

## **Le bilan extra-hépatique au cours de la cirrhose dans la « vraie vie »**

**Jean-Baptiste Nousbaum ; service d'Hépatogastroentérologie, CHU La Cavale Blanche, Brest**

De nombreuses manifestations extra-hépatiques de la cirrhose, qu'elles soient cardiaques, pulmonaires, rénales, osseuses, endocriniennes, nutritionnelles, ont été décrites depuis longtemps. Elles sont parfois révélatrices de la cirrhose, mais sont le plus souvent latentes. Le bilan extra-hépatique de la cirrhose se conçoit dans la mesure où ces manifestations peuvent avoir un impact pronostique et où il existe des possibilités thérapeutiques.

### **Manifestations cardiaques.**

Un électrocardiogramme est indiqué à la recherche de signes en faveur d'une myocardopathie, et d'anomalies électrocardiographiques, comme un allongement de l'espace QT. L'intérêt de la réalisation systématique d'une échocardiographie n'est pas validé. Celle-ci a cependant pour utilité de rechercher une myocardopathie cirrhotique, associée ou non à un alcoolisme chronique, et qui peut se compliquer d'insuffisance cardiaque.

### **Manifestations pulmonaires.**

*L'hypertension portopulmonaire et le syndrome hépatopulmonaire sont rares mais ont une importance pronostique majeure. Ils doivent être recherchés plus particulièrement en cas de cirrhose chez l'enfant, de cirrhose biliaire, ou de cirrhose sévère Child-Pugh C.*

Le syndrome hépatopulmonaire peut être évoqué par l'existence d'une platypnée, c'est-à-dire la majoration de la dyspnée en position debout. L'oxymétrie de pouls au repos et en position debout permet de repérer les malades à risque de complications pulmonaires. Lorsque la saturation artérielle en oxygène (SpO<sub>2</sub>) en position debout est inférieure à 97 %, des gaz du sang en air ambiant doivent être effectués. La présence d'une hypoxémie (PaO<sub>2</sub> inférieure à 70 mm Hg) conduira à réaliser une radiographie de thorax, des épreuves fonctionnelles respiratoires, et surtout une échographie transthoracique de contraste à la recherche de dilatations vasculaires pulmonaires. Lorsque la SpO<sub>2</sub> est supérieure à 97 % chez un malade dyspnéique, des épreuves fonctionnelles respiratoires et une radiographie de thorax doivent être effectuées dans un premier temps. En l'absence d'anomalies radiologiques et spirométriques, l'échographie transthoracique de contraste est indiquée. La mise en évidence de « microbulles » dans les cavités cardiaques gauches en moins de 3-5 systoles démontre l'existence de shunts. A l'inverse, un examen normal permettra d'écarter un syndrome hépatopulmonaire. La scintigraphie pulmonaire de perfusion avec injection de macroagrégats d'albumine marquée au <sup>99m</sup>Tc n'est indiquée que pour quantifier le shunt. La mortalité des malades atteints de syndrome hépatopulmonaire est de 50 % à 3 ans et la réversibilité de cette atteinte pulmonaire est presque constante après transplantation.

L'hypertension artérielle pulmonaire peut être suspectée par des données cliniques : dyspnée d'effort, éclat du 2<sup>ème</sup> bruit au foyer pulmonaire, turgescence des veines jugulaires. Lorsque l'échographie-Doppler cardiaque montre que la pression artérielle pulmonaire dépasse 30 à 40 mmHg, le cathétérisme cardiaque droit est indiqué pour affirmer le diagnostic d'hypertension portopulmonaire, définie par une PAP moyenne supérieure à 25 mm Hg. Le pronostic est mauvais avec un taux de survie de 50 % à 5 ans.

Le dépistage de ces deux complications est systématique chez les candidats potentiels à la transplantation hépatique. Toutefois, il n'existe pas de recommandation quant au rythme de surveillance chez des malades stables sans anomalie à l'examen initial.

### **Manifestations rénales**

Les atteintes rénales sont fréquentes au cours des maladies chroniques du foie. Elles sont le plus souvent spécifiques et en rapport avec la cause de l'hépatopathie, par exemple, une glomérulonéphrite membrano-proliférative en cas de cirrhose virale B ou C, une néphropathie à IgA en cas d'hépatopathie alcoolique, une vascularite associée aux anticorps anti ANCA au cours de la cholangite sclérosante primitive ou de la cirrhose biliaire primitive. Une glomérulosclérose segmentaire et focale par dépôts mésangiaux d'immunoglobulines, peut compliquer toute hépatopathie. Le dépistage simple de ces atteintes repose sur l'utilisation de bandelettes réactives urinaires à la recherche d'une protéinurie, d'une leucocyturie. L'existence d'une insuffisance rénale, définie par une créatininémie supérieure à 120  $\mu\text{mol/L}$  est un facteur pronostique majeur. Toutefois, la créatininémie peut être faussée au cours de la cirrhose, car elle est influencée par l'état nutritionnel, la masse musculaire, la bilirubinémie. La formule de Cockcroft est le plus souvent inadaptée. La clairance de la créatinine doit donc être mesurée, en tenant compte des difficultés de recueil des urines.

### **Manifestations osseuses**

Les conséquences osseuses de la cirrhose atteignent entre 20 % et 50 % des malades, et 40 % des malades adressés pour transplantation. Elles peuvent compliquer des hépatopathies cholestatiques ou non. La morbidité et la mortalité liées aux fractures ostéoporotiques justifient la détection de l'ostéoporose chez les malades atteints de cirrhose. La réalisation d'une ostéodensitométrie a été recommandée par les sociétés savantes britannique et américaine, au moment du diagnostic des cirrhoses biliaires, auto-immunes, virales ou alcooliques, et sa répétition tous les 2 ans, que l'examen soit normal ou non. Une supplémentation vitamino-calcique est proposée. Lorsque le T score est inférieur ou égal à  $-2,5$  DS, le traitement hormonal substitutif, en particulier l'oestradiol transdermique à la dose de 50  $\mu\text{g}$  par jour, est indiqué chez la femme ménopausée ou avec aménorrhée secondaire. Le traitement par biphosphonates a montré son efficacité au cours de la cirrhose biliaire primitive mais n'a pas été bien évalué au cours des cirrhoses d'autre origine.

### **Manifestations endocriniennes**

L'insulinorésistance est bien démontrée au cours de la cirrhose chez les malades adressés pour transplantation hépatique. L'existence d'un diabète augmente la mortalité chez les malades cirrhotiques avant ou après transplantation. La mesure de la glycémie à jeun et le dosage de l'hémoglobine glyquée sont nécessaires.

Le dosage des hormones thyroïdiennes n'est pas systématique, car bien que la T3 soit souvent diminuée, il s'agit le plus souvent d'un syndrome de basse T3 chez des patients euthyroïdiens. Le dosage des hormones sexuelles est le plus souvent sans conséquence pratique et sa réalisation ne doit pas être systématique.

### **Bilan nutritionnel**

Le retentissement nutritionnel de la cirrhose est un élément majeur, mais souvent mal évalué. L'indice de masse corporelle doit tenir compte du « poids sec ». Les mesures anthropométriques sont rarement effectuées en routine et sont pourtant des indices fiables. Au niveau sérique, il n'existe pas de recommandation pour doser systématiquement des marqueurs comme la préalbumine sérique ou la transthyrétine. En pratique, on se dispense souvent d'une évaluation biologique, et la prescription de suppléments nutritionnels est fréquente, bien que son intérêt dans la diminution des complications ou de la mortalité n'ait pas été démontrée. Les dosages de vitamines A et E ne sont pas systématiques en l'absence de signe d'appel et lorsqu'il ne s'agit pas d'une cirrhose biliaire.

### **Bilan infectieux**

Une bactériurie est fréquente, dans 15,6 % à 27 %, et souvent asymptomatique. Elle justifie un examen systématique par une bandelette réactive et doit être particulièrement recherchée chez les femmes, et en cas d'insuffisance hépatique sévère.

Enfin, le bilan viral doit comporter la recherche systématique d'une infection à CMV, EBV, VIH, VHB, VHC au cours de l'évaluation avant transplantation.