

# **Manifestations hépatobiliaires des MICI**

**Dr Guessab**

**21 Septembre 2011**

# Manifestations hépatobiliaires des MICI

Prévalence élevée

Anomalies des tests hépatiques 12-15%

PBH systématique : 50% d'anomalies

**Tableau 1. Lésions hépatobiliaires associées aux MICI**

<ul style="list-style-type: none"><li>· Cholangite sclérosante primitive <i>(pouvant se compliquer de cholangiocarcinome)</i></li><li>· Stéatose</li><li>· Hépatite autoimmune</li><li>· Hépatite granulomateuse</li><li>· Lithiase biliaire</li><li>· Lésions hépatiques iatrogènes <i>(médicaments ++)</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Lésions diverses (rares) :<ul style="list-style-type: none"><li>• abcès du foie</li><li>• thrombose portale</li><li>• lésions vasculaires du foie <i>(hors médicaments)</i></li><li>• amylose</li><li>• obstruction cholédocienne <i>(en cas de MC duodénale)</i></li></ul></li></ul>
--	---

Stéatose : plus fréquente

Cholangite sclérosante primitive : plus spécifique

## Manifestations hépatobiliaires des MICI

Fréquence de l'association aux manifestations hépatobiliaires peut varier en fonction de la nature de la MICI

	RCH	MC
<b>Stéatose</b>	++	+ +
Effets indésirables des médicaments	+	+
<b>Cholangite sclérosante primitive</b>	++	+
Cholangiocarcinome	+	<u>±</u>
Carcinome hépato-cellulaire	<u>±</u>	-
Hépatite chronique active	+	-
Cirrhose	+	+
CBP	<u>±</u>	-
Granulomes	-	+
Amylose	-	+
Lithiase biliaire	+	++
Abcès hépatiques		<u>±</u>

# Manifestations hépatobiliaires desMICI

## Dépistage = tests biologiques Hépatiques (PA,TRANS)

Travail suédois (La principale étude épidémiologique des anomalies des tests hépatiques)

- inclus **1 274** patients ayant **une RCH**
- **11%**des patients (n = **134**) ont présenté des anomalies biologiques hépatiques définies par une augmentation PA ou transminases supérieure à 2 fois la normale et confirmée à au moins 2 mois d'intervalle.
- anomalies ont été transitoires chez **60 patients (5 %)** et observées essentiellement lors d'une poussée de la colite ou plus rarement rapportées à une hépatite aiguë virale ou médicamenteuse.
- Les anomalies ont persisté chez **74 patients(6 %)** et ont été rapportées à une **CSP chez 29 (40 %)** et à des causes diverses chez les autres (stéatose ,consommation excessive d'alcool, hépatite virale C, hépatite auto-immune).

# Cholangite sclérosante primitive

- Prévalence 8 - 14/100 000
- touchant surtout l'homme
- sujet jeune (âge habituellement inférieur à 40 ans)
- **Circonstances de découverte**
  - Symptomatologie biliaire :angiocholite, ictère, douleurs de l'hypocondre droit ou prurit
  - Tableau de maladie du foie chronique ou au stade de cirrhose
  - Perturbation des tests hépatiques

# Cholangite sclérosante primitive

## Critères diagnostic

- Biologiques : cholestase (parfois minime),  
Tests hépatiques
- Radiologiques (anomalies des voies biliaires intra et/ou extra hépatiques),  
Bili-IRM
- Histologiques (signes de maladie biliaire),  
Biopsie hépatique
- Association à une MICI,  
Coloscopie (avec biopsies systématiques)

Diagnostic de CSP retenu en présence de deux (incluant au moins le critère histologique ou radiologique) de ces quatre critères, en l'absence d'autre étiologie identifiable.

CPRE

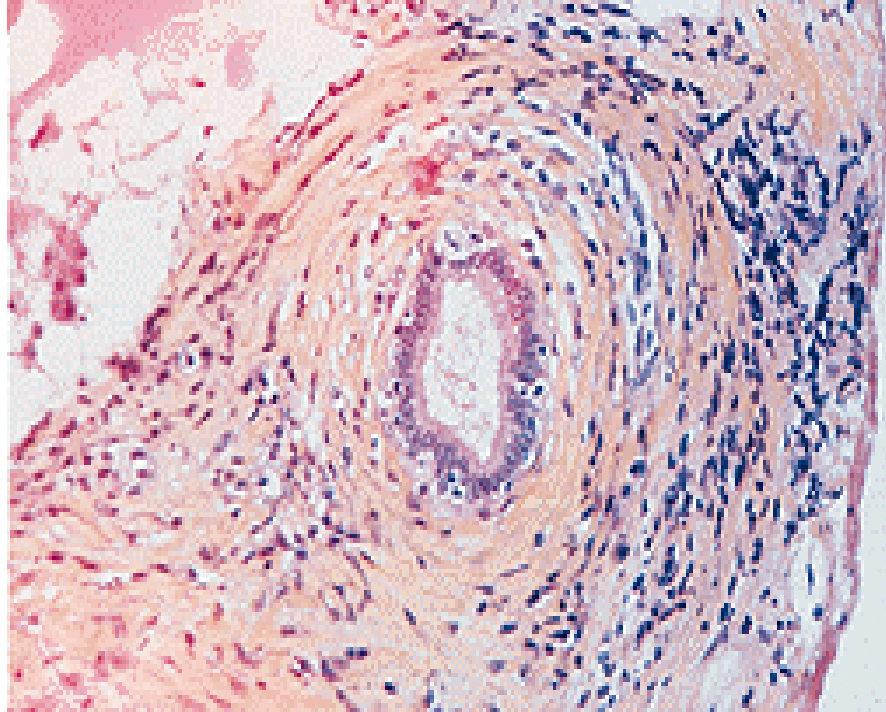


BILIRM



# Histologie

## CLASSIFICATION CSP



- 1 : lésions purement portales
- 2 : Périportales inflammation et fibrose débordent de l'espace porte
- 3 : fibrose extensive sans cirrhose
- 4 : Cirrhose avec nodules de régénération, et risque deCholangiocarcinome

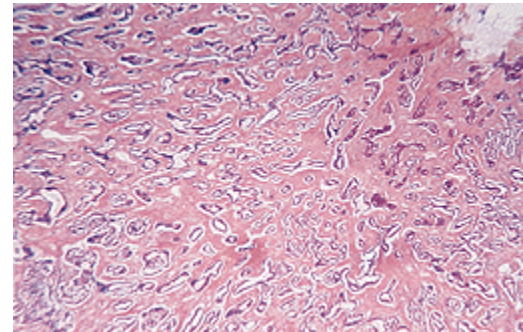
# Formes particulières de la CSP

- **CSP des « petits » canaux** : Small duct PSC  
Cholestase chronique + histologie  
Cholangiographie normale+MICI
- **Forme mixte** : CSP/ hépatite auto-immune « syndrome de chevauchement »  
CAN et/ou AFML + cholangiographie typique
- **Cholangite à IgG4**=pancréato-cholangite sclérosante,  
pancréato-cholangite auto-immune

# CSP et Cancers

## Cholangiocarcinome

- Localisation : intra, extrahépatique ou vésiculaire
- Prévalence : 15 %  
(le cancer révèle la CSP dans 1/3 des cas)
- Incidence annuelle : 1,5 %
- Facteurs de risque
  - Sévérité de la CSP
  - Antécédent de dysplasie ou de cancer colorectal
- Survie à 3 et 5 ans après la greffe < 30 %
- Problème du Dg précoce+++



# CSP et Cancers

## Kc du colon

X 10 / population général

Suivi	CSP + RCH	RCH
• 10 ans	9%	2%
• 20 ans	31%	5%
• 25 ans	50%	10 - 25%

\* Bergquist A, Ekblom A, Olsson R, Kornfeldt D, Loof L, Danielsson A, et al. Hepatic and extrahepatic malignancies in primary sclerosing cholangitis. *J Hepatol* 2002;36:321-327.

# CSP et Cancers

## **Kc du colon (suite)**

Facteurs associées au CCR

- RCH > 10 ans ( $p < 0.002$ )
- pancolite ( $p < 0.004$ )
- dysplasie ( $p < 0.0003$ )

**Coloscopie annuelle en cas CSP/MICI**

# Particularités de l'association MICI /CSP

- RCH +++++
  - Pancolite
  - prévalence de la CSP est d'environ 5% lorsque la colite dépasse l'angle gauche et de seulement 0,5 % en cas de colite distale
  - Peu active voire totalement quiescente .
  - Atteinte uniquement histologique est possible
  - Pas de corrélation entre la sévérité de la RCH et la sévérité de la CSP

# Particularités de l'association MICI /CSP

## **Maladie de crohn**

- Atteinte colique constante

## **CSP**

- En cas de RCH: pas différentes des CSP sans RCH
- En cas de Crohn: CSP des petits canaux biliaires

# Particularités du TRT MICI /CSP

- Iléostomie doit d être évitée chez les patients ayant une CSP
- Anastomose iléoanale, le risque de pouchite est augmenté en cas de CSP
- Effet bénéfique de l'AUDC sur le risque de dysplasie colique chez les patients ayant une RCH associée à une CSP
- Risque de récurrence de la CSP sur le greffon pourrait être significativement diminué chez les patients ayant été colectomisés avant la transplantation
- Risque de cancer du côlon est particulièrement important après transplantation

# Autres manifestations hépatobiliaires des MICI

- **Stéatose hépatique** jusqu'à 40% selon des critères échographiques  
rôle de la malnutrition, de la corticothérapie et de la nutrition parentérale...
- **Lithiase biliaire**  
cholestérolique ++++  
malabsorption des acides biliaires
- **Amylose hépatique** MC sévère

## Autres manifestations hépato-biliaires associées au MICI

- HAI**: Bili-IRM apparaît indispensable lorsqu'un diagnostic d'HAI est proposé chez un patient ayant une MICI, notamment chez l'enfant et l'adulte jeune
- CBP** rare
- Granulomatose hépatique** quasi constamment une MC et exceptionnellement une RCH
- Thrombose de la veine porte**
- Abcès hépatiques**

# Les médicaments

- **L'AZT et la 6MP**  
Tansam. PAL.Bili : +/-  
Délai : 3 semaines – 6 mois  
Asymptomatique , hypersensibilité , Ictère+++  
EFH : 1/sem,1/mois, tous les 3M
- **MTX : ALAT (18%) , risque de fibrose hépatique**
- **Sulfasalazine : Hypersensibilité : hépatites fulminantes**
- **Les dérivés du 5 ASA : anomalies de l'EFH : 1%**
- **Les corticoïdes : stéatose**

# CONCLUSION

- Dépistage systématique des anomalies HB en cas de MICI
- Interpréter le bilan en dehors d'une poussée de la maladie
- Eliminer les autres causes non associées aux MICI
- Causes médicamenteuses : AZT , SSZ , 5 ASA et les corticoïdes
- En cas de cholestase : évoquer la CSP
- Surveillance annuelle du colon en cas de CSP