

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.

¹ Cf. Haute Autorité de santé. Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée. Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006.

- 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 bactérienne², 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)

² Cf. Haute Autorité de santé. Prise en charge des complications chez les malades atteints de cirrhose. Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.

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'Afssaps ³

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	Péfloxacine
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. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2006. Recommandations du groupe d'experts. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2006 ; ^(c) L'utilisation de composés conjugués (oxazépam, lorazépam) est à privilégier.

³ Cf. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Traitement médicamenteux de l'ostéoporose postménopausique. Actualisation 2006. Saint-Denis: AFSSAPS; 2006.

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. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2006. Recommandations du groupe d'experts. Paris : Flammarion Médecine-Sciences; 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