

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 ¹ 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 protéides et examen cyto bactériologique ²
- 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.
- Réaliser une expansion volémique avec de l'albumine humaine à 20 % ³, si le volume d'ascite soustrait est supérieur ou égal à 3 litres ⁴. 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 poids ⁵, 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 envisageable ⁶ : 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

¹ 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.

² Ensemencement systématique d'ascite sur flacons d'hémocultures aéro/anaérobie au lit du malade.

³ 7-8 g d'albumine par litre d'ascite soustrait.

⁴ en l'absence d'effet démontré sur la survie entre 3 et 5 litres d'ascite soustrait.

⁵ 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).

⁶ Conformément à la conférence de consensus réalisée avec l'appui méthodologique de la HAS en 2005. Source : Association française de chirurgie hépato-biliaire et de transplantation hépatique, Association française pour l'étude du foie, Établissement français des greffes. Indications de la transplantation hépatique. Conférence de consensus. Lyon, palais des Congrès, 19 et 20 janvier 2005.

3. INFECTION DU LIQUIDE D'ASCITE (ILA)

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 protéides 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 hémoglobininémie 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 céftriaxone, amoxicilline/acide clavulanique, ofloxacine, ciprofloxacine)
- Prévenir la survenue d'une nouvelle hémorragie digestive par rupture des varices par soit ⁷ :

⁷ 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.

- 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

