

# Stéatose hépatique non alcoolique

Emmanuel Bebawi MD Pharm D, Mark Takla MD, Jennifer Leonard MD

■ Citation : *CMAJ* 2023 July 10;195:E909. doi : 10.1503/cmaj.221650-f

Voir la version anglaise de l'article ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.221650](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.221650)

## 1 Les termes stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD) et stéatohépatite non alcoolique (SHNA) ne sont pas interchangeables

Le terme stéatose hépatique non alcoolique désigne un spectre d'affections qui va de la stéatose hépatique à la SHNA, une affection caractérisée par une accumulation lipidique causant de l'inflammation et des lésions cellulaires hépatiques, qui peut mener à de la cirrhose<sup>1,2</sup>. Le diagnostic de la NAFLD (pour nonalcoholic fatty liver disease) est posé en l'absence de causes comme une consommation importante d'alcool (> 20 g/j pour les femmes, > 30 g/j pour les hommes), d'autres maladies hépatiques ou la prise de certains médicaments<sup>2,3</sup>.

## 2 La prévalence mondiale de la NAFLD est de 25 %, et elle est en hausse<sup>2</sup>

La stéatose hépatique progressera vers une SHNA chez 20 % des patients, et 20 % de ceux-ci verront se développer ensuite une cirrhose associée à la SHNA<sup>4</sup>. La SHNA est la deuxième cause d'hépatopathie terminale et de cancer primitif du foie<sup>1</sup>. Les principaux facteurs de risque sont l'obésité, la dyslipidémie, le diabète de type 2 et le syndrome métabolique<sup>1,2,4</sup>.

## 3 Le dépistage de la NAFLD n'est pas conseillé; on soupçonne généralement la présence de la maladie en raison d'une élévation du taux d'aminotransférases hépatiques ou de la découverte fortuite d'une stéatose hépatique à l'imagerie

L'exploration initiale composée d'examen de laboratoire et d'une échographie du foie devrait avoir pour objectif principal la mise en évidence d'autres causes d'observations fortuites (annexe 1, accessible en anglais au [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.221650/tab-related-content](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.221650/tab-related-content))<sup>1-3,5</sup>. Les examens et les interventions visant l'atténuation des facteurs de risque cardiovasculaires et la prise en charge des troubles comorbides couramment associés devraient se faire en parallèle<sup>2,3,5</sup>.

## 4 Les patients atteints d'une NAFLD ou ayant un risque élevé de fibrose devraient subir une stadification non effractive de la fibrose

Les patients exposés à un risque élevé comprennent les personnes atteintes de diabète de type 2 ou du syndrome métabolique, ainsi que les proches immédiats des personnes atteintes d'une cirrhose associée à la NAFLD<sup>1-4</sup>. Les cliniciens devraient évaluer le risque à l'aide du score Fibrosis-4 (FIB-4), qui est basé sur l'âge et les résultats des examens de laboratoire. Les patients ayant un score FIB-4 faible (< 1,3 chez les personnes âgées de 36-65 ans et < 2,0 chez celles âgées de > 65 ans) peuvent être suivis en soins primaires et le test, répété tous les 2 ans<sup>1-3</sup>. Les personnes chez qui le score est intermédiaire bénéficieraient d'une stadification plus précise de la fibrose en soins primaires par élastométrie impulsométrique. Si la stadification par élastométrie indique un risque intermédiaire ou élevé de fibrose, une demande de consultation d'un spécialiste est requise. Les personnes ayant un score FIB-4 élevé doivent subir une élastométrie, en plus d'obtenir une demande de consultation d'un spécialiste<sup>1-3</sup>.

## 5 La perte de poids est le premier traitement de la NAFLD, et le plus efficace<sup>2,4</sup>

Une perte de poids de 5 % entraîne une diminution de la stéatose, et une perte de poids de plus de 10 % peut entraîner une régression de la fibrose et de la SHNA<sup>1,4</sup>.

### Références

1. Powell EE, Wong VW, Rinella M. Non-alcoholic fatty liver disease. *Lancet* 2021;397:2212-24.
2. Cusi K, Isaacs S, Barb D, et al. American Association of Clinical Endocrinology clinical practice guideline for the diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease in primary care and endocrinology clinical settings: co-sponsored by the American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD). *Endocr Pract* 2022;28:528-62.
3. Rinella ME, Neuschwander-Tetri BA, Siddiqui MS, et al. AASLD Practice Guidance on the clinical assessment and management of nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology* 17 mars 2023 [cyberpublication avant impression]. doi : 10.1097/HEP.000000000000323.
4. Sheka AC, Adeyi O, Thompson J, et al. Nonalcoholic steatohepatitis: a review. *JAMA* 2020;323:1175-83.
5. Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, et al. The diagnosis and management of non-alcoholic fatty liver disease: practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology* 2018;67:328-57.

**Intérêts concurrents :** Jennifer Leonard déclare avoir reçu des honoraires d'Abbvie, de Gilead et d'Intercept, et est membre du conseil d'administration de l'Association canadienne pour l'étude du foie. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

**Affiliations :** Département de médecine (Bebawi), Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, Université de Montréal, Montréal, Qc; Départements de médecine (Takla) et de gastroentérologie (Leonard), Hôpital général (Centre des sciences de la santé), Université Memorial de Terre-Neuve, St. John's, T.-N.-L.

**Propriété intellectuelle du contenu :** Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

**Correspondance :** Emmanuel Bebawi,  
emmanuel.bebawi@umontreal.ca