



## ASCITE LIEE A LA CIRRHOSE : SOYONS REACTIFS!

**Carine Chagneau**

Polyclinique Bordeaux Rive Droite

# Conflits d'intérêt

---

- Aucun en lien avec cette présentation

# Objectifs pédagogiques

---

- Connaître la démarche diagnostique devant une ascite
- Connaître les facteurs favorisants à rechercher lors d'un premier épisode
- Connaître les modalités thérapeutiques d'un premier épisode
- Savoir définir une ascite réfractaire
- Connaître les indications du TIPS, de l'ALFAPUMP et de la transplantation hépatique

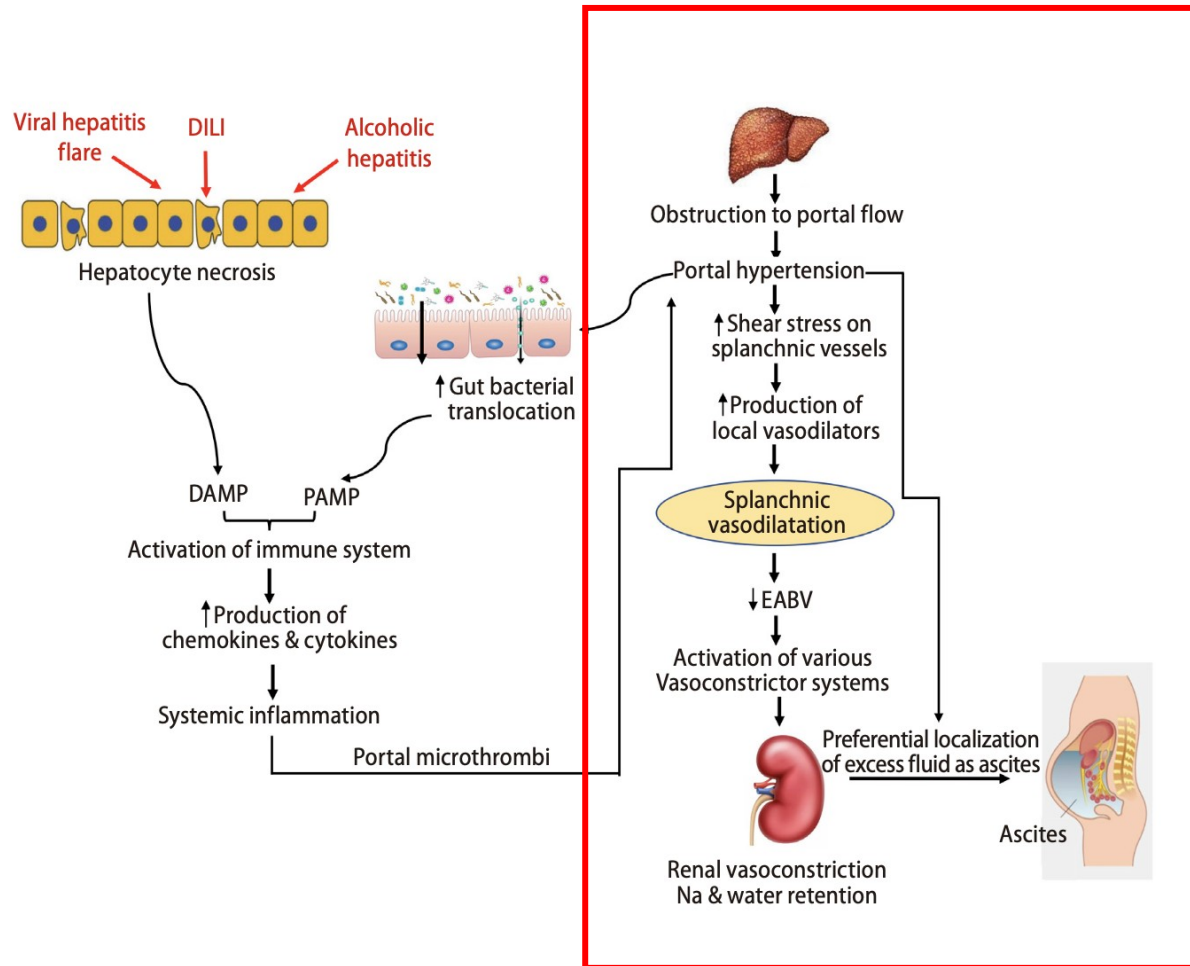
# Etat des lieux

- J'exerce en libéral
- J'exerce en CHG
- J'exerce en CHU

# Etat des lieux

- Je ne gère pas de patients avec ascite réfractaire
- Je gère  $<3$  patients par semaine pour ascite réfractaire
- Je gère  $>3$  patients par semaine pour ascite réfractaire

# Introduction



- L'ascite est secondaire à une aggravation de l'HTP

- Complication fréquente avec incidence annuelle de 5% à 10% pour une cirrhose compensée

- Pronostic sombre 50% de survie à 2 ans si cirrhose décompensée

- Pronostic encore plus sombre si ascite réfractaire car survie sans transplantation hépatique est de 50% à 6 mois



# Cas Clinique 1: M B 58 ans

---

- Cirrhose alcoolique sevré depuis 3 mois Child A6 avec HTP cliniquement significative (sous carvedilol 6,25mgx2/j)
- Consommation passée d'OH: 35 unites par semaine (vin, biere)
- BMI : 27kg/m<sup>2</sup>
- Adressé pour apparition d'une ascite clinique, oedèmes des MI
- Pas d'EH , plaq 120 000,BT 16umol/l, TP 73%,INR 1, Albuminémie 43g, creatininémie 80 umol/l
- Apyrétique , TAS 110/65 mmHg

# Il s'agit d'une ascite de quel stade ?

- **Stade 1**: ascite légère, visible uniquement à l'échographie
- **Stade 2** : ascite modérée évidente, distension abdominale modérée
- **Stade 3** : ascite volumineuse, distension abdominale

# Il s'agit d'une ascite de quel stade ?

- **Stade 1**: ascite légère, visible uniquement à l'échographie
- **Stade 2** : ascite modérée évidente, distension abdominale modérée
- **Stade 3** : ascite volumineuse, distension abdominale

**Que faites vous ?**

# Ponction ascite exploratrice : ascite de stade 2

- Ponction ascite (PA) exploratrice même si la cirrhose est connue
  - Taux protides dans ascite
    - Si  $<20\text{g/l}$  transsudat confirmé et peut être rattaché à la cirrhose
    - Si  $<15\text{g/l}$  risque accru d'ILA
  - Cytologie de l'ascite avec le nombre de PNN afin d'éliminer une infection spontanée du liquide d'ascite (ILA) (infection bactérienne si  $\geq$  à 250 PNN)
  - Asciculture
  - Anapath si première ponction ou au cas par cas
  - Recherche BK si protides dans ascite  $> 25\text{g}$  (exsudat) par culture et PCR

# SAAG : quand le faire ?

- Gradient d'albumine entre le sérum et l'ascite
- Si le diagnostic de cirrhose est difficile à affirmer
- Si SAAG > 11g/l ou 1,1g/dl l'ascite peut être attribuer à l'HTP dans 97% des cas

# Quels facteurs déclenchants faut il rechercher ?

A-Infection du liquide d'ascite ?

B-Une hémorragie digestive ?

C-Une thrombose portale ?

D-Un hépatocarcinome ?

E-Une reprise de la consommation d'alcool?

F-La prise de médicaments néphrotoxiques ?

# Quels facteurs déclenchants faut il rechercher ?

A-Infection du liquide d'ascite

B-Une hémorragie digestive

C-Une thrombose portale

D-Un hépatocarcinome

E-Une reprise de la consommation d'alcool

F-La prise de médicaments néphrotoxiques

# Facteurs déclenchants la décompensation

- Une infection bactérienne +++
  - ILA, ECBU, hémocultures, examen clinique minutieux
- L'hémorragie digestive notamment RVO
- Thrombose portale et/ou hépatocarcinome +++
- Reprise de la consommation d'OH
- Mauvaise observance du traitement diurétique ou du régime pauvre en sel si déjà en place
- Mauvaise observance du traitement de la cause de la cirrhose (ex traitement antiviral)
- Médicaments ex AINS
- Décompensation post-opératoire de la cirrhose
- Absence de cause = histoire naturelle

# Ascite de stade 2, quel traitement proposez vous ?

A-Restiction hydrique <750cc/J

B-Régime sans sel strict

C-Diurétique de type antialdostéronisme en priorité

D-Diurétique de l'anse type furosémide en priorité

E-Compléments nutritifs oraux

# Ascite de stade 2, quel traitement proposez vous ?

A-Restiction hydrique <750cc/J

B-Régime sans sel strict

**C-Diurétique de type antialdostérone en priorité**

D-Diurétique de l'anse type furosémide en priorité

**E-Compléments nutritifs oraux**

# Mesures générales

- Régime pauvre en sel 80-120 mmol/j ou 4,6-6,9g/j
  - Pas de sel ajouté, pas de plats préparés, éviter aliments très riches en sels
- Pas de restriction hydrique sauf si hyponatrémie de dilution <125mmol/l sans insuffisance rénale
- Surveillance du poids/j
  - - 0,5kg/j en l'absence d'oedème
  - - 1kg/j si oedèmes

# Diurétiques

- Anti-aldostéronisme = spironolactone (aldactone®)
  - Si ascite stade 2 modérée : spironolactone seule 100mg/j en augmentant tous les 7 jours de 100mg avec max 400mg/j si non réponse
  - Si non réponse, perte de <2kg par semaine ou intolérance (gynécomastie, hyperkaliémie) le furosémide peut être rajouté 40mg/j si besoin augmentation par palier de 40mg jusqu'à 160mg/j
- Si ascite chronique bithérapie spironolactone et furosémide

# Evaluation de la réponse au Traitement

Ascite sensible au traitement	Ascite qui peut être mobilisée ou limitée au stade 1 sous traitement diurétique avec ou sans régime pauvre en sel
Ascite récidivante	Au moins trois poussées d'ascite en un an malgré un traitement diurétique adapté et un régime pauvre en sel
Ascite réfractaire	Ascite qui ne peut être mobilisée ou la récurrence précoce après une paracentèse de grand volume ; qui ne peut être évitée malgré le traitement médical optimal de première ligne

# Quand arrêter les diurétiques ?

- Si régression de l'ascite
- Si hyponatrémie sévère  $<120-125\text{mmol/l}$
- Si infection aigue
- Si insuffisance rénale aigue d'apparition progressive ou aigue
- Si apparition ou aggravation d'une encéphalopathie hépatique
- Si crampes musculaires invalidantes



# Cas Clinique 1: M B 58 ans

---

- Cirrhose alcoolique sevré depuis 3 mois Child A6 avec HTP cliniquement significative (sous carvedilol 6,25mgx2/j)
- Consommation passée d'OH: 35 unites par semaine (vin, biere)
- BMI : 27kg/m<sup>2</sup>
- Pas d'EH , pas d'ILA, taux de protides dans ascite 17g
- IRM hépatique: pas de CHC ni thrombose porte
- Échocoeur : pas d'HTAP, FEVG conserve
- Régime pauvre en sel large, CNO 2 par jour 10h et 21h
- Spironolactone 75mg/j+ lasilix 40mg/j
- Consultation de surveillance dans 2 mois (poids 2 fois par semaine, surveillance du ionogramme sanguin tous les 15jours)



# Cas Clinique 1: M B 58 ans

- Reprise OH 7 unités /j
- Ascite persistante +++malgré TTT diurétique 100mg/j de spironolactone + furosémide 40mg/j
- Child B7 Meld 13
- OMI+++
- Observance médiocre du régime pauvre en sel
- Ascite de stade 2 +, ponction d'ascite exploratrice et évacuatrice de 6l avec compensation par albumine
- Mise sous spironolactone 150 mg/j+ furosémide 80mg/j
- Mise en place d'un suivi régulier



# Cas Clinique 1: M B 58 ans

- Diminution de la consommation OH 2 unités/j
- Bonne observance du régime pauvre en sel
- Ascite persistante malgré spironolactone 200mg/j et furosémide 120mg/j
- Ascite de stade 3 , a déjà eu 4 ponctions d'ascite évacuatrices de 6l depuis janvier 2025 et récurrence encore plus rapide (janvier, mars, avril, mai)
- Pas d'EH
- Créatininémie 100umol/l, TP 65%; INR: 1,3, Bilitotale 40umol/l, albumine 30g
- Child B8, Meld 14

**Ascite récidivante ou ascite réfractaire ?**

# Ascite réfractaire

## Définition de l'ascite réfractaire selon l'International Ascites Club, 2003 <sup>(1)</sup>

- **Ascite résistante:** non réponse ou récurrence précoce de l'ascite malgré un traitement diurétique intensif et une restriction sodée  $\geq 1$  semaine
- **Ascite intraitable:** survenue d'une complication (EH, AKI, hyponatrémie, dyskaliémie) attribuée directement aux diurétiques

## Définition « pragmatique » de l'ascite réfractaire selon les recommandations AFEF, TIPS <sup>(2)</sup>

Ascite clinique **ne pouvant être éliminée ou récidivant rapidement** après ponction ou disparition initiale, malgré un régime hyposodé et un **traitement diurétique à la dose maximale tolérée.**

Risque cumulé d'évolution vers une ascite réfractaire à 5 ans: 20%  
Mortalité à 2 ans: 65% <sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Moore KP et al, *Hepatology* 2003; <sup>(2)</sup> AFEF, *recommandations TIPS, indications et modalités, 2023*; <sup>(3)</sup> d'Amico G et al, *J Hepatol* 2018

**Ascite réfractaire: quels traitements proposez vous ?**

# Traitement de première ligne chez M B

- Infection bactérienne éliminée
- Évaluation de l'HTP (arrêt carvedilol car insuffisance rénale en cours d'apparition, faire fibroscopie pour discuter ligature)
- EH infraclinique éliminée (test des animaux)
- Mise en place de paracentèse de grand volume en ambulatoire
- Compensation par albumine si PA>5l et dans ce cas 8g alb/litre d'ascite retiré
- Diurétiques poursuivis uniquement si bonne tolérance et natriurèse>30mmol/j
  - Arrêt de la spironolactone dans ce cas
- **Diurétiques inefficaces pour prévenir ou retarder l'apparition de l'ascite**

# Ascite réfractaire: quels traitements proposez vous ?

A-Les PA de large volume représentent la meilleure option thérapeutique

B-Les PA de large volume avec compensation par macromolécules représentent la meilleure option thérapeutique

C-L'arrêt de l'alcool est indispensable

D-Le TIPS représente la meilleure option thérapeutique

E-La transplantation représente la meilleure option thérapeutique

# Ascite réfractaire: quels traitements proposez vous ?

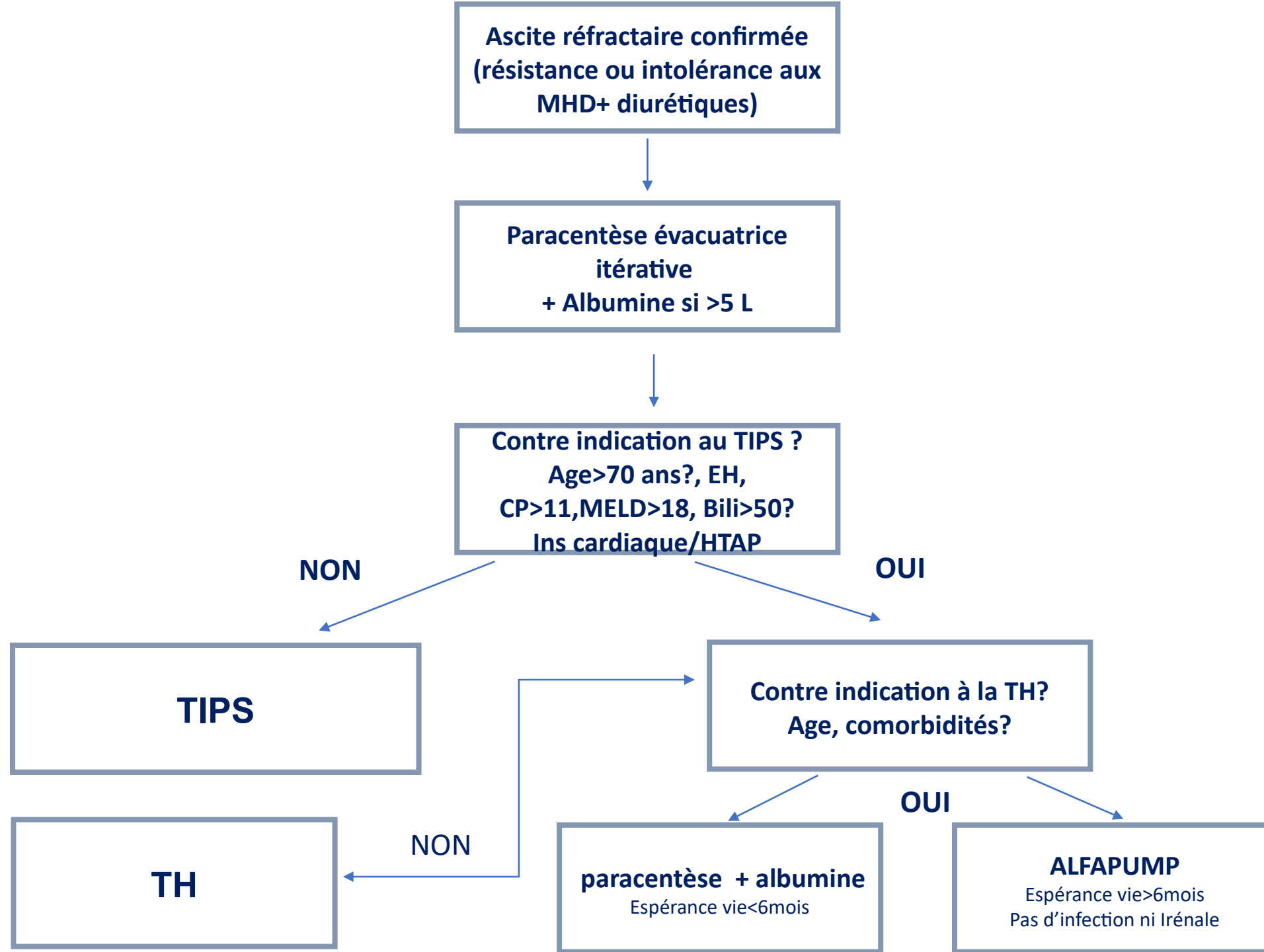
A-Les PA de large volume représentent la meilleure option thérapeutique ?

B-Les PA de large volume avec compensation par macromolécules représentent la meilleure option thérapeutique

C-L'arrêt de l'alcool est indispensable

D-Le TIPS représente la meilleure option thérapeutique

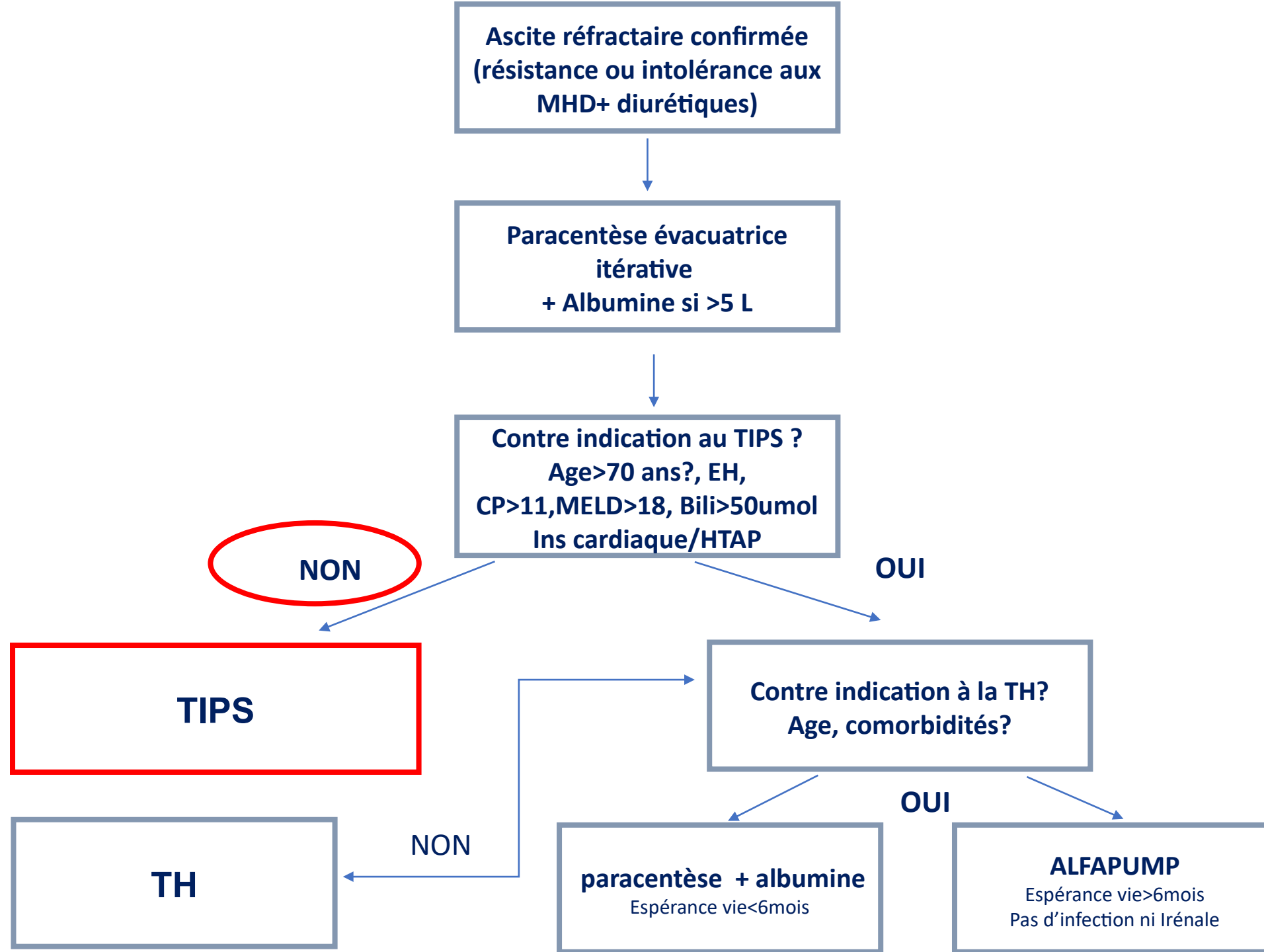
E-La transplantation représente la meilleure option thérapeutique

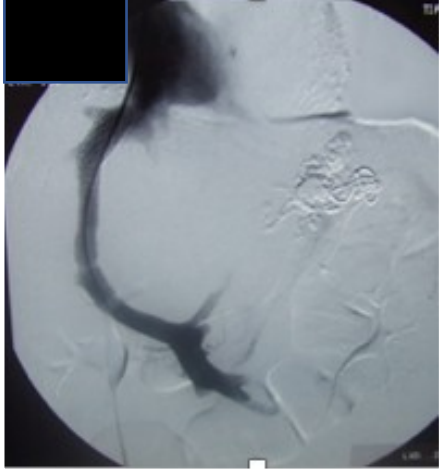




# Cas Clinique 1: M B 58 ans

- Diminution de la consommation OH 2 unités/j
- Bonne observance du régime pauvre en sel
- Ascite persistante malgré spironolactone 200mg/j et furosémide 120mg/j
- Ascite de stade 3, a déjà eu 4 ponctions d'ascite évacuatrices de 6l depuis janvier 2025 et récurrence encore plus rapide (janvier, mars, avril, mai)
- Pas d'EH
- Créatininémie 100umol/l, TP 65%; INR, 1,4, Bilitotale 40umol/l, albumine 30g
- Child B8, Meld 14
  - **Hospitalisation pour évaluation TIPS ou transplantation hépatique**





## TIPS et Ascite

- Il est recommandé de discuter la mise en place d'un TIPS chez tous les patients avec ascite récidivante ou réfractaire afin d'améliorer le contrôle de l'ascite G1+
- Il est probablement recommandé de proposer le TIPS précocement, dès l'identification du caractère récidivant de l'ascite, afin d'améliorer la survie sans transplantation G2+

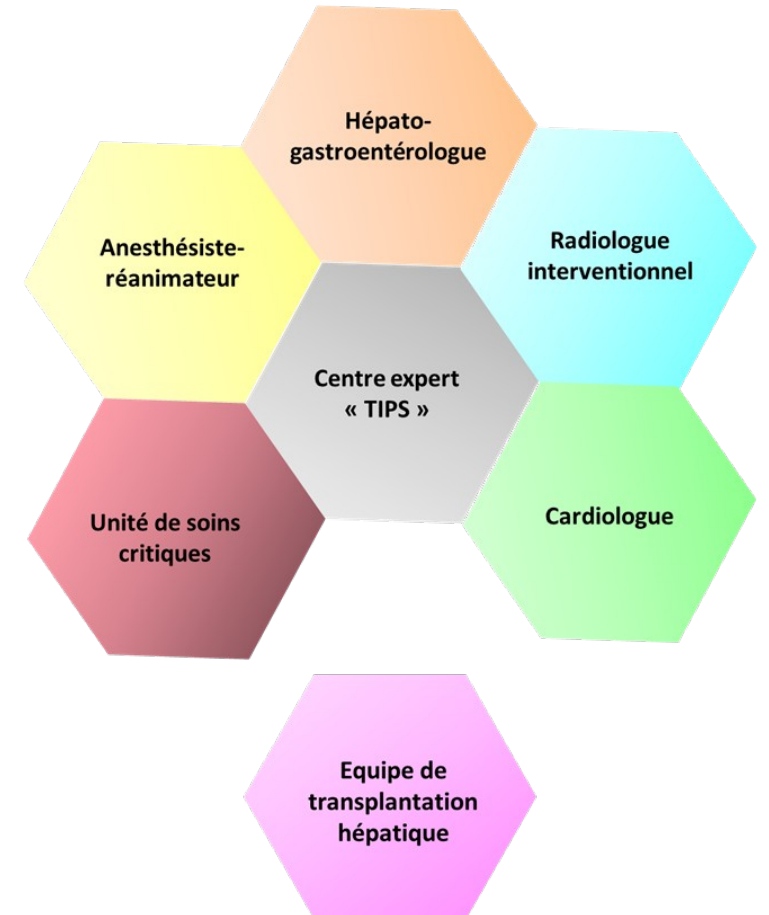
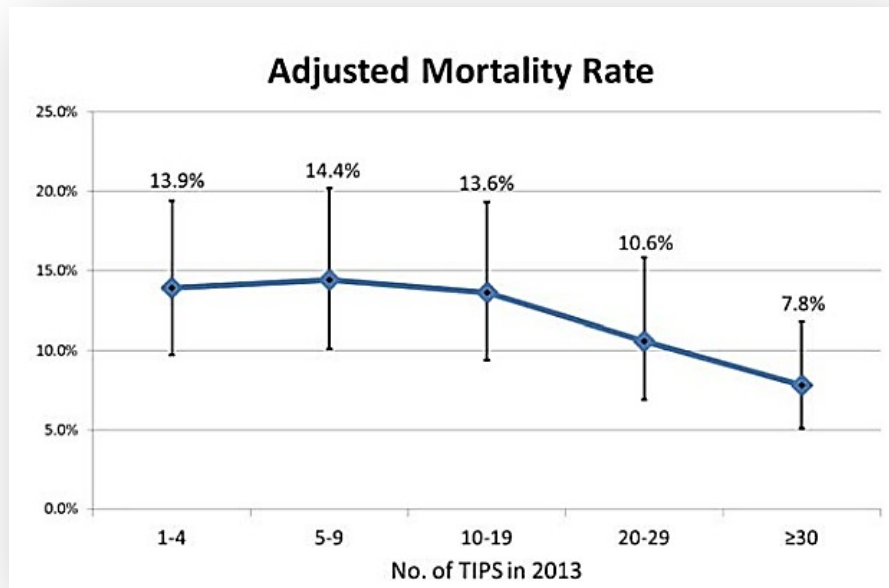
# Evaluation Pré TIPS

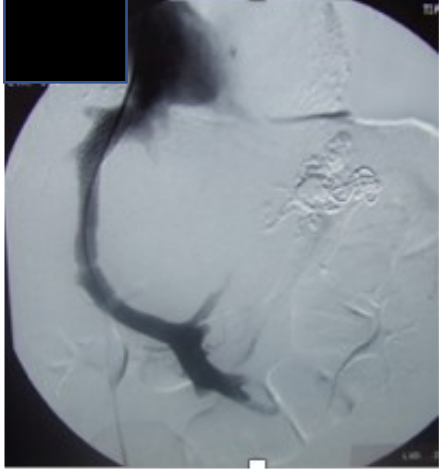


	Bilan pré-TIPS	Entre J1 et J7	M1	M3	M6	M9	M12
Examen clinique général et cardio-pulmonaire	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dépistage EH minimale (test des animaux)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Bilan biologique : NFS, Pq, Bilan hépatique, TP, INR, V, Albumine, Clairance de la créatinine, natrémie, Glycémie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Scores Child-Pugh et MELD	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Consultation d'anesthésie	✓						
ETT < 3mois	✓						
ECG 12 dériv.	✓						
Nt-pro-BNP / BNP	✓						
TDM APC	✓						
Écho-doppler (si TDM > 1 mois)	✓				✓		✓
Évaluation sarcopénie, dénutrition, fragilité (grip test au minimum)	✓				✓		✓

# TIPS : un travail d'équipe

Si TIPS programmé, évaluation systématique pour transplantation hépatique





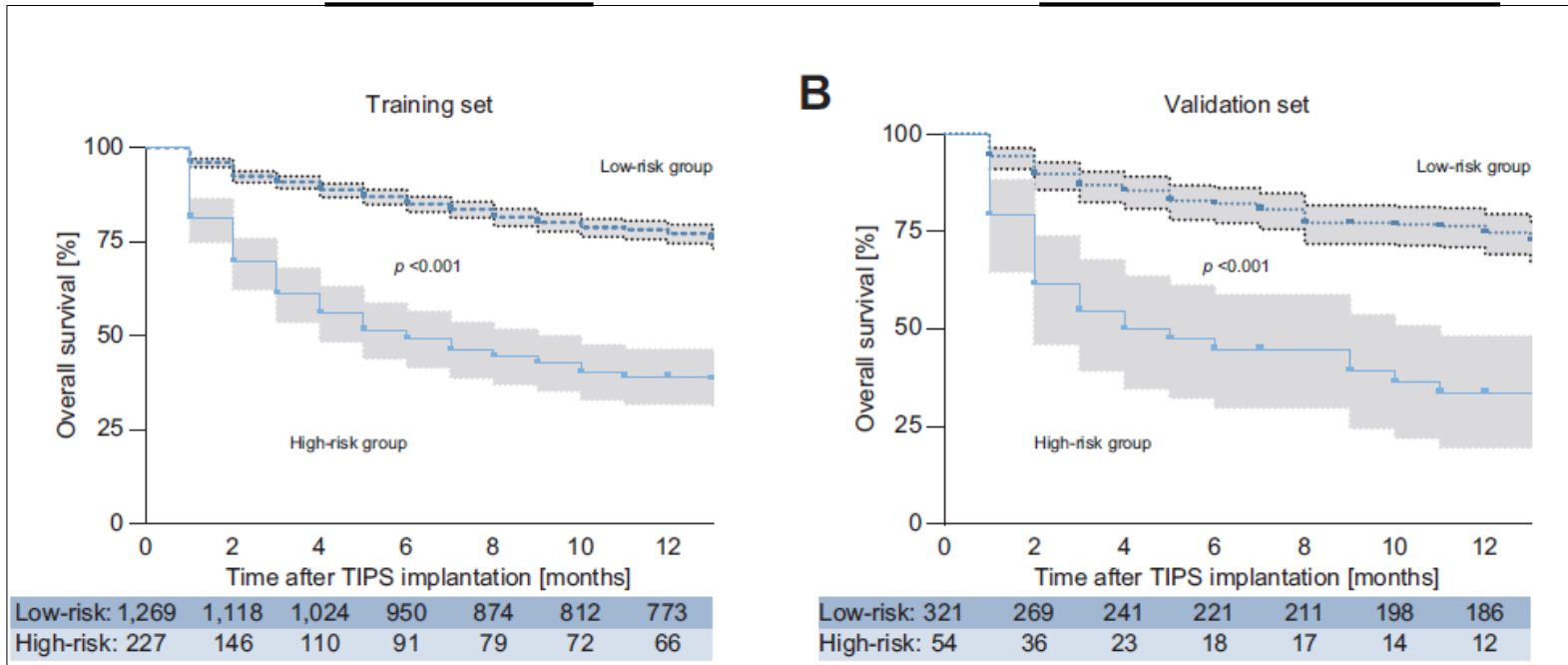
- Défauts des outils pronostiques habituels:
  - ✓ Pugh: comment tenir compte de l'ascite?
  - ✓ MELD (étudié++, mais malgré les données nombreuses, pas de seuil identifié)
- Scores spécifiques: on retient:
  - ✓ Score bili-plaquettes <sup>(1)</sup>: outil simple, seuils définis (bili <50μmol/L, plaquettes > 75 G/L)
  - ✓ FIPS <sup>(2)</sup>: donne une probabilité de survie

---

(1) Bureau C et al. J Hepatol 2011 ; (2) Bettinger D et al. J Hepatol 2021

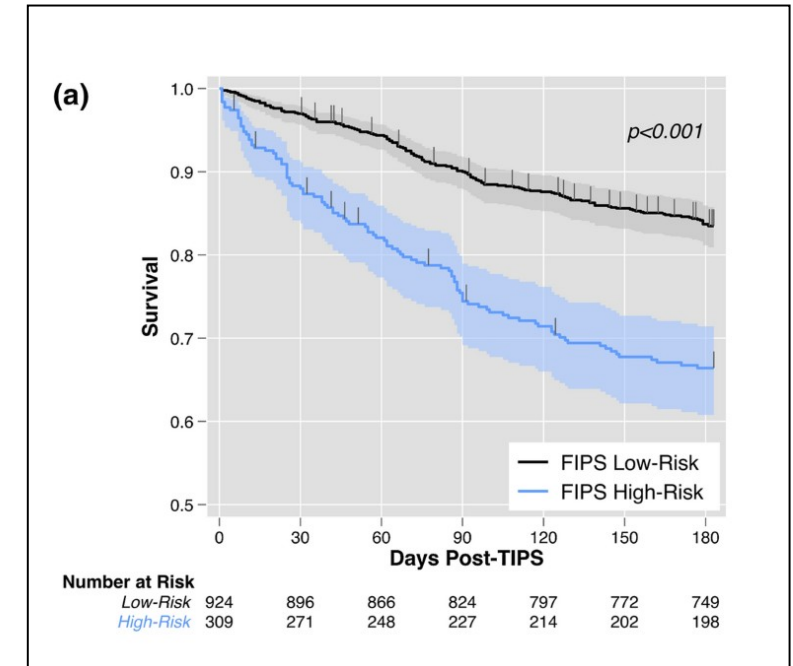
$$\text{Score FIPS} = 1.43 * \log_{10}(\text{bilirubine}) - 1.71 * 1/\text{créatinine} + 0.02 * \hat{\text{âge}} - 0.02 * \text{albumine} + 0.81$$

## Dérivation

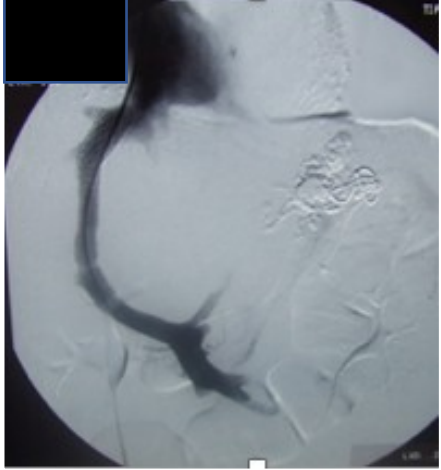


## Validation interne

## Validation externe

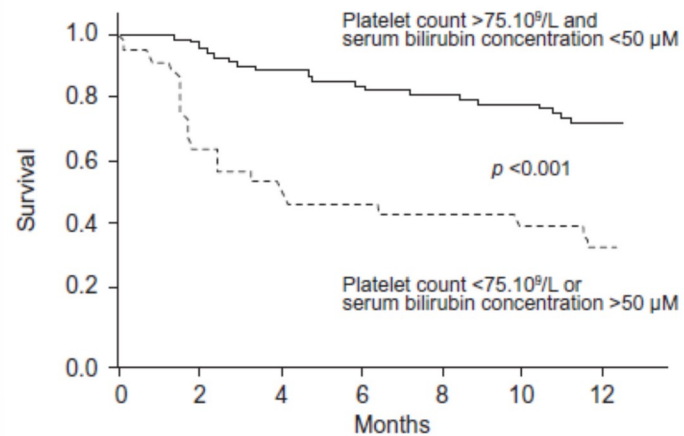


# Critères pronostiques du TIPS

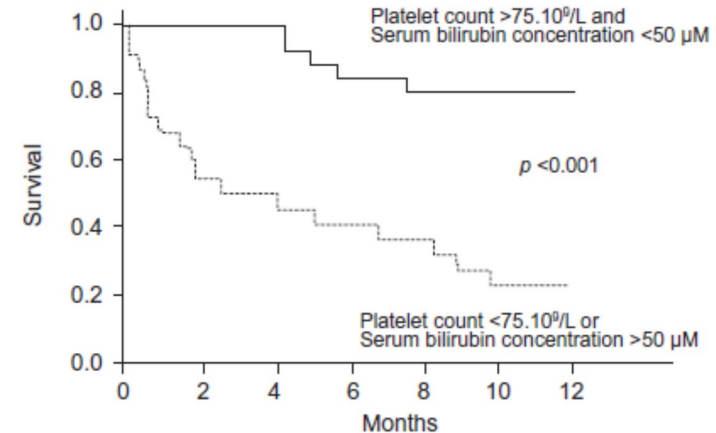


**Serum bilirubin and platelet count: A simple predictive model for survival in patients with refractory ascites treated by TIPS**

Survie à 1 an selon le taux de bilirubine et de plaquettes  
Cohorte test (N=105)

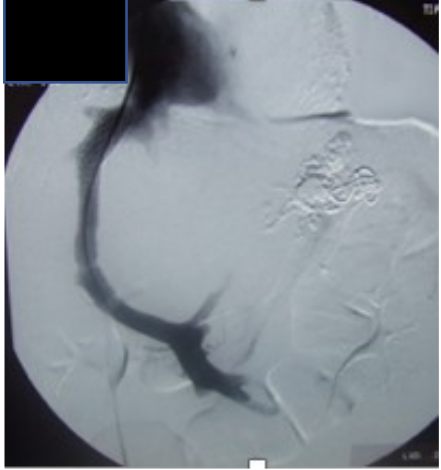


Survie à 1 an selon le taux de bilirubine et de plaquettes  
Cohorte de validation espagnole (N=48)



Bureau C et al. *J Hepatol* 2011

# TIPS et survie sans TH

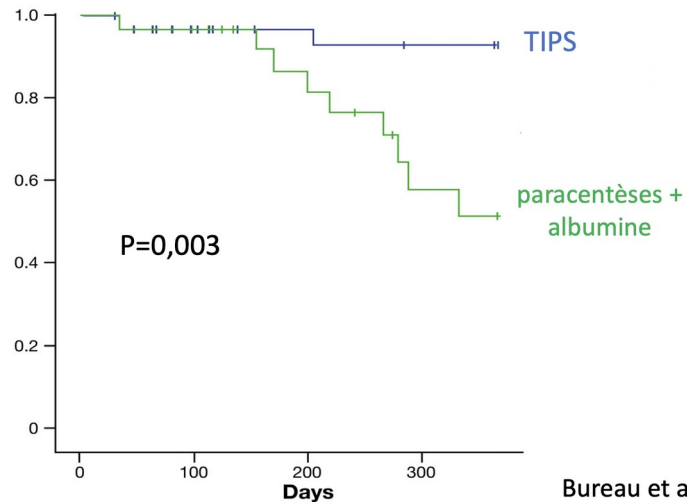


Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunts With Covered Stents Increase Transplant-Free Survival of Patients With Cirrhosis and Recurrent Ascites

Essai contrôlé randomisé multicentrique français

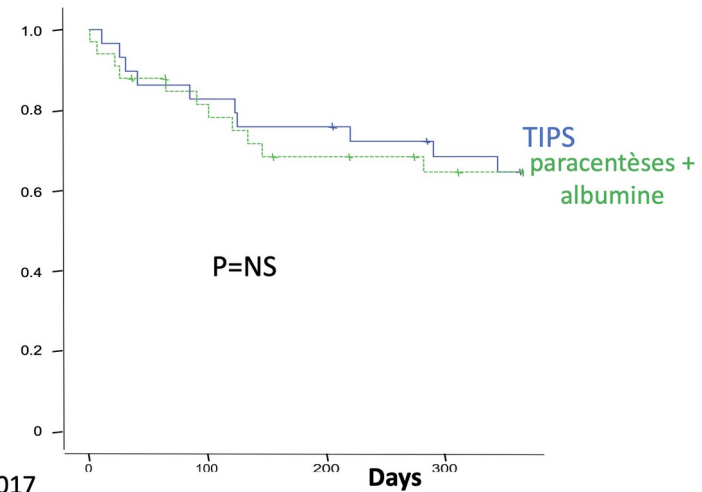
- Groupe TIPS: N=29; groupe paracentèses de grand volume+ albumine: N=33
- Critère d'exclusion:  $\geq 6$  paracentèses au cours des 3 mois précédents
- TIPS couverts PFTE

Probabilité de survie sans transplantation

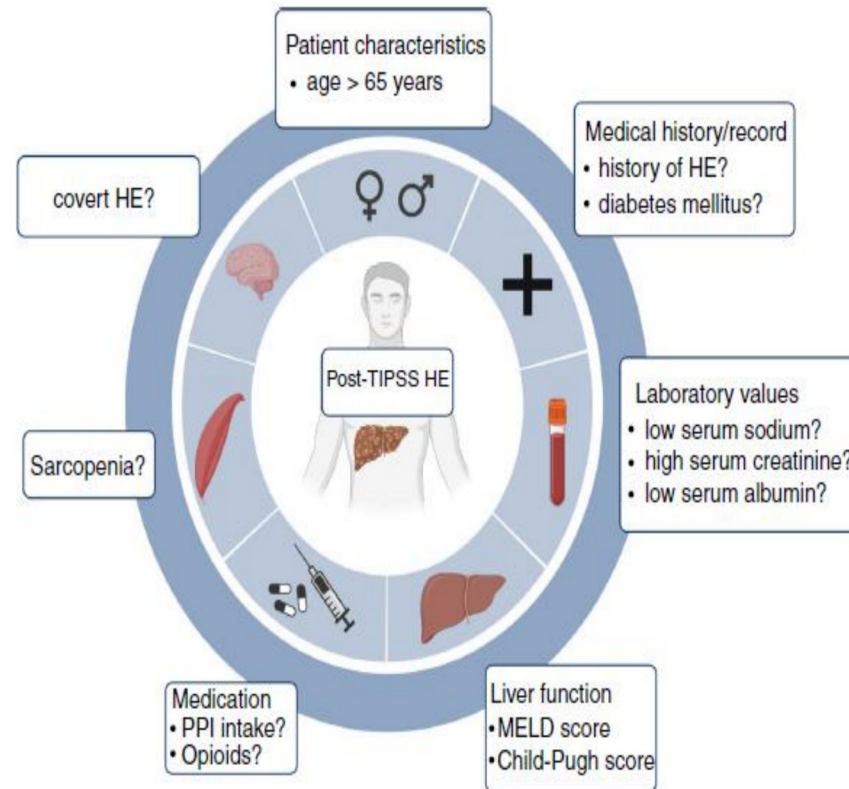


Bureau et al, *Gastroenterology* 2017

Probabilité d'absence d'EH clinique



# Facteurs favorisant l'encéphalopathie



Gairing SJ et al, APT 2022

**R4.1** Il est recommandé de rechercher systématiquement des facteurs de risque d'EH avant la mise en place d'un TIPS programmé. (G1+, ✓ Accord fort)

**R4.2** Il est recommandé de rechercher systématiquement des antécédents d'EH clinique et leur facteur déclenchant, la présence d'une EH minime, et d'évaluer la fonction hépatique. (G1+, ✓ Accord fort)

**R4.3** Il est probablement recommandé de rechercher systématiquement une altération de la fonction rénale, une hyponatrémie, une sarcopénie, et la présence de larges shunts porto-systémiques avant la mise en place d'un TIPS programmé. (G2+, ✓ Accord fort)

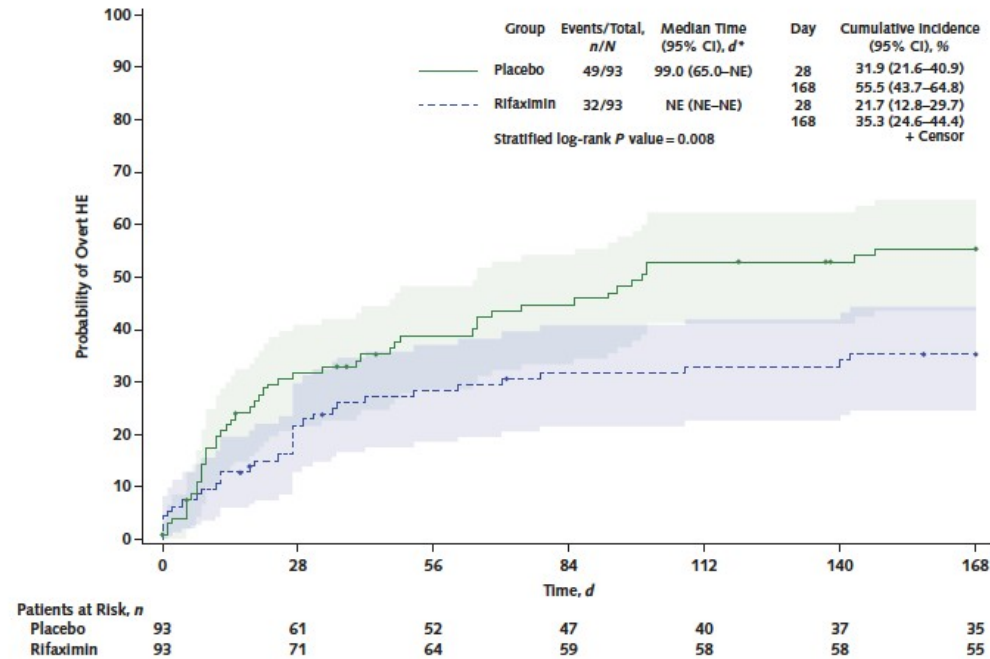
# TIPS et encéphalopathie hépatique



Annals of Internal Medicine

ORIGINAL RESEARCH

## The Use of Rifaximin in the Prevention of Overt Hepatic Encephalopathy After Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt A Randomized Controlled Trial





# TIPS et encéphalopathie hépatique

- Il est probablement recommandé d'utiliser une prophylaxie par rifaximine avant la pose d'un TIPS programmé afin de prévenir la survenue d'une EH après TIPS. G2+ Accord Fort
- Après pose d'un TIPS : les patients qui développent une EH sous rifaximine, le traitement repose sur l'ajout du lactulose AE
- En absence d'efficacité du traitement classique de l'EH (lactulose, rifaximine), un recalibrage plutôt qu'une occlusion complète d'emblée peut-être proposé. La transplantation hépatique doit être discutée AE

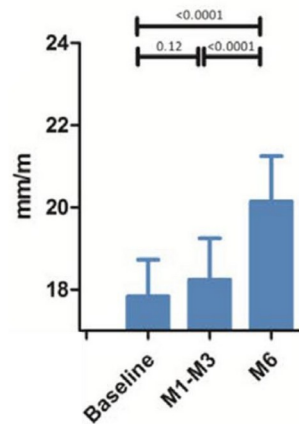
# TIPS et état nutritionnel



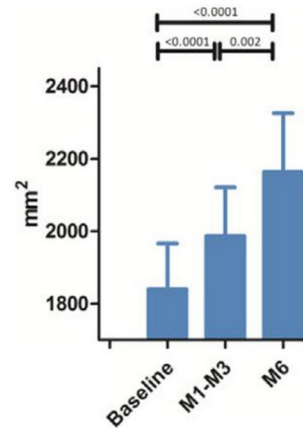
Consequences of TIPSS placement on the body composition of patients with cirrhosis and severe portal hypertension: a large retrospective CT-based surveillance

- Contrôle de l'ascite dans 60 à 80% des cas
- Amélioration de l'état nutritionnel

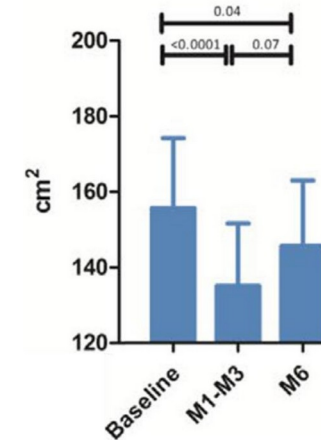
Epaisseur transversale du psoas/ taille



Surface du psoas (L3-L4)



Surface de la graisse viscérale



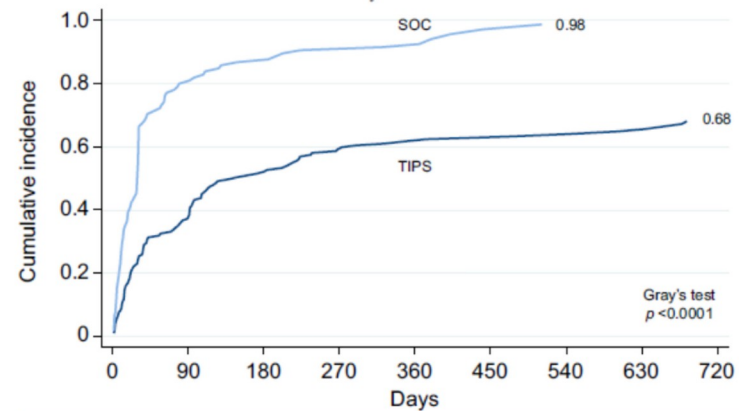
Artru F, *Aliment Pharmacol Ther* 2020

# TIPS et décompensation de la cirrhose



**TIPS prevents further decompensation and improves survival in patients with cirrhosis and portal hypertension in an individual patient data meta-analysis<sup>†</sup>**

## Incidence cumulée de nouvelle décompensation en cas d'ascite réfractaire



N° at risk	
SOC	104 21 14 10 9 2 1 1 1
TIPS	169 99 68 53 46 32 30 27 23

Larrue H et al, *J Hepatol* 2023

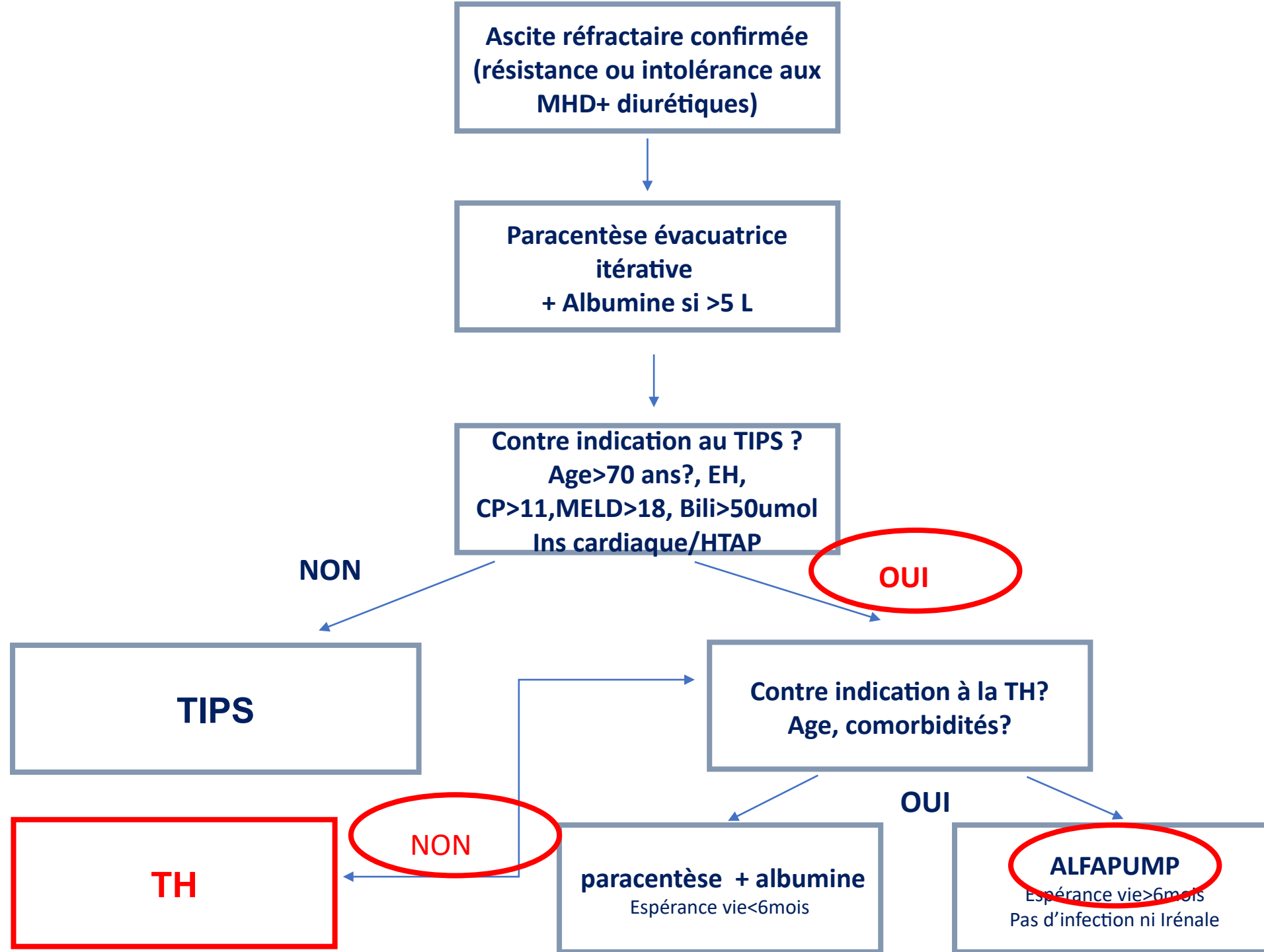


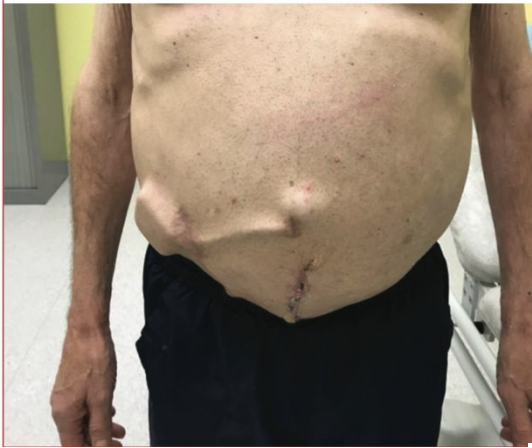
# Cas Clinique 1: M B 58 ans

- Sevrage alcoolique
- TIPS en juin 2025, pas de souci technique
- Régression de l'ascite , pas de PA depuis juin
- Arrêt du carvedilol
- Child Pugh A6
- Poursuite de la surveillance semestrielle pour ne pas méconnaître un CHC

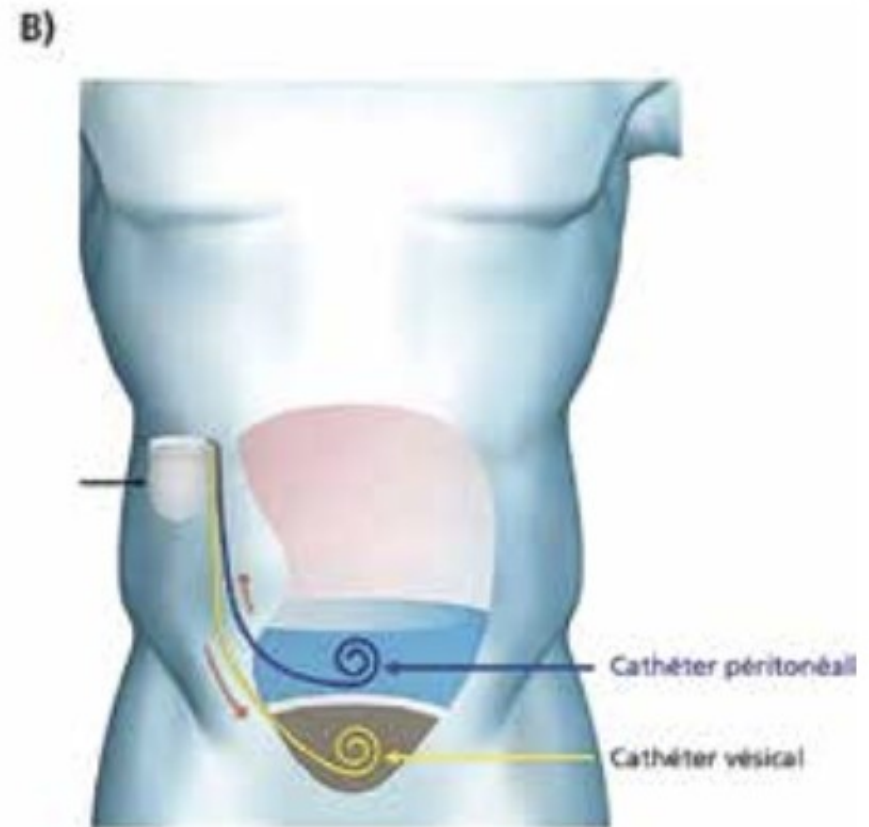
# Cas clinique 2 : Mme B 61 ans

- Cirrhose sur MASH Child B9 avec ascite réfractaire
- Paracentèse hebdomadaire de 8l depuis 2 mois compensation par albumine
- VO stade 2 à l'endoscopie digestive haute ( 2022) sous carvedilol 6,25mgx2/j
- HTA, DT2
- 2 épisodes d'EH lors des derniers mois sans facteur déclenchant sous rifaximine
- Plaq 65 000, BT 60 umol/l, TP 65%,INR 1,4, créatininémie 100, albumine 32, Child C10, MELD 15
- Pas de CI à la transplantation mais groupe sanguin B+(délai d'attente 12 mois)
- Ne supporte plus les ponctions d'ascite

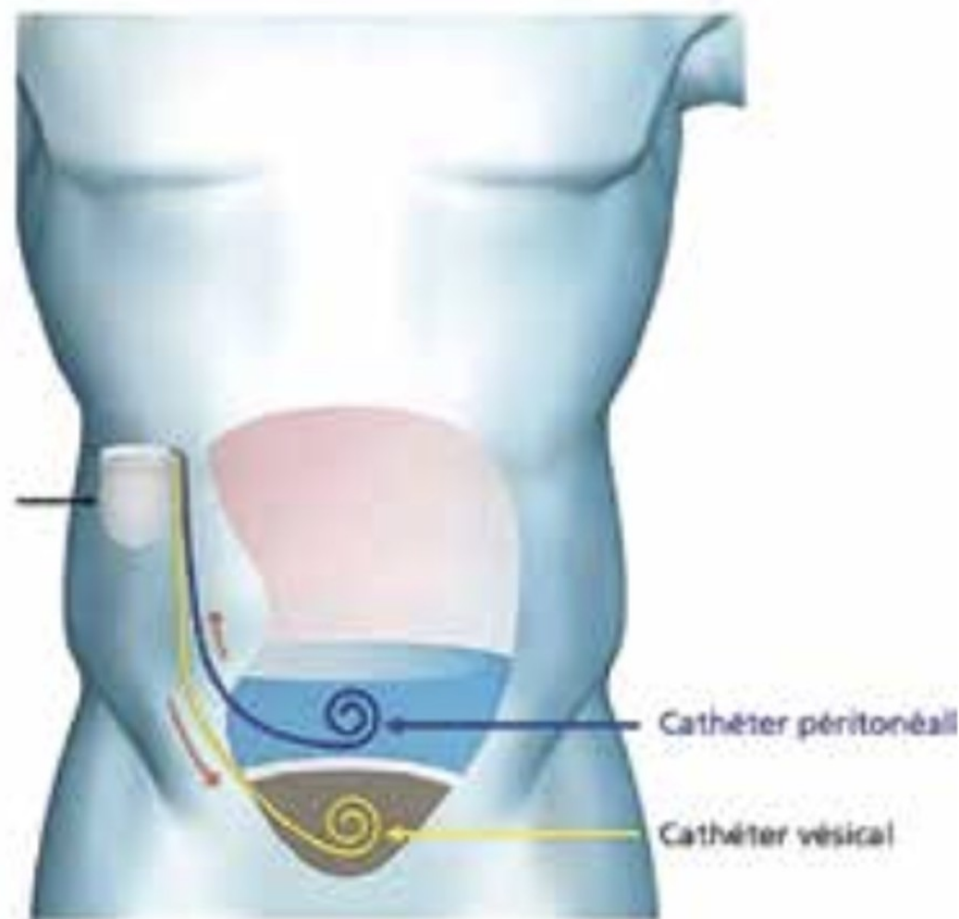




# ALPHAPUMP



# Mode de fonctionnement



Pompe implantée en sous-cutané au niveau péritonéal

Reliée à un cathéter péritonéal et un autre tunnelisé relié à la vessie

Transfert de l'ascite vers la vessie, élimination par miction

Capteurs qui ajustent cycles de pompage selon pression péritonéale et vésicale

500 à 2500 ml d'ascite évacuée par jour

Inactif la nuit

# ALPHAPUMP : quelles sont les contre-indications?

A-Espérance de vie > 6mois

B-Ascite cloisonnée

C-Infection d'ascite en cours

D-Hypertrophie bénigne de la prostate

E-Insuffisance rénale

# ALPHAPUMP : quelles sont les contre-indications?

A-Espérance de vie > 6mois

B-Ascite cloisonnée

C-Infection d'ascite en cours

D-Hypertrophie bénigne de la prostate

E-Insuffisance rénale

**Ascite réfractaire liée à l'hypertension portale  
Contre-indication ou refus du TIPS**

Projet de transplantation  
hépatique ?

Oui avec un  
délai d'attente  
long

Non

Avis centre  
« expert »

~~Bilan d'éligibilité à l'Ariapump®  
PHRC national Ariapump~~

### Les contre-indications

- Contre-indications anatomiques :
  - ascite cloisonnée
  - uropathie obstructive
- Contre-indications physiologiques :
  - comorbidités sévères menaçant le pronostic vital à court terme (3-6 mois)
  - contre-indication à l'anesthésie générale
  - infections en cours

### Discussion collégiale au cas par cas en cas notamment si :

- insuffisance hépatique sévère (MELD > 21)
- insuffisance rénale préexistante
- antécédent d'infections spontanées du liquide d'ascite ou d'infections urinaires récurrentes
- troubles des fonctions supérieures

# Transplantation hépatique

## Priorité aux patients les plus graves: score MELD

INR + Créatinine + Bilirubine

SEUIL à 15

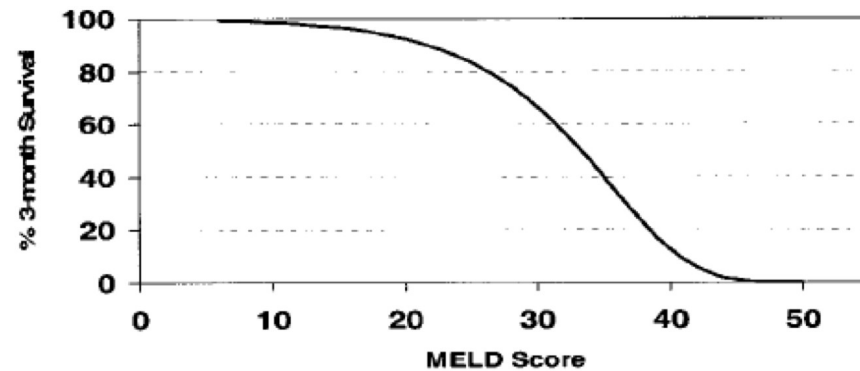
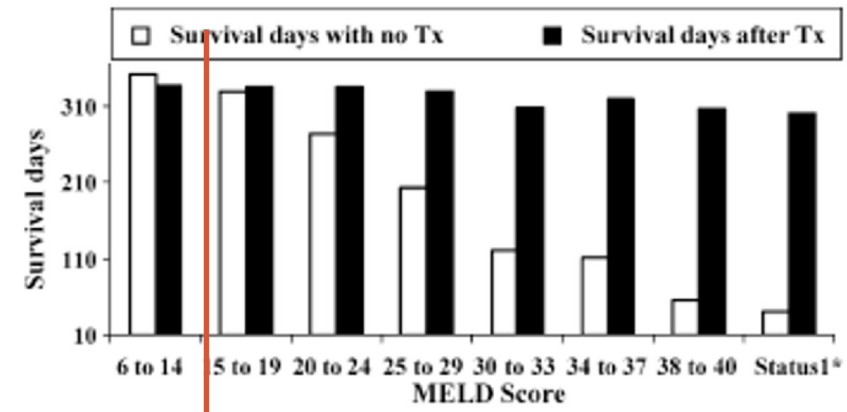
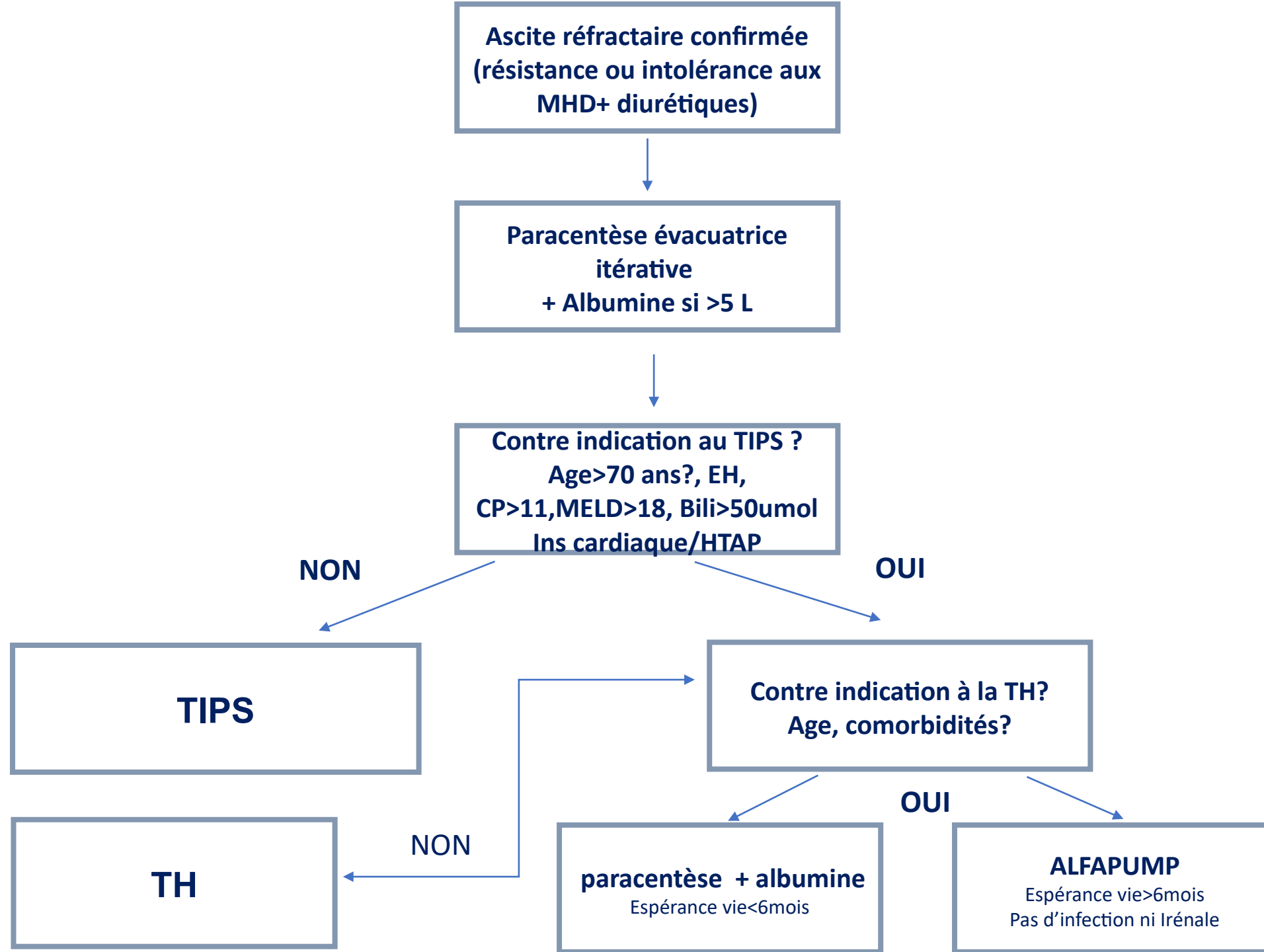


Figure 2. Estimated 3-month survival as a function of the MELD score.



# Ascite réfractaire et TH : composante expert

Indications	Conditions	Délais accordés
<b>Ascite réfractaire</b>	MELD < 15 Et Natrémie < 130 mmol/L et/ou âge > 60 ans et/ou TIPS contre-indiqué et/ou infection du liquide d'ascite	6 mois
	Hydrothorax hypoxémiant	3 mois
<b>Encéphalopathie hépatique</b>	MELD < 15 Et au moins un épisode de grade 3 ou 4 et hospitalisation prolongée ou répétée	6 mois
	Signes focaux ou syndrome extra-pyramidal	3 mois
<b>Hémorragies digestives récidivantes</b>	MELD < 15 Et échec des autres traitements	Avis d'expert au cas par cas
<b>Hypertension porto-pulmonaire</b>		Avis d'expert au cas par cas
<b>Syndrome hépato-pulmonaire</b>	PaO2<60mmHg	3 mois
<b>Puruit réfractaire</b>	Echec des traitements médicamenteux (anti-histaminiques, rifampicine, sertraline) et/ou épuration extra-hépatique	Avis d'expert au cas par cas
<b>Angiocholites récidivantes</b>	Atteinte biliaire non accessible à un traitement conservateur et au moins 2 épisodes de bactériémies documentées en 6 mois et/ou un épisode de sepsis sévère (abcès, endocardite, ostéomyélite, méningite)	6 mois
	Episode de choc septique, infection à germes multirésistants ou retransplantation	0 mois
<b>Carcinome hépatocellulaire</b>	MELD < 15, score AFP ≤ 2 Plus d'un nodule ou tumeur > 2cm avec traitement d'attente contre-indiqué	9 mois
<b>Cholangiocarcinome hilaire</b>	Après traitement néoadjuvant et laparotomie éliminant une tumeur résiduelle	0 mois
<b>Hémangioendothéliome épithélioïde</b>		Avis d'expert au cas par cas
<b>Métastases hépatiques de tumeur endocrine</b>		Avis d'expert au cas par cas
<b>Polykystose hépatique</b>	Ascite et/ou restriction alimentaire sans dénutrition objective	6 mois
	Dénutrition objective	3 mois
<b>Maladie de rendu-Osler</b>	Insuffisance cardiaque droite à haut débit (augmentation des pressions de remplissage et/ou Pcap>15mmHg et PAPd>25mmHg)	3 mois
	Lésions biliaires ischémiques diffuses responsables d'angiocholites ou d'abcès hépatiques	0 mois
<b>Neuropathie amyloïde</b>	Atteinte sensitive isolée	12 mois
	Atteinte motrice et/ou dysautonomie associée	6 mois
	Atteinte motrice d'évolution rapide (marche avec une canne) et/ou atteinte digestive avec dénutrition et altération de l'état général	3 mois



# Points forts

---

- La survenue d'une ascite constitue un tournant pronostique majeur chez un patient atteint de cirrhose
- L'ascite récidivante est définie par la survenue d'au moins 3 poussées annuelles d'ascite malgré le traitement médical.
- L'ascite réfractaire est une ascite de grand volume persistante ou récidivante précocément après un traitement médical bien mené ou en raison de son intolérance. La paracentèse est le traitement de première ligne.

# Points forts

---

- La survenue d'une ascite récidivante ou réfractaire doit faire envisager une prise en charge spécifique dans un centre expert en hépatologie pour discuter de l'indication du TIPS et / ou de la transplantation hépatique
- Le shunt intrahépatique porto-systémique trans-jugulaire (TIPS) doit être proposé précocément et systématiquement en l'absence de contre indication, en cas d'ascite réfractaire