En collaboration avec le
Collège québécois des médecins de famille

Est-ce bon … le foie gras?

Harold Dion, MD, CCMF, FCMF

Le cas de M Tremblay

M Tremblay, âgé de 42 ans et souffrant d'un peu d'embonpoint, se présente à votre cabinet pour un examen général.

Il n'a pas de symptôme particulier, mais désire simplement faire le point sur sa santé maintenant qu'il a passé le cap de la quarantaine. Il fume et consomme de l'alcool socialement, mais il ne prend pas de drogue et il ne pratique pas de sport de façon régulière. Son examen clinique est complètement normal à l'exception d'un IMC à 27. Son investigation révèle un taux d'AST élevé, soit deux à trois fois la limite supérieure normale, et un bilan lipidique montrant de légères perturbations.

Comment le prenez-vous en charge?

Comment établir le diagnostic?

Les causes de la maladie hépatique peuvent habituellement être éliminées à l'aide de l'histoire médicale, de l'examen clinique et des tests sérologiques. En présence d'un taux élevé des enzymes hépatiques, il est possible d'exclure les hépatites virales, l'hépatite autoimmune, la maladie cholestatique chronique, l'hématochromatose, la déficience alpha-1 antitrypsine, ainsi que la maladie de Wilson.

Le **Dr Dion** est médecin de famille, Clinique médicale l'Actuel, Montréal. Il est également président du conseil d'administration du Collège québécois des médecins de famille.

Chez le patient mentionné dans la vignette, tous les résultats de ses tests sont normaux. Vous recommandez donc une échographie du foie qui révèle une augmentation de l'échogénicité. Vous procédez par la suite à une biopsie du foie qui confirme une accumulation modérée de graisse dans le foie. Le patient niant une consommation de > 30 g d'alcool par jour, vous concluez qu'il s'agit d'une maladie du foie gras non-alcoolique.

La maladie du foie gras non-alcoolique : De quoi s'agit-il au juste?

Le diagnostic de la maladie du foie gras non-alcoolique nécessite la démonstration d'une accumulation de graisse dans le foie, et ce, même si le patient ne présente pas d'histoire de consommation excessive d'alcool. L'image histologique peut varier d'un aspect bénin jusqu'à la fibrose et la cirrhose.

La maladie peut être primaire ou secondaire, selon la cause (tableau 1). Elle est plus fréquente chez les personnes qui sont diabétiques (50 %) ou qui souffrent d'obésité morbide (75 %).

Parmi les personnes ne souffrant pas d'obésité ou de diabète, on constate que les facteurs de risques sont :

- la glycémie anormale à jeun
- l'hypertriglycéridémie
- l'hyperuricémie
- l'obésité abdominale
- le niveau abaissé de cholestérol de lipoprotéine de haute densité (C-HDL)

La pathophysiologie et l'évolution de la maladie du foie gras sont mal comprises. Cependant, les personnes

affectées par cette maladie semblent avoir un taux de mortalité plus élevé.

Le diabète est un facteur de risque associé à une progression vers la fibrose et à la mortalité chez ces patients.

La maladie peut également évoluer vers la cirrhose ainsi que le carcinome hépatocellulaire. En règle générale, l'évolution de la maladie vers la fibrose s'étend sur plusieurs décennies.

Tableau 1

Les causes de la maladie du foie gras non-alcoolique

Causes	Associations
Primaires	Caractéristiques du syndrome métabolique
Secondaires	
Nutritionnelles	Hyperalimentation, perte de poids rapide, jeûne, chirurgie intestinale
Médicamenteuses	Glucocorticoïdes, estrogène, tamoxifène, méthotrexate, zidovudine, amiodarone, ASA, tétracycline par intraveineuse, didanosine, cocaïne, hypervitaminose A, diltiazem
Toxines	Champignons toxiques, produits pétroliers, phosphore
Métaboliques	Lipodystrophie, dysbétalipoproteinémie, maladie de Weber-Christian, maladie de Woolman
Autres	Maladie inflammatoire de l'intestin, l'infection au VIH, diverticulose du petit intestin avec une surcroissance bactérienne

Quelles en sont les caractéristiques cliniques?

La maladie du foie gras non-alcoolique est habituellement asymptomatique, quoique la fatigue et l'inconfort au quadrant supérieur droit de l'abdomen peuvent être rapportés.

La majorité (60 à 80 %) des patients ont un IMC > 25 et 30 % ont un syndrome métabolique. Les personnes minces ont habituellement au moins un facteur de risque métabolique. Il est aussi possible de détecter une hépatomégalie.

Le niveau des enzymes hépatiques peut être très variable, même si chez plus de 75 % des patients, il s'avère normal. Lorsque le taux est élevé, l'augmentation est souvent légère et ne correspond pas nécessairement avec l'histologie du foie, le spectrum complet de la maladie pouvant se présenter chez une personne avec un taux d'enzymes normal.

Les taux de transferrine peuvent augmenter chez jusqu'à 50 % des patients et les anticorps autoimmuns sont identifiés chez environ 30 % des personnes avec une maladie du foie gras non-alcoolique. Ces taux de transferrine sont associés à la fibrose avancée.

Quel est le traitement?

Actuellement, le traitement se limite :

- À la perte de poids
- À la pratique régulière d'une activité physique
- Au contrôle des facteurs de risque métaboliques (glycémie, triglycérides, C-HDL, etc.)

À cause du manque de données cliniques, la pharmacothérapie n'est pas recommandée, mais quelques agents potentiels verront le jour bientôt. Environ 3% des transplantations hépatiques en Amérique du Nord sont effectuées chez des personnes en phase terminale, ayant une maladie du foie gras non alcoolique.

Quel suivi doit-on faire?

Comme le taux d'enzymes hépatiques tend à s'améliorer peu importe si la fibrose hépatique s'améliore ou progresse, le suivi devrait se limiter aux patients ayant des facteurs de risque associés au développement de complications hépatiques. *Clin*

Référence
Angulo P: Nonalcoholic fatty liver disease. NEMJ 2002;1221-31.