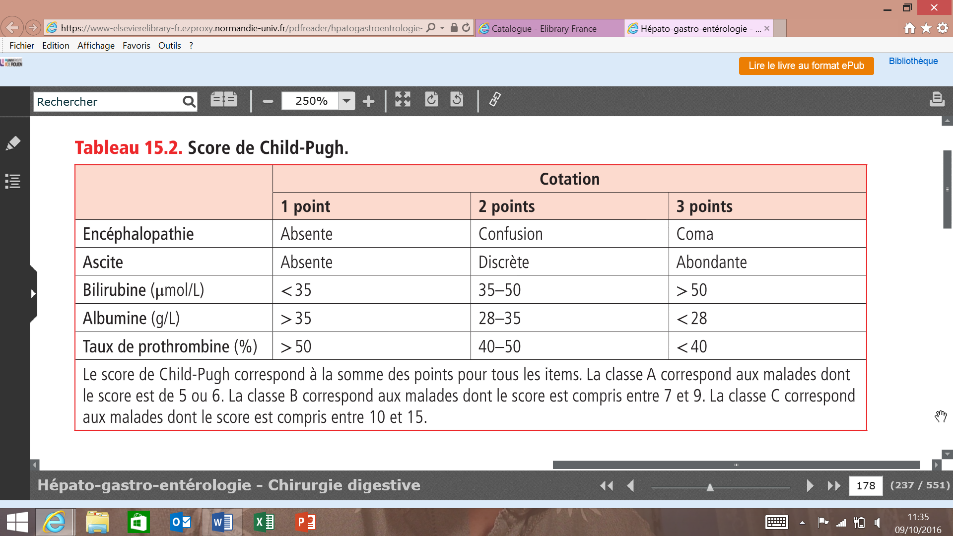
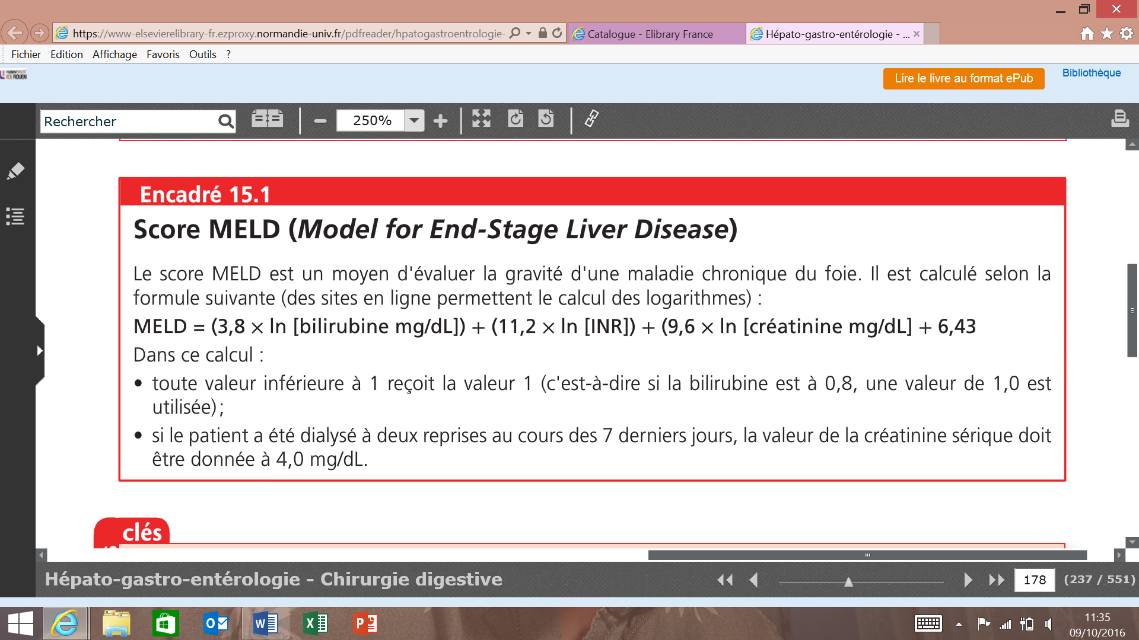
**UE8 – Item 276 – Cirrhose**

1. **Définitions et généralités**

* Cirrhose : Désorganisation de l’architecture hépatique avec une fibrose annulaire délimitant des nodules d’hépatocytes / de régénérations, une stéatose hépatique et un infiltrat inflammatoire
  + 🡪 Définition histologique et non clinique
* Toutes les maladies chronique du foie peuvent aboutir à une cirrhose
* Deux scores sont utilisés pour évaluer le pronostic de la cirrhose
  + Child-Pugh :
    - Classe A : 5-6
    - Classe B : 7-9
    - Classe C : 10-15
  + MELD : Moyen d’évaluer la gravité de la maladie chronique du foie

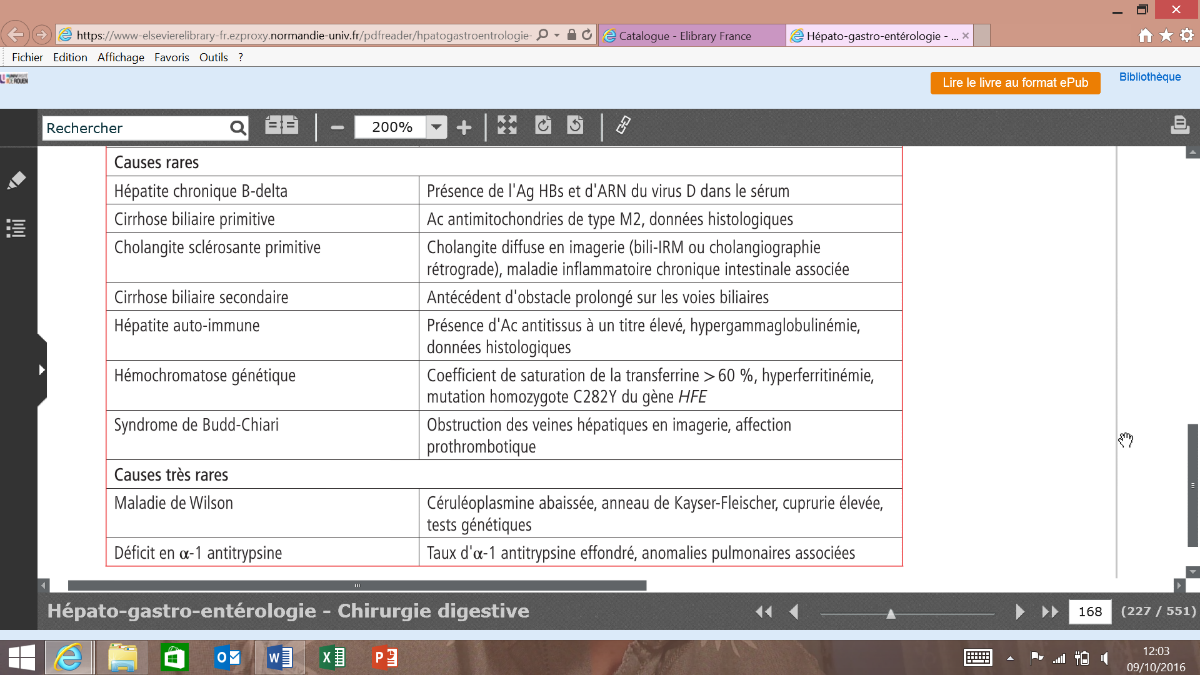


1. **Examen clinique, complications et causes de la cirrhose**
2. ***Examen clinique***

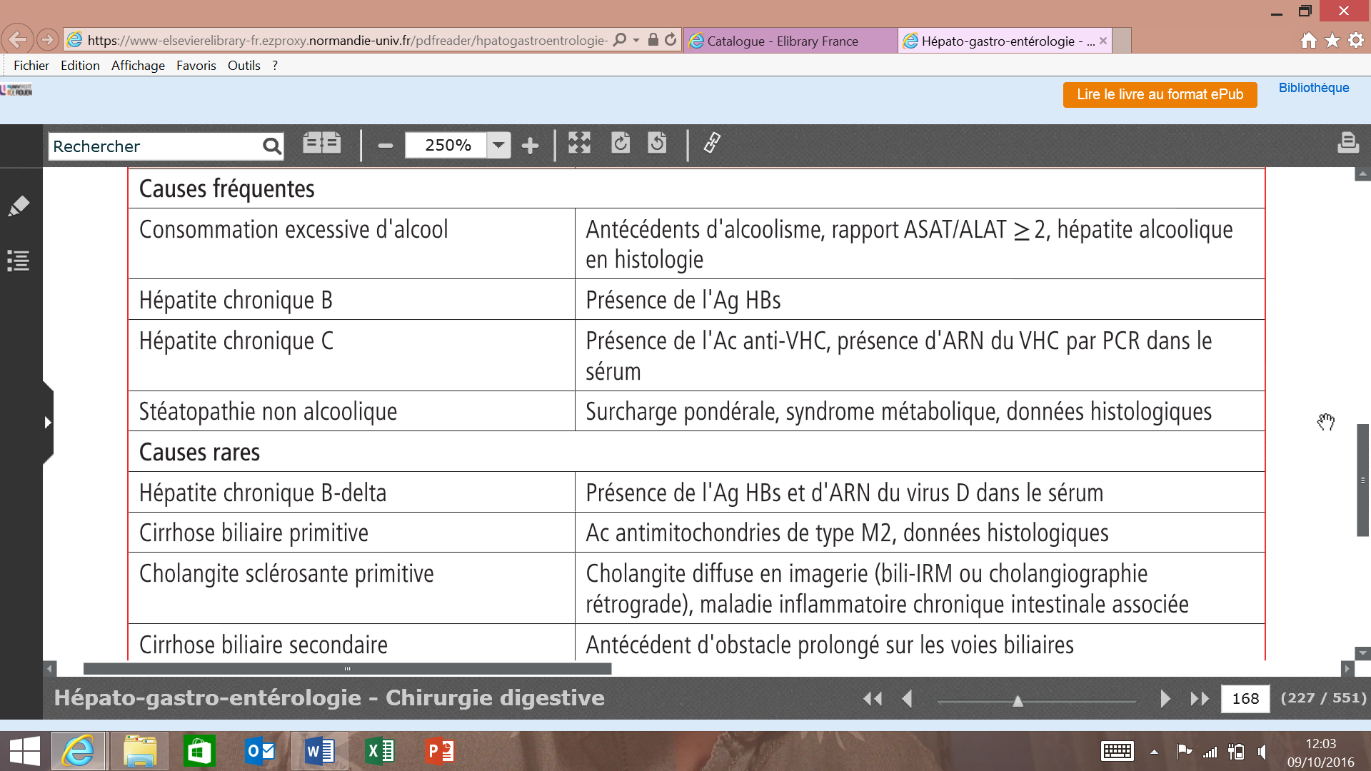
* Signes d’insuffisance hépatocellulaire
  + Angiomes stellaires, Erythrose palmaire, ongles blanc, ictère conjonctival ou cutané
  + Foetor hepaticus
  + Troubles de la conscience : Inversion du rythme nycthéméral, astérixis
  + Hypogonadisme
* Signes d’hypertension portale
  + Ascite
  + Dilatation des veines sous-cutanées abdominales
  + Splénomégalie
* Palpation du foie
  + Ferme ou dur, à bord inférieur irrégulier

1. ***Complications de la cirrhose***

* Hémorragie digestive (rupture de varices œsophagiennes ou gastriques)
* Ascite et infection du liquide d’ascite
* Encéphalopathie
* Syndrome hépatorénal : IR d’allure fonctionnelle non corrigée par le remplissage vasculaire
* Carcinome hépatocellulaire (1-5% / an)



1. ***Causes de la cirrhose***



1. **Examens complémentaires**

* Diagnostic de certitude de la cirrhose : Examen histologique (de moins en moins pratiqué)
* Diagnostic à un stade décompensé : Faisceau d’arguments cliniques, biologiques et d’imagerie
* Diagnostic à un stade compensé : Fibroscan/FibroTest/Fibromètre/Hepascore

1. ***Biologie***

* Signes d’insuffisance hépatique
  + Diminution des facteurs de la coagulation et augmentation de l’INR
  + Diminution de l’albumine
  + Augmentation de la bilirubine
* Signes d’hypertension portale
  + Hypersplénisme 🡪 Thrombopénie (++), Leucopénie (±), Anémie (±)
* Signes de cirrhose alcoolique
  + Macrocytose, bloc β-γ sur l’électrophorèse des protéines

1. ***Imagerie***

* Echographie : Examen de première intension
  + Signes de cirrhose : Irrégularité des contours du foie, dysmorphie avec des secteurs atrophique et d’autres hypertrophiques
  + Hypertension portale : Splénomégalie, ascite, voies de dérivation (circulation veineuse collatérale) et inversion du flux sanguin de la veine porte
  + Dépistage du carcinome hépatocellulaire +++
* TDM/IRM : Examen de seconde intension
* Gastroscopie : S’il existe une maladie chronique du foie, la visualisation de varices œsophagiennes (signes d’hypertension portale) porte le diagnostic de cirrhose

1. ***Examen histologique et alternatives***

* Histologie : Diagnostic de certitude
  + Réalisé par voie percutanée si :
    - Taux de prothrombine > 50%
    - Plaquettes > 60 x 109/L
    - Pas d’ascite volumineuse et pas de dilatation des voies biliaires intra-hépatiques
  + Réalisation par voie transjugulaire si :
    - CI à la voie percutanée pour limiter le risque hémorragique
  + *Elle n’est pas indispensable s’il y a un faisceau d’arguments cliniques, biologiques et d’imagerie en faveur du diagnostic de cirrhose*
* Alternatives à la biopsie pour l’Hépatite C (pas encore recommandé pour les autres causes)
  + Test biologiques sanguins : Estimation semi-quantitative du degré de fibrose
  + Elastométire impulsionnelle : Analyse d’une onde d’ultrason propagée dans le foie

1. **Traitement de la cirrhose, de sa cause et de ses complications**
2. ***Traitement de la cause de la cirrhose***

* Cirrhose alcoolique : Arrêt de l’alcool, corticothérapie
  + Evaluation de la gravité : Score de Maddrey
  + Examen diagnostic : Biopsie hépatique (Corps de Mallory, PNN, nécrose, …)
* Hépatite B : Antiviraux
  + Examen diagnostic : Recherche de l’ADN du virus B dans le sérum
* Hépatite C : Arrêt total de l’alcool, Interféron pégylé et Ribavirine (CI chez les Child-Pugh B et C), Nouveaux antiviraux
* Stéatose hépatique non alcoolique : Contrôle de la surcharge pondérale, du diabète et des dyslipidémies
* Cirrhose biliaire primitive : Acide ursodésoxycholique
* Hépatite auto-immune : Corticoïdes et Azathioprine
* Hémochromatose : Saignées
* Syndrome de Budd-Chiari (obstruction des veines hépatiques) : Anticoagulants
* Maladie de Wilson : Chélateurs du cuivre

1. ***Traitement des complications aiguës de la cirrhose***

* *Hémorragie digestive par rupture de varices (Urgence)*
  + Remplissage vasculaire par cristalloïdes ou Colloïdes : PA moyenne = 65mmHg
  + Transfusion glomérulaire si mauvaise tolérance de l’anémie
    - La transfusion de Plasma pour corriger l’hémostase n’est pas recommandé
  + Endoscopie diagnostic et thérapeutique (indispensable)
    - Précédée d’un lavage gastrique ou de l’administration d’érythromycine
    - Si échec de la ligature par endoscopie : Tamponnement oesophagien ou TIPS
  + Traitement vaso-actif (pour réduire la pression portale)
    - Entre 2 et 5 jours : Somatostatine, octréotide ou terlipressine (CI si coronaropathie)
    - Au-delà : B-Bloquants
  + Antibioprophylaxie (30-50% se compliquent d’une infection bactérienne)
    - Quinolone ou C3G pendant 7 jours
* *Encéphalopathie (Urgence)*
  + Rechercher un facteur déclenchant et le corriger (Infection, hémorragie, médicaments sédatifs, IR, hyponatrémie, constipation)
  + Prévenir les risque d’inhalation
  + Lactulose (laxatif osmotique) puis antibiotique non absorbable (Rifaximine)
* *Encéphalopathie chronique*
  + Complication rare survenant lors de TIPS ou dérivations porto-cave spontanée, IR chronique
  + Laxatifs osmotiques (Lactulose), antibiotique non absorbable (Rifaximine) voir Greffe (seul TTT efficace)
* *Ascite*
  + Poussées d’ascite : Ponction évacuatrice et transfusion d’albumine (20g pour 3L d’ascite évacuée au-delà de 2L), régime désodé, diurétiques (spironolactone, furosémide)
    - Attention aux hyper- ou hypokaliémies et hyponatrémie avec les diurétiques !!
  + Ascite réfractaire : Ascite qui persiste malgré un TTT optimal ou impossibilité de conduire ce TTT à cause des effets secondaires
    - Ponctions évacuatrices et perfusion d’albumine
    - TIPS
    - Transplantation hépatique
  + Entre deux poussées d’ascite : Régime pauvre en sodium, arrêt ou diminution des diurétiques
* *Infection du liquide d’ascite (Urgence)*
  + Définition : PNN > 250/mm3, germes visibles ou non à l’examen direct
  + Traitement : Perfusion d’albumine (1,5g/kg) et antibiothérapie pendant 5-7 jours (Céfotaxime/Augmentin/Ofloxacine)
  + Prévention secondaire : Norfloxacine 400mg/J pendant un temps indéfini
* *Hernie ombilicale*
  + Indication chirurgicale car risque d’étranglement herniaire ou de perforation
* *Syndrome hépatorénal (Urgence)*
  + Clinique : Oligurie, augmentation de la créatinine et de l’urée
  + Espérance de vie de qq semaines
  + TTT : Terlipressine et noradrénaline (amélioration partielle), transplantation hépatique

1. ***Traitement et surveillance au long court***

* Hémorragies digestives
  + Prévention primaire
    - Varices de grade I ou pas de varices : Surveillance endoscopique
    - Varices de grade II ou III : B-Bloquants non cardio-sélectifs puis ligature des varices
  + Prévention secondaire
    - B-Bloquants et ligature des varices toutes les 2-3 semaines
    - TIPS
* Ascite
  + Régime pauvre en sodium, arrêt ou diminution des diurétiques
  + Antibioprophylaxie si la concentration de protide dans l’ascite est pauvre
* Encéphalopathie
  + Prévenir les facteurs déclenchants : Infection, hémorragie, médicaments sédatifs, IR, hyponatrémie, constipation
* Dépistage du carcinome hépatocellulaire
  + Echographie hépatique régulière et dosage de l’α-foetoprotéine

1. ***Transplantation hépatique***

* Indications :
  + Insuffisance hépatique sévère : Taux de prothrombine < 50%
  + Ictère
  + Ascite réfractaire ou infection du liquide d’ascite
  + Encéphalopathie ou encéphalopathie chronique
  + Episodes répétés d’hémorragie digestive
  + Carcinome hépatocellulaire
* Contre-indications
  + Age avancé : > 65-70 ans
  + Affections extra-hépatiques graves
  + ATCD de cancers autres qu’hépatiques
  + Maladies psy compromettant le suivi

TIPS : Traitement de l’hypertension portale

