

EVALUATION NON INVASIVE DE LA FIBROSE : ANALYSE CRITIQUE. MARQUEURS SANGUINS.

Paul Calès

Service des maladies du foie et de l'appareil digestif, CHU, 49933 Angers Cedex 09 &
Laboratoire HIFIH, UPRES 3859, IFR 132, Faculté de Médecine, Université d'Angers, PRES
UNAM, 49045 Angers Cedex 01

Le diagnostic non invasif de la fibrose hépatique et de la cirrhose a fait l'objet de recommandations originales de la Haute Autorité de Santé en France en 2007. Le diagnostic de la cirrhose a fait l'objet d'une actualisation en décembre 2008. Les textes peuvent être retrouvés sur le site de la HAS : <http://www.has-sante.fr>

Cependant, à mon sens, ce texte est perfectible. En effet, si d'un côté il fait une recommandation pour le choix des méthodes à utiliser, il n'a pas précisé la façon dont il fallait les utiliser.

L'analyse critique porte sur les aspects suivants des tests sanguins peu développés :

- Comment mesurer la performance ?
- Performance des compteurs de fibrose
- Valeurs prédictives
- Reproductibilité
- Robustesse
- Discordances (gestion)
- Répétabilité
- Limites
- Cas du diagnostic de la cirrhose

Voici brièvement quelques réflexions sur la dernière question.

En premier lieu, les tests commercialisés ont soit une valeur prédictive positive insuffisante soit une sensibilité insuffisante, si l'on utilise un seul seuil diagnostique des tests non invasifs comme cela est suggéré par la HAS. Il faut donc utiliser un ou des examens non-invasifs en fonction de 2 limites de valeurs prédictives: une valeur prédictive négative pour exclure le diagnostic de cirrhose avec un risque d'erreur qu'il faut fixer par exemple à 5 %. Pour la valeur prédictive positive, il faut également fixer le même risque. On se retrouve avec une zone intermédiaire de diagnostic incertain entre ces 2 seuils où la décision de réaliser une PBH sera fonction du contexte clinique, laissée à l'appréciation du clinicien.

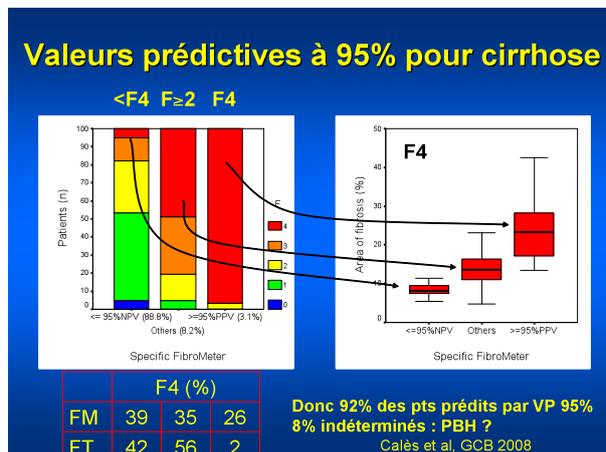
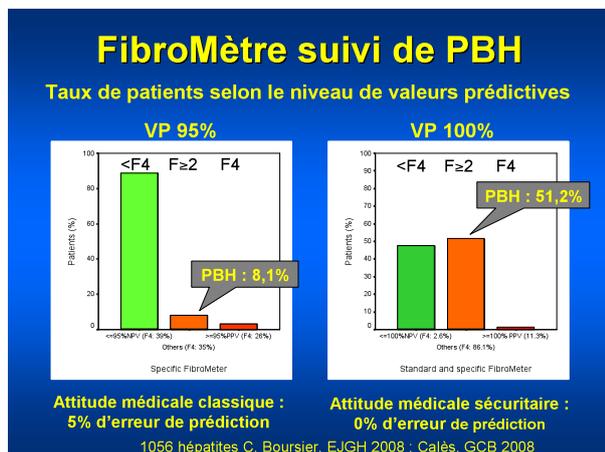


Figure 1. Taux de patients détectés sans cirrhose (colonnes de gauche) ou avec cirrhose (colonnes de gauche) avec zone indéterminée où on pourra proposer une PBH (colonnes du milieu) en fonction d'un risque d'erreur à 5% (graphe de gauche) ou de 0% (graphe de droite).

Figure 2. Cette figure détaille le taux de cirrhose pour les valeurs prédictives à 95% en fonction des seuils de VPN et VPP (graphe de gauche). Le graphe de droite montre que la sévérité des cirrhoses, reflétée par l'aire de fibrose, est moindre dans les cirrhoses non diagnostiquées que chez celle diagnostiquées.

Avec les méthodes récentes (association test sanguin + Fibroscan, par exemple), cette zone d'incertitude devient de plus en plus réduite.

On voit dans la figure 1, que le seuil d'erreurs des valeurs prédictives influence grandement la réalisation ou non d'une PBH. On peut prendre un risque de 5% car les cirrhoses oubliées par la VPN à 5% sont apparemment peu sévères et pourront faire l'objet d'un diagnostic plus avéré au cours du suivi si elles évoluent (figure 2).