



Dr Olivier NOUEL

## Prise en charge des cirrhoses non compliquées

- Connaître les risques évolutifs selon les facteurs étiologiques et les co-morbidités
- Connaître les modalités de surveillance.



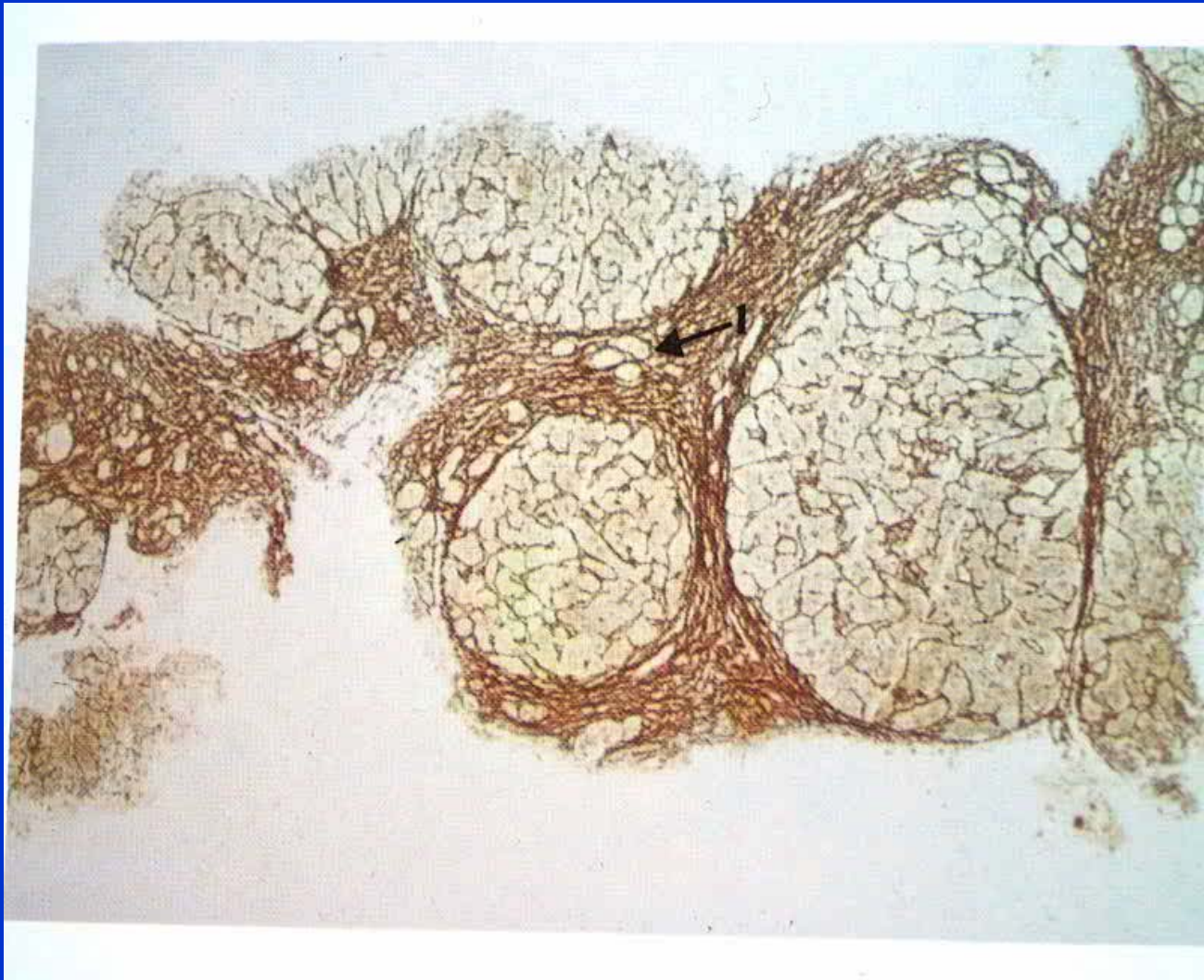
# Conflits d'intérêts

- Le Dr Olivier NOUEL n'a pas déclaré de conflits d'intérêts

SURVEILLANCE DES  
MALADES ATTEINTS DE  
CIRRHOSE NON  
COMPLIQUEE

Olivier NOUEL  
St BRIEUC

*FMC-HGE 9 Mars 2008*



# Recommandations de l'HAS

24 décembre 2007

[www.has.santé.fr](http://www.has.santé.fr)

Cirrhose:quelle fréquence?

# Les causes les plus habituelles

- 3 à 5 millions de consommateurs d'alcool « a risque »
- 300 000 porteurs du VHB
- 300 000 porteurs du VHC
- 12,8% des sujets de + de 15 ans ont un surpoids

Diagnostiquer la Cirrhose

Faire le bilan initial

Dépister le CHC

Surveiller l'HTP

Prévenir les complications

tenir compte du terrain



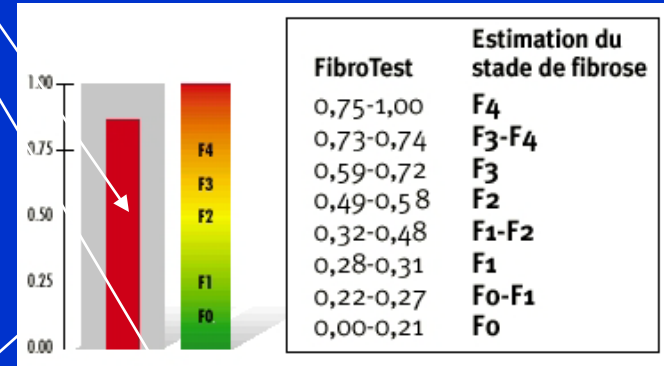
# Cirrhose: comment est posé le diagnostic?

- Clinique
- Après une complication
  
- Biopsie Hépatique
- ou un test non -invasif

# Ponction-Biopsie du foie



Diagnostic clinico-biologique  
Guérison d'une complication  
(Ascite, HD)



Tests sanguins

Alternatives à la PBH

Elastométrie



# Le bilan pour toutes les cirrhoses

- ASAT ,ALAT
- GGT ,PA
- Electrophorèse des protides
- TP
- Bilirubine
- NFS ,plaquettes
- Créatinine

# Le bilan pour toutes les cirrhoses

- Sérologie VHB\*
- Sérologie VHC\*
- Bilan martial (Fer,Sat,Ferritine)
- Cholestérol ,Triglycérides
- Glycémie à jeun

\*sérologie VIH pour les cirrhose VHB+ et VHC+ /sérologie VHD si VHB

# Le bilan pour toutes les cirrhoses

- BMI
- Périmètre abdominal
- consommation d'alcool (UI/j et UI/semaine)
- consommation de tabac (Paquets/années)
- Tension artérielle

# Le bilan pour toutes les cirrhoses

- Echographie
- Alpha Foetoprotéine
- FOGD

# Si alcool + tabac

- Consultation ORL (tous les ans?)
- RP
- Dépistage du K de l'œsophage lors de la Gastroskopie du bilan

La cirrhose non compliquée  
CHILD-PUGH A



# Le score de CHILD PUGH

	1 point	2 points	3 points
Encéphalopathie	Absente	Confusion	Coma
Ascite	Absente	Minime	Importante
Bilirubine totale ( $\mu\text{mol/l}$ )	< 35	35 à 50	> 50
Albumine (g/l)	> 35	28 à 35	< 28
Taux de prothrombine (%)	> 50	40 à 50	< 40

La gravité est croissante avec la valeur du score : entre 5 et 6 points (classe A) ; entre 7 et 9 points (classe B) ; entre 10 et 15 points (classe C).

En cas de cirrhose compensée, la plupart des malades sont en classe A. La cirrhose décompensée correspond à une classe B ou C. Ce score ne prend pas en compte certaines complications de la cirrhose telles l'hémorragie digestive ou le carcinome hépatocellulaire.

D'après BENHAMOU et ERLINGER, Flammarion 2003

# Dépister le Carcinôme Hépatocellulaire (CHC)

# LE CHC est une complication de toutes les cirrhose....

- 2 à 8% par an
- Augmentation du risque en cas d'association de cause (ex:Alcool+surpoids)

# Dépistage du CHC

- Reprise sur l'échographie tous les 6 mois
- Alphafoetoprotéine

# La qualité de l'échographie est primordiale

- Matériel performant
- Opérateur entraîné (et motivé)
- bonne connaissance du dossier

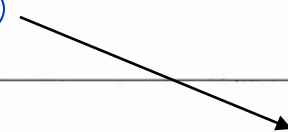
**Éléments à rechercher systématiquement lors du bilan échographique de surveillance d'une cirrhose.**

<b>Foie</b>			
▪ Contours bosselés	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
▪ Échostructure	<input type="checkbox"/> Homogène	<input type="checkbox"/> Hétérogène	<input type="checkbox"/> Macro-nodulaire
<b>Existence d'une lésion focale</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	
	Description : _____		
Prise de contraste si injection de produit de contraste échographique	<input type="checkbox"/> Artériel	<input type="checkbox"/> Lavage portal	
	<input type="checkbox"/> Lavage tardif		
<b>Flux</b>			
▪ Tronc porte	<input type="checkbox"/> Hépatopète	<input type="checkbox"/> Hépatofuge	<input type="checkbox"/> Flux stagnant ou inversé
▪ Branches portales droites	<input type="checkbox"/> Hépatopète	<input type="checkbox"/> Hépatofuge	<input type="checkbox"/> Flux stagnant ou inversé
▪ Branches portales gauches	<input type="checkbox"/> Hépatopète	<input type="checkbox"/> Hépatofuge	<input type="checkbox"/> Flux stagnant ou inversé
<b>Vitesse maximale dans le tronc porte</b> (incidence du tir Doppler inférieur à 55 - 60°)	_____	cm/sec	
<b>Rate</b> : mesure du grand axe	_____	cm	
<b>Existence de voies de dérivation porto-systémiques</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Veine paraombilicale
<b>Ascite</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	

TDM

AFP

Biopsie



# Si l'échographie n'est pas performante

- Le TDM répété expose au risque d'irradiation et de surcharge iodée .
- Préférer l'IRM

# L'alphafoetoprotéine

- N'est pas un très bon marqueur ...
  - Influencé par l'activité
  - Fréquemment normal en cas de petit CHC
- Son dosage permet de « rattraper » 5 à 10% des diagnostics ,au prix d'une surconsommation importantes d'examens complémentaires .



# En cas de cirrhose virale

- Ne pas se laisser obnubiler par la surveillance virologique\*
- Et poursuivre la surveillance Echographique

\*expérience personnelle

Dépister et traiter l'HTP

# Endoscopie de départ

- Présence ou absence de varices
- Taille des varices (grosses ou petites)
- présence ou absence de varices cardio-tubérositaires
- description de la gastropathie d 'HTP

# Suivi de l 'HTP

- Pas de VO :Gastroskopie a 1 ou 2 ans
- Petites VO:Gastroskopie tous les ans
- Malade sous BB:pas de contrôle
- Prophylaxie par LVO :contrôle à 3 mois puis tous les 6 mois\*

\* *recommandation de l 'AASLD 2007*

# Prévention des infections bactériennes

- Hygiène bucco-dentaire
- vaccination anti pneumococcique tous les 5 ans
- Antibioprophylaxie des gestes à risques\*

\*Prophylaxie de l'endocardite bactérienne /HAS/2002

# Prévention des infections/Vaccinations

- Vaccination Anti VHB
- Vaccination anti-VHA/recommander la vaccination universelle \*
- Vaccination contre la grippe/an

\*le dépistage de l'immunisation avant la vaccination double le coût

# Risque opératoire

- Chez les patients porteurs d'une cirrhose non compliquée, la mortalité d'une chirurgie (toutes chirurgies) n'est pas augmentée
- la morbidité est augmentée
- recommander la chirurgie Elective
- La consultation d'un HGE est recommandée avant toute chirurgie

# Traitements

- Certains médicaments sont contraindiqués
- AINS\*
- AAS\*
- Aminosides

\*en cas d 'HTP



# TABLEAU V :Médicaments pour lesquels il existe une diminution ou une susceptibilité en cas de cirrhose (liste non limitative)

AINS

Anti-dépresseurs tricycliques

Anti-vitamines K

Antirétroviraux

Barbituriques

Benzodiazépines

Carbamates

Clindamycine

Cyclines

Flécainide

Inhibiteurs de l'enzyme de  
conversion

Isoniazide

Lincomycine

Métronidazole

Péfloxacine

Pyrazinamide

Rifampicine

Sulfamides

Théophylline

# Ostéoporose\*

une ostéodensitométrie est recommandée si

- Corticothérapie au long cours
- Hypogonadisme prolongé
- BMI < 19
- Ménopause avant 45 ans
- Antécédent de fracture périphériques ou vertébrales

\*L'alcool et la cholestase favorisent l'ostéoporose .

# Bilan des 6 mois\*

- Consultation clinique
- Score de CHILD-PUGH
- Biologie (NFS,ASAT-ALAT,GGT,TP)
- Echographie/ Alphafoetoprotéine

# Bilan annuel

- Le même que celui de 6mois
- Discuter gastroscopie
- Vaccination contre la grippe

\*Le bilan peut être réalisé en HdJ sous certaines conditions (Qs VIH)

# Le terrain et les co-morbidités

- Vérifier la consommation d 'alcool
- Inciter à l 'arrêt du tabac
- Alcool+tabac :Cs ORL annuelle?
- Contrôler les éléments du syndrome métabolique

# Contrôle de la cause

- Alcool:GGT/VGM/Clinique
- VHB:ASAT/ALAT/Charge virale
- VHC guéri
- VHC:Traitement anti-fibrosant??
- NASH:Traitement du Syndrome métabolique
  - perte de poids
  - exercice physique

# Marqueurs de Fibrose ?

- Il pourrait être séduisant de dépister l'aggravation ou la régression de la fibrose
- intérêt des marqueurs  
« quantitatifs »/Fibroscan<sup>®</sup>/Fibromètre<sup>®</sup> ...
- Aucun résultats publiés
- Revoir leur place dans 2 à 3 ans?

\*mais l'activité fait varier l'élastométrie

# Conclusions

- L 'Hépatogastroentérologue est le généraliste du cirrhotique
- Le suivi de ces malades est complexe et rigoureux
- La place des tests non invasifs (quantitatifs) dans le suivi n 'est actuellement pas codifiée





# Les Points forts

1. Echographie avec Doppler tous les 6 mois (+alpha-Foeto)
2. Consultation clinique tous les 6 mois
3. Vaccination contre les Hépatites A et B ,et la grippe
4. Gastroskopie à discuter chaque année
5. Évaluation périodique des co-morbidités (alcool, surpoids, tabac.....)