



## Cirrhose

*Application des guides de pratique à partir d'un problème clinique*

Dr Guillaume Brodeur  
Gastroentérologue  
Hôpital Honoré-Mercier

---

---

---

---

---

---

---

---

## M. Iglou Iglou

- Homme de 61 ans, se présente pour ictère sans douleur noté depuis 2 semaines avec augmentation du volume abdominal.
- Antécédents:
  - Diabète de type 2 sous HGO, dlpn
  - Infarctus du myocarde 2001 avec PAC
  - Pas de maladie auto-immunitaire
- Médication:
  - métoprolol, diabeta, asaphen, lipitor, aucun nouveau rx
- Hab: Tabagisme ancien et alcool : 8 bières die X 35 ans
- Pas de drogue, pas de transfusion, pas de relation sexuelle à risque, pas de prison, pas de tatouage.
- Antécédents familiaux sans particularité



---

---

---

---

---

---

---

---

## M. Iglou Iglou

- Que rechercher à l'examen physique
  - Prendre les signes vitaux, incluant la saturation
  - Stigmates d'hyperestrogénisme
    - Érythème palmaire
    - Angiomes stellaires
    - Gynécomastie
    - Pauvre pilosité
    - Hypogonadisme
  - Astérixis (flapping)
  - Hippocratisme digital (clubbing)
  - Hypertrophie des parotides
  - Dupuytren



---

---

---

---

---

---

---

---

## M. Iglou Iglou

- Que rechercher à l'examen physique
  - Fonte musculaire, peser le patient
  - Palpation du foie (pulsatilité? Nodularité? Taille?)
  - Splénomégalie
  - Ascite (matité déclive, signe du flot)
    - Porter une attention aux hernies ombilicales
  - Caput médusa
  - Jaunisse
  - Particularité au Wilson
    - Anneau de Kaiser Fleisher
    - Symptômes extra-pyramidaux



---

---

---

---

---

---

---

---

## BILAN INITIAL À L'URGENCE

- Laboratoire:
  - leucocytose à 14 000- 90 % PMN
  - bilirubine à 90 umol/l
  - PAL normale
  - GGT 450
  - AST/ALT: 280/140 UI/L
  - albumine 32
  - INR 1.8
  - Créatinine 36 et hyponatrémie
- Echo: foie dysmorphique, splénomégalie et ascite en quantité modérée, pas de dilatation des voies biliaires.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Hypothèses diagnostiques

- Hépatite alcoolique sur cirrhose alcoolique?
- Cirrhose alcoolique?
- Contribution de la stéatohépatite non alcoolique possible (cirrhose NASH?)
- Autre étiologie de cirrhose?  
Et maintenant...

---

---

---

---

---

---

---

---

## Qu'est-ce que la cirrhose ?

---

---

---

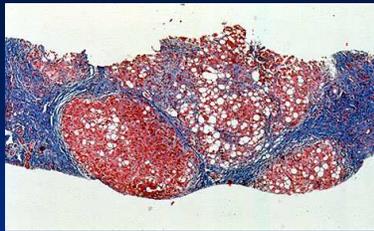
---

---

---

---

---



- 1. Nodule de régénération
  - 2. Fibrose
  - 3. Fragmentation du spécimen
  - 4. Architecture anormale
- A. Travée double
  - B. Anormalité des hépatocytes (pléomorphisme, dysplasie, hyperplasie régénérative)

---

---

---

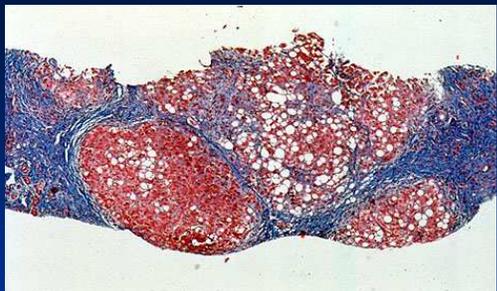
---

---

---

---

---



*Biopsie non nécessaire lorsqu'il est évident qu'il y a une cirrhose? Peut aider lorsque l'étiologie est incertaine ou dx incertain.*

---

---

---

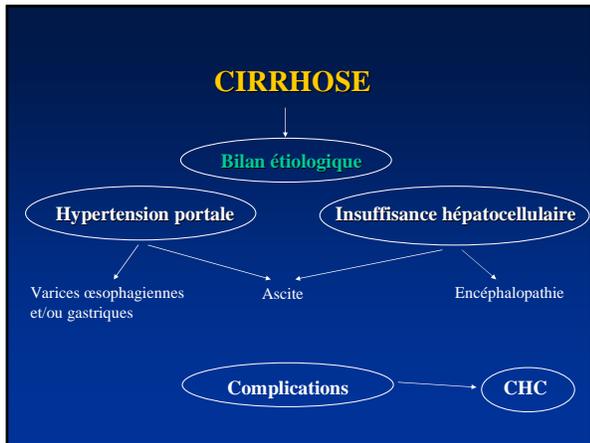
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---

- Bilan étiologique**
- Alcool
    - VGM augmenté
    - AST/ALT > 2
    - Ferritine et % saturation du fer augmentés
    - GGT augmenté
    - Corps de Mallory à la biopsie avec stéatose
  - Virus:
    - cirrhose B: HBsAg, anti-HBs, (Anti-Hbc IgG)  
(HBV-DNA élevé, HbeAg positif ou négatif)
    - cirrhose C: anti-HCV (parfois HCV-ARN nécessaire si immunosuppression)
  - anti-HAV IgG à demander en vue d'une vaccination si négatif.

---

---

---

---

---

---

---

---

- Bilan étiologique**
- Métabolique:
    - stéatohépatite non-alcoolique (NASH) et cirrhose cryptogénique: glycémie, bilan lipidique, recherche des comorbidités associées (DB, dlpn, obésité, etc).
    - hémochromatose héréditaire: saturation de la transferrine, ferritine (génotype HFE dans un deuxième temps).
    - déficit en alpha 1 anti-trypsine:  $\alpha 1$  anti-trypsine, électrophorèse des protéines.
      - Cette maladie donne soit l'emphysème OU une cirrhose
      - En pédiatrie, hépatite/ictère en bas âge.
    - Wilson: céruleplasmine, cuivre sérique et urinaire, référence en ophtalmo pour r/o anneau de Kaiser-Fleisher PRN

---

---

---

---

---

---

---

---

## Bilan étiologique

- Auto-immune:
  - hépatites auto-immunes: immunoélectrophorèse, ANA, anti muscle lisse, anti-LKM (surtout chez les jeunes)
  - cirrhose biliaire primitive: Anti-mitochondrie, IgM
    - Associée à Céliaque, sclérodermie, hypothyroïdie, Db type I, etc.
  - cholangite sclérosante primitive: phosphatase alcaline, contexte clinique (colite ulcéreuse, crohn), ERCP ou MRCP
- Vasculaire:
  - Budd-Chiari: écho doppler hépatique
  - cirrhose cardiaque: écho cardiaque
- Toxique (méthotrexate, purinethol, imuran, amiodarone, etc)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Considération importante au Dx

- Traiter si possible la cause de la cirrhose.
  - Phlébotomie pour l'hémochromatose
  - D-penicillamine ou trientine ou Zinc pour la maladie de Wilson.
  - Cesser l'alcool
  - Peg-interféron et ribavirine pour l'hépatite C si la cirrhose est compensée.
  - Lamivudine + Adéfovir ou Ténofovir pour l'hépatite B
  - Corticostéroïdes (et imuran) pour l'hépatite auto-immune.
  - Acide ursodeoxycholic pour la cirrhose biliaire

---

---

---

---

---

---

---

---

## Considération importante au Dx

- Traiter si possible la cause de la cirrhose.
- Évaluer l'état nutritionnel du patient
- Encourager une alimentation saine avec des suppléments vitaminiques et calorique au besoin.
- Faire comprendre au patient que sa survie dépend beaucoup de ses réserves protéiques.
- Forte prévalence d'ostéoporose chez ces patients.
- Vaccination à encourager
- Cesser tout Rx nuisible (soyez NON négociable)
  - Ex: narcotiques, benzo, AINS, rx hépatotoxiques.
  - Tylenol permis ad 2g/jour.
- Recherche des complications

---

---

---

---

---

---

---

---

## M. Iglou Iglou

- Conduite à la première visite
  - Bilan étiologique fait
  - Diurétiques débutés
  - Vaccination au besoin
  - Suppléments nutritionnels et vitaminiques.
- Atteinte hépatique attribuée à l'alcool
  - Arrêt ROH recommandé
  - Encourager les centres de thérapie et suivi fréquent.

---

---

---

---

---

---

---

---

## M. Iglou Iglou

- Visite qq mois après le diagnostic de cirrhose:
  - arrêt de l'alcool 6 mois
  - diminution ictère
  - Echographie de contrôle démontrant un ascite en diminution, mais persistante.
  - Pas d'histoire de méléna ou d'encéphalopathie
  - labo: INR 1.3, bili 28, albumine 35
- Conduite:
  - maintenir arrêt alcool
  - Maintien des diurétiques
  - Recherche des complications liées à la cirrhose.

---

---

---

---

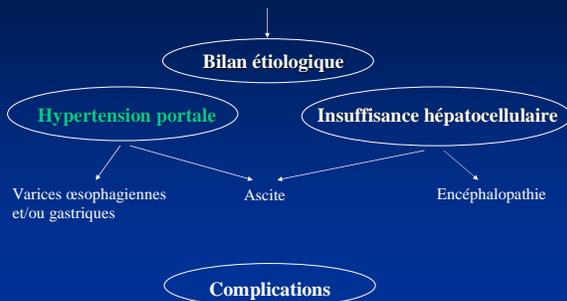
---

---

---

---

## CIRRHOSE



---

---

---

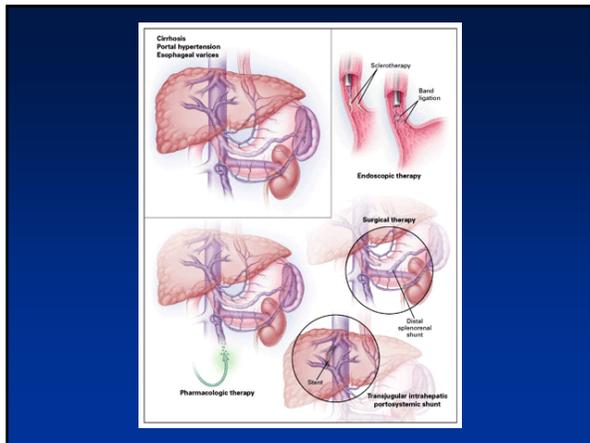
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---

## Hypertension portale

- Incidence de VO de 9 % par an
  - Peut-on prévenir le développement de VO ?
- Facteurs de risque de rupture de VO
  - Child-Pugh
  - Taille des varices
  - Signes rouges
  - Gradient porto-hépatique > 12 mmHg

---

---

---

---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---

## Dépistage des varices œsophagiennes



---

---

---

---

---

---

---

---

## Prévention primaire

- Bêta-bloqueurs non-cardiosélectifs:
  - Nadolol ou propranolol
  - ↓ de la FC de 20-25 % ou 55-65/min
  - ↓ 1ère hémorragie de 27 à 17 %
  - ↓ mortalité de 14 à 7 %
  - Si choisi: cesser la surveillance endoscopique
- Ligature:
  - Peut-être supérieur aux b-bloqueurs
  - Si pt à haut risque:
    - VO 3-4/4 et/ou signes rouges
    - CHILD B ou C
  - intolérance aux bêta-bloqueurs



---

---

---

---

---

---

---

---

## Prévention secondaire (post hémorragie)

- Risque de récurrence de 70 % à 2 ans, max dans les 6 premières semaines
- Mortalité de la récurrence de 20-30 %
- 3 options:
  - Ligatures sériées (svt 4-6 séances aux 4-6 sem.)
  - tx pharmacologique
  - combinaison

---

---

---

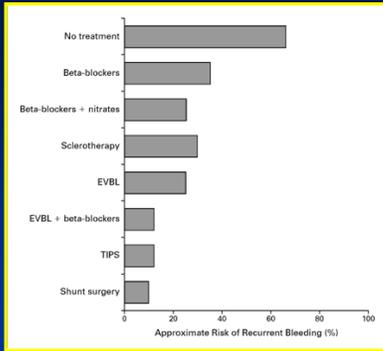
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

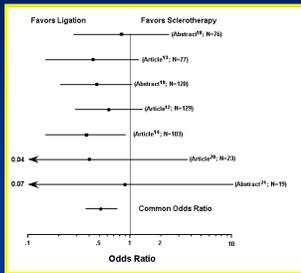
---

---

---

## Ligature

- Actuellement tx de première intention




---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Tx pharmacologique

- Aussi efficace que la ligature
- Importance de la diminution du GPH < 12 mmHg ou de 20 % de la valeur initiale
- Bêtabloqueurs +/- dérivés nitrés

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Combinaison

- LVO + Bêtabloqueurs > LVO en terme de récidence de l'hémorragie
- Survies comparables
- Besoin d'études supplémentaires

---

---

---

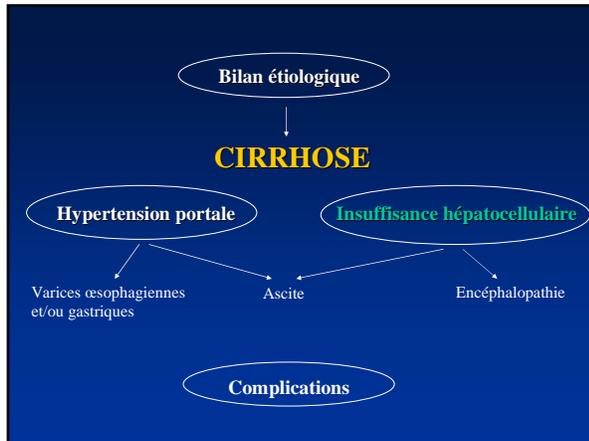
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

## Dépistage de l'hépatocarcinome

- Incidence = 1%/année chez les cirrhotiques.
- Indices fréquents:
  - Thrombose portale, ascite hémorragique.
- Échographie et alpha-foetoprotéine à tous les 6 mois
  - S'inquiéter si alpha-féto > 200 ou si croissance.
- Cas particulier de l'hépatite B:
  - dépistage même en l'absence de cirrhose
  - asiatiques: homme > 40 ans, femme > 50 ans
  - africains > 20 ans
  - atcd familiaux de CHC

---

---

---

---

---

---

---

---

## M. Iglou revient 9 mois après le dx

- Aldactone 100 mg + lasix 40 mg X 9 mois
- 1 épisode d'encéphalopathie sans facteur déclenchant identifié
- Majoration de l'ascite

---

---

---

---

---

---

---

---

## M. Iglou

- Écho abdo: foie dysmorphique + ascite, pas de thrombose portale.
- Analyse urine: pas de protéinurie
- écho cardiaque: FEVG 55%
- Bilan septique et paracentèse diagnostique:
  - décompte cellulaire: PMN < 250
  - cultures négatives
  - SAAG > 11 g/l
- Augmentation des diurétiques:
  - aldactone 200 mg + lasix 80 mg

---

---

---

---

---

---

---

---

## Ascite: aspects pronostic et diagnostique

- Ascite = mortalité de 50 % à 2 ans
- Paracentèse diagnostique:
  - décompte cellulaire: PMN < 250 et GB < 500
  - culture
  - serum-ascite albumine gradient (SAAG)
    - > 11 g/l = hypertension portale probable
  - protéine totale
  - cytologie si néoplasie suspectée

---

---

---

---

---

---

---

---

## Ascite: aspects thérapeutiques

- 1) Eviter le rx néphrotoxique (AINS surtout)
- 2) Vérifier la compliance à la diète:
  - 2 g ou 88 mmol/jr
  - but: > 78 mmol par 24 hrs dans collecte urinaire de 24 h.
  - excrétion urinaire > 78 + prise de poids = non respect de la diète
  - restriction liquidienne si  $Na^+ < 120-125$  mmol/L.
- 3) Traitement diurétique:
  - aldactone 100-400mg + lasix 40-160 mg
  - Accepter une perte de 1 Kg/jour s'il y a des OMI
  - Maximum de 500 g par jour en l'absence d'OMI (risque d'IRA !!)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Aspect sécuritaire des diurétiques

- En aigu, baisser les doses lorsque OMI résolue.
- En externe, lorsque l'ascite semble résolu... diviser les diurétiques par deux.
- Cesser le traitement si hyponatrémie est sévère (120 et moins)... et ne donnez pas de comprimés de NaCl !
- Cesser en cas d'encéphalopathie, car les diurétiques sont souvent responsables.
- Si déshydratation avec IRA, cesser les diurétiques.
- Le patient doit surveiller sa chute de poids et se peser au moins 2X par semaine.

---

---

---

---

---

---

---

---

## M. Iglou revient 1 semaine après l'ajustement des diurétiques

- Malheureusement... :
  - Hypotension orthostatique
  - Encéphalopathie hépatique
  - Chute
  - Déshydratation malgré une persistance d'ascite!

---

---

---

---

---

---

---

---

## Ascite réfractaire

- 4) Définition de l'ascite réfractaire (10 % des cas):
- échec au traitement médical optimal
  - effets secondaires empêchant l'atteinte du tx médical optimal
  - Survie à 12 mois de seulement 25 %.....

- 5) Tx ascite réfractaire:
- paracentèses sériées
  - TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic *shunt*)
  - TOF (transplantation)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Péritonite bactérienne spontanée

- Dx par ponction d'ascite
  - Neutrophile > 250/ml
  - Culture de l'ascite positive
- Associé à très haut taux de mortalité à 1 ans (30%)
  - 10 % de mortalité hospitalière si raison d'admission.
- Traitement:
  - Cefotaxime 2g IV q 8 h pour 5 jours
  - Transfusion d'albumine au jour 0 (1.5 g/kg) et au jour 3 (1g/kg)
  - Prophylaxie après le premier épisode

---

---

---

---

---

---

---

---

## Péritonite bactérienne spontanée

- Facteurs de risque
  - Infection urinaire
  - HDH (surtout varicielle)
    - Toujours donner 7 jours de cipro à un cirrhotique qui fait une HDH.
  - ATCD personnel de PBS
  - Protéine < 10g dans l'ascite
  - Hospitalisation (4% des admissions de cirrhotiques).
- Songer à une prophylaxie dans ces cas.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Encéphalopathie hépatique

- Signe d'une insuffisance hépatique sévère
- Recherche de facteur de décompensation
  - Bilan infectieux
  - TOUJOURS avec une ponction d'ascite et décompte cellulaire (PBS si > 250 neutrophiles/ml dans l'ascite)
  - Déshydratation de loin la cause numéro 1
  - Médication? Sédatifs, narcotiques, benzo, etc.
- Traitement:
  - lactulose 30cc TID
  - flagyl 250 mg BID ou TID
  - benzoate de sodium 3g TID
  - pas de restriction protéique en chronique
  - probiotiques ? Rifaximin?
- **RETIRER LE PERMIS DE CONDUIRE!**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Syndrome hépato-rénal

- Facteurs précipitants:
  - Hémorragie
  - Paracentèse importante
  - Diurèse rapide
- Définition:
  - IRA sévère avec progression rapide
  - Pas de réponse à la réanimation volémique
  - Sodium urinaire inférieur à 10
  - Sédiment urinaire sans protéinurie ou hématurie
  - Pas d'autre cause pour l'IRA (Ex: AINS, etc)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Syndrome hépato-rénal

- Associé à:
  - Insuffisance hépatique sévère et HT portale
  - Hyponatrémie
- Traitement:
  - Terlipressin (non disponible ici)
    - Sandostatine en continue ou en bolus à la place
  - Midodrine (traitement de l'hypotension orthostatique)
    - 10 mg PO TID
    - Aussi la norepinephrine
  - TIPS
  - Transplantation hépatique
  - Dialyse n'aide pas, mais supporte le patient.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Coagulopathie? Pas de panique

- Les plaquettes basses ne devraient pas vous inquiéter.
  - Transfusion de plaquette seulement si inférieur à 50 et intervention chirurgicale nécessaire.
- Les INR augmentés chez les cirrhotiques ne sont pas associés à un risque accru significatif d'hémorragie, car déficit concomitant en protéine C et S.
  - Transfusion de PFC seulement pour procédure majeure (viser 1,4 et moins)
  - Les ponctions d'ascite sont faites peu importe l'INR chez les cirrhotiques.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Complications pulmonaires

- Hypertension pulmonaire
  - Désaturation et dyspnée
  - Vasoconstriction pulm.
  - Dépistage à l'écho cardiaque et confirmation au besoin avec cathé droit.
  - CI à la greffe (50 et +) et tx comme l'HT pulmonaire isolée.
- Syndrome hépatopulmonaire
  - Désaturation, hypoxémie plus sévère
  - Vasodilatation intrapulmonaire
  - Orthodéoxie/platypnée
  - La greffe hépatique est curative
- Hydrothorax
  - Habituellement à droite et unilatéral
  - Associé à un ascite important
  - Traitement orienté vers le tx de l'ascite

---

---

---

---

---

---

---

---

## M. Iglou; rien ne va plus!

- Encéphalopathie spontanée
  - Ascite réfractaire
  - Ictère important
- } Child C

Que peut-on lui offrir ?

---

---

---

---

---

---

---

---

## TIPS

- Contre-indication:
  - Encéphalopathie hépatique, risque d'exacerbation
  - CHILD C
  - Défaillance cardiaque
  - Thrombose portale complète

---

---

---

---

---

---

---

---

## TIPS

- Indication :
  - Hémorragie varicelle œsophagienne ou gastrique récidivante ou non contrôlable.
  - Ascite réfractaire ou pleurascite récidivant
  - Syndrome hépato-pulmonaire ou hépato-rénal
  - Complication de l'hypertension portale sans insuffisance hépatique sévère
    - Fibrose hépatique congénitale
    - Hyperplasie nodulaire régénérative.
    - Budd-Chiari
- Ne change pas la mortalité
  - Utilisé en "pont" avant une greffe ou en palliation.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Transplantation hépatique

- Child-Pugh  $\geq$  à 7/15 (CHILD B)...
  - Il faut y penser si  $<$  65 ans et, surtout assez tôt pour les groupes sanguins « O »
- complication majeure:
  - PBS
  - Encéphalopathie réfractaire ou fréquente
  - Ascite (généralement, pt CHILD B)
  - HDH sur rupture de VO ou gastrique
  - hépatocarcinome : 1 masse  $<$  5 cm ou 3 masses  $<$  3 cm
  - Syndrome hépato-rénal ou hépato-pulmonaire

---

---

---

---

---

---

---

---

## Transplantation hépatique

- Survie à 1, 3 et 5 ans: 88 %, 80 % et 75 %
  - Survie à 10 ans pour une cirrhose compensée de 47 %.
  - Survie à 5 ans si cirrhose décompensée = 16 %
- Recherche des comorbidités à faire en bilan pré-greffe.
  - Tous les dépistages reconnus de cancer.
  - Recherche très active de contre-indications.
  - Évaluation cardiovasculaire, etc...
- Évaluation du réseau social très importante.

---

---

---

---

---

---

---

---

## M. Iglou

- Actuellement en évaluation pré-greffe
- Groupe sanguin O+...
- Risque élevé de mourir sur la liste de greffe

---

---

---

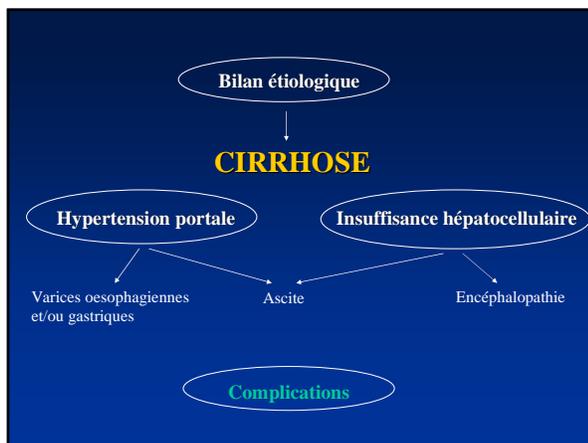
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---