

# **Troubles de l'hémostase chez le patient cirrhotique :**

## **Conséquences cliniques**

**Docteur Philippe ICHAI** <sup>1,2,3</sup>

1. AP-HP Hôpital Paul Brousse, Centre Hépato-Biliaire, Villejuif, France

2. Univ Paris-Sud, UMR-S 785, Villejuif, F-94800, France

3. Inserm, Unité 785, Villejuif, F-94800, France

Les anomalies de l'hémostase sont fréquentes au cours des maladies chroniques du foie. Elles concernent l'hémostase primaire et la coagulation elle-même. En cas d'insuffisance hépatique, il y a diminution de la synthèse de facteurs anticoagulants mais aussi pro coagulants créant ainsi un équilibre précaire. Lorsque cet équilibre est rompu, des complications hémorragiques ou thrombotiques peuvent survenir. Le risque hémorragique paraît plus lié au degré d'hypertension portale, à des facteurs locaux ou à l'infection qu'aux anomalies de l'hémostase elle-même. La prévention du risque hémorragique, en dehors de tout geste invasif, faisant appel aux transfusions (plaquettes, plasma, autres produits sanguins) n'a pas prouvé son efficacité et peut être délétère (œdème pulmonaire, augmentation de l'hypertension portale, risque d'infection, risque lié à la transfusion elle-même). En cas de geste invasif ou d'intervention, la transfusion de produits sanguins peut s'avérer nécessaire. Les modalités transfusionnelles varient selon le type d'intervention et le risque inhérent à cette intervention.

Ce risque hémorragique est contrebalancé par le risque de thrombose pouvant survenir même en cas de TP bas. Il peut s'agir de thrombose veineuse périphérique, artérielle, portale, ou des veines sus hépatiques. Les facteurs de risque de thrombose sont multiples et doivent être identifiés afin d'ajuster le traitement. Le traitement anticoagulant comprend l'héparine non fractionnée, les HBPM, les AVK. La surveillance est rendue difficile en raison de l'insuffisance hépatique (INR allongé), de l'allongement spontané du TCA.