

EPU Paris VII



*Journée
d'Hépatologie de
l'Hôpital Beaujon*

Samedi 7 janvier 2006

Palais des Congrès de Paris
Porte Maillot - Niveau 3

Organisateur scientifique
Professeur Dominique VALLA

Renseignements et inscriptions
BCA
6, boulevard du Général Leclerc
92115 Clichy Cedex - France
contact@b-c-a.fr - www.b-c-a.fr
T : +33 (0)1 41 06 67 70
F : +33 (0)1 41 06 67 79

**Hypertension portale. La prophylaxie primaire après les
consensus de Paris et de Baveno**

Didier LEBREC

Service d'Hépatologie
Hôpital Beaujon
100, Bld du Général Leclerc
92118 CLICHY CEDEX
didier.lebrec@bjn.ap-hop-paris.fr

Chez les malades atteints de cirrhose avec des varices oesophagiennes, le risque d'une première hémorragie digestive varie entre 5 et 70% à 1 an en fonction de la taille et des signes endoscopiques des varices et de la sévérité de la cirrhose (1). Toutefois, les mécanismes exacts du développement des varices et de leur rupture restent indéterminés.

Chez les malades atteints de cirrhose, une endoscopie est nécessaire pour détecter la présence et la taille des varices oesophagiennes puisque leur rupture peut être prévenue par l'administration de bêta-bloquants ou par leur ligature. La prise en charge de ces malades dépend donc de la présence et de la taille des varices et de la sévérité de la cirrhose. Deux consensus récents ont fait certaines recommandations pour ces malades (2,3). A Paris il s'agissait d'un consensus dont les conclusions ont été données par les membres d'un jury qui ont écouté des experts tandis qu'à Baveno, c'est les experts qui ont donné leurs conclusions. Les conclusions de ces deux consensus sont similaires et ce texte résume les principales recommandations de la prévention du développement de varices oesophagiennes et donc d'une première hémorragie chez les malades atteints de cirrhose ou chez les malades avec une hypertension portale intra-hépatique non cirrhotique. Aucune information ne peut être donnée chez les malades avec une hypertension portale extra-hépatique ou sur la prévention des hémorragies digestives de varices gastriques ou ectopiques ou sur la prévention d'hémorragie par gastropathie congestive de l'hypertension portale car aucune étude n'a été publiée dans ces groupes de malades.

En pratique, les varices oesophagiennes se développent que s'il existe une hypertension portale sévère, c'est-à-dire avec un gradient de pression hépatique supérieur ou égal à 12 mm Hg. Chez les malades atteints de cirrhose, l'hypertension portale peut être modérée avec un gradient de pression hépatique inférieur à 12 mm Hg et asymptomatique et dans ce cas la recherche de varices n'est pas nécessaire. Il n'existe toutefois pas de bonne méthode actuellement pour apprécier la sévérité de l'hypertension portale en dehors de la prise des pressions hépatiques qui ne peut être réalisée chez tous les malades. Des méthodes non invasives, comme le Fibroscan, ou biologiques, comme le Fibrotest (4), devraient permettre d'évaluer la sévérité de l'hypertension portale. Lorsque l'hypertension portale est symptomatique (ascite, splénomégalie, circulations collatérales abdominales), et donc sévère, la recherche de varices est nécessaire. Une endoscopie digestive doit être effectuée mais récemment, une étude pilote a montré que la capsule endoscopique pouvait être également utilisée pour la détection de varices oesophagiennes avec une valeur prédictive positive de 96% et négative de 100% (5).

Lorsqu'il n'y a pas de varices oesophagiennes, il n'existe pas actuellement de traitement pour prévenir leur apparition. Il est recommandé d'effectuer un contrôle endoscopique tous les 2 à 3 ans chez les malades atteints de cirrhose sans insuffisance hépatocellulaire (Child-Pugh A). Le contrôle endoscopique doit être effectué tous les ans chez les malades graves (Child-Pugh B+ -C) puisque le risque d'apparition de varices et d'hémorragie digestive augmente avec la sévérité de la cirrhose.

Chez les malades avec de petites varices oesophagiennes (diamètre inférieur à 5 mm ou grade I), aucun traitement n'est recommandé, en particulier chez les malades atteints de cirrhose sans insuffisance hépatocellulaire. Chez ces malades, une surveillance endoscopique doit être effectuée tous les ans. Chez les malades avec des petites varices et avec une insuffisance hépatocellulaire, des bêta-bloquants non cardio-sélectifs (propranolol, nadolol) peuvent être prescrit afin de prévenir l'apparition de grosses varices oesophagiennes et une première hémorragie digestive. En cas de contre indication ou d'intolérance aux bêta-bloquants, aucun traitement n'est recommandé.

Chez les malades avec de grosses varices oesophagiennes (grade II-III), deux types de traitement sont efficaces : les bêta-bloquants non sélectifs et la ligature de varices. Les dérivés nitrés ne sont pas efficaces et l'association des dérivés nitrés ou des diurétiques avec des bêta-bloquants ne semble pas supérieure aux bêta-bloquants seuls. La sclérothérapie diminue le risque d'une première hémorragie digestive sans modifier la survie. Plusieurs études ont montré que les ligatures de varices étaient plus efficaces que les bêta-bloquants pour prévenir une première hémorragie digestive sans modifier toutefois la survie. Des mesures répétées du gradient de pression hépatique chez les malades traités par des bêta-bloquants ne semblent pas nécessaires actuellement (6).

En pratique, chez les malades avec de grosses varices oesophagiennes, les deux types de traitement (pharmacologique et endoscopique) peuvent donc être utilisés. Lorsqu'il n'existe pas d'insuffisance hépatocellulaire, les bêta-bloquants sont le plus souvent utilisés seuls en première intention, sauf s'il existe une contre indication ou une intolérance, car la mise en œuvre est simple et que la prévention par la ligature à long terme est mal connue. La ligature des varices, seule ou associée aux bêta-bloquants, est utilisée lorsqu'il existe une insuffisance hépatocellulaire et surtout lorsqu'il existe des signes endoscopiques (taches rouges) de risque hémorragique. Dans tous les cas, la dose des bêta-bloquants doit être suffisante pour diminuer la fréquence cardiaque de 20 à 25% 8 à 12 heures après leur administration. Il est recommandé de commencer avec une dose de 160 mg par jour pour le

propranolol et 40 mg par jour pour le nadolol ; ces doses peuvent être doublées sans danger si la fréquence cardiaque n'est pas assez diminuée.

En conclusion, il existe des traitements efficaces pour prévenir une première hémorragie digestive. Les résultats montrent, toutefois, que d'autres études cliniques sont nécessaires pour mieux sélectionner et traiter les malades qui peuvent développer des varices oesophagiennes et également ceux qui ont un risque élevé d'hémorragie digestive.

Bibliographies

1. The North Italian Endoscopic Club for the Study Treatment of Esophageal Varices. Prediction of the first variceal hemorrhage in patients with cirrhosis of the liver and esophageal varices. A prospective multicenter study. *N Engl J Med* 1988;319:983-989.
2. Complications de l'hypertension portale : conférence de consensus. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28(Suppl2).
3. de Franchis R. Evolving consensus in portal hypertension. Report of the Baveno IV consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension *J Hepatol* 2005;43:167-176.
4. Thabut D, Imbert-Bismuth F, Cazals-Hatem D, Moreau R, Messous D, Munteneau M, Valla D, Poynard T, Lebrech D. Diagnostic value of fibrosis biochemical markers (Fibrotest) for the prediction of severe portal hypertension in patients with and without cirrhosis. *Hepatology* 2004;40(Suppl1):202A.
5. de Franchis R, Eisen GM, Eliakim R, Schwartz J, Faigel D, Rondonotti E, Villa F, Weizman E, Yassin K. Esophageal capsule endoscopy is comparable to traditional endoscopy for screening/surveillance for esophageal varices. *Hepatology* 2005;42(Suppl1):210A.
6. Lebrech D, Moreau R. Le diagnostic et la mesure de l'hypertension portale ont-ils un intérêt ? *Gastroenterol Clin Biol* 2005;29:967-968.