

# Que faut-il retenir de la conférence d'experts de Baveno VI dans le domaine du dépistage et de la surveillance des maladies chroniques du foie ?



Baveno, Italie, 10-11 avril 2015

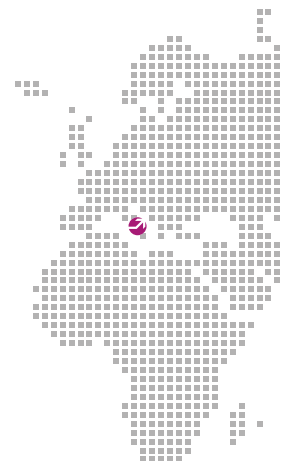
Dominique Thabut\*

Le contexte était un peu particulier, car le paysage des maladies chroniques du foie s'est considérablement modifié ces 10 dernières années, en raison, d'abord, du développement des méthodes non invasives permettant un diagnostic plus précoce de la cirrhose, puis, plus récemment, de l'arrivée des nouveaux agents antiviraux entraînant la guérison de l'hépatite chronique C dans 85 % des cas au moins, et ce même chez les patients cirrhotiques. En raison de ces avancées majeures, les recommandations concernant le dépistage et la surveillance des maladies chroniques du foie ont été largement modifiées. Les principaux changements sont rapportés ci-dessous.

Tout d'abord, et c'est là probablement le fait le plus marquant, le terme de cirrhose a été abandonné, et remplacé par celui de "maladie chronique du foie avancée compensée" ("*compensated advanced chronic liver disease*" [cACLD]). La justification principale de ce changement réside dans le fait que la cirrhose a stricto sensu une définition histologique, et que la biopsie hépatique n'est quasiment plus jamais effectuée pour faire le diagnostic de cirrhose, les méthodes non invasives ayant une très bonne performance diagnostique dans ce contexte. De plus, certains patients développent des complications sans cirrhose à proprement parler. Les patients atteints de cACLD sont donc la maladie du foie risque d'entraîner des complications hépatiques : carcinome hépatocellulaire, ascite, hémorragie digestive, encéphalopathie et infection. Il s'agira donc là de la population à dépister et à surveiller, comme nous surveillons les patients atteints de cirrhose jusqu'à maintenant. Afin d'éviter les faux négatifs, la définition de la cACLD devrait être large, avec une très bonne sensibilité. À l'heure actuelle, le diagnostic de cACLD est effectué

Tous les 5 ans, les spécialistes de l'hypertension portale se réunissent dans le magnifique village de Baveno, petit écrin sur les bords du lac Majeur en Italie. L'objectif de cette conférence d'experts est de réactualiser les recommandations dans le domaine de l'hypertension portale, que celle-ci soit liée à une cirrhose ou non. La 6<sup>e</sup> conférence de Baveno s'est tenue en avril 2015, et les conclusions ont été rapportées dans un article publié dans le *Journal of Hepatology*, qui est accessible en ligne (1).

au moyen de l'élastographie hépatique (FibroScan®). Deux mesures à jeun sont nécessaires. Le diagnostic de cACLD est posé lorsque le FibroScan® est supérieur à 20 kPa, et suspecté lorsqu'il est supérieur à 15 kPa. Dans les 2 cas, les patients doivent être adressés à un centre expert. Cette définition est bien plus sensible que des marqueurs simples comme l'échographie ou le chiffre de plaquettes, puisque, dans des séries récentes, 8 à 14 % des patients dont le chiffre de plaquettes et l'échographie hépatique étaient normaux (pas de dysmorphie ni d'hypertension portale visible) avaient un FibroScan® supérieur à 13 kPa. Cependant, cette définition de la cACLD sera à affiner dans les années à venir. Notamment, d'autres marqueurs sériques ou des algorithmes simples pourraient avoir une aussi bonne ou meilleure performance diagnostique que le FibroScan®. Il sera donc question maintenant de patients atteints de cACLD et non plus de cirrhose. En pratique, comme nous ne faisons plus en France de biopsies hépatiques diagnostiques systématiques pour le diagnostic de cirrhose, et préférons souvent les moyens non invasifs, la population à dépister et à surveiller ne changera probablement pas par rapport aux dernières années.



\* Hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP), Paris.

La deuxième modification majeure dans la prise en charge de ces patients concerne le dépistage de l'hypertension portale endoscopique. Jusqu'à maintenant, tous les patients ayant une cirrhose devaient subir une fibroscopie œso-gastroduodénale (FOGD) afin de dépister des varices œsophagiennes et, si celles-ci étaient de grande taille, de commencer une prophylaxie primaire par bêtabloquants non cardiosélectifs ou par ligature. Cela reposait sur le fait que, dans les anciennes séries, 30 % des patients avaient des varices de grande taille justifiant une prophylaxie. Cependant, en raison du dépistage plus précoce de la cirrhose, cette proportion a largement diminué, et la rentabilité de la FOGD a été remise en question. La population devant bénéficier d'un dépistage endoscopique a donc été restreinte, en utilisant des critères très simples, à savoir l'association du chiffre de plaquettes et du FibroScan®. Ainsi, il n'est plus nécessaire d'effectuer une FOGD chez les patients chez qui une cACLD vient d'être diagnostiquée et qui ont un FibroScan® < 20 kPa et des plaquettes > 150 000/mm<sup>3</sup>. Ces patients doivent être surveillés par ces 2 examens tous les ans. Si le FibroScan® ou le chiffre de plaquettes dépassent ces limites, une FOGD de dépistage devra être effectuée. Cette stratégie permettrait d'éviter 20 % des FOGD, avec un risque de faux négatifs inférieur à 5 %. Bien entendu, cet algorithme reste à valider, et peut probablement être amélioré, en diminuant encore les indications de FOGD.

Enfin, une dernière modification a été apportée à Baveno VI, qui concerne la surveillance endoscopique des patients ayant une cACLD et qui n'ont pas de varices œsophagiennes ou des varices de petite taille. Une distinction sera faite entre les patients chez qui le facteur causal de l'hépatopathie chronique a été éradiqué (par exemple, l'hépatite C) et qui n'ont pas de cofacteurs d'hépatopathie chronique associés, et ceux chez qui l'agent causal est toujours présent (par exemple : syndrome dysmétabolique, alcoolisme actif). La surveillance sera allégée chez les premiers, avec une FOGD tous les 3 ans chez les patients sans varices, et tous les 2 ans en cas de varices de petite taille. En revanche, chez les autres patients, le rythme de surveillance ne sera

pas modifié (tous les 2 ans en l'absence de varices, et tous les ans en cas de varices de petite taille). Ces recommandations sont bien entendu à valider, elles aussi.

Finalement, le dépistage et la surveillance des varices œsophagiennes sont devenus plus simples chez les patients atteints de cACLD. L'idée est de réserver les indications de FOGD aux patients en ayant vraiment besoin. Il faut espérer que cela permette de réorienter le dépistage et la surveillance, pour une plus grande efficacité. En effet, jusqu'à maintenant, moins de 50 % des patients atteints de cirrhose bénéficiaient d'un dépistage et d'une surveillance corrects. En revanche, et ce n'était pas le sujet de cette conférence, le dépistage du carcinome hépatocellulaire doit toujours être effectué tous les 6 mois par imagerie.

Bien entendu, il reste beaucoup à faire : validation de ces nouvelles recommandations, ciblage encore plus performant des patients, arrêt peut-être de la prophylaxie primaire dans certains sous-groupes, suivi longitudinal afin de reprendre une surveillance plus agressive en fonction de certains événements de la vie... Les 5 prochaines années seront probablement très productives en termes de recherche. Le tout aboutira idéalement à une surveillance "à la carte" des patients atteints de cACLD. ■

## Référence bibliographique

1. De Franchis R. *Expanding consensus in portal hypertension, Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension.* [http://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(15\)00349-9/pdf](http://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(15)00349-9/pdf)

*L'auteur déclare avoir des liens d'intérêts avec Gilead, MSD, AbbVie, BMS, Gore, Eumedica, Alpha Wassermann-Norgine.*

### Messages clés

- Le terme de cirrhose a été abandonné, et remplacé par celui de maladie chronique du foie avancée compensée (cACLD).
- Le diagnostic de cACLD est posé lorsque le FibroScan® est supérieur à 20 kPa, et suspecté lorsqu'il est supérieur à 15 kPa. Dans les 2 cas, les patients doivent être transférés dans un centre expert.
- Il n'est plus nécessaire d'effectuer une FOGD chez les patients chez qui une cACLD vient d'être diagnostiquée et qui ont un FibroScan® < 20 kPa et des plaquettes > 150 000/mm<sup>3</sup>. Ces patients doivent être surveillés par ces 2 examens tous les ans.
- La surveillance sera allégée chez les patients chez qui le facteur causal de l'hépatopathie chronique a été éradiqué et qui n'ont pas de cofacteurs d'hépatopathie chronique associés, avec une FOGD tous les 3 ans chez les patients sans varices, et tous les 2 ans en cas de varices de petite taille.