

# Troubles du bilan hépatique et MICI

Pierre Toulemonde

## ➔ Quelles pathologies rechercher ?

### Affections hépatobiliaires associées aux MICI

#### Lésions fréquentes

- cholangite sclérosante (CSP)
- stéatose
- hépatite auto-immune
- hépatite granulomateuse
- lithiase biliaire

#### Lésions diverses rares

- abcès du foie
- thrombose portale
- lésions vasculaires du foie
- amylose
- obstruction de la VBP

#### ◆ **Cholangite Sclérosante Primitive (CSP)**

##### ▪ Découverte

- souvent fortuite devant des tests hépatiques anormaux dans le cadre du bilan d'une MICI
  - parfois tableau biliaire d'angiocholite
  - rarement tableau d'hépatopathie chronique +/- cirrhose avec HTP
- Dans 2/3 des cas, la MICI est diagnostiquée avant la CSP.

##### ▪ 4 items diagnostiques

- cholestase chronique
- cholangite fibreuse et oblitérante (absente chez 2/3 des malades) sur la PBH
- anomalie des voies biliaires intra et/ou extra hépatiques sur les examens radiologiques
- association à une MICI

- **Le diagnostic** est retenu si présence de 2 items (dont l'histologie ou la radiologie) sur 4, en l'absence d'autre étiologie identifiable

- **La PBH** non indispensable au diagnostic lorsque signes radiologiques francs mais valeur pronostique. Une PBH normale n'exclut pas le diagnostic (lésions très hétérogènes)

- **La coloscopie** recherche une pancolite lorsque le diagnostic de CSP est le premier établi
- Mauvaise corrélation entre la biologie et la radiologie : le diagnostic de CSP doit être évoqué devant toute anomalie chronique des tests hépatiques d'étiologie indéterminée en présence d'une MICI.

#### ◆ **Stéatose**

Favorisée par la dénutrition, la corticothérapie, l'alimentation parentérale.  
Prévalence des NASH indéterminées.

#### ◆ **Lithiase biliaire**

Plus fréquente dans la maladie de Crohn que dans la RCH.

Prévalence estimée entre 13 et 34 %.

Fréquente en cas de maladie de Crohn iléale et/ou de résection iléale.

Cholécystectomie systématique non recommandée en cas de résection iléale.

#### ◆ **Hépatite auto-immune**

Non exceptionnelle, plus fréquemment associée aux RCH.

Difficulté diagnostique parfois entre HAI et CSP : forme mixte chez l'enfant et l'adulte jeune.



## Pathologies liées au traitement

Elles justifient le suivi strict au début puis tous les 3 mois sans relâchement.

L'imputabilité des médicaments dans les MICI est parfois difficile car les causes sont diverses.

### ◆ **Dérivés 5 ASA**

Atteinte hépatique aiguë à type de cytolyse et de cholestase ou mixte.

Parfois hépatite granulomateuse.

Manifestations d'hypersensibilité (éruption, hyperéosinophilie) survenant, le plus souvent, dans les deux premiers mois de traitement.

### ◆ **Infliximab**

Hépatotoxicité propre rare.

Rechercher facteurs confondants : sepsis, interférence médicamenteuse et virus B et C (risque de réactivation virale B).

La toxicité hépatique peut survenir de 2 semaines à 1 an après le début du traitement.

### ◆ **Méthotrexate (MTX)**

Risque de fibrose hépatique surestimée en raison de séries anciennes, rétrospectives et observationnelles.

Risque décrit pour des durées de traitement > 2 ans et des doses cumulatives > 1 500 mg.

Rechercher des facteurs confondants de fibrose : intoxication éthylique, obésité et diabète.

PBH moins recommandée sauf si facteurs confondants ou si valeur Fibroscan > 8,7 kpa (seuil à préciser).

### ◆ **Thiopurines (Azathioprine)**

#### ▪ **Cytolyse et cholestase précoce :**

- peut régresser spontanément
- si ne régresse pas, diminuer la dose d'AZA (pas de valeur seuil)
- sinon, pause et switch AZA/6-MP, après normalisation du bilan hépatique

#### ▪ **Cytolyse et cholestase d'apparition secondaire**, penser à :

- une CSP
- une réactivation virale
- une HNR ++

### ◆ **HNR** : Hyperplasie Nodulaire Régénérative

Atteinte non fibrosante du foie pouvant induire une HTP symptomatique sans IHC habituellement.

Prévalence et facteurs de risque mal connus.

Diagnostic difficile avant les complications, valeur de la **thrombopénie**.

Diagnostic affirmé par la PBH.

Risque cumulatif sous thiopurines de 1,25 % à 10 ans, délai moyen d'apparition à 48 mois.

Imagerie parfois prise à défaut avec foie nodulaire à l'IRM et diagnostic de cirrhose à tort.

Facteurs de risque : sexe masculin et forme sténosante (résection supérieure à 50 cm de grêle).

Complications possibles : HTP et CHC.

Surveillance « comme une cirrhose », avec échographie et dosage AFP tous les 6 mois et EOGD pour rechercher des varices œsophagiennes.



## ➔ Quel bilan devant des troubles du bilan hépatique ?

### Hépatite aiguë

- hépatite médicamenteuse
- hépatite virale aiguë
- hépatite auto-immune
- migration lithiasique
- cholangite sclérosante

### Hépatite chronique

- HNR
- hépatites chroniques virales B et C
- intoxication OH chronique
- hépatite auto-immune
- NASH
- cholangite sclérosante

### En première intention

- sérologies virales B et C
- si hépatite d'allure aiguë : sérologies virales spécifiques A, B, C, E, CMV, EBV, herpès, VZV
- ACAN, Anti DNA, Ac anti-muscle lisse, Ac anti-LKM et Ac anti-mitochondrie
- électrophorèse des protéides
- TSH, anomalies lipidiques, glycémie
- échographie hépatique : rechercher stéatose, pathologie lithiasique ou anomalies des petites voies biliaires

### En deuxième intention

- **BILI IRM** : rechercher CSP, à faire en première intention si forte suspicion
- **PBH** : rechercher HNR, surtout si le patient est traité par azathioprine depuis quelques années
- coloscopie annuelle, si CSP et RCH

### Avant d'instaurer un traitement immunosuppresseur

Il est utile de faire un bilan à visée hépatobiliaire :

- NFS, ALAT, ASAT, GGT, PAL, Bilirubine
- sérologies virales B, C, CMV, EBV (connaître le statut viral du patient)
- une échographie hépatique peut se discuter chez certains patients à risque de syndrome métabolique
- une élastométrie peut également se discuter avant la mise en route d'un traitement par MTX



