

Reste t-il des indications à la biopsie
hépatique en dehors de la pathologie
tumorale ?

Valérie Paradis
Denis Ouzan

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Connaître les indications actuelles et les limites de la ponction biopsie hépatique
- Connaître les critères de qualité de la biopsie hépatique
- Savoir dans quels cas les tests non invasifs peuvent se substituer à la PBF

LIENS D'INTÉRÊT

Valérie Paradis

Denis Ouzan

Aucun lien d'intérêt

Biopsie Hépatique



Réalisation de la biopsie

- par voie intercostale
- par voie transjugulaire
- (par voie laparoscopique)

Dans l'idéal : 20 mm avec ≥ 10 espaces porte (hors cirrhose)
(aiguille 16 Gauge)

⚠ 1/50000^{ème} du foie

- 1) Etablir un bilan des lésions tissulaires hépatiques
- 2) Apprécier la sévérité de la maladie
- 3) Orienter vers une étiologie

Indications actuelles de la PBF

FDR d'hépatopathie connus

- Hépatites virales B, C
 - NON sauf si facteurs de comorbidité
- Stéatopathies métaboliques
 - OUI si à risque de développer une maladie sévère
- Maladie OH
 - OUI pour rechercher une HAA

FDR d'hépatopathie Ø

- Éléments morphologiques d'orientation
 - Type de lésions
 - Systématisation des lésions
 - Intensité des lésions
 - Type infiltrat inflammatoire
 - Surcharge pigmentaire

Conditions techniques de la PBF Recommandations AFEF 1999

- Tests de coagulation (TP, TCA, Plaquettes, TS)
- Voie transpariétale ou transjugulaire
- Repérage ou guidage échographique (transpariétale)
- Ambulatoire

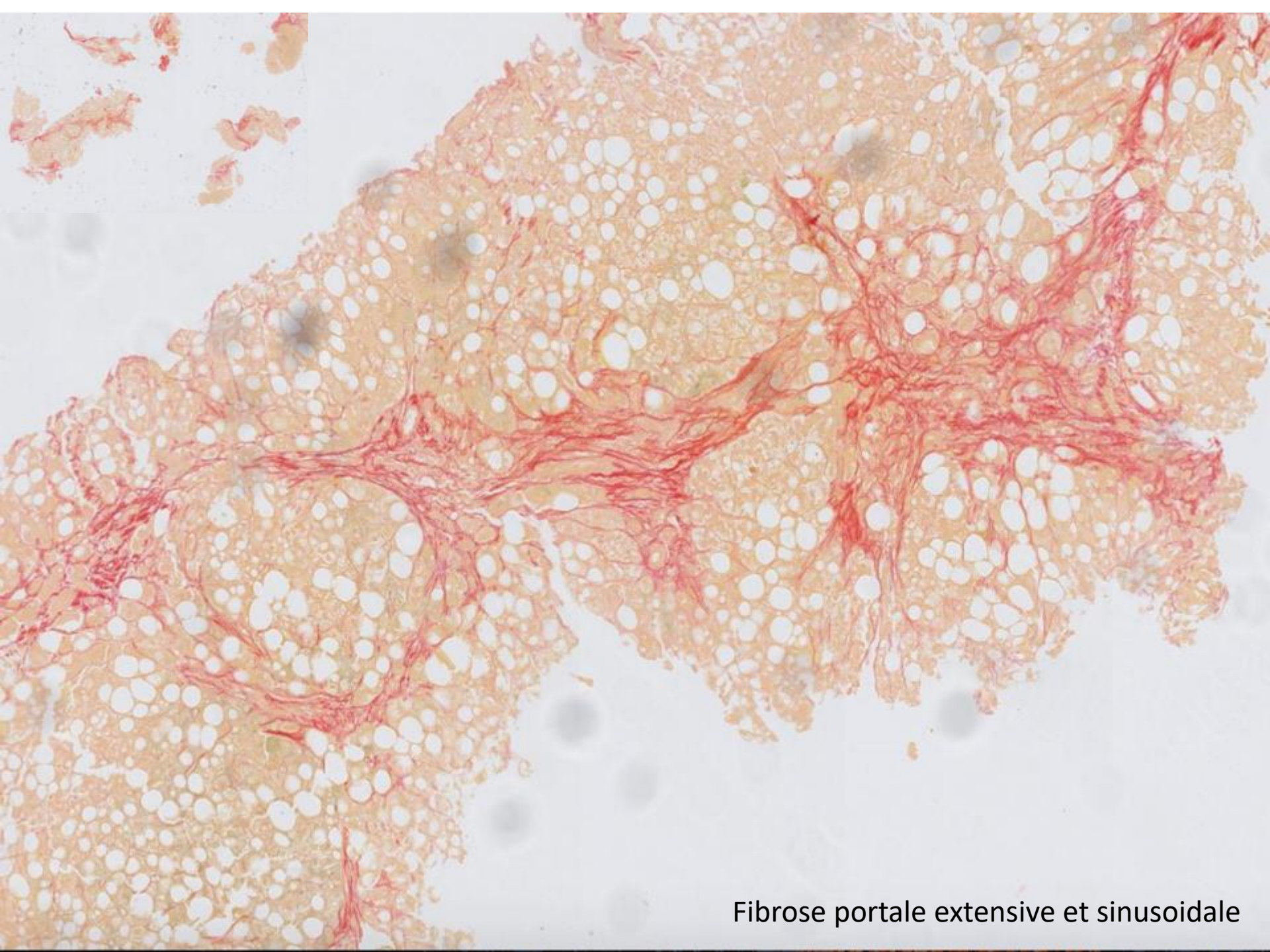
Cas n°1 : Femme de 51 ans adressé en juin 2016 par son MT pour élévation persistante des ALAT

- ASAT/ALAT (131/244), GGT (190), Ferritine (586 ng/ml) TG (3g/L)
- ATCD: **Diabète type 2 (Metformine)**
- Alcool =0
- Examen Physique
PA: 150/85
IMC: 29.5 (165 cm /75 Kg)
Hépatomégalie 2TDD
- Examens complémentaires
AgHBs, antiVHC et Autoanticorps négatifs
Fibroscan 9.3 KPa (10 mesures, IQR: 2,1 TDR :100%)
Echographie: foie hyperéchogène, homogène

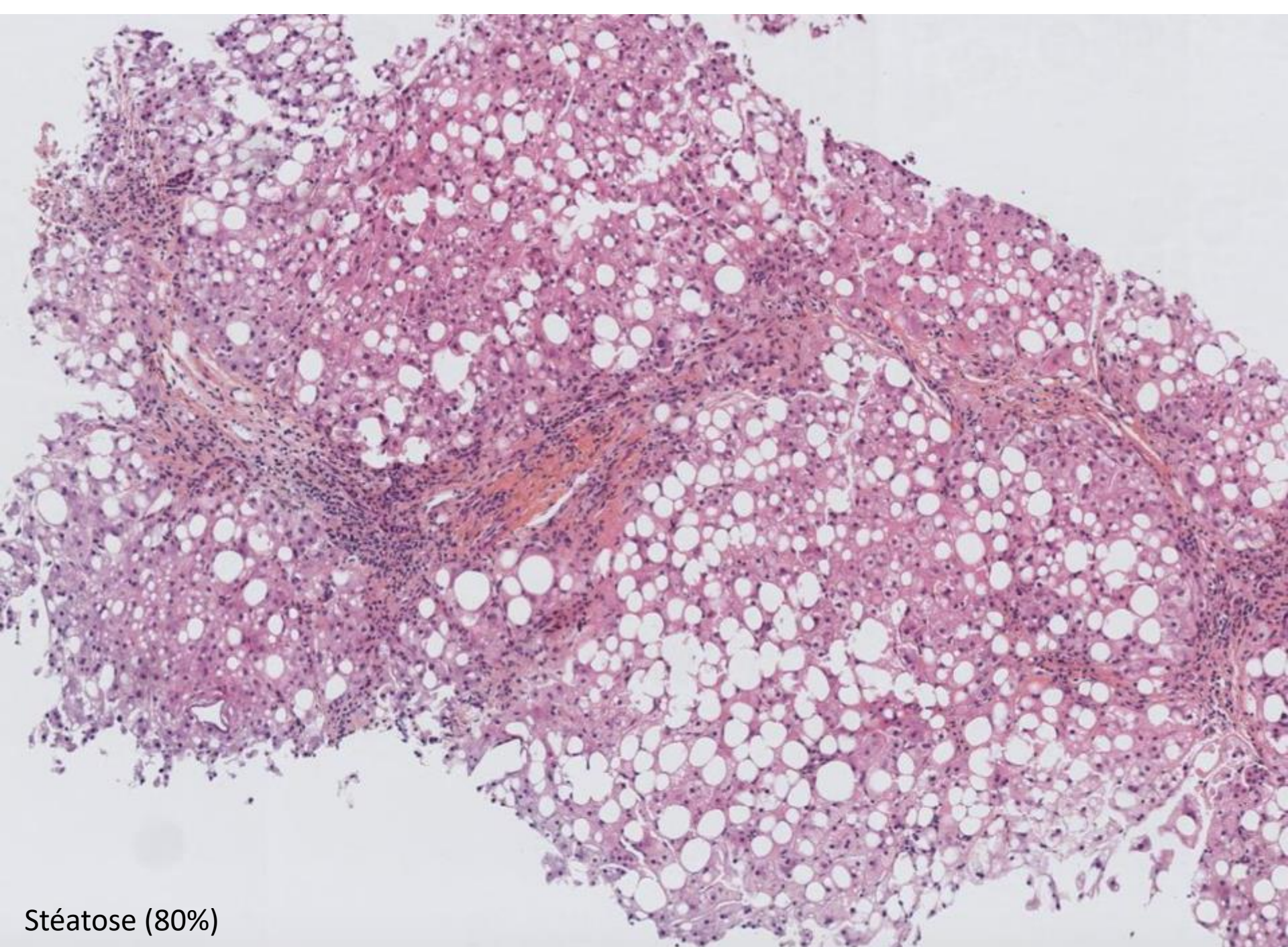
L'auriez vous biopsié ?

- Oui
 - Non
-
- Cytolyse hépatique
 - Syndrome métabolique (HTA, Diabète, Obésité, TG)
 - Elasticité: 9.3 Kpa
 - Foie hyperéchogène

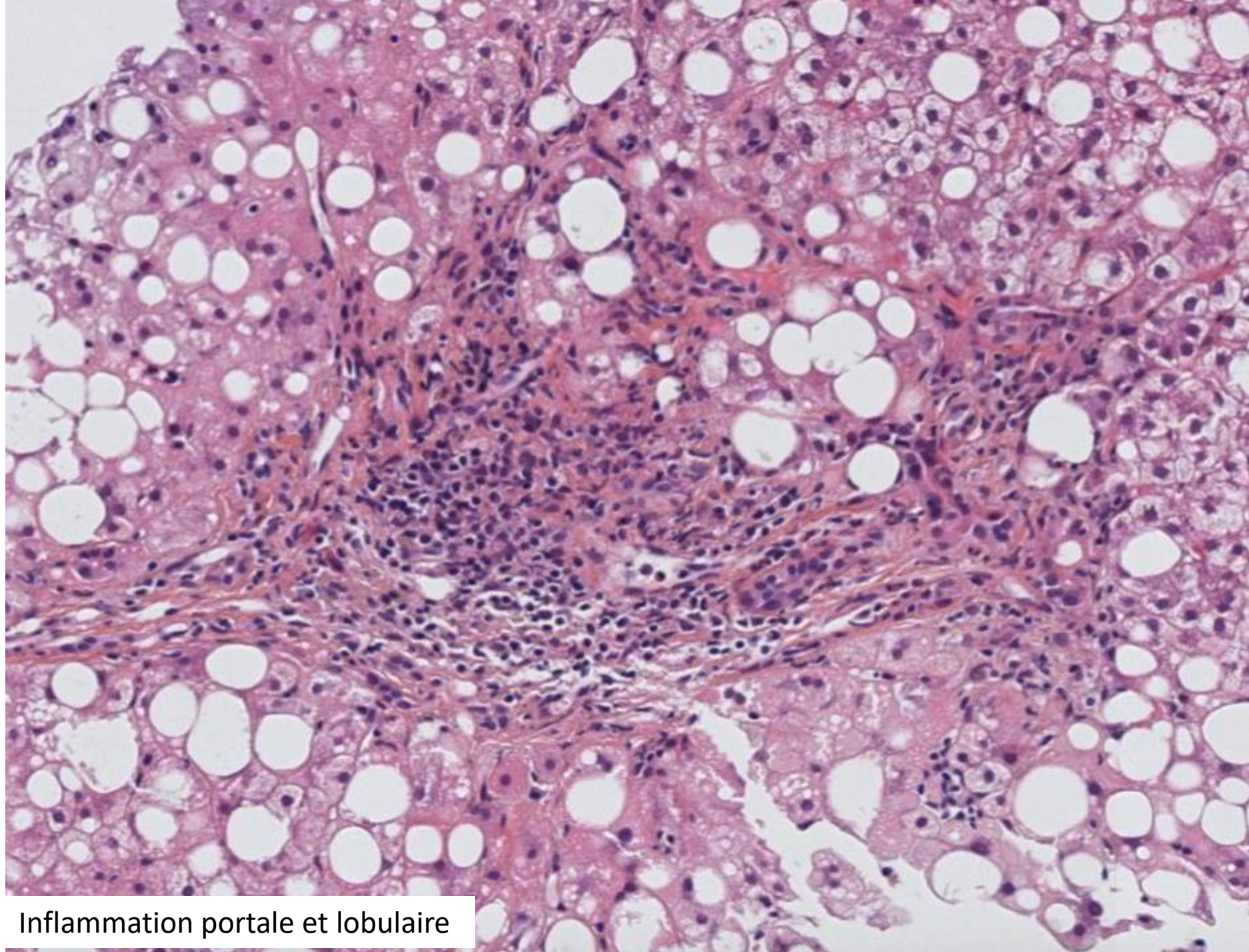
Evaluer la sévérité de l'hépatopathie pour adapter la prise en charge



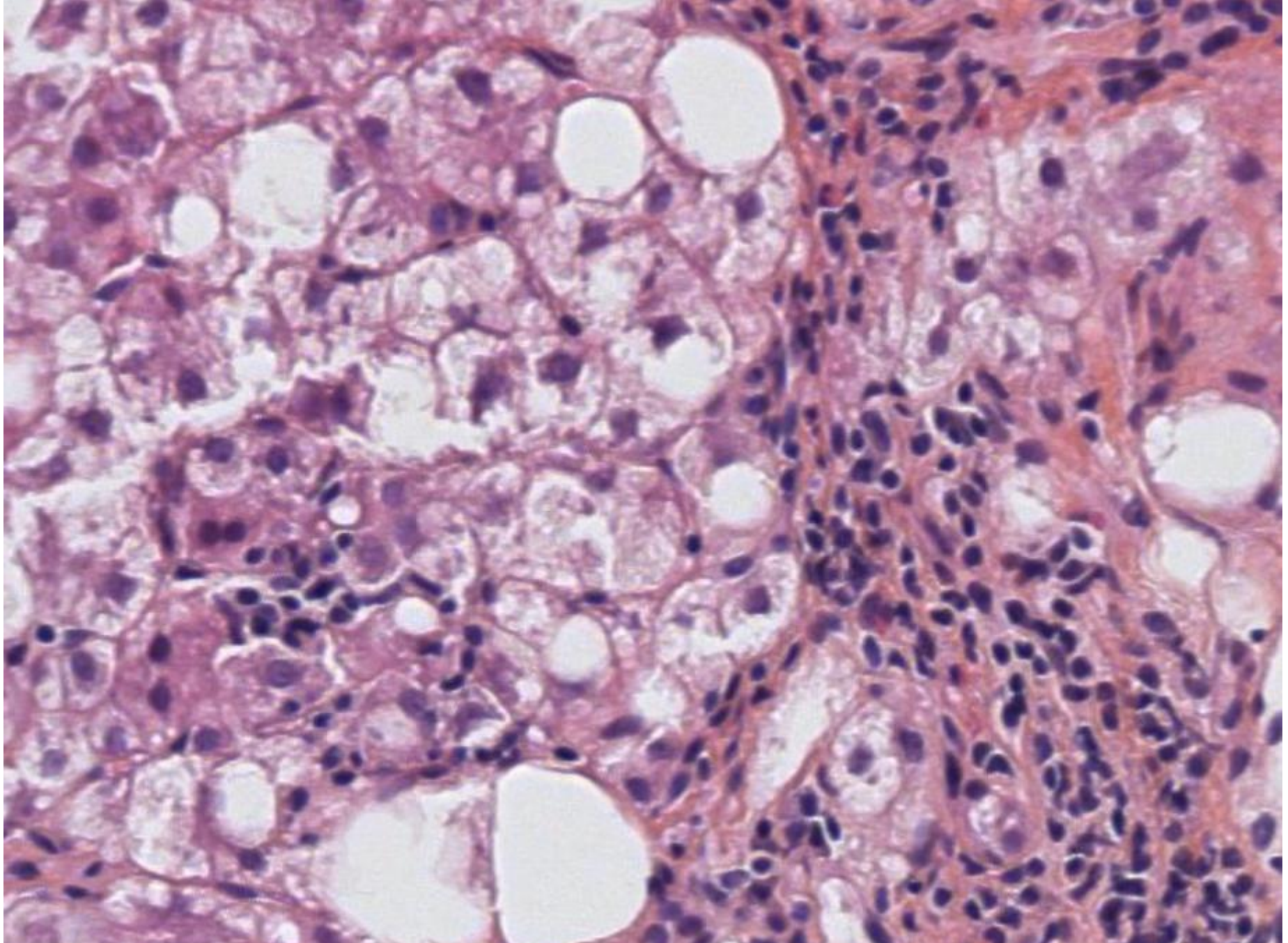
Fibrose portale extensive et sinusoidale



Stéatose (80%)



Inflammation portale et lobulaire



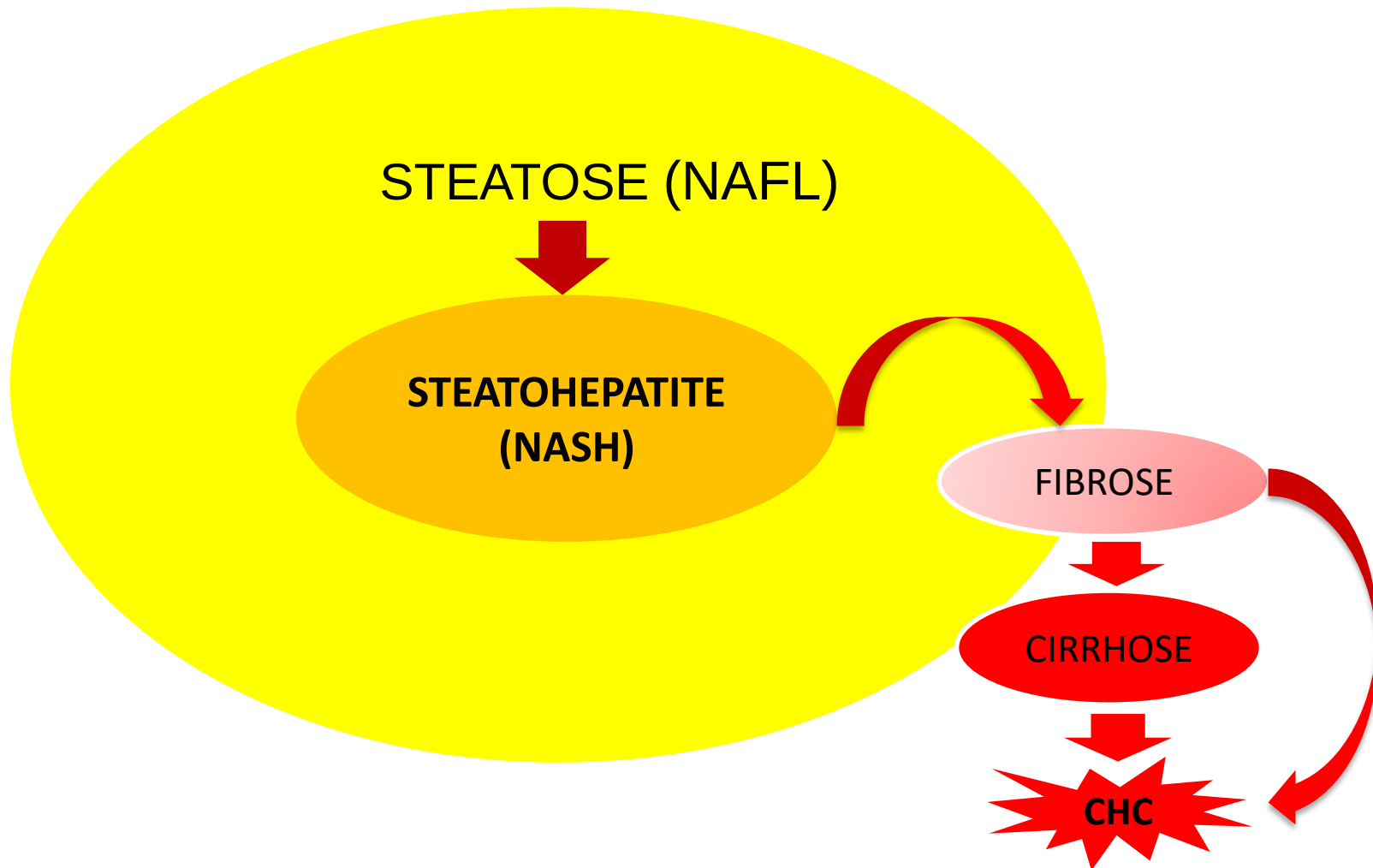
Ballonisation hépatocellulaire et inflammation lobulaire

Diagnostic

- Stéatopathie métabolique
 - Fibrose septale avec stéatose marquée et stéato-hépatite

NAFLD (Non Alcoholic Fatty Liver Diseases)

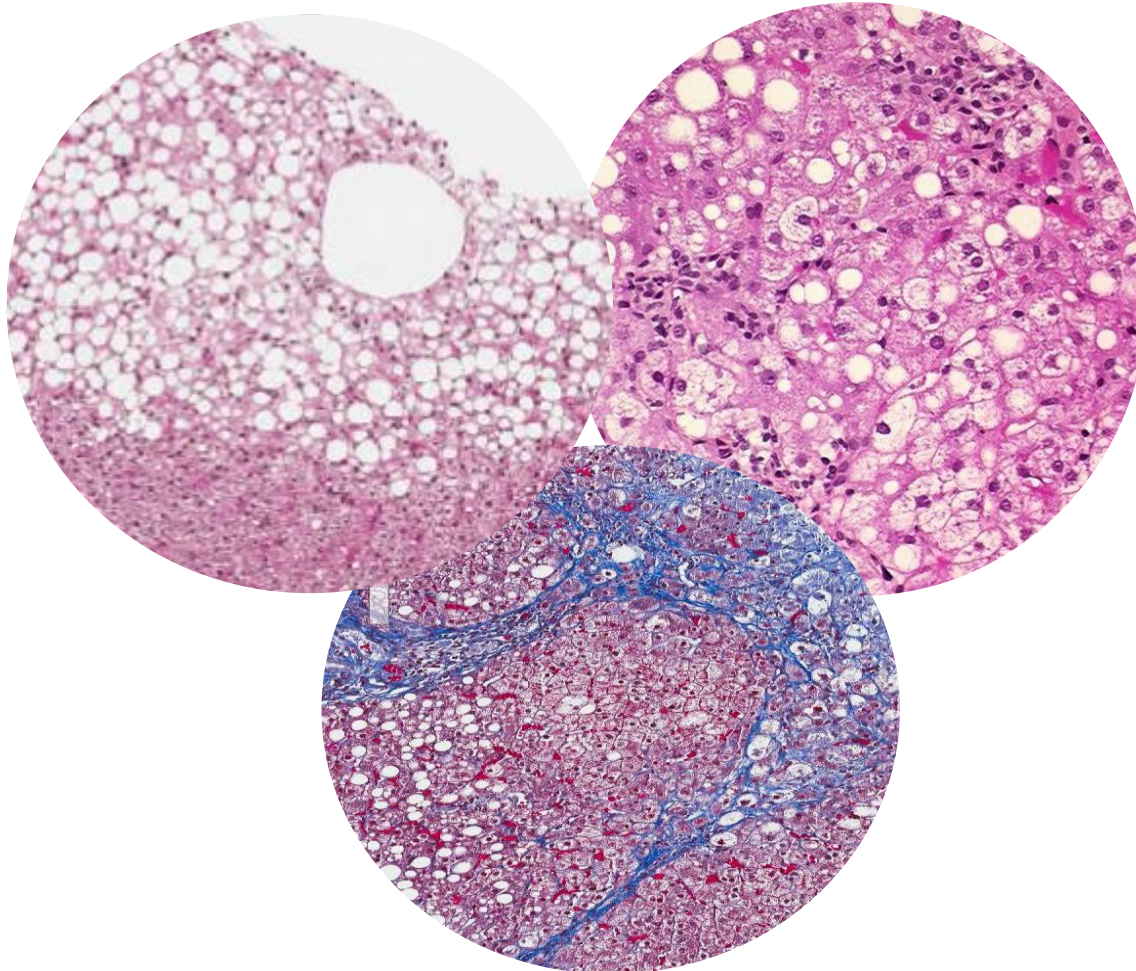
Stéatopathies Non Alcooliques



Une association de lésions élémentaires

STEATOSE
Le marqueur

ACTIVITE
Le moteur



FIBROSE
La conséquence

NAFLD Activity Score (NAS)

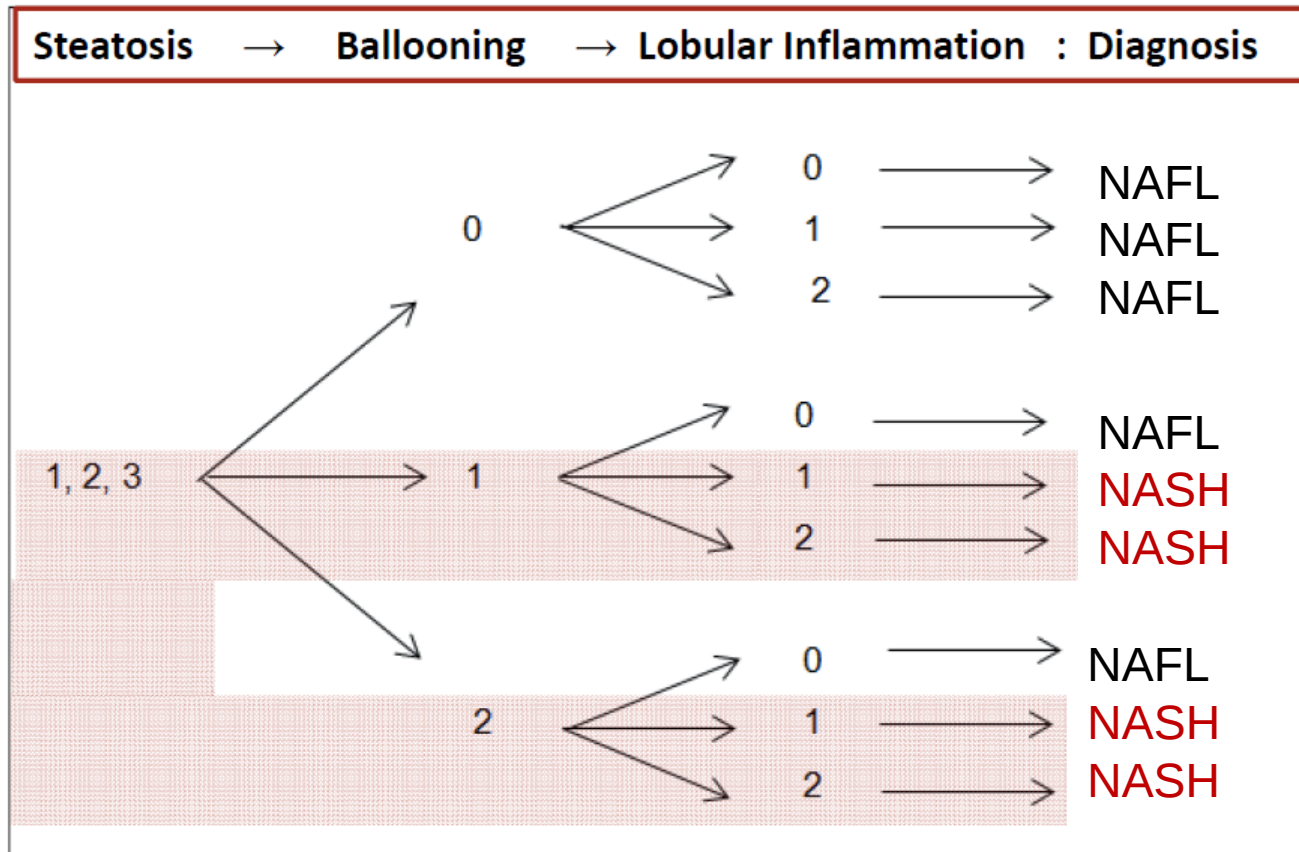
Stéatose %	Inflammation Nombre foyer/ grandissement 200	Ballonnisation	Score NAS	
0-3	0-3	0-2	0-8	
0: < 5 %	0: 0	0: absence	0-2: Non NASH	
1: 5-33 %	1: <2	1: quelques	3-4: Borderline	= NASH incertaine
2: 34-66 %	2: 2-4	2: nombreuses	≥5: NASH	= NASH certaine
3: 67-100 %	3: >4			

Score NAS = somme des grades de stéatose, inflammation et ballonnisation

NAS: Score non diagnostique, établi pour des études cliniques
⚠ Score global, inclut la stéatose (marqueur, poids > ballonnisation)

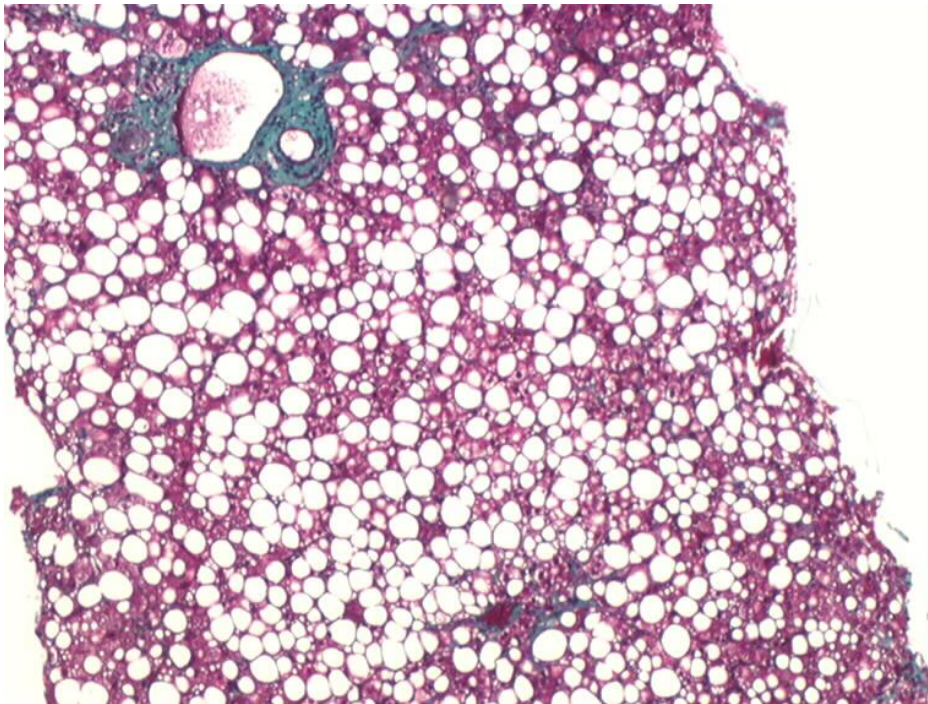
SAF Score

(Stéatose Activité Fibrose)

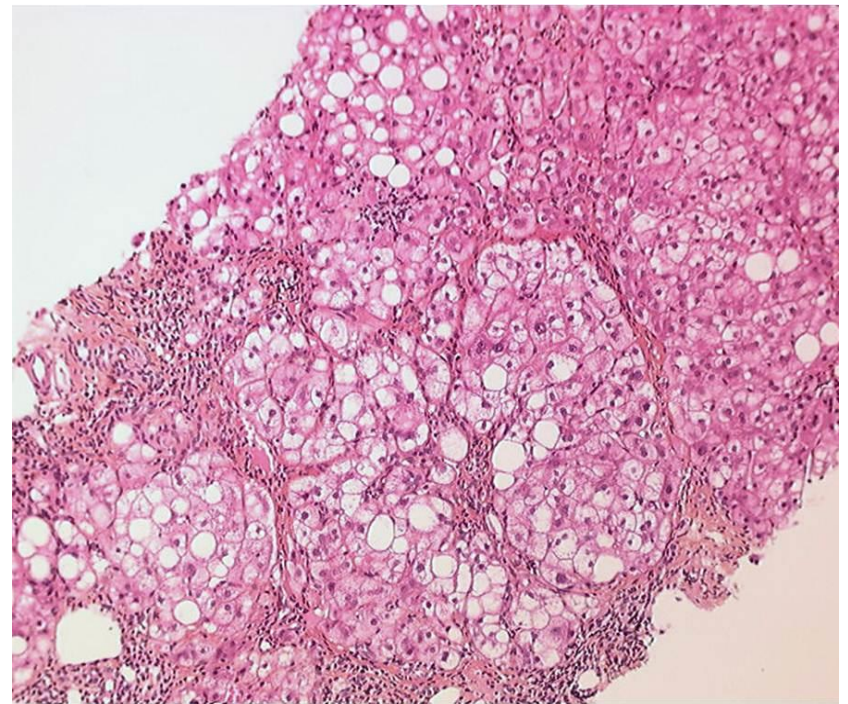


NAS vs SAF

NAS 3 (Borderline), S₃A₀F₁ (NAFL)



NAS 4 (Borderline), S₁A₄F₄ (NASH)

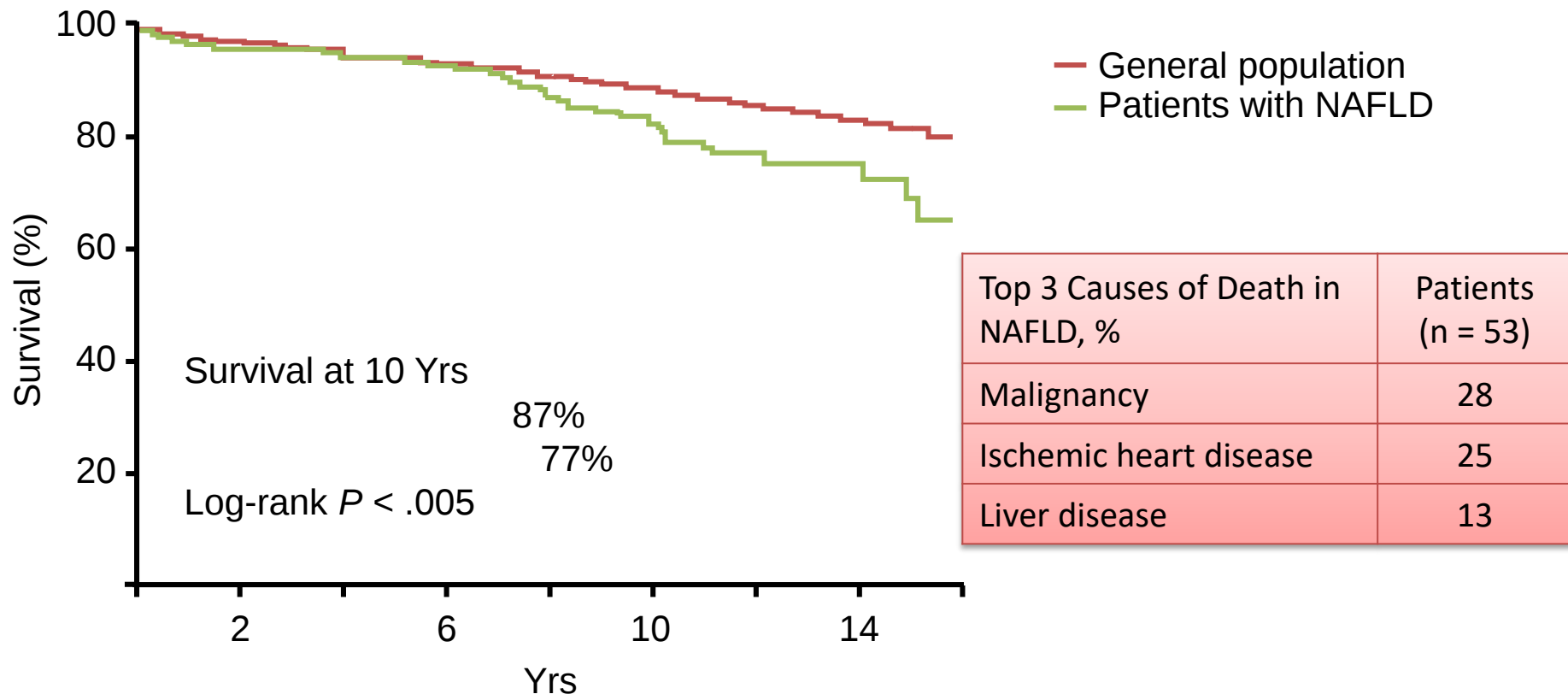


Evaluation de la Fibrose

Fibrose (Kleiner, Brunt 1999)	Fibrose (Métavir)
0-4	0-4
F0: normal	F0: normal
F1: sinusoidale péri centrolobulaire (a: discrète, b: modérée) Fibrose portale (c)	F1: Fibrose portale
F2: sinusoidale et portale	F2: Fibrose portale, quelques septa
F3: septa fibreux	F3: Fibrose portale, nombreux septa
F4: cirrhose	F4: cirrhose

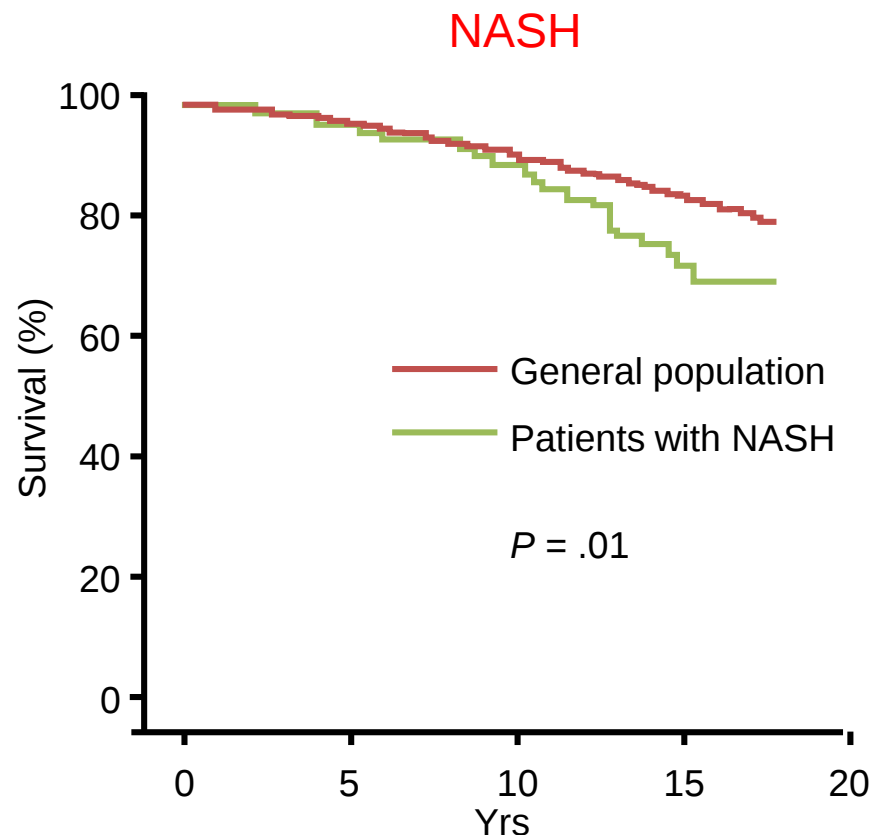
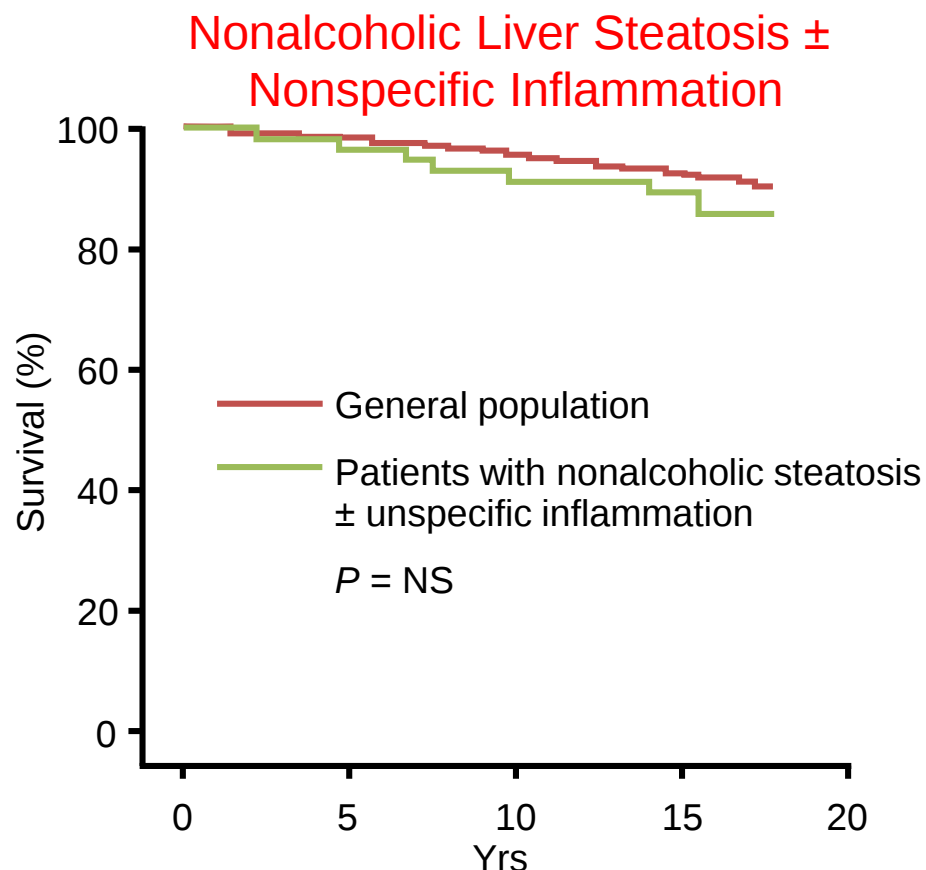
Mortality in Patients With NAFLD

- Patients with NAFLD (N = 420) matched by age and sex to general population in Minnesota, followed for 7.6 ± 4.0 yrs



Mortality Due to NASH Among Patients With NAFLD

- Patients with NAFLD (N = 129) matched by age and sex within same county in Sweden and followed for 13.7 yrs (SD: 1.3 yrs)



NAFLD: Recommandations françaises (AFEF et SNFGE)

Si facteur de risque métabolique

Faire bilan hépatique + échographie

Si stéatose ou cytolyse

FibroScan® + Biomarqueur

Concordance

Discordance
ou « zone grise »

Pas de fibrose sévère-
cirrhose

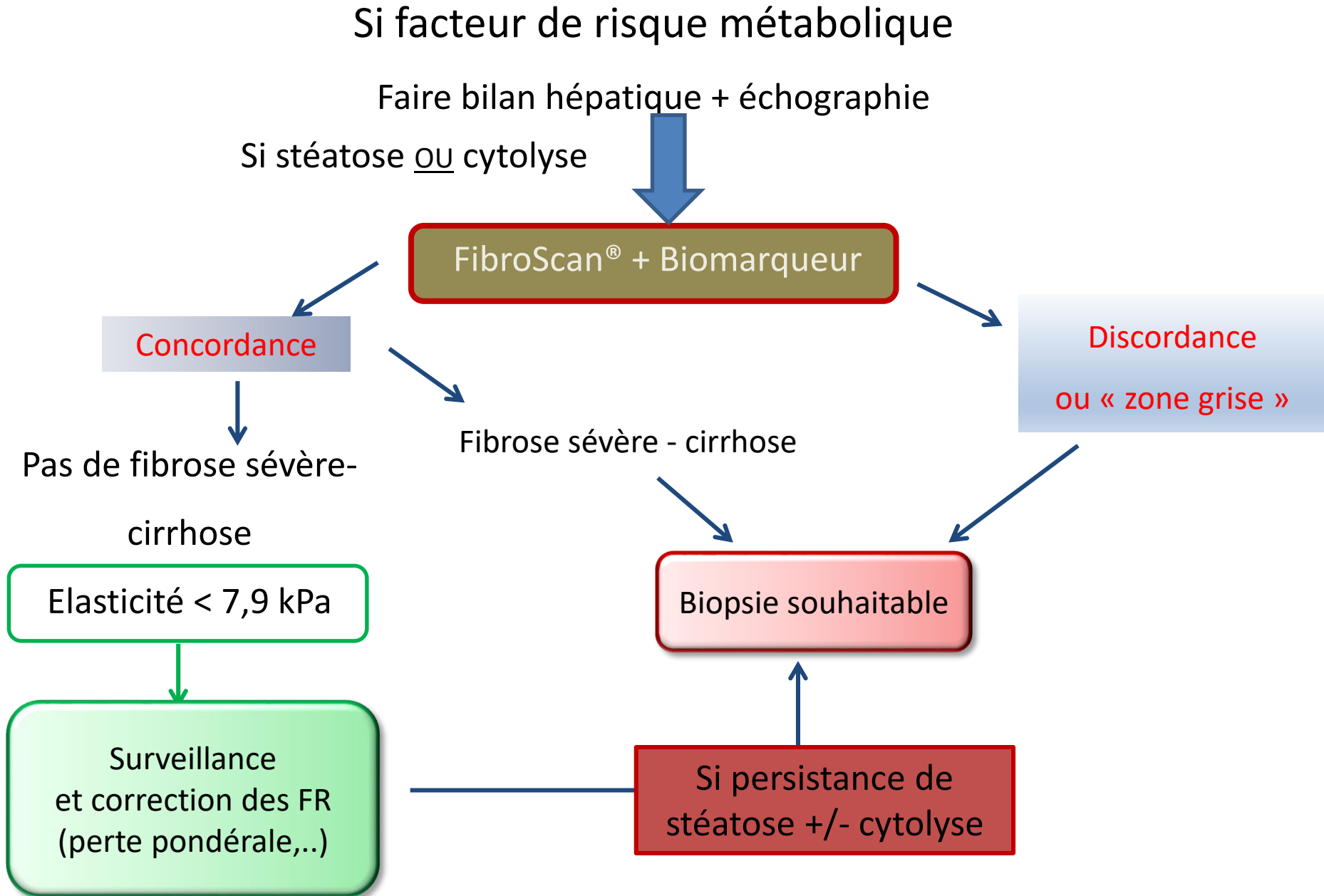
Fibrose sévère - cirrhose

Elasticité < 7,9 kPa

Biopsie souhaitable

Surveillance
et correction des FR
(perte pondérale,..)

Si persistance de
stéatose +/- cytolyse



Stéatopathies non alcooliques

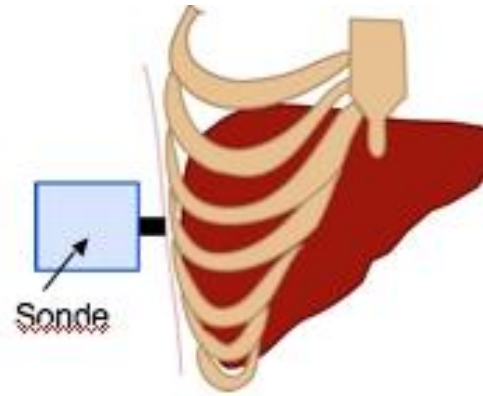
- Comparaison entre Fibroscan et biopsie hépatique

Nb de PATIENTS	AUROC for F≥2	Cut-off (kPa)	Se (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)	REFERENCE
97	0.87	6.7	88.2	73.9	78.9	85.0	[1]
309	0.84	7.0	79.2	75.9	69.6	84.0	[2]
65	0.79	6.8	66.7	84.3	60.0	87.8	[3]
50 (pédiatrie)	0.99	7.4	100	92	80	100	[4]
72	0.80	7.0	76	80	75	78	[5]
50	0.80 (adjusted)	NR	NR	NR	NR	NR	[6]
563	0.84	7.0	79	76	NR	NR	[7] meta analysis

- Comparaison entre Fibroscan et marqueurs sériques:
 - Le FibroScan fournit les résultats les plus fiables [1-2]

Critères d'interprétation du FibroScan®

- Patient à jeun de 2H
- ALAT < 5N
- Ø cholestase extra-hépatique
- Ø insuffisance cardiaque droite / congestion
- Ø consommation d'alcool excessive
- Opérateur expérimenté



9^{ème} – 11^{ème} espace inter-costal

IQR / M

< 10%

Valeur très fiable

10-30%

Valeur fiable

> 30%

NON interprétable

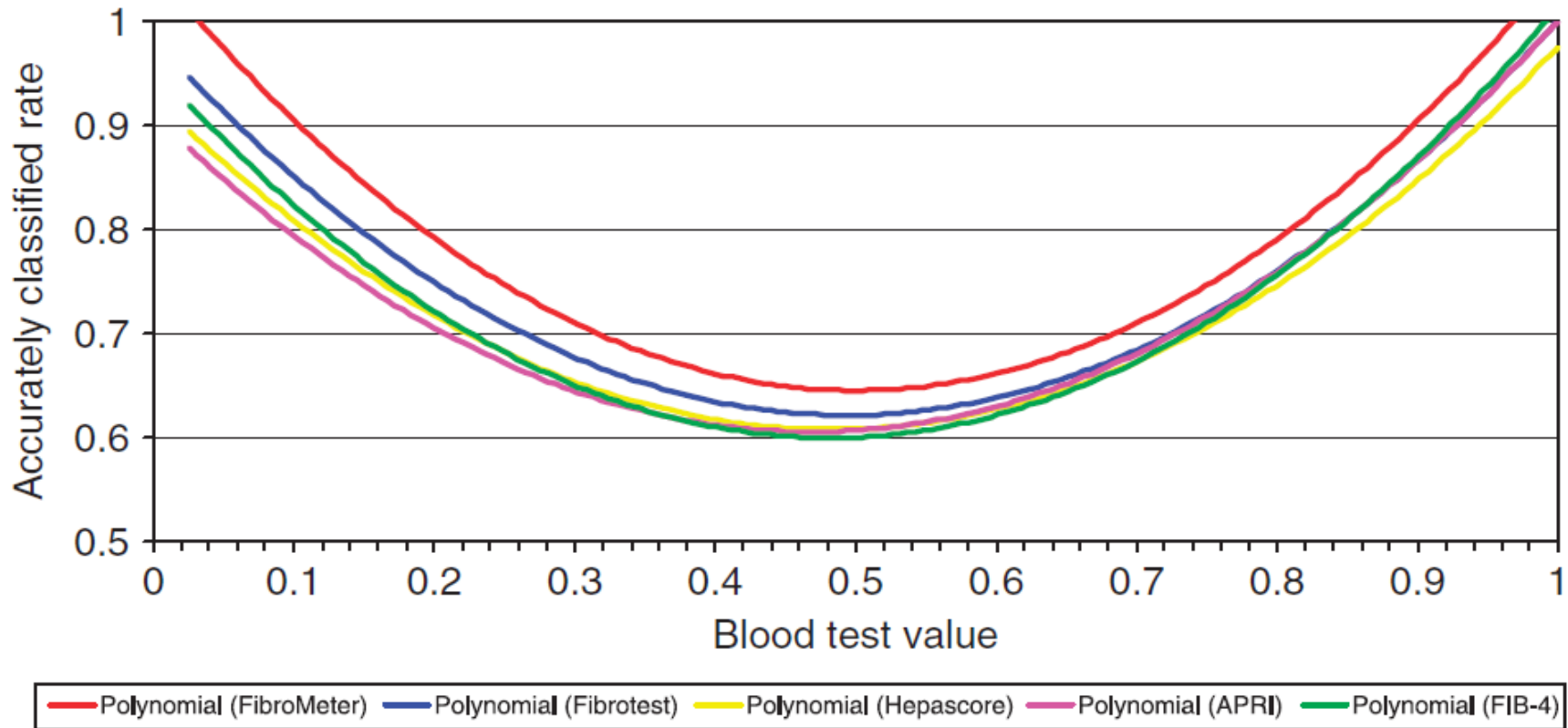
Critères de validité

- ≥ 10 mesures valides
- IQR / médiane ≤ 30%
- Taux de succès ≥ 60%

Utiliser sonde XL si IMC > 30kg/m²

Marqueurs sériques de fibrose

Biens classés pour Métavir F>2 et F<1



Fibrotest

causes d'erreurs (n = 8 524)

Faux positifs

Hémolyse (4,7 %)

Gilbert (1,4 %)

Médicaments

Sepsis

Faux négatifs

Inflammation

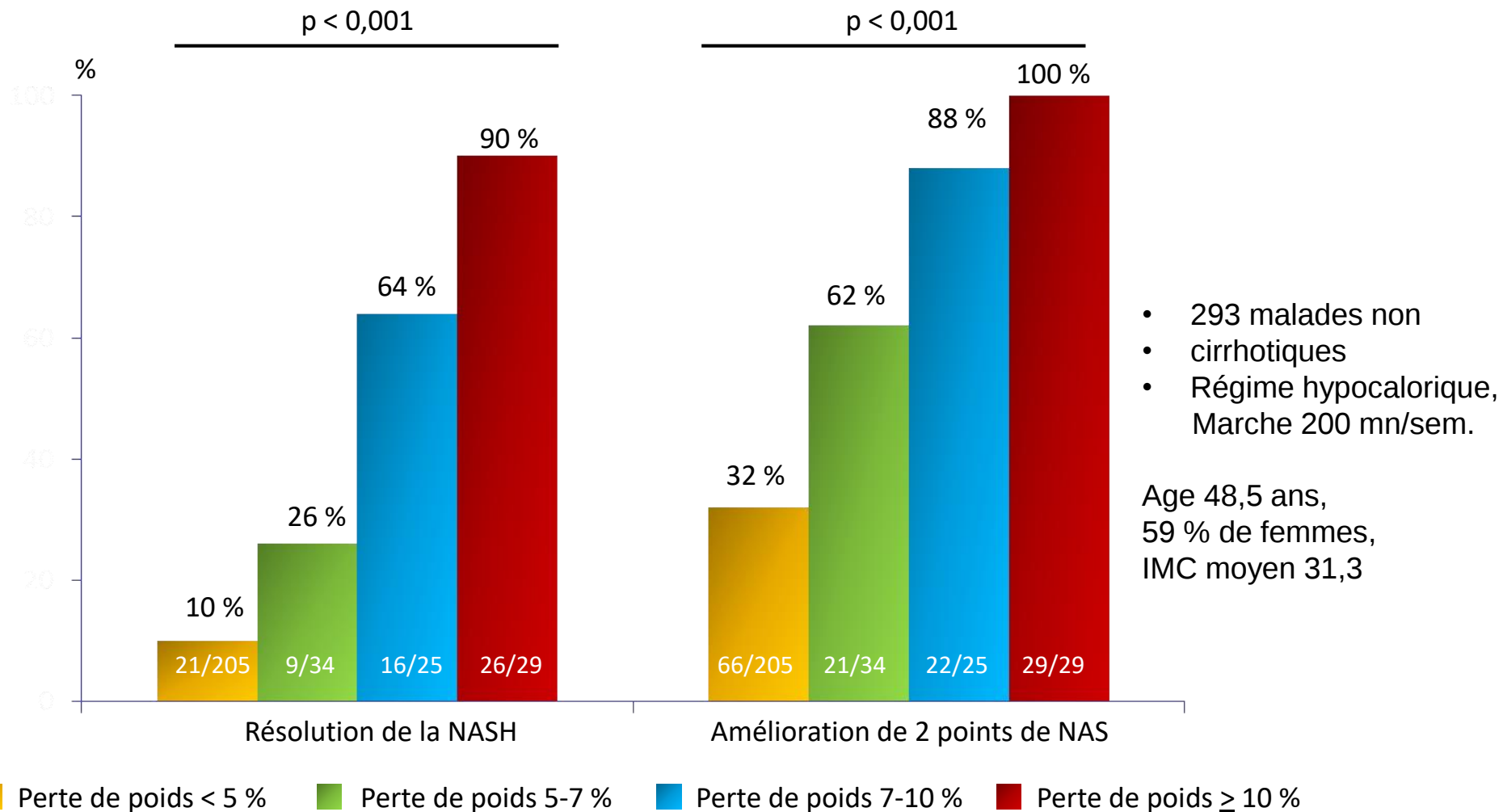
Evolution

Score SAF S3A4F3, NAS 7

	06/2016	09/2016	02/2017
POIDS (kg)	75	69	68
ALAT (UI/L)* N<55	60	56	41
GGT (UI/L)** N<60	190	71	51
FERRITINE (ng/ml)	586	189	196
GLYCEMIE (G/L)	1.20	1.04	1.08
HOMA	8		3

Importance de la perte de poids sur l'amélioration de la NASH

Taux de résolution de la NASH et d'amélioration du score NAS en fonction de l'importance de la perte de poids



Cas n°2 : Femme de 59 ans adressée en avril 2016 par son MT pour asthénie depuis 1 an

- ASAT/ALAT (640/684), GGT (190), Ferritine (689 ng/ml)
- ATCD et Alcool =0
- Examen Physique
 - IMC: 20.5 (168 cm / 58 Kg)
 - Subictère
 - Hépatomégalie 2TDD
- Examens complémentaires
 - Sérologies virales négatives
 - Auto-anticorps : Anti-muscle lisse 1280 N<80 et anti-actine +
 - VS 120/140 et IgG 45 g/L (N<16)
 - Echographie: foie homogène

L'auriez vous biopsié ?

- Oui
 - Non
-
- Cytolyse hépatique 15N
 - AML+
 - élévation majeure des IgG

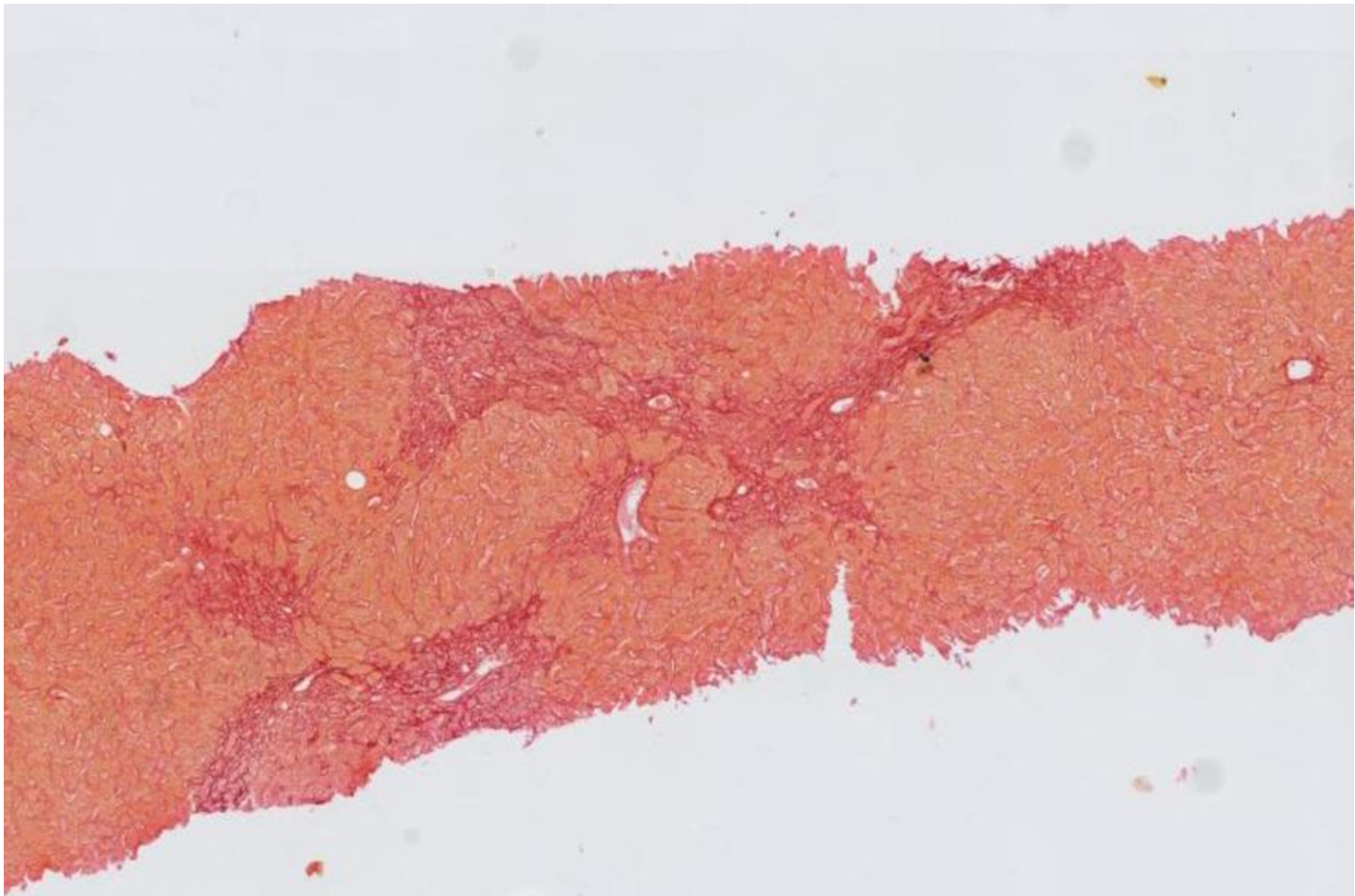
A priori OUI

**Confirmation du diagnostic
Evaluation de la Sévérité maladie**

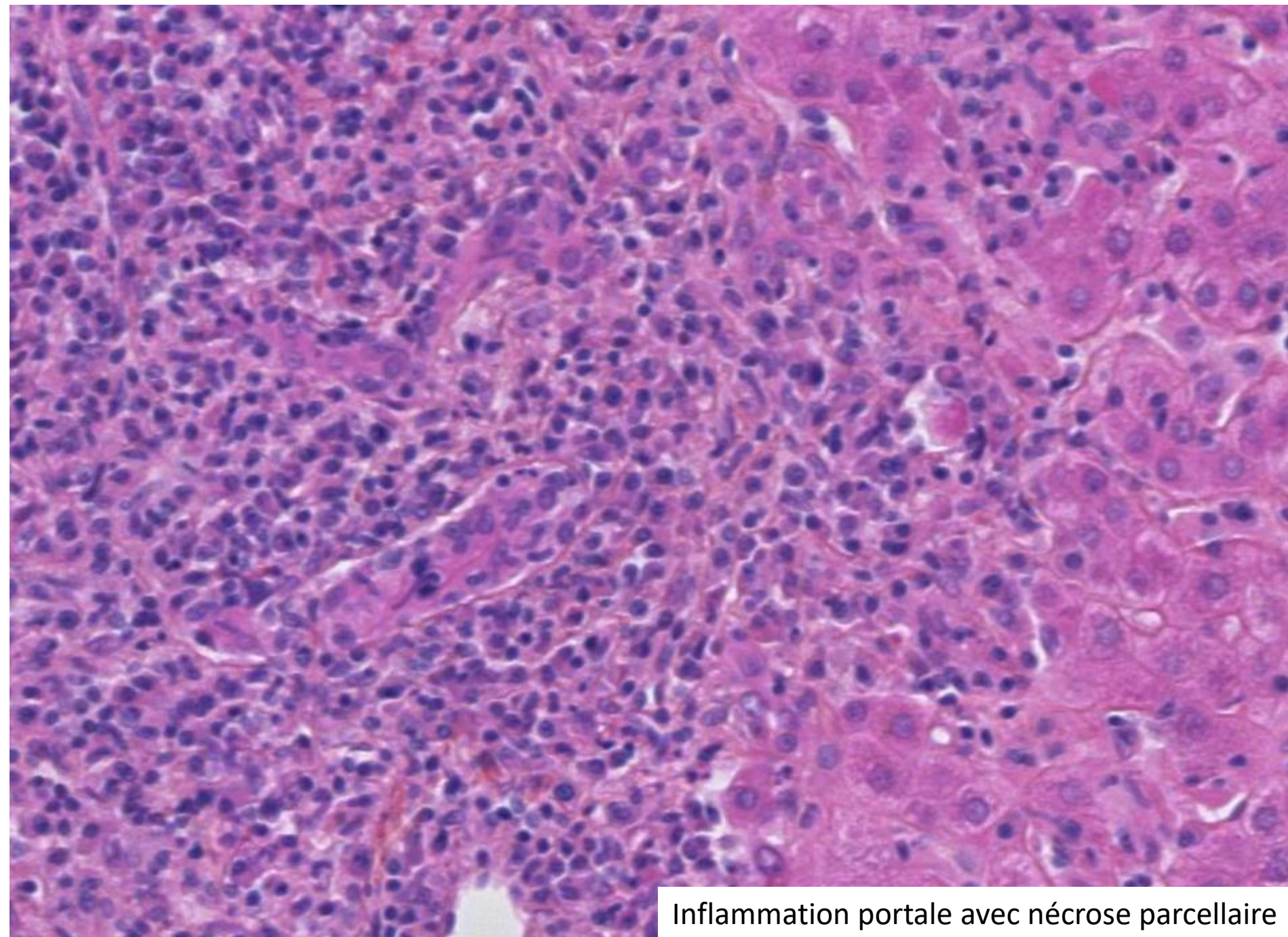
AASLD Practice Guidelines 2010

Diagnosis and Management of Autoimmune Hepatitis

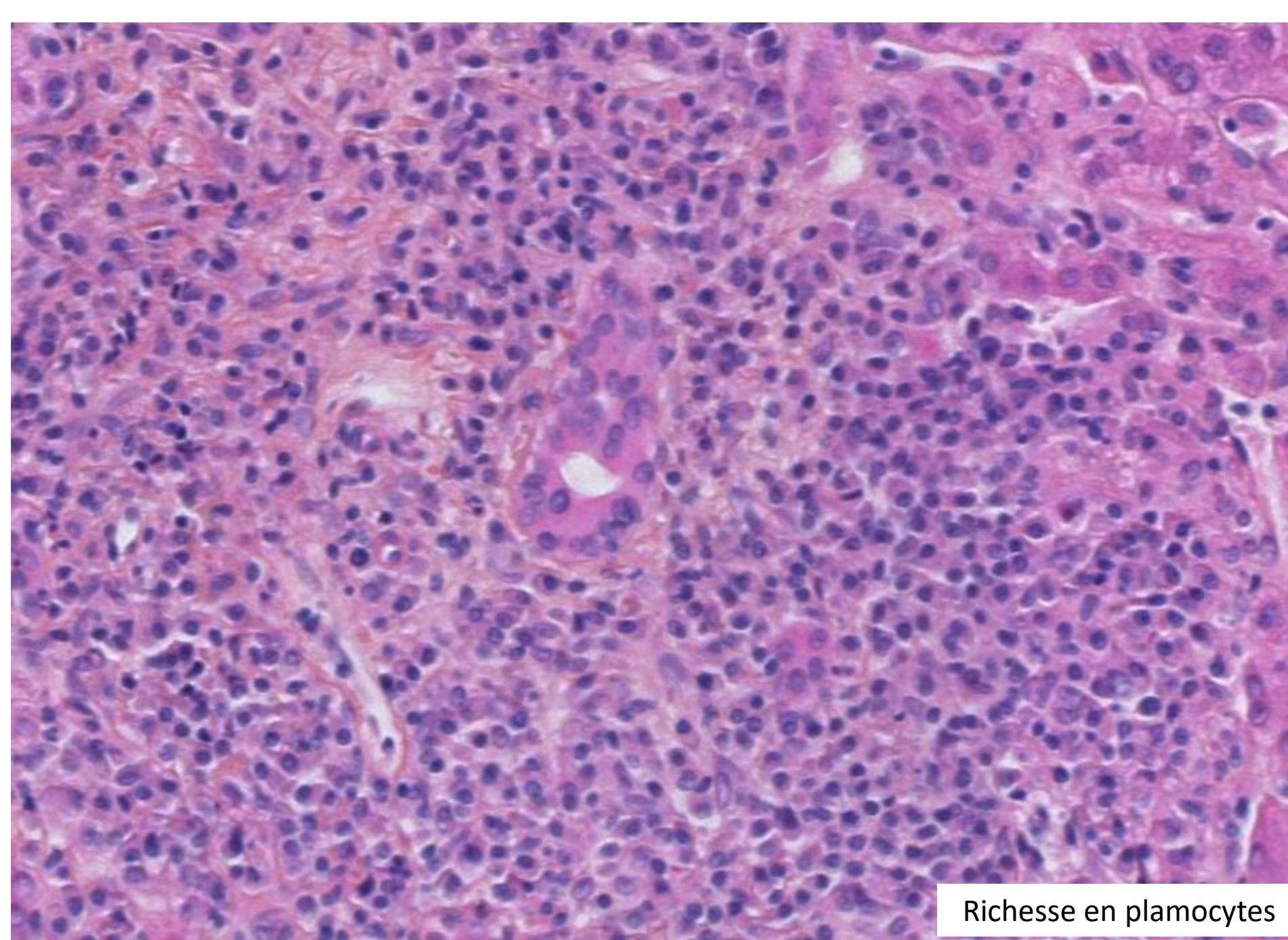
La Biopsie hépatique indispensable pour le diagnostic et la décision thérapeutique.



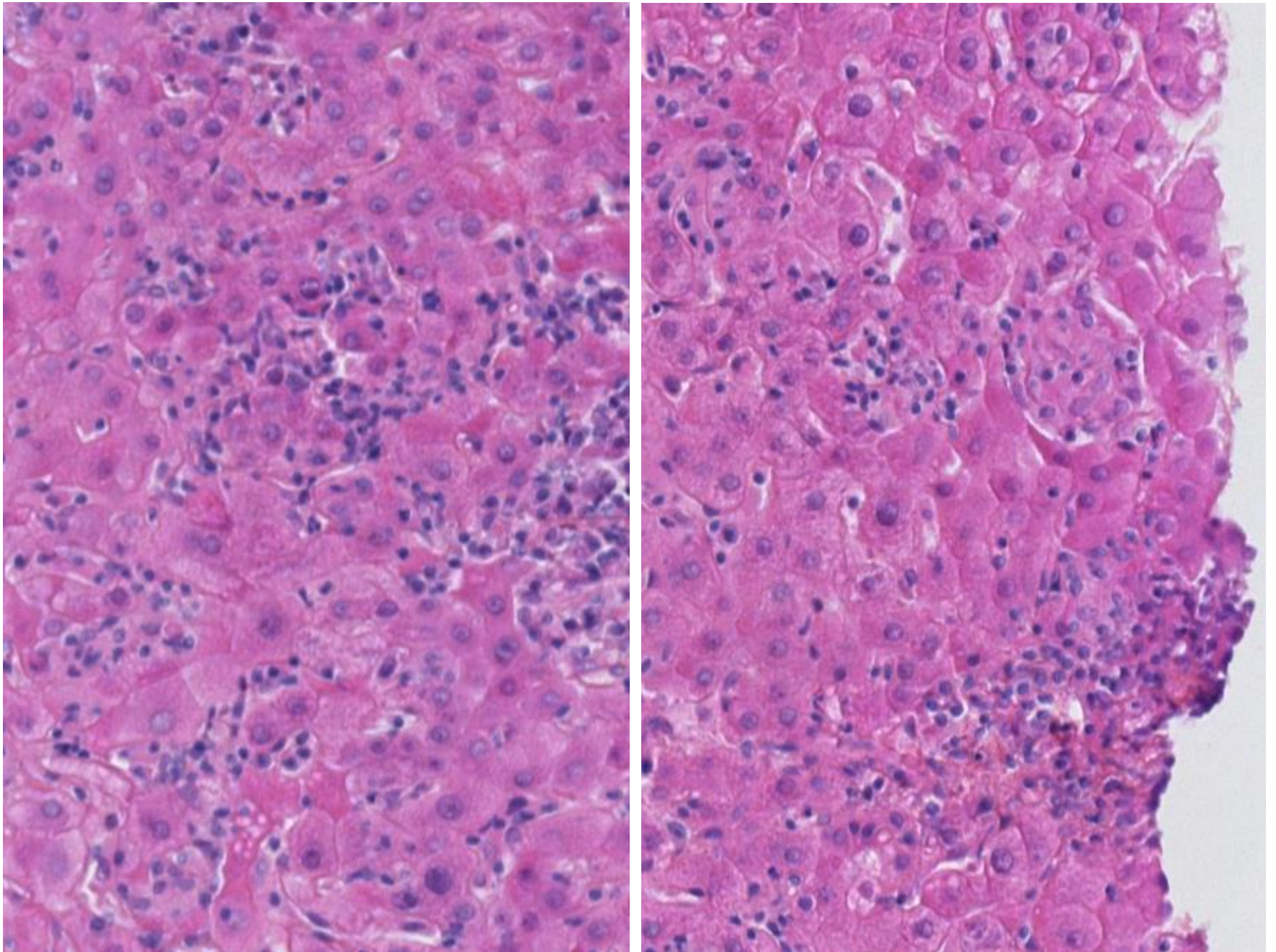
Fibrose portale extensive



Inflammation portale avec nécrose parcellaire



Richesse en plasmocytes



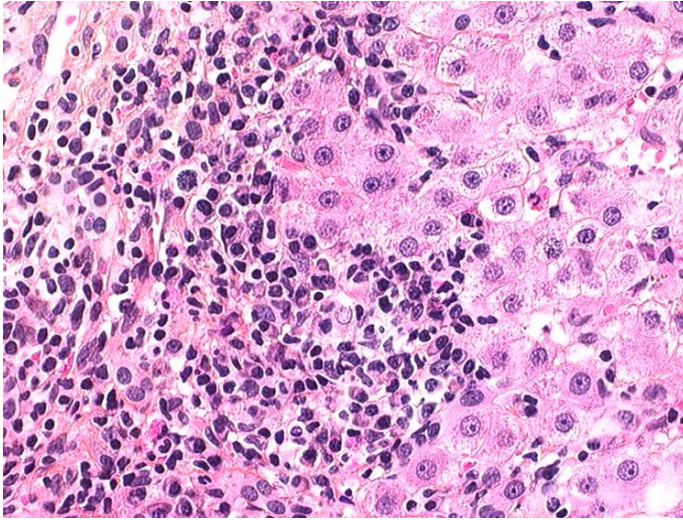
Activité lobulaire focalement granulomateuse

Diagnostic

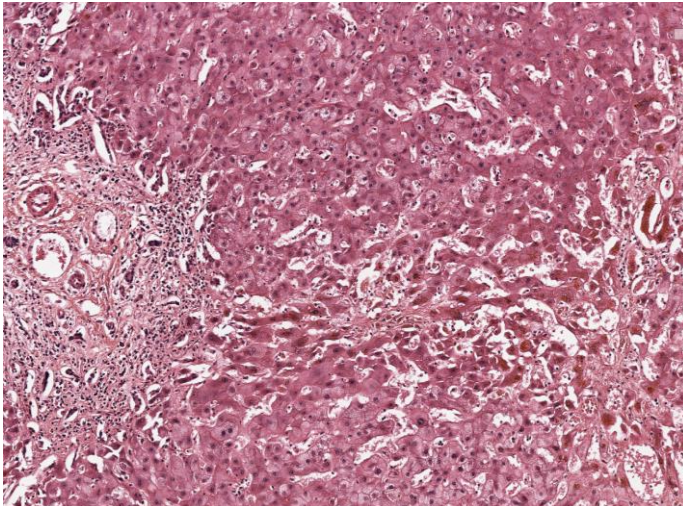
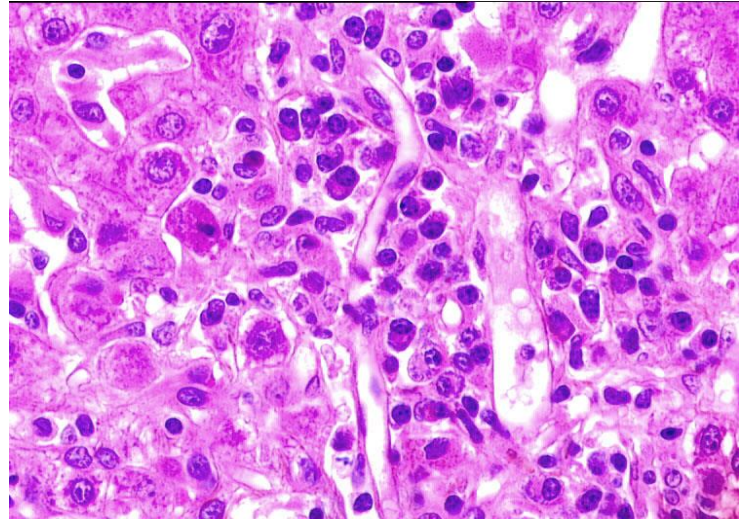
- Hépatite chronique très active avec fibrose septale (A3F2) compatible avec une origine auto-immune

Éléments morphologiques Auto-immunité

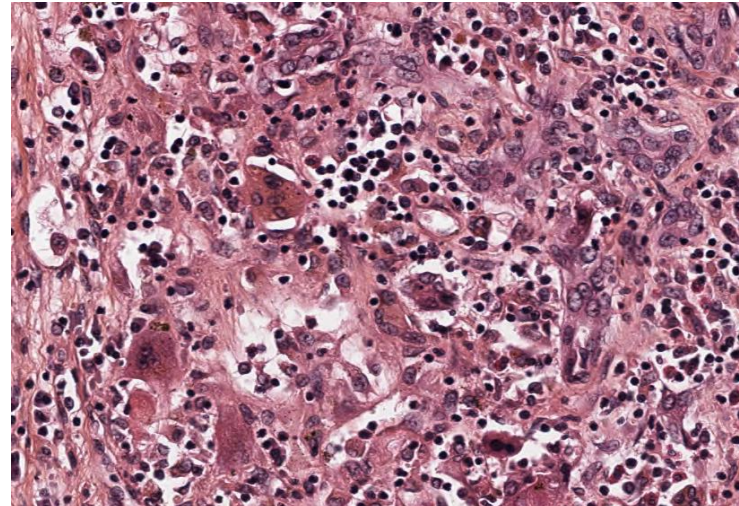
Hépatite d'interface



Inf plasmocytaire



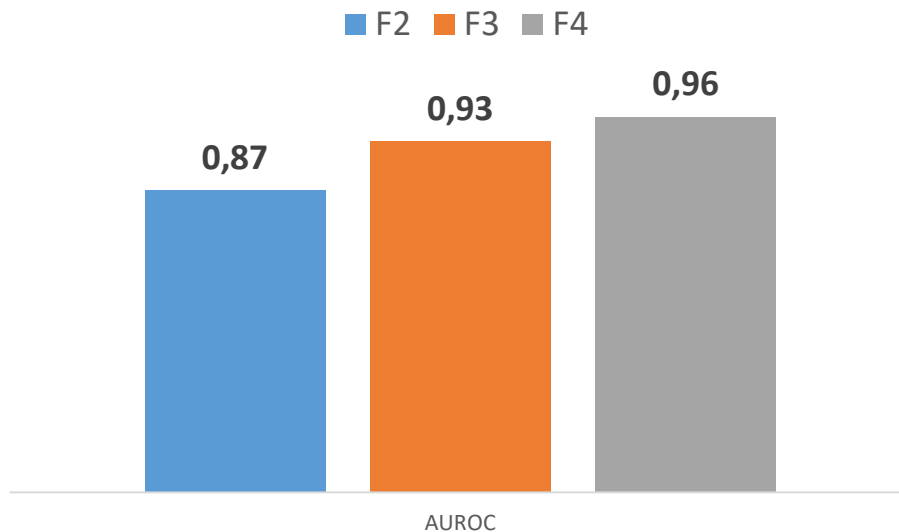
Nécrose en pont



Cellules multinucléées

Fibroscan et hépatite auto-immune

Fibroscan vs histologie



n=94

Stade de fibrose	F≥2	F≥3	F4
cut-off optimal (kPa)	5.8	10.4	16
Se	0.9	0.83	0.88
Sp	0.72	0.98	1
PPV	0.83	0.92	1
NPV	0.84	0.91	0.98

- Le fibroscan permet de déterminer une fibrose sévère
- **Mais il s'agit d'une maladie cytolytique**
- Les marqueurs sériques n'ont pas de place dans l'HAI

Evolution sous Imurel 50mg/j et Solupred 40 mg/j à dose dégressive

	05/2014	06/2014	06/2015	06/2016	02/2017
ALAT (UI/L) N< 49	516	25	26	19	12
GGT (UI/L) N<38	548	29	32	17	29
PAL N<91	237	63	68	61	66

Hépatites auto-immunes: diagnostic

- Femmes
- Hyper-gammaglobulinémie (IgG > 1,5 N)
- Auto-anticorps :
 - AAN, AML (actine +) HAI type 1 (> 80%)
 - Anti -LKM1, anti -LC1 HAI type 2 (< 10%)
 - Anti-SLA HAI « type 3 » (< 10%)
- Histologie
- Réponse au traitement immunosuppresseur

AML= muscle lisse; AAN= antinucléaires; LKM=liver kidney microsome; SLA= soluble liver antigen

Cas n°3 : Femme de 54 ans adressée en novembre 2016 par son MT pour cholestase anictérique

- ASAT/ALAT (118/89), GGT (421), PAL (318 UI/L)
- ATCD et Alcool =0
- Examen Physique normal
IMC: 23.5 (168 cm /67 Kg)
- Examens complémentaires
AgHBs et anti-VHC négatifs
Auto-Ac : Anti-mitochondries 1:1280 (N<80)
VS 120/140 et IgM 6g/L N<2
Echographie: foie homogène
Elasticité hépatique: 8.5, IQR 2.5, 10 mesures, TDR 100%

L'auriez vous biopsié ?

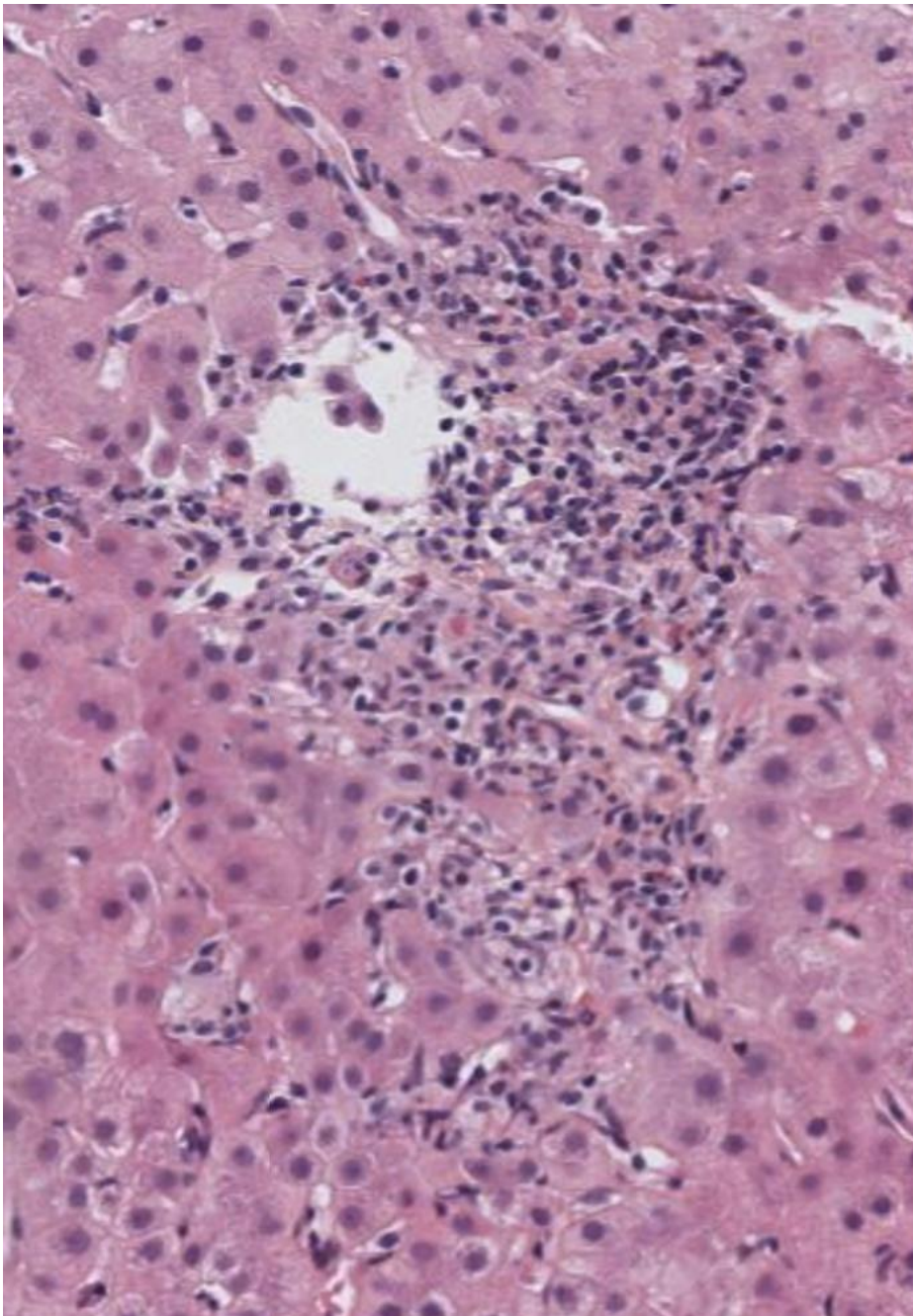
- Oui
 - Non
-
- Cholestase anictérique
 - Anti-mitochondries +
 - Elasticité hépatique: 8.5 KPa

Diagnostic certain

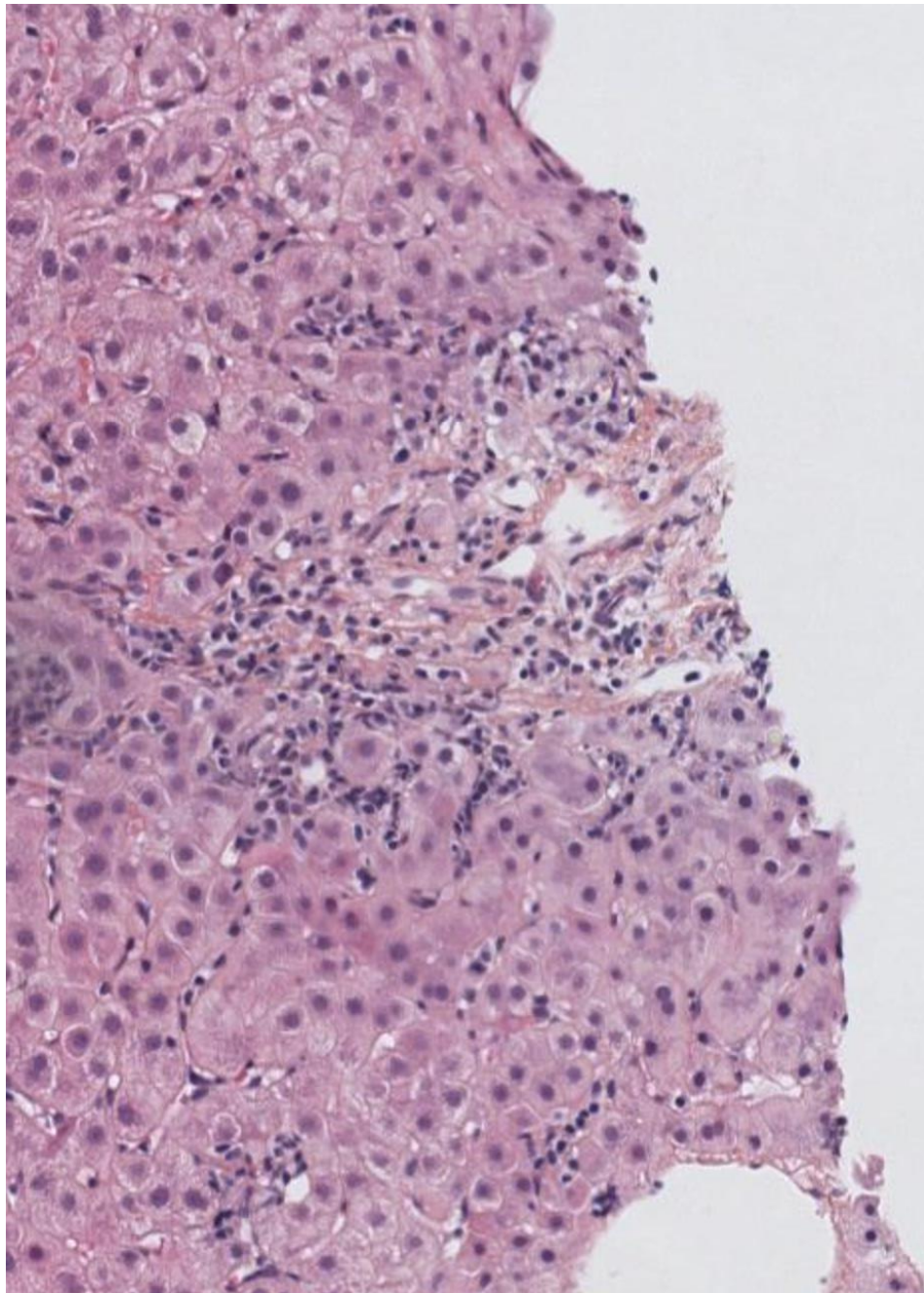
Lésions associées et évaluation de la sévérité de la maladie?



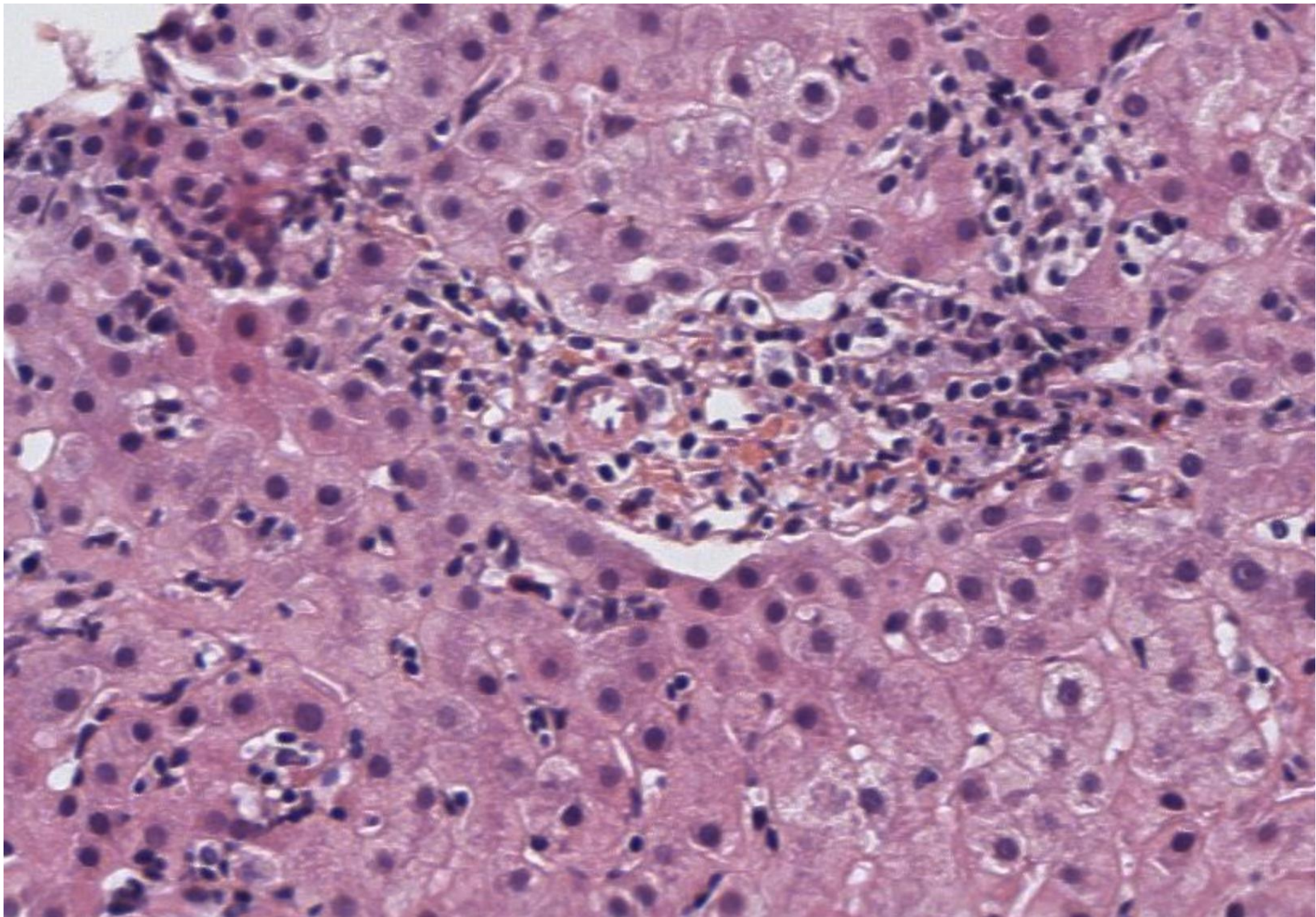
Fibrose portale, septale



Inflammation portale, cholangite



Hépatite d'interface



Cholangite & Hépatite lobulaire

Diagnostic

- Cholangite destructrice avec ductopénie et fibrose portale extensive compatible avec une CBP (Stade 3 Scheuer)
 - Lésions d'hépatite lobulaire et périportale évoquant un Sd de chevauchement

Changing nomenclature for PBC: From ‘cirrhosis’ to ‘cholangitis’☆☆

Ulrich Beuers^{1,*}, M. Eric Gershwin², Robert G. Gish³, Pietro Invernizzi⁴, David E.J. Jones⁵, Keith Lindor⁶, Xiong Ma⁷, Ian R. Mackay⁸, Albert Parés⁹, Atsushi Tanaka¹⁰, John M. Vierling¹¹, Raoul Poupon¹²

E-mail discussions among experts in the field before the meeting, as well as intense discussions during the EASL Monothematic Conference in Milan with continual e-mail exchanges after the meeting has led to the widespread view among the vast majority of worldwide experts that; (1) the name ‘primary biliary cirrhosis’ should be changed [as advocated by Dame Sheila Sherlock in 1959]. In addition, the following proposals found broad support among the discussants; (2) the acronym ‘PBC’ should be kept if possible; (3) a simple and short term should be used (imperfection acceptable) as long as the exact pathogenesis of primary biliary cirrhosis remained undefined and, therefore, an ‘ideal’ replacement is not available.

Éléments du diagnostic de CBP : guidelines

AASLD (2009)

Au moins 2 critères:

- Cholestase biologique
- Anti-mitochondries
- Cholangite destructrice non suppurée

EASL (2009)

PBH non nécessaire si:

- Cholestase biologique (PAL>1,5N et GGT>3N)
- Anti-mitochondries

AASLD guidelines. Hepatology 2009;50:291-308

EASL guidelines. J Hepatol 2009;51: 237-67

Fibroscan de la CBP

	Cohorte	AUROC pour F2	Cut off F2 (kPa)	AUROC pour F4	Cut off F4 (kPa)
Corpechot (2006)	101	0.92	7.3	0.96	17.3
Gomez-Dominguez (2008)	80	ND	ND	0.96	15.6
Friedrich Rust (2010)	45	0.80	ND	0.95	ND
Corpechot (2012)	150	0.91	8.8	0.99	16.9

Seuils : F2 > 8,8 kpa, F3 > 10,7 kpa, F4 > 16,9 kpa

bonne performance de l' élastométrie pour l'évaluation de la fibrose
Fibrotest[®] et Fibroscan[®] fournissent une bonne évaluation, concordante, de la fibrose sévère

Éléments du diagnostic : overlap syndrome

- Signes concomitants de CBP et d'HAI: 15%
- Diagnostics simultanés: 60% des cas
- Diagnostics consécutifs CBP > HAI: 30% des cas
- Diagnostics consécutifs HAI > CBP: 10% des cas

Au moins 2 critères d'HAI dont 1 histologique

- ALAT > 5N
- IgG > 2N ou Anti-Muscle Lisse $\geq 1/80$
- Hépatite d'Interface Modérée ou Sévère

Evolution après un mois et demi de AUDC 1g/J

	01/2017	03/2017
ASAT (UI/L) N< 35	111	120
ALAT (UI/L) N< 49	82	67
GGT (UI/L) N<38	415	77
PAL (UI/L) N<104	324	131

Que proposeriez vous a ce stade?

- AUDC seul
- AUDC + Immunosuppresseurs

Cas n°4 : Homme de 46 ans adressé en janvier 2017 par son MT pour hépatite avec thrombopenie depuis 6mois

- (ASAT ALAT: 377/333), GGT (549), Ferritine (989), P (50 000 mm³)
- ATCD : comitialité (Keppra)

Alcool = 120 g/J

- Examen Physique

IMC: 20.5 (168 cm /58 Kg)

Subictère (Bilirubine T : 31 mg/L)

Hépatomégalie 3TDD

- Examens complémentaires

Sérologies virales et Auto-anticorps négatifs

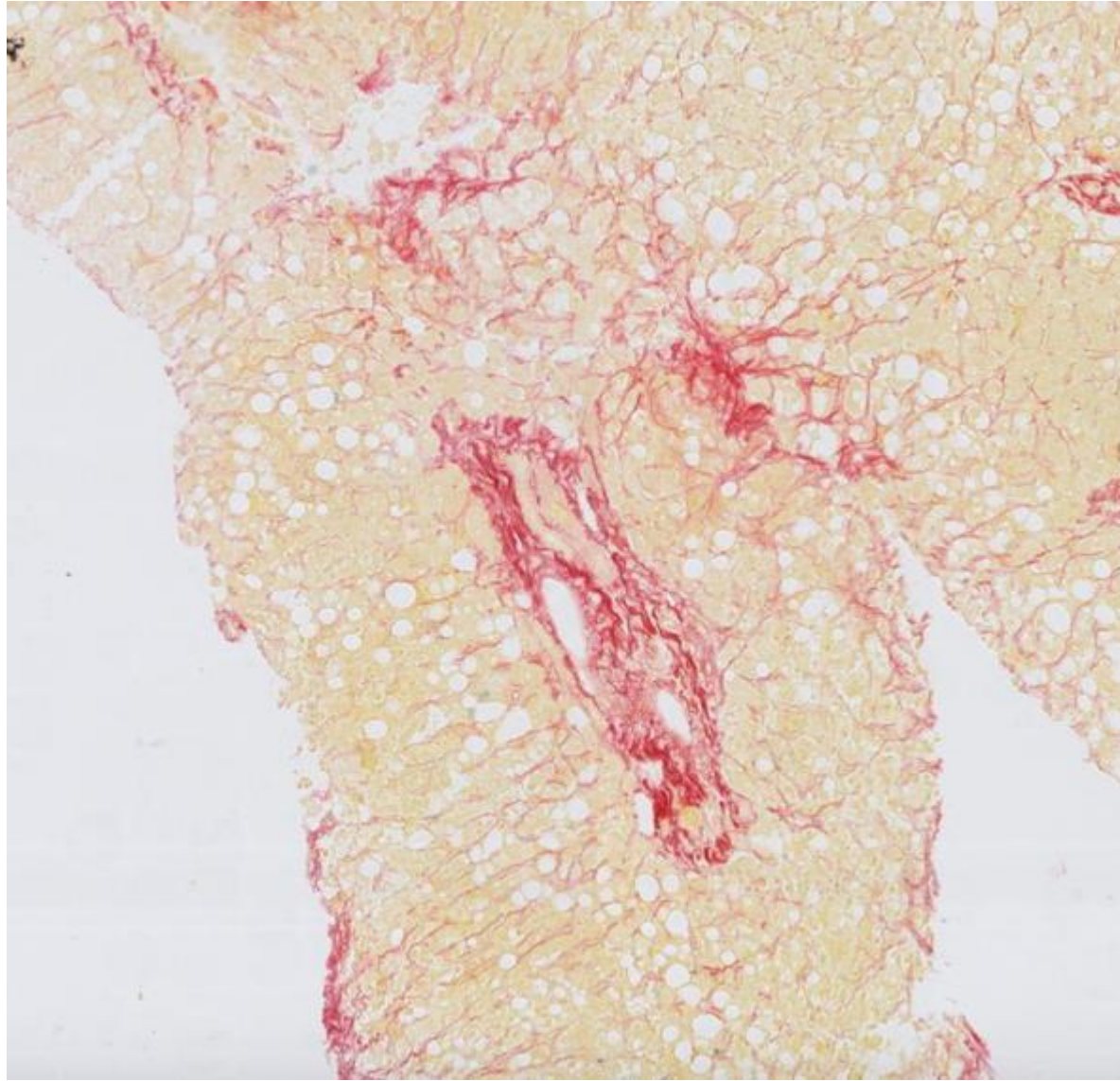
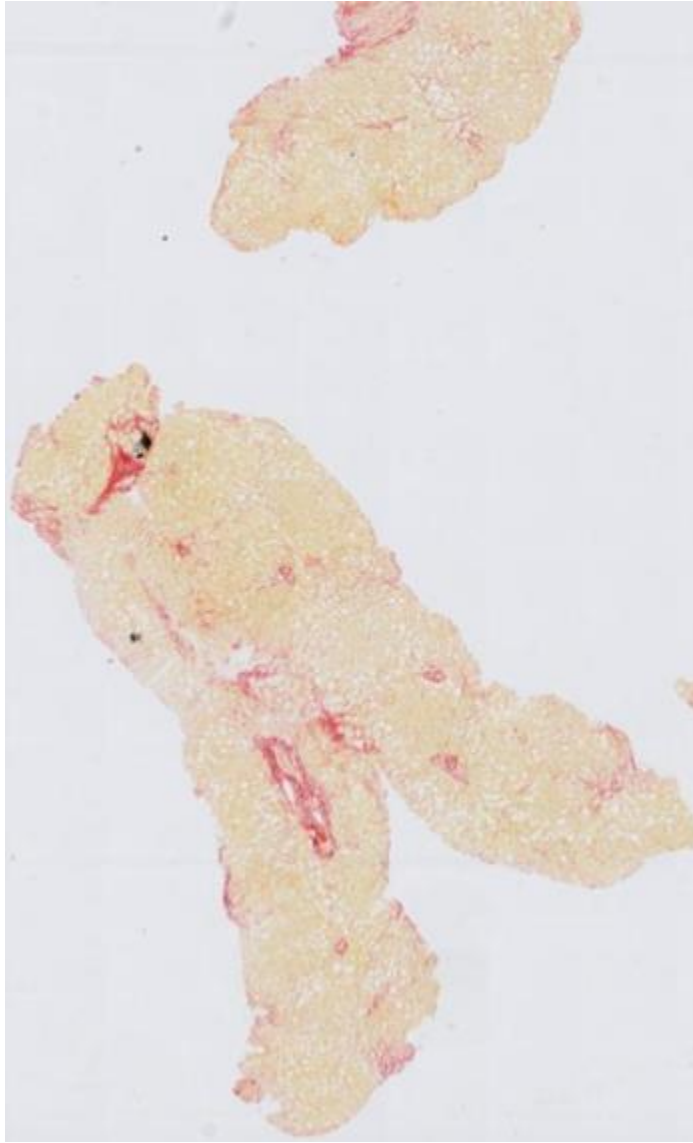
Echographie: foie homogène

Gastroscopie: Pas de VO

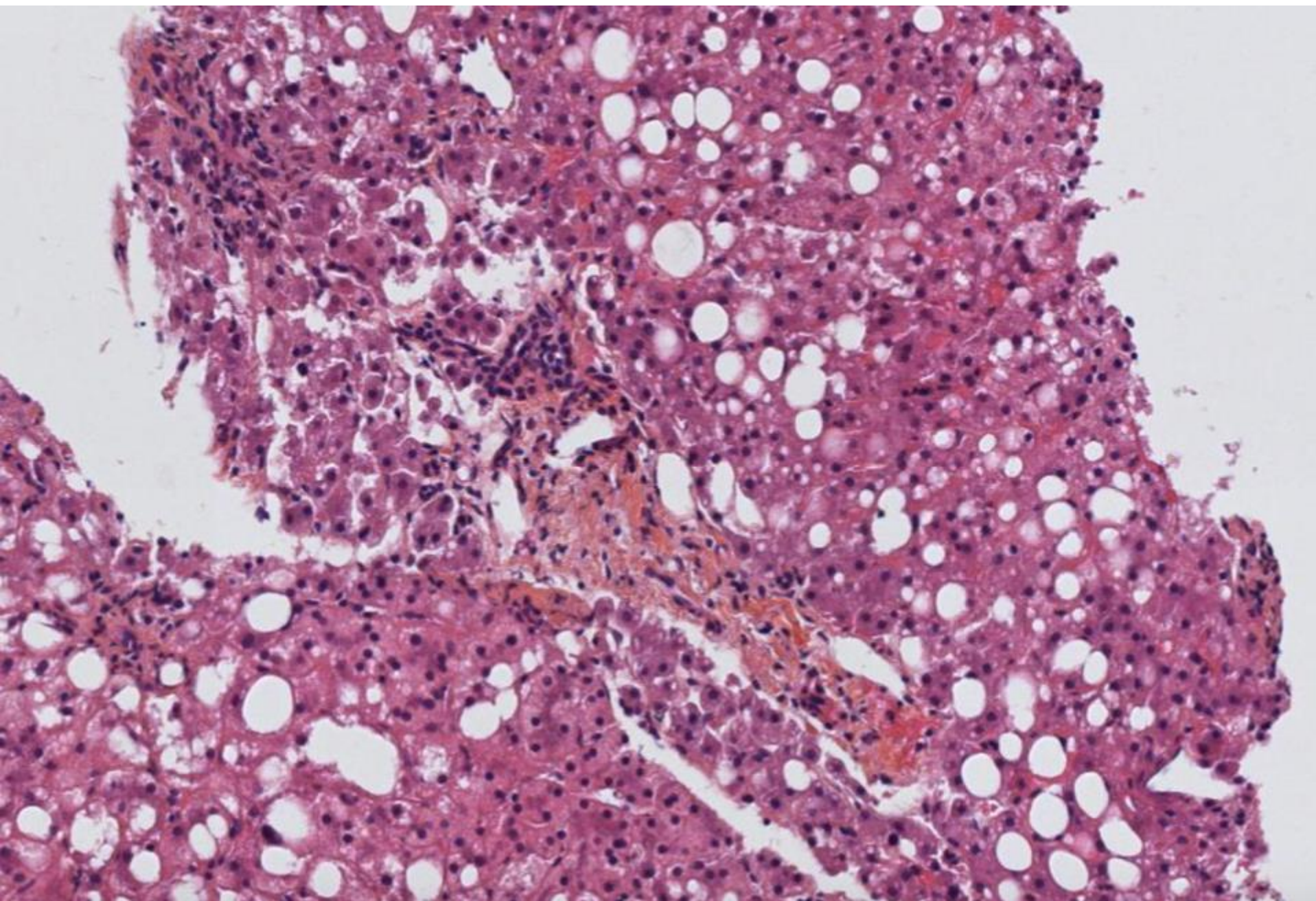
L'auriez vous biopsié ?

- Oui
- Non
 - élévation des ALAT et GGT à 10N
 - Bilirubine T à 1.5 N
 - Plaquettes 50 000/mm³
 - Alcool 120 g/J

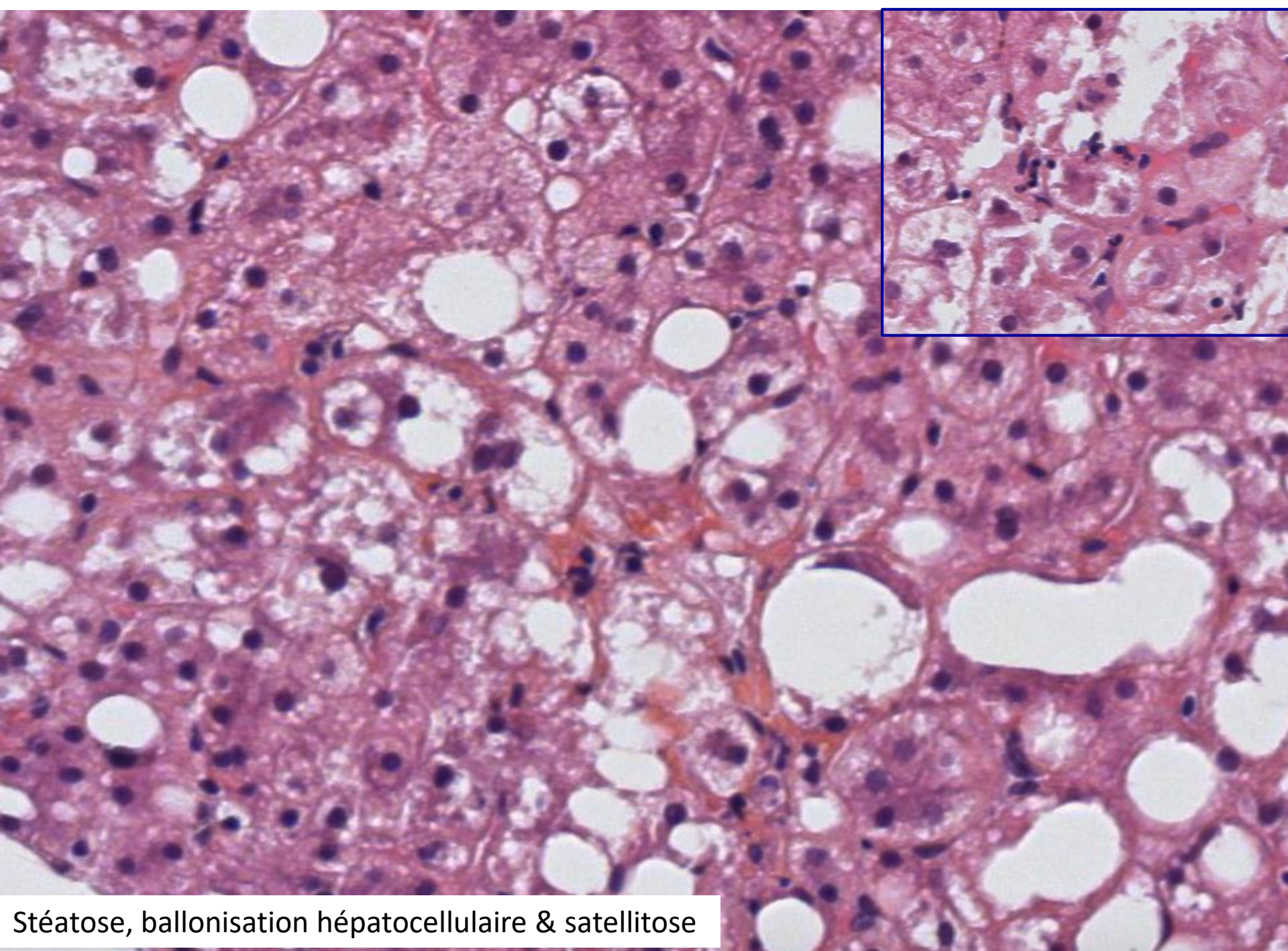
Recherche HAA ± Cirrhose
Marqueurs pronostiques ?



Fibrose portale et sinusoidale, sans septa



Stéatose



Stéatose, ballonisation hépatocellulaire & satellitose

Diagnostic

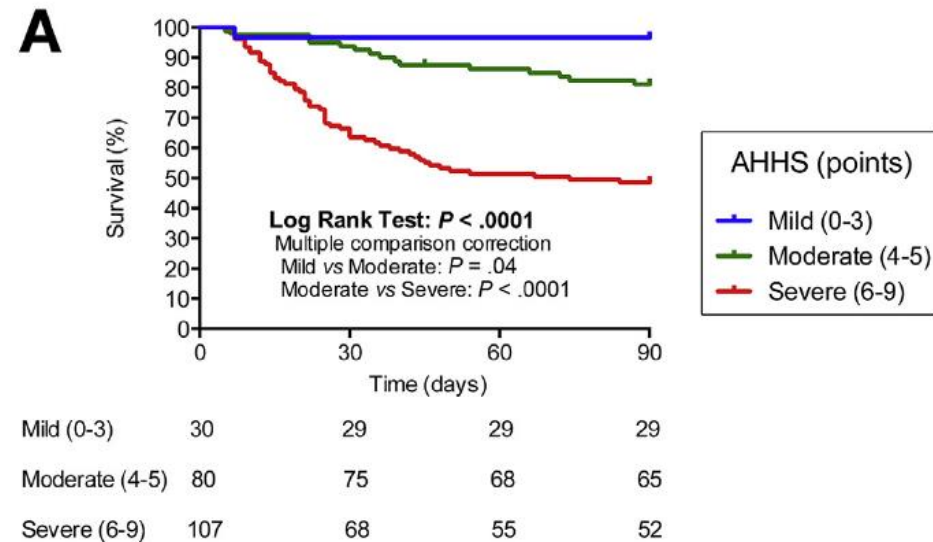
- Maladie alcoolique du foie
 - Fibrose portale et sinusoidale avec stéatose modérée et foyers stéato-hépatite

A Histologic Scoring System for Prognosis of Patients With Alcoholic Hepatitis

Table 3. AHHS for Prognostic Stratification of AH

	Points
Stage of fibrosis	
No fibrosis or portal fibrosis	0
Expansive fibrosis	0
Bridging fibrosis or cirrhosis	+3
Bilirubinostasis	
No	0
Hepatocellular only	0
Canalicular or ductular	+1
Canalicular or ductular plus hepatocellular	+2
PMN infiltration	
No/Mild	+2
Severe	0
Megamitochondria	
No megamitochondria	+2
Megamitochondria	0

Probabilité de survie @ 3 mois (cohorte test)



Score non prédictif de la réponse au corticoides

HAA

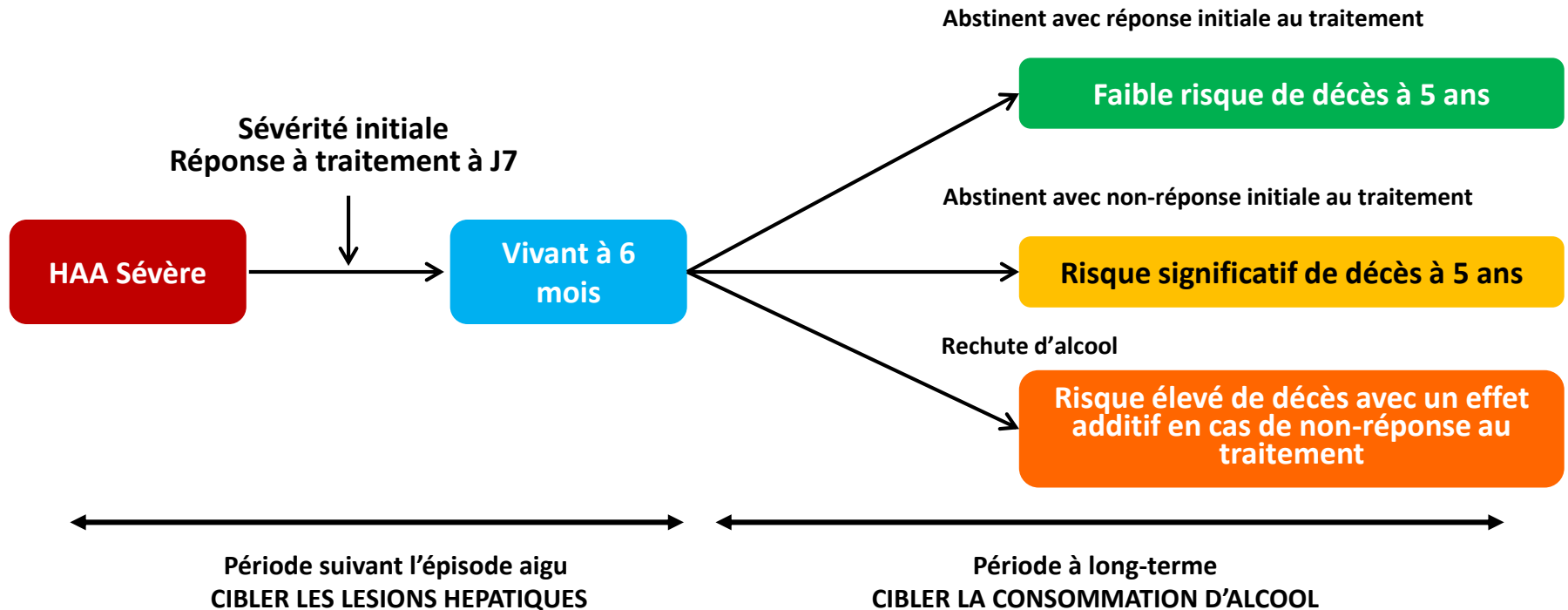
- Incidence mal connue:
20% des buveurs excessifs qui ont une biopsie hépatique
16,9% des buveurs excessifs ayant un bilan hépatique perturbé
- Plusieurs scores de sévérité (Maddrey, MELD, Lille) sont validés pour prédire le risque de décès et l'indication de traitement

Evolution après un mois de sevrage Selincro 1cp/J

Score AHHS = 2

	01/2017	02/2017
ALAT (UI/L)* N< 49	377	107
GGT (UI/L)** N<38	549	367
Ferrinine µg/mL	989	691
Plaquettes (mm ³)	50 000	123 000

Variation dans le temps des mécanismes de mortalité à court et long-terme dans l'HAA sévère



- ➔ La reprise d'alcool à long-terme a une influence pronostique majeure sur la survie à long-terme avec un effet-dose suggérant que la réduction de consommation pourrait être une alternative à l'abstinence complète, objectif optimal

Cas n°5 : Femme de 46 ans adressée en avril 2014 par son HGE pour cholestase anictérique et discordance des tests non invasifs de fibrose

- ASAT/ALAT 49/41 UI/ml, GGT (186 UI/ml), PAL (184 UI/ml)

- ATCD, Alcool =0

- Examen physique normal

IMC: 19.5 (160 cm /50 Kg)

- Examens complémentaires

AgHBs, anti-VHC et Auto-anticorps négatifs

Echographie: foie homogène

Gammapathie monoclonale IGG lamda

Fibromètre 0.09 F0/1

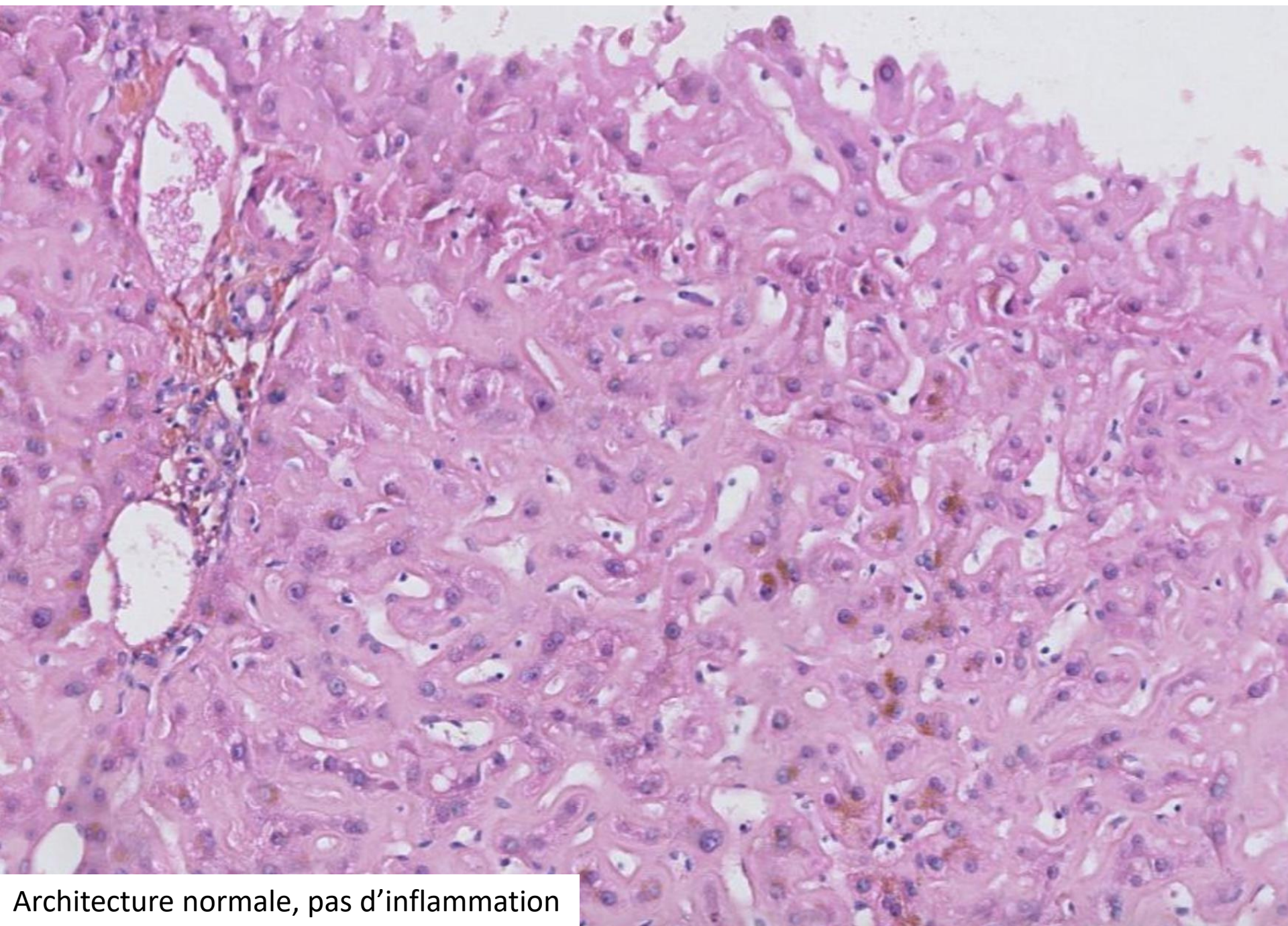
Elasticité hépatique 42 Kpa

L'auriez vous biopsié ?

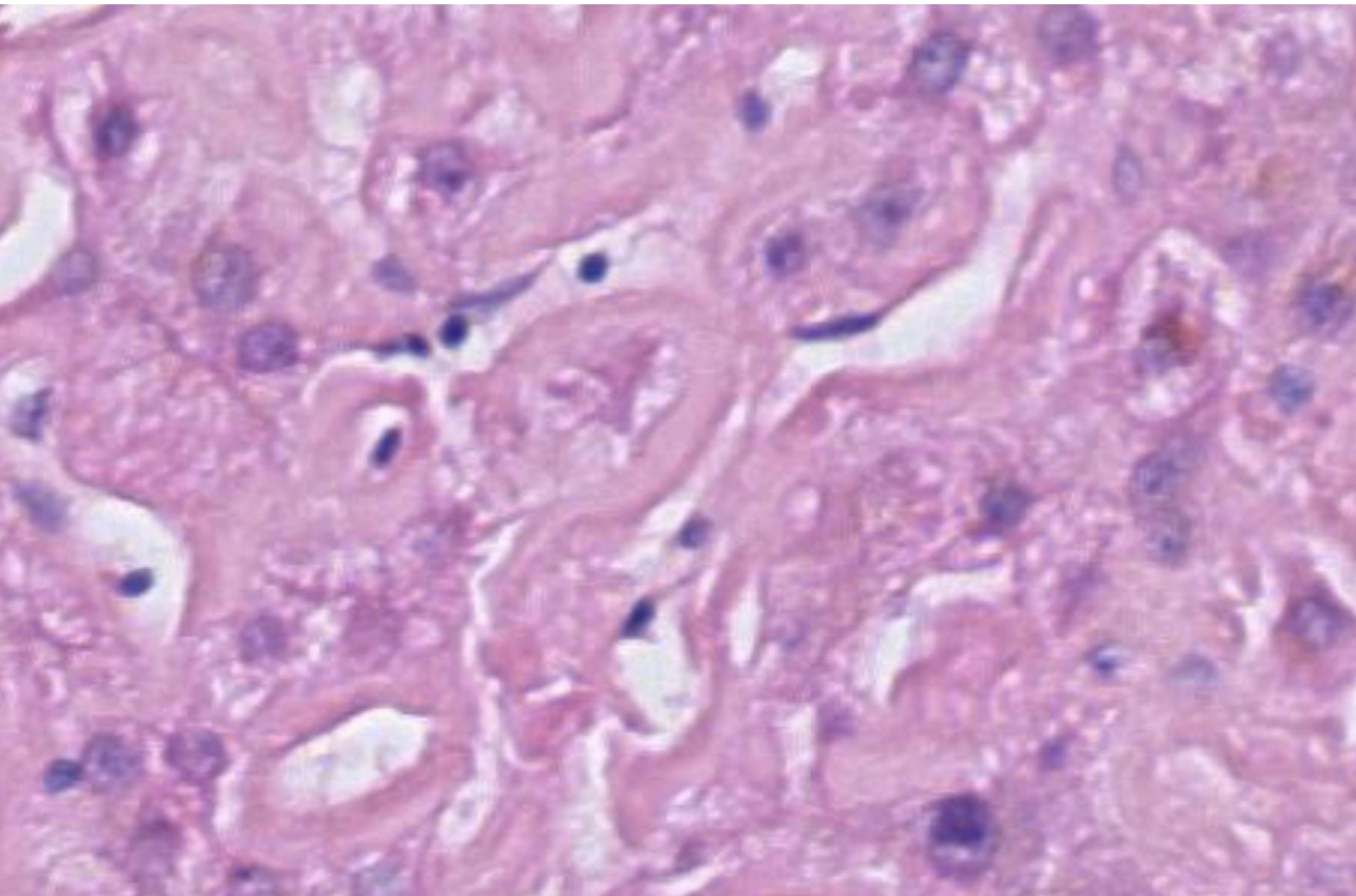
- Oui
- Non

- Cholestase anictérique
- Elasticité hépatique 42KPa
- Fibromètre F0/F1

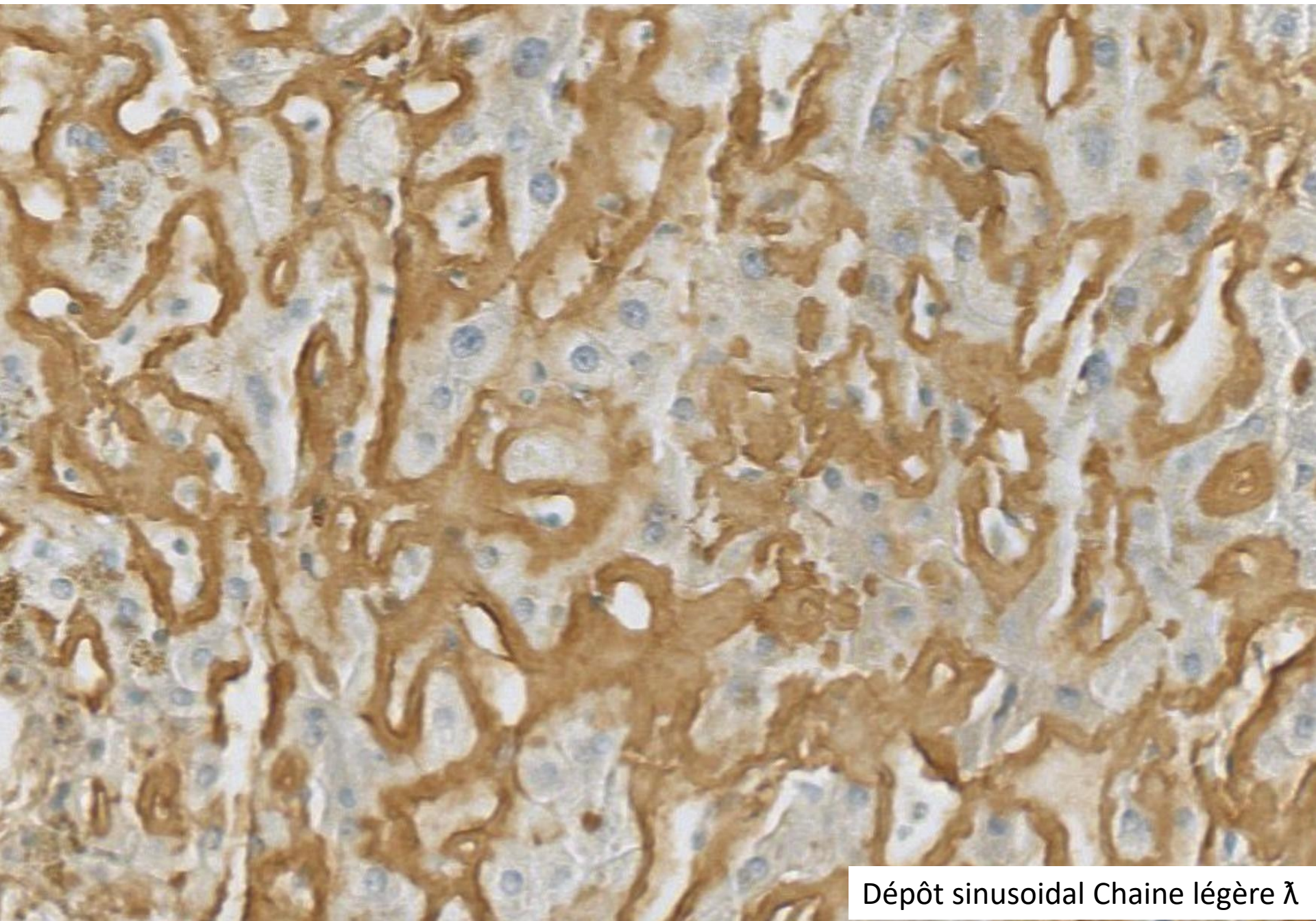
Diagnostic d'une cholestase (pas de FDR ni d'étiologie connus)
Discordance majeure des tests non invasifs



Architecture normale, pas d'inflammation



Dépôt linéaire perisinusoidal



Dépôt sinusoidal Chaine légère λ

Diagnostic

- Amylose hépatique (AL)

AMYLOSE AL (chaines légères lambda)

- Atteinte rénale (Syndrome néphrotique)
- Pas d'atteinte cardiaque
- Fibroscan: élasticité très élevée
- Biopsie hépatique par voie transpariétale est controversée en raison d'un risque hémorragique

Lanzi A et al Hepatol 2009
Zucker C et al Am J Kydney 2006
Park MA et al Medecine 2009

Cas n°6 : Homme de 66 ans adressé en mai 2016 par son MT pour suspicion de cirrhose du foie (VO grade 1/2)

- (ASAT /ALAT: 39/33), GGT (33), Ferritine (10), Pq (155 000 mm³)
- ATCD: Alcool = 0
- Examen physique normal

IMC: 23.7 (178 cm /75 Kg)

Examens complémentaires

Gastroscopie: VO grade 1/2

Elasticité hépatique: 7.6 KPa, IQR 2.8, TDR 90%, 10 mesures

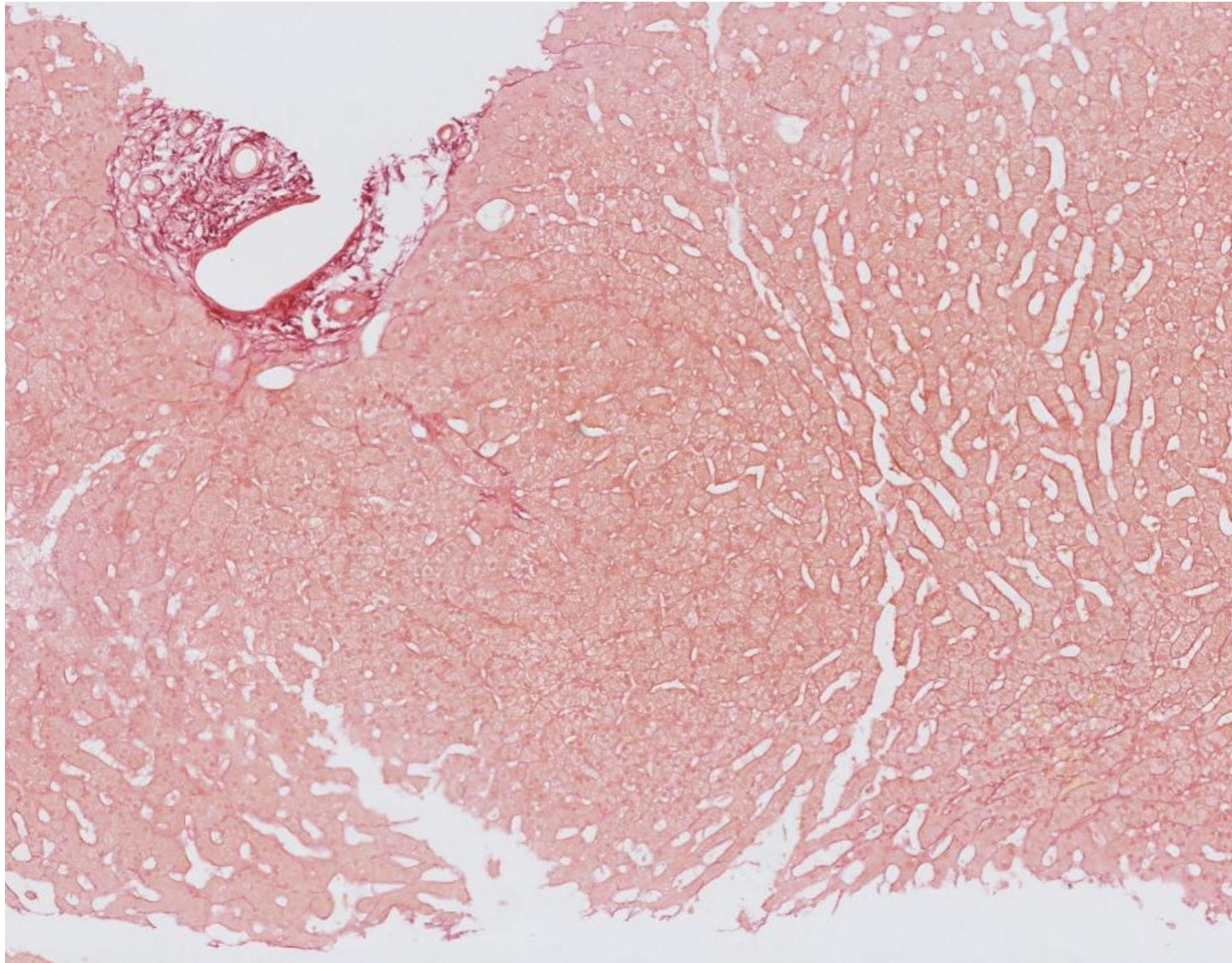
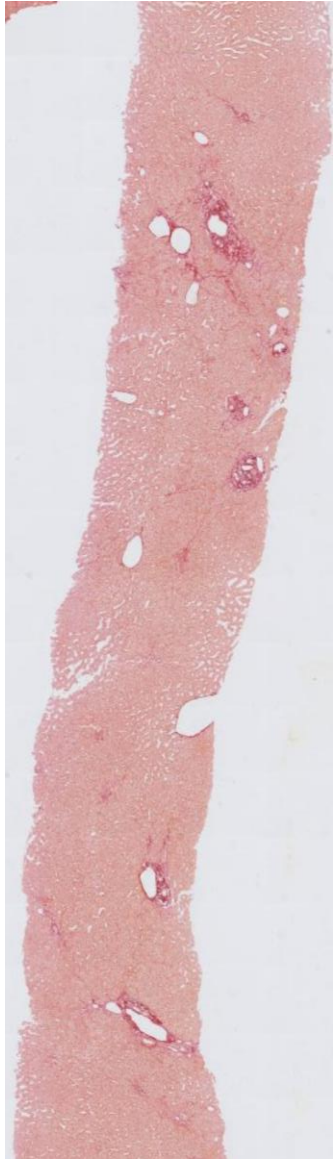
AgHBs, anti-VHC et Auto-anticorps négatifs, Ferritine 10

Echographie : foie micronodulaire sans formation dissociable

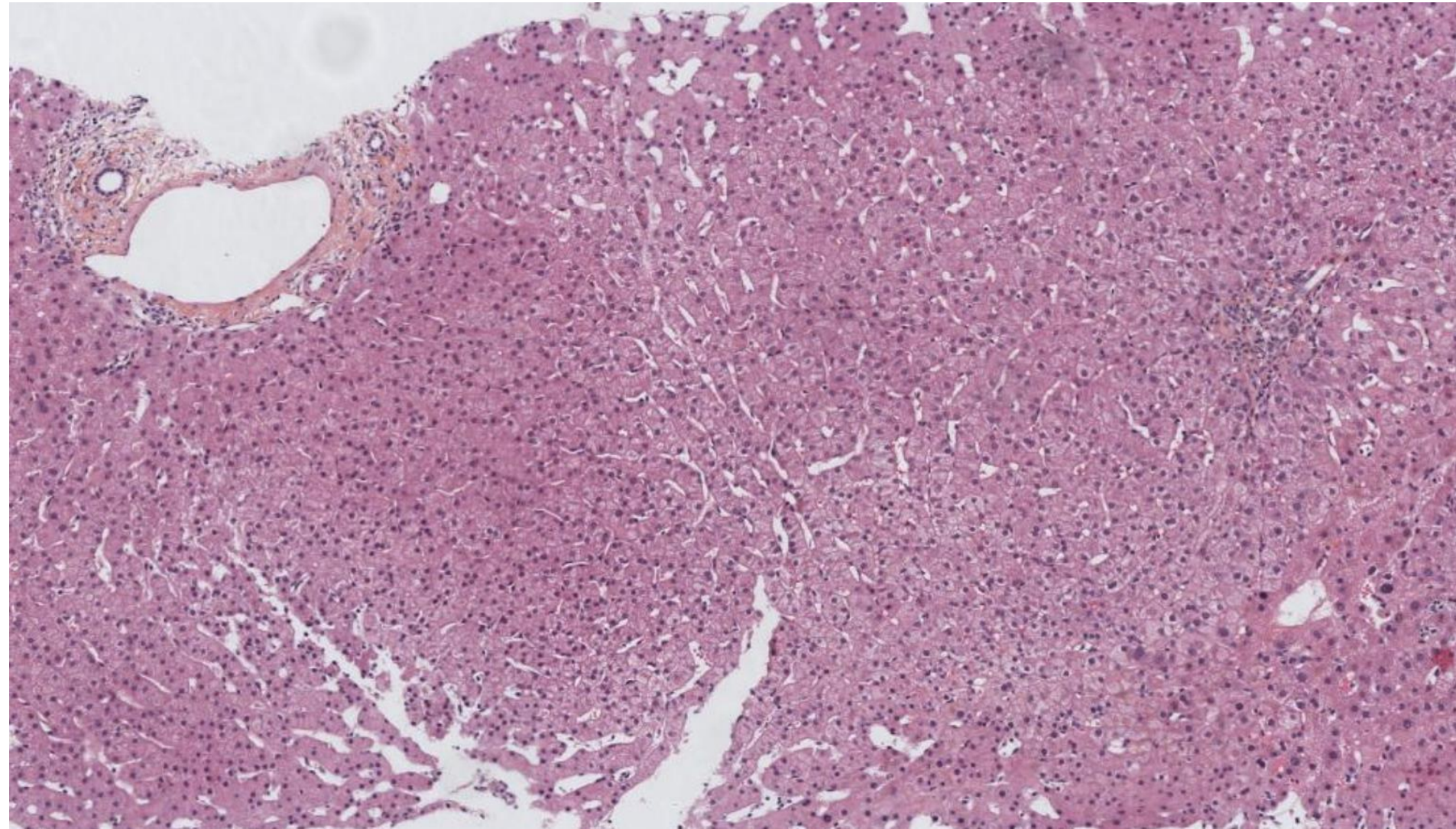
L'auriez vous biopsié ?

- Oui
 - Non
-
- Gastroskopie: VO grade 1/2
 - Elasticité hépatique: 7.6 KPa,

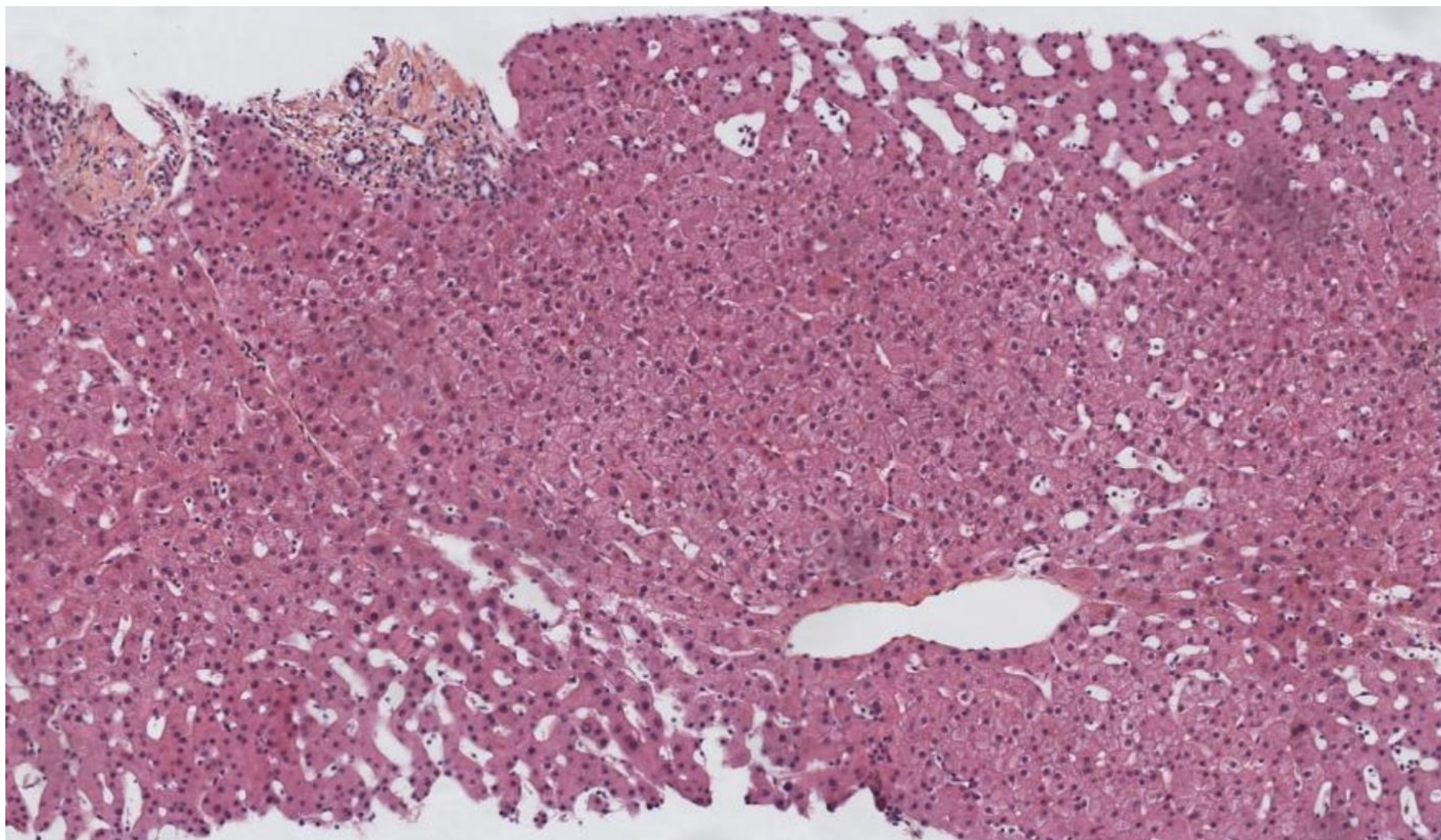
Signes d'HTP en l'absence de fibrose
Pas d'étiologie



Architecture nodulaire SANS Fibrose

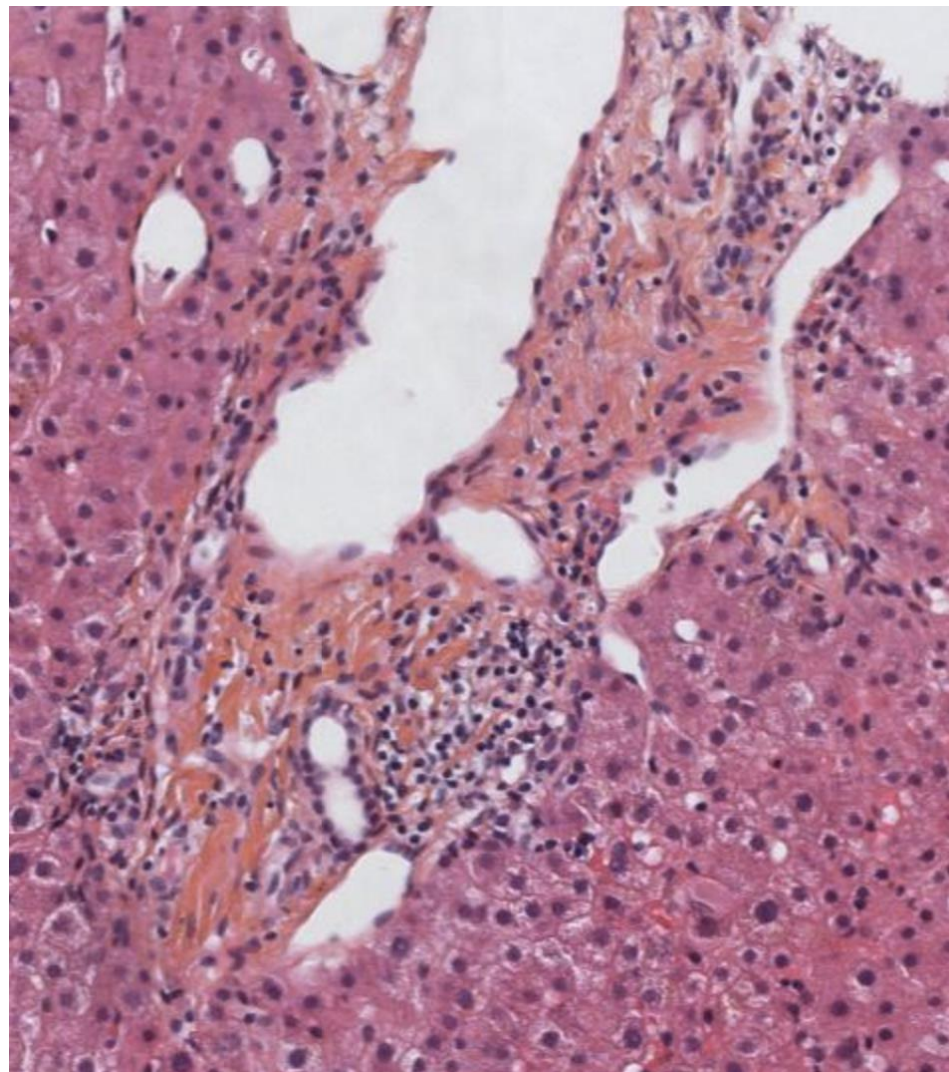
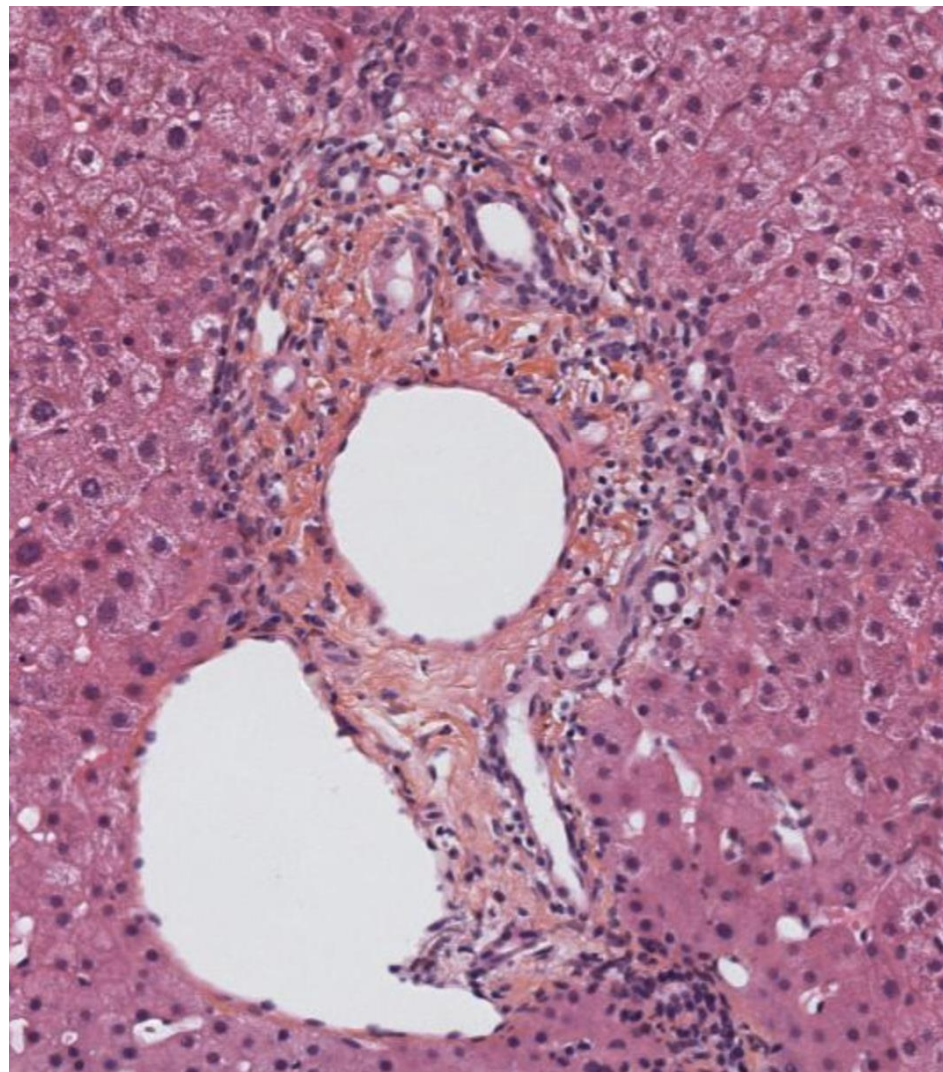


Foyers régénératifs nodulaires



Distension sinusoidale

Anomalies portales (ectasies vasculaires)



Diagnostic

- Hyperplasie nodulaire régénérative
 - Distension sinusoidale avec foyers régénératifs

HNR : manifestations

Age moyen (ans)	40 à 50
Anomalies bilan hépatique	90 %
Hypertension portale	70%
Thrombose portale	30 à 50%
Elasticité hépatique basse (<14 kPa)	90%

HNR : états associés

Etats prothrombotiques	+++
Maladies de système / hématologiques	++
Infections (VIH, bilharziose)	++
Exposition à des toxiques ou médicaments	+
Hyperartérialisation hépatique	+
Pas de cause	+++

Cas n°6 : Homme de 27 ans, originaire de Centre Afrique adressé par son MT en janvier 2017 pour AgHBs +

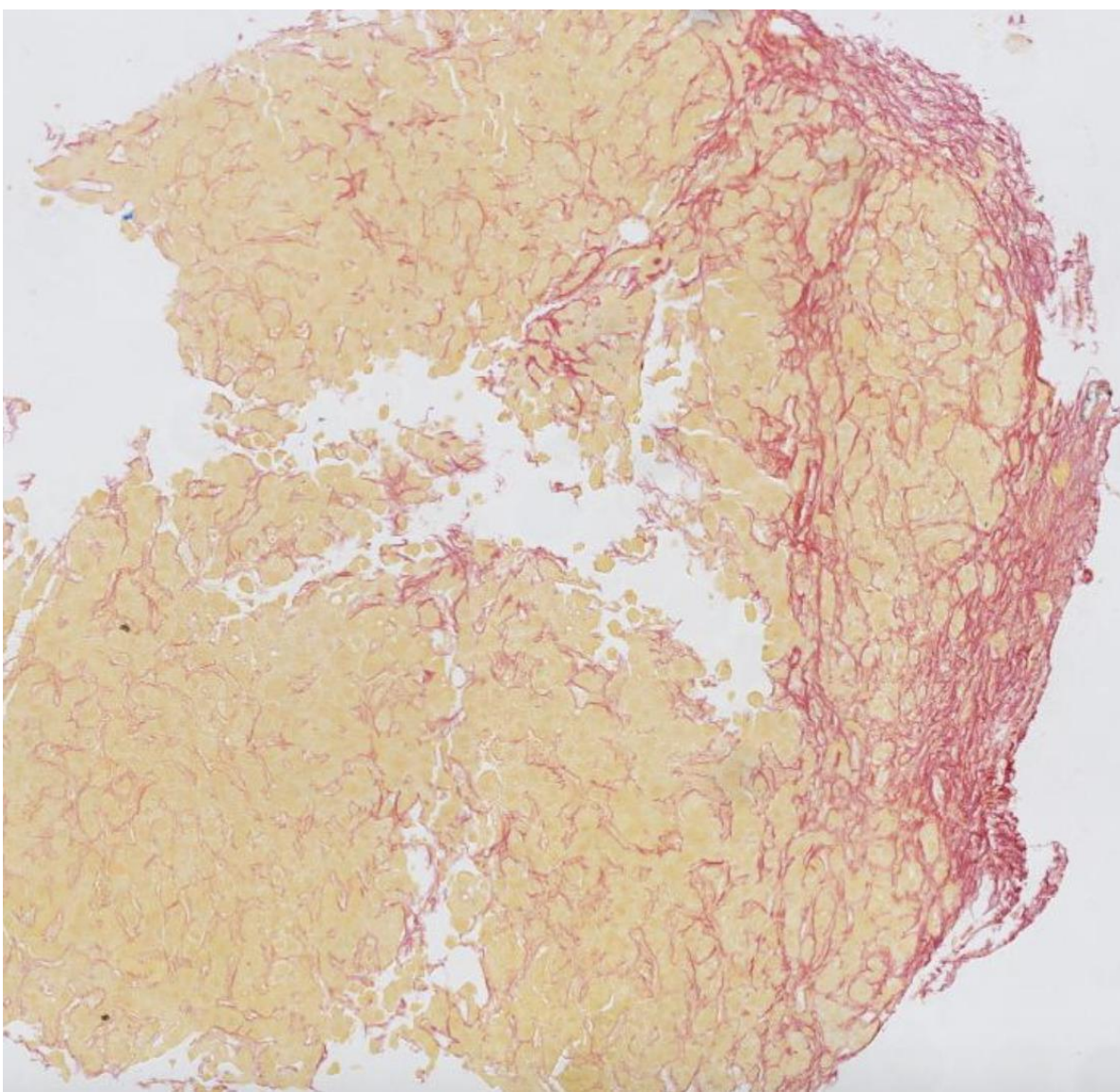
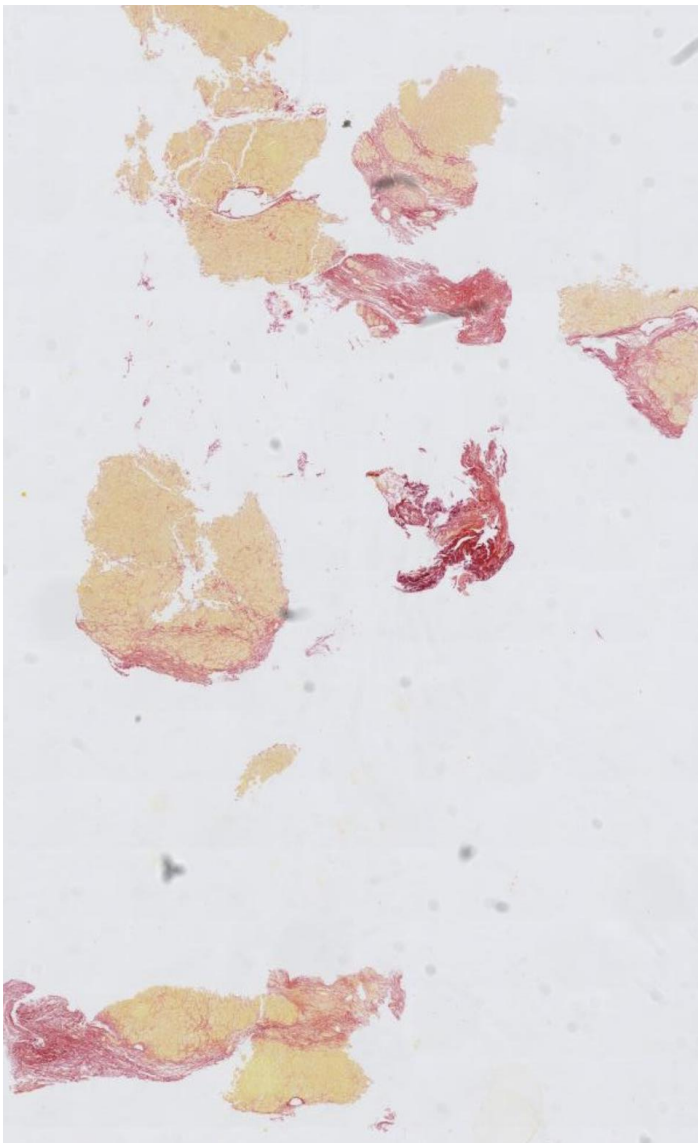
- ASAT/ALAT (201/317), GGT (241), Ferritine (10), P (155 000 mm³)
- ATCD : 0
- Examen normal
- Examens complémentaires
 - AgHBs 1766 UI/ml, AgHBs négatif
 - Anti-delta, anti-VHC et VIH négatives
 - ADN VHB: 534 509 UI/ml
 - Echographie: Foie homogène

L'auriez vous biopsié ?

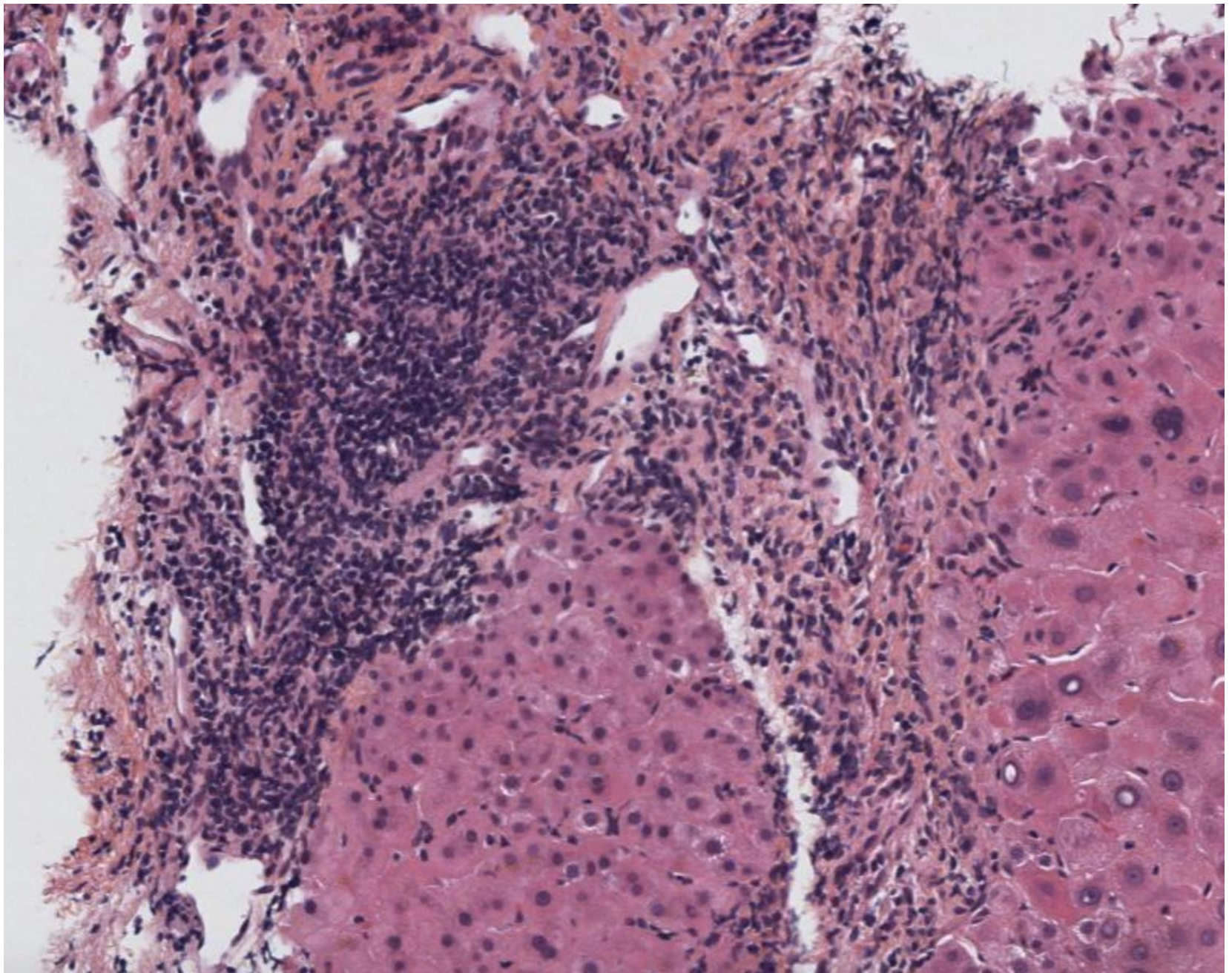
- Oui
 - Non
-
- Hépatite chronique active B
 - ALAT 8N
 - ADN du VHB à 534 509 UI/ml

ALAT > 5N

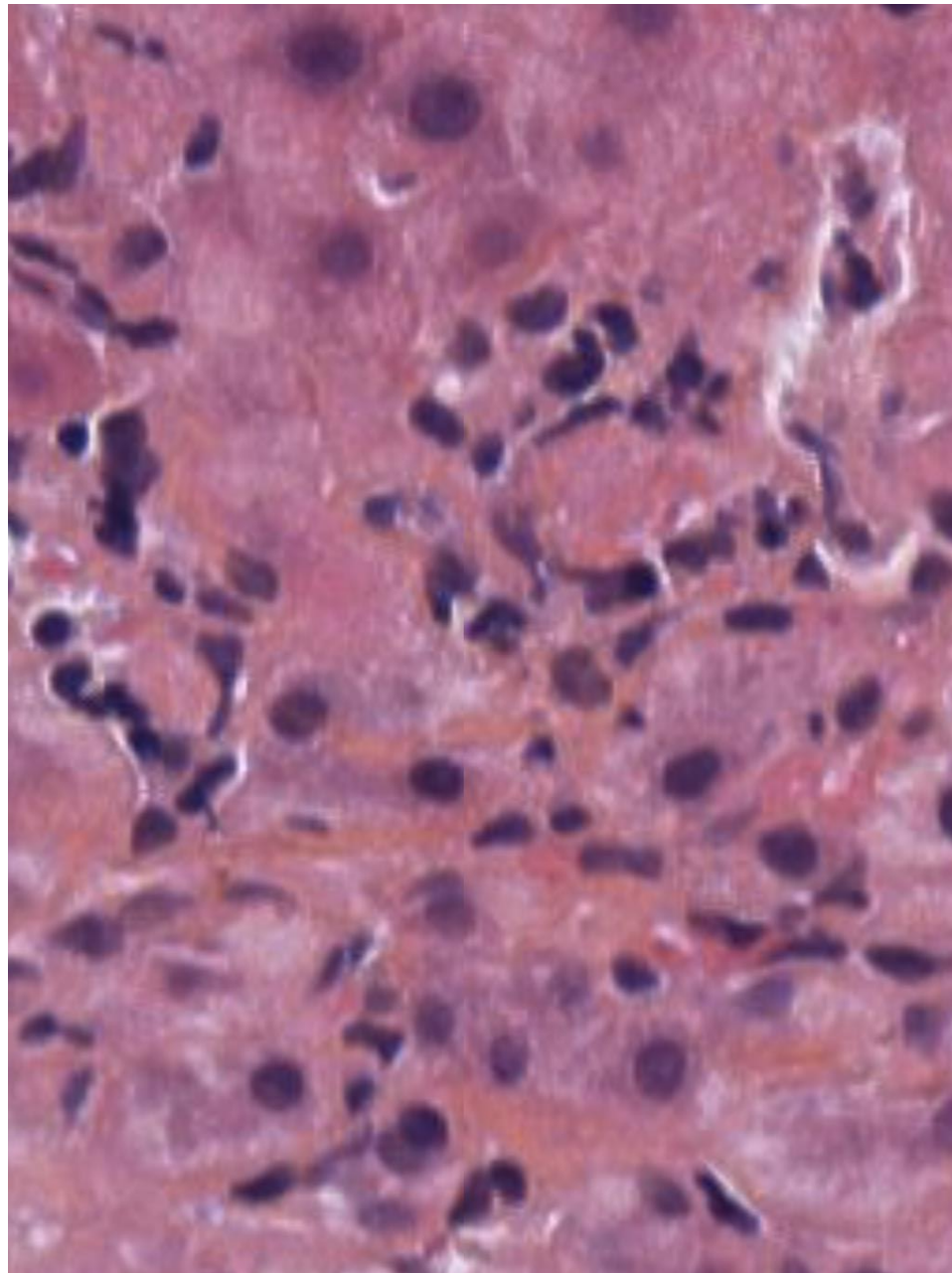
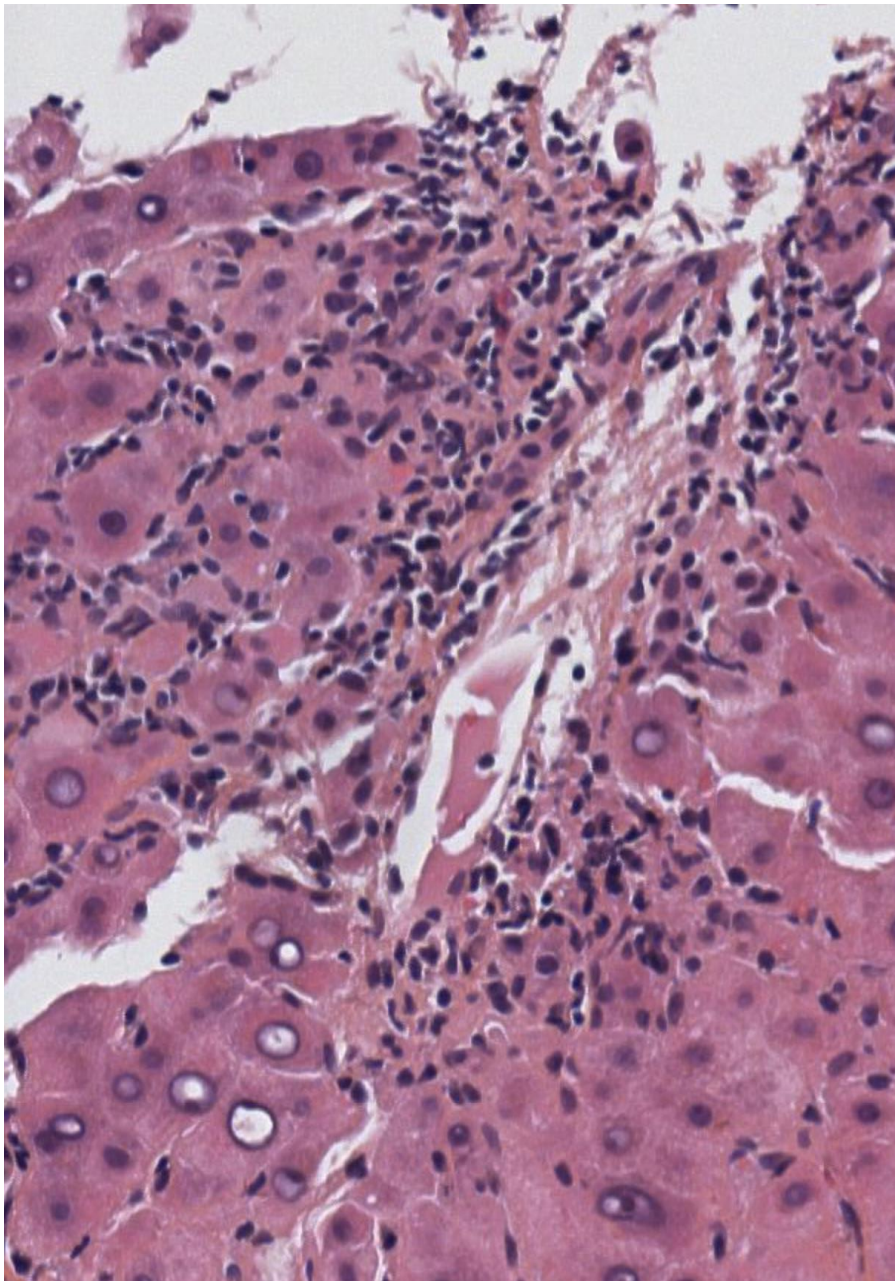
Bilan de sévérité de l'hépatopathie



Fibrose portale avec septa



Inflammation portale avec nécrose parcellaire



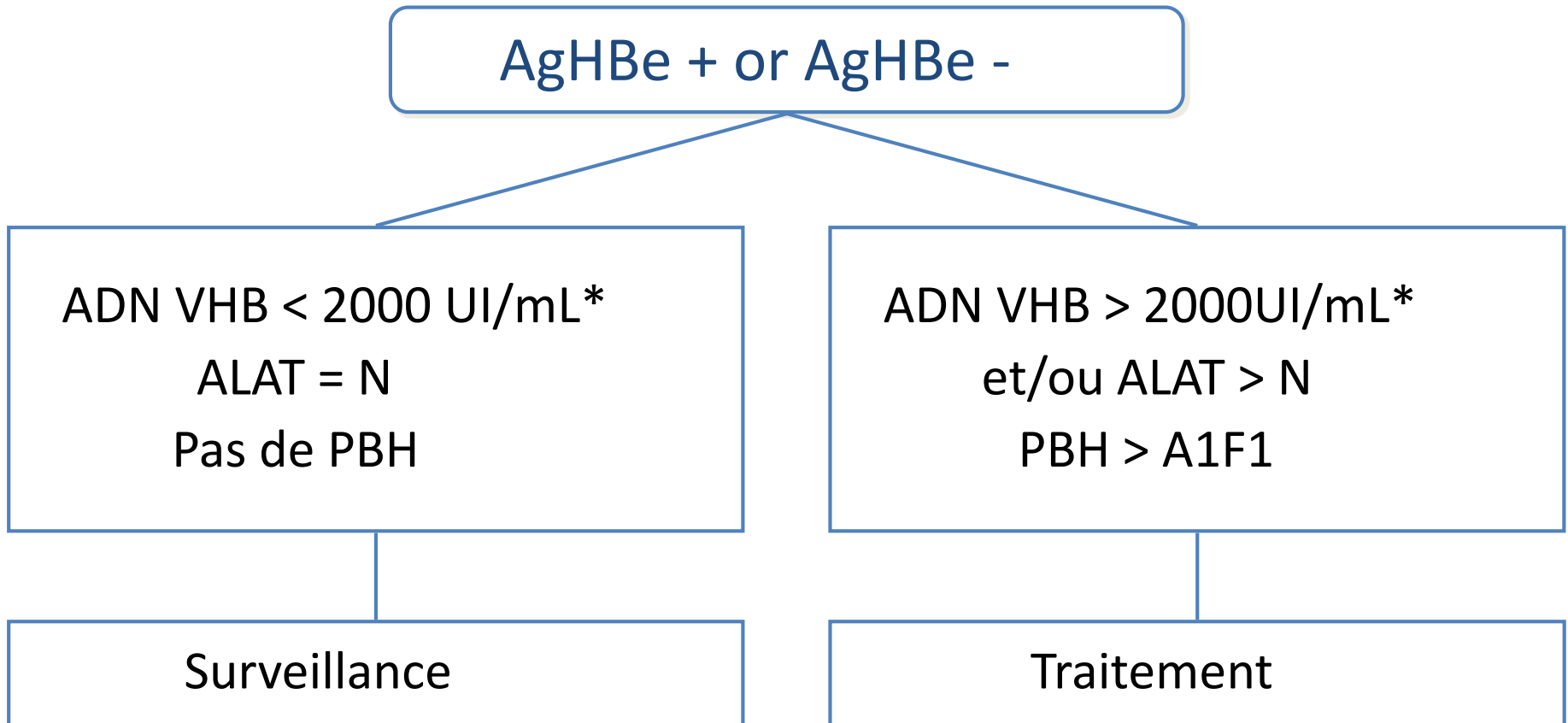
Hépatite lobulaire

Diagnostic

- Hépatopathie chronique virale B
(Métavir A3F3 au minimum)

QUI TRAITER

Recommandations EASL 2009

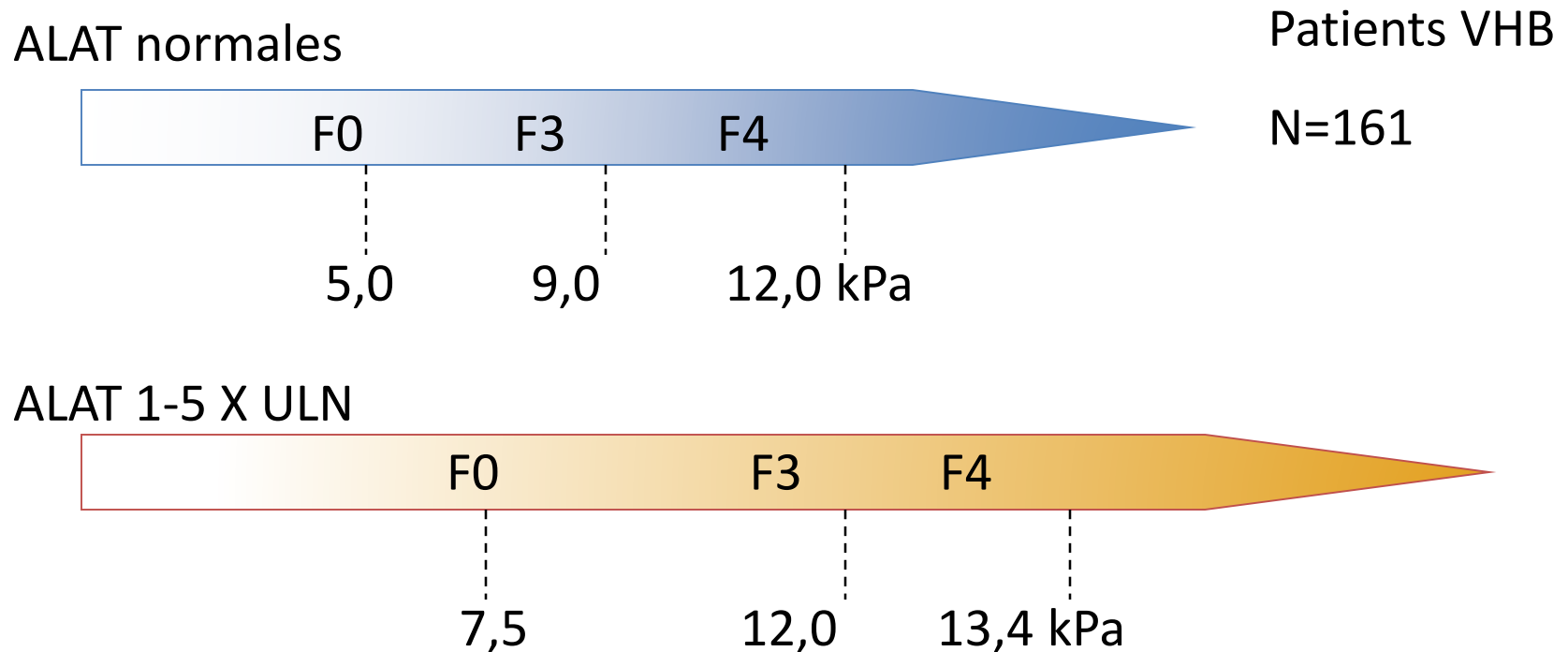


* 2,000 IU = 4 log (copies)

Recommendations EASL 2012

- Patients should be considered for treatment when they have HBV DNA levels above 2000 IU/ml, serum ALT levels above the upper limit of normal (ULN) and severity of liver disease assessed by liver biopsy (or non-invasive markers once validated in HBV infected patients) showing moderate to severe active necroinflammation and/or at least moderate fibrosis (A1)
- Patients with obviously active CHB: HBeAg-positive and HBeAg-negative patients with ALT above 2 times ULN and serum HBV DNA above 20,000 IU/ml may start treatment without a liver biopsy (B1)

Interpréter pour l'hépatite virale B la mesure de l'élasticité en fonction du taux des transaminases



Quelle valeur seuil utiliser ?

- ❑ Méta-analyse de 18 études (2772 patients VHB)

	N	Valeur seuil (kPa)	Extrêmes (kPa)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)
F2/F3/F4	1625	7,9	6,1 – 11,8	74	78
F3/F4	960	8,8	8,1 – 9,7	74	64
F4	2051	11,7	7,3 – 17,5	85	82

Cas n° 7: Homme de 45 ans, adressé par son MT en MARS 2010 pour Anti VHC +

- ASAT/ALAT: 201/317, GGT (84), Plaquettes 240 000 mm³
- ATCD : usage de drogue en 1989
- Examen normal
- Examens complémentaires

Anti-VHC + Génotype 1a, Charge virale C : 156 386 UI/mL

AgHBs et Anti-VIH négatifs

Echographie: Foie homogène

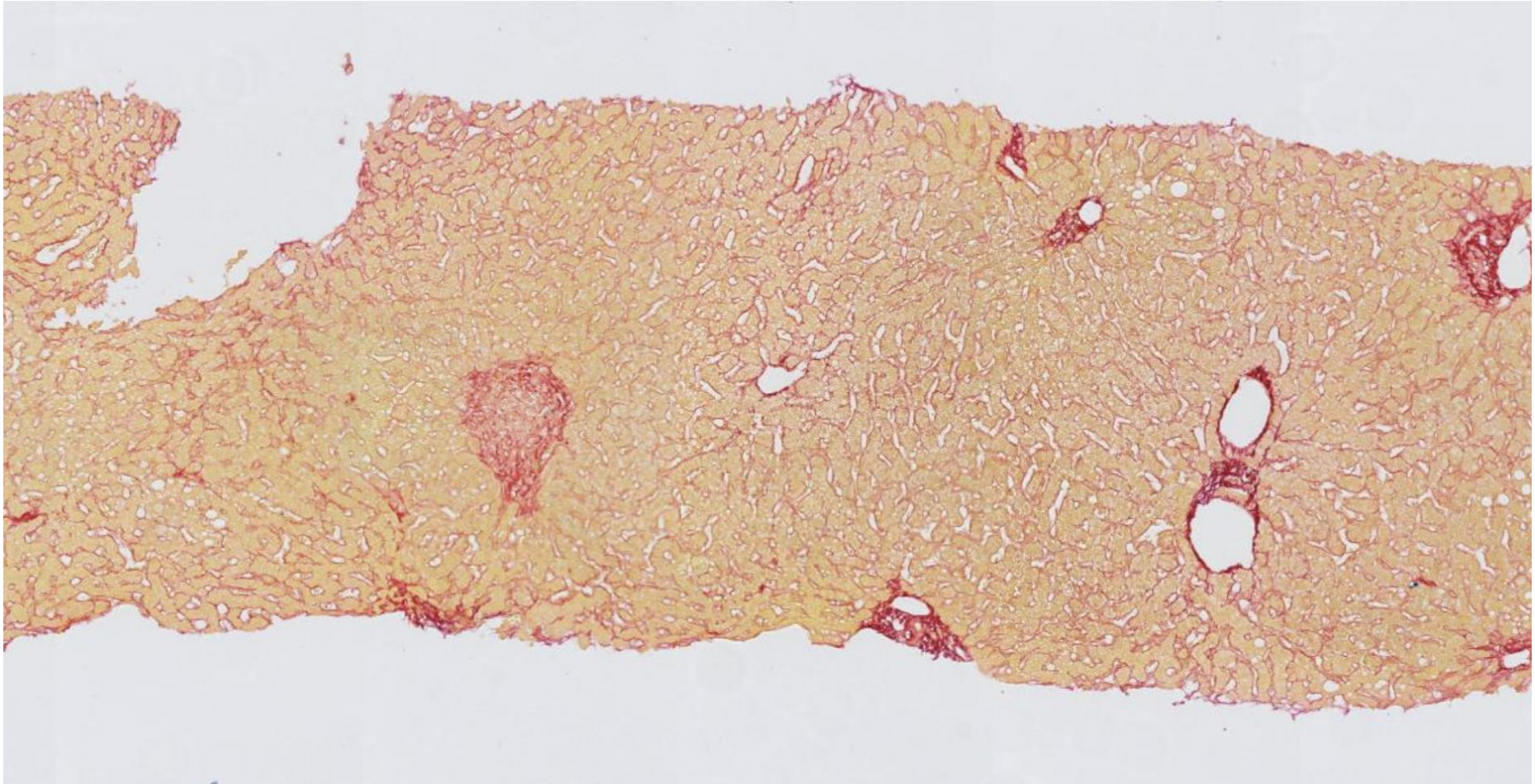
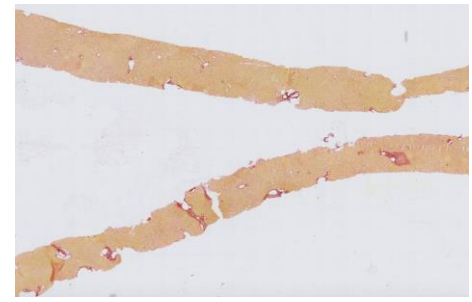
Elasticité hépatique : 4.2 KPa, IQR 0.7, TDR 100%

Fibrotest 0,78 : F4

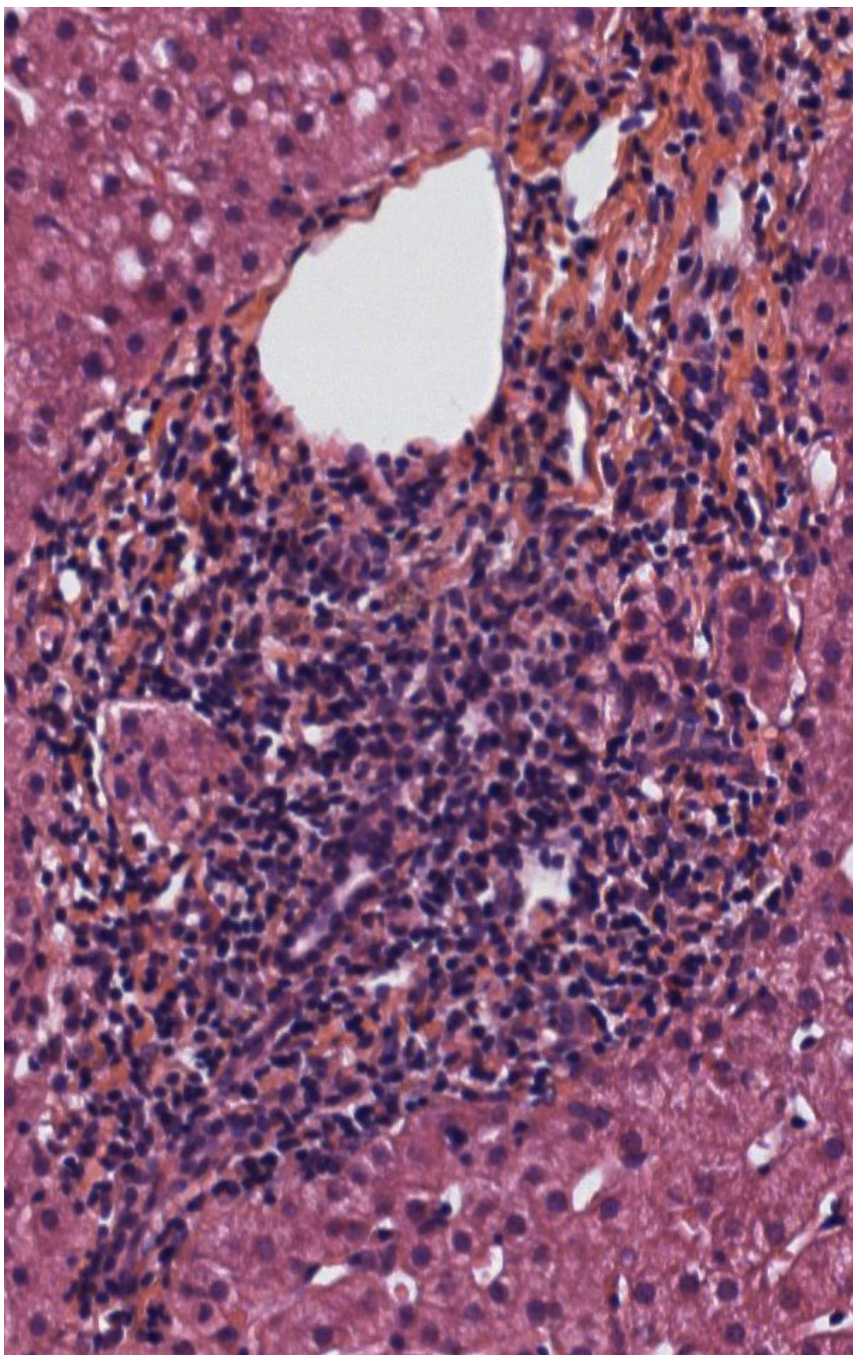
L'auriez vous biopsié ?

- Oui
 - Non
-
- Hépatite chronique C de génotype 1a
 - Elasticité hépatique 4.2 Kpa
 - Fibrotest F4

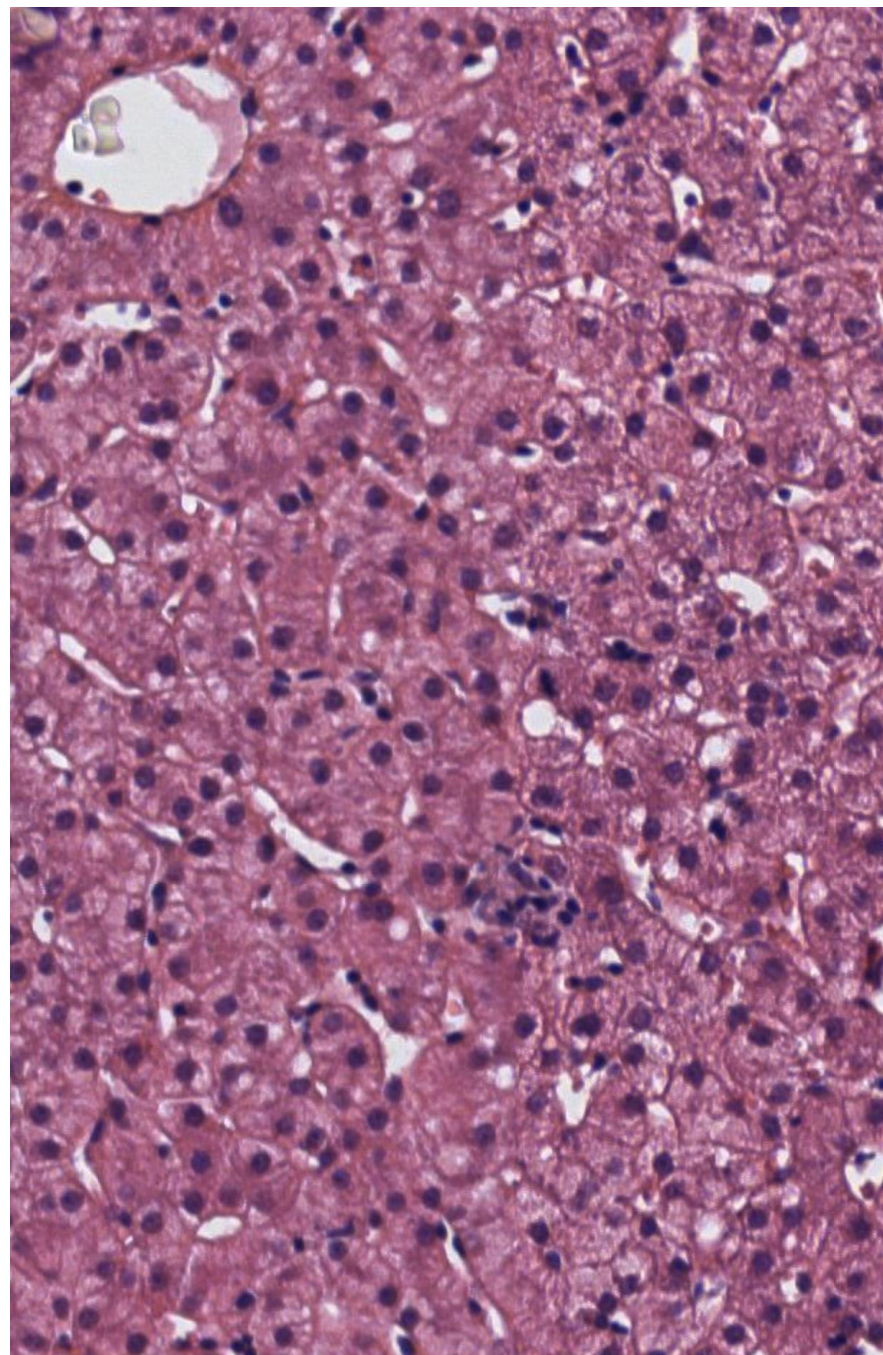
Discordance majeure des tests non invasifs de fibrose



Architecture normale, discret élargissement de quelques espaces porte



Inflammation portale peu active



Inflammation Lobulaire minime

Diagnostic

- Hépatopathie chronique virale C
(Métavir A1F1)

Evolution

- 2010 -2011 IFN PEG + RBV 12 mois rechute
- 2012 -2013 Victrelis + RBV 12 mois rechute
- 2015 Fibroscan 6KPa: F0/F1
Fibrotest 0.80 : F4
Harvoni 12 semaines Guérison

Recommandations AFEF Février 2016

La ponction-biopsie hépatique n'est plus recommandée en cas d'hépatite virale chronique C sans comorbidité,

En cas de discordance entre les méthodes non-invasives, le résultat interprétable le plus sévère doit être pris en compte (AE)

La PBF n'est pas morte

Evolution des indications

- La PBF n'est plus indiquée au cours de l'hépatite C sans facteurs de comorbidité
- La PBF est utile avant traitement dans l'hépatite chronique B
- Les indications de PBF augmentent au cours des stéatopathies métaboliques

La PBF n'est pas morte

Evolution des indications

- La PBF est indiquée en cas
 - d'hépatite alcoolique aigue,
 - pour le diagnostic des maladies autoimmunes du foie et des voies biliaires,
 - pour l'exploration des anomalies biologiques inexplicées du foie
 - et le suivi des transplantés hépatiques

Les marqueurs non invasifs

- Les marqueurs sériques (activité et fibrose) et physiques (élastométrie / fibrose) sont des alternatives à la biopsie
- - Performants pour le diagnostic de cirrhose
 - Ne permettent pas de définir l'étiologie
 - Utiles dans le suivi
 - PBF recommandée en cas de discordances

Remerciements

- Christophe Sattonet
- Thierry Fontanges
- Philippe Legal
- Jean François Cadranel

POINTS FORTS

- 1) La PBH permet le diagnostic de la maladie du foie en l'absence de critères clinico-biologiques requis pour le diagnostic étiologique
- 2) Les indications de la PBH sont limitées chez les patients ayant une hépatopathie chronique d'origine connue
- 3) La PBH permet le plus souvent d'évaluer la contribution respective des $\neq$ facteurs étiologiques d'hépatopathie chronique
- 4) Une biopsie de 15 à 20 mm de long est satisfaisante
- 5) Pour l'évaluation de la fibrose hépatique, les marqueurs sériques et physiques (élastométrie) sont les alternatives à la biopsie