



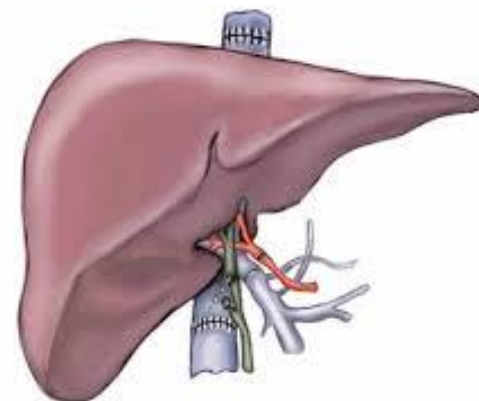
FILFOIE

Filière de Santé Maladies Rares du Foie de l'Adulte et de l'Enfant

5^e Journée Filfoie
28 novembre 2019



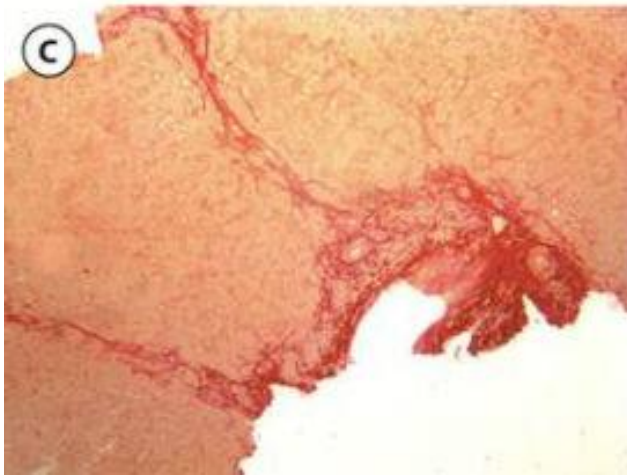
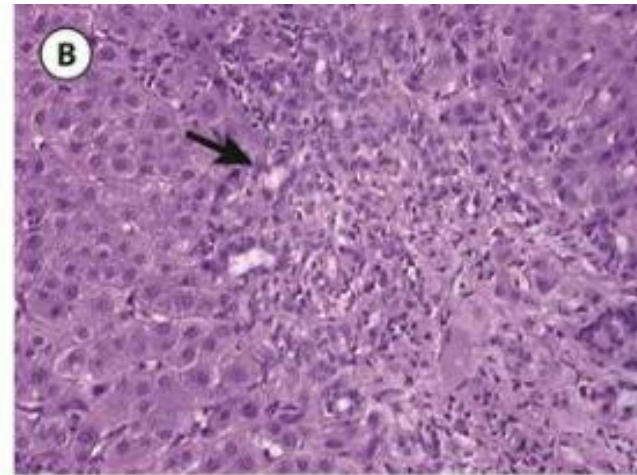
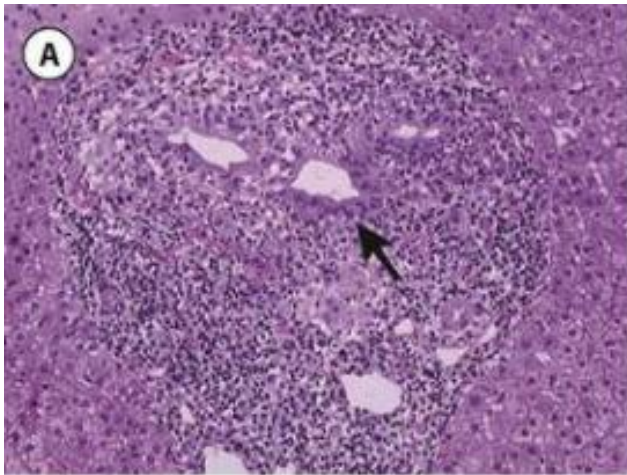
Cholangite du greffon

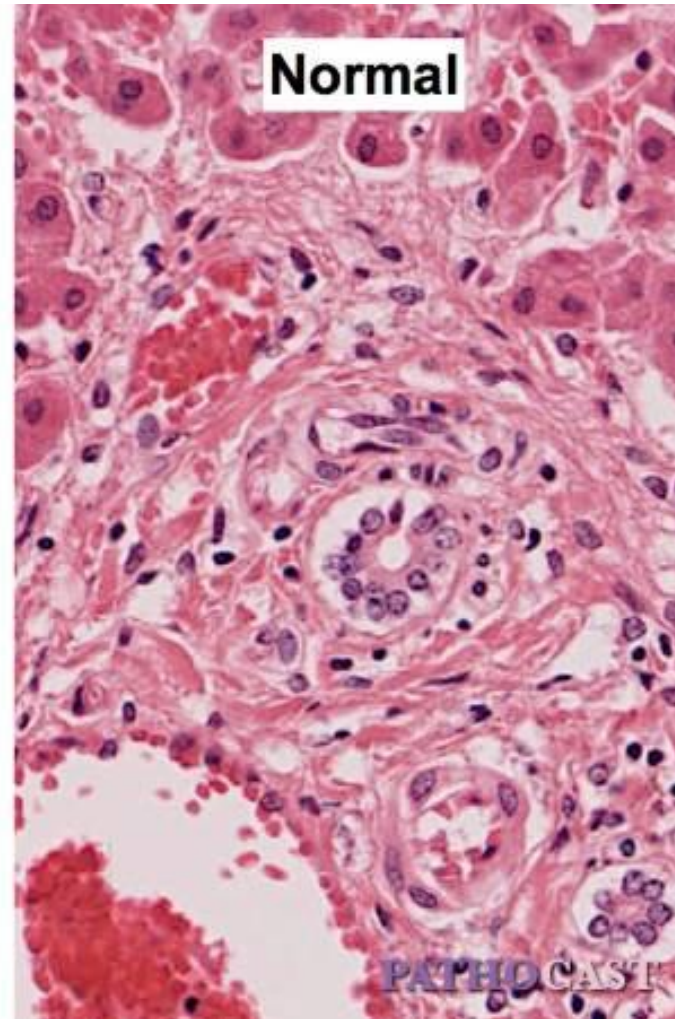
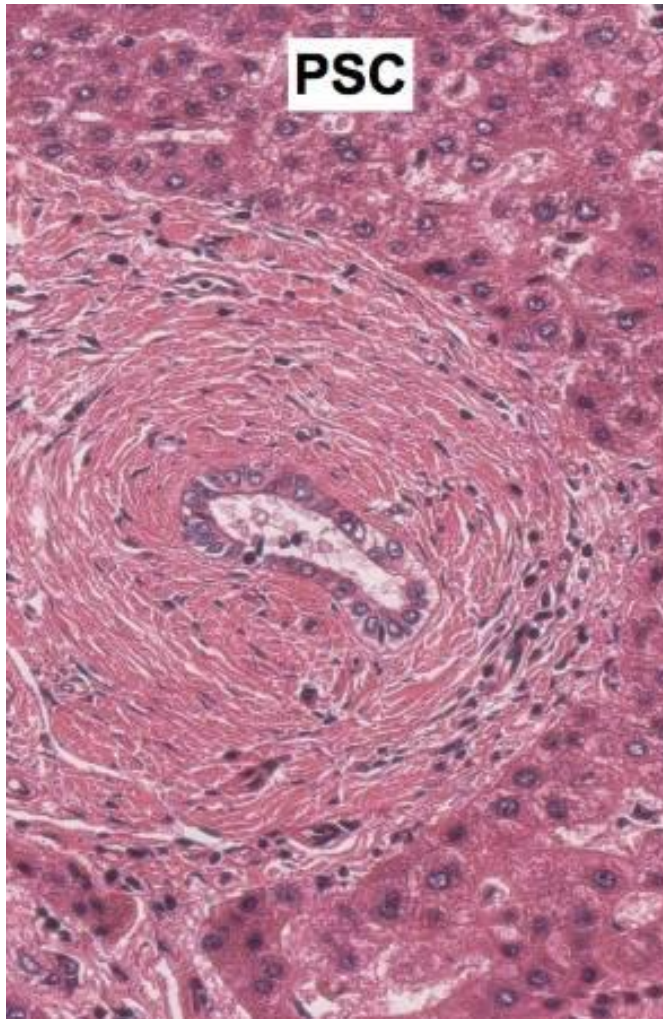


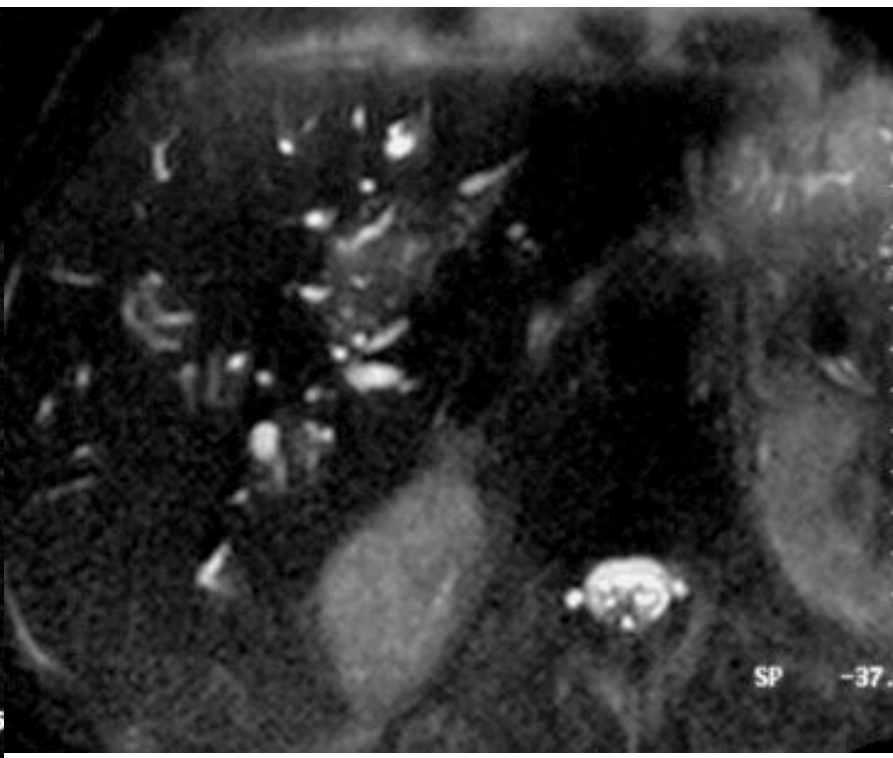
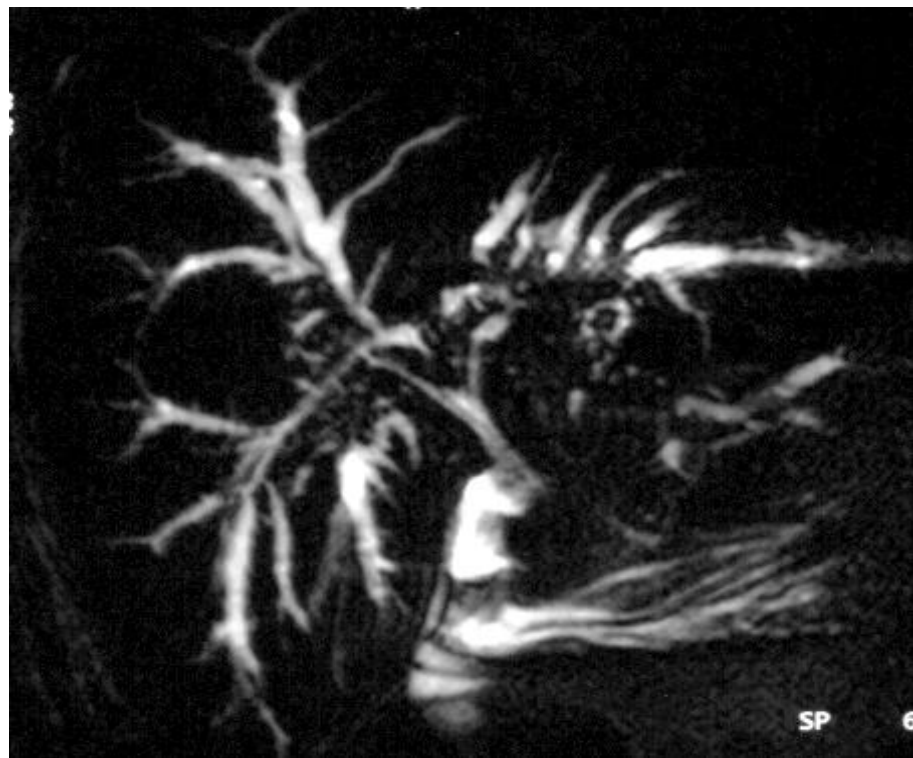
Cholangites du greffon

Cholangite = Inflammation des voies biliaires

Cholangite (du greffon) = Diagnostic ?





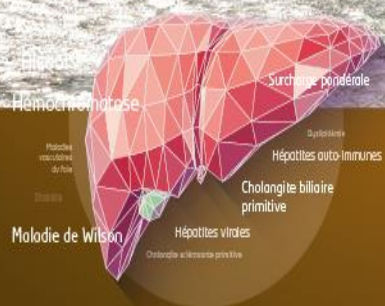


Cholangite (du greffon) = Etiologie ?

Cholangite (du greffon) = Etiologie ?

-Récidive de la maladie initiale +++

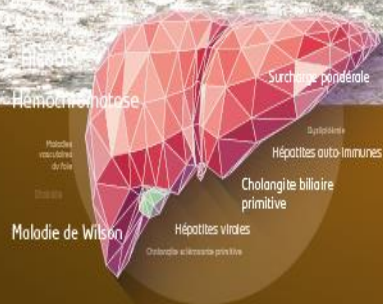
Diagnostic non-invasif des **maladies chroniques du foie**



Diagnostic non-invasif des **maladies chroniques du foie**

Transplantation hépatique

Jérôme Dumortier, Audrey Coilly, Claire Francoz, Marie-Noëlle Hilleret, Pauline Houssel-Debry, Laurence Lavayssière, Arnaud Del Bello, Filomena Conti, Domitille Poinot, François Faitot, Christophe Corpechot, Camille Besch, Hélène Rigole-Donnadieu, Guillaume Lassailly, Caroline Jezequel, José Ursic-Bedoya, Martine Neau-Cransac



Cholangite (du greffon) = Etiologie ?

-Récidive de la CBP

Recommandations =

- La récurrence de la CBP sur le greffon doit être évoquée devant la mise en évidence d'une perturbation des tests hépatiques (cholestase).
- Aucune méthode non-invasive n'est recommandée pour le diagnostic de récurrence de CBP après transplantation hépatique. Le diagnostic de récurrence de CBP après TH doit être porté sur le résultat de la biopsie hépatique.

Cholangite (du greffon) = Etiologie ?

-Récidive de la CBP

Fréquence ?

Cholangite (du greffon) = Etiologie ?

-Récidive de la CBP

Fréquence ?

Recurrence rate of PBC after LT.

Authors	Cohort size N =	Recurrence rate %	Time to recurrence year (median)	Follow-up year (median)
Liermann Garcia R (2001)	400	17	3 (mean)	4,7 (mean)
Khettry V (2003)	43	19	3,5	—
Sylvestre P (2003)	100	17	3,1	4,7 (mean)
Sanchez E (2003)	169	11	4	6
Neuberger J (2004)	485	23	5,2 (Tacro)/10,3 (CyA)	6,6
Jacob D (2006)	154	34	3,5	10,8 (mean)
Charatcharoenwitthaya (2007)	100	14	5	9,8
Montano-Loza A (2010)	108	26	5,8	6,9
Manonsou P (2010)	103	35	3,7 (mean)	9
Carbone M (2013)	248	42	5	—

Cholangite (du greffon) = Etiologie ?

-Récidive de la CBP

Facteurs favorisants (=associés) ?

Cholangite (du greffon) = Etiologie ?

-Récidive de la CBP

Facteurs favorisants (=associés) ?

Recurrence rate of PBC after LT.

Authors	Cohort size N =	Recurrence rate %	Time to recurrence year (median)	Risk factors
Liermann Garcia R (2001)	400	17	3 (mean)	Tacro
Khettry V (2003)	43	19	3,5	—
Sylvestre P (2003)	100	17	3,1	—
Sanchez E (2003)	169	11	4	Tacro
Neuberger J (2004)	485	23	5,2 (Tacro)/10,3 (CyA)	Tacro
Jacob D (2006)	154	34	3,5	LT 1994–2004/Tacro
Charatcharoenwitthaya (2007)	100	14	5	Tacro
Montano-Loza A (2010)	108	26	5,8	Tacro
Manonsou P (2010)	103	35	3,7 (mean)	Not taken azathioprine
Carbone M (2013)	248	42	5	Tacro

Preventive administration of UDCA after liver transplantation for primary biliary cirrhosis is associated with a lower risk of disease recurrence

Alexie Bosch¹, Jérôme Dumortier¹, Delphine Maucourt-Boulch², Jean-Yves Scoazec³,
Dominique Wendum⁴, Filomena Conti⁵, Isabelle Morard⁶, Laura Rubbia-Brandt⁷, Benoit Terris⁸,
Sylvie Radenne⁹, Ludovico Abenavoli^{10,11}, Raoul Poupon¹¹, Olivier Chazouillères¹¹,
Yvon Calmus³, Olivier Boillot¹, Emiliano Giostra⁶, Christophe Corpechot^{11,*}

Preventive administration of UDCA after liver transplantation for primary biliary cirrhosis is associated with a lower risk of disease recurrence

Alexie Bosch¹, Jérôme Dumortier¹, Delphine Maucourt-Boulch², Jean-Yves Scoazec³, Dominique Wendum⁴, Filomena Conti⁵, Isabelle Morard⁶, Laura Rubbia-Brandt⁷, Benoit Terris⁸, Sylvie Radenne⁹, Ludovico Abenavoli^{10,11}, Raoul Poupon¹¹, Olivier Chazouillères¹¹, Yvon Calmus³, Olivier Boillot¹, Emiliano Giostra⁶, Christophe Corpechot^{11,*}

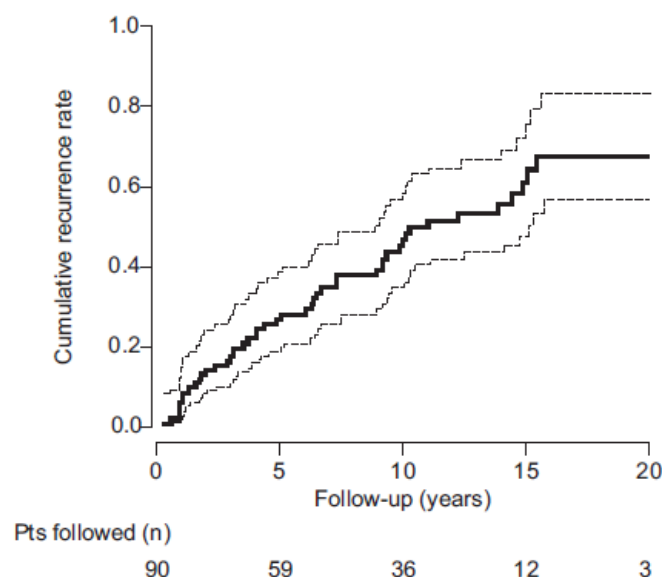
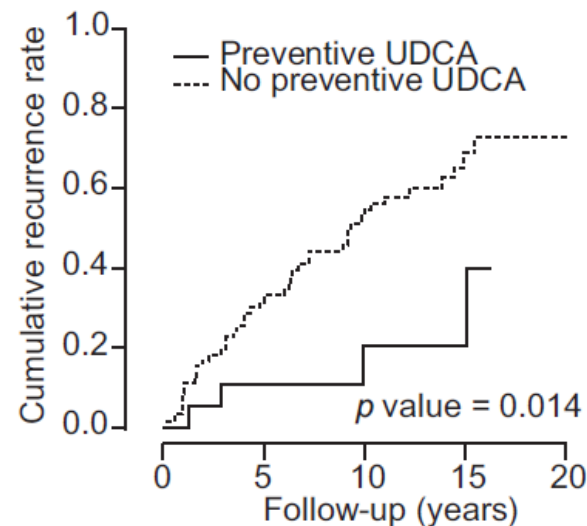
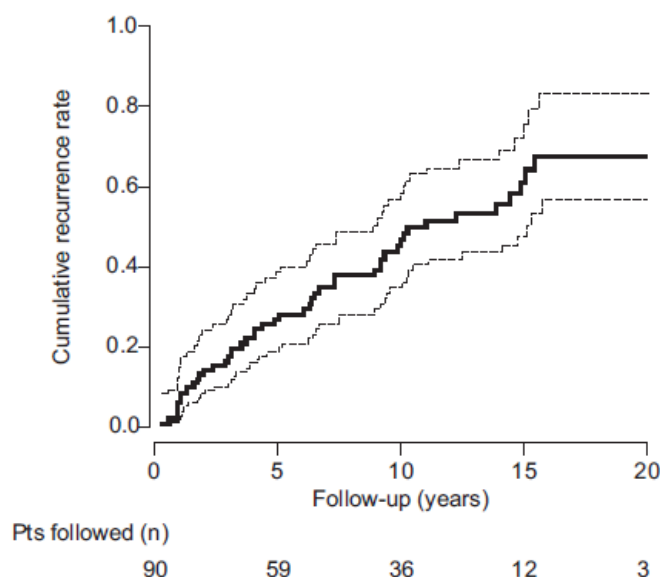


Fig. 1. Cumulative incidence probability of PBC recurrence after LT. Dotted curves are upper and lower boundaries of the 95% confidence interval.

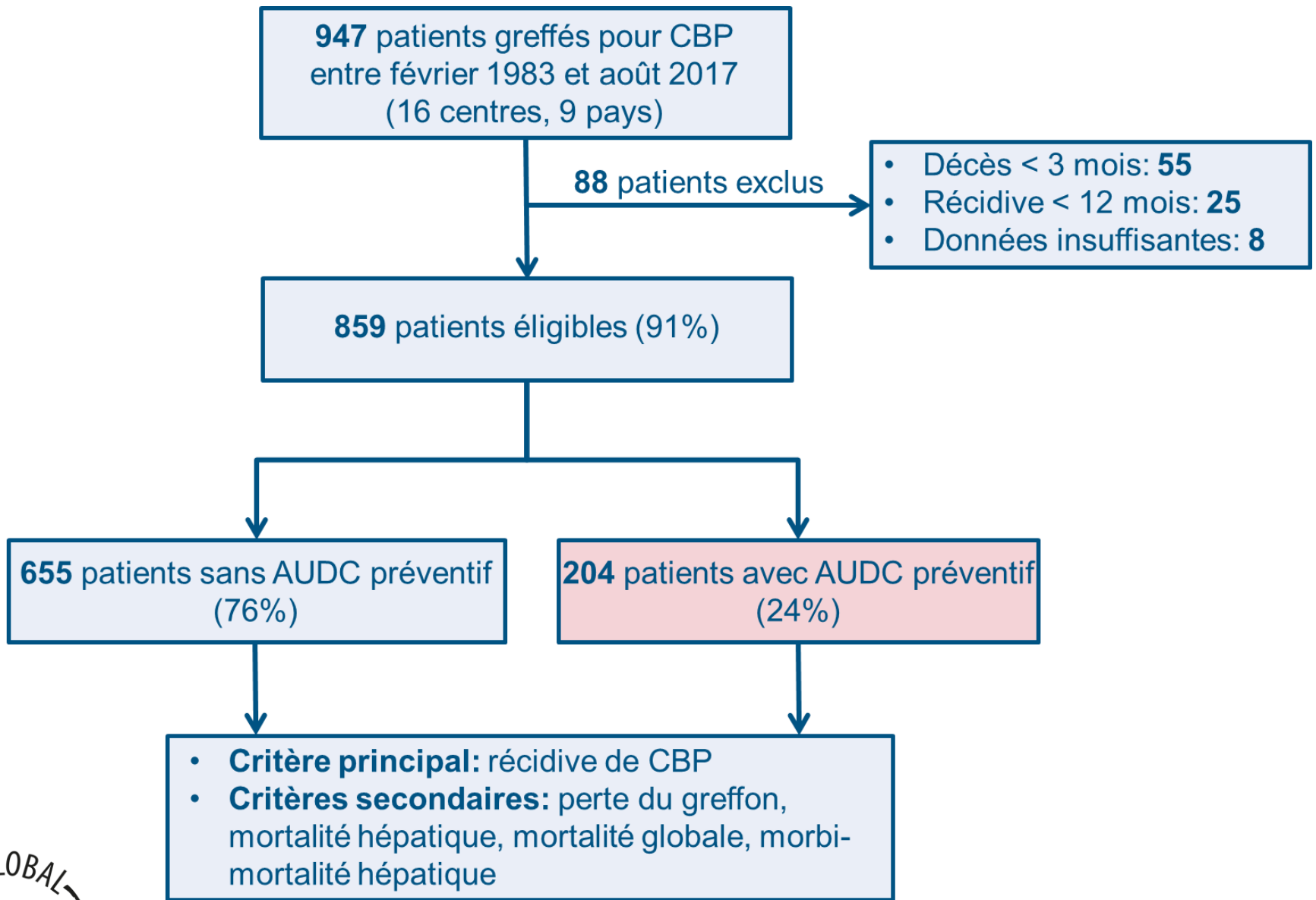
Preventive administration of UDCA after liver transplantation for primary biliary cirrhosis is associated with a lower risk of disease recurrence

Alexie Bosch¹, Jérôme Dumortier¹, Delphine Maucourt-Boulch², Jean-Yves Scoazec³, Dominique Wendum⁴, Filomena Conti⁵, Isabelle Morard⁶, Laura Rubbia-Brandt⁷, Benoit Terris⁸, Sylvie Radenne⁹, Ludovico Abenavoli^{10,11}, Raoul Poupon¹¹, Olivier Chazouillères¹¹, Yvon Calmus³, Olivier Boillot¹, Emiliano Giostra⁶, Christophe Corpechot^{11,*}

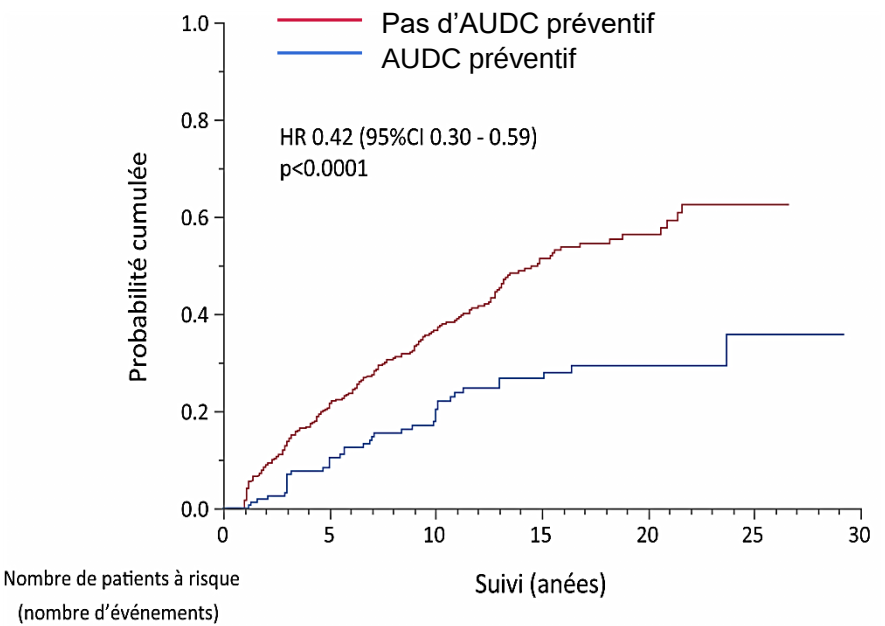


Pts followed (n)					
UDCA	19	15	10	5	
No UDCA	71	46	28	9	4

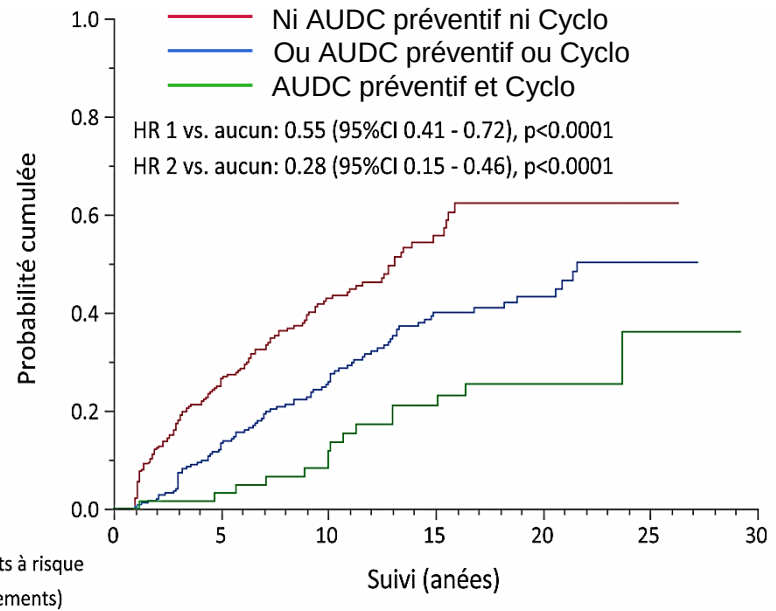
Fig. 1. Cumulative incidence probability of PBC recurrence after LT. Dotted curves are upper and lower boundaries of the 95% confidence interval.



Résultats: critère principal (récidive de CBP)



Pas d'AUDC préventif	434 (0)	258 (89)	161 (133)	75 (163)	31 (167)	9 (170)	0 (170)
AUDC préventif	175 (0)	136 (14)	102 (27)	66 (36)	29 (38)	7 (39)	0 (39)



AUDC préventif/Cyclo: aucun	355 (0)	191 (129)	99 (163)	33 (178)	6 (182)	2 (182)	0 (182)
AUDC préventif/Cyclo: 1 sur 2	283 (0)	198 (32)	137 (58)	84 (81)	42 (84)	13 (88)	0 (88)
AUDC préventif/Cyclo: les 2	69 (0)	60 (2)	52 (7)	40 (12)	20 (14)	4 (15)	0 (15)

Cholangite (du greffon) = Etiologie ?

-Récidive de la CSP

Recommandations =

- La récidive de la CSP sur le greffon doit être évoquée devant la mise en évidence d'une perturbation des tests hépatiques (cholestase)

En cas d'apparition d'une cholestase +/- cytolyse, la réalisation d'une cholangio-IRM couplée à une angio-IRM est recommandée à la recherche d'images typiques de CSP et pour éliminer un problème vasculaire.

Le diagnostic repose sur plusieurs éléments :

- diagnostic de CSP confirmé sur le foie natif,

-et plus de 90 jours après la transplantation, mise en évidence sur la cholangio-IRM de sténoses non anastomotiques des voies biliaires intra et/ou extra hépatiques semblables à celles observées dans la CSP hors transplantation,

-ou présence de lésions histologiques typiques sur biopsie hépatique

-et exclusion des critères suivants : sténose ou thrombose artérielle, rejet chronique ductopénique, sténose biliaire anastomotique, sténose(s) non anastomotique(s) dans les 90 jours post transplantation, incompatibilité ABO entre donneur et receveur.

Cholangite (du greffon) = Etiologie ?

-Récidive de la CSP

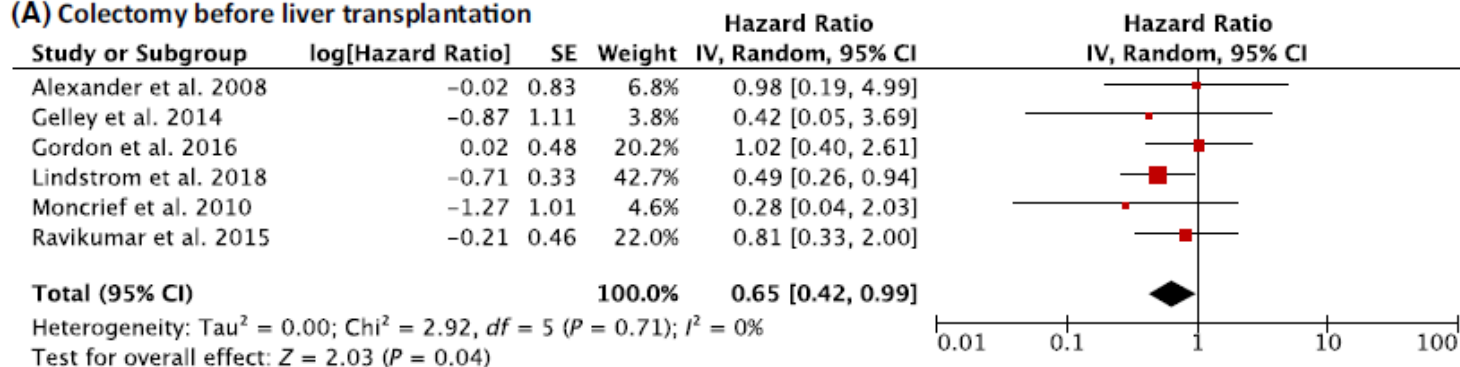
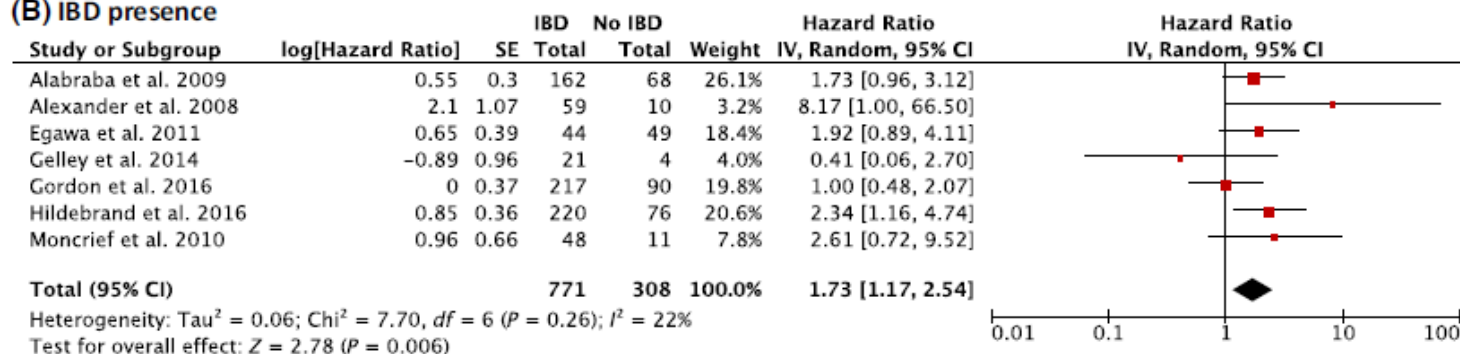
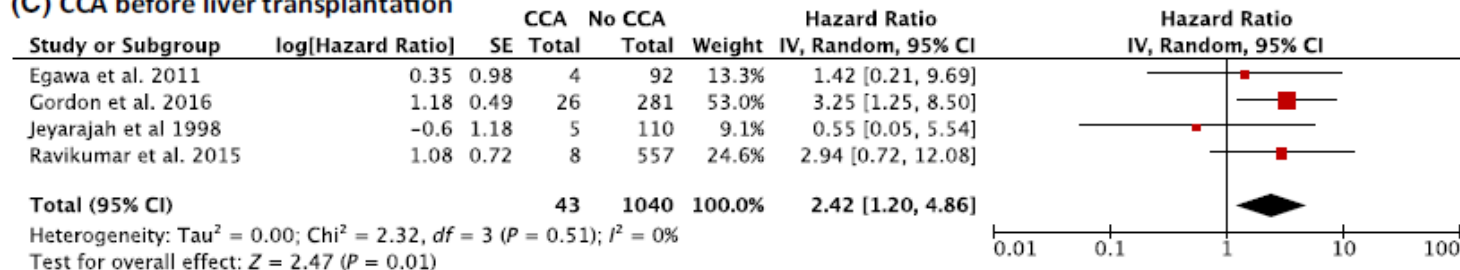
Fréquence ?

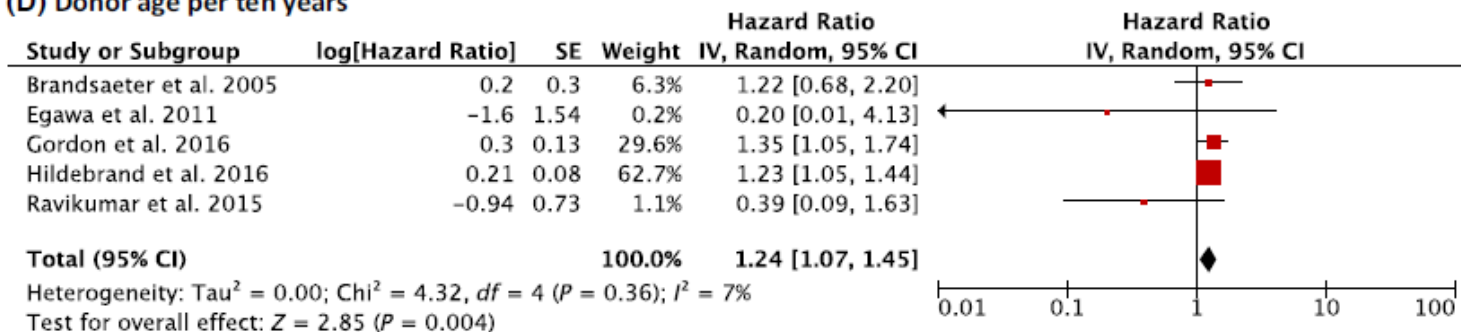
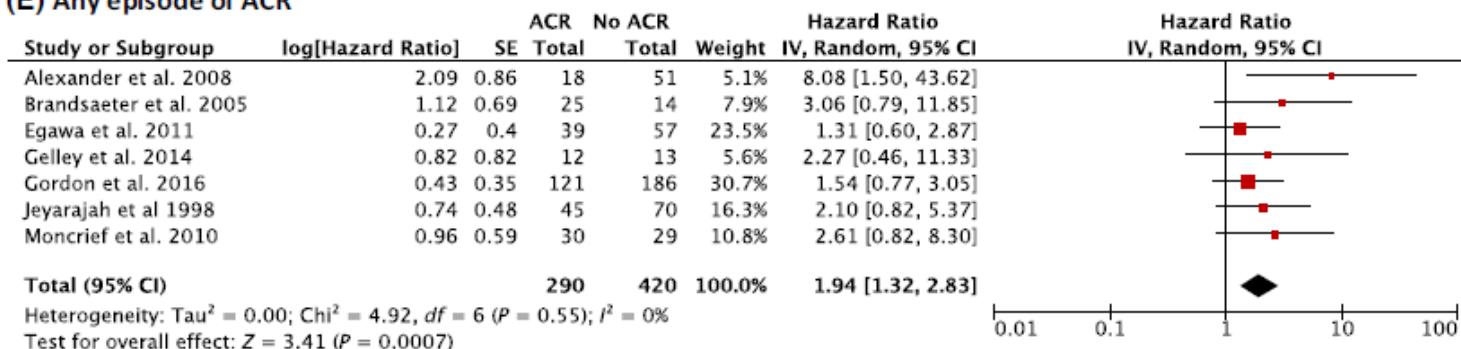
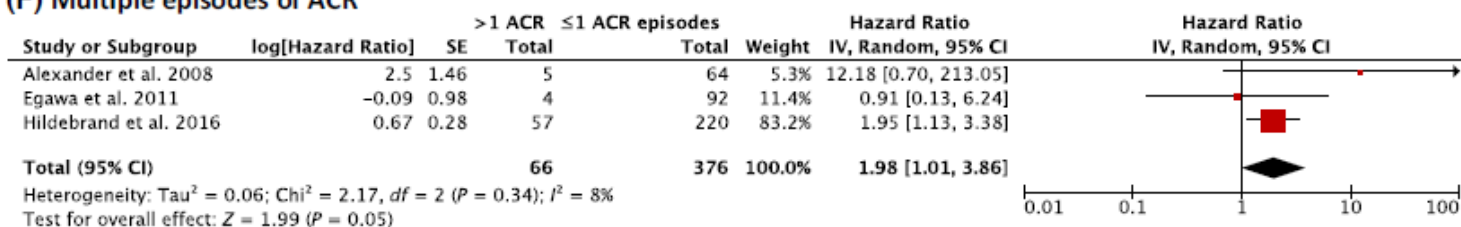
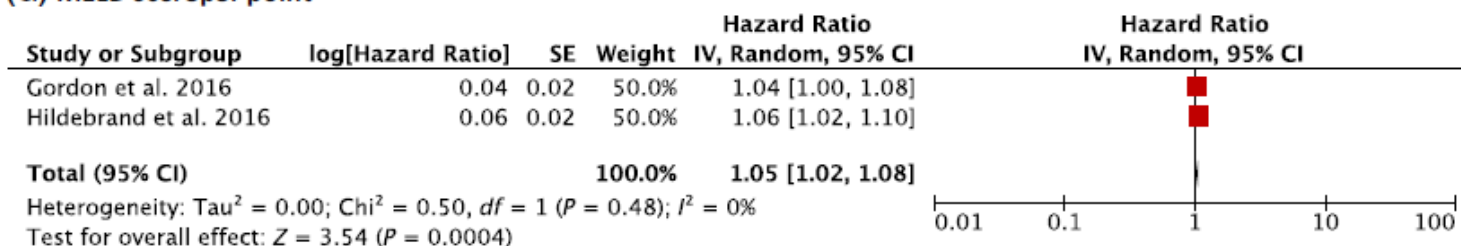
No.	First author, publication year	Country	Inclusion period	N	Sex (% men)	IBD presence (Yes/UC/CD/ other IBD)	Median age at LT (range), years	Median follow-up (range), months	Recurrence (%)	Median time to recurrence (range), months
1	Alabraba, 2009 ^{24,a}	United Kingdom	1986-2006	230	74	162/146/16/0	47.5 (16.4-72.1)	82.50 (0.04-238.6)	61 (26.5%)	55.20 (6.00-154.8)
2	Alexander, 2008 ^{4,a}	Washington, USA	1990-2003	69	83	59/NR/NR/NR	49.0 (21.0-69.0)	50.00 (1.0-173.0)	7 (10.1%)	68.00 (24.0-134.0)
3	Brandsaeter, 2005 ^{28,a}	Norway	1984-2003	39	62	NR	NR	76.8 (16.8-182.4)	9 (23.1%)	NR
4	Cholongitas, 2008 ^{25,a}	United Kingdom	1989-2004	53	57	NR/36/NR/NR	43.0 (17.0-66.0)	110.0 (12.0-185.0)	7 (13.2%)	60.0 (4.0-120.0)
5	Egawa, 2011 ^{3,a}	Japan	1996-2008	96	50	44/NR/NR/NR	31.0 (1.0-66.0)	42.0 (1.0-153.0)	26 (27.1%)	NR (8.0-79.0)
6	Gelley, 2014 ^{32,a}	Hungary	1995-2011	25	64	19/NR/NR/NR	34.7 ^b ± 11.0	NR	6 (24.0%)	NR
7	Gordon, 2016 ^{26,a}	North-America	1998-2013	307	70	212/167/45/0	44.7 ^b ± 13.2	60.0 (NR-180)	34 (11.1%)	NR
8	Graziadei, 1999 ^{9,a}	Rochester, USA	1985-1996	120	56	NR/94/NR/NR	45.6 ^b ± 10.8	48.39 (3.87-133.55)	24 (20.0%)	NR
9	Hildebrand, 2016 ^{33,a}	Germany	1990-2006	305	68	227/192/27/NR	39.0 ^b ± 10.9	98.5 ^b ± 59.6	62 (20.3%)	55.2 ^b (5.83-171.6)
10	Jeyarajah, 1998 ^{29,a}	Texas, USA	1985-1995	115	63	84/70/10/4	46.7 ^b ± 10.4	NR	18 (15.7%) ^c	21 ^b ± 7.5
11	Kashyap, 2009 ^{30,a}	Rochester, USA	2002-2006	58	74	NR	NR	45.3 ^b ± 28.4	11 (19.0%) ^c	NR
12	Lindstrom, 2018 ^{27,a}	Nordic countries	1984-2000	440	70	354/306/32/16	43.0 (11.0-70.0)	103.2 (0.0-348.0)	85 (19.3%)	81.6 ^b (4.8-204.0)
13	Moncrief, 2010 ^{31,a}	Edmonton, Canada	1989-2006	59	78	42/32/8/2	46.0 (37.0-53.0) ^d	68.0 (33.0-106.0) ^d	15 (25.4%)	40.2 (19.5-66.1)
14	Ravikumar, 2015 ^{6,a}	United Kingdom	1990-2010	565	72	347/306/29/12	49.0 (40.0-57.0) ^d	108.0 (60.0-168.0) ^d	81 (14.3%)	NR

Cholangite (du greffon) = Etiologie ?

-Récidive de la CSP

Facteurs favorisants (=associés) ?

(A) Colectomy before liver transplantation**(B) IBD presence****(C) CCA before liver transplantation**

(D) Donor age per ten years**(E) Any episode of ACR****(F) Multiple episodes of ACR****(G) MELD score per point**

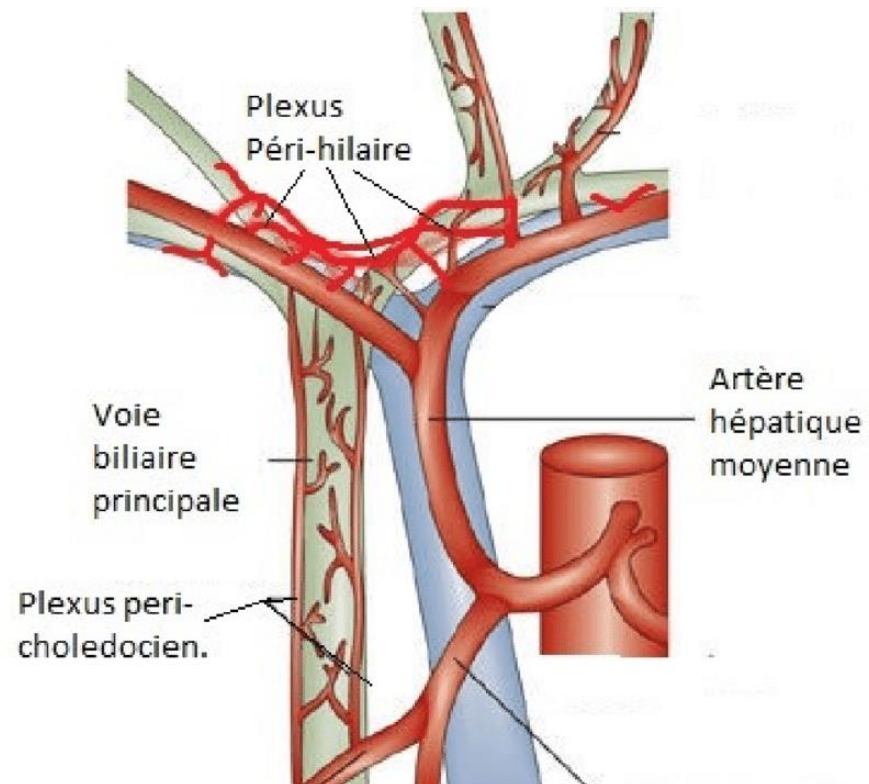
Cholangite (du greffon) = Etiologie ?

-Récidive de la CSP

Diagnostic différentiel ++++

Cholangite (du greffon) = Etiologie ?

- Récidive de la CSP
- Ischémie (cholangite ischémique)



Cholangite (du greffon) = Etiologie ?

- Récidive de la CSP
- Ischémie (cholangite ischémique)

greffon = ischémie chaude/froide

Cholangite (du greffon) = Etiologie ?

-Ischémie (cholangite ischémique)

greffon = ischémie chaude/froide

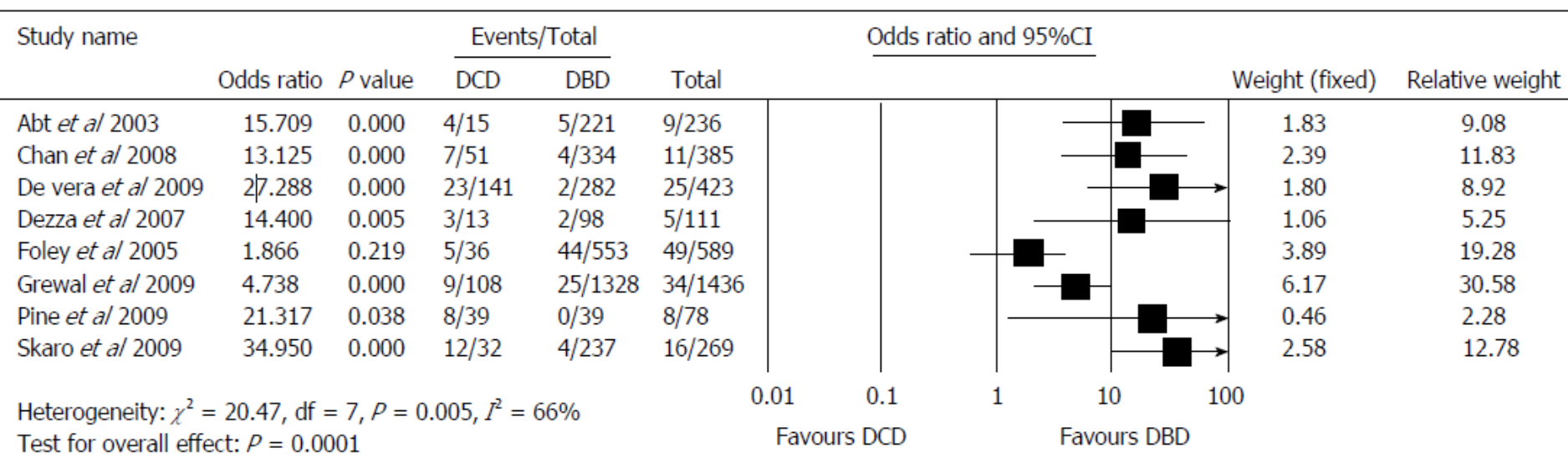
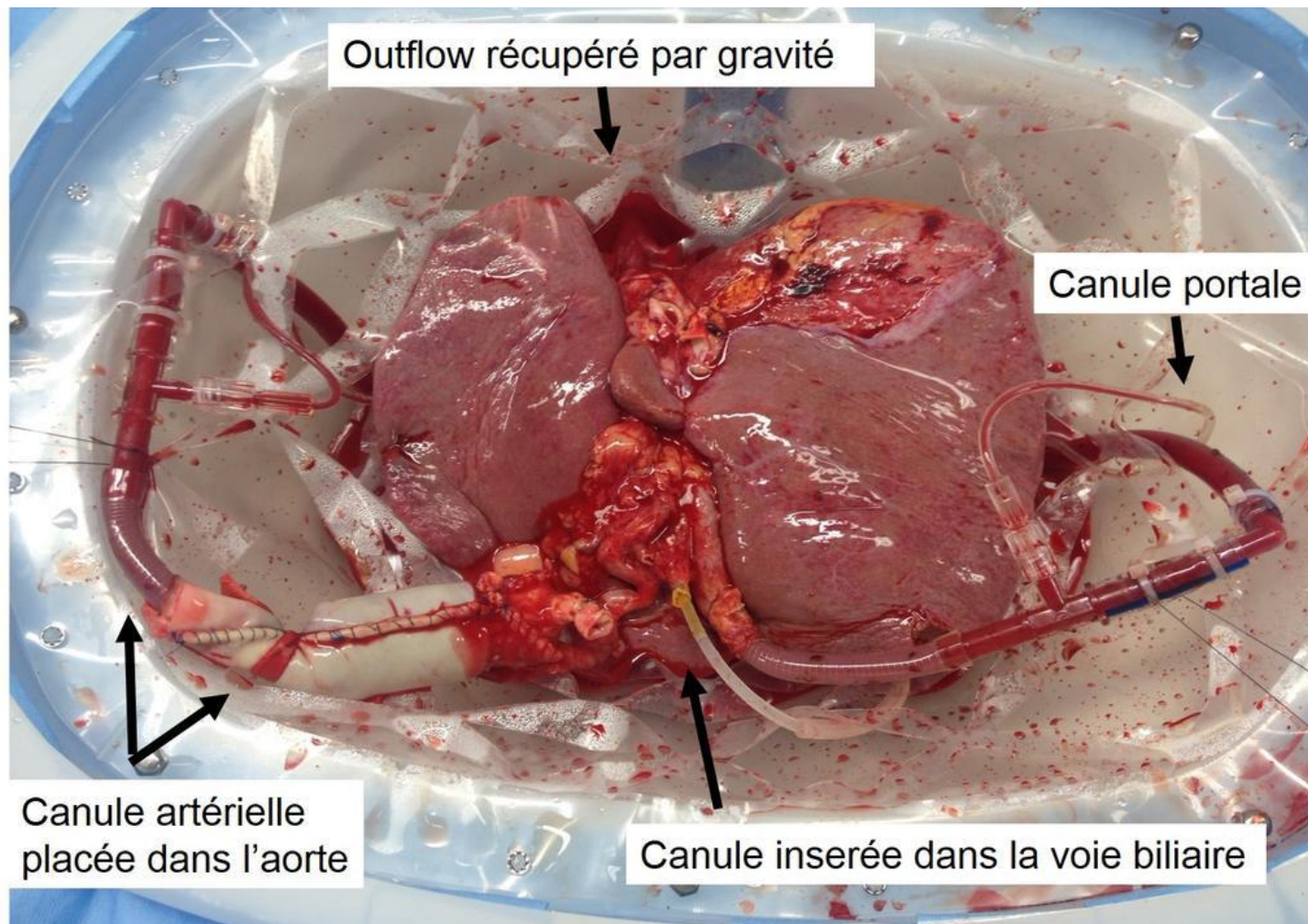


Figure 3 Ischaemic cholangiopathy for donation after circulatory death and donation after brain death liver recipients. A meta-analysis: Eight studies reported IC rates for both DCD and DBD cohorts. These studies demonstrated an IC rate of 16% (8%-38%) for DCD recipients compared with 3% (0%-8%) of DBD recipients. DCD recipients had a 10.8 times increased odds of IC (95%CI: 4.8-24.2)^[16]. DCD: Donation after circulatory death; DBD: Donation after brain death; IC: Ischaemic cholangiopathy.



Cholangite (du greffon) = Etiologie ?

-Ischémie (cholangite ischémique)

cpc vasculaire = thrombose artérielle

(précoce, <10j) 4.4% (843/21822)

enfants 8.3%

adultes 2.9%

Cholangite (du greffon) = Etiologie ?

- Récidive de la CSP**
- Ischémie (cholangite ischémique)**
- Cholangite sclérosante secondaire**

Sténose anastomose biliaire (B-B ou HJ)

Cholangite par reflux (HJ)

Cholangite (du greffon) = Etiologie ?

- Récidive de la CSP**
- Ischémie (cholangite ischémique)**
- Cholangite sclérosante secondaire**

Sténose anastomose biliaire (B-B ou HJ)

Cholangite par reflux (HJ)

difficile si malade greffé pour CSP

Cholangite après TH

- **Causes multiples (inflammatoires, ischémiques, infectieuses)**
- **Diagnostic « facile », biopsie et imagerie**
- **Ttt de la cause**
- **re-TH**

