouvert sur 72 semaines

S. Sissaoui* ¹; N. Ovchinsky ²; M. Cananzi ³; R. Fischer ⁴; F. Lacaille ¹; W.L. Van Der Woerd ⁵; A. Wehrman ⁶; J. Zhu ⁷; P. Nagraj ⁷; A. Ramirez Santiago ⁷; F. Elaraki ⁸; E. Sturm ⁹

¹ Paris; ² New York; ³ Padova; ⁴ KANSAS; ⁵ Utrecht; ⁶ Boston; ⁷ Cambridge; ⁸ Boulogne-Billancourt; ⁹ Tubingue

Introduction

Les données robustes et à long terme des études contrôlées randomisées de phase III ASSERT (NCT04674761) et ASSERT-EXT (NCT05035030) démontrent l'efficacité et la tolérance de l'odévisibat (ODX) chez les patients atteints du syndrome d'Alagille, traités pendant ≤ 96 semaines [1,2]. L'ODX est approuvé aux États-Unis et en Europe pour le traitement du prurit cholestatique chez les patients atteints du syndrome d'Alagille dès 12 mois et 6 mois, respectivement. Cette analyse se concentre sur les patients ≥ 10 ans afin de caractériser les bénéfices cliniques à long terme de l'ODX dans cette population.

Matériel et Méthodes

Dans ASSERT, les patients ont reçu de l'ODX ou un placebo pendant 24 semaines ; ceux ayant terminé étaient éligibles à ASSERT-EXT (72 semaines). Tous ont reçu l'ODX à 120 $\mu\text{g/kg/jour}$ (≤ 96 semaines pour le bras ODX). Cette analyse inclut les patients ≥ 10 à < 18 ans. Les critères d'évaluation comprenaient le score moyen de grattage, les taux sériques d'acides biliaires, la proportion de patients avec amélioration du prurit, les paramètres du sommeil et la croissance jusqu'à la semaine 72. La tolérance a été évaluée tout au long de l'étude.

Résultats

Dix patients ≥ 10 ans ont reçu ODX (PBO/ODX n=4 ; ODX/ODX n=6) ; âge médian : 12,2 ans (10,9–15,5 ans). Six ont terminé ≤ 96 semaines (durée médiane : 74 semaines [16–129]). Deux ont retiré leur consentement avant la semaine 72, un a arrêté pour élévation de la bilirubine, et un a eu une transplantation hépatique après 110 jours sous ODX.

Les scores moyens de prurit (ET) étaient de 2,1 (0,8) à l'inclusion (n=10) et 0,4 (0,6) aux semaines 69–72 (n=4). Trois patients ont présenté une réduction d'au moins 1 point. Les taux moyens d'ABs (ET) étaient de 211,6 (113,4) $\mu\text{mol/L}$ à l'inclusion (n=10) et 76,8 (50,5) $\mu\text{mol/L}$ à 72 semaines (n=6).



Communications Affichées AFEF 2025

L'ODX était associé à une amélioration du sommeil : difficulté à s'endormir ($-1,6$ [$1,5$]), difficulté à rester endormi ($-1,2$ [$1,2$]), fatigue diurne ($-0,9$ [$1,6$]). Taille et poids ont augmenté (score z taille : $+0,07$ [$0,2$] ; poids : $-0,03$ [$0,4$]).

La majorité des événements indésirables étaient légers/modérés ; les plus fréquents étaient : carence en vitamine D ($n=4$), grippe ($n=3$). Trois patients ont eu des troubles gastro-intestinaux probablement liés à l'ODX, trois ont eu des augmentations des transaminases, trois ont présenté des événements graves, tous jugés non liés à l'ODX. Deux patients ont eu des épisodes de diarrhée (dont un cas lié à ODX), sans événements graves ni interruption de traitement.

Conclusion

L'ODX a été bien toléré et a montré des améliorations significatives du prurit, des réductions des ABs et une amélioration des paramètres de sommeil chez les ≥ 10 ans atteints du syndrome d'Alagille. Bien que l'échantillon soit limité, ces résultats suggèrent un profil d'efficacité et de sécurité cohérent avec les résultats précédemment rapportés.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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

Références

2. Ovchinsky N. AASLD 2024

1. Ovchinsky N. Lancet Gastroenterol Hepatol 2024;9:632–645



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_69

Pertinence Clinique des Clusters MASLD et Association avec les Lésions de MASH et de Fibrose Sévère chez les Patients Diabétiques de Type 2 de la Cohorte Quid-NASH

L. Castera* ¹; T. Vidal-Trecan ²; P. Manchon ²; A. Vallet-pichard ²; S. Czernichow ²;
D. Roulot ¹; V. PARADIS ¹; C. Postic ²; J.B. Julla ²; E. Larger ²; H. Fontaine ²; B. Van Beers ¹;
T. Poynard ²; P. Bedossa ¹; D. Valla ¹; S. Pol ²; C. Laouénan ²; F. Pattou ³; J.F. Gautier ²

¹ Clichy; ² Paris; ³ Lille

Introduction

Il existe très grande hétérogénéité clinique au cours de l'évolution de la MASLD. Récemment, 2 clusters de MASLD ont été identifiés : l'un avec un pronostic hépatique (H), l'autre avec un pronostic cardio-métabolique (CM) (Raverdy et al., Nat Med, 2024 / PMID: 39653777). Malgré un phénotype hépatique initial commun, ces clusters se différencient par leurs profils biologiques et leur histoire naturelle. Il n'existe pas de données chez les patients diabétiques de type 2, qui ont pourtant un risque élevé de développer une cirrhose métabolique et ses complications. Le but de cette étude était d'explorer la distribution de ces deux clusters et leur association avec les lésions de MASH et de fibrose sévère (F3F4) dans une population de patients diabétiques de type 2, inclus dans la cohorte prospective multicentrique Quid-NASH (NCT03634098).

Matériel et Méthodes

L'analyse des clusters a été réalisée en utilisant la méthode du partitionnement en k-médoïdes basée sur 6 variables cliniques (âge, IMC, HbA1C, ALAT, LDL-cholestérol et triglycérides) chez 415 patients diabétiques de type 2 avec une MASLD (ALAT >20/30 UI/L chez les femmes et les hommes, respectivement) suivis en diabétologie. Les biopsies hépatiques ont été relues de façon centralisée par un seul anatomopathologiste expert (PB).

Résultats

Les clusters ont été identifiés chez 383 patients (âge médian 60 ans; hommes 51%; IMC 32 kg/m²; HbA1c 7.4%; ALAT 48 IU/L; LDL 0,8 g/l; triglycérides 1,66 g/l; 55 % MASH 55%; F3F4 36%). La figure 1A décrit les 3 clusters identifiés. La répartition des patients était la suivante : 31 % dans le 1er cluster (contrôle), 64 % dans le 2ème cluster (CM), caractérisé par des taux d'HbA1c et de triglycérides plus élevés (vs 11 % dans l'étude originale) et 5 % dans le 3ème cluster (H) caractérisé par des taux d'ALAT plus élevé et un âge plus jeune (vs 7% dans l'étude originale). Malgré les différences entre ces clusters, la prévalence de MASH était significativement plus élevée dans les clusters CM et H que dans le cluster contrôle (respectivement 66.7% et 65.3% vs. 30.8%; p<00.1); de même, la prévalence de fibrose sévère était significativement plus élevée dans le cluster CM (41,2 %) par

Communications Affichées AFEF 2025

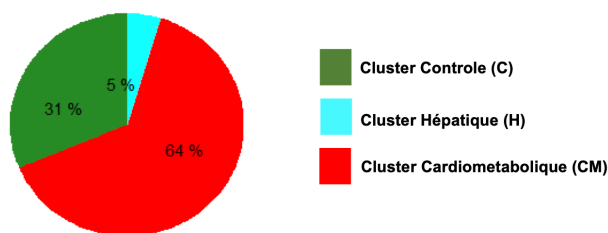
rapport au cluster contrôle (41.2% vs. 26.7% ; $p = 0.02$) (figure 1B). Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'étude originale.

Conclusion

Dans cette cohorte homogène de patients diabétiques de type 2 avec une MASLD histologiquement prouvée, le cluster cardio-métabolique concerne deux tiers des patients, alors que le cluster hépatique est minoritaire. Ces deux clusters sont associés à une prévalence élevée de MASH et de fibrose sévère. Ces résultats soulignent l'importance de la stratification des patients diabétiques dans les futurs essais cliniques des traitements de la MASH.

Figure 1

A.



B.

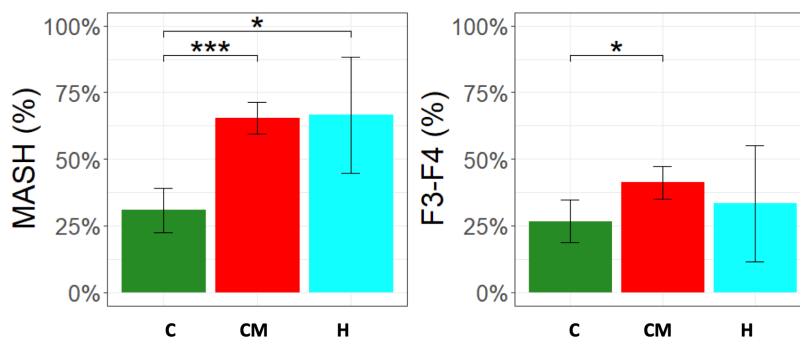


Figure 1. A. Distribution des clusters dans la cohorte Quid-NASH (n=383). B. Prévalence de la MASH et de F3F4 selon les clusters.

Déclaration de conflit d'intérêt :

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



Communications Affichées AFEF 2025

Résumé n° EP_70

Déterminants du parcours de soins jusqu'à la transplantation hépatique chez les patients admis en réanimation ou aux urgences pour une décompensation aiguë de cirrhose

M. Delhomme* ¹; L. Moulis ¹; F. Khemissa ²; A. Prost ³; M. Ramdani ⁴; S. Ferroudji ⁵;
M. Meszaros ¹; S. Faure ¹; L. Meunier ¹; H. Donnadiou ¹; G.P. Pageaux ¹; J. Ursic Bedoya ¹

¹ Montpellier; ² Perpignan; ³ Nîmes; ⁴ Béziers; ⁵ Narbonne

Introduction

La cirrhose décompensée est une maladie grave dont la transplantation hépatique (TH) est la seule option curative. En France, si l'allocation des greffons est rigoureusement encadrée une fois les patients inscrits sur liste d'attente, les étapes en amont sont moins bien définies. L'objectif de cette étude était d'évaluer la proportion de patients admis aux urgences ou en réanimation pour cirrhose décompensée ayant franchi les différentes étapes du parcours vers la greffe, et d'identifier les facteurs associés à un défaut d'aiguillage.

Matériel et Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective multicentrique dans cinq hôpitaux : un CHU avec programme de TH, un CHU sans programme de TH et 3 hôpitaux généraux. Les patients ont été identifiés via le codage PMSI sur une période de deux ans. Les données sociodémographiques et clinico-biologiques ont été recueillies. Les critères de jugement principaux étaient : l'orientation vers une équipe de TH, l'inscription sur liste d'attente de TH et la réalisation d'une transplantation.

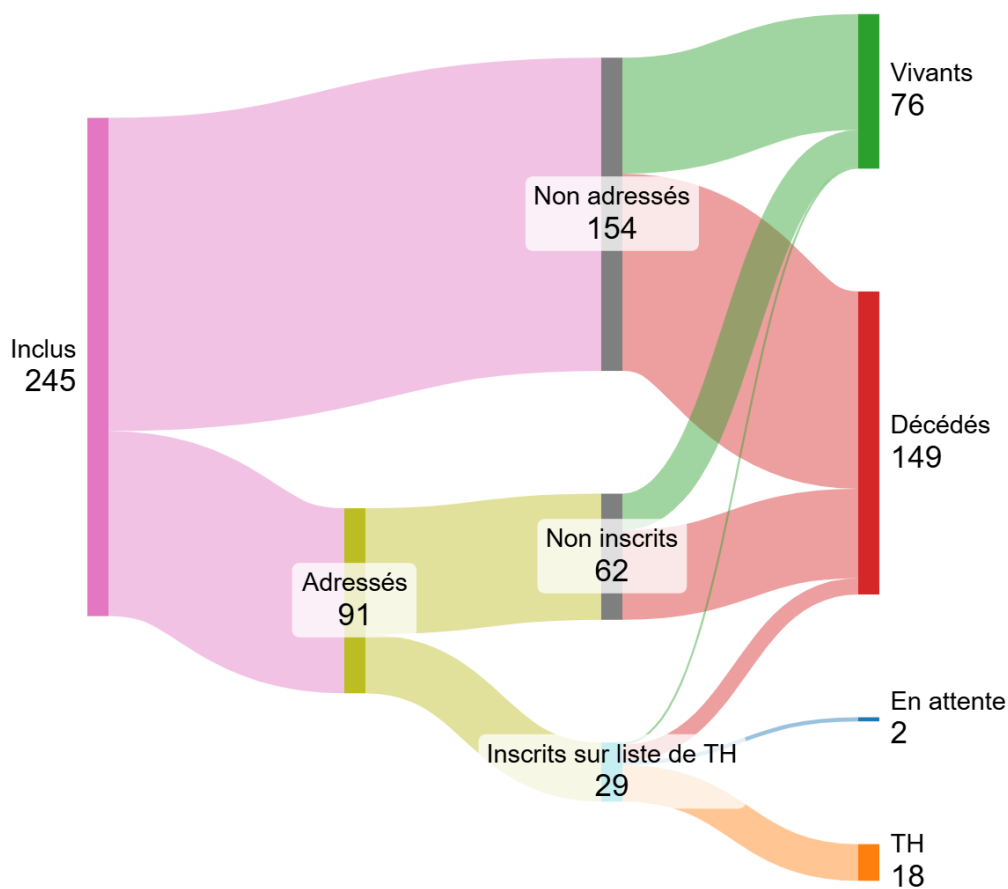
Résultats

589 dossiers ont été évalués parmi lesquels 245 patients ont été inclus. L'âge médian à l'inclusion était de 58.7 ans, et le suivi médian de 23 mois. La population était majoritairement masculine (75.9 %) et atteinte de cirrhose liée à l'alcool (88.4 %). Un syndrome d'ACLF était présent chez 32 % des patients (11.5 % grade 1, 9.8 % grade 2, 10.7 % grade 3). Concernant les critères de jugement principaux, 91 patients (37.1 %) ont été adressés à un centre de transplantation, 29 (11.8 %) ont été inscrits sur liste, et 18 (7.3 %) ont été greffés. Parmi les 154 patients non adressés, 97 (63 %) sont décédés (délai médian jusqu'au décès de 8,1 mois). Il n'y avait pas de motif retrouvé au défaut d'adressage dans 42% des cas, alors que l'absence de sevrage en alcool était mentionnée dans 16.2% des cas. L'hospitalisation initiale en dehors du centre de TH était significativement associée au défaut d'adressage alors que le score de MELD était associé à l'adressage (+10% pour chaque point de MELD supplémentaire).

Communications Affichées AFEF 2025

Conclusion

Bien que la TH constitue le seul traitement curatif, moins d'un patient sur trois hospitalisé pour une décompensation de cirrhose est orienté vers un centre de TH. Ces résultats révèlent d'importantes pertes de chances en amont de l'inscription sur liste d'attente. L'analyse détaillée des facteurs liés à un défaut d'aiguillage sera présentée. Il apparaît nécessaire de mieux standardiser le repérage des candidats potentiels à la TH pour en garantir un accès équitable.



Trajectoire des patients admis pour cirrhose décompensée jusqu'à la transplantation hépatique

Déclaration de conflit d'intérêt :

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