

Le suivi du patient cirrhotique

Andreas Cerny, Lugano

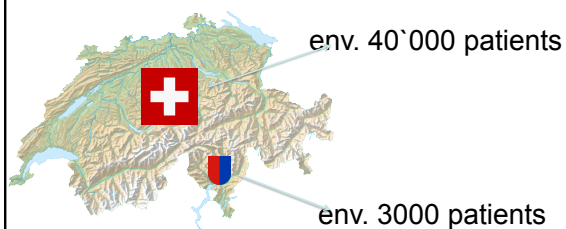
12ème Journée d'automne d'actualités en gastro-entérologie et hépatologie
Auditoire Yersin, CHUV, Lausanne, 29 août 2013

Contenu de la présentation:

- Comment diagnostiquer la cirrhose du foie: bilan de base et bilan du spécialiste.
- Histoire naturelle de la cirrhose.
- Prise en charge médicale.
- Cirrhose et chirurgie en deux mots.

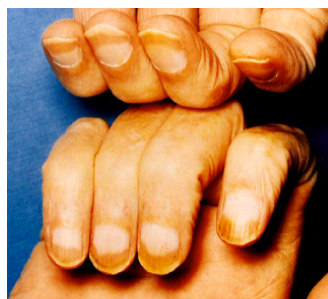
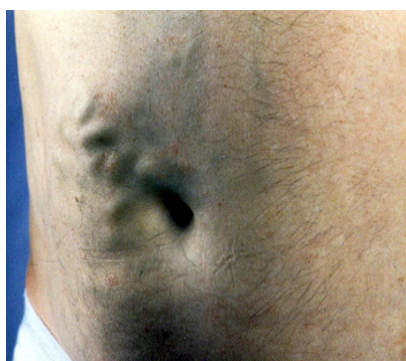
Prévalence de la cirrhose:

0.15% – 1%



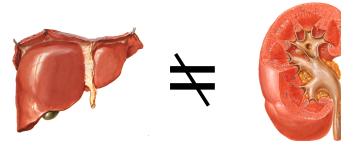
Symptômes d'une cirrhose

asthénie	60-80%
météorisme, dyspepsie	50-70%
fatigue, troubles du sommeil	50%
perte de libido	25-70%
baisse de l'appétit et du poids	30-40%
hématomes	10-20%
prurit et ascite sont des symptômes tardifs	





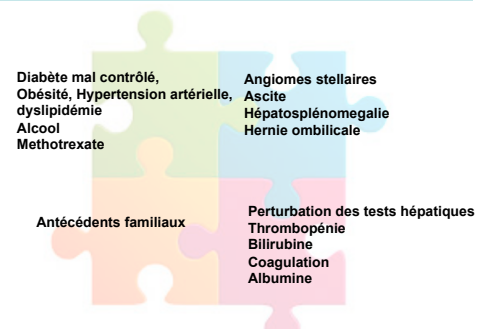
Pas de test global pour le foie!



Eléments en faveur d'une cirrhose

signes et symptômes cliniques
tests hépatiques élevés de longue date
Trombocytopénie
tests de synthèse: albumine, TP
bilirubine augmentée
imagerie (échographie, CT) foie de structure
micro-/macronodulaire avec splénomégalie
hyaluronate >300

Eléments du cas présenté



Bilan de base

Selon la bonne pratique clinique:

Anamnèse: antécédents de transfusion, utilisation de drogues, consommation d'alcool, jaunisse, prise de médicaments (MTX, amiodarone..) antécédents familiaux avec problèmes de foie, diathèse hémorragique, diabète...

Status: IMC, ictère, érythème palmaire, ongles blancs, splénomégalie, atrophie testiculaire, gynécomastie...

Labo: Thrombocytes, Quick, Albumine....

En cas de suspicion -> bilan supplémentaire et consultation avec le spécialiste

Bilan supplémentaire: Labo

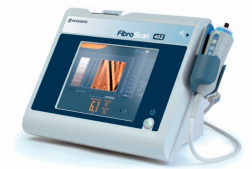
Tests hépatiques avec électrophorèse des séroprotéines, hyaluronate, alfa FP..

Hépatites virales: HBsAg, anti-HBsAg, anti-HBc, anti-HCV..

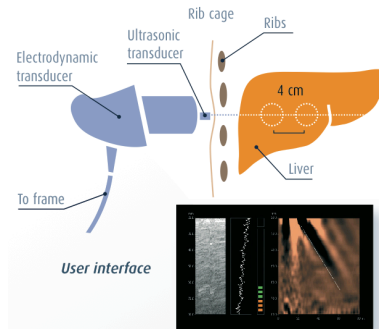
Maladies métaboliques: ceruloplasmine, alfa-1 AT, lipides, ferritine, sat-TF, HbA1c..

Maladies auto-immunes: ANA, ANCA, anti-SLA, anti-M2, anti-actine, anti-M2, anti-TG..

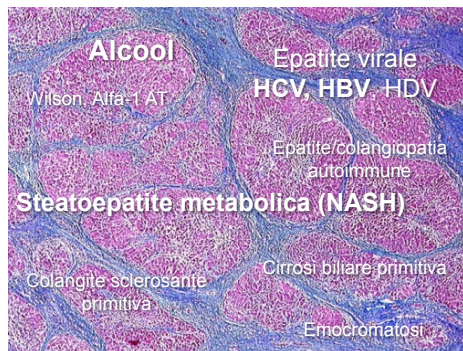
Fibroscan



Fibroscan



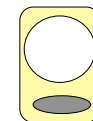
PBF



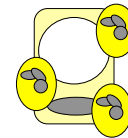
Stéatose/Stéatohépatite:

Diabète
Hypertension
Surcharge de fer
Dyslipidémie
Surcharge pondérale
Médicaments
Alcool
Syndrome des apnées du sommeil
Coeliakie
HCV, M. Wilson

Facteurs génétiques
Flore intestinale
Vitamines D, E?



Stéatose



Stéatohépatite
(NASH= Non alcoholic steato hepatitis)

Stéatose/Stéatohépatite:

- La stéatose est présente dans > 20% de la population
- NASH dans 2-3% de la population
- NASH dans 10-20% des patients obèses

- | | | |
|------------------|----------|--------------|
| • Stéatose | → 10 ans | 4% cirrhose |
| • Stéatohépatite | → | 28% cirrhose |
| • Fibrose | → | 37% cirrhose |

NASH = Non alcoholic steatohepatitis

L. Mazzuchelli

NASH/ASH

Differentiation of ASH and NASH
Limits of daily alcohol consumption

4dl de bière
ou
2dl de vin

> 20 g

< 20 g

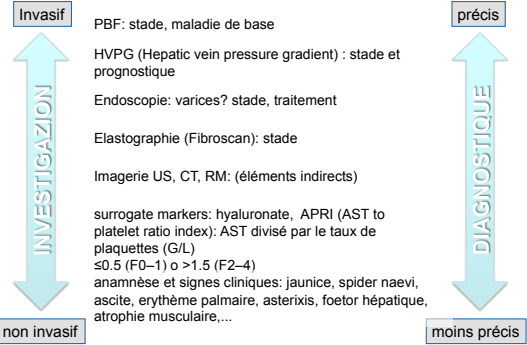
alcoholic
steato-hepatitis
(ASH)

non-alcoholic
steato-hepatitis
(NASH)

Contenu de la présentation:

- Comment diagnostiquer la cirrhose du foie: bilan de base et bilan du spécialiste.
- **Histoire naturelle de la cirrhose.**
- Prise en charge médicale.
- Cirrhose et chirurgie en deux mots.

Cirrhose: investigations



Cirrhose: classification

Child-Pugh
Bilirubine, Albumine, Quick, Ascite, Encéphalopathie

	A (5-6)	B (7-9)	C (10-15)
1-YS	100%	80%	45%
2-YS	85%	60%	35%

MELD
Bilirubine, INR, Créatinine

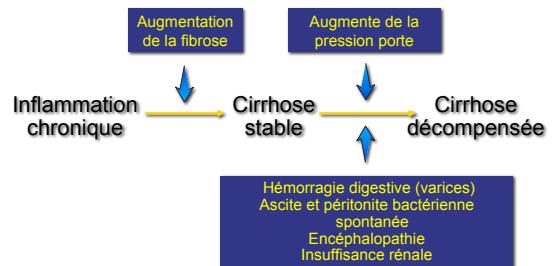
	< 9	10-19	20-29	30-39	> 40
3-MS	98%	94%	80%	50%	28%

HVPG (mmHg)

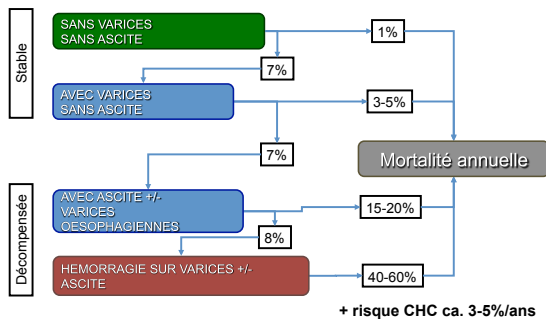
	< 6	6-10	> 10	> 12	> 20-22
normale		HTP peu avancée	varices et risque OP	hémorragie varices	mortalité

<https://sasl.unibas.ch/11calculators.php>

Histoire naturelle des hépatites chroniques



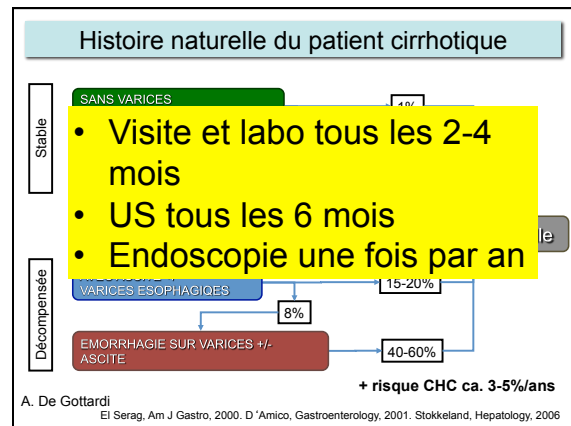
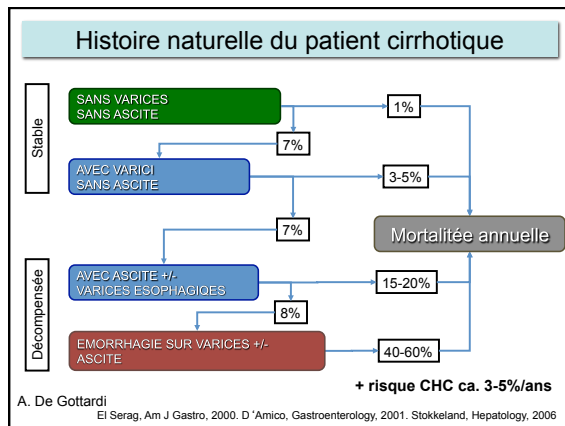
Histoire naturelle du patient cirrhotique



A. De Gottardi
El Serag, Am J Gastro, 2000. D'Amico, Gastroenterology, 2001. Stokkeland, Hepatology, 2006

Contenu de la présentation:

- Comment diagnostiquer la cirrhose du foie: bilan de base et bilan du spécialiste.
- Histoire naturelle de la cirrhose.
- **Prise en charge médicale.**
- Cirrhose et chirurgie en deux mots.



Traitement pharmacologique de l'ascite

Spironolactone (Aldactone) 100 mg -> 400 mg

Torsemide (Torem) 10mg -> 40 mg

Suivre le K et la créatinine
Perte de poids (idéalement env. 500 g/jour)
Attention au sel (?)
Stop diurétiques en cas de Na < 120mM,
IR progressive, encéphalopathie
Évitez les AINS!!

www.easl.eu/_clinical-practice-guideline

Traitement de l'ascite: ponction.

- Significant bleeding is rare (0.2% in 4500 procedures)
- There is no real lower limit defined for TP or platelet count, Creat!

Fig. 1. Diagram of the abdomen showing the three usual sites for abdominal paracentesis. The author prefers the left lower quadrant site. Reproduced from Thomson TW, Shaffer RW, White B, Setnik GS. Paracentesis. N Engl J Med 2006;355:e21, with permission from the Massachusetts Medical Society. Copyright (2006) Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

N Engl J Med 2006; 355:e21, Nov 9, 2006

Ascite réfractaire

- TIPS

Transjugular Intrahepatic Portal-systemic Shunt (TIPS)

Automated Low-Flow Ascites (ALFA) Pump System

A subcutaneously implanted, battery powered pump that moves excess fluid from the peritoneal cavity into the bladder where it is excreted through normal urination.

- 35 – 45 minute minimally invasive procedure
- Performed either under conscious sedation or general anesthesia
- To date, performed by general surgeons

Péritonite bactérienne spontanée

- Traitement= cefalosporine de 3. génération / carbapénem
- Alternative = amoxicilline/clavulanate ou quinolone

- Durée du traitement 5-7 jours
- 2. ponction après 2 jours de traitement
- Albumine 1.5 g/kg au moment du diagnostic et 1 g/Kg après 3 jours
- Prévention secondaire ou si le liquide contient < 15 g/L de protéine avec norfloxacine 400 mg/j

Varices

Petites varices
avec „red wale marks“

prévention primaire avec BBNS



Varices moyennes-grandes prévention primaire avec BBNS
ou ligature endoscopique

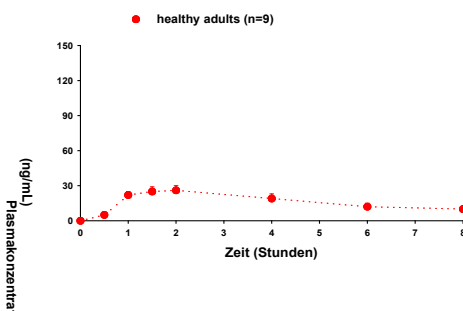
•BBNS: propranolol (Inderal 15 mg -> 80 mg LA), nadololo (Corgard 40 mg), commencer avec petites doses jusqu'au dosage max. toléré ou si le pouls est < 55 bpm à longue durée.

•Ligature endoscopique: éradication (ca. 4 endoscopies), ensuite tous les 6-12 mois à longue durée.

Le bénéfice des BBNS est douteux en cas d'ascite (discussion avec le gastroentérologue).

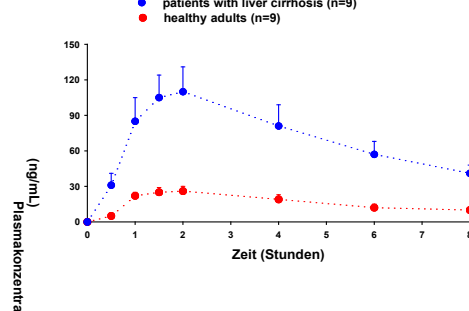
Cinétique du propranol chez le cirrhotique.

Plasma concentration-time curve after 40 mg p.o.



Cinétique du propranol chez le cirrhotique.

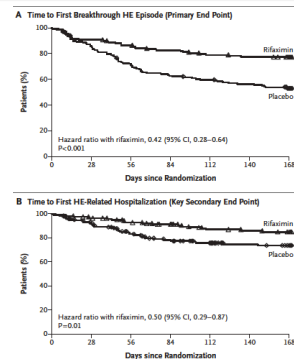
Plasma concentration-time curve after 40 mg p.o.



Encéphalopathie hépatique

- Lactulose: est la base du traitement
- Dosage: titration, pour obtenir 3-4 évacuations par jour
- Dosage journalier peut varier beaucoup d'un patient à l'autre
- Compliance!!
- Il faut instruire les proches est leur expliquer les symptômes précoces d'une décompensation: inversion jours et nuit, dépression, troubles de la marche..
- Cave: accidents de la circulation!!

Encéphalopathie hépatique



Bass, NEJM, 2010

Contenu de la présentation:

- Comment diagnostiquer la cirrhose du foie: bilan de base et bilan du spécialiste.
- Histoire naturelle de la cirrhose.
- Prise en charge médicale.
- **Cirrhose et chirurgie en deux mots.**

Risque opératoire f(Child-Score)

100 patients, chirurgie abdominale (1984)

• Mortalité de **10% Child A, 31% Child B et 76% Child C**

138 patients, chirurgie abdominale (2011)

• Mortalité de **10% Child A, 17% Child B et 63% Child C**

Les complications sont: infections, saignements, décompensations hépatiques...

Type de chirurgie

- **Abdominale:** cholécystectomie, résection gastrique, colectomie..
- **Cardiaque:** étude de 44 cas: 12 décompensations hépatiques postopératoires et 7 décès*
- **Résection hépatique:** le risque corrèle avec le HVPG >12, Child ou MELD.
- **Chirurgie en urgence**
- **La transplantation du foie = exception**

*Clin Gastroenterol Hepatol 2004; 2:719

Calculator: Mortality risk in post-operative patients with cirrhosis

MELD Score = $\text{Bilirubin} \times 10 + \text{INR} \times 9.57 + \log_{10}(\text{Creatinine}) \times 3.78 + 6.39$

Inputs:

- Age: 55
- ASA Class: Class 3: Systemic disease with significant functional limitation
- Bilirubin: 1 mg/dL
- Creatinine: 1 mg/dL
- INR: 2.0
- Cirrhosis Etiology: Alcohol or cholestatic

Results:

- MELD Score: 18
- Mortality 7 Days: 1%
- Mortality 30 Days: 2%
- Mortality 90 Days: 1%

Notes:

- This is the original version of the MELD score as developed by investigators at Mayo Clinic. A number of modifications have been made by UNOS to its model for its implementation in organ allocation for liver transplantation. UNOS has set a minimum MELD score of 6 and a maximum score of 40.
- The original version of the MELD score should only be used in patients who are ≥ 12 years of age.
- This calculator predicts early and late mortality in patients with cirrhosis undergoing major surgery.
- In patients, patients with cirrhosis must have an ASA Class of 3 or more.
- Patients with ASA Class of 3 should not undergo surgery.

References:

1. Tek SK, Nagorney DM, Stevens DR, et al. Risk factors for mortality after surgery in patients with cirrhosis. Gastroenterology 2007 Apr;132(4):1281-9. Epub 2007 Jan 25.

Facteurs modifiables

Anémie
 Ascite
 Coagulation
 Hypoalbuminémie
 Infections
 Malnutrition
 Hypertension portale
 Insuffisance rénale
 Traitement de la maladie de base

Contenu de la présentation:

- Comment diagnostiquer la cirrhose du foie: bilan de base et bilan du spécialiste.
- Histoire naturelle de la cirrhose.
- Prise en charge médicale.
- **Cirrhose et chirurgie en deux mots.**