

En quoi la PBH est-elle essentielle au cours des maladies cholestatiques ?

Les points de vue du clinicien et de l'anatomopathologiste.

Docteur Christophe Corpechot, Docteur Dominique Wendum
Service hépatologie
Hôpital Saint-Antoine, Paris

Quelle est aujourd'hui la place de la ponction-biopsie hépatique (PBH) dans la prise en charge des maladies cholestatiques de l'adulte ? Est-ce que les nouveaux moyens d'évaluation de la fibrose (marqueurs sériques, élastométrie) et les nouvelles techniques d'imagerie biliaire (cholangio-IRM) en ont modifié les indications ? En quoi les informations fournies par l'examen histologique contribuent-elles au diagnostic de ces maladies et dans quelle mesure peuvent-elles influencer leur prise en charge thérapeutique ? Le but de cet exposé est de répondre à ces questions en confrontant l'avis du clinicien à celui de l'anatomopathologiste.

Dans 90% des cas, les pathologies cholestatiques chroniques de l'adulte sont dues soit à une cirrhose biliaire primitive (CBP, 2/3 des cas) soit à une cholangite sclérosante (CSP, 1/3 des cas). Souvent, les caractéristiques immunologiques ou radiologiques de ces deux maladies sont suffisantes pour porter un diagnostic de certitude. Toutefois, l'examen histologique à visée diagnostique reste nécessaire dans certaines situations atypiques (CBP séronégative, CSP des petits canaux biliaires) ou en cas de suspicion d'hépatite autoimmune associée (10% des CBP, 5-10% des CSP). Les lésions histologiques caractéristiques sont la cholangite destructrice granulomateuse ou lymphocytaire pour la CBP et la fibrose péricanalaire avec cholangite et/ou atrophie des cellules biliaires pour la CSP. Ces lésions ne sont malheureusement présentes que dans 30% des cas et le diagnostic de maladie biliaire n'est souvent suspecté que sur des signes indirects (cholestase périportale, prolifération ductulaire, ductopénie...).

Faut-il donc réserver la PBH à ces seules formes atypiques de CBP ou de CSP ? La réponse est non... en tout cas pour la CBP. Le stade histologique, la ductopénie et l'intensité de l'hépatite d'interface sont des éléments importants dans l'évaluation du pronostic de cette maladie. Le stade histologique et le degré de fibrose biliaire peuvent être aujourd'hui évalué de manière assez simple grâce à l'élastométrie et au dosage simultané de la bilirubine et de l'acide hyaluronique. En revanche, il n'existe aucun marqueur indirect permettant de prédire la ductopénie et la sévérité de l'hépatite d'interface, que seule la PBH aujourd'hui permet de diagnostiquer et de quantifier. L'évaluation de ces lésions est importante car elle peut avoir un impact sur la décision thérapeutique. Des essais cliniques ont montré que l'association AUCD-budésonide pourrait être plus efficace que l'AUCD seul dans le traitement de la CBP. Il est probable que les patients qui tirent bénéfice de cette association sont ceux qui présentent à la fois des lésions d'hépatite d'interface actives et l'absence de ductopénie sévère. C'est la raison pour laquelle nous préconisons la réalisation d'une PBH systématique dans le cadre du bilan initial de la CBP et en cas de réponse biochimique incomplète sous AUCD.