

2 0 1 6  
9<sup>th</sup> PARIS  
HEPATITIS  
CONFERENCE

11<sup>th</sup> & 12<sup>th</sup> January 2016  
PARIS - Palais des Congrès

# Cas Clinique-Analogues



Nabil DEBZI  
Service Hépatologie  
CHU Mustapha  
Alger

# Conflits d'intérêt

- Speaker : Roche , BMS , MSD , Abbvie

- Patiente âgée de 34 ans , mariée , sans profession , mère de 3 enfants :  
14 ans , 10 ans , 5 ans
- HTA bien équilibrée sous exforge<sup>®</sup>  
( Amlodipine et Valsartan)
  - Mars 2015 : ABRT 6 semaines –  
curetage
  - Pas d'hépatopathie familiale
  - Tabac (-) , OH ( -)

# Admise le 27.10.15 en USC

- Hépatite fulminante

- Ictérique (remonte à une semaine)
- Encéphalopathie Hépatique: stade 3
- hépatomégalie – FH 12 cm bord inférieur ferme
- Pas de splénomégalie
- pas de CVC

- Mise en condition

SNG

SG 10%

TA 11/8 , pouls 76/’ , T° 37 , SA 95% .

Les gaz du sang : sans anomalies

# Examens complémentaires

- Biologie

EFH : BT 178mg/l ( BC 82) , PAL 320 UI ( N < 125) GGT 113 (N < 60)

ALAT : 1540 (N < 40) 38.5 N ASAT: 1193 : 30 N

TP 14% - INR 4.5 , V 32 %

Albuminémie : 31 ( N > 35) Gammaglob24 ( N 7-13 )

Créatinémie 5 mg/l , Na + 135 meq K+ 4.2 meq

NFS : pas d'anémie, pas d'hypersplénisme

- Echo-doppler ( fait deux jours avant son admission) :

Foie dysmorphique , à surface régulière , pas d'ascite , pas d'HTP , quelques ganglions du pédicule . La rate est de volume habituel

Les VSH et la VCI sont libres

# Enquête étiologique

- Interrogatoire de la famille
  - Toxiques (-) , médicaments (-) , Wilson(-)
- Sérologies
  - AC VHA Ig M (-)
  - AC VHE Ig M (-)
  - AC VHC (-)
  - AAN ( -) , ACFML ( 1/160 , 1/80)
  - **Ag Hbs (+) Ag Hbe (-) AC anti Hbc (+) ( Ig M pas de réactif) AC anti Hbe ( positivité douteuse)**
  - DNA viral VHB : 192.629 UI/ml ( 5.28 log)**
  - Sérologie Delta ( -)
  - Sérologie VHB du conjoint et des enfants en cours

# Question 1

Ce tableau clinique est en faveur

- 1-Hépatite fulminante Mutant Pré C
- 2- Hépatite fulminante VHB sauvage
- 3-ACLF ( réactivation spontanée du VHB )
- 4-Je ne sais pas

# Question 1

Ce tableau clinique est en faveur

- 1-Hépatite fulminante Mutant Pré C
- 2- Hépatite fulminante VHB sauvage
- 3-ACLF ( réactivation spontanée du VHB )
- 4-Je ne sais pas



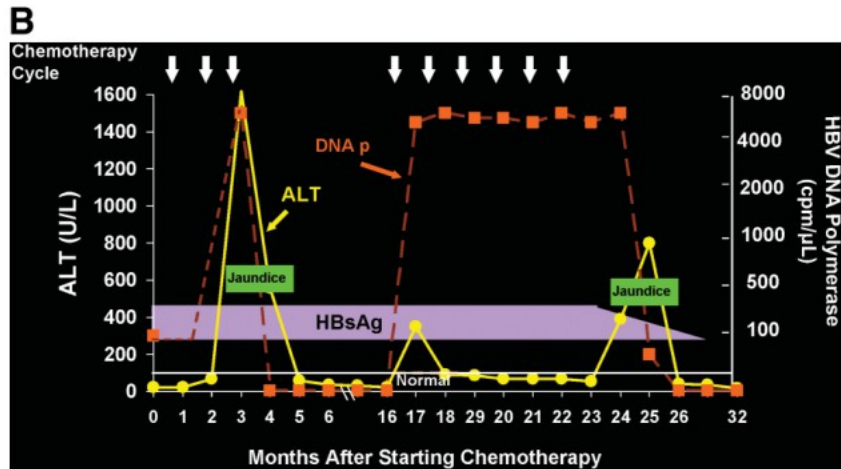
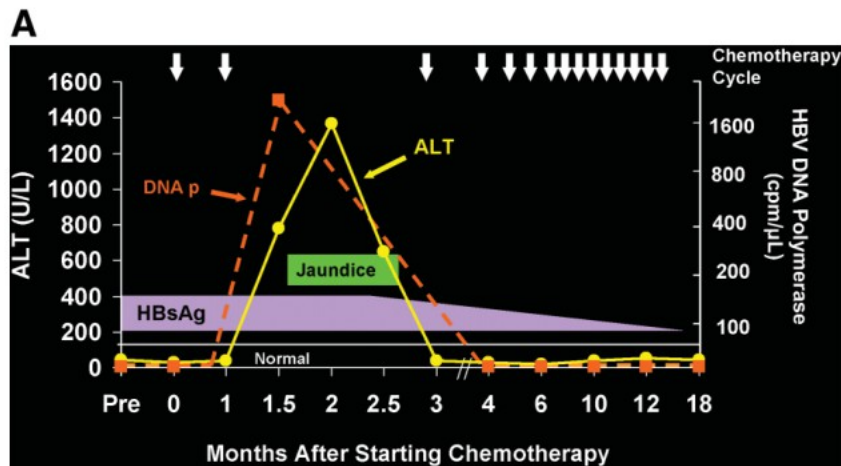
# Arguments pour ACLF

- Hypoalbuminémie
- Morphologie à l'échodoppler
- Réactivation Mutant pré C - Ag Hbe (-)

# Reactivation of Hepatitis B

Jay H. Hoofnagle

HEPATOLOGY, Vol. 49, No. 5, Suppl., 2009



## Differentiating Acute Hepatitis B from the First Episode of Symptomatic Exacerbation of Chronic Hepatitis B

MANOJ KUMAR, MD, SANJAY JAIN, MD, BARJESH CHANDER SHARMA, MD, DM,  
and SHIV KUMAR SARIN, MD, DM

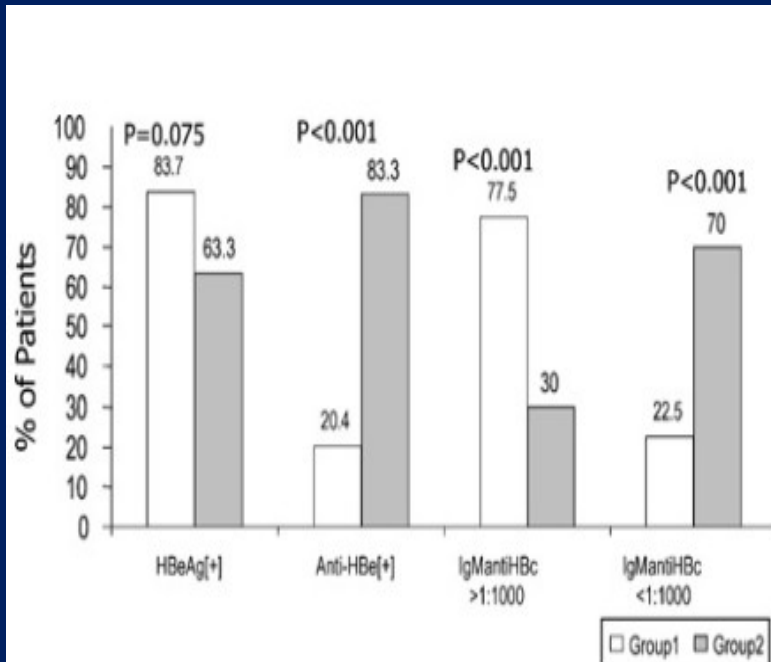


Fig 1. Serological profile of Group 1 and Group 2 patients.

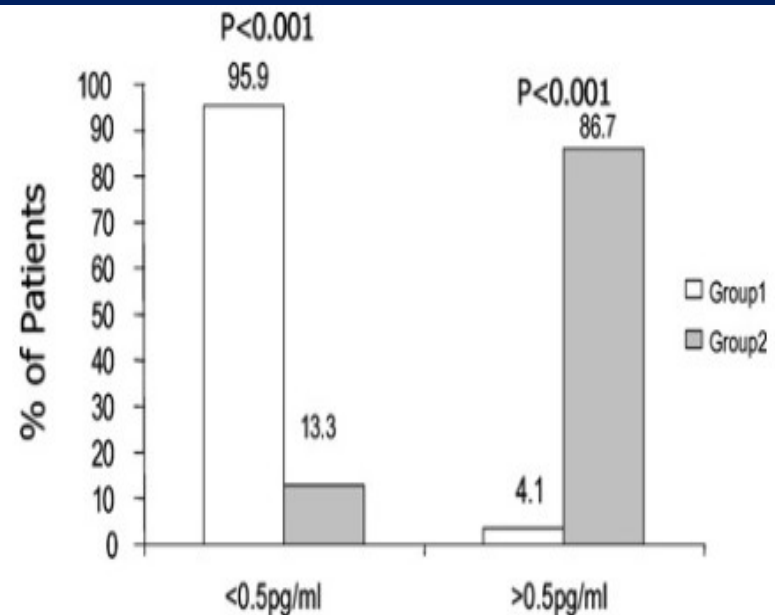


Fig 2. Comparison of the serum HBV DNA levels in Group 1 and 2 patients.

# Three Cases of Severe Subfulminant Hepatitis in Heart-Transplanted Patients After Nosocomial Transmission of a Mutant Hepatitis B Virus

LIEVEN STUYVER,<sup>1</sup> SIJA DE GENDT,<sup>1</sup> JEAN FRANÇOIS CADRANEL,<sup>2</sup> CAROLINE VAN GEYT,<sup>1</sup> GEORGES VAN REYBROECK,<sup>1</sup> RICHARD DORENT,<sup>3</sup> IRANJ GANDJBACHKH,<sup>3</sup> MICHEL ROSENHEIM,<sup>4</sup> FREDERIC CHARLOTTE,<sup>6</sup> PIERRE OPOLON,<sup>2</sup> JEAN MARIE HURAU,<sup>5</sup> AND FRANÇOISE LUNEL<sup>7</sup>

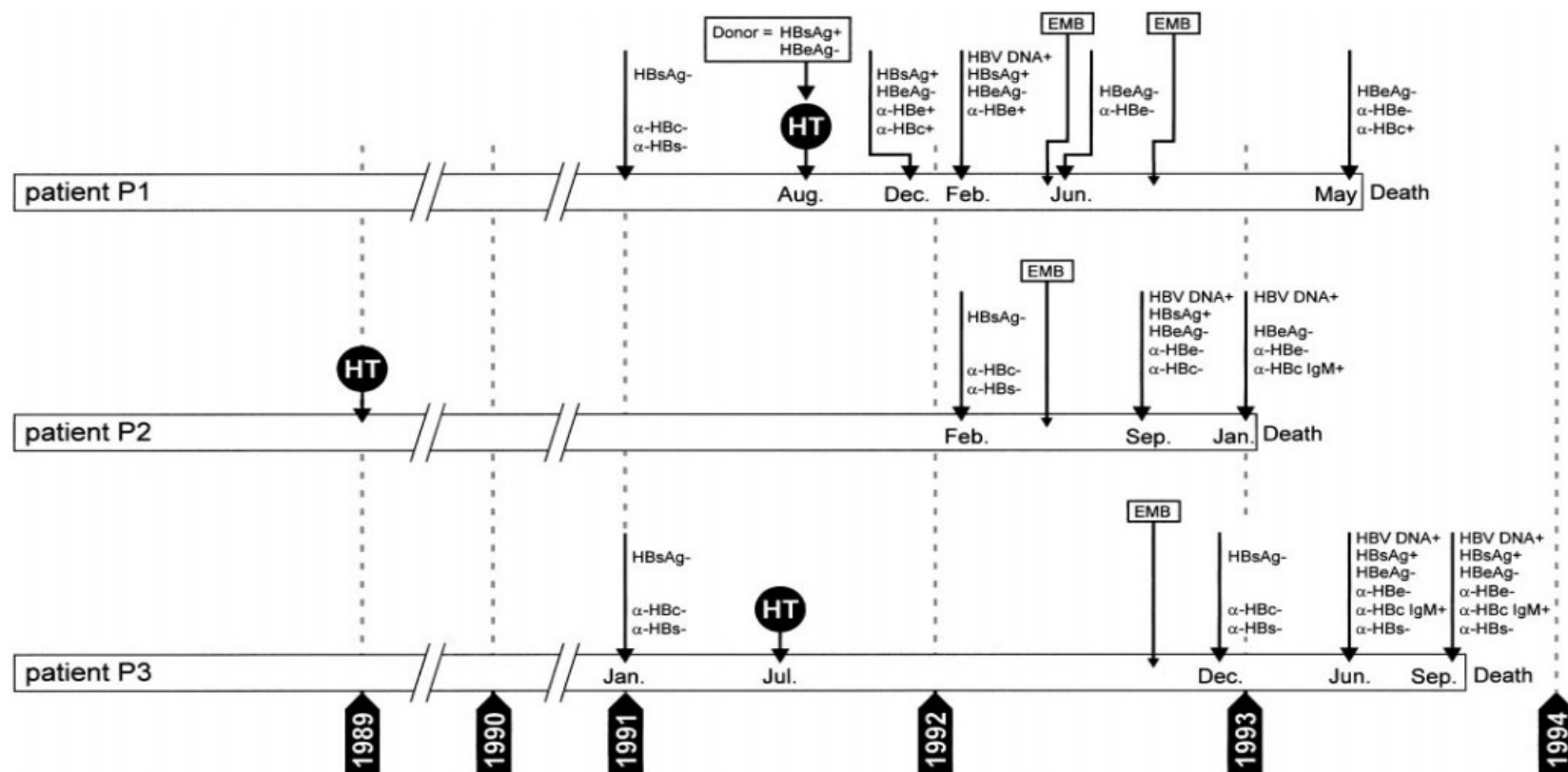


FIG. 1. Time line for the 3 patients with sub-FH. Serological markers are indicated.

## Question 2

L'indication d'une greffe est posée

Quel(s) traitement proposez vous ?

- 1- Lamivudine
- 2-Entécavir
- 3-Ténofovir
- 4-Interféron

## Réponse 2

L'indication d'une greffe est posée  
Quel(s) traitement proposez vous ?

- 1- Lamivudine
- 2-Entécavir
- 3-Ténofovir
- 4-Interféron

**EASL Clinical Practice Guidelines: Management of chronic hepatitis B virus infection**

European Association for the Study of the Liver\*

*Acute hepatitis*

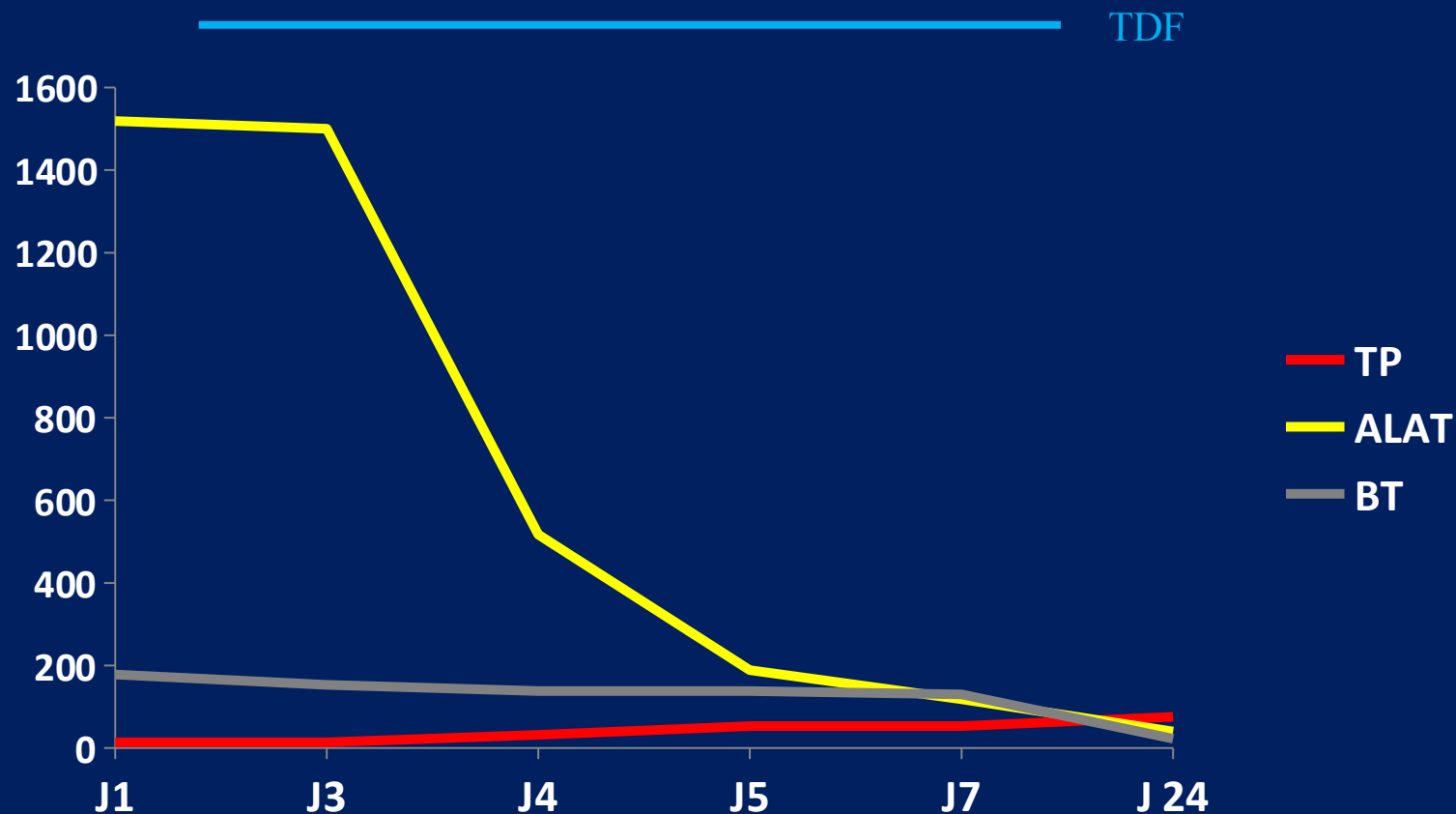
More than 95–99% of adults with acute HBV infection will recover spontaneously and seroconvert to anti-HBs without antiviral therapy [195] (A1). Patients with fulminant or severe hepatitis must be evaluated for liver transplantation (A1). These patients may benefit from NA treatment. Support for such a strategy may be found in a small number of reports mainly with lamivudine [196]. As for CHB, entecavir or tenofovir should be used (C1). The duration of treatment is not established. However, continuation of antiviral therapy for at least 3 months after seroconversion to anti-HBs or at least 12 months after anti-HBe seroconversion without HBsAg loss is recommended (C2).

Sometimes, the distinction between true severe acute hepatitis B and reactivation of CHB may be difficult and may require liver biopsy. However, NA treatment is the treatment of choice in both cases [196–198] (B1).

# Evolution sous TDF

J 5 plus d'EH – TP 54%

sortante du service 10 jours après son admission

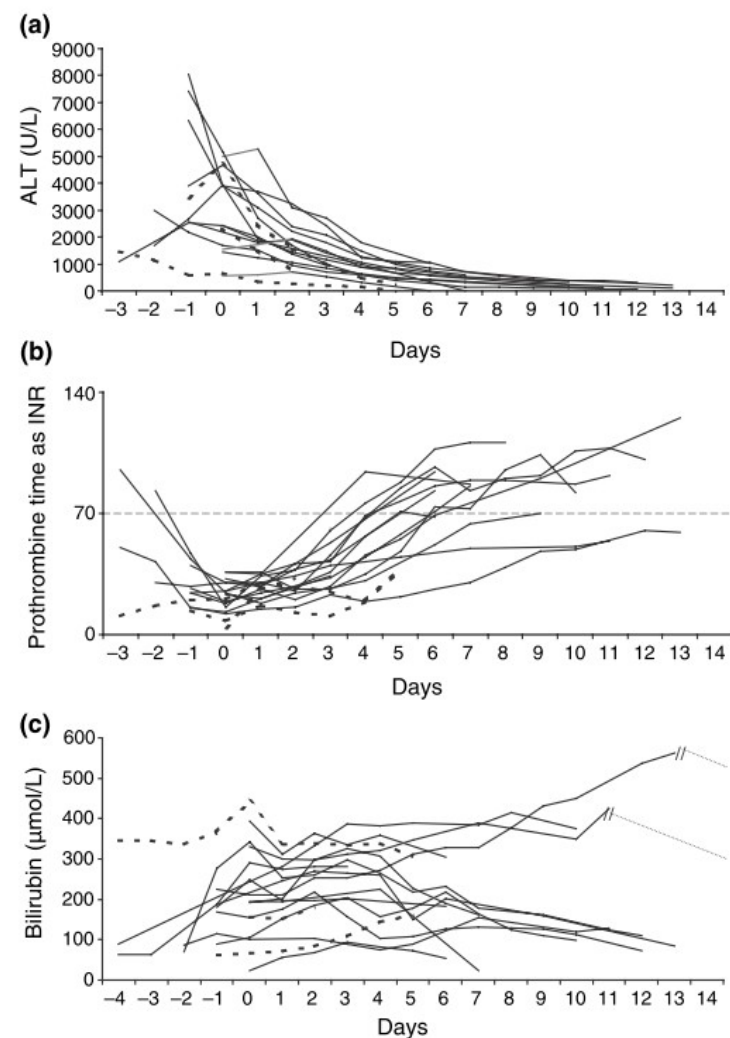




## Safety and efficacy of lamivudine in patients with severe acute or fulminant hepatitis B, a multicenter experience

H. L. Tillmann,<sup>1,2</sup> J. Hadem,<sup>2</sup> L. Leifeld,<sup>3</sup> K. Zachou,<sup>4</sup> A. Canbay,<sup>5</sup> C. Eisenbach,<sup>6</sup> I. Graziadei,<sup>7</sup> J. Encke,<sup>6</sup> H. Schmidt,<sup>8,†</sup> W. Vogel,<sup>7</sup> A. Schneider,<sup>2</sup> U. Spengler,<sup>3</sup> G. Gerken,<sup>5</sup> G. N. Dalekos,<sup>4</sup> H. Wedemeyer<sup>2</sup> and M. P. Manns<sup>2</sup> <sup>1</sup>Medical Clinic and Polyclinic II, University Leipzig, Leipzig, Germany; <sup>2</sup>Department of Gastroenterology, Hepatology and Endocrinology, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Germany; <sup>3</sup>Medical Clinic and Polyclinic I, Universität Bonn, Bonn, Germany; <sup>4</sup>Academic Liver Unit, Medical School, University of Thessaly, Faculty of Health Sciences, Larissa, Greece; <sup>5</sup>Department of Gastroenterology and Hepatology, University Hospital Essen, Essen, Germany; <sup>6</sup>Department of Internal Medicine IV, University of Heidelberg, Heidelberg, Germany; <sup>7</sup>Clinical Department of Gastroenterology and Hepatology, University Hospital Innsbruck, Innsbruck, Austria; and <sup>8</sup>Medical Clinic, Gastroenterology, Charité Campus Mitte, Berlin, Germany

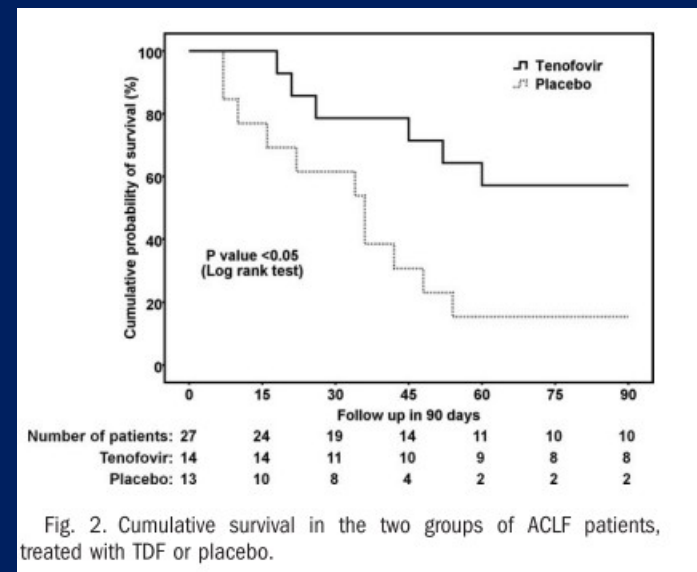
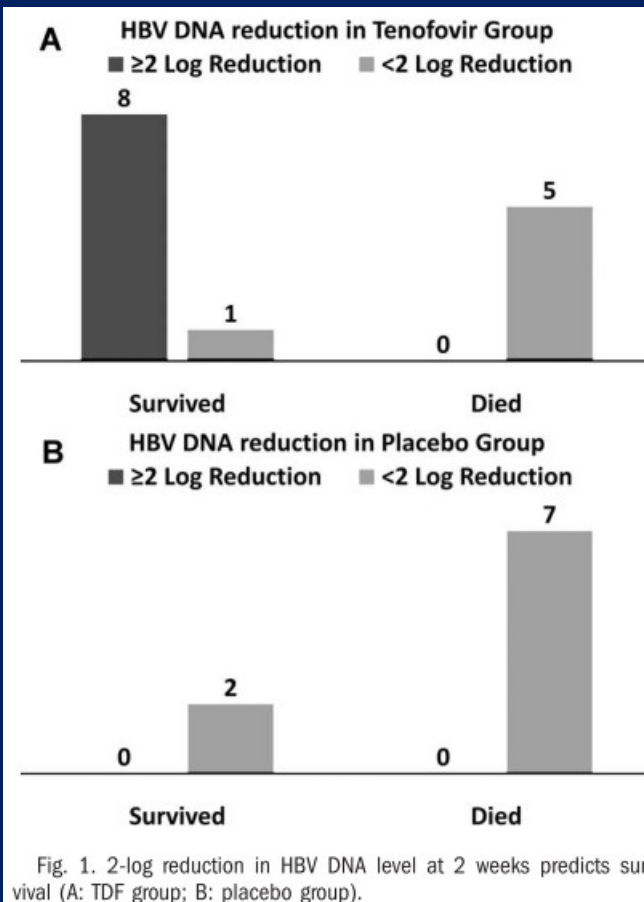
	Sex	Age	ALT (ULN)	Bilirubin (μmol/L)	Prothrombine time (% of normal)	INR	Outcome
1	F	38	255.0	57		8.84	Alive
2	M	69	87.9	414		2.11	Death
3	M	63	47.3	367		3.1	Alive
4	M	40	86.0	87		2.5	Alive
5	F	25	83.0	149		3.45	Alive
6	M	45	127.0	227		1.6	Alive
7	F	41	36.7	377		1.6	Alive
8	F	31	92.3	251		2.01	Alive
9	M	28	59.6	227	52		Alive
10	F	63	38.8	377		4.9	OLT
11	M	21	31.5		32		Alive
12	F	51	65.9	166		1.72	Alive
13	F	38	107.5	117	25	2.79	Alive
14	M	43	60.7	351	46		Alive
15	M	25	89.4	665		2	Alive
16	F	33	58.8	216	6		OLT
17	F	30	30.7	606		2.5	Alive
18	F	39	56.8	96	5		OLT, death
19	F	23	169.5	153		3.5	OLT
20	F	24	77.9	170		2.1	Alive



# Tenofovir Improves the Outcome in Patients with Spontaneous Reactivation of Hepatitis B Presenting as Acute-On-Chronic Liver Failure

Hitendra Garg,<sup>1,2</sup> Shiv Kumar Sarin,<sup>1,2,3</sup> Manoj Kumar,<sup>2</sup> Vishal Garg,<sup>1</sup> Barjesh Chander Sharma,<sup>1</sup> and Ashish Kumar<sup>1,2,3</sup>

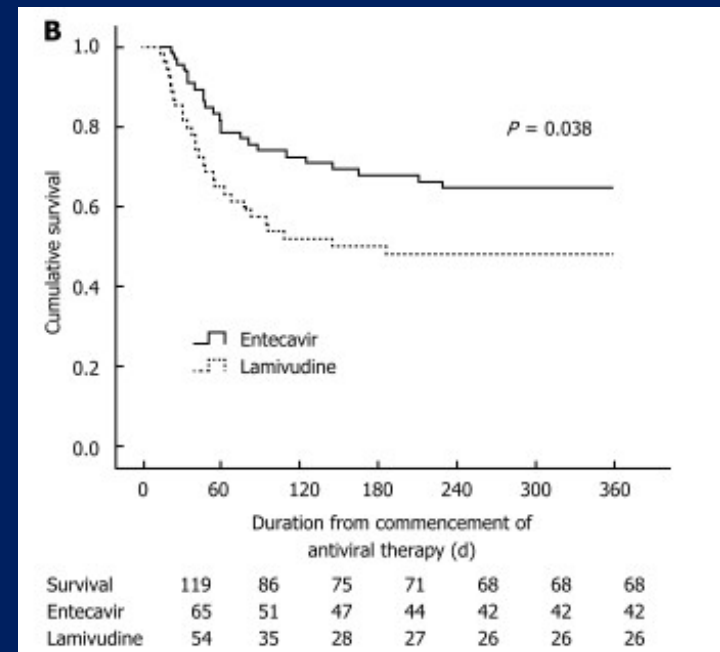
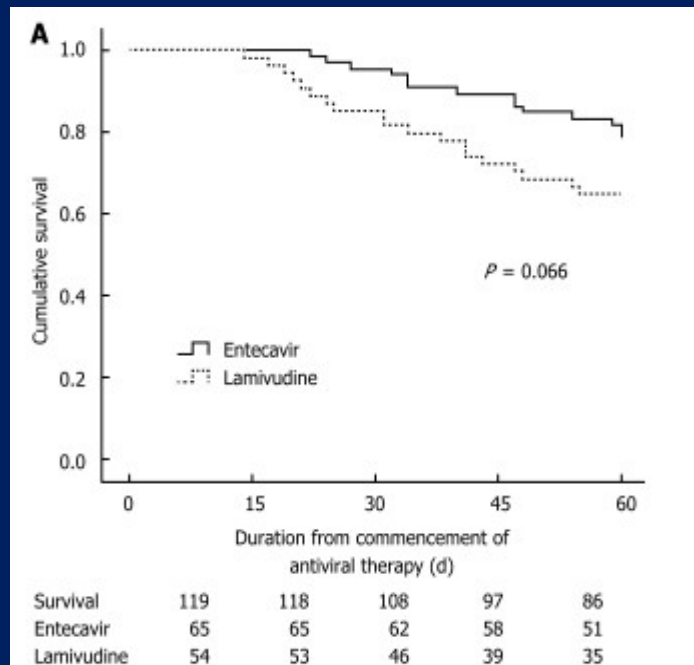
HEPATOLOGY, Vol. 53, No. 3, 2011



**Entecavir vs lamivudine therapy for naïve patients with spontaneous reactivation of hepatitis B presenting as acute-on-chronic liver failure**

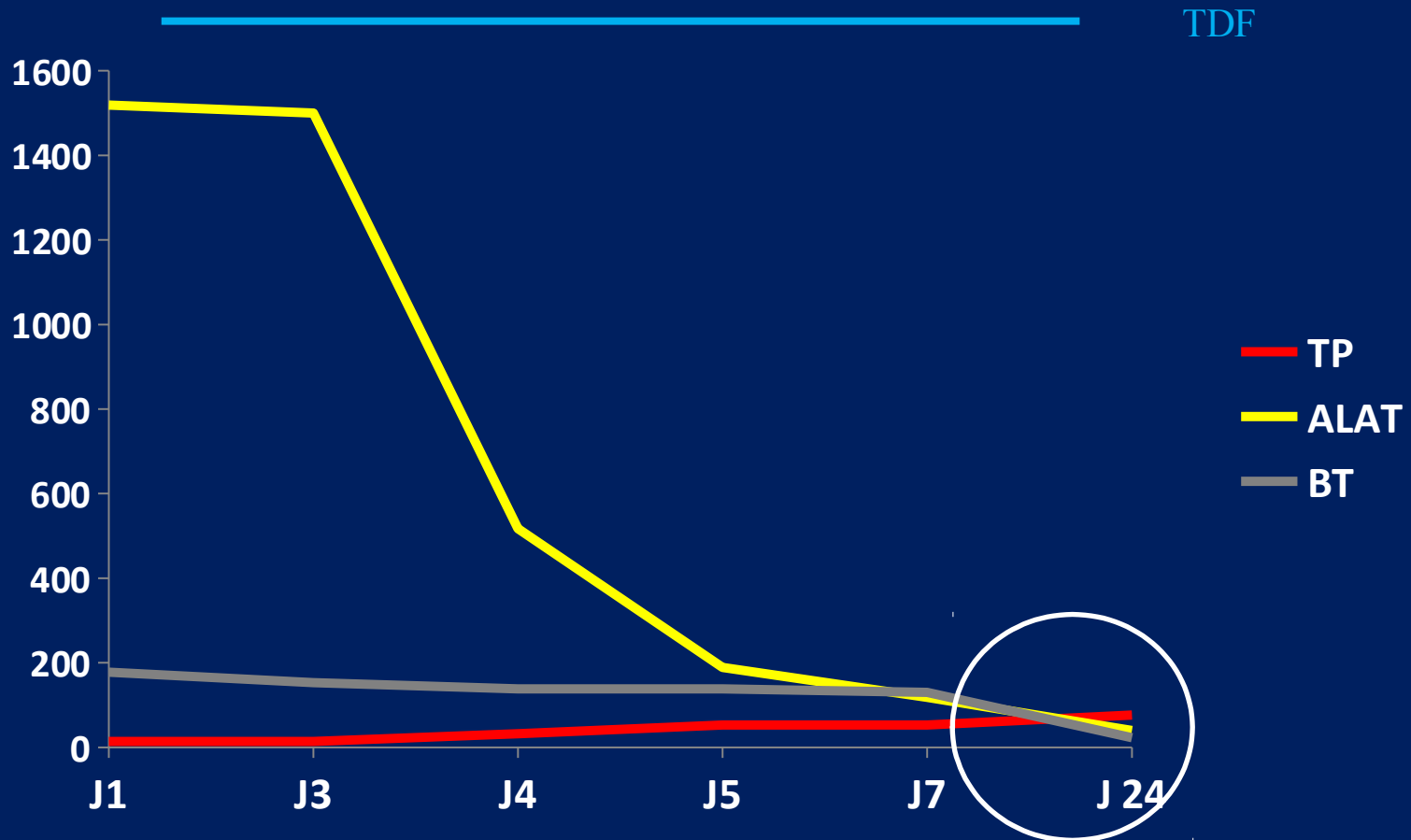
Yang Zhang, Xiao-Yu Hu, Sen Zhong, Fang Yang, Tao-You Zhou, Guo Chen, Yan-Yan Wang, Jian-Xing Luo

Characteristics	Entecavir (n = 65)	Lamivudine (n = 54)	t/ $\chi^2$ /z	P value
Virological				
Serum HBV DNA level (log10 copies/mL)				
Day 15	4.6 ± 1.1	5.4 ± 1.2	3.790	< 0.001
Day 30	3.9 ± 1.0	4.8 ± 1.3	4.266	< 0.001
Day 45	3.6 ± 0.8	4.5 ± 1.0	5.454	< 0.001
Day 60	3.4 ± 0.5	4.4 ± 0.9	7.653	< 0.001



# Evolution sous TDF

J 24 réaction allergique cutanée , généralisée sans signes de gravité



# Question 3

## Que Décidez vous

- 1- Faire la charge virale et décidez
- 2 – Switch à l'Entécavir

# Réponse 3

## Que Décidez vous

- 1- Faire la charge virale et décidez
- 2 – Switch à l'Entécavir

# TDM pas de cirrhose évidente – Fibroscan 7.9 Kpa (ALAT N)



# SUIVI-FIN

- Les sérologies B sont négatives chez le conjoint et les 3 enfants
- HBV –DNA M 2 : 42 UI/ml (1.62 log)
- Sérologie M 2
  - Ag Hbs (-)
  - AC anti Hbc + ( Ig M +)
  - AC anti Hbs + (26 mUI/ml)
- On continue le TDF 3 mois après la séroconversion