

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

➔ **V. Paradis**

(✉) Département de Pathologie Hôpital Beaujon & INSERM UMR 1149, Clichy

E-mail : vparadis@teaser.fr

La ponction biopsie hépatique (PBH) permet l'analyse du parenchyme hépatique et renseigne sur l'activité et la sévérité d'une hépatopathie, quelle que soit son origine. Les indications de la PBH ont ces dernières années significativement diminué, essentiellement grâce au développement de tests non invasifs permettant d'évaluer de façon semi quantitative l'extension de la fibrose au sein du parenchyme.

Indications actuelles de la PBH

Les indications actuelles de la PBH dépendent du contexte clinique, principalement lié à la présence d'un facteur de risque connu d'hépatopathie pouvant être identifié par l'anamnèse ou la réalisation de tests biologiques. De plus, la PBH reste un examen de référence dans certaines situations particulières, comme la transplantation hépatique.

En présence d'anomalies du bilan hépatique pour le diagnostic

Elle est indiquée pour le diagnostic d'une maladie hépatique aiguë ou plus souvent chronique en dehors de la seule évaluation de la fibrose. Il peut s'agir d'une maladie cholestatique pure sans critère clinique ou biologique permettant le diagnostic ou une forme de passage avec une atteinte auto-immune ; d'une atteinte vasculaire voire toxique. Les indications pour le diagnostic de stéato-hépatite sont discutées au cas par cas.

En présence d'un (ou de) facteur(s) de risque connu(s)

Alors que les hépatopathies chroniques d'origine virale (B ou C) ne sont plus des indications de la PBH, celle-ci peut se justifier lorsque des facteurs de comorbidité (syndrome métabolique, consommation OH, auto-immunité...) sont présents, permettant ainsi d'évaluer leur contribution respective dans la sévérité ou la progression de l'hépatopathie [1].

Chez les patients ayant un syndrome métabolique avéré, le diagnostic de stéatohépatite non alcoolique (NASH) repose sur la PBH qui est recommandée chez les patients à risque de développer une maladie sévère [2]. Enfin, chez le sujet ayant une maladie alcoolique décompensée, la PBH peut être effectuée pour affirmer l'existence d'une hépatite alcoolique aiguë [3].

En l'absence de facteur de risque connu

Dans ce contexte, la PBH permet, en outre, d'évaluer l'intensité et la chronicité des lésions, d'orienter vers une origine particulière. En effet, la présence de critères morphologiques élémentaires est évocatrice d'une origine auto-immune, toxique ou vasculaire par exemple.

Limites de la PBH

Celles-ci sont bien connues et concernent principalement la variabilité de l'échantillonnage, la biopsie ne

représentant qu'une petite fraction de tissu hépatique (1/50000), et la distribution irrégulière des différentes lésions morphologiques élémentaires [4]. Enfin, l'utilisation de scores histologiques semi-quantitatifs a permis de réduire la variabilité inter observateur [5].

Critères de qualité de la PBH

Les critères de qualité d'une PBH, qu'elle soit transpariétale ou transjugulaire, sont multifactoriels, dépendant essentiellement du type de lésions présentes et de leur sévérité. Pour une biopsie transpariétale de 15 à 20 mm de long effectuée avec une aiguille 16G permet une analyse satisfaisante dans la majorité des cas.

Tests non invasifs versus PBH

Deux types de tests non invasifs sont disponibles : (1) sériques (évaluant l'activité et la fibrose), et (2) physiques (évaluant l'élasticité du parenchyme hépatique pour reflet de la fibrose) [6]. Ces tests non invasifs se sont substitués à la PBH dans différents contextes cliniques, essentiellement au cours des hépatopathies chroniques d'origine virale (B et C).

Références

1. Terrault NA, Bzowej NH, Chang K-M, Hwang JP, Jonas MM, Murad MH, *et al.* AASLD guidelines for treatment of chronic hepatitis B. *Hepatology* 2016;63:261-83.
2. Nascimbeni F, Pais R, Bellentani S, Day CP, Ratziu V, Loria P, *et al.* From NAFLD in clinical practice to answers from guidelines. *J Hepatol* 2013; -59:859-71.
3. Singal AK, Kodali S, Vucovich LA, Darley-Usmar V, Schiano TD. Diagnosis and Treatment of Alcoholic Hepatitis: A Systematic Review. *Alcohol Clin Exp Res* 2016;40:1390-402.
4. Shiha G, Ibrahim A, Helmy A, Sarin SK, Omata M, Kumar A, *et al.* Asian-Pacific Association for the Study of the Liver (APASL) consensus guidelines on invasive and non-invasive assessment of hepatic fibrosis: a 2016 update. *Hepatology Int* 2016. doi:10.1007/s12072-016-9760-3.
5. Regev A, Berho M, Jeffers L.J, Milikowski C, Molina EG, Pyrsopoulos NT, *et al.* Sampling error and intraobserver variation in liver biopsy in patients with chronic HCV infection. *Am J Gastroenterol* 2002;97:2614-8.
6. Patel K, Bedossa P, Castera L. Diagnosis of liver fibrosis: present and future. *Semin Liver Dis* 2015;35:166-83.



LES CINQ POINTS FORTS

La PBH permet le diagnostic de maladie chronique du foie en l'absence de critères clinico-biologiques requis pour le diagnostic étiologique.

Les indications de la PBH sont limitées chez les patients ayant une hépatopathie chronique d'origine connue.

La PBH permet le plus souvent d'évaluer la contribution respective des facteurs étiologiques d'hépatopathie chronique.

Une biopsie de 15 à 20 mm de long est satisfaisante.

Pour l'évaluation de la fibrose hépatique, les marqueurs sériques et physiques (élastométrie) sont les alternatives à la biopsie.