

Surveillance, dépistage et prise en charge des complications de la cirrhose

Philippe Sogni

Hépatologie, Hôpital Cochin – Faculté de Médecine Paris V – INSERM U-567

Surveillance, dépistage et prise en charge des complications de la cirrhose

Nombreuses études randomisées

Conférences de Consensus

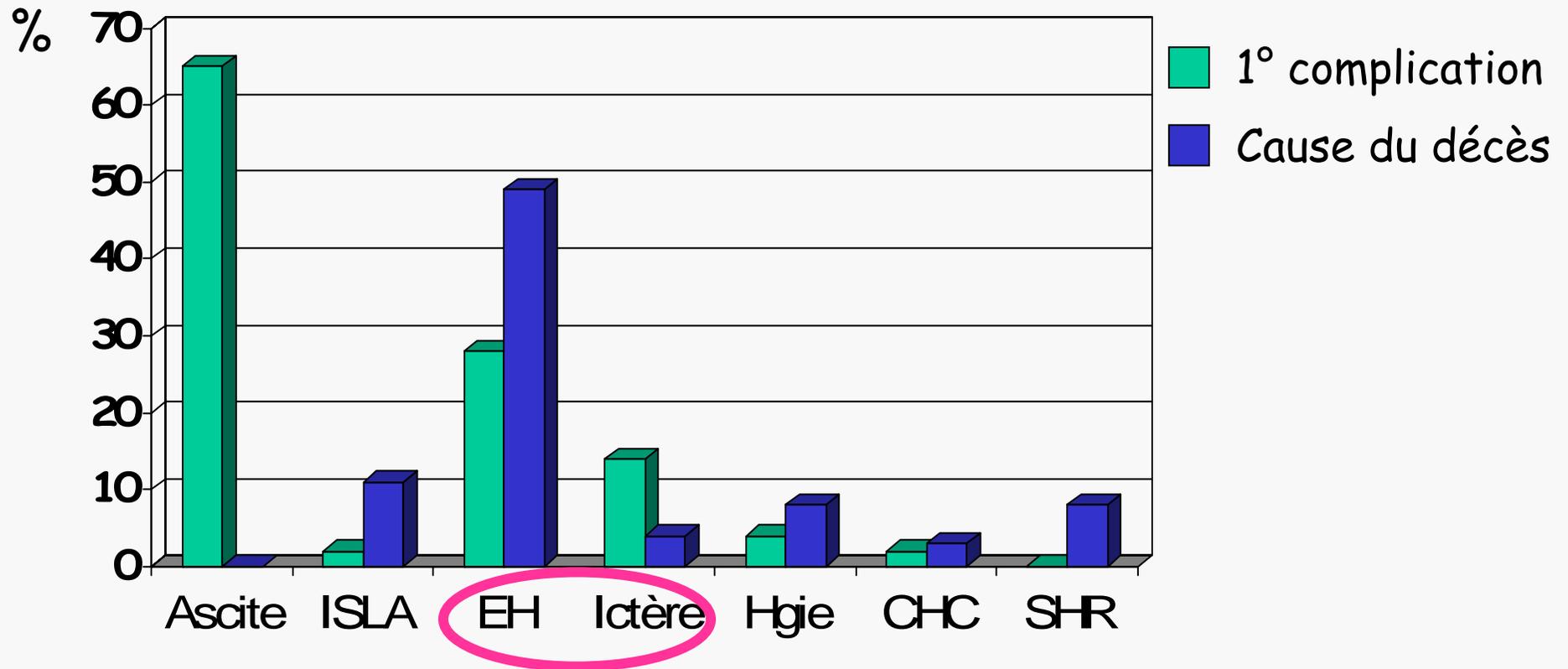
Conférence de Consensus de Paris (Décembre 2003)

Bavéno IV (Avril 2005)

Co-infection VIH : peu de littérature spécifique

Co-infection VIH-VHC

Cirrhose décompensée



Hémorragie digestive - cirrhose

Traitement préventif de 1^o ligne

Fibroscopie systématique : recherche de signes d'hypertension portale

Prévention primaire

Quand : VO de taille moyenne ou grosse, ou signes rouges

Comment :

Beta-bloquants non cardiosélectifs

Ligature des VO

Prévention secondaire

Quand : systématique après hémorragie

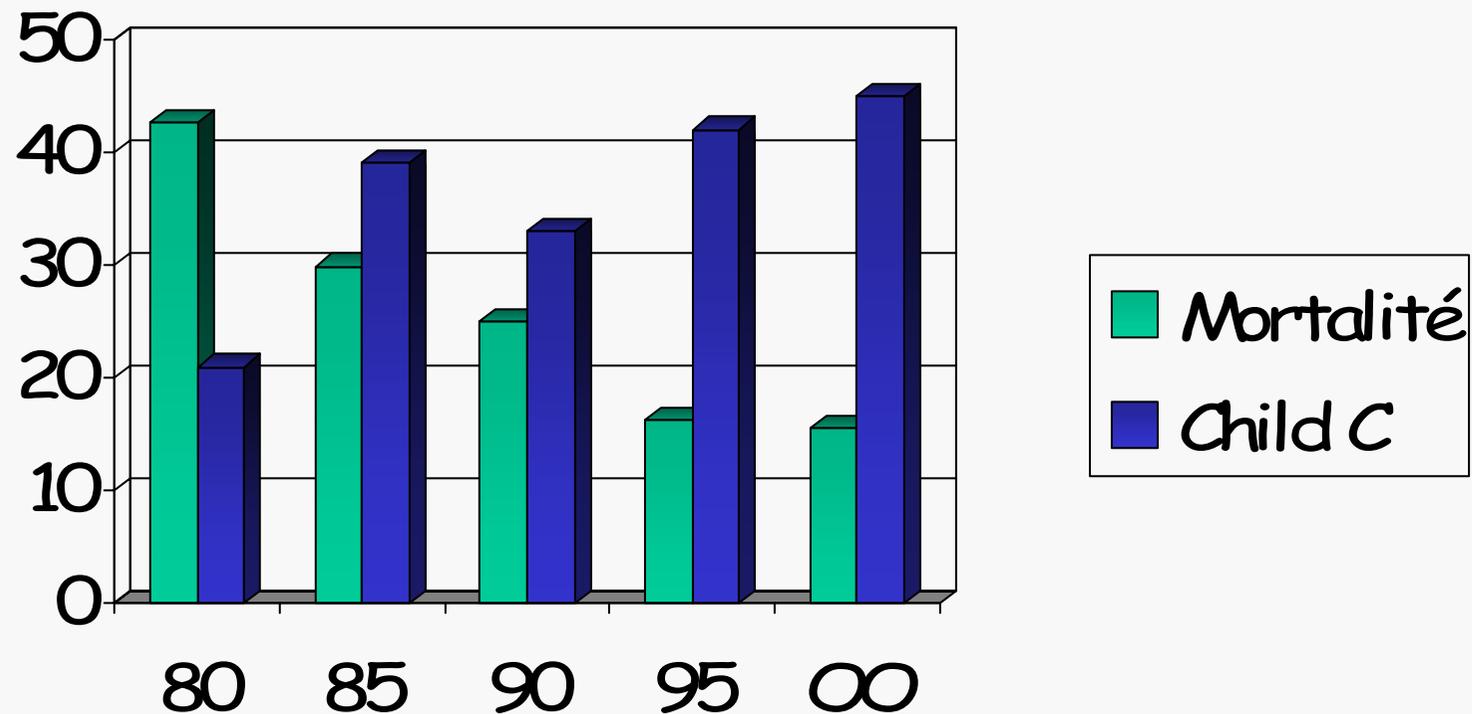
Comment :

Beta-bloquants et/ou ligatures des VO

Cirrhose - hémorragie digestive

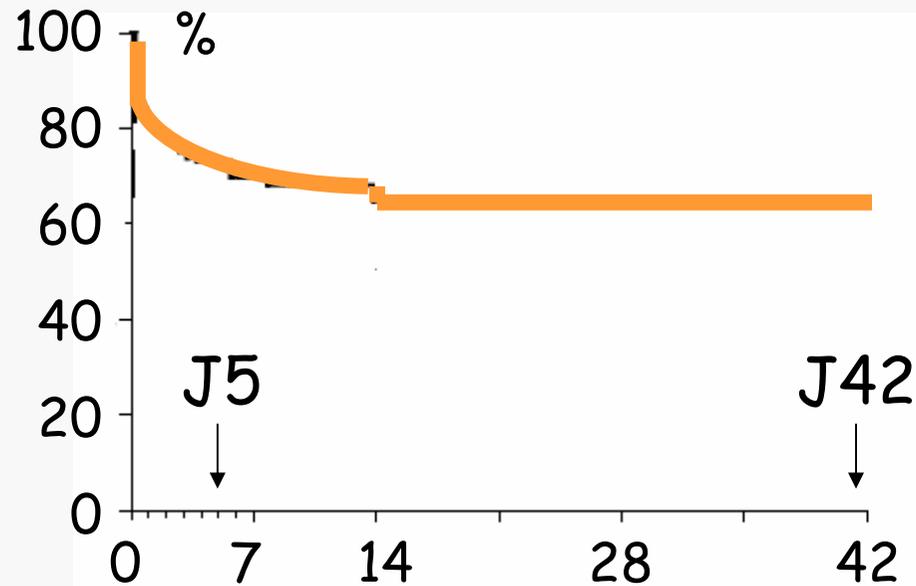
Evolution de la mortalité hospitalière (France)

Décès (%)



Cirrhose

Survie après contrôle de l'hémorragie digestive



D'après Calès et al. NEJM 2001
France - Traitement optimal
Child-Pugh A/B/C : 15/44/41

Traitement
Pharmacologique

Traitement
endoscopique

Sogni

Antibioprophylaxie

Réanimation
Remplissage

1 - Traitement pharmacologique

Phase aiguë - Hémorragie digestive et cirrhose

Traitement vaso-actif précoce et systématique

Avantages et inconvénients respectifs de la terlipressine et de la somatostatine (et analogues) ne permettent pas d'affirmer la supériorité de l'un d'entre eux

Terlipressine : Glypressine* 1 à 2 mg IV lent / 4 h

Octréotide : 25 $\mu\text{g}/\text{h}$ IV continu (bolus 50 μg ?)

Durée : (2 à) 5 jours

2 - Traitement endoscopique

Phase aiguë - Hémorragie digestive et cirrhose

Délai

Si hémorragie non contrôlée : dès que possible

Si hémorragie contrôlée : peut être différée au-delà 6 ° h

Faite dans de bonnes conditions

Malade réanimé

Estomac vidé : érythromycine (250 mg IV, 30 à 60 min avant)

Endoscopie systématique à titre diagnostique

Endoscopie à titre thérapeutique :

Hémorragie active : ligature (préférée à la sclérose)

Hémorragie arrêtée : bénéfique d'un geste thérapeutique lors de l'endoscopie n'est pas démontré. Si geste décidé : ligature

Traitement pharmacologique + endoscopique

3 - Réanimation / Remplissage

Phase aiguë - Hémorragie digestive et cirrhose

Voies d'abord

Remplissage prudent (maintien de la volémie)

Cristalloïdes en 1^o intention

Sinon colloïdes (sauf hydroxyléthylamidon)

Transfusion

Maintien d'une hémoglobine 7 à 8 g % (hématocrite : 24 et 30 %)

Correction des troubles de la coagulation par médicaments dérivés du sang : non recommandé

Ponction d'ascite exploratrice + évacuatrice

4 - Antibioprophylaxie

Phase aiguë - Hémorragie digestive et cirrhose

L'infection est fréquente chez le patient cirrhotique

20 % à l'admission

30 à 50 % durant hospitalisation

L'infection est grave chez le patient cirrhotique

Facteur indépendant associé à la mortalité hospitalière
et à la récurrence hémorragique

L'Antibioprophylaxie est recommandée

Diminue la mortalité

Diminue le risque de récurrence hémorragique précoce

Schéma (ex. : Norfloxacin 400 mg x 2 / j pendant 7 j)

Bernard et al. Hepatology 1999

Hou et al. Hepatology 2004

Park et al. AASLD 2005

Ascite

Régime pauvre en sel

Diurétiques

Ex : Spironolactone (75 mg/j) \pm Furosémide (40 mg/j)

Ponctions d'ascite évacuatrices

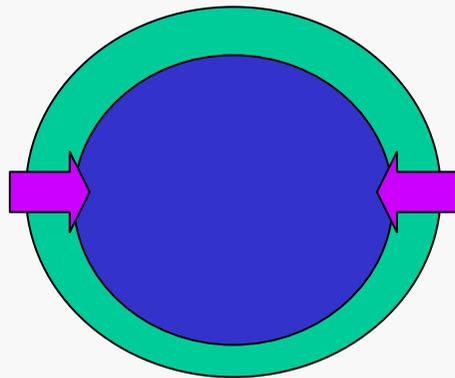
Asepsie

Compensation par remplissage

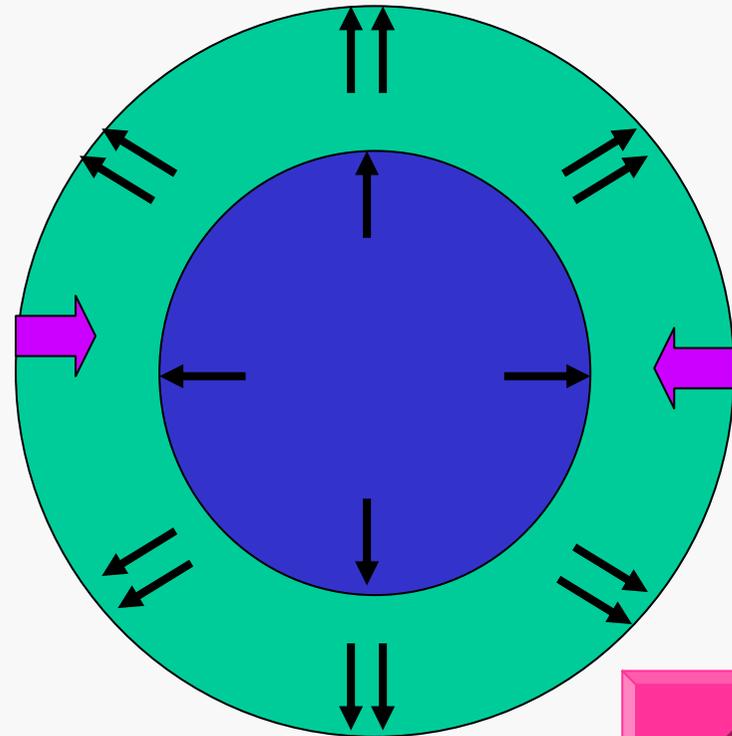
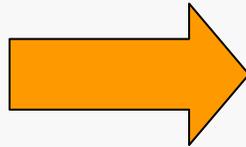
Albumine à 20 % : 1 flacon de 100 ml par 2 litres
d'ascite évacuée (au-delà de 3 litres)

Dysfonction circulatoire (1)

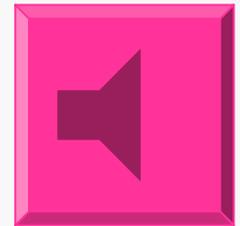
Volémie efficace / volémie relative



Sujet
normal



Malade atteint
de cirrhose



Dysfonction circulatoire (2)

Conséquences

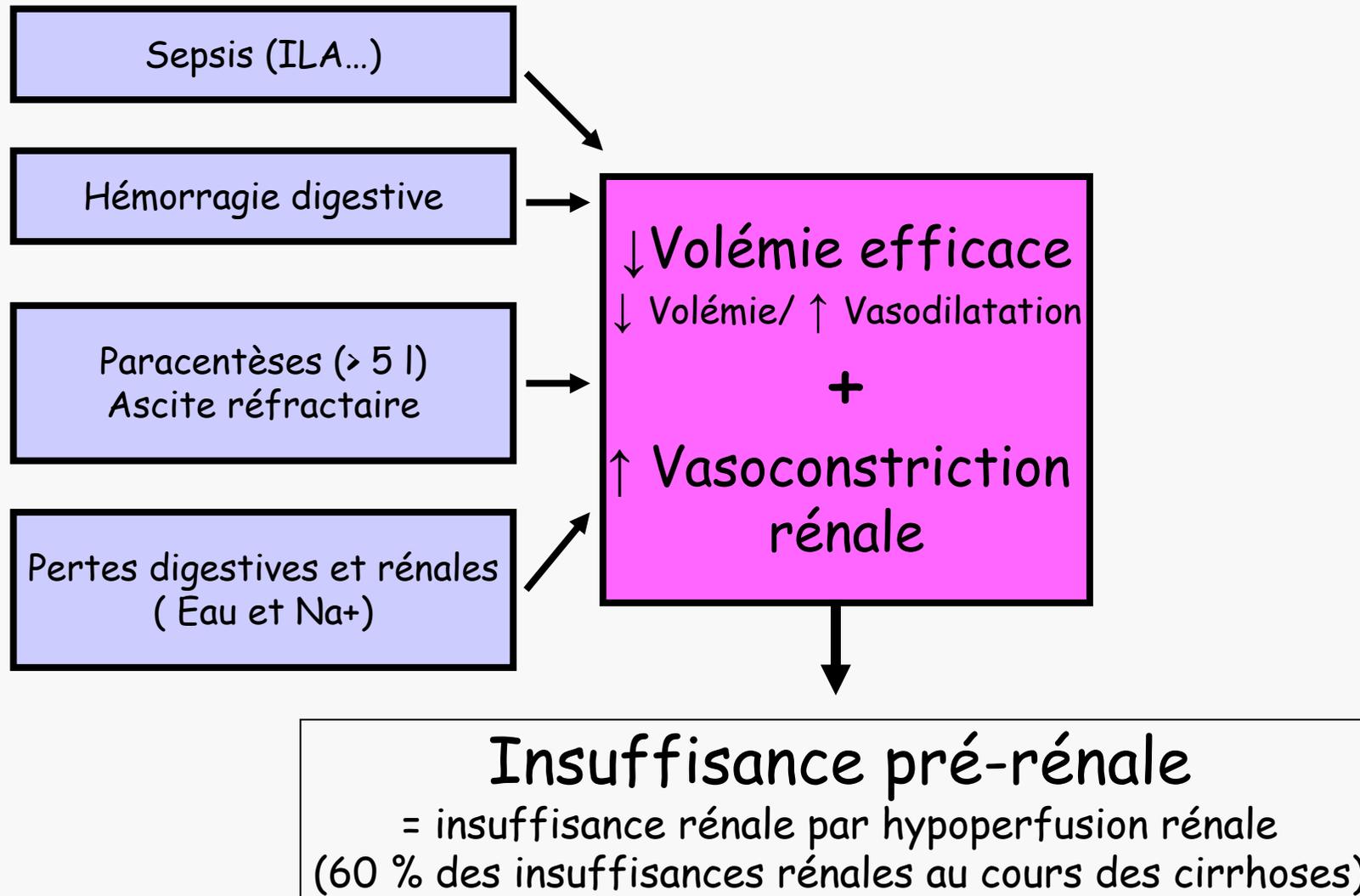
Augmentation du risque de récurrence de l'ascite

Augmentation du risque de syndrome hépatorénal
et/ou d'hyponatrémie de dilution

Augmentation de la pression porte

Diminution de la survie

Dysfonction circulatoire (3)



Infection du liquide d'ascite

Recommandations (1)

Diagnostic : PNN > 250 / ml dans l'ascite

Administration d'un antibiotique et perfusion d'albumine

Albumine à 20 % : 1,5 g/kg à J1 et 1 g/kg à J3

Les schémas antibiotiques de 1^o ligne :

Céfotaxime IV (1 g x 4 / jour)

Amoxicilline - acide clavulanique IV (1 g/0,125 g x 3/j)

Ofloxacine 400 mg x 2/j PO ou IV

Infection du liquide d'ascite

Recommandations (2)

Durée du traitement : 5 j (validée pour le céfotaxime).

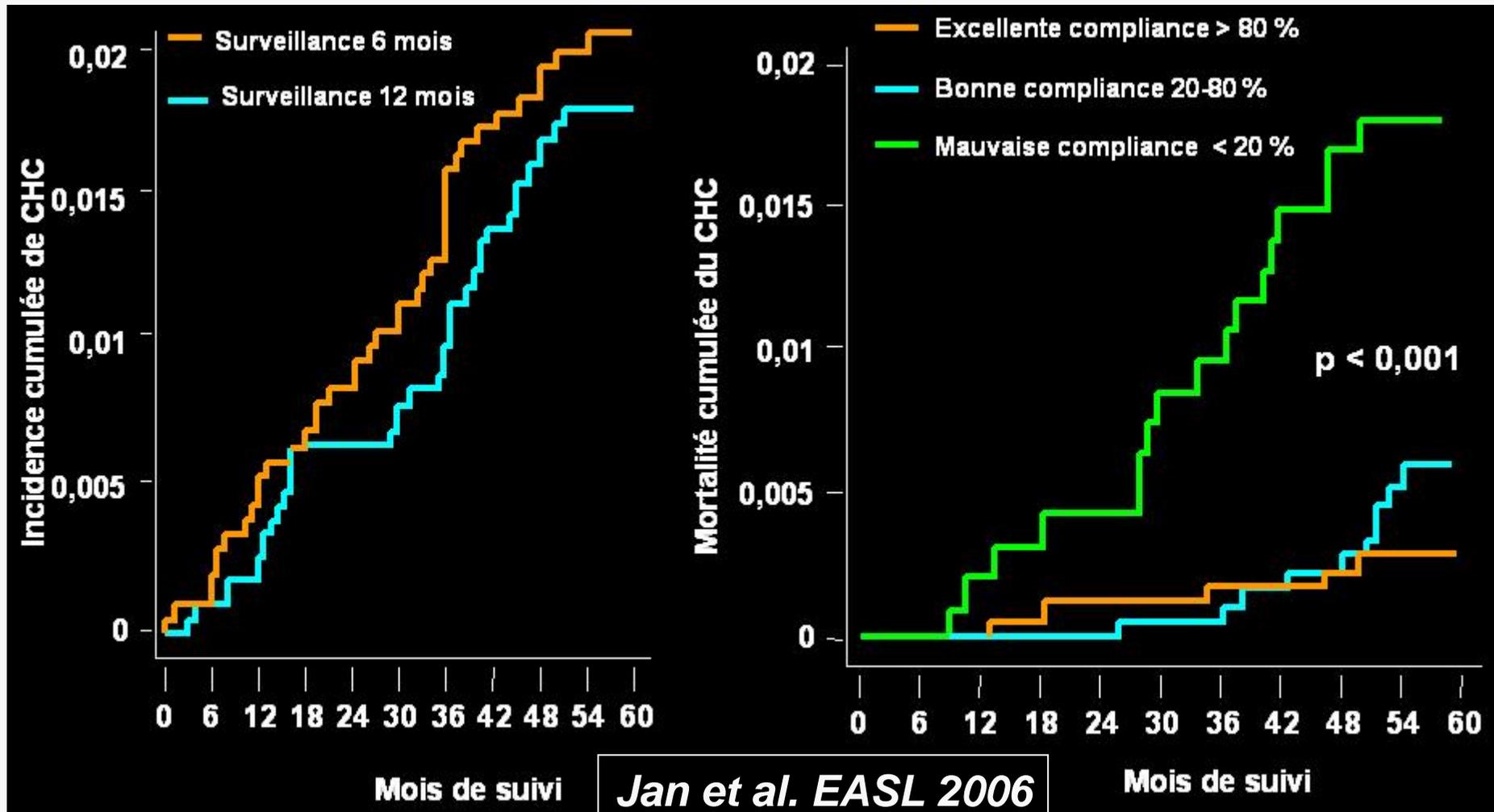
Elle n'est pas établie pour les deux autres antibiotiques mais une durée moyenne de 7 j peut être proposée

Le traitement antibiotique doit être adapté à la fonction rénale, aux antibiotiques récemment reçus par le malade, aux résistances éventuelles aux antibiotiques, à l'écologie bactérienne locale

L'efficacité du traitement est vérifiée à 48 h par une nouvelle ponction qui doit montrer une diminution d'au moins 50 % du taux de PNN dans l'ascite

Dépistage du carcinome hépato-cellulaire

Echographie ± alpha-foetoprotéine (/ 3 - 6 mois)



Cirrhose - hépatotoxicité

Alcool

Médicaments :

Aspirine : risque hémorragique

AINS : risque hémorragique et d'insuffisance rénale

Aminosides : risque d'insuffisance rénale

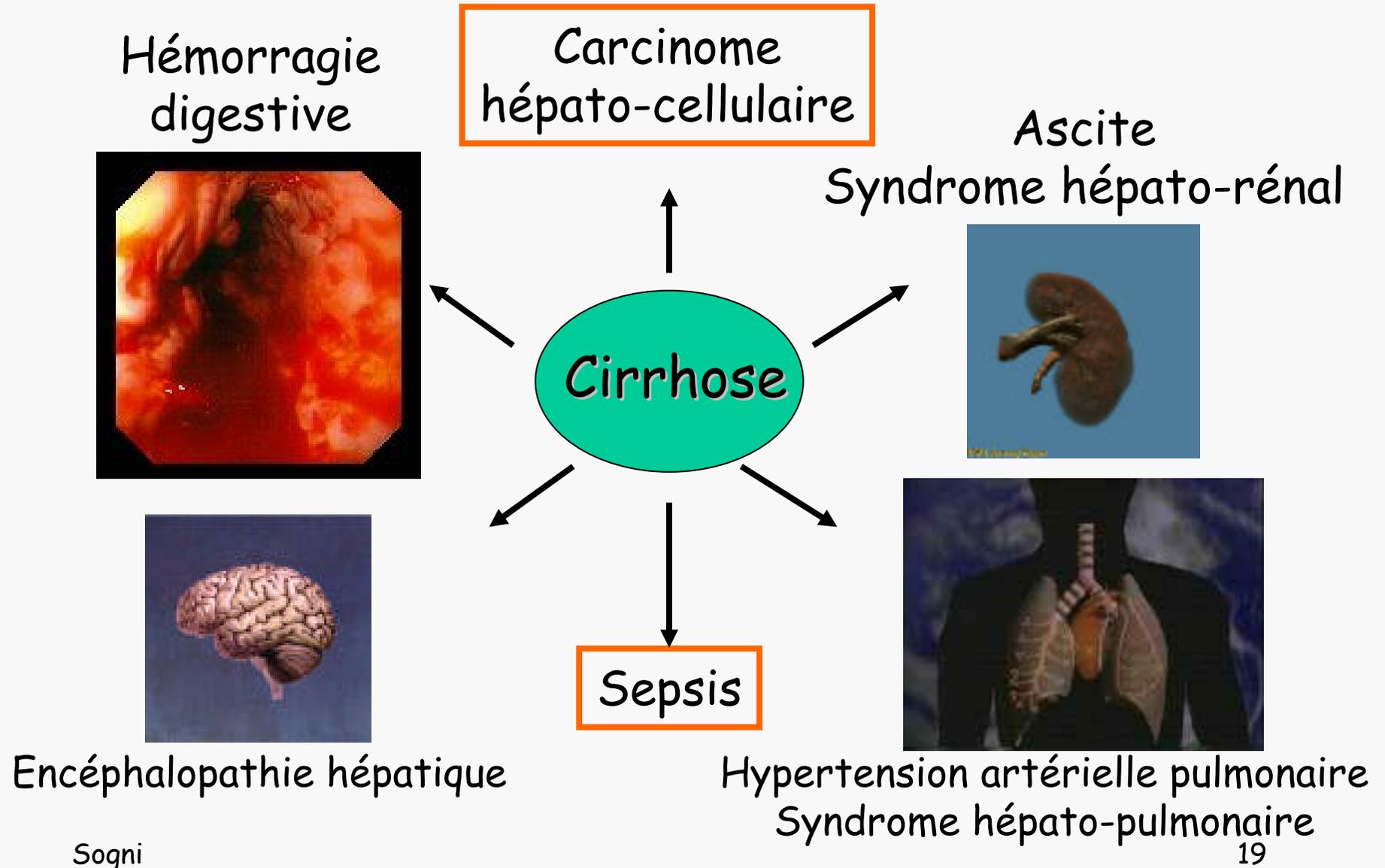
Paracétamol : risque d'hépatotoxicité

Psychotropes : risque d'encéphalopathie

Autres : produits de contraste iodés

Médicaments anti-VIH

Conclusion (1)



Conclusion (2)

Spécificités des patients co-infectés VIH ?

Probablement évolution plus rapide

Plus jeunes / autres co-morbidités

Cohortes ANRS : HEPAVIH, CIRVIR

Registres : Agence de Biomédecine - ANRS

Patients inscrits sur liste de transplantation hépatique

Suivi sur liste d'attente

Comparaison avec les non-infectés VIH

Prise en charge conjointe : hépatologue / infectiologue /
réanimateurs / transplantateurs...