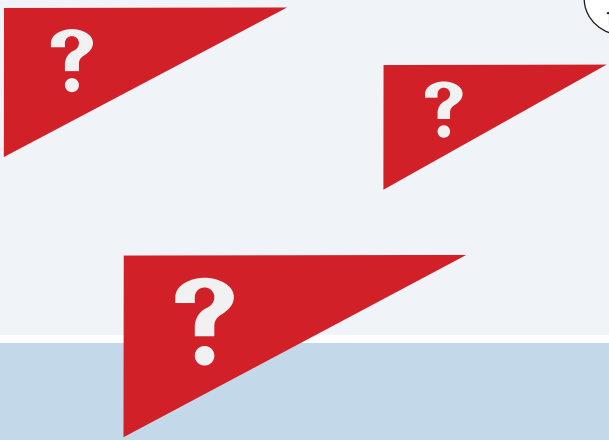
LAB
frz.



Les valeurs hépatiques et leur signification

Deutsche Leberhilfe e.V.



Ingo van Thiel
Rédaction



Dr méd. Christoph Niederau
conseil spécialisé

Chères lectrices, chers lecteurs,

Avec cette brochure, nous souhaitons vous donner un aperçu des principales valeurs hépatiques et de leur signification. Ce guide présente également les méthodes de diagnostic de l'hépatite et les auto-anticorps importants.

Des valeurs hépatiques élevées ne sont pas à prendre à la légère, et peuvent avoir de nombreuses causes différentes. En particulier lorsque les valeurs hépatiques présentent des anomalies à plusieurs reprises, il est impératif de procéder à des examens complémentaires. Il existe de nombreuses causes pouvant endommager le foie. Plus elles sont détectées et prises en charge ou traitées tôt, plus il est possible de protéger le foie contre les lésions.

Si vous avez des questions concernant vos valeurs hépatiques individuelles, n'hésitez pas à vous adresser en toute confiance à votre médecin traitant. La Deutsche Leberhilfe e. V. se fera un plaisir de vous aider à trouver un cabinet médical ou une clinique expérimentés. Sur notre site Internet www.leberhilfe.org, vous trouverez une liste des cabinets et centres spécialisés dans les maladies du foie en Allemagne. Vous pouvez également contacter la Deutsche Leberhilfe e.V. par téléphone au 0221/2829980 ou par e-mail à l'adresse info@leberhilfe.org.

La Deutsche Leberhilfe e. V.

Table des matières

Avant-propos p. 2
Le foie et les valeurs hépatiques p. 4
Principes fondamentaux et idées reçues courantes p. 5
Gamma-GT p. 7
- Transaminases ASAT et ALAT p. 8
- Savoir reconnaître les cas d'urgence rares p. 10
- Phosphatase alcaline p. 11
- Bilirubine p. 12
- Albumine p. 13
- Glutamate déshydrogénase (GLDH) p. 14
- Lactate déshydrogénase (LDH) p. 15
- Cholinestérase (CHE) p. 15

Autres résultats d'analyses importants : taux de prothrombine, protéines totales et ammoniac p. 16
Diagnostic des stéatoses hépatiques p. 17
Diagnostic des maladies hépatiques liées à l'alcool p. 18
- Valeurs hépatiques, CDT et MCV p. 19

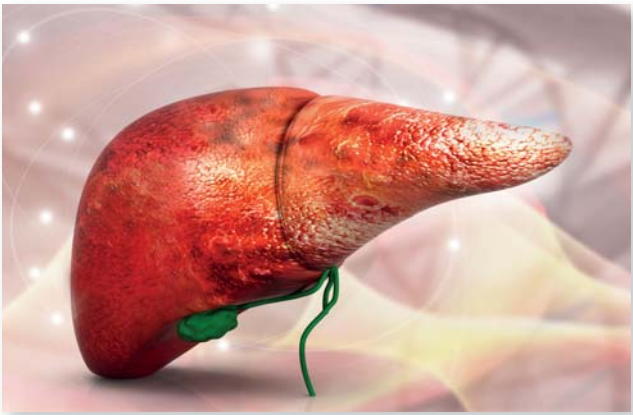
Diagnostic de l'hépatite virale p. 20
- Hépatite A p. 20
- Hépatite B p. 21
- Hépatite C p. 24
- Hépatite D p. 25
- Hépatite E p. 26

Auto-anticorps associés à la CBP, la CSP et l'HAI p. 28
Causes des maladies hépatiques p. 26
Postface p. 27

Version : septembre 2026

Valeurs hépatiques élevées : à quoi cela se reconnaît-il ?

La Deutsche Leberhilfe e.V. reçoit de nombreuses demandes diverses concernant les valeurs hépatiques. Nous ne sommes pas médecins et ne pouvons donc pas établir de diagnostics. Néanmoins, forts de notre longue expérience en matière de conseil, nous pouvons vous fournir quelques informations de base qui, nous l'espérons, vous aideront dans le cadre de votre bilan médical.



Le foie et les valeurs hépatiques

Le foie est l'usine de notre corps et un organe vital. C'est là que se déroulent de nombreux processus vitaux. Le foie joue un rôle essentiel dans la digestion, le stockage des nutriments, la coagulation sanguine, l'élimination des toxines, la dégradation des globules sanguins vieillissants, le métabolisme et le système immunitaire.
Les valeurs sanguines permettent en partie d'évaluer dans quelle mesure ces processus essentiels fonctionnent correctement : les valeurs hépatiques indiquent indirectement dans quelle mesure le foie, cette « usine » de l'organisme, fonctionne bien ou mal. Parfois, elles peuvent également indiquer que des processus nocifs ont lieu dans le foie, c'est-à-dire que les cellules hépatiques ou les voies biliaires subissent une attaque. Si les valeurs hépatiques présentent des anomalies,

il ne s'agit donc, dans un premier temps, que d'un signal : « quelque chose ne va pas dans ce foie. »
Des valeurs hépatiques élevées peuvent être un premier signe de maladie hépatique. Il est alors important de procéder à des examens complémentaires. Les maladies hépatiques chroniques évoluent souvent de manière insidieuse ; elles peuvent endommager le foie et provoquer des cicatrices au fil des années, jusqu'à l'apparition, au stade terminal, d'une cirrhose ou d'un cancer du foie. Un diagnostic précoce permet souvent d'éviter cela. En effet, de nombreuses maladies hépatiques peuvent aujourd'hui être traitées efficacement.

Principes fondamentaux et idées reçues courantes

Souvent, les valeurs hépatiques élevées, lorsqu'elles sont prises isolément, ne permettent pas encore de déterminer la cause d'une anomalie. Cela dépend de votre situation personnelle, autrement dit, de la raison qui vous a amené(e) à lire cette brochure. Les questions suivantes sont particulièrement importantes pour l'interprétation de vos résultats, y compris pour votre médecin :

- En êtes-vous encore à l'étape de bilan diagnostique ? Est-ce la première fois que vous présentez des valeurs hépatiques élevées et vous ne savez pas pourquoi ?
- Vous a-t-on déjà diagnostiqué une maladie hépatique ? Il peut s'agir, p. ex., d'une infection par un virus de l'hépatite, d'une stéatose hépatique inflammatoire, de lésions dues à l'alcool, d'une maladie auto-immune ou d'une maladie métabolique.
- Vous a-t-on déjà diagnostiqué une lésion hépatique par le passé, p. ex., une cirrhose ?

La signification de valeurs hépatiques élevées dépend donc de votre situation générale : il faut tenir compte de la présence éventuelle d'autres résultats d'analyses ou examens anormaux (p. ex., échographie) ainsi que de vos antécédents médicaux, c'est-à-dire si vous présentez déjà une maladie hépatique ou d'autres affections.
Lors de nos entretiens, nous nous heurtons fréquemment à certaines idées reçues concernant les résultats d'analyses. Celles-ci sont généralement très vite dissipées lors du premier entretien.

- Une seule valeur hépatique ne permet pas de déterminer si votre foie est atteint ni dans quelle mesure. On ne peut donc jamais affirmer : *« si mon taux de gamma-GT est tel ou tel, cela veut dire que j'ai une cirrhose ».*
- Des valeurs hépatiques élevées peuvent être le signe de processus nuisibles au niveau du foie, mais elles *n'en sont pas* la cause. Ce ne sont pas des « substances toxiques » et elles n'attaquent pas le foie !
- En ce qui concerne les valeurs hépatiques classiques (gamma-GT, ASAT, ALAT), il n'existe pas de seuil, comme c'est le cas pour une fièvre à 42 °C, « au-delà duquel la situation devient mortelle ». Des valeurs hépatiques élevées sont un signal d'alarme et indiquent que quelque chose ne va pas au niveau du foie. Plus ces valeurs sont élevées, plus ce signal d'alerte est fort et plus il est urgent de procéder à des examens complémentaires !
- Dans les cas de maladies hépatiques avancées, on observe parfois des combinaisons caractéristiques de *plusieurs* résultats d'analyses anormaux, qui laissent supposer une lésion hépatique. Il est toutefois préférable de laisser cette interprétation à des médecins expérimentés. Et : pour confirmer toute suspicion de lésions hépatiques, il convient d'examiner le foie lui-même (p. ex., au moyen d'une échographie ou d'autres examens organiques).
- Si, sur votre fiche de résultats d'analyses, un signe inférieur/supérieur précède un chiffre, ce chiffre *ne correspond généralement pas* à votre résultat d'analyses actuel ! « < » signifie « inférieur à », « > » signifie « supérieur à ». Il s'agit le plus souvent d'une limite de mesure, c'est-à-dire qu'une valeur donnée est considérée comme normale si elle est « inférieure à » cette limite.
- Une même valeur hépatique peut avoir des significations très différentes selon le contexte. Un taux de bilirubine très élevé en cas de cirrhose laisse craindre une diminution de la fonction hépatique. Un taux de bilirubine légèrement élevé chez une personne atteinte du syndrome de Gilbert (maladie de Gilbert) n'a quant à lui qu'une importance mineure et peut entraîner des épisodes de jaunisse gênants, mais bénins.

Gamma-GT (γ-GT, GGT)
Gamma-glutamyl-transférase

Hommes inférieur à 60 U/l (inférieur à 1,0 µkat/l)
Femmes inférieur à 40 U/l (inférieur à 0,67 µkat/l)

La gamma-GT est synthétisée dans les petites voies biliaires du foie. Cette valeur est très sensible. Son taux peut augmenter en cas de sollicitation temporaire du foie, mais aussi dans le cadre de diverses maladies du foie et des voies biliaires.
Le taux de gamma-GT peut augmenter dans le cadre de diverses affections hépatiques : stéatoses hépatiques, hépatites virales, maladies des voies biliaires telles que la CBP et la CSP, calculs biliaires, hépatite auto-immune, cirrhose, tumeurs et métastases hépatiques, hépatite auto-immune, médicaments, toxines environnementales ou maladie hépatique liée à l'alcool. Le taux de gamma-GT peut également augmenter à court terme en raison de facteurs passagers, p. ex., la consommation d'alcool la veille au soir.
D'ailleurs, le foie n'est pas toujours responsable d'un taux de gamma-GT élevé : d'autres affections peuvent également entraîner une augmentation du taux de gamma-GT. Si la gamma-GT est la seule valeur hépatique élevée, il convient, par mesure de précaution, d'exclure également les maladies cardiaques et le diabète. Les maladies rénales et pancréatiques peuvent également entraîner une augmentation du taux de gamma-GT.
Une élévation isolée du taux de gamma-GT n'est certes pas très révélatrice en soi, mais elle devrait constituer une raison de rechercher les causes de ce phénomène avec l'aide d'un médecin. En particulier lorsque la gamma-GT n'est pas la seule valeur hépatique élevée, elle constitue souvent un élément clé du diagnostic.
Par conséquent, en cas de taux de gamma-GT élevé : pas de panique, mais faites approfondir le bilan !

Valeurs hépatiques – transaminases

Aminotransférases

GOT/ASAT : glutamate-oxaloacétique transaminase/ aspartate-aminotransférase
Hommes inférieur à 50 U/l (inférieur à 0,85 µkat/l)
Femmes inférieur à 35 U/l (inférieur à 0,60 µkat/l)

GPT/ALAT : glutamate-pyruvate transaminase/ alanine-aminotransférase
Hommes inférieur à 50 U/l (inférieur à 0,85 µkat/l)
Femmes inférieur à 35 U/l (inférieur à 0,60 µkat/l)

L'ASAT et l'ALAT se trouvent en grande partie dans le cytoplasme et, dans une moindre mesure, dans les mitochondries des cellules hépatiques. Ces deux enzymes jouent un rôle important dans le métabolisme des protéines et des acides aminés. Ces transaminases sont libérées en faible quantité chez chaque individu lorsque les cellules hépatiques vieillissantes meurent et sont éliminées.
Ces deux transaminases ne se trouvent pas exclusivement dans le foie. L'ALAT est notamment présente dans les reins et les muscles squelettiques. L'ASAT est quant à elle présente dans le muscle cardiaque, les muscles squelettiques ainsi que dans le cerveau.
Des taux élevés d'ASAT et d'ALAT peuvent être un signe indirect d'une destruction accrue des cellules hépatiques, notamment en raison d'une inflammation ou d'une autre affection. En cas de valeurs hépatiques élevées, il convient de rechercher, p. ex., diverses formes d'inflammation du foie, telles que l'hépatite virale aiguë ou chronique, la stéatose hépatique inflammatoire ou l'hépatite auto-immune. Le taux de ces enzymes peut également augmenter en cas de cirrhose, de tumeurs hépatiques et de métastases, ainsi qu'en cas de maladies des voies biliaires. Plus le taux de ces enzymes est élevé, plus il y a lieu de soupçonner, p. ex., une inflammation grave ou d'autres lésions hépatiques en cours. Il arrive parfois que les taux d'ASAT et d'ALAT soient également modifiés dans le cadre d'autres affections, p. ex., en cas d'infarctus du myocarde ou d'embolie pulmonaire.

Si ces deux valeurs sont élevées, votre médecin examinera également le rapport de ces deux valeurs entre elles. Si le taux d'ALAT est plus élevé que le taux d'ASAT, on soupçonne souvent davantage une inflammation du foie, due, p. ex., à des virus de l'hépatite, à une stéatohépatite ou à une hépatite auto-immune. Si le taux d'ASAT est nettement plus élevé que celui de l'ALAT, cela peut indiquer des lésions hépatiques plus importantes ou une exposition à des substances toxiques, p. ex., en raison d'une consommation excessive d'alcool. Mais attention ! Un taux d'ASAT supérieur à celui de l'ALAT ne constitue à cet égard qu'un premier signal, et non une preuve. Il peut également y avoir des causes tout à fait différentes, non liées à l'alcool, et pour diagnostiquer



objectivement une lésion hépatique, il convient d'examiner l'organe lui-même, p. ex., au moyen d'une échographie ou d'autres procédures.

Le taux d'ASAT peut augmenter ou baisser de 10 à 15 % en une journée, et le taux d'ALAT peut même varier de 10 à 30 %. Après un effort musculaire intense, les taux d'ASAT et d'ALAT peuvent également présenter une augmentation temporaire. Il est toujours important de consulter un médecin, en particulier lorsque les valeurs hépatiques sont élevées de manière répétée. L'urgence de consulter un médecin dépend aussi de l'ampleur de l'élévation des valeurs. Une élévation persistante des valeurs hépatiques n'est en principe jamais bon signe. Dans la plupart des maladies hépatiques, les lésions se développent toutefois de manière insidieuse, sur plusieurs mois voire plusieurs années. Si les taux d'ASAT et d'ALAT sont, p. ex., cinq à dix fois supérieurs

à la normale, ces valeurs sont bien sûr beaucoup trop élevées et font craindre, à long terme, des lésions hépatiques ; mais, la plupart du temps, les personnes concernées ont néanmoins le temps d'attendre quelques semaines avant d'obtenir un rendez-vous chez un spécialiste ou dans un service de consultation hépatologique. Il est toutefois indispensable de discuter avec votre médecin pour déterminer si ce délai d'attente est envisageable : parfois, d'autres facteurs exigent tout de même d'agir plus rapidement.
En cas de lésion massive des cellules hépatiques, les taux d'ASAT et d'ALAT peuvent être extrêmement élevés, voire atteindre plusieurs milliers d'unités. Il s'agit alors souvent de **cas d'urgence**, qui nécessitent une hospitalisation immédiate.

Savoir reconnaître les cas d'urgence rares

Les cas d'urgence clinique potentiellement mortels en raison d'une insuffisance hépatique sont rares. Il s'agit notamment d'intoxications fongiques (p. ex., par l'amanite phalloïde), de surdosages médicamenteux (p. ex., au paracétamol), d'insuffisance cardiaque droite, du syndrome de Budd-Chiari ou encore des cas d'hépatite aiguë ou d'hépatite auto-immune aiguë à évolution exceptionnellement grave. Ces causes, ainsi que d'autres, peuvent entraîner des situations d'urgence.
En présence des signes d'alerte suivants, il convient de consulter un médecin dès que possible :

- valeurs hépatiques extrêmement élevées (p. ex., multipliées par plus de 100)
- forte dégradation des valeurs de la fonction hépatique telles que la cholinestérase, le taux de prothrombine/INR et l'albumine
- symptômes d'une insuffisance hépatique, p. ex., ascite, vomissements de sang ou association d'une jaunisse (coloration jaune de la peau et des yeux) *et* d'une altération simultanée de l'état de conscience

Phosphatase alcaline (PAL)

totale
Hommes 40–129 U/l
Femmes 35–105 U/l

La phosphatase alcaline est une enzyme que l'on trouve notamment dans les voies biliaires, mais aussi dans les cellules hépatiques. Outre le foie, la PAL est également présente, entre autres, dans les os et les reins.
Un taux élevé de phosphatase alcaline peut donc être observé notamment en cas de maladies ou d'obstruction des voies biliaires. Par conséquent, des valeurs élevées peuvent indiquer des maladies du foie ou de la vésicule biliaire, mais aussi une inflammation ou une stase des voies biliaires en cas de maladies hépatiques cholestatiques : p. ex., la cholangite biliaire primitive (CBP) et la cholangite sclérosante primitive (CSP).
Le taux de PAL peut également augmenter en cas de maladies rénales ou osseuses, ainsi qu'en cas de fractures osseuses. Il peut également être élevé en cas de grossesse, de sarcoïdose, d'infections par le virus d'Epstein-Barr ou sous l'effet de certains médicaments (antiépileptiques, thiamazole, chlorpromazine, œstrogènes ou progestatifs). Si la phosphatase alcaline est la seule « valeur hépatique » élevée, cela peut indiquer une anomalie au niveau du foie, sans que cela soit forcément toujours le cas. Il est donc utile d'examiner d'autres valeurs hépa-



tiques, p. ex., la gamma-GT : Si d'autres valeurs hépatiques s'avèrent anormales, la suspicion d'une anomalie au niveau du foie devient nettement plus forte. Dans ce cas également, il est important de consulter un spécialiste.
Dans certains cas, le taux de phosphatase alcaline peut également être trop bas. C'est en cela que la PAL se distingue des valeurs hépatiques gamma-GT, ASAT et ALAT, pour lesquelles il n'existe pas de valeurs trop basses. Un taux réduit de phosphatase alcaline peut notamment être observé dans les situations suivantes : en cas d'hypothyroïdie, de maladie de Wilson, de carence en zinc ou en magnésium, de carence sévère en vitamine C (scorbut), d'anémie, après des opérations de pontage et lors de la prise de contraceptifs.

Bilirubine

Adultes – bilirubine totale dans le sérum/plasma
Hommes : jusqu'à 1,4 mg/dl (jusqu'à 24 µmol/l)
Femmes : jusqu'à 0,9 mg/dl (jusqu'à 15 µmol/l)

La bilirubine est le pigment jaune-brunâtre de la bile. Celui-ci résulte de la dégradation des globules rouges vieillissants (érythrocytes). La bilirubine est transportée vers le foie par le sang. Elle est éliminée dans l'intestin par la bile. L'élimination se fait principalement par les selles et, dans une moindre mesure, par l'urine.
Un taux élevé de bilirubine se manifeste souvent par une jaunisse (ictère) : le blanc des yeux prend une teinte jaunâtre ; lorsque les taux de bilirubine sont très élevés, la peau peut également prendre une teinte jaune.
La signification d'un taux élevé de bilirubine dépend du contexte général, c'est-à-dire des autres résultats d'analyses, des résultats d'examens organiques et des antécédents médicaux.
Lorsque la bilirubine est le seul résultat d'analyses légèrement élevé et qu'il n'y a aucun autre signe de maladie hépatique, cela s'explique souvent par un trouble métabolique courant et bénin, dans lequel la bilirubine est métabolisée plus lentement (syndrome de Gilbert).

Dans le cas de maladies hépatiques et biliaires aiguës et chroniques, la bilirubine fournit des indications indirectes sur le bon fonctionnement ou non du foie et des voies biliaires. On observe notamment une élévation du taux de bilirubine dans les cas d'hépatites aiguës et chroniques, de stase biliaire, de stéatose hépatique, de cirrhose et de tumeurs hépatiques. En présence avérée de cirrhose, une augmentation du taux de bilirubine peut constituer un signe d'alerte indiquant une détérioration de la fonction hépatique ou la présence d'une anémie. Certains médicaments peuvent également entraîner une augmentation du taux de bilirubine.
Un taux élevé de bilirubine peut aussi être le signe de maladies du sang dans lesquelles les globules rouges se désagrègent et libèrent davantage de bilirubine, ce que l'on appelle les anémies hémolytiques : p. ex., déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase, thalassémie ou sphérocytose.

Albumine

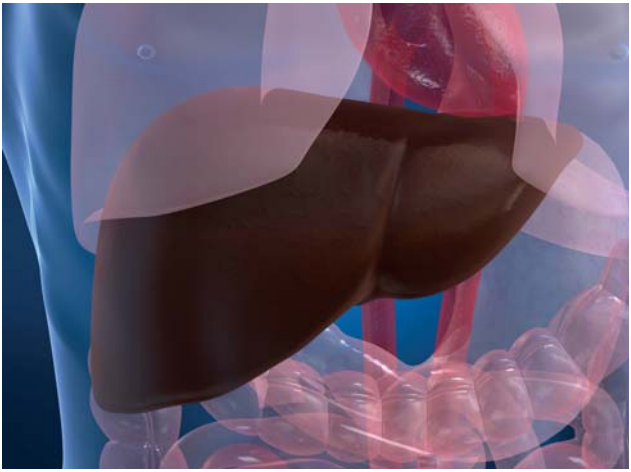
Adultes : 3,4–4,8 g/dl

L'albumine est une protéine de transport importante dans l'organisme. L'organisme dispose d'une réserve constante de 300 g d'albumine et en synthétise environ 12 g par jour. La bilirubine se lie ainsi à l'albumine afin d'être transportée par le sang jusqu'au foie, où elle sera métabolisée. De plus, l'albumine joue un rôle essentiel dans l'équilibre hydrique et la pression tissulaire.
Les taux d'albumine peuvent être trop bas, p. ex., en cas de cirrhose avancée. Si la quantité d'albumine disponible et produite est insuffisante, l'équilibre hydrique est également perturbé. Du liquide peut s'accumuler dans les tissus et entraîner une ascite et des rétentions d'eau (œdèmes).
Le taux d'albumine peut également être bas en cas de diarrhée, de dénutrition ou d'affections rénales.

Glutamate déshydrogénase (GLDH)

Hommes : jusqu'à 7 U/l
Femmes : jusqu'à 5 U/l

La glutamate déshydrogénase est abrégée par « GLDH ». Cette enzyme intervient dans le métabolisme énergétique et est présente dans toutes les cellules de l'organisme, et surtout à l'intérieur des cellules hépatiques. La GLDH agit au niveau des mitochondries, les « centrales énergétiques » des cellules hépatiques. Cette enzyme joue notamment un rôle important dans la synthèse de l'acide aminé glutamate ainsi que dans la dégradation de l'ammoniac nocif produit lors de la digestion. Des taux élevés de GLDH constituent un signe avant-coureur d'une lésion hépatique plus grave. Tandis que les taux d'ASAT et d'ALAT sont souvent déjà élevés dès les premiers stades de la lésion cellulaire, le taux de GLDH ne commence à augmenter que lorsque les cellules hépatiques sont complètement détruites. On observe notamment une élévation du taux de GLDH dans les cas d'hépatite chronique, de cirrhose, de cancer du foie, d'intoxication fongique, de jaunisse due à une obstruction des voies biliaires (ictère obstructif) ou lors de réactions de rejet après une greffe du foie. Dans la pratique, la GLDH est rarement examinée pour compléter le bilan hépatique général.



Lactate déshydrogénase (LDH)

Hommes et femmes : inférieur à 250 U/l

La LDH est une enzyme présente dans toutes les cellules de l'organisme. Les concentrations sont particulièrement élevées dans le foie, les globules rouges, les muscles squelettiques et le muscle cardiaque.
La LDH joue un rôle important dans le métabolisme de l'acide lactique.
Des taux élevés de LDH peuvent être observés en cas d'affections du foie et des voies biliaires. Parmi les autres causes possibles, on peut citer un infarctus du myocarde, une myocardite, une embolie pulmonaire, une maladie musculaire ou une maladie du sang. La LDH n'est pas non plus une valeur fréquemment examinée dans le cadre du bilan hépatique général.

Cholinestérase (CHE)

Hommes/femmes de plus de 40 ans :
5 320–12 920 U/l

Femmes de moins de 40 ans (non enceintes) :
4 260–11 250 U/l

Femmes de moins de 40 ans (enceintes ou sous pilule) :
3 650–9 120 U/l

La cholinestérase est une enzyme produite par les cellules hépatiques. Elle permet d'évaluer dans quelle mesure le foie est encore capable de produire des protéines.
Des taux de CHE bas peuvent avoir différentes causes, p. ex., une inflammation chronique du foie (hépatite), une cirrhose ou des tumeurs hépatiques. Un faible taux de cholinestérase n'est toutefois pas nécessairement le signe d'une maladie hépatique. Parmi les autres causes possibles d'un faible taux de CHE, on peut citer les intoxications par un phosphate d'alkyle, l'insuffisance rénale, l'hypothyroïdie, certains médicaments (œstrogènes, diazépam et propranolol) ou les brûlures graves.
On observe souvent des taux élevés de CHE chez les personnes atteintes de diabète ou d'une maladie coronarienne. Parmi

les autres causes, on peut citer le syndrome métabolique, la perte de protéines (due, p. ex., à un syndrome néphrotique ou à une gastro-entéropathie exsudative), la stéatose hépatique liée à l'alcool ou l'hypertriglycéridémie familiale (trouble du métabolisme lipidique).
Dans de rares cas, des variants héréditaires de la CHE peuvent également entraîner des taux de CHE trop élevés ou trop bas.

Autres résultats d'analyses importants : taux de prothrombine, protéines totales et ammoniac

Certains résultats d'analyses ne sont pas des valeurs hépatiques au sens strict, mais fournissent des indications supplémentaires importantes sur le bon ou le mauvais fonctionnement d'un foie malade.
Le **taux de prothrombine** (coagulation sanguine) et les **protéines totales** sont souvent réduits en cas d'altération de la fonction hépatique. En revanche, le taux d'**ammoniac** , un produit de dégradation toxique issu de la digestion, peut être élevé. Nous présentons ces résultats d'analyses brièvement dans cette brochure, car une description plus détaillée dépasserait le cadre de celle-ci :

- **Protéines totales (protéinémie) — métabolisme protéique**
  Adultes : 6,6–8,7 g/dl
- **Taux de prothrombine (TP) = taux de Quick 70–120 %**
  15–25 % en cas de traitement par anticoagulants, INR de 2,0–4,5
- **Ammoniac : adultes : inférieur à 82 µg/dl (valeurs de référence variables selon les laboratoires)**
  Lorsque la concentration en ammoniac dépasse 300 µg/dl, des états comateux apparaissent généralement.

Diagnostic des stéatoses hépatiques

La maladie hépatique stéatosique associée à un dysfonctionnement métabolique (MASLD) touche jusqu'à un quart de la population allemande ; elle concerne souvent des personnes en surpoids, sédentaires, ayant une alimentation déséquilibrée et présentant une résistance à l'insuline ou un diabète de type 2. La stéatose hépatique n'est pas non plus rare chez les personnes de poids normal présentant une répartition défavorable des graisses (p. ex., une « bouée » au niveau du ventre).
Dans certains cas, la stéatose hépatique peut également s'accompagner d'une inflammation. C'est ce qu'on appelle la **stéatohépatite associée à un dysfonctionnement métabolique (MASH)**. En cas de MASH, le risque



de lésions hépatiques et de maladies cardiovasculaires est nettement accru.
Une **échographie** fournit plus d'informations que les valeurs hépatiques pour le diagnostic initial d'une stéatose hépatique : à l'échographie, une stéatose hépatique apparaît souvent plus échogène et augmentée de volume. Diverses valeurs hépatiques, telles que la gamma-GT, l'ASAT, l'ALAT ou la phosphatase alcaline, peuvent être élevées en cas de stéatose hépatique, mais elles peuvent également être le signe de nombreuses autres maladies hépatiques. Les valeurs lipidiques générales, telles que le cholestérol et les triglycérides (qui ne sont pas abordés en détail dans cette brochure), peuvent également présenter des anomalies.
La différence entre une stéatose hépatique simple et une stéatohépatite ne peut généralement être établie qu'à l'aide d'une ponction hépatique. Des valeurs

hépatiques élevées peuvent être un signe indirect d'inflammation hépatique, mais elles ne constituent pas un indicateur fiable dans ce cas précis. Des changements de mode de vie, notamment une alimentation saine, la pratique d'une activité physique et l'abstinence d'alcool, peuvent faire régresser une stéatose hépatique ou une stéatohépatite, et constituent donc les mesures thérapeutiques les plus importantes. Les premiers médicaments destinés au traitement de la MASH sont également disponibles depuis peu.

Une stéatose hépatique peut parfois survenir chez des personnes ne présentant aucun des facteurs de risque mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, il est recommandé de consulter un spécialiste afin de rechercher d'autres causes, telles que des troubles métaboliques d'origine génétique.

Diagnostic des maladies hépatiques liées à l'alcool

Une consommation excessive d'alcool peut également entraîner une stéatose hépatique, une stéatohépatite, une maladie hépatique liée à l'alcool (ALD) et, à un stade terminal, une cirrhose.

Les examens du foie, tels que l'échographie et, le cas échéant, une biopsie du foie, ne permettent pas de déterminer avec certitude si une stéatose hépatique est liée à l'alcool ou si elle a d'autres causes.

Il est important de discuter de la consommation d'alcool avec les personnes concernées. Un test d'alcoolémie, en cas de suspicion de consommation récente, ainsi que des signes liés à l'alcool observés en consultation (p. ex., haleine chargée d'alcool, démarche chancelante et élocution difficile) fournissent des indications supplémentaires.

Certaines associations de valeurs hépatiques et d'autres résultats d'analyses ne permettent certes pas de prouver avec certitude une consommation excessive d'alcool, mais elles peuvent la laisser présumer :

- taux élevé de **gamma-GT**
- taux d'**ASAT** plus élevé que le taux d'**ALAT**
- taux élevés de **CDT** et de **MCV**

CDT : transferrine déficiente en glucides

Sans particularité, c'est-à-dire sans signe de consommation excessive et chronique d'alcool :
inférieur à 2,47 % de la transferrine totale

On observe souvent un taux élevé de CDT en cas de consommation excessive et chronique d'alcool. La grossesse et certaines maladies hépatiques rares, telles que la CBP ou l'hépatite auto-immune, peuvent également être à l'origine d'un taux de CDT élevé.

MCV : volume globulaire moyen

Adultes : 83 à 97 fL

Le MCV indique le volume des globules rouges. Ce volume peut être élevé en cas de consommation excessive d'alcool, mais aussi de carence en vitamine B12 ou en acide folique.
Il n'existe aucun résultat d'analyses permettant de prouver sans équivoque qu'une personne *ne boit pas*. Dans les cas où il est important d'apporter une preuve d'absence d'alcool (p. ex., dans le cadre d'un examen médico-psychologique pour le permis de conduire ou d'une inscription sur une liste d'attente pour une greffe), un échantillon de cheveux peut démontrer qu'il n'y a pas eu de consommation d'alcool au cours des dernières semaines.
En cas de doute, si les valeurs hépatiques sont élevées, il convient d'écarter d'autres causes possibles de maladies hépatiques. Cela vaut également en cas de consommation excessive d'alcool avérée, car il peut parfois y avoir une autre maladie hépatique sous-jacente (p. ex., une hépatite virale chronique, le surpoids et le diabète, qui sont d'autres facteurs de risque de stéatose hépatique).
En cas de lésions hépatiques liées à l'alcool, seule une abstinence stricte peut aider : au stade précoce d'une stéatose hépatique liée à l'alcool ou d'une stéatohépatite, les lésions peuvent encore disparaître complètement. Même à un stade avancé d'une cirrhose liée à l'alcool, l'arrêt de la consommation d'alcool peut prolonger considérablement l'espérance de vie.

Diagnostic de l'hépatite virale

On connaît actuellement cinq virus de l'hépatite : A, B, C, D et E. Ces virus sont très différents. Ils se transmettent et se traitent différemment. Il est toutefois possible d'être infecté(e) par plusieurs de ces virus simultanément ou successivement.

Diagnostic de l'hépatite A

anti-VHA IgG négatif **anti-VHA IgM** négatif	**Le patient est en bonne santé et n'est pas vacciné.** *Aucun risque de contagion.* *Exception : l'infection est si récente qu'elle n'est pas encore détectable.*
anti-VHA IgG négatif **anti-VHA IgM** négatif **ARN du VHA** dans les selles positif	**Infection très récente**, *qui arrive au terme de sa période d'incubation. Risque de contagion !*
anti-VHA IgG positif **anti-VHA IgM** positif	**Infection récente ou infection survenue il y a peu.** *Risque de contagion ! Continuer à contrôler. Au cours de la guérison, les anti-VHA IgM disparaissent généralement au bout de trois à six mois.*
anti-VHA IgG positif **anti-VHA IgM** négatif	**Infection guérie** ou **vaccination réussie.** *Aucun risque de contagion.* *La personne concernée est protégée contre une nouvelle infection par l'hépatite A.*

Le virus de l'hépatite A se transmet par contact avec des matières fécales, ainsi que par l'eau, les aliments et les boissons contaminés par des matières fécales. L'hépatite A guérit d'elle-même et ne devient jamais chronique, mais elle peut avoir une évolution grave, notamment chez les personnes atteintes d'une maladie hépatique et les personnes âgées. La vaccination peut prévenir une infection. Deux résultats d'analyses suffisent généralement à diagnostiquer l'hépatite A :

- L'anticorps **anti-VHA IgM**, qui devient détectable peu après l'infection, et
- L'**anticorps anti-VHA IgG**, qui devient détectable plus tard au cours de l'évolution, et persiste après la guérison.

Les anticorps constituent une réaction immunitaire de l'organisme face au virus. Il n'est généralement pas nécessaire de vérifier d'autres résultats d'analyses. Si l'on soupçonne que l'infection est récente, il est également possible d'examiner **l'ARN du VHA** dans les selles, car celui-ci devient détectable avant même l'apparition des anticorps.

Diagnostic de l'hépatite B

Pour le diagnostic initial d'une infection par le virus de l'hépatite B (VHB), trois marqueurs sont tout d'abord importants. Ces marqueurs permettent déjà de déterminer si une personne est en bonne santé, infectée, guérie ou vaccinée.

- **antigène HBs (HBsAg) :** partie de la surface du virus. Démontre une infection par le virus de l'hépatite B et disparaît à la guérison. En Allemagne, les personnes âgées de 35 ans et plus qui sont couvertes par un régime d'assurance maladie, peuvent bénéficier une fois gratuitement de ce test dans le cadre du « bilan de santé ».
- **anti-HBs (anticorps anti-HBs) :** anticorps produit par le système immunitaire contre l'HBsAg. Celui-ci apparaît chez les personnes vaccinées en bonne santé ou en cas de guérison spontanée, et signifie qu'elles sont immunisées contre l'hépatite B.
- **anti-HBc (anticorps anti-HBc) :** anticorps dirigés contre le noyau viral. N'apparaît qu'en cas d'infection par le VHB et reste mesurable, que l'infection guérisse ou non. Chez les personnes vaccinées en bonne santé, cette valeur est toujours négative !

En cas de diagnostic d'hépatite B aiguë ou chronique, d'autres valeurs peuvent s'avérer importantes. Notamment :

- **antigène HBe (HBeAg) :** une partie du virus. Apparaît souvent lors d'infections aiguës (= récentes) et est également fréquemment détectable au cours des premières années en cas d'infections chroniques. Souvent, le virus se multiplie très fortement en présence de l'HBeAg. Dans le cas d'infections chroniques de longue date, cet antigène n'est souvent plus détectable. En cas de guérison spontanée, celui-ci disparaît en même temps que l'antigène HBs.
- **anti-HBe :** anticorps produit par le système immunitaire contre l'antigène HBe.
- **ADN du VHB :** matériel génétique du virus de l'hépatite B. Ce marqueur fait l'objet d'examens réguliers, notamment en cas d'infection chronique par le virus de l'hépatite B, afin de suivre l'évolution ou l'efficacité d'un traitement antiviral.

Le virus de l'hépatite B se transmet par presque tous les fluides corporels, en particulier par le sang. Le virus peut également se transmettre par les sécrétions vaginales, le sperme et, le cas échéant, la salive et les larmes. L'hépatite B peut guérir spontanément, mais elle peut aussi devenir chronique. Les infections chroniques peuvent entraîner, au bout de plusieurs années, une cirrhose ou un cancer du foie. Les médicaments actuels permettent de contrôler la multiplication du virus dans les cas d'hépatite B chronique, ce qui réduit le risque de transmission et de lésions hépatiques. Malheureusement, les médicaments actuels ne permettent généralement pas de guérir une infection par l'hépatite B. Des recherches sont en cours pour mettre au point de meilleurs médicaments (situation en 2026).

Il existe un vaccin contre l'hépatite B. Celui-ci protège également indirectement contre le virus de l'hépatite D, qui ne peut survenir qu'en présence d'une infection par le virus de l'hépatite B.

Diagnostic initial de l'hépatite B

associations possibles et ce qu'elles signifient généralement

patient infecté (en phase aiguë ou chronique)

☒ HBsAg positif = le virus est présent
☐ anti-HBs négatif* = pas de protection immunitaire
☒ anti-HBc positif = il y a eu un contact avec le VHB

patient guéri

☐ HBsAg négatif = le virus n'est plus présent
☒ anti-HBs positif* = protection immunitaire
☒ anti-HBc positif = il y a eu un contact avec le VHB

patient guéri depuis longtemps

☐ HBsAg négatif = le virus n'est plus présent
☐ anti-HBs négatif = la protection immunitaire n'est plus détectable (mais probablement toujours présente)
☒ anti-HBc positif = il y a eu un contact avec le VHB

patient en bonne santé et vacciné

☐ HBsAg négatif = le virus est absent
☒ anti-HBs positif = protection immunitaire
☐ anti-HBc négatif = il n'y a jamais eu de contact avec de véritables virus de l'hépatite B

en bonne santé, mais non vacciné**

☐ HBsAg négatif = le virus est absent
☐ anti-HBs négatif = pas de protection immunitaire
☐ anti-HBc négatif = il n'y a jamais eu de contact avec de véritables virus de l'hépatite B

* *« anti-HBs négatif » signifie une valeur inférieure à (<) 10 UI/l, tandis qu'une valeur supérieure à (>) 10 UI/l est considérée comme positive.*

** *Remarque : peu après une infection ou une vaccination, ces résultats peuvent également être encore négatifs.*

Diagnostic de l'hépatite C (VHC)

anti-VHC négatif	*aucun contact avec le virus de l'hépatite C (ou infection récente)*
anti-VHC positif ARN du VHC positif	*infection aiguë ou chronique par le virus de l'hépatite C*
anti-VHC positif ARN du VHC négatif	*hépatite C guérie*
anti-VHC négatif ARN du VHC positif	*infection récente*

Pour le diagnostic initial de l'hépatite C, on examine généralement dans un premier temps uniquement les anticorps : anti-VHC. Ce marqueur devient généralement détectable six à neuf semaines après l'infection. Pour les personnes couvertes par un régime d'assurance maladie et âgées de 35 ans et plus, un test unique de dépistage des anticorps anti-VHC est pris en charge, une seule fois, dans le cadre du « bilan de santé » (anciennement « Check-up 35 »). Les anticorps constituent une réaction immunitaire contre le virus de l'hépatite C. Ces anticorps apparaissent lors d'infections aiguës et chroniques et persistent souvent pendant une longue période, même après la guérison. Si le test des anticorps est négatif, on ne procède généralement pas à d'autres examens pour dépister l'hépatite C, sauf si un contact à risque a eu lieu récemment. En cas de résultats faiblement positifs au test des anticorps anti-VHC, on procède parfois en complément à ce qu'on appelle un « immunoblot VHC », qui ne sera pas abordé plus en détail ici. Si le test des anticorps anti-VHC est positif, cela ne permet pas encore de déterminer si l'infection est toujours présente ou si elle a déjà été guérie. Même un immunoblot positif ne permet pas de faire la distinction. Pour préciser le diagnostic d'hépatite C, un deuxième test PCR, plus complexe, est alors réalisé. Celui-ci examine le matériel génétique du virus, l'ARN du VHC.

Si le test de dépistage de l'ARN du VHC est positif, cela signifie qu'il y a une hépatite C.
Le virus de l'hépatite C se transmet par le sang qui pénètre dans la circulation sanguine ou les muqueuses d'une personne non infectée. Une infection récente ne guérit spontanément que chez une minorité de personnes et devient généralement chronique. Si elle n'est pas traitée, l'hépatite C peut entraîner, au bout de plusieurs années, une cirrhose et un cancer du foie. Il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C, mais les médicaments actuels permettent pratiquement toujours de guérir l'infection. À la guérison, l'ARN du VHC disparaît définitivement et seuls les anticorps anti-VHC restent détectables, témoins de la réponse immunitaire. Les personnes guéries ne sont toutefois pas immunisées et peuvent être réinfectées en cas de nouveau contact avec le virus.

Diagnostic de l'hépatite D (VHD)

Le VHD ne survient qu'en association avec l'hépatite B !

HBsAg positif	*Présence d'une infection par le virus de l'hépatite B.*
anti-VHD positif	*La présence d'anticorps anti-VHD doit toujours conduire à la réalisation d'un test PCR visant à détecter l'ARN du VHD.*
ARN du VHD positif	*Le matériel génétique du virus est détectable lors du test PCR. Démontre une infection par le VHD !*

Le virus de l'hépatite D (VHD) n'apparaît jamais seul, car il dépend de l'antigène de surface (HBsAg) du virus de l'hépatite B. Les personnes en bonne santé vaccinées contre l'hépatite B sont donc indirectement protégées contre l'hépatite D. Le VHD se transmet de manière similaire à l'hépatite B. Une infection peut être contractée simultanément par les deux virus (co-infection) et guérir spontanément, mais elle peut

également devenir chronique. Il arrive parfois qu'une personne soit d'abord atteinte uniquement d'une hépatite B chronique et qu'elle contracte ensuite l'hépatite D (surinfection).
Les infections chroniques par les virus de l'hépatite B et D sont très nocives pour le foie, mais elles peuvent désormais être efficacement traitées par des médicaments. C'est pourquoi il est important, en cas d'infection chronique par le virus de l'hépatite B, de rechercher également une éventuelle infection par le virus de l'hépatite D. Le traitement permet de réduire considérablement la charge virale de l'hépatite D (ARN du VHD) et de ramener à la normale les valeurs hépatiques élevées, ce qui indique une régression de l'inflammation hépatique. À la date de publication de cette brochure (2026), on ignore encore dans quelle mesure le traitement contre l'hépatite D permet de contrôler le virus ou s'il pourrait, le cas échéant, permettre une guérison complète en cas de traitement prolongé.

Diagnostic de l'hépatite E (VHE)

anti-VHE IgM positif **anti-VHE IgG** négatif, devient positif au cours de l'évolution	*Signe d'une infection récente par le virus de l'hépatite E*
anti-VHE IgM négatif **anti-VHE IgG** positif	*Infection par le virus de l'hépatite E évoluant depuis plus longtemps ou déjà guérie*
ARN du VHE dans le sang ou les selles positif	*Démontre une infection active par le virus de l'hépatite E ; test PCR complexe, mais utile en cas de doute ou de suspicion de complications ou d'évolution chronique*

Le virus de l'hépatite E est très répandu en Allemagne. Tout comme pour l'hépatite A, la transmission se fait par voie oro-fécale, par l'intermédiaire d'aliments, d'eau et de boissons contaminés. En Allemagne, la viande crue de porcs et de sangliers, ainsi que celle de gibiers (p. ex., viande hachée de porc ou tartare), constitue par ailleurs une voie de transmission fréquente. Les produits sanguins font désormais l'objet de tests de dépistage de l'hépatite E, en plus de ceux de l'hépatite B et C. La plupart des infections par le virus de l'hépatite E guérissent d'elles-mêmes sans laisser de séquelles.



En cas d'immunodéficience grave (p. ex., après une greffe d'organe), des évolutions chroniques sont possibles, pouvant entraîner une cirrhose en l'espace de quelques années. Chez les personnes atteintes d'une maladie hépatique et les femmes enceintes, des formes aiguës graves, pouvant aller jusqu'à une insuffisance hépatique, ont été signalées. Dans de rares cas, l'infection entraîne des complications neurologiques, telles que des douleurs ou des paralysies, qui peuvent disparaître totalement ou partiellement à mesure que la guérison progresse. Dans de tels cas, un traitement médicamenteux de l'hépatite E est possible et peut permettre de guérir les infections chroniques ou les infections aiguës graves.
Il n'existe pas de vaccin préventif contre l'hépatite E en Europe et aux États-Unis. En Chine, il existe un vaccin contre un autre sous-type de l'hépatite E (génotype 1), mais on ignore s'il offre également une protection contre le génotype 3, qui est répandu en Allemagne.

Auto-anticorps associés à la CBP, la CSP et l'HAI

Dans le cas des maladies auto-immunes, le système immunitaire de l'organisme est dérégulé. Les protéines de l'organisme sont attaquées par erreur comme s'il s'agissait d'« antigènes » étrangers, ce qui entraîne la destruction des cellules de l'organisme.

Les trois maladies hépatiques auto-immunes les plus connues sont l'**hépatite auto-immune (HAI)**, la **cholangite biliaire primitive (CBP)** et la **cholangite sclérosante primitive (CSP).** Dans le cas de l'hépatite auto-immune, les cellules hépatiques, appelées hépatocytes, sont la cible de l'attaque immunitaire. Dans le cas de la CBP et de la CSP, ce sont d'abord les voies biliaires qui sont touchées. Ces maladies persistent à vie. Il existe des traitements médicamenteux pour la CBP et l'hépatite auto-immune, qui permettent d'atténuer, voire d'arrêter, les lésions hépatiques. À ce jour, la CSP fait uniquement l'objet d'une surveillance et ses complications sont traitées ; un premier traitement médicamenteux est attendu dans un avenir proche (situation en août 2026).

Selon la maladie, le système immunitaire peut produire ce qu'on appelle des auto-anticorps, qui s'attaquent aux structures cellulaires de l'organisme. **Important : les auto-anticorps ne suffisent pas à eux seuls pour établir un diagnostic sans équivoque !** Ils constituent toutefois un élément important du diagnostic, qui comprend d'autres résultats d'analyses, des examens organiques, l'exclusion d'autres causes et un entretien avec les personnes concernées.

CBP : le diagnostic repose le plus souvent sur des résultats positifs aux AMA-M2 et une élévation de la phosphatase alcaline ; dans cette association, la CBP est généralement déjà considérée comme confirmée. On observe aussi souvent une élévation du taux d'immunoglobuline M (IgM). En cas de doute, l'examen d'autres auto-anticorps ou une ponction hépatique peuvent apporter des éléments de réponse.

CSP : diagnostic complexe relevant de la compétence d'un spécialiste ! Une cholangiopancréatographie par résonance magnétique (CPIRM) fournit souvent des résultats plus fiables que les analyses sanguines. La présence simultanée d'une maladie intestinale étaye le soupçon de CSP. Le taux d'immunoglobuline G et les auto-anticorps tels que les ANCA, ainsi

Plages de référence pour les auto-anticorps

AMA – anticorps antimitochondriaux
IF qualitatif : négatif/titre inférieur à 1:40

ANA – anticorps antinucléaires
jusqu'à un titre de 1:80 (IFT)

SMA – anticorps dirigés contre le muscle lisse
jusqu'à un titre de 1:80 (IFT)

SLA – anticorps dirigés contre l'antigène hépatique soluble
inférieur à 20 U/ml

p-ANCA – anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles de type périnucléaire
titre inférieur à 1:10 (IFT)

LKM – antigène des microsomes hépatiques et rénaux
négatif (IFT)

LP – antigène hépatique et pancréatique
négatif (immunoblot)

LC-1 – antigène 1 du cytosol hépatique
négatif (immunoblot)

que, dans certains cas, les ANA et les ASMA, peuvent présenter des anomalies. La gamma-GT, la phosphatase alcaline et la bilirubine peuvent présenter des anomalies au cours de l'évolution de la maladie.

Hépatite auto-immune : diagnostic complexe relevant de la compétence d'un spécialiste ! Cela comprend des analyses sanguines visant à détecter des auto-anticorps, une élévation des valeurs hépatiques et du taux d'immunoglobuline G, ainsi que l'exclusion d'autres causes (p. ex., hépatite virale, stéatohépatite, lésions induites par des médicaments, maladies métaboliques ou héréditaires). Une ponction hépatique est nécessaire pour poser le diagnostic d'HAI et permet de mettre en évidence des modifications cellulaires caractéristiques dans le tissu hépatique. Des taux élevés d'ANA et de SMA sont compatibles avec une hépatite auto-immune de type I ; des anticorps anti-LKM-1 et anti-LC-1 sont observés dans l'hépatite auto-immune de type II.

Causes des maladies hépatiques

Les valeurs hépatiques peuvent présenter des anomalies pour de nombreuses raisons. Une valeur hépatique élevée n'est pas systématiquement la preuve d'une maladie hépatique, mais elle doit toujours faire l'objet d'un examen plus approfondi. Les causes les plus fréquentes des maladies hépatiques chroniques en Allemagne sont les suivantes :

- **maladie hépatique stéatosique associée à un dysfonctionnement métabolique (MASLD),** généralement dépistée par échographie,
- **maladies hépatiques liées à l'alcool,**
- **infections par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C.**

Il existe toutefois de nombreuses autres causes qui, en cas de doute, devraient également être écartées.

Les lésions hépatiques toxiques peuvent être causées non seulement par l'alcool, mais aussi par des médicaments, des remèdes naturels, des anabolisants, des drogues, des polluants environnementaux ou, dans le cas d'une urgence aiguë, par des intoxications par des champignons.

Maladies hépatiques auto-immunes : l'HAI, la CBP et la CSP ont déjà été décrites dans cette brochure.

Les infections du foie peuvent également être causées par le virus d'Epstein-Barr ou par des parasites tels que l'échinocoque du chien, l'échinocoque du renard ou la schistosomiase. Les réactions inflammatoires dans l'organisme, p. ex., en cas d'évolutions cliniquement graves de la grippe ou de la Covid-19, peuvent également affecter le foie.

Une **insuffisance cardiaque droite,** un **syndrome de Budd-Chiari**, **des brûlures** ou un **coup de chaleur** peuvent également mettre le foie en danger.

Les maladies héréditaires peuvent entraîner de graves lésions hépatiques, p. ex., en raison d'un déficit en enzymes essentielles ou d'une accumulation excessive de certaines substances dans le foie et d'autres tissus. Parmi celles-ci figurent notamment l'hémochromatose, la maladie de Wilson (accumulation de cuivre), le déficit en alpha-1-antitrypsine, le déficit en lipase acide lysosomale (LAL-D) ou la cholestase intrahépatique familiale progressive (PFIC).

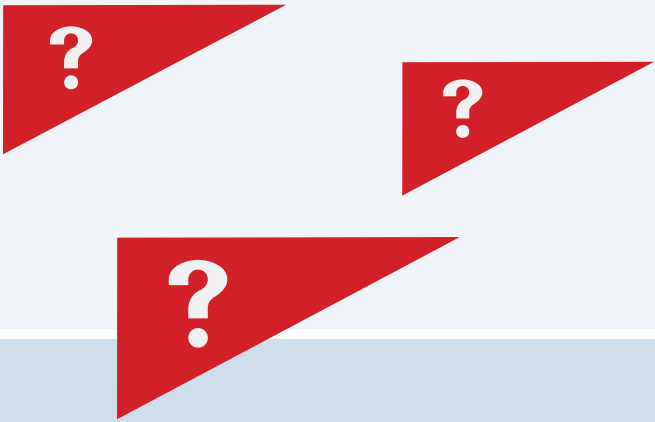
Postface

Nous espérons que cette brochure vous aura permis d'avoir un aperçu des principales valeurs hépatiques et de leur signification éventuelle. Ce document a pour but de vous aider à mieux comprendre la signification de chaque résultat, lorsque vous cherchez à en déterminer les causes avec votre médecin. Lorsque les valeurs hépatiques sont élevées à plusieurs reprises et qu'aucune cause claire n'est identifiée, il est recommandé de consulter un spécialiste dans un cabinet d'hépatologie ou dans un service de consultation hépatologique. Il est également recommandé d'obtenir un avis spécialisé et de bénéficier d'un suivi spécialisé si vous avez déjà reçu un diagnostic de maladie hépatique.

Si les informations contenues dans cette brochure vous ont été utiles, nous serions ravis que vous nous souteniez par un don ou que vous envisagiez de devenir membre. Les membres reçoivent quatre fois par an le magazine « Lebenszeichen », qui traite de l'actualité en hépatologie. Les membres ont également la possibilité de bénéficier régulièrement de nos services de conseil par téléphone et par e-mail. Nous proposons également un premier entretien sans engagement aux non-membres. Vous pouvez nous joindre par téléphone au 0221/2829980 ou par e-mail à l'adresse info@leberhilfe.org. Vous trouverez des informations sur l'adhésion sur notre site Internet :
www.leberhilfe.org/mitglied-werden

Votre équipe de la Deutsche Leberhilfe e. V.

Deutsche Leberhilfe e. V.
Compte pour les dons : Sparkasse Melle
N° de compte : 124 800, code bancaire : 265 522 86
IBAN : DE95265522860000124800
BIC : NOLADE21MEL



Si vous avez d'autres questions concernant les maladies hépatiques ou si vous recherchez un cabinet médical spécialisé ou une clinique près de chez vous, n'hésitez pas à nous contacter.

Deutsche Leberhilfe e. V.

Krieler Str. 100 – 50935 Cologne
Tél. : 0221/2829980 – Fax : 0221/2829981
www.leberhilfe.org – info@leberhilfe.org

Nous remercions le BKK Dachverband pour son soutien à la réalisation de cette brochure.