

**SAMEDI 17 MAI 2025**

**21<sup>EME</sup> JOURNEE DE GASTRO-ENTEROLOGIE DE L'HOPITAL COCHIN**

APHP. Centre Université Paris Cité

**Lieu : Institut National des Jeunes Aveugles**

56 Bd des Invalides, 75007 Paris

Métro Duroc

# Risque de CHC après guérison de l'hépatopathie?

Vincent Mallet

Service des Maladies du Foie, Hôpital Cochin

[Vincent.mallet@aphp.fr](mailto:Vincent.mallet@aphp.fr)

# *EASL position paper on clinical follow-up after HCV cure*

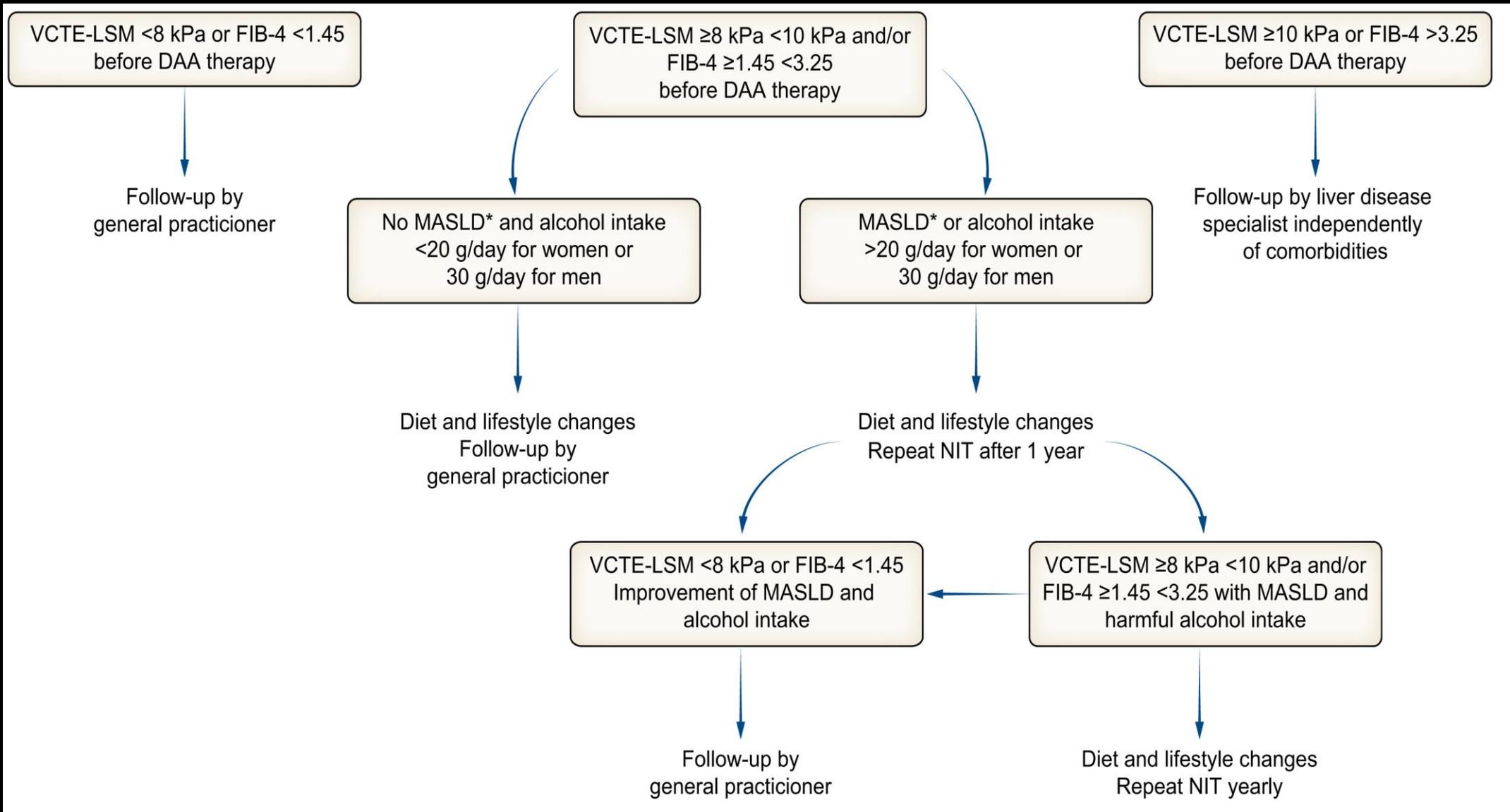
*Thomas Reiberger, Sabela Lens, Giuseppe Cabibbo, Pierre Nahon, Anna  
Linda Zignego, Katja Deterding, Ahmed M. Elsharkawy, Xavier Forns*

*Journal of Hepatology*

Volume 81 Issue 2 Pages 326-344 (August 2024)

DOI: 10.1016/j.jhep.2024.04.007





---

**RECOMMANDER**  
LES BONNES PRATIQUES

---

**RECOMMANDATION**

## Recommandations de prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite C

---

Validé par le Collège le 11 janvier 2024

Mis à jour en janvier 2024

### 22.2. Suivi après le traitement en cas de RVS

Il est recommandé de rechercher l'ARN du VHC 12 à 24 semaines après la fin du traitement pour pouvoir affirmer la RVS12 ou RVS24. (Grade A)

Il est recommandé d'arrêter le suivi des patients n'ayant pas de fibrose ou ayant une fibrose modérée (F0-F2), ayant une RVS et n'ayant pas de comorbidité(s) hépatique(s) (mésusage de l'alcool, syndrome métabolique, coinfection par le VHB) car ils sont considérés comme définitivement guéris. (Grade A)

Il est recommandé de poursuivre un suivi spécialisé en cas de comorbidité(s) hépatique(s) (mésusage de l'alcool, syndrome métabolique, coinfection par le VHB, ...). (Grade A)

Il est recommandé de poursuivre un suivi de façon indéfinie des patients ayant une fibrose avancée (F3) ou une cirrhose (F4) et une RVS. Il est recommandé d'organiser un dépistage semestriel du CHC par échographie ± AFP car le risque de CHC, même réduit, persiste. Il est recommandé de dépister les varices œsophagiennes/gastriques selon les recommandations sur l'hypertension portale de Baveno VII. (Grade A)

Il est recommandé d'expliquer les risques de réinfections, notamment chez les patients UDIV et les HSH, en cas d'exposition persistante au risque de contagé. Il est recommandé de prodiguer des conseils pour modifier les conduites à risque. (Grade B)

Il est recommandé de dépister les réinfections dans les populations à risque si possible une fois tous les 6 mois ou au moins 1 fois par an et de les traiter. (Grade A)

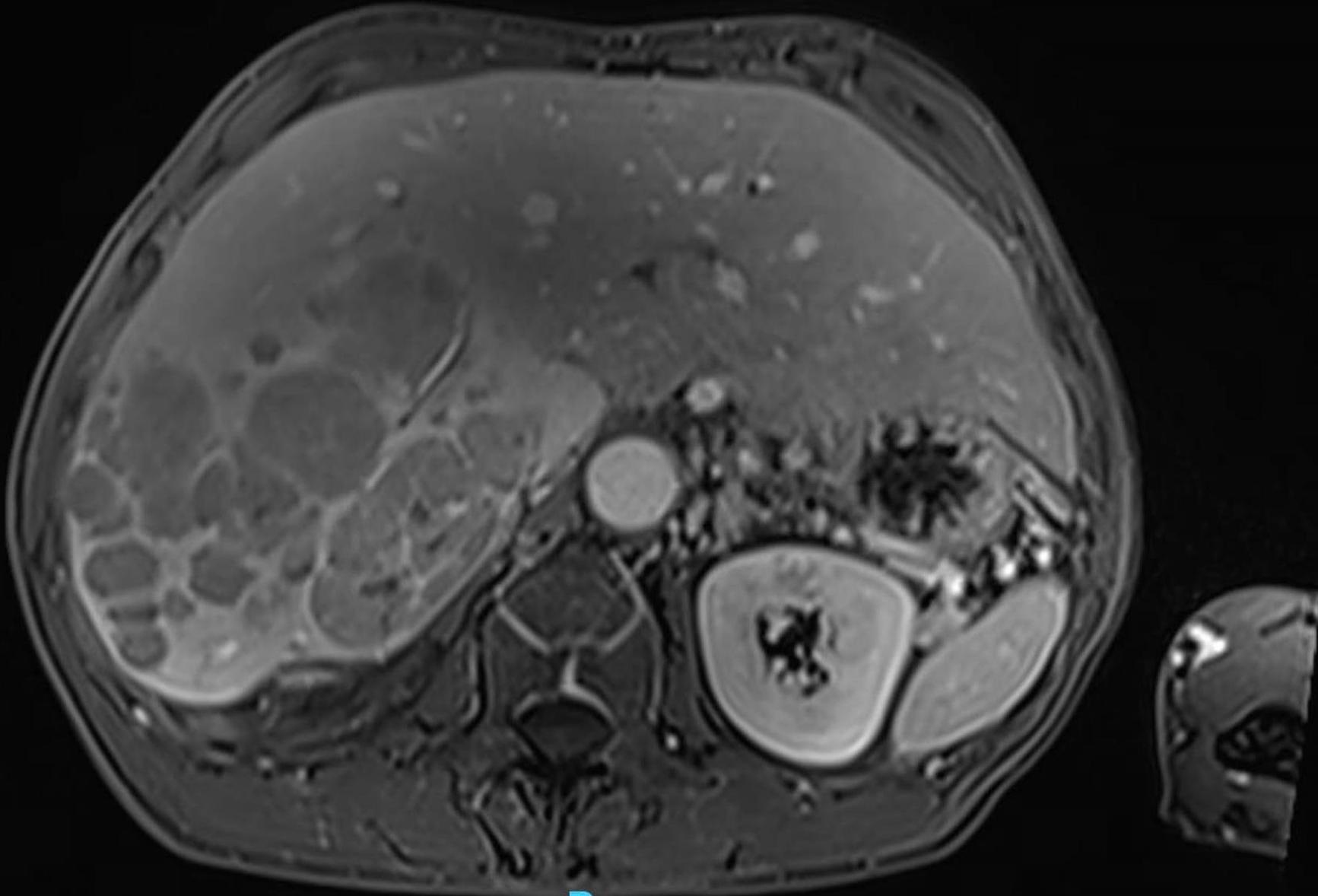
# Homme de 63 ans – Gêne de l'hypochondre droit

- Hépatite C (transfusions en 1980 et en 1987), Hépatite B guérie
- PBH en 10/1998 : A2F2
- PBH en 06/2009 : A1F2
- Guérison en 2015 après traitement par antiviraux directs
- Arrêt du suivi spécialisé en décembre 2018

Dossier du patient (12)

M  
A  
Desc. de l'examen : Abdomen Foie  
Descr. Série : T1 3min Dixon Vibe\_W  
17 - 46  
Avec perte (1:23)

R



P

Dossier du patient



Examen prélevé le : 06/03/2024

Examen reçu le : 06/03/2024

---

NIP : 8007657803

NDA :

Réf ext :

---

### PONCTION BIOPSIE HEPATIQUE

*Renseignements cliniques : suivi depuis 1994 d'une hépatite C post-transfusionnelle avec guérison virologique en 2015. Découverte d'une masse hépatique intéressant les segments V-VI-VII avec nécrose centrale de 13 x 7 cm.*

La ponction effectuée en foie non tumoral (1) mesure 2 cm. Elle renferme des espaces portes élargis par une fibrose discrètement extensive avec de rares septa porto-portes (F1/F2). De rares cellules inflammatoires sont présentes au sein des espaces portes avec des canaux biliaires sensiblement normaux. Dans les lobules, il n'existe de foyers nécrotico-inflammatoires ni de stéatose significative. Absence de surcharge ferrique.

La biopsie effectuée en foie tumoral, partiellement congelée (2 et 3), mesure moins de 1 cm. Elle renferme un carcinome hépatocellulaire trabéculaire, moyennement différencié composé d'hépatocytes éosinophiles, non stéatosiques, agencés parfois en structures acinaires renfermant un matériel cholestatique. L'étude immunohistochimique montre une positivité faible pour le glypican, une surexpression pour la glutamine synthétase et une négativité de PDL1. Présence de quelques noyaux positifs pour la beta-caténine..

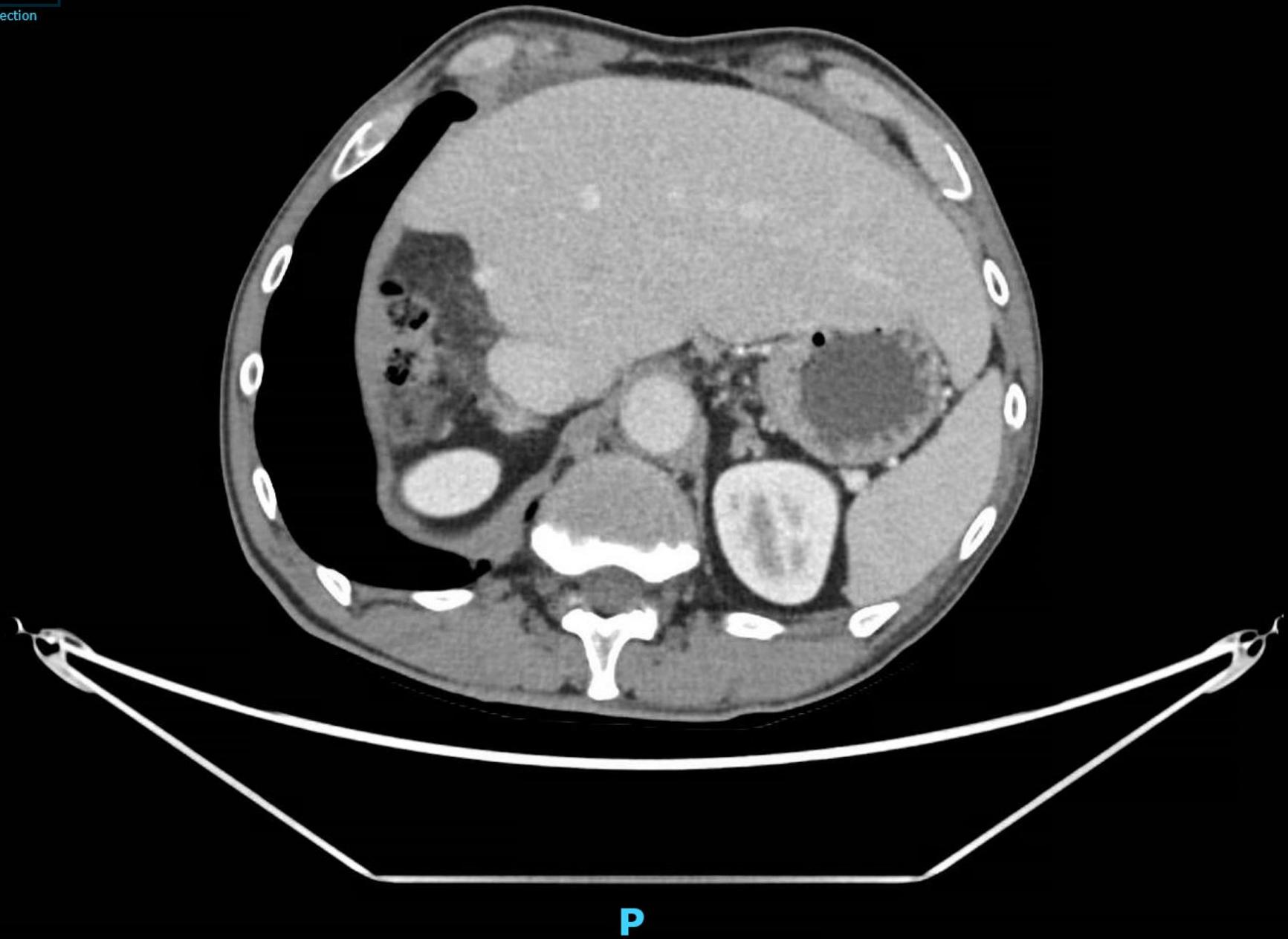
### CONCLUSION :

Carcinome hépatocellulaire moyennement différencié développé sur une fibrose portale peu extensive non active.

Dossier du patient (12)

Desc. de l'examen : Scanner TAP avec injection  
Descr. Série : PORTAL TF-H  
307 - 246  
Avec perte (1:20)

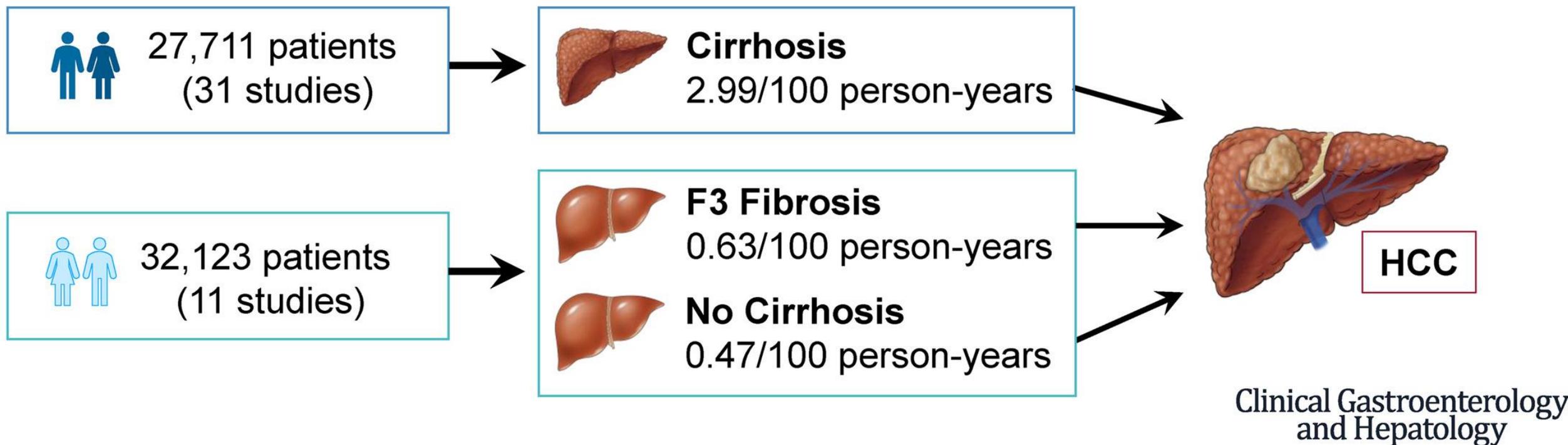
» R

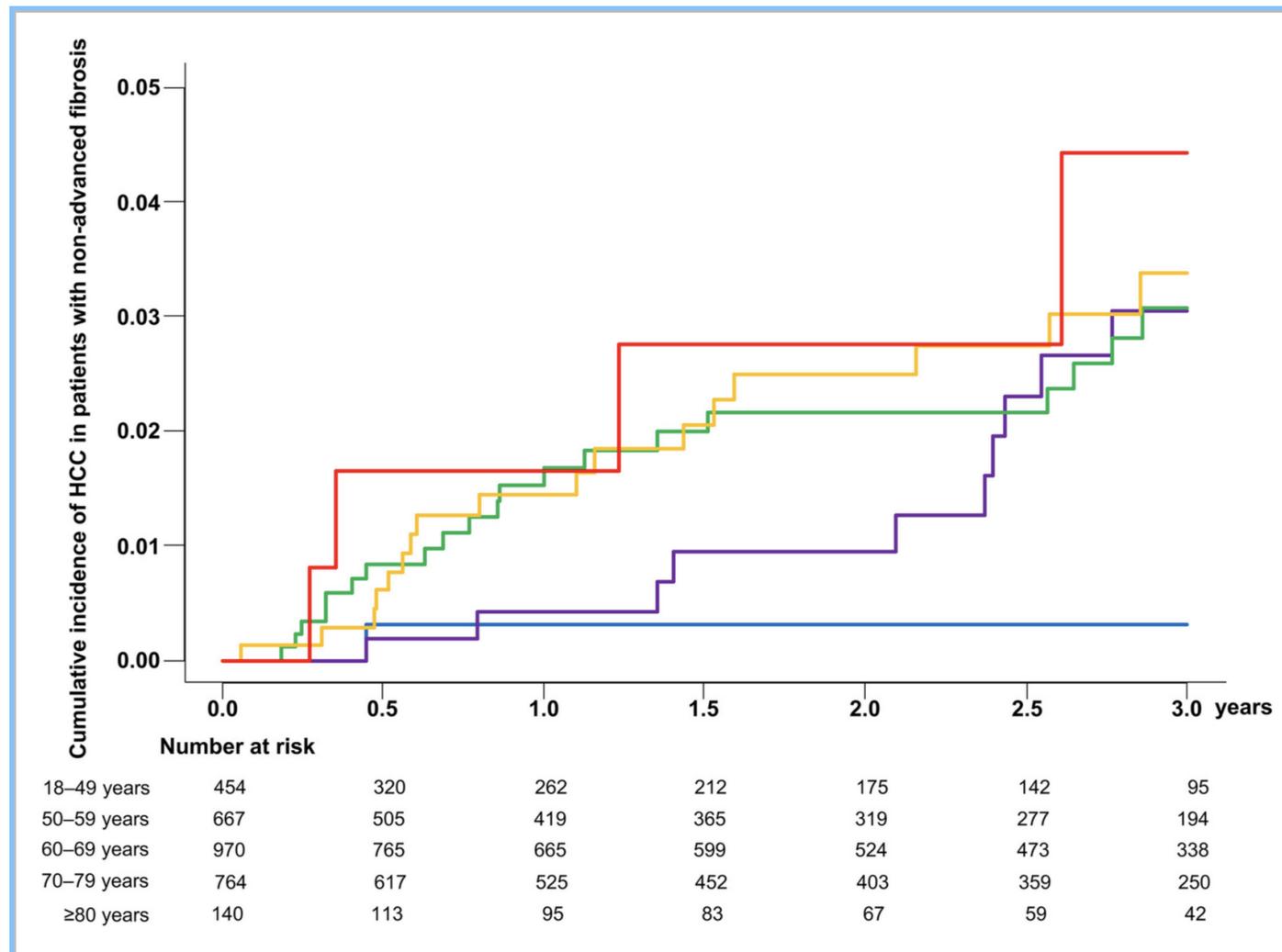


P



# Fibrosis-stage Specific Incidence of Hepatocellular Cancer after Hepatitis C Cure with Direct-Acting Antivirals: A Systematic Review & Meta-Analysis





**Figure 2**

[Open in figure viewer](#)

[PowerPoint](#)

Cumulative incidence of hepatocellular carcinoma (HCC) in patients with non-advanced fibrosis stratified by age. HCC incidence stratified by age (over 10 years) in patients with non-advanced fibrosis is shown. —, 18–49 years; —, 50–59 years; —, 60–69 years; —, 70–79 years; —, ≥80 years.

# Conclusions

- Le risque résiduel de CHC post-AAD reste incertain, notamment chez les patients âgés
- Les durées de suivi des études sont courtes
- Elles ne reflètent pas les trajectoires de la vraie vie
- En 2025, je ne me conforme plus aux recommandations d'arrêt du suivi après guérison virale