

# POST-DDW 2025

# HÉPATOLOGIE

Julian Hercun, MD

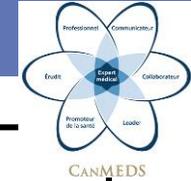
1er juin 2025



# Conflits d'intérêts

- Conférencier: Advanz, Abbvie, GSK, Gilead, Lupin
- Participation à des comités consultatifs: Advanz, Ipsen, Gilead

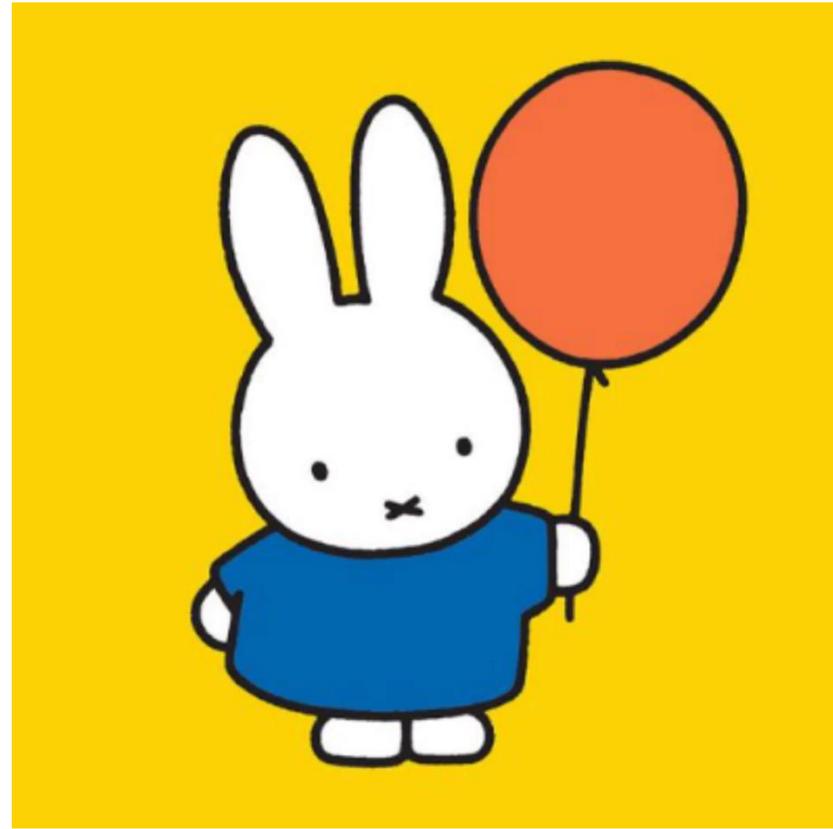
## Compétences CanMEDS



X	<b>Expert médical</b> (En tant qu'experts médicaux, les médecins assument tous les rôles CanMEDS et s'appuient sur leur savoir médical, leurs compétences cliniques et leurs attitudes professionnelles pour dispenser des soins de grande qualité et sécuritaires centrés sur les besoins du patient. Pivot du référentiel CanMEDS, le rôle d'expert médical définit le champ de pratique clinique des médecins .)
X	<b>Communicateur</b> (En tant que communicateurs, les médecins développent des relations professionnelles avec le patient et ses proches ce qui permet l'échange d'informations essentielles à la prestation de soins de qualité.)
X	<b>Collaborateur</b> (En tant que collaborateurs, les médecins travaillent efficacement avec d'autres professionnels de la santé pour prodiguer des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins du patient.)
X	<b>Leader</b> (En tant que leaders, les médecins veillent à assurer l'excellence des soins, à titre de cliniciens, d'administrateurs, d'érudits ou d'enseignants et contribuent ainsi, avec d'autres intervenants, à l'évolution d'un système de santé de grande qualité.)
X	<b>Promoteur de santé</b> (En tant que promoteurs de la santé, les médecins mettent à profit leur expertise et leur influence en oeuvrant avec des collectivités ou des populations de patients en vue d'améliorer la santé. Ils collaborent avec ceux qu'ils servent afin d'établir et de comprendre leurs besoins, d'être si nécessaire leur porte-parole, et de soutenir l'allocation des ressources permettant de procéder à un changement.)
X	<b>Érudit</b> (En tant qu'érudits, les médecins font preuve d'un engagement constant envers l'excellence dans la pratique médicale par un processus de formation continue, en enseignant à des tiers, en évaluant les données probantes et en contribuant à l'avancement de la science.)
X	<b>Professionnel</b> (En tant que professionnels, les médecins ont le devoir de promouvoir et de protéger la santé et le bien-être d'autrui, tant sur le plan individuel que collectif. Ils doivent exercer leur profession selon les normes médicales actuelles, en respectant les codes de conduite quant aux comportements qui sont exigés d'eux, tout en étant responsables envers la profession et la société. De plus, les médecins contribuent à l'autoréglementation de la profession et voient au maintien de leur santé.)

# AASLD

# EASL



# AU PROGRAMME

- Hépatites virales
- Cirrhose et hypertension portale
- Alcool et stéatohépatite métabolique
- Maladies autoimmunes et cholestatiques

# HÉPATITES VIRALES

---

# OBJECTIF ÉRADICATION HBV ET HCV 2030

## QUÉBEC

STATUT: PAS SUR LA BONNE VOIE POUR LE VHC,  
INCONNU POUR LE VHB



### Testing

- Pas de test réflexe ARN VHC
- Pas de dépistage prénatal VHC
- Pas de dépistage universel pour le VHB chez tous les adultes
- Pas de test réflexe pour le VHD

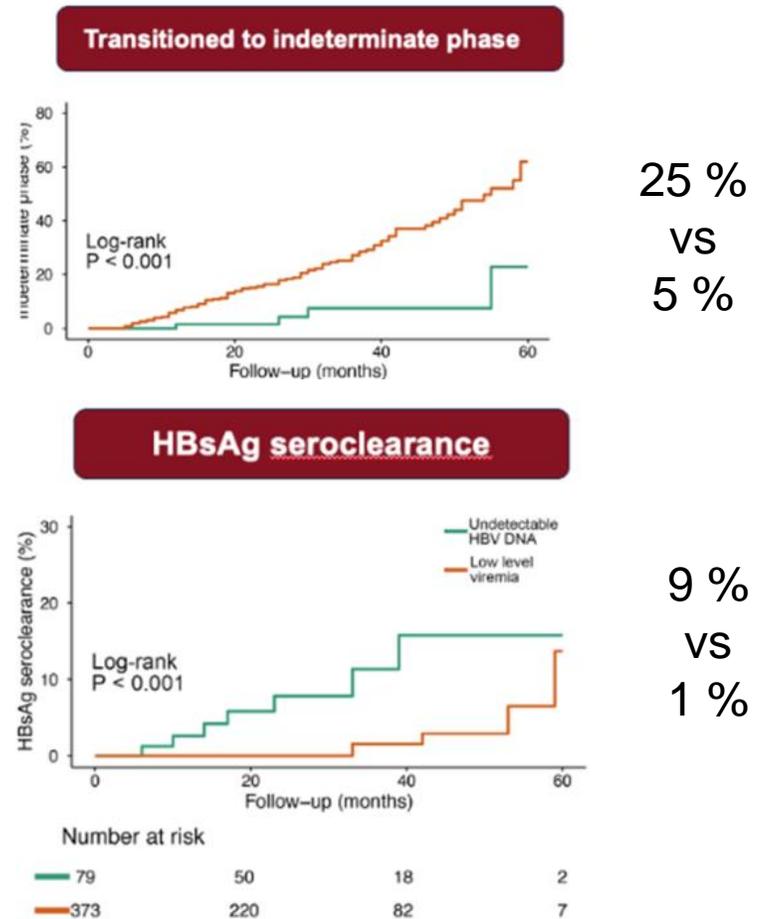


### Testing-to-Treatment Link

- Traitement VHC même jour quasi-possible ( pas de test délocalisé POC )
- Antiviraux pour VHB au formulaire

# CLINICAL OUTCOMES OF INACTIVE HEPATITIS B SURFACE ANTIGEN CARRIERS WITH UNDETECTABLE HBV DNA LEVELS AND LOW-LEVEL VIREMIA

- Comparaison entre porteurs inactifs avec charge virale VHB indétectable (< 20 IU/mL) ou faible (20-2000 IU/mL)
- 452 pts suivi médian 2 ans
  - Progression fibrose
    - Indétectable: 1% > F2
    - Virémie faible: 1% F4
  - Pas de CHC

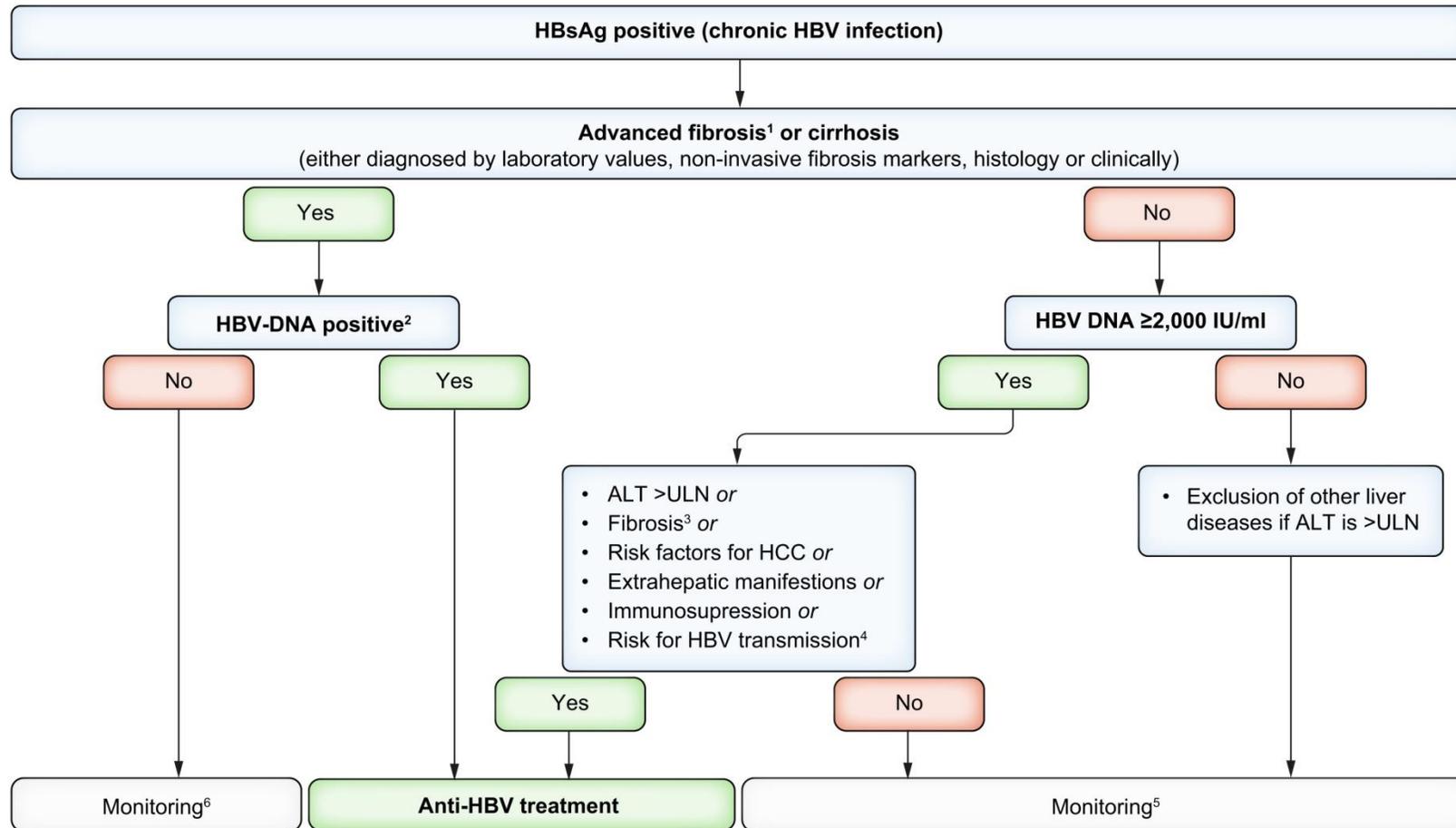


# LIGNES DE PRATIQUE EN VHB

- ACEF/CASL = attendues pour 2025
- EASL = Mai 2025

- In principle, all HBsAg-positive individuals with detectable HBV DNA are candidates for antiviral therapy. The indication for treatment is primarily based on HBV DNA and ALT levels, fibrosis stage and risk of liver disease progression and HCC (**strong consensus**).

# LIGNES DE PRATIQUE EN VHB

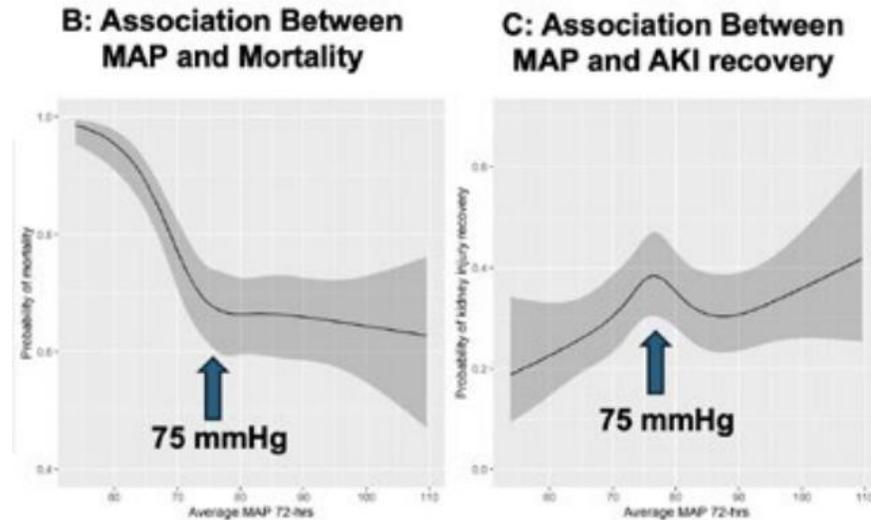


# CIRRHOSE ET HYPERTENSION PORTALE

---

# OPTIMAL MEAN ARTERIAL PRESSURE TARGETS IN THE MANAGEMENT OF CRITICALLY ILL PATIENTS WITH DECOMPENSATED CIRRHOSIS AND SEPTIC SHOCK

- Évaluation cibles TAM, survie 1 mois et résolution IRA
- 1729 patients avec cirrhose et choc septique
- 20 centres USA
- 54% mortalité à 1 mois
- Antibiothérapie et réanimation volémique  
OR = 0.54

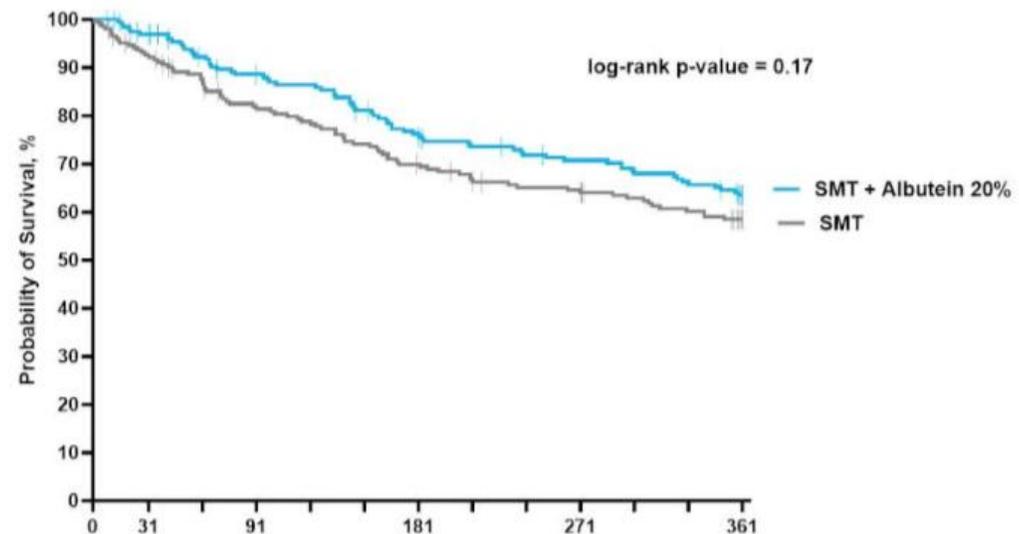


Multivariée:  
Bénéfices à partir de 65 mmHg

# EFFICACY AND SAFETY OF LONG-TERM ALBUMIN THERAPY IN CIRRHOTIC PATIENTS WITH ACUTE DECOMPENSATION AND ASCITES: PRECIOSA TRIAL

- Étude multicentrique de confirmation
- SMT vs Alb IV (1.5 g/kg)  
q10j x 12 mois

- Issue primaire: Survie sans greffe à 1 an
  - HR 0.80 (p=0.17)

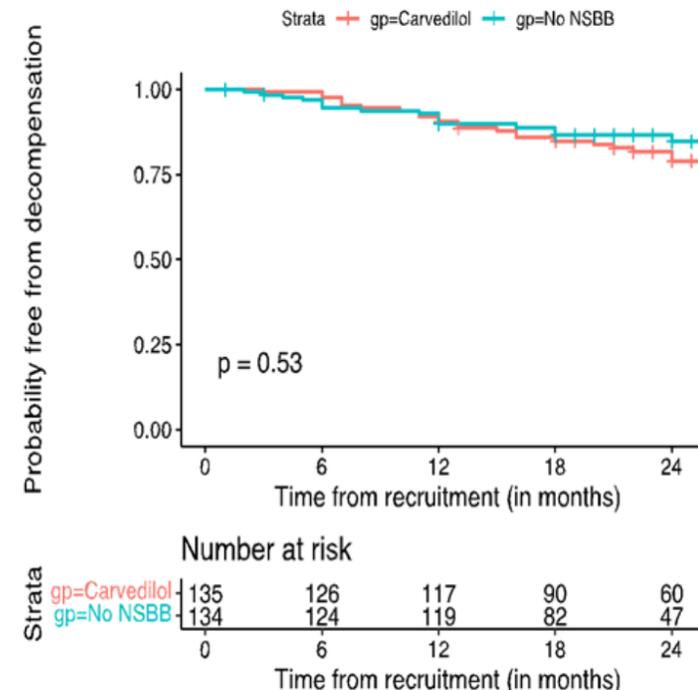


- Moins de PBS et SHR et tendance amélioration mortalité

# CARVEDILOL DOES NOT PREVENT DECOMP. IN PATIENTS WITH COMP. CIRRHOSIS WITHOUT HIGH-RISK VARICES WITH CSPH DEFINED BY NON-INVASIVE TESTS

- Confirmer l'efficacité du Carvedilol selon Baveno VII
- RCT 2 centres Inde
  - > 15 kPa et petites VO
  - > 20 kPa et petites/pas de VO
- **CSPH Baveno VII > 25 kPa**
- 269 Patients
  - Médiane MELD 8, 26 kPa
  - 73% VO petites

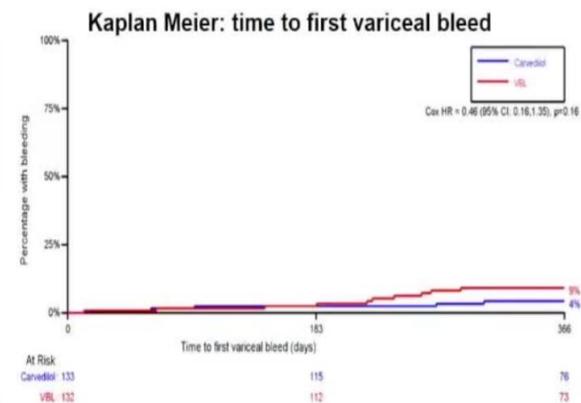
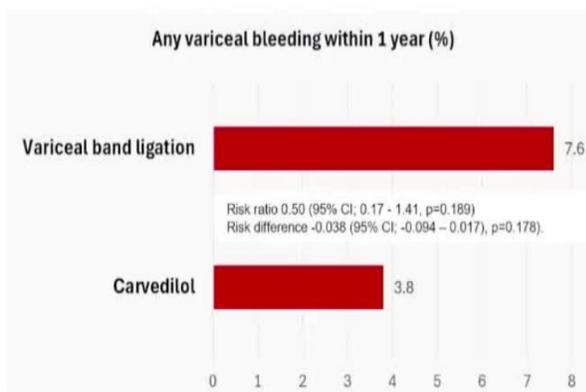
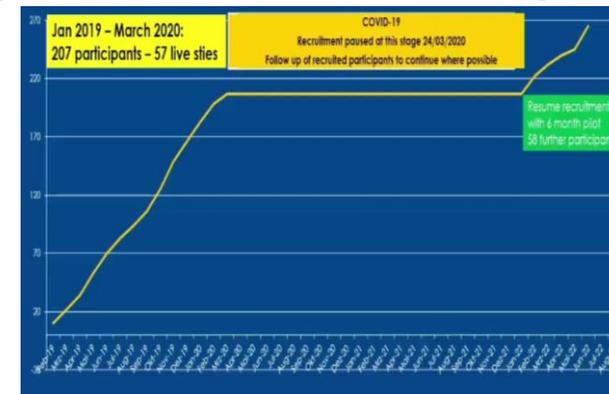
Décompensation toute cause à 1 an



Ascite (13-11%) > RVO (3-1%)

# MULTICENTRE RANDOMISED CONTROLLED TRIAL OF CARVEDILOL VERSUS VARICEAL BAND LIGATION IN PRIMARY PREVENTION OF VARICEAL BLEEDING IN LIVER CIRRHOSIS (CALIBRE TRIAL)

- Carvedilol 12.5 die vs LVO
  - Prophylaxie primaire pour VO haut risque
- 60 centres R-U
- Issue primaire: HDH



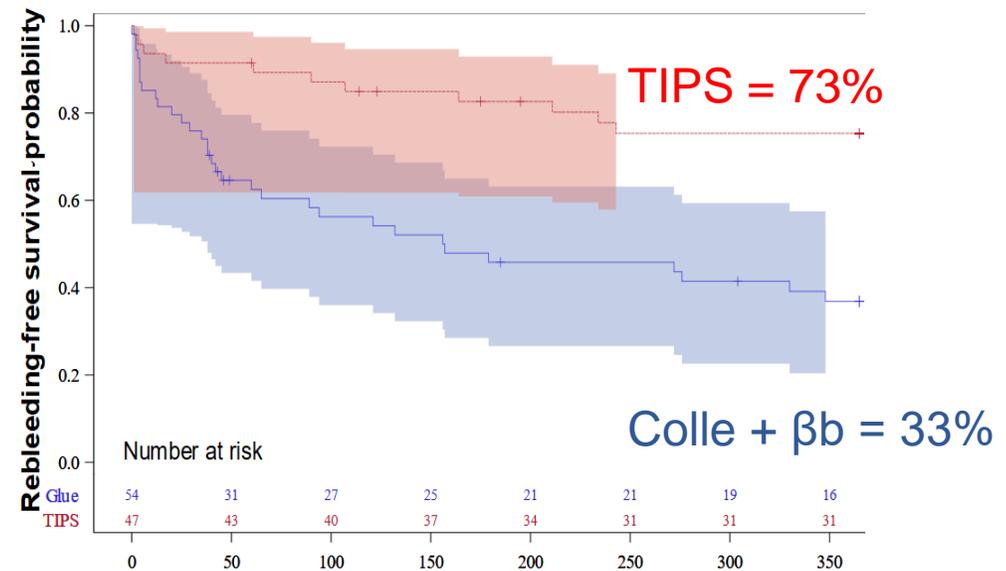
75% avec ascite  
27% statines  
↓ ROH (39% → 62%)

Analyse coût en faveur Carvedilol

# PREEMPTIVE TIPS: THE NEW STANDARD FOR GASTRIC VARICEAL BLEEDING IN PATIENTS WITH CIRRHOSIS? RESULTS OF A LARGE MULTICENTER RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

- RCT multicentrique
  - 20 centres France
- RVG + colle initialement
  - Colle +  $\beta$ b n = 54
  - pTIPS n = 47
- 90% OH 84% CPT B/C
  
- GOV2 > IGV1
- LVO 17%
- Complication colle 20%
  - Saignement – embolisation

Survie sans resaignement à 1 an



Survie à 1 an idem (85 vs 80%)  
\*\*31% rescue TIPS\*\*

# ALCOOL ET STÉATOHÉPATITE MÉTABOLIQUE

---

# HIGH PREVALENCE OF UNDIAGNOSED LIVER FIBROSIS IN THE ADULT EUROPEAN POPULATION DRIVEN BY METABOLIC RISK FACTORS AND ALCOHOL CONSUMPTION



- 30 541 patients, 9 pays
- Issue primaire: LSM > 8 kPa
  - Âge moyen 58 ans, **40% surpoids/ 26% obésité**
  - DLP 53%, HTA 35%, Db2 10%, **OH > 14-21 sem 18%**

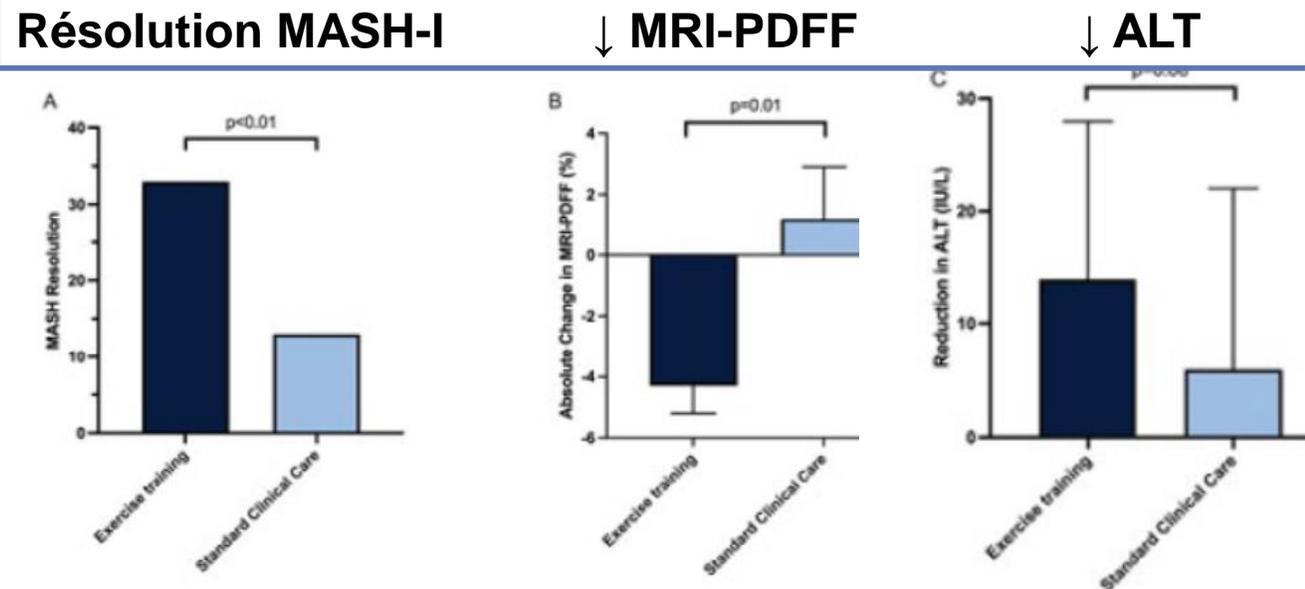
↑ selon #  
facteurs  
risque

LSM ≥ 8kPa	4.6%
LSM ≥ 10 kPa	2.5%
CAP ≥ 275 dB/m	32%
LSM ≥ 8 kPa avec stéatose	8.8%

- Obésité (OR 3.8), Db2 (OR 3.0), OH à risque (OR 2.5)
- Confirmation ≥ F2 chez 31%

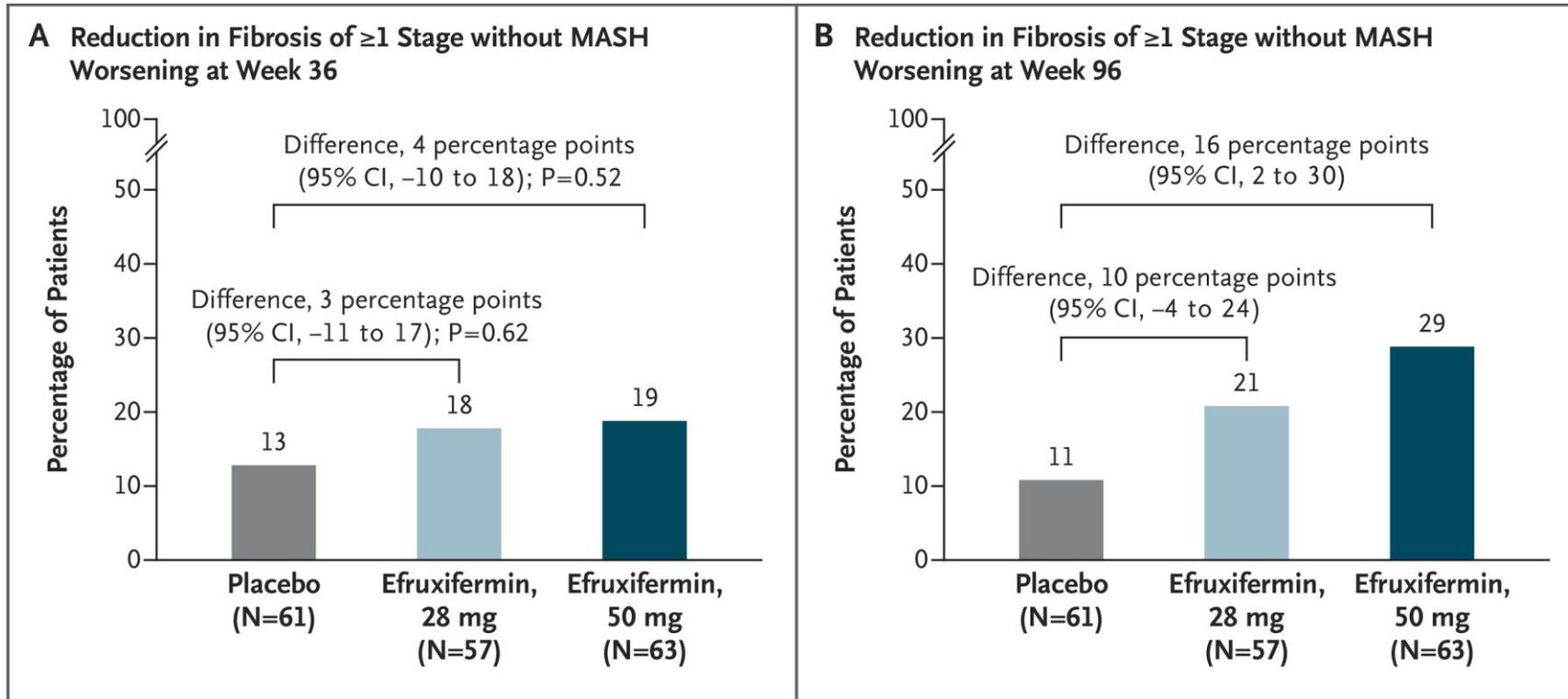
# AEROBIC EXERCISE TRAINING LEADS TO MASH RESOLUTION AS DEFINED BY THE MASH RESOLUTION INDEX WITHOUT BODY WEIGHT LOSS

- 28 patients – étude NASHFit avec perte de poids < 5%
  - IMC 34, 39% Db, 56% F0-F1
- 150 min/sem exercise intensité modérée vs suivi usuel



# EFRUXIFERMIN IMPROVES FIBROSIS IN COMPENSATED MASH CIRRHOSIS (SYMMETRY)

RCT Phase 2b, Analogue FGF21 – sc hebdomadaire  
IMC 36, Db 80%



Effets secondaires GI: diarrhées, nausées, augmentation appétit

# CORTICOSTEROIDS ARE INEFFECTIVE IN INDIVIDUALS WITH SEVERE ALCOHOL-ASSOCIATED HEPATITIS AND EARLY SPONTANEOUS IMPROVEMENT

- Corticos vs Placebo 28j
- RCT 10 centres Belgique
- 69 patients inclus
  - HAA a la Biopsie
  - Maddrey  $\geq$  32
  - $\downarrow$  **Bili** > 10 % en 5-10 j
- Fin prématurée: recrutement lent

	Corticos	Placebo
$\downarrow$ Bili	31%	27%
Lille J7	0.18	0.18
Survie 3m	83%	82%
Survie 1m	95%	94%
<b>Infection</b>	<b>48%</b>	<b>36%</b>

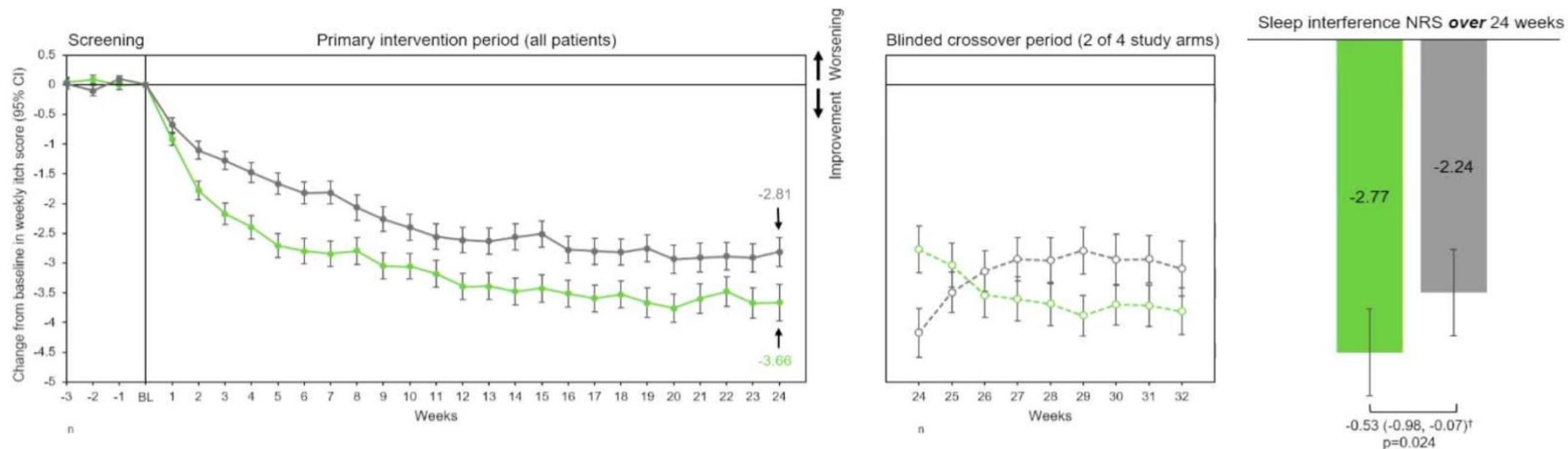
Attendre 5 jours avant de débuter corticos?

# MALADIES AUTOIMMUNES ET CHOLESTATIQUES

---

# LINERIXIBAT SIGNIFICANTLY IMPROVES CHOLESTATIC PRURITUS IN PBC: RESULTS OF THE PIVOTAL PHASE 3 GLISTEN TRIAL

Linerixibat 40 mg po bid vs Placebo x 24 semaines + Crossover  
Échelle prurit WI-NRS (0 à 10)

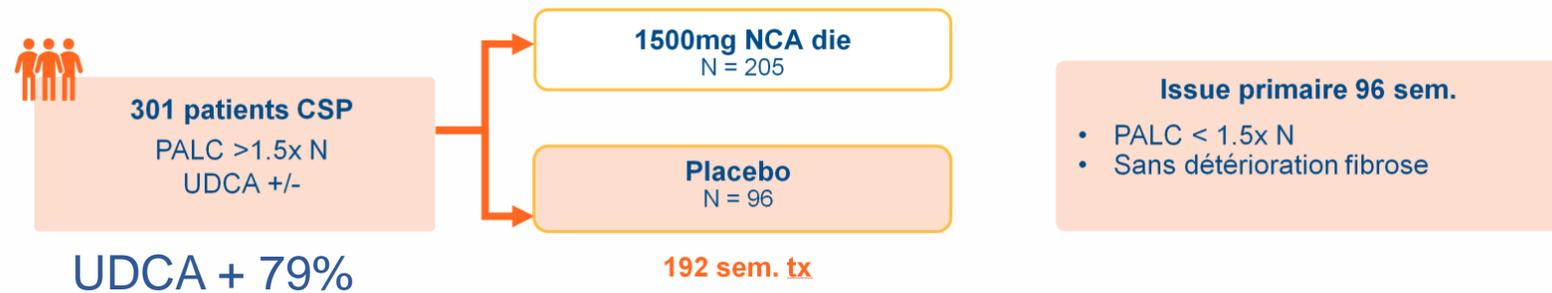


Autre tx prurit: 44% IBAT - 50% PBO

AE: Diarrhée 59% → 4% arrêt tx

# NORUCHOLIC ACID FOR THE TREATMENT OF PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS: 96-WEEK ANALYSIS OF A PIVOTAL PHASE 3 TRIAL

- Acide biliaire semi-synthétique avec shunting choléhépatique

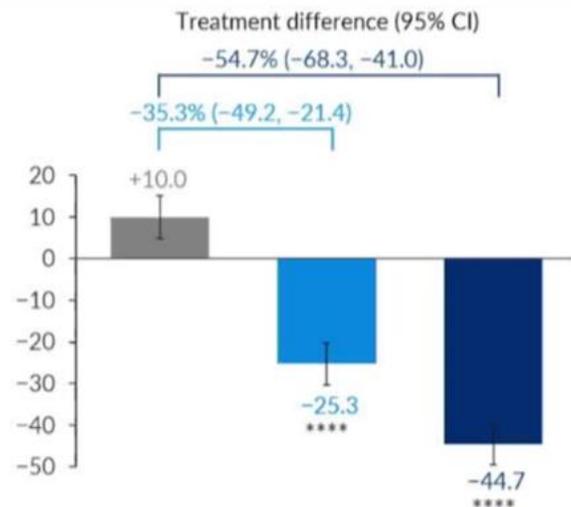


	NCA	Placebo	
Issue primaire	15.1%	4.2%	P = 0.0048
Patients sans UDCA	23.4%	0%	P = 0.0267
Amélioration fibrose	25.2%	10.5%	P = 0.0217
Détérioration fibrose	20.3%	40.4%	P = 0.0069

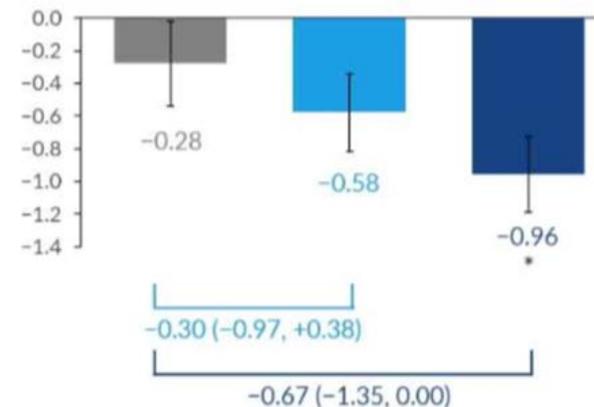
# ELAFIBRANOR FOR PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS: THE ELMWOOD PHASE II RCT

- Agoniste PPAR alpha/delta
  - 12 semaines PBO: ELA 80 : ELA 120 (n=68)
  - CSP avec PALC > 1.5 x N (UDCA +/-)
  - Issue primaire: sécurité → AE comme en CBP

## Δ relatif PALC



## Δ relatif WI-NRS



# EN CONCLUSION

- Simplification des critères de traitement HBV
- Carvedilol  $\beta$ -bloqueur de choix...peut être pas pour tous
- Approche thérapeutique idem en metALD pour l'instant!
- Finalement de l'espoir en CSP?

MERCI!  
Questions?

