

La formation postgraduée et continue du point de vue de la relève

«Le tueur silencieux» – un polar quelque peu différent

Lors du 45^e congrès des médecins qui s'est tenu l'année dernière à Arosa, le Dr Beat Helbling, gastroentérologue au sein du cabinet de groupe Gastroenterologie Bethanien à Zurich, a illustré les maladies hépatiques à l'aide de nombreuses petites vignettes de cas. Les principales indications diagnostiques et thérapeutiques pour la médecine de famille sont résumées ci-après en quelques extraits.

Céline Désirée Fäh

Doctorante à l'Université de Berne

L'hépatopathie invisible

Monsieur M., un informaticien de 56 ans avec deux enfants adultes, a toujours été en bonne santé, à l'exception d'une obésité (175 cm, 98 kg). Cependant, depuis un an, il se plaint de manière répétée de douleurs abdominales hautes à droite pendant environ 20 minutes, parfois plus longtemps. Son médecin de famille lui a déjà prescrit des inhibiteurs de la pompe à protons, mais sans succès. L'aspartate

«Une cirrhose ne devrait pas être découverte de cette manière.»

aminotransférase (AST) a été contrôlée à plusieurs reprises et se situait toujours aux alentours de 60 U/l (norme chez les hommes: jusqu'à 50 U/l). Lors d'une nouvelle crise de douleurs de type colique, le patient s'est présenté aux urgences. L'échographie de la partie supérieure de l'abdomen a révélé des calculs biliaires, des voies biliaires étroites et une stéatose hépatique. Le diagnostic de cholécystolithiase et de stéatose hépatique a donc été posé et l'indication de cholécystectomie a été posée. La laparoscopie qui a suivi a toutefois révélé le tableau classique d'une cirrhose hépatique.

«Une cirrhose ne devrait pas être découverte de cette manière, mais c'est tout à fait typique», explique le Dr Helbling. Comme les cirrhoses se présentent souvent de manière inapparente avec seulement une légère augmentation des transaminases, ce diagnostic est extrêmement compliqué. Un lobe caudé défor-

mé et hypertrophié à l'échographie abdominale est typique d'une cirrhose. En outre, la rate doit également être évaluée, car une splénomégalie est souvent présente. Les plaquettes fournissent une indication supplémentaire. **«Les plaquettes sont le meilleur paramètre pour l'évaluation d'une cirrhose»**, explique le Dr Helbling. «Des valeurs situées dans la norme inférieure ou en dessous (thrombocytopénie) sont toujours très suspectes de cirrhose.» Le score APRI (indice du rapport AST/plaquettes; fig. 1) peut également être utile. La valeur seuil pour la cirrhose est de >2,0, alors qu'un score <1,0 exclut une cirrhose (valeur prédictive négative = 98%) [1]. Il est également possible de réaliser une élastographie transitoire (Fibroscan®) ou une élastographie «shear wave», ainsi qu'une biopsie du foie. Une fois le diagnostic posé, il est possible de rechercher des varices œsophagiennes par gastroscopie et de déterminer le pronostic à l'aide des critères bien connus de Child-Pugh (encéphalopathie, ascite, albumine, bilirubine, INR).

$$APRI = \frac{\left(\frac{AST \text{ gemessen } \left[\frac{U}{L} \right]}{\text{oberer AST - Referenzwert } \left[\frac{U}{L} \right]} \right)}{\text{Thrombozytenzahl } (10^9/L)} \times 100$$

Figure 1: Score APRI [1].

Consultation du dossier médical

Les patients atteints d'hépatite, tout comme ceux atteints de cirrhose, peuvent être longtemps asymptomatiques sur le plan clinique. «Les indices d'une hépatite virale se trouvent

Échographie: signes évocateurs de cirrhose

- Splénomégalie
- Veines hépatiques difficilement visualisables
- Surface du foie irrégulière
- Petit foie avec grand lobe caudé
- Foie pouvant être échographié uniquement par voie intercostale
- Attention: L'hyperéchogénéicité (stéatose hépatique) ne renseigne pas sur la fibrose.

dans les dossiers», explique le Dr Helbling. Une hépatite virale B ou C est le plus souvent diagnostiquée fortuitement lors de dons de sang, en cas de problèmes d'alcool, en cas d'altération du foie à l'échographie et lors d'un changement de médecin de famille; une hépatite B en plus lors de dépistages durant la grossesse, lors d'examen familiaux et chez les personnes en échec de vaccination.

Les hépatites aiguës ne représentent qu'une fraction de toutes les hépatites virales. «Aujourd'hui, si vous voyez un patient souffrant d'une hépatite virale aiguë, il s'agit très probablement d'une hépatite E causée par la viande de porc», rappelle le Dr Helbling.

L'hépatite B est très fréquente (env. 80%) chez les personnes issues de l'immigration (sud/est). Parmi elles, 90% sont asymptomatiques. L'hépatite B n'est donc détectée que par la sérologie. Les principaux paramètres sont **les anticorps (Ac) anti-Hbc, l'antigène (Ag) Hbs et les Ac anti-Hbs**. La vaccination constitue la protection la plus sûre contre cette maladie

Tableau 1: Aperçu des paramètres de l'hépatite

	Vaccination	Antécédents d'hép. B	Hép. B chronique
Ag Hbs	-	-	+
Ac anti-Hbs	+	+	-
Ac anti-Hbc	-	+	+
ADN-VHB	-	-	+

Ici aussi, les plaquettes peuvent renseigner sur la présence d'une fibrose (élastographie/biopsie), qui fait partie des critères d'évaluation d'un traitement, au même titre qu'une double augmentation des transaminases et un ADN du VHB >200 UI/l. Si ces critères sont remplis, il convient d'opter pour un traitement à long terme, bien toléré, par ténofovir alafé-

L'hépatite B est fréquente chez les patients issus de l'immigration.

namide à la dose de 25 mg par jour ou par ténofovir disoproxil à la dose de 245 mg par jour. Chez tous les autres patients et patientes, il suffit de déterminer les transaminases 1-2 fois par an, mais il est néanmoins recommandé de se concerter avec un spécialiste. **Attention: Avant une immunosuppression (prednisone pendant plusieurs semaines, médicaments biologiques, chimiothérapie, etc.), il faut impérativement rechercher et traiter une hépatite B, car une infection latente peut être activée par un traitement immunosuppresseur.**

L'hépatite virale curable

L'année dernière, 947 nouveaux cas d'hépatite C ont été signalés à l'OFSP, dont seulement 12 étaient des hépatites aiguës. Il est donc essentiel de rechercher l'hépatite, en particulier en tenant compte du fait que l'hépatite C est curable. Comme l'hépatite B, elle est plus fréquente chez les personnes âgées de 35-75 ans, mais elle concerne une proportion plus faible de patientes et patients issus de l'immigration (50%). Selon le Dr Helbling, la devise est «tester, tester, tester». En cas de consommation de drogues, il faudrait même tester 1 × par an, car une réinfection est possible. Le traitement fait appel à une préparation combinée associant deux inhibiteurs de protéines virales différents (par ex.: Maviret® 3 comprimés une fois par jour au cours d'un repas pendant 8 se-

maines ou Epclusa® 1 comprimé par jour pendant 12 semaines): l'avantage est que depuis le 1.1.2022, ce traitement peut également être prescrit par les médecins de famille. Pour de plus amples informations sur ce traitement, le Dr Helbling recommande de consulter les sites internet www.sasl.ch ou www.hepcare.ch. Ce dernier offre en outre la possibilité de demander une consultation sur dossier en cas de questions sur le traitement. Etant donné qu'il existe certaines interactions avec d'autres médicaments, un contrôle des interactions devrait en outre toujours être effectué (par ex. <https://www.hep-druginteractions.org/checker>). Afin de s'assurer de l'adhérence au traitement, le spécialiste recommande des rendez-vous de contrôle mensuels pendant la durée de la prise, ainsi qu'un contrôle de laboratoire unique 3 mois après la fin du traitement. Si l'ARN du VHC est négatif à ce moment-là, l'infection par le VHC est guérie. Il

Ce traitement peut aussi être prescrit par les médecins de famille.

convient de noter que les anticorps restent positifs à vie, raison pour laquelle ils ne renseignent pas sur la guérison d'une hépatite C. En cas de cirrhose, une concertation avec un spécialiste devrait toujours avoir lieu, car le traitement peut diverger de la norme connue et un contrôle échographique destiné à détecter un carcinome hépatocellulaire doit être effectué tous les 6 mois, même après la guérison de l'infection.

Correspondance

Matthias Widmer
Rédacteur responsable
Primary and Hospital Care
EMH Schweizerischer Ärzteverlag
Farnsbürgerstrasse 8
CH-4132 Muttenz
[office\[at\]primary-hospital-care.ch](mailto:office[at]primary-hospital-care.ch)

Take-home messages

- Même les patientes et patients «en bonne santé» peuvent être atteints de cirrhose – une hépatite doit être recherchée.
- La cirrhose est silencieuse et le chemin qui y mène (hépatite) aussi.
- Avant une immunosuppression (prednisone pendant plusieurs semaines, médicaments biologiques, chimiothérapie, etc.), il faut impérativement rechercher une hépatite B, car une infection latente peut être activée par un traitement immunosuppresseur.
- Dans le cadre du diagnostic différentiel, il convient également de toujours penser aux maladies suivantes: stéatose hépatique (↑ transaminases, γ-GT, ferritine ↓ saturation de la transferrine), Drug Induced Liver Injuries (principaux responsables: antibiotiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens!), hémochromatose (↑ ferritine et saturation de la transferrine); en cas d'élévation des paramètres de cholestase (γ-GT, phosphatase alcaline et bilirubine totale), envisager, outre les hépatites, des calculs biliaires (seule la cholédocholitiase entraîne une élévation des valeurs hépatiques) ou des tumeurs du pancréas (indolores).
- Les examens d'imagerie de choix sont: échographie abdominale pour la vésicule biliaire, tomographie par ordinateur ou imagerie par résonance magnétique (IRM) en cas de suspicion de tumeur du pancréas et IRM en cas de lésions hépatiques focales, IRM ou endo-échographie pour les calculs biliaires.

Référence

1 Nordlab.de [Internet]. Hameln: Partnerschaftspraxis für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie; c2021 [cité 9 avril 2022]. Disponible sur: <https://www.nordlab.de/index.php/de/26-rechner/156-apri>