



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GUIDE - AFFECTION DE LONGUE DURÉE

CIRRHOSES

Septembre 2008

Ce guide médecin est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication

2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Liste des abréviations	3
Introduction	4
1. Bilan initial.....	6
1.1 Objectifs principaux.....	6
1.2 Professionnels impliqués	6
1.3 Contenu du bilan initial.....	7
2. Prise en charge thérapeutique	9
2.1 Objectifs.....	9
2.2 Professionnels impliqués	10
2.3 Moyens thérapeutiques.....	10
2.4 Situations nécessitant l'hospitalisation rapide.....	14
2.5 Éducation thérapeutique et modification du mode de vie	14
3. Suivi	17
3.1 Objectifs.....	17
3.2 Professionnels impliqués	17
3.3 Examen clinique	17
3.4 Rythme des consultations.....	17
3.5 Examens complémentaires.....	18
3.6 Suivis particuliers	18
4. Particularités pédiatriques.....	20
Annexe 1. Liste des participants	21
Annexe 2. Surveillance des malades atteints de cirrhose non compliquée et prévention primaire des complications	22

**Annexe 3. Prise en charge des principales complications
chez les malades atteints de cirrhose..... 27**

Annexe 4. Méthodes contraceptives en cas de cirrhose 32

Mise à jour des guides et listes ALD

Les guides médecin élaborés par la Haute Autorité de Santé sont révisés tous les 3 ans.

Dans l'intervalle, la Liste des Actes et Prestations (LAP) est actualisée au minimum une fois par an et disponible sur le site internet de la HAS (www.has-sante.fr).

Liste des abréviations

AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
ALD	Affection de Longue Durée
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
CHC	Carcinome hépatocellulaire
ECBU	Examen cytbactériologique urinaire
HAS	Haute Autorité de Santé
ILA	Infection du liquide d'ascite
IRM	Imagerie par résonance magnétique
PDS	Protocole de soins (ex PIREs)
PNDS	Protocole National de Diagnostic et de Soins
TDM	Tomodensitométrie
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VO	Varices œsophagiennes

Introduction

L'objectif de ce guide est d'expliciter pour les professionnels de santé la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un malade admis en ALD au titre de l'ALD 6 : cirrhose. C'est un outil pragmatique auquel le médecin traitant peut se référer, notamment au moment d'établir le protocole de soins conjointement avec le médecin-conseil et le patient.

Pour élaborer un guide médecin, la Haute Autorité de Santé (HAS) se fonde sur les données scientifiques les plus récentes, validées par les professionnels dans le cadre soit de recommandations pour la pratique clinique (RPC), soit de conférences de consensus (CDC). Lorsque de telles données sont indisponibles ou insuffisantes, elles sont complétées par des avis d'experts. Le guide est par ailleurs soumis à la relecture de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Le guide médecin ne peut cependant pas envisager tous les cas spécifiques : toutes les comorbidités, les protocoles de soins hospitaliers, etc. Il ne revendique pas l'exhaustivité des conduites de prise en charge possibles ni ne se substitue à la responsabilité individuelle du médecin vis-à-vis de son patient. Ce guide reflète cependant la structure essentielle de prise en charge ambulatoire d'un patient ayant une cirrhose. Il sera mis à jour en fonction de la validation de données nouvelles.

L'apparition d'une cirrhose est la conséquence d'une hépatopathie chronique. Les principales causes en France chez l'adulte se répartissent comme suit : alcool (50 à 75 %), infection par le virus de l'hépatite C (VHC) (15 à 25 %) ou par le virus de l'hépatite B (VHB) (5 %), plus rarement d'une maladie stéatosique non alcoolique, ou d'autres causes (hépatite auto-immune, autre maladie métabolique). Il s'agit d'une maladie résultant fréquemment d'addictions parfois persistantes - c'est le cas le plus souvent de l'alcool, et/ou parfois d'une toxicomanie - qui compliquent le suivi des malades. Sa prise en charge ne doit donc pas se limiter à son aspect strictement médical.

Il existe des cirrhoses chez l'enfant dont les causes spécifiques justifient une prise en charge en milieu spécialisé (cf 4. Particularités pédiatriques)

En France, la prévalence de la cirrhose est estimée de 2 000 à 3 300 cas par million d'habitant, avec une incidence annuelle de 150 à 200 cas par million d'habitant. L'âge moyen du diagnostic est de 55 ans et le nombre de décès est estimé à 15 000 par an.

La cirrhose est une maladie progressivement évolutive qui demeure longtemps pas ou peu symptomatique, justifiant :

- La prise en charge des facteurs de causalité et/ou des comorbidités (consommation excessive d'alcool, infections virales...),
- une surveillance périodique systématique (biologie, échographie abdominale, endoscopie digestive) pour en apprécier l'évolutivité et dépister la survenue de complications,
- une vigilance clinique permanente afin de diagnostiquer précocement des complications dont les premières manifestations peuvent être discrètes.

Ce mode de surveillance doit être appliqué quelques soient les circonstances de survenue de la cirrhose, y compris lorsque l'affection causale ou associée (hémophilies, maladie de Willebrand, VIH...) nécessite une prise en charge spécifique. Ces prises en charge (cirrhose et affections spécifiques) doivent être coordonnées entre les différents médecins concernés.

De nombreuses complications peuvent survenir au cours de la cirrhose, dont les principales sont les suivantes : ascite, infections bactériennes (infections pulmonaires, urinaires, cutanées et du liquide d'ascite), hémorragies digestives (principalement liées à une rupture de varice oesogastrique), encéphalopathie hépatique, carcinome hépatocellulaire. Ces complications surviennent parfois de façon combinée, successivement ou simultanément, et sont le plus souvent responsables de la mortalité.

La prise en charge précoce de ces complications permet d'améliorer la qualité et l'espérance de vie des patients.

1. Bilan initial

1.1 Objectifs principaux

- Evaluer la sévérité de la cirrhose (score de Child-Pugh chez l'adulte, cf. Encadré 1).
- Réaliser le bilan étiologique de première intention visant à identifier la cause de la cirrhose et les éventuelles comorbidités.
- Coordonner les actions avec la famille, les paramédicaux ou les aides de vie.

Encadré 1. Calcul du score de Child-Pugh

	1 point	2 points	3 points
Encéphalopathie (grade)	Absente	Grade 1 et 2	Grade 3 et 4
Ascite	Absente	Minime	Modérée
Bilirubine totale (μmol/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.

Source : Erlinger et Benhamou, 2002.

© 2002 Flammarion Médecine-Sciences

1.2 Professionnels impliqués

La cirrhose est une maladie qui nécessite un travail en réseau médico-psychosocial, particulièrement lorsque l'addiction (alcool, toxicomanie) persiste. Le diagnostic, l'évaluation initiale et la prise en charge du patient sont pluridisciplinaires. Une consultation spécialisée est recommandée en cas de suspicion de cirrhose.

En fonction des nécessités du bilan, le patient peut bénéficier d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation en service spécialisé, notamment pour le bilan endoscopique.

Le bilan initial peut nécessiter l'intervention de plusieurs acteurs :

- Médecin généraliste, hépato-gastro-entérologue ou pédiatre spécialisé, radiologue.
- D'autres spécialistes en fonction du contexte : médecin addictologue, infectiologue, rhumatologue, endocrinologue, ORL, cardiologue, psychiatre, hématologue, etc.
- Infirmier(ère), diététicien(ne), psychologue.
- Assistante sociale.

1.3 Contenu du bilan initial

► Interrogatoire et examen clinique

Il est important de ne pas oublier :

- D'évaluer la consommation d'alcool, de médicaments ou de substances potentiellement hépatotoxiques, dépister l'existence de comorbidités,
- De rechercher les signes d'insuffisance hépatocellulaire et d'hypertension portale,
- De calculer l'indice de masse corporelle et mesurer le tour de taille à la recherche d'un surpoids, facteur aggravant ; ou d'une dénutrition (qui concerne surtout les cirrhoses décompensées avec une insuffisance hépatique sévère).

► Examens biologiques

- Bilirubine totale et activités des ASAT, ALAT, γ GT et phosphatases alcalines,
- TP, albumine,
- NFS-plaquettes,
- alpha-fœtoprotéine.

– *À visée étiologique et/ou existence de comorbidités*

- Sérologie virale B : Ag et Ac anti-HBs, Ac anti-HBc et si l'Ag HBs est positif recherche de l'ADN viral,
- Sérologie virale C (Ac anti-VHC avec recherche de l'ARN viral en cas de présence d'anticorps),
- Sérologie VIH si la sérologie virale B ou C est positive, ou en cas de facteur de risque de contamination,
- Sérologie VHD si le patient est porteur chronique de l'antigène HBs,
- Glycémie,
- Cholestérol total, triglycérides, HDL-cholestérol (LDL calculé),
- Ferritinémie à distance d'un sevrage éventuel d'alcool,
- Coefficient de saturation de la transferrine.

► **Examens morphologiques**

- Échographie abdominale couplée au Doppler hépatique ou autre examen (IRM ou scanner) si l'échographie n'est pas contributive.
- Endoscopie œso-gastro-duodénale

Si ce bilan étiologique est négatif, une évaluation complémentaire en lien avec un centre de référence ou de compétence est recommandée afin de rechercher des causes plus rares (par exemple hépatopathies auto-immunes, maladie de Wilson, déficit en alpha-1-antitrypsine, syndrome de Budd-Chiari).

La réalisation d'une ponction biopsie hépatique contribue au bilan étiologique, et son résultat peut influencer la conduite thérapeutique (identification et traitement de la cause principale de la cirrhose, lutte contre les comorbidités).

2. Prise en charge thérapeutique

Ce guide médecin traite de la prise en charge thérapeutique du patient cirrhotique adulte, en ambulatoire. Les cirrhoses chez l'enfant justifient une prise en charge en milieu spécialisé (cf 4. *Particularité pédiatriques*).

Les principales complications sont citées mais non détaillées car elles nécessitent une hospitalisation pour une prise en charge spécialisée. La prise en charge de ces complications est en annexe 3 de ce document : *Prise en charge des principales complications chez les malades atteints de cirrhose (Fiche de synthèse des recommandations professionnelles)*.

La difficulté de prise en charge de la cirrhose dépendra notamment de la présence d'une addiction persistante, le plus souvent alcoolique.

2.1 Objectifs

➤ Objectifs généraux

- Traiter la cause de la cirrhose et prendre en charge les facteurs aggravants.
- Prévenir et traiter les complications de la cirrhose (hémorragie digestive, infections bactériennes, carcinome hépatocellulaire...).
- Mettre à jour les vaccinations (hépatite A, hépatite B, grippe, pneumocoque).
- Rappeler les principales mesures hygiéno-diététiques (en particulier soins buccodentaires).
- Accompagner le patient et son entourage.

➤ Objectifs spécifiques

- Vérifier les contre-indications et adapter la posologie des médicaments en fonction du degré d'insuffisance hépatique, de la présence de signes d'hypertension portale.
- En cas d'indication chirurgicale extra-hépatique, informer l'anesthésiste et le chirurgien de l'existence de la cirrhose pour évaluer le risque opératoire.
- En fonction de l'âge, détecter les facteurs de risque osseux afin de prévenir le risque de fractures.

2.2 Professionnels impliqués

- Les professionnels impliqués sont ceux cités en 1.2 *Bilan Initial*, ainsi qu'en cas d'acte chirurgical, le chirurgien et l'anesthésiste-réanimateur.

2.3 Moyens thérapeutiques

Pour des raisons de simplicité, les guides médecins citent généralement les classes thérapeutiques sans détailler l'ensemble des médicaments indiqués dans la pathologie concernée.

Cependant, chaque médicament n'est concerné que dans le cadre précis de son autorisation de mise sur le marché (AMM). Si pour des raisons explicites tel n'est pas le cas, et plus généralement pour toute prescription d'un produit hors AMM, qui s'effectue sous la seule responsabilité du prescripteur, celui-ci doit en informer spécifiquement le patient.

(Cf. 2.5 Modification du mode de vie)

➤ **Traitement de la cause de la cirrhose et des facteurs aggravants**

- ▶ Le traitement de la cause de la cirrhose est fondé sur les principes suivants :
 - Alcool : abstinence. En cas de dépendance, une aide à l'arrêt de la consommation d'alcool :
 - Une prescription de benzodiazépine est possible dans la prévention et le traitement du delirium tremens et des autres manifestations du sevrage alcoolique. L'*oxazepam* est privilégié par les experts, y compris en cas de fonction hépatique altérée (Child-Pugh B ou C). La durée du traitement doit être brève, de 8 à 10 j. Chez l'insuffisant hépatique, la dose doit être diminuée de moitié.
Cependant, une vigilance particulière est recommandée dans la mesure où les BZD sont contre-indiquées chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère aiguë ou chronique en raison du risque ou de la présence d'encéphalopathie.
 - Le recours à des traitements spécifiques au long cours pour l'aide au maintien de l'abstinence est recommandé : *naltrexone* (sauf dans l'insuffisance hépatocellulaire sévère) ou *acamprosate* en complément d'une approche médico-psychosociale.
 - Hépatites virales B ou C, se référer aux guides médecin correspondants (cf. références en annexe)
 - Hémochromatose, se référer aux recommandations cliniques professionnelles (cf. références en annexe)

- hépatite virale D, stéato-hépatite non alcoolique, hépatite auto-immune, maladie de Wilson, déficit en alpha-1 anti-trypsine, syndrome de Budd-Chiari (à évolution chronique), se référer aux recommandations internationales spécifiques (cf. références en annexe)
- ▶ La prise en charge des facteurs aggravants est fondée sur l'arrêt de la consommation d'alcool et/ou de cannabis (potentiellement aggravant sur la fibrose hépatique), ainsi que sur le contrôle du surpoids. (cf. 2.5. *Éducation thérapeutique*).
- ▶ Au stade d'insuffisance hépatocellulaire sévère, une attention particulière s'impose lorsque le patient est atteint d'affections constitutionnelles de l'hémostase comme les hémophilies, la maladie de Willebrand... (cf. recommandations et guide hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves).
- **Prévention du risque d'hémorragie digestive en cas de varices œsophagiennes de moyenne ou grosse taille (dites de stade 2 ou 3)**
- ▶ Soit bêtabloquants non cardio-sélectifs (*propranolol* 160 mg/jour, *nadolol* 80 mg/jour (*nadolol* hors AMM)) ; posologie à adapter en fonction de la tolérance), maintenue à vie, sans contrôle endoscopique ultérieur systématique
- ▶ Soit ligature endoscopique, avec contrôle endoscopique, notamment en cas d'intolérance ou de contre-indications aux bêtabloquants

➤ **Prévention et traitement des infections bactériennes**

L'hygiène au quotidien, les soins bucco-dentaires et cutanés doivent être la première mesure à recommander pour prévenir des infections bactériennes. Elles sont plus fréquentes et plus graves chez le patient cirrhotique. Elles doivent être détectées précocement et être traitées très rapidement car elles peuvent provoquer la décompensation de la cirrhose.

Toute suspicion d'infection bactérienne sévère chez le cirrhotique doit conduire à une hospitalisation rapide : la prise en charge hospitalière repose sur la réalisation de prélèvements bactériologiques puis d'une antibiothérapie probabiliste rapide.

Lorsque l'infection ne requiert pas d'hospitalisation, l'antibiothérapie repose sur les mêmes principes généraux habituels en dehors de la prescription d'aminosides qui est formellement contre-indiquée.

➤ **Vaccinations**

Les vaccins suivants sont recommandés :

- ▶ Contre le virus de l'hépatite A (vérifier l'absence d'immunité par une recherche préalable d'IgG anti-VHA),
- ▶ Contre le virus de l'hépatite B (vérifier la négativité de l'Ag Hbs, et des Ac anti-Hbc et antiHbs),
- ▶ Contre le virus de la grippe
- ▶ Contre le pneumocoque

En revanche, l'utilisation de vaccins vivants atténués présente un risque potentiel chez ces patients, qui ont une baisse de l'immunité. L'intérêt et le rapport bénéfice/risque de ces vaccinations sont à discuter au cas par cas.

➤ **Traitements concomitants / adaptation posologique**

Les posologies de certains médicaments doivent être adaptées en raison d'une diminution du métabolisme hépatique et/ou d'une susceptibilité accrue (cf. *Encadré 2*).

Encadré 2. Adapter la posologie des médicaments ^(a) suivants chez le patient cirrhotique (liste non exhaustive)	
<i>Anti-inflammatoires non stéroïdiens</i>	<i>Inhibiteurs de l'enzyme de conversion</i>
<i>Antidépresseurs tricycliques</i>	<i>Isoniazide</i>
<i>Antivitamines K</i>	<i>Lincomycine</i>
<i>Antirétroviraux ^(b)</i>	<i>Métronidazole</i>
<i>Barbituriques</i>	<i>Péfloxacin</i>
<i>Benzodiazépines ^(c)</i>	<i>Pyrazinamide</i>
<i>Carbamates</i>	<i>Rifampicine</i>
<i>Clindamycine</i>	<i>Sulfamides</i>
<i>Cyclines</i>	
<i>Flécaïnide</i>	

(a) Conformément au résumé des caractéristiques du produit ; (b) Chez les patients atteints de cirrhose virale B ou C ; (c) L'utilisation de composés conjugués (oxazépam, lorazépam) est à privilégier. Pour l'insuffisant hépatique, la dose doit être diminuée de moitié.

En cas de cirrhose sévère, ne pas prescrire certains médicaments, si ce n'est au regard du bénéfice/risque pour le patient (cf. *Encadré 3*).

Encadré 3. Ne pas prescrire les médicaments ^(a) suivants en cas de cirrhose sévère (classes B et C du score de Child-Pugh) (liste non exhaustive)

<i>Neurosédatifs et psychotropes</i> ^(b) <i>Aminosides</i> <i>Anti-inflammatoires non stéroïdiens</i> <i>Antirétroviraux</i> ^(c)	<i>Antivitamines K</i> <i>Ergotamine</i> <i>Inhibiteurs de l'enzyme de conversion</i> <i>Tétracyclines et dérivés</i>
---	--

^(a) Conformément au résumé des caractéristiques du produit ; ^(b) Antiémétiques centraux compris ;
^(c) Chez les patients atteints de cirrhose virale B ou C.

➤ Situations particulières

En cas de cirrhose virale B, l'administration de traitements immunosuppresseurs (chimiothérapies anticancéreuses, corticothérapie prolongée à forte doses, anticalcineurines utilisés dans les transplantations d'organe) expose à un risque important de réactivation virale et nécessite un traitement préventif antiviral. Pour la cirrhose virale C une surveillance accrue est recommandée en raison d'un risque d'augmentation de la fibrose. En cas de cirrhose liée à une coinfection VIH-VHB et/ou VHC, la toxicité hépatique des antirétroviraux est accrue, leur prescription nécessite un avis spécialisé.

➤ Prise en charge psychologique

La prise en charge médicale de tout patient ayant une cirrhose doit prendre en compte le retentissement psychologique de la maladie. L'intervention d'un psychologue ou d'un psychiatre est une décision qui relève du patient, conseillé par le médecin traitant ou le spécialiste.

➤ Contraception

La prescription d'une contraception est rare au cours de la cirrhose, les patientes cirrhotiques n'étant souvent plus en âge de procréer et la cirrhose décompensée se compliquant le plus souvent d'une aménorrhée. Cependant, une contraception peut être nécessaire, chez des jeunes femmes ayant une cirrhose compensée de cause génétique (maladie de Wilson, mucoviscidose...), auto-immune, ou beaucoup plus rarement virale ou alcoolique. En cas de cirrhose auto-immune, la contraception doit même être recommandée du fait du risque d'aggravation de la maladie en post-partum.

En dehors des méthodes de contraception locale, la mise en place d'un dispositif intra-utérin à la progestérone peut être proposée. Ce moyen de contraception est efficace et, contrairement au DIU au cuivre, n'entraîne pas de ménorragies (risque non négligeable chez ces patientes souvent thrombopéniques). Les pilules progestatives et minidosées ainsi que

l'implant progestatif peuvent être utilisées quand il n'y a pas d'insuffisance hépatocellulaire sévère, après discussion avec le médecin spécialiste et en fonction de l'étiologie de la cirrhose (cf. tableau en Annexe 4 « Méthodes contraceptives en cas de cirrhose »).

Le moment de la prescription d'une contraception est un moment privilégié pour rappeler les risques de la consommation d'alcool même à faible dose pour les patientes atteintes d'une maladie du foie et, en cas de grossesse, le risque tératogène de l'alcool pour le fœtus.

De la même façon, il est souhaitable d'évoquer les effets tératogènes des médicaments prescrits pour l'hépatopathie, et de préciser ceux qui doivent absolument être interrompus ou modifiés avant la conception (anticoagulants oraux, antiviraux) et ceux qui doivent absolument être poursuivis du fait du risque de décompensation de la maladie hépatique (azathioprine, corticoïdes, D-pénicillamine, acide ursodésoxycholique, bêta-bloquants, etc.).

2.4 Situations nécessitant l'hospitalisation rapide

Un certain nombre de complications nécessitent une hospitalisation rapide : hémorragie digestive haute, poussée d'ascite, encéphalopathie hépatique et autres troubles de conscience, suspicion d'infection bactérienne sévère, en particulier du liquide d'ascite (ILA) (cf. *Annexe 3, Prise en charge des principales complications chez les malades atteints de cirrhose*).

En cas d'hémorragie digestive, le patient doit être orienté vers un établissement comportant au moins une unité de soins intensifs et un plateau technique d'endoscopie.

2.5 Éducation thérapeutique et modification du mode de vie

► Éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge du patient. Elle vise à aider le patient (et sa famille) souffrant de maladie chronique à acquérir et maintenir les compétences nécessaires pour la gestion de la maladie et de son traitement, en partenariat avec l'équipe soignante. Elle comporte l'apprentissage et l'évaluation des connaissances du patient ou de son entourage : la compréhension de la maladie et des symptômes présents et futurs, l'information sur les stratégies thérapeutiques, l'information sur l'évolution des thérapeutiques et leurs effets secondaires.

Elle a pour but l'amélioration de la qualité de vie du patient.

Elle s'emploiera aussi à prévenir les effets indésirables au long cours : pour cela, la mise en œuvre rapide de mesures hygiéno-diététiques reposera sur un exercice physique adapté, des conseils nutritionnels et une aide à l'arrêt des consommations de tabac (avec substituts si nécessaire) et d'alcool. On proposera une orientation pour la prise en charge des autres addictions éventuelles.

On rappellera les risques de l'auto-médication, plus particulièrement de l'aspirine, des AINS ainsi que des sédatifs. en cas d'utilisation de paracétamol, il est particulièrement important de respecter la dose maximale de 3g/j.

► **Modification du mode de vie**

Chez tous les patients, l'arrêt des conduites addictives est recherché :

- ▶ Arrêt de la consommation d'alcool quelle que soit la cause de la cirrhose. Cette mesure peut être associée si besoin à un accompagnement chez les patients dépendants. *Cf. 2.3. Traitement de la cause de la cirrhose et des facteurs aggravants,*
- ▶ Arrêt de la consommation de tabac. Chez certains patients, en fonction de leur dépendance et de la présence ou non d'un état anxio-dépressif, une aide au sevrage tabagique peut être proposée :
 - en première intention chez les patients dépendants : substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhaleur) ;
 - en deuxième intention : aide médicamenteuse au sevrage tabagique (bupropion LP, varénicline).

Une prise en charge spécialisée est recommandée chez les personnes fortement dépendantes ou souffrant de coaddictions multiples ou présentant un terrain anxio-dépressif.

- ▶ Arrêt des médicaments et des drogues illicites. Chez les patients dépendants, un recours pharmacologique est possible (substitution ou sevrage). Une prise en charge suffisamment prolongée est indiquée.

Des conseils hygiéno-diététiques adaptés au patient et à sa maladie doivent être prodigués :

- ▶ Hygiène bucco-dentaire et cutanée,
- ▶ Alimentation équilibrée,
- ▶ En cas d'excès de poids, une réduction pondérale doit être recherchée, ainsi qu'une normalisation du bilan lipidique et de la glycémie, surtout s'il existe une stéatose hépatique associée,
- ▶ La pratique d'une activité physique régulière et adaptée doit être encouragée.

Le médecin traitant informe le patient et son entourage de l'existence des réseaux de soins et de la possibilité de contact avec les associations de malades qui peuvent contribuer à l'éducation thérapeutique et à

l'aménagement du mode de vie : soutien médical, psychologique et social, informations concernant les complications, repérage et prise en charge des usages abusifs avec ou sans dépendance. L'expertise des associations de patients peut aussi être sollicitée en matière d'entraide ou de défense des droits.

La coopération entre le médecin traitant et les acteurs du suivi social est nécessaire. Un bilan social sera réalisé qui devra mesurer le niveau de ressources et la situation face au logement, à l'ouverture des droits sociaux. Une évaluation sur le retentissement professionnel sera conduite, le médecin du travail pouvant être sollicité.

3. Suivi

3.1 Objectifs

Diminuer la morbi-mortalité associée à la cirrhose, par une surveillance périodique axée sur la prévention et la détection précoce des complications :

- ▶ Rechercher une aggravation de la fonction hépatique (par le calcul du score de Child-Pugh),
- ▶ Rechercher l'apparition ou la progression des varices oesophagiennes,
- ▶ dépister une lésion focale (suspicion de carcinome hépatocellulaire).

En cas de modifications des paramètres du bilan minimum (notamment abaissement du TP, élévation des enzymes hépatiques et/ou du score de Child-Pugh) : rechercher des complications (examens complémentaires réalisés par le spécialiste).

3.2 Professionnels impliqués

Les professionnels impliqués sont ceux cités en 1. *Bilan Initial*. Une collaboration médecin traitant spécialiste doit être encouragée.

D'autres acteurs peuvent intervenir : médecin UCSA (Unités de consultations et de soins ambulatoires), médecin CSAPA (centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie), médecin scolaire, médecin du travail, médecin de PMI...

3.3 Examen clinique

Les éléments cliniques précisés au 1.3. *Contenu du bilan initial* doivent être recherchés à chaque consultation :

- ▶ Consommation d'alcool, de médicaments ou de substances potentiellement hépatotoxiques,
- ▶ Dépistage / évolution de comorbidités,
- ▶ Recherche de signes d'insuffisance hépatocellulaire et d'hypertension portale,
- ▶ Tour de taille et calcul de l'indice de masse corporelle.

3.4 Rythme des consultations

En dehors de situations particulières (épisode de complications de la cirrhose, certaines comorbidités, effets indésirables justifiant une consultation supplémentaire), une consultation par le médecin traitant ou le médecin spécialiste tous les 6 mois est recommandée.

3.5 Examens complémentaires

Examens biologiques

- ▶ Bilirubine totale et activité des ASAT, ALAT, phosphatases alcalines et γ GT, au moins annuel
- ▶ TP, albumine, au moins annuel
- ▶ NFS-plaquettes, au moins annuel
- ▶ Créatinine, au moins annuel
- ▶ glycémie à jeun, au moins annuel
- ▶ alpha-fœtoprotéine, semestriel

Examens morphologiques

- ▶ Échographie abdominale semestrielle couplée au Doppler hépatique.
- ▶ IRM ou scanner si l'échographie n'est pas contributive.
- ▶ Endoscopie œso-gastro-duodénale
 - tous les 2 à 3 ans en l'absence de VO
 - tous les 1 à 2 ans pour des VO de stade 1
 - en fonction du traitement préventif, pour les VO de stades 2 et 3.
- Orientation vers une consultation d'hépatogastroentérologie pour la caractérisation d'une lésion focale hépatique détectée à l'échographie ou d'une augmentation substantielle du taux sérique d'alpha-fœtoprotéine (même en l'absence d'image focale à l'échographie). Cette caractérisation nécessite la réalisation d'un examen d'imagerie complémentaire (IRM ou le scanner), et éventuellement d'une biopsie dirigée.

3.6 Suivis particuliers

▶ Ostéoporose

La prévalence de l'ostéoporose est quasiment doublée chez les malades cirrhotiques, ceci d'autant plus que la cirrhose est sévère (Child-Pugh B et C) et en cas de cirrhose biliaire primitive.

Les principes généraux de diagnostic et de traitement de l'ostéoporose s'appliquent au patient cirrhotique, en appliquant la stratégie de décision proposée par l'Affsaps en 2006.

▶ Hémophilie et maladie de Willebrand

La cirrhose est la première cause de mortalité chez les patients hémophiles et Willebrand, notamment en raison des risques hémorragiques digestifs. La prise en charge doit être hospitalière et en coordination avec un spécialiste de l'hémophilie et de la maladie de Willebrand. (cf. guide HAS 2007).

► **Grossesse**

La grossesse est rare chez les patientes cirrhotiques, mais elle peut survenir chez de jeunes femmes ayant une cirrhose compensée. Il est souhaitable d'avoir discuté au préalable avec la patiente des risques suivants :

- ▶ liés à la cirrhose: hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes, aggravation d'une cholestase chronique au cours de la grossesse, décompensation oedémato-ascitique post- césarienne,
- ▶ liés à la cause de la maladie hépatique : aggravation fréquente en post-partum d'une cirrhose auto-immune, transmission de maladies virales ou héréditaires à l'enfant (une consultation de pédiatrie pré-natale peut être proposée),
- ▶ liés aux médicaments prescrits pour la maladie hépatique (cf. 2.3. Moyens thérapeutiques - Contraception).

En cas de grossesse, la prise en charge et la surveillance doivent être mixtes (hépatologue et gynécologue-obstétricien) dans un centre spécialisé dans la prise en charge des grossesses pathologiques. Le troisième trimestre de grossesse et le postpartum sont particulièrement à risque. On peut conseiller la recherche de varices œsophagiennes au troisième trimestre de la grossesse et un traitement préventif de leur rupture si le grade est supérieur à 2.

L'allaitement se discute en fonction de l'étiologie de la cirrhose, des prises médicamenteuses (l'avis du Centre de référence sur les agents tératogènes est conseillé) et du désir de la mère.

4. Particularités pédiatriques

Les cirrhoses du nourrisson et de l'enfant, correspondent le plus souvent à des maladies rares, ont des causes différentes de celles observées chez les patients adultes et peuvent bénéficier de traitement spécifiques.

Les recommandations données pour les patients adultes sont, dans leurs principes, applicables aux nourrissons et aux enfants.

Les particularités pédiatriques concernent notamment :

- la survenue d'une malnutrition protéino-énergétique et son retentissement sur la croissance,
- le risque de carcinome hépatocellulaire,
- les complications de l'hyper, sion portale (dont les complications cardio-pulmonaires).
- les complications spécifiques (cholangites bactériennes, nécrose ischémique du foie) qui peuvent survenir dans certaines pathologies comme l'atrésie des voies biliaires,
- le rythme des examens dépend de la cause de la cirrhose (possibilité d'évolution sur quelques mois dans l'atrésie des voies biliaires),
- les indications de transplantation hépatique,
- les traitements sont insuffisamment validés (hors AMM) et devraient être prescrits dans le cadre de protocoles.

Le score de Child-Pugh n'est pas applicable chez l'enfant.

Il est recommandé de suivre le calendrier vaccinal habituel, d'effectuer les vaccinations antigrippale, anti-hépatites A et B et de surveiller la réponse immunitaire induite.

Il est recommandé de contre indiquer toute prise de médicaments contenant de l'aspirine et des anti-inflammatoires non stéroïdiens. En cas de fièvre, le paracétamol peut-être utilisé à la posologie habituelle.

Les enfants doivent bénéficier d'un suivi spécialisé en coordination avec le médecin traitant. Il est recommandé d'assurer la prise en charge de ces patients dans des services spécialisés en hépatologie pédiatrique et centres de référence maladies rares ou les opérateurs et les possibilités techniques sont adaptées à la particularité des étiologies et à la spécificité de l'évolution des pathologies.

Annexe 1. Liste des participants

Ce travail a été coordonné par le Dr Stéphane BEUZON, Chef de projet au service Affections de longue durée et accords conventionnels, et réalisé avec les participants suivants :

- Dr Sylvain BALESTER-MOURET, Médecin addictologue, PARIS
- Dr Michaël BISMUTH, hépato-gastroentérologue, MONTPELLIER
- Dr Philippe BOUCHE, médecin généraliste, BULLY LES MINES
- Dr Jean-Louis BOUJENAH, médecin généraliste, BAGNEUX
- Philippe BOURASSEAU, Cadre de Santé, ANGERS
- Dr Pierre BROUE, pédiatre hépatologue, TOULOUSE
- Miguel DE MELO, ARCAT, CHV
- Dr Sébastien DUCOURANT, RSI
- Dr Sophie HILLAIRE, hépato-gastroentérologue, SURESNES
- Dr Aïda JOLIVET, CNAMTS
- Dr Frédéric OBERTI, hépato-gastroentérologue, ANGERS
- Dr Olivier SEROR, radiologue, BONDY
- Michelle SIZORN, SOS Hépatites, CHV
- Pr. Jean-Claude TRINCHET, hépato-gastroentérologue, BONDY

Ce document a été relu par l'AFSSAPS.

Annexe 2. Surveillance des malades atteints de cirrhose non compliquée et prévention primaire des complications

FICHE DE SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES
**Surveillance des malades atteints de cirrhose non compliquée (patients de classe A du score de Child-Pugh)
et prévention primaire des complications**
Septembre 2007
OBJECTIF

Diminuer la morbi-mortalité associée à la cirrhose par une surveillance régulière et la prévention primaire des complications quelle que soit la cause de l'hépatopathie.

1. BILAN DE SUIVI D'UNE CIRRHOSE NON COMPLIQUÉE
Encadré 1. Bilan de suivi d'une cirrhose non compliquée et fréquence des examens.

Type d'examens		Fréquence	Commentaires
Examens biologiques	- Bilirubine totale et activité des ASAT, ALAT et γ GT - TP, albumine - NFS-plaquettes - Créatinine - Glucose à jeun	annuel	Attention particulière à une augmentation de la bilirubine et une diminution du TP (aggravation de l'insuffisance hépatique)
	alpha-fœtoprotéine	semestriel	
Examens morphologiques	Échographie abdominale couplée au Doppler effectuée par un opérateur expérimenté	semestriel	Cf. <i>Exemple de compte-rendu</i> ^(a)
	Endoscopie œso-gastro-duodénale	- tous les 2 à 3 ans en l'absence de VO - tous les 1 à 2 ans en cas de VO de stade 1	Cf. <i>Exemple de compte-rendu</i> ^(b)

^(a) en annexe 3 du texte des recommandations ; ^(b) en annexe 4 du texte des recommandations.

ASAT : aspartate-aminotransférase ; ALAT : alanine-aminotransférase ; γ GT : gamma glutamyle transférase ; TP : taux de prothrombine ; VO : varices œsophagiennes ; NFS : numération formule sanguine.

- Réévaluer périodiquement le score de Child-Pugh 1.
- Planifier la surveillance de la cirrhose par la collaboration entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste (hépato-gastro-entérologue).

2. PRÉVENTION PRIMAIRE DES COMPLICATIONS CHEZ TOUT PATIENT ATTEINT DE CIRRHOSE NON COMPLIQUÉE

- Traiter la cause de la cirrhose et prendre en charge les facteurs aggravants (consommation d'alcool, surpoids, diabète, poursuite de la consommation de drogues par voie veineuse)
- Prévenir le risque d'hémorragie digestive en cas de varices œsophagiennes de moyenne ou grosse taille (dites de stade 2 ou 3) détectées à l'endoscopie, par l'une des 2 méthodes suivantes:
 - Administration de bêtabloquants non cardiosélectifs (propranolol 160 mg/jour, nadolol 80 mg/jour ; posologie à adapter en fonction de la tolérance), maintenue à vie, sans contrôle endoscopique ultérieur systématique
 - ligature endoscopique, avec contrôle endoscopique, notamment en cas d'intolérance ou de contre-indications aux bêtabloquants
- Orienter vers une consultation spécialisée en cas de lésions focales hépatiques (nodules et autres lésions quel que soit leur aspect) détectées à l'échographie ou d'une augmentation substantielle du taux sérique d'alpha-fœtoprotéine (même en l'absence d'image focale à l'échographie)
- Prévenir les infections bactériennes par des mesures d'hygiène au quotidien, des soins bucco-dentaires et cutanés, limiter tout geste invasif, et traiter très rapidement toute infection bactérienne 2, car elles peuvent provoquer la décompensation de la cirrhose
- Vacciner précocement contre les virus de l'hépatite A (vérifier l'absence d'immunité par une recherche préalable d'IgG anti-VHA), de l'hépatite B, de la grippe et contre le pneumocoque
- Accompagner le patient et son entourage par le biais des réseaux de soins ou de contact avec les associations de malades (soutien médical, psychologique et social, informations concernant les complications, repérage et prise en charge des usages abusifs avec ou sans dépendance).

¹ Cf. Haute Autorité de Santé, 2006 « Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée. Recommandations professionnelles ».

² Cf. Haute Autorité de Santé, 2007 « Prise en charge des complications chez les malades atteints de cirrhose. Recommandations professionnelles ».

3. SURVEILLANCE PARTICULIÈRE À ADAPTER EN FONCTION DU PATIENT

- Adapter la posologie de certains médicaments en raison d'une diminution du métabolisme hépatique et/ou d'une susceptibilité accrue (cf. *Encadré 2*) ; en cas de signes d'hypertension portale, ne pas prescrire certains médicaments, si ce n'est au regard du bénéfice/risque pour le patient (cf. *Encadré 3*)
- Envisager de manière élective tout acte chirurgical chez un malade atteint de cirrhose hors situation d'urgence ; informer le chirurgien, l'anesthésiste, et demander un avis hépatologique afin d'optimiser la prise en charge pré et postopératoire
- Réaliser une ostéodensitométrie en présence d'un facteur de risque osseux afin de traiter le cas échéant, en fonction de l'âge, l'existence de fractures par fragilité, les résultats de l'ostéodensitométrie et les facteurs de risque de fracture associés, selon la stratégie de décision proposée par l'Affsaps en 2006.

Encadré 2. Adapter la posologie des médicaments (a) suivants chez le patient cirrhotique (liste non exhaustive).

Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Inhibiteurs de l'enzyme de conversion
Antidépresseurs tricycliques	Isoniazide
Antivitamines K	Lincomycine
Antirétroviraux ^(b)	Métronidazole
Barbituriques	Péfloxacin
Benzodiazépines ^(c)	Pyrazinamide
Carbamates	Rifampicine
Clindamycine	Sulfamides
Cyclines	Théophylline
Flécaïnide	

- (a) Conformément au résumé des caractéristiques du produit ; ^(b) Chez les patients atteints de cirrhose virale B ou C : Cf. Yeni P, 2006 ; ^(c) L'utilisation de composés conjugués (oxazépam, lorazépam) est à privilégier.

Encadré 3. Ne pas prescrire les médicaments (a) suivants en cas de cirrhose sévère (classes B et C du score de Child-Pugh) (liste non exhaustive).

Neurosédatifs et psychotropes (b) Aminosides Anti-inflammatoires non stéroïdiens Antirétroviraux (c) Antivitamines K	Ergotamine Inhibiteurs de l'enzyme de conversion Tétracyclines et dérivés
--	--

(a) Conformément au résumé des caractéristiques du produit ; (b) Antiémétiques centraux compris ;

(c) Chez les patients atteints de cirrhose virale B ou C : Cf. Yeni P, 2006.



Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles :

« Surveillance des malades atteints de cirrhose non compliquée (patients de classe A du score de Child-Pugh) et prévention primaire des complications » – Recommandation pour la pratique clinique – septembre 2007.

Ces recommandations et l'argumentaire sont consultables dans leur intégralité

sur www.has-sante.fr

Annexe 3. Prise en charge des principales complications chez les malades atteints de cirrhose

FICHE DE SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

**Prise en charge des principales complications
chez les malades atteints de cirrhose**Septembre 2007**OBJECTIF**

Diminuer la morbi-mortalité associée à la cirrhose par le traitement et la prévention secondaire des principales complications ³ quelle que soit la cause de l'hépatopathie.

1. PREMIÈRE POUSSÉE D'ASCITE

- Hospitaliser rapidement le patient dans une structure spécialisée
- Identifier le ou les facteur(s) déclenchant(s) de l'ascite (en particulier en cas d'hépatite alcoolique)
- Évaluer la fonction cardiaque et rénale
- Rechercher d'autres complications de la cirrhose et évaluer leur gravité
- Réaliser une ponction d'ascite exploratrice avec dosage des protides et examen cytotactériologique ⁴
- Traiter la rétention hydrosodée par :
 - un régime modérément désodé (*inférieur à 5 g/jour de chlorure de sodium*) ;
 - des diurétiques : *antiminéralocorticoïdes seuls (spironolactone) ou associés à un diurétique de l'anse (furosémide) selon une posologie graduellement croissante.*
- Réaliser une ponction évacuatrice en cas de :
 - *grand volume d'ascite ou gêne fonctionnelle (dyspnée) ;*
 - *résistance ou intolérance à l'association du régime désodé et du traitement diurétique.*

³ Ne sont pas abordées dans ce document les conduites à tenir en cas de troubles de la conscience, de carcinome hépatocellulaire, d'insuffisance rénale ou de dyspnée, qui sont décrites dans le texte court des recommandations.

⁴ Ensemencement systématique d'ascite sur flacons d'hémocultures aéro/anaérobie au lit du malade.

- Réaliser une expansion volémique avec de l'albumine humaine à 20 %⁵, si le volume d'ascite soustrait est supérieur ou égal à 3 litres⁶. L'expansion par perfusion d'albumine est laissée à l'appréciation du médecin en dessous de 3 litres d'ascite soustrait
- Évaluer l'efficacité du traitement (régime modérément désodé et diurétiques) et de sa tolérance sur :
 - des paramètres cliniques : mesure du poids⁷, pression artérielle, régression de l'ascite et des œdèmes, signes d'encéphalopathie ;
 - des paramètres biologiques : natriurèse, créatininémie, kaliémie, natrémie.

2. ASCITE RÉFRACTAIRE

Une ascite est dite réfractaire lorsqu'elle ne peut être éliminée ou récidive rapidement malgré le traitement médical (résistance aux diurétiques ou présence de contre-indications ou de complications sévères des diurétiques).

- Discuter de l'indication d'une transplantation hépatique
- Prendre en compte les comorbidités (en particulier la consommation d'alcool)
- Dans l'attente d'une transplantation hépatique ou lorsque celle-ci n'est pas envisageable⁸ : mettre en place une anastomose intrahépatique portocave par voie transjugulaire (TIPS) ou traiter par ponctions évacuatrices itératives associées à la perfusion d'albumine humaine à 20 %
- S'assurer d'un apport nutritionnel suffisant

3. INFECTION DU LIQUIDE D'ASCITE (ILA)

⁵ 7-8 g d'albumine par litre d'ascite soustrait.

⁶ en l'absence d'effet démontré sur la survie entre 3 et 5 litres d'ascite soustrait.

⁷ Obtenir une perte de poids progressive (inférieure ou égale à 0,5 kg/jour au maximum et jusqu'à 1 kg/jour en présence d'œdèmes volumineux).

⁸ Conformément à la conférence de consensus réalisée avec l'appui méthodologique de la HAS (cf. Association française de chirurgie hépato-biliaire et de transplantation hépatique, Association française pour l'étude du foie, Établissement français des greffes, 2005).

Tableau 1. Diagnostic et population à risque d'ILA.

Critères diagnostiques d'une ILA	- nombre de polynucléaires neutrophiles dans l'ascite supérieur à 250 /mm ³ - signes locaux ou généraux d'infection
Facteurs associés à la survenue d'une ILA	- concentration en protides inférieure à 10-15 g/L - hémorragie digestive - insuffisance hépatocellulaire sévère (classe C de Child-Pugh)

- Débuter une antibiothérapie probabiliste immédiatement (cf. *Tableau 2*), sans attendre les résultats de la culture du liquide d'ascite et en cas d'inefficacité, modifier l'antibiothérapie en l'adaptant aux résultats de l'antibiogramme

Tableau 2. Différentes antibiothérapies recommandées face à une ILA.

Antibiothérapie	Posologie (par jour)	Voie d'administration Initiale	Durée du traitement
Première intention			
Céfotaxime	1 g x 4	Intraveineuse	5 jours
Amoxicilline-acide clavulanique	1 g / 125 mg x 3	Intraveineuse ^(a)	7 jours
Autres traitements possibles			
Ofloxacine	400 mg x 2	Per os ^(b)	7 jours
Ciprofloxacine	200 mg x 2	Intraveineuse ^(a)	7 jours

^(a) Relais possible par voie orale après 48 heures de traitement par voie intraveineuse ; ^(b) En cas d'ILA sans choc septique, sans encéphalopathie de grade ≥ 2 , sans insuffisance rénale et sans hémorragie digestive.

- Réaliser une perfusion d'albumine humaine à 20 % à la dose de 1,5 g/kg le 1^{er} jour et 1 g/kg le 3^{ème} jour
- Éviter l'emploi d'aminosides
- Vérifier l'efficacité du traitement par la survenue d'une diminution d'au moins 50 % du taux de polynucléaires neutrophiles dans l'ascite après 48 heures
- Discuter l'indication d'une transplantation hépatique
- Prolonger au long cours l'antibioprophylaxie par norfloxacine (400 mg/jour *per os*) tant que persiste le risque de récurrence d'ILA (notamment en cas de persistance de l'ascite)

4. HÉMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE

- Mettre en œuvre un traitement vaso-actif le plus tôt possible (idéalement au domicile du patient ou pendant le transport médicalisé) et pendant 2 à 5 jours : somatostatine ou analogues, terlipressine
- Hospitaliser le malade dans un établissement comportant au moins une unité de soins intensifs et un plateau technique d'endoscopie
- Corriger les perturbations hémodynamiques :
 - en évitant un excès de remplissage vasculaire ;
 - en limitant les transfusions de culots globulaires (avec comme valeurs à atteindre une pression artérielle moyenne proche de 80 mmHg, un taux d'hématocrite de 25-30 % et une hémoglobinémie de 8 g/dl).
- Réaliser systématiquement une endoscopie dans les 12 heures après le début de l'hémorragie, dès que le malade est en situation hémodynamique stable

Tableau 3. Endoscopie diagnostique et thérapeutique.

Déterminer le type de varices	Geste endoscopique à réaliser
VO et VOG 1 se prolongeant au dessous de la jonction œsogastrique sur la petite courbure gastrique	Ligature en 1 ^{ère} intention et sclérothérapie en cas d'échec
VOG 2 (grosse tubérosité) associées à des varices fundiques	Injection de colle biologique (adhésif tissulaire type N-butyl-2-cyanoacrylate) ^(a)

VO : Varices œsophagiennes ; VOG 1 : Varices œsogastriques de type 1 ; VOG 2 : Varices œsogastriques de type 2 ; ^(a) En centre spécialisé.

- Traiter par antibiotiques : 400 mg de norfloxacine *per os*, 2 fois par jour pendant 7 jours (éventuellement ceftriaxone, amoxicilline/acide clavulanique, ofloxacine, ciprofloxacine)
- Prévenir la survenue d'une nouvelle hémorragie digestive par rupture des varices par soit ⁹ :
 - traitement par bêtabloquants non cardiosélectifs,
 - ligature endoscopique jusqu'à l'éradication des varices,
 - association de ces 2 traitements.
- En cas d'échec de ces traitements, poser un TIPS en l'absence de contre-indications et discuter de l'indication d'une transplantation

⁹ Les choix de la stratégie thérapeutique dépendent de l'existence ou non d'un traitement prophylactique antérieur à l'épisode hémorragique, de sa nature et de sa tolérance.

Annexe 4. Méthodes contraceptives en cas de cirrhose

	COC	Patch EVRA®	Anneau NUVARING®	Pilules micro-progestatives	Macro-progestatifs	Progestatif injectable DEPOPROVERA®	Implant progestatif IMPLANON®	DIU au cuivre	DIU au lévonorgestrel MIRENA®	Méthodes mécaniques
Cirrhose classe A* : compensée	-	-	-	+	+	+	+	++	+	++
Cirrhose classes B* ou C* : décompensée	--	--	--	--	--	--	--	+ / ++**	-	++

Source : d'après l'OMS (2002), l'Anaes (2004) et le présent argumentaire

COC : Contraceptifs oraux combinés

DIU : Dispositif intra utérin

Méthodes mécaniques : préservatifs masculins, préservatifs féminins, spermicides, diaphragme, cape cervicale.

« ++ » : situation où la méthode contraceptive peut être utilisée sans aucune restriction. Elle correspond généralement à la catégorie 1 de l'OMS ;

« + » : situation où les avantages de la méthode contraceptive sont généralement supérieurs aux inconvénients. D'une manière générale, la méthode est utilisable. Si la femme choisit cette méthode, le suivi médical doit être plus attentif qu'en règle normale. Elle correspond généralement à la catégorie 2 de l'OMS ;

« - » : situation où les risques théoriques ou avérés l'emportent sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode. L'emploi de la méthode n'est en règle générale pas recommandé à moins que des méthodes plus indiquées ne soient pas disponibles ou acceptables. Un suivi rigoureux est alors nécessaire. Elle correspond généralement à la catégorie 3 de l'OMS ;

« -- » : situation où l'emploi de la méthode expose à un risque pour la santé inacceptable. Il est recommandé de ne pas utiliser la méthode (à proscrire). Elle correspond généralement à la catégorie 4 de l'OMS.

* Classification de Child-Pugh, voir I Bilan initial, Encadré 1.

** : à pondérer en fonction de la NFS et des plaquettes

Annexe 5. Références

Principales références :

Haute Autorité de Santé. Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2006.

Haute Autorité de Santé. Surveillance des malades atteints de cirrhose non compliquée et

prévention primaire des complications. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2007

Haute Autorité de Santé. Prise en charge des complications chez les malades atteints de cirrhose. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2007

Références complémentaires :

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis la Plaine: ANAES; 2004.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Diagnostic et suivi virologiques des hépatites virales (à l'exclusion du dépistage en cas de dons de sang, d'organes ou de tissus). Paris: ANAES; 2001.

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique. Saint-Denis: AFSSAPS; 2006.

American Association for the Study of Liver Diseases, Czaja AJ, Freese DK. Diagnosis and treatment of autoimmune hepatitis. *Hepatology* 2002;36(2):479-97.

American Gastroenterological Association. AGA medical position statement: nonalcoholic fatty liver disease. *Gastroenterology* 2002;123(5):1702-4.

Association de chirurgie hépatobiliaire et de transplantation hépatique, Association française pour l'étude du foie, Établissement français des greffes. Indications de la transplantation hépatique. Conférence de consensus. Lyon, 19 et 20 janvier 2005.

Erlinger S, Benhamou JP. Cirrhose : aspects cliniques. In: Benhamou JP, Bircher J, McIntyre

N, Rizzetto M, Rodès J. Hépatologie clinique, 2^{ème} édition, dirigé par Jean-Pierre Benhamou. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2002. p. 629-41

Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'hémochromatose liée au gène HFE (Hémochromatose de type 1). Consensus formalisé. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2005.

Haute Autorité de Santé. Hépatite chronique B. Guide affection de longue durée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006.

Haute Autorité de Santé. Hépatite chronique C. Guide affection de longue durée. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2006.

Haute Autorité de Santé. Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves. Guide affection de longue durée. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2007.

Haute Autorité de Santé. Maladie de Wilson. Guide affection de longue durée. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2008.

Hsieh TH, Liu CJ, Chen DS, Chen PJ. Natural course and treatment of hepatitis D virus infection. J Formos Med Assoc 2006;105(11):869-81.

Institut national de la santé et de la recherche médicale. Alcool. Effets sur la santé. Paris: INSERM; 2001.

Institut national de la santé et de la recherche médicale. Alcool. Dommages sociaux. Abus et dépendance. Paris: INSERM; 2003.

Organisation mondiale de la santé. Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 2^{ème} ed. Genève: OMS; 2002.

Pol S. Traitement des hépatites virales delta. Gastroenterol Clin Biol 2005;29(4):384-7.

Société française d'alcoologie, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Conférence de consensus. Paris, 17 mars 1999.

Société française d'alcoologie, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. Conférence de consensus. Paris, 7 et 8 mars 2001.

Stoller JK, Aboussouan LS. Alpha1-antitrypsin deficiency. Lancet. 2005;365(9478):2225-36.

Valla DC. Syndrome de Budd-Chiari 2000. <<http://www.orpha.net/>> [consulté le 10-07-2008].

Xu PQ, Dang XW. Diagnosis and management of severe Budd-Chiari syndrome. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2003;2(4):525-8.
Yeni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le

VIH. Rapport 2006.
Recommandations du groupe d'experts. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2006



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr