



**2008**

## **Prise en charge de la stéatohépatite non alcoolique en France: résultats de l'enquête Pastel**

JF Cadranel, V.Ratziu, G. Perlemuter, L. Serfaty, J. Denis, P. Delasalle, X. Causse, C. Renou, F. Roudot-Thoraval, M. Lombard, C. Bernardt, pour l'ANGH et le CREGG.

Prise en charge de la stéatohépatite non alcoolique en France: résultats de l'enquête Pastel JF Cadranel, V.Ratziu, G. Perlemuter, L. Serfaty, J. Denis, P. Delasalle, X. Causse, C. Renou, F. Roudot-Thoraval, M. Lombard, C. Bernardt, pour l'ANGH et le CREGG. La prévalence de la stéatohépatite non alcoolique (NASH) est en forte hausse en France mais n'a jamais fait l'objet d'évaluations. Le but de cette enquête est de connaître les pratiques diagnostiques et thérapeutiques des hépatogastroentérologues (HGE) en France. Méthode: un questionnaire anonyme a été adressé aux HGE de l'AFEF, de l'ANGH et du CREGG. 4 thèmes ont été abordés: mode de recrutement et gravité perçue, réseaux de soins, mode de diagnostic et traitement. Résultats: 351 HGE, en majorité de CHG puis de CHU ont répondu. 90% considèrent la NASH potentiellement grave et la cirrhose NASH aussi grave que la cirrhose VHC. Les patients sont principalement adressés par les généralistes. L'HGE a parfois (38%) ou très souvent (79%) recours à un endocrinologue pour les comorbidités. La NASH est évoquée le plus souvent en cas de stéatose avec transaminases élevées ou chez un patient diabétique avec bilan hépatique perturbé. 50% des HGE excluent la NASH chez l'homme 35% chez la femme pour une consommation d'alcool respectivement >40g/j et 30g/j. La biopsie hépatique (PBH) a un double intérêt: rechercher une NASH et quantifier de la fibrose. L'évaluation clinico-biologique comprend principalement: IMC, pression artérielle, glycémie, triglycérides, HDL-cholestérol mais pas insuliniémie ni HOMA. 21% évaluent l'atteinte hépatique par élastométrie seule, 26% par biomarqueurs seuls et 41% par les deux. Une PBH est proposée par 43% des HGE en cas de stéatose avec transaminases élevées et par 6% en cas de stéatose avec transaminases normales. La PBH est proposée d'emblée (24%) ou après une tentative de régime(62%). 15% la proposent devant toute stéatose avec transaminases élevées, 18% en cas de facteurs de risque clinique de fibrose, 15% si les méthodes non invasives montrent une fibrose et 23% en cas de discordance des méthodes non invasives. 22% des patients la refusent. Le suivi est assuré par l'HGE dans 73% des cas et par les moyens suivants: bilan hépatique(97%), glycémie(84%), insuliniémie(16%), bilan lipidique(74%), ferritiniémie(53%), marqueurs de fibrose(45%), échographie hépatique(55%), PBH(4%). Plus de 40% des HGE interdisent toute consommation d'alcool. Les traitements spécifiques les plus proposés sont: acide ursodesoxycholique(53%), metformine(58%), glitazones(42%). Le critère d'efficacité le plus retenu est la normalisation des transaminases. Conclusion: il existe un consensus sur le mode de diagnostic et la gravité potentielle de la NASH. En revanche, une hétérogénéité apparaît sur: 1)la biologie à réaliser (intérêt de l'insuliniémie, du HOMA ?); 2)les méthodes d'évaluation de l'atteinte hépatique (biomarqueurs, élastométrie, indications de la PBH ?) ; 3)la place des traitements pharmacologiques. Afin d'homogénéiser les pratiques, cette enquête devrait conduire à créer un consensus ou bien des recommandations par les sociétés savantes pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la NASH. Remerciements aux laboratoires Roche, Axcan et Astellas pour leur soutien à ce projet.

[Fermer la fenêtre](#)