

Décompensation de cirrhose : réflexes thérapeutiques et diagnostiques

Carine Chagneau

Polyclinique Bordeaux Rive Droite

24/11/22

Qu'est ce qu'une cirrhose décompensée?

- Événements qui définissent une cirrhose décompensée
 - Encéphalopathie hépatique
 - Ascite ou épanchement pleural
 - Rupture de varice oeso-gastrique (non traité)

Cas clinique

- Mr D 49 ans adressé aux urgences pour apparition d'une ascite clinique tendue et des OMI.
- ATCD : cirrhose OH Child A sevrée depuis un an avec VO stade 2, PP par carvedilol 12,5mg/j , suivi semestriel
- Température 36°C, douleurs abdominales, diarrhée depuis 2 jours
- Ralentissement idéomoteur avec un flapping trémor (grade 1)
- OH 50g/j, Tabac 10cg/j, BMI 20kg/m², amyotrophie des bras et du tronc
- TP 50%, Plaquettes 90 000, CRP 20, GB 10 000, ASAT 2N, ALAT 1.2N, **Bili totale 60 umol/l**, Bili libre 20umol/l, bili Conjuguée 40umol/l, Albumine 30g, **Hb 12g** , VGM 110, **créatinémie 100 umol/l**

Cas clinique

- Forte suspicion ILA avec EH de grade 1
- Aggravation de la cirrhose, CHILD C11 avec DOA et ictère modéré

Événements qui favorisent une décompensation de cirrhose

- Infection bactérienne
- Ictère
- Ascite : thrombose porte, hépatocarcinome (CHC)

Bilan bactériologique

- Hypothermie fréquente chez le cirrhotique, translocation bactérienne à BGN-
- Hémocultures aérobie/ anaérobie
- ECBU
- Coproculture +/- recherche de clostridium
- PA exploratrice avec cytologie (nb de GB et PNN , ILA si PNN>250), asciculture, taux de protides et anapath car 1ère DOA
- RP face
- Examen cutané attentif
 - ILA car SC d'ILA et PNN dans ascite. 500 , protides 15g

. Bacterial infections are common in patients with decompensated cirrhosis and may cause further decompensation. (A1) 96%

. In all patients with decompensation, bacterial infections should be ruled out. The minimal work up for infections should include: diagnostic paracentesis, chest X-ray, cultures of blood, ascites and urine, and skin examination. (A1) 100%

Traitement de l'infection du liquide d'ascite

- ILA est d'autant plus fréquente que le taux de protides dans l'ascite est bas <15g et plus si <10g
- **Ne pas faire de PA évacuatrice si suspicion d'ILA car**
 - Risque d'hypovolémie et de SHR
 - Ce d'autant que le patient a une créatinémie augmentée à 100 umol/l
 - Il est sous BB- à arrêter temporairement car risque de majoration de l'hypoperfusion rénale
 - Si gêne respiratoire marquée par Sd restrictif secondaire à l'ascite, évacuer maximum 3l
- Antibiothérapie par céphalosporine de 3^{ème} génération pdt 5-7 jours
 - Faire nouvelle PA exploratrice à H48 pour vérifier l'efficacité du TTT
- Albumine 20% IV 1g/kg à J1 et 0,5g/Kg à J3

Traitement de l'ILA

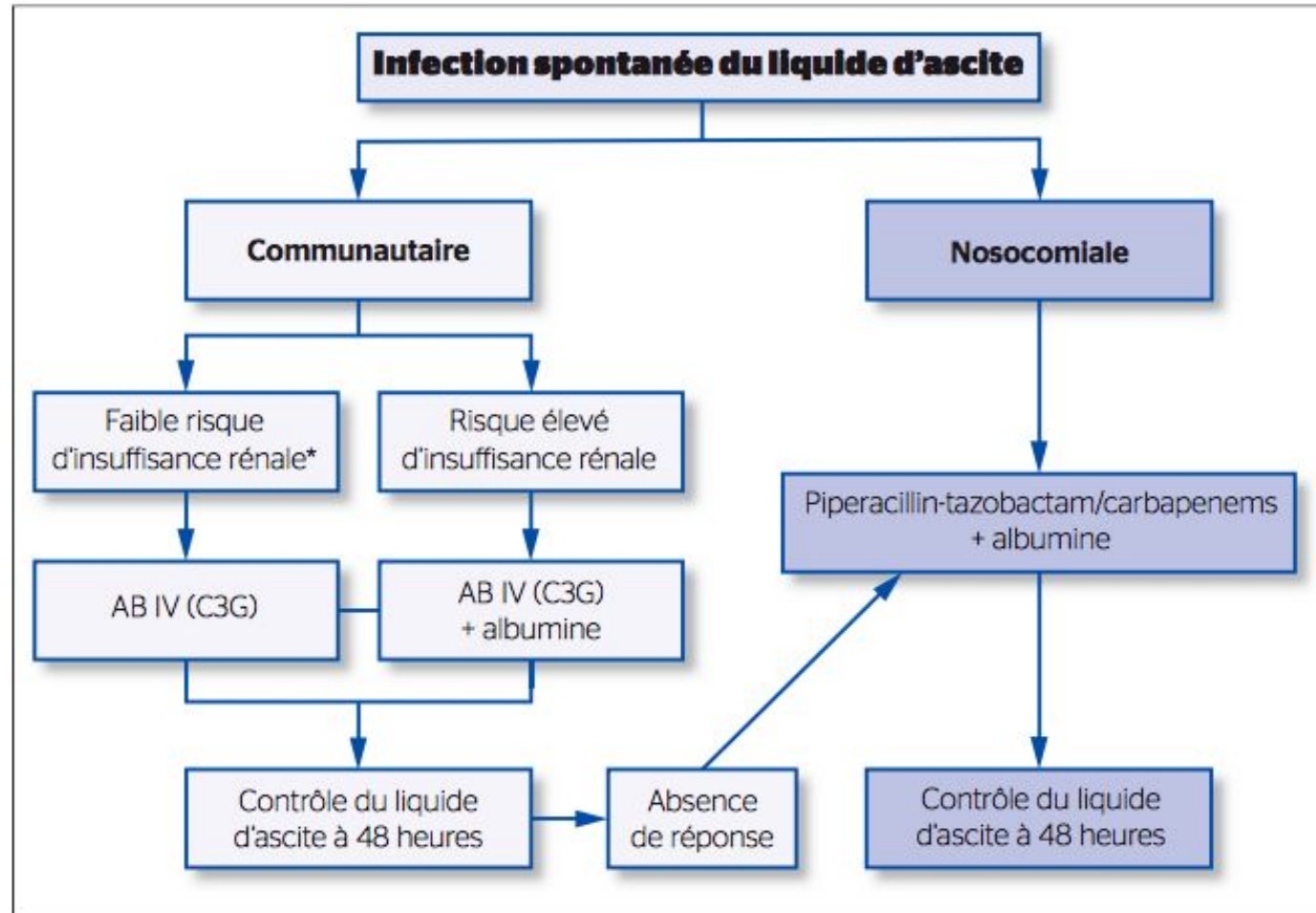


Figure 1. Prise en charge thérapeutique d'une infection spontanée du liquide d'ascite

* Bilirubinémie inférieure à 68,4 $\mu\text{mol/L}$ et créatininémie inférieure à 88,4 $\mu\text{mol/L}$.

ILA : critères prédictifs de mortalité

- IHC avec bilitotale > 68 $\mu\text{mol/l}$
- IR associée à une urée > 10,7 mmol/l et creat >105 $\mu\text{mol/l}$
- Infection nosocomiale
- Sepsis sévère avec hémocultures positives
- Un état de choc

Ictère et cirrhose décompensée: que rechercher?

- Toute infection bactérienne peut entraîner une décompensation ictérique
- HAA , score de Maddrey à calculer à l'entrée et quelques jours après début de l'antibiothérapie, si >32 envisager TTT HAA par corticothérapie si confirmée à la PBHTJ
- Infection virale ex VHE, VHA, etc (à rechercher si pas d'ILA)
- Toxicité médicamenteuse ex amoxicilline et acide clavulanique

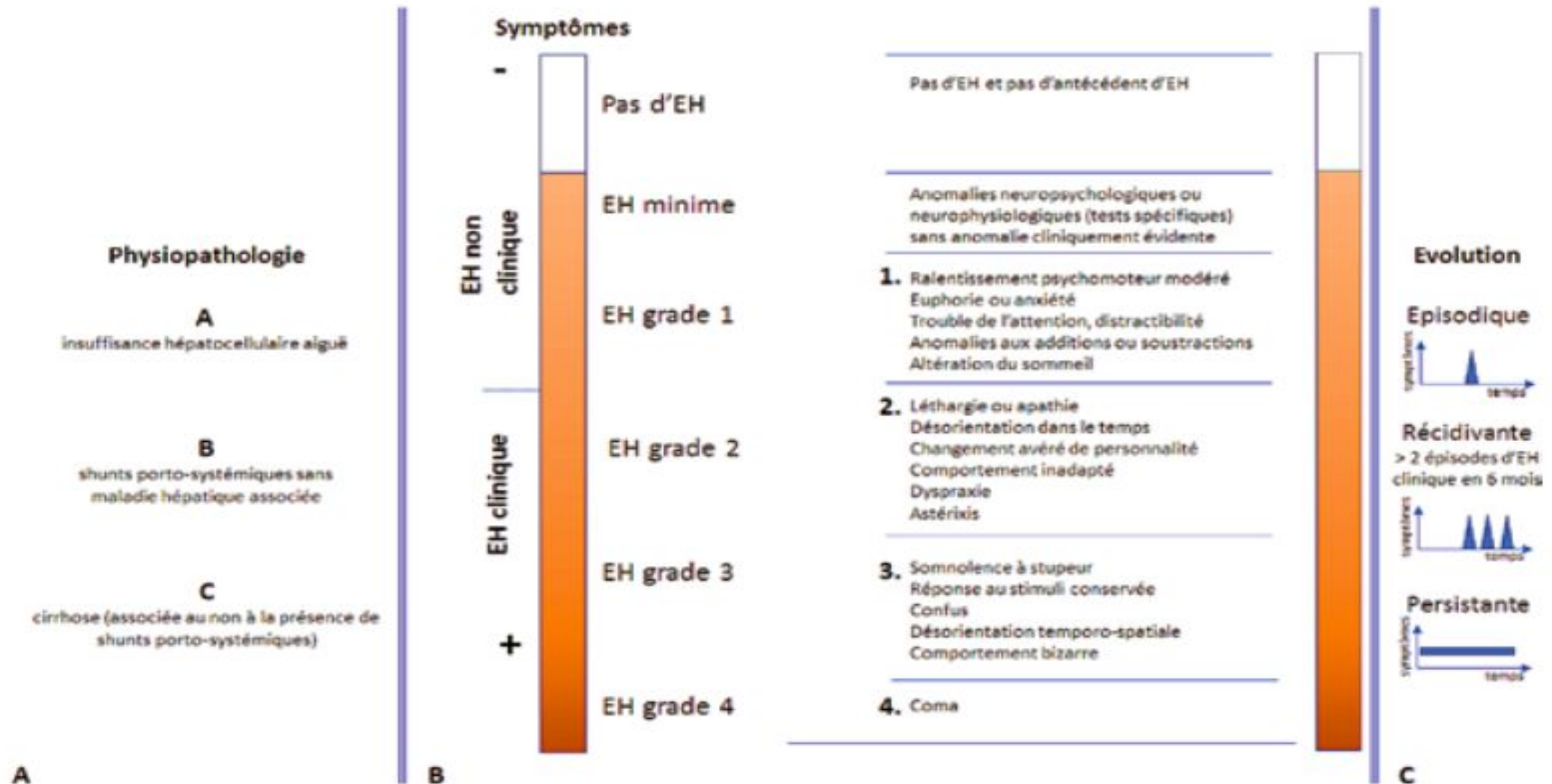
5.12 “Superimposed liver damage, such as (acute) alcoholic hepatitis, acute viral hepatitis or drug induced liver injury can precipitate decompensation.” A1

Baveno VII

Diagnostic de l'encéphalopathie hépatique

- Clinique (échelle de West Haven, test d'énumération des animaux)
- Dosage ammoniémie (à faire si doute diagnostic différentiel)
 - Si ammoniémie normale chez un cirrhotique avec encéphalopathie , le diagnostic EH est éliminé
- Imagerie cérébrale TDM, IRM si 1^{er} épisode d'EH , éliminer diagnostic différentiel
- Rechercher facteurs précipitants
 - Prise de somnifères ex BZD, limiter les IPP
 - Troubles ioniques insuffisance rénale, hyponatrémie, hypercapnie
 - **Infections bactériennes** , virales ex ILA

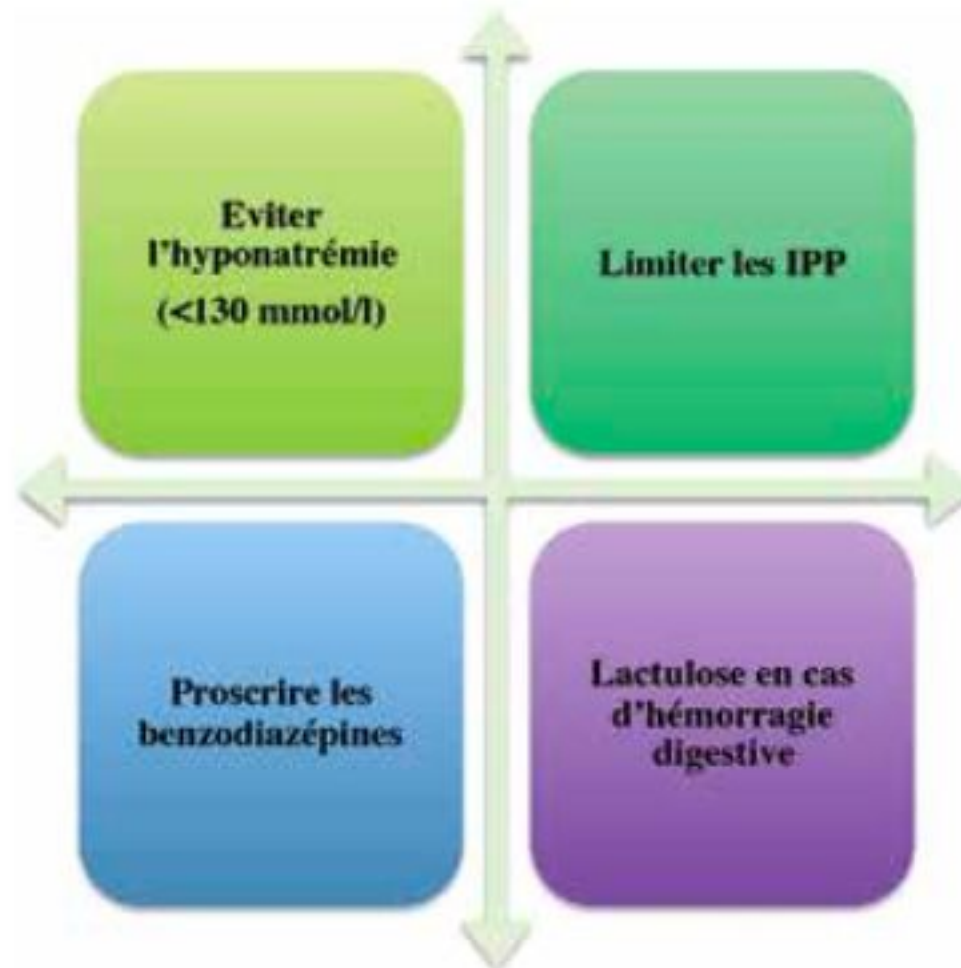
Classification clinique de l'encéphalopathie hépatique : Echelle de West Haven



Comment réaliser un test d'énumération des animaux ?

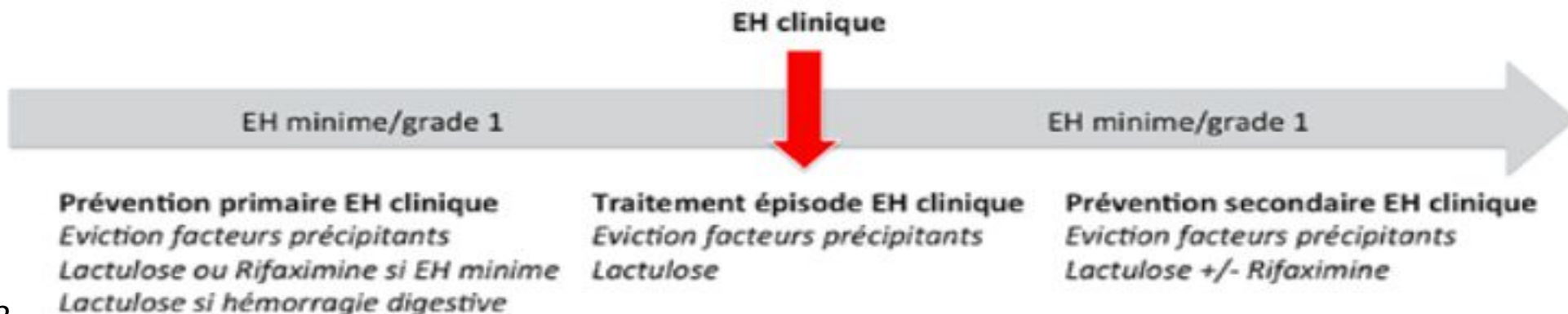
Temps nécessaire	2 minutes
Matériel nécessaire	Papier, stylo, chronomètre
Consignes	« Vous allez énumérer le plus grand nombre d'animaux en une minute, vous débutez à mon top »
Interprétation	Les experts suggèrent de placer une limite à 20 noms d'animaux en 1 min. En dessous, l'existence d'une EH minime est probable.

Prévention primaire: éviction des facteurs favorisants lors d'une HD



Traitement de l'encéphalopathie hépatique

- Lactulose per os ou lavement
- Si HD prophylaxie primaire de l'EH par lactulose
- Le traitement d'une EH minime est une Prophylaxie primaire
- Si échec du lactulose rajout de la rifaximine 1cpX2/j
- Si mauvaise tolérance (diarrhée) rifaximine 1cpX2 par jour
- Rifaximine : délivrance hospitalière, rétrocession



Traitement de l'ascite

- Tout cirrhotique qui fait une première DOA doit bénéficier d'une imagerie doppler hépatique ou TDM injecté à la recherche :
 - Une thrombose portale
 - UN CHC
- Régime sans sel 2-3g par jour
- Diurétiques : spironolactone 75mg/ (300mg/j) +/- furosémide 40 à 160mg/J
- Si ponction évacuatrice compenser au-delà de 5l car risque d'hypovolémie et d'hypoperfusion rénale : dose recommandée 8g d'albumine 20 % par litre d'ascite retirée et ne pas dépasser 100g
- Antibioprophylaxie par fluoroquinolones si ATCD d'ILA (prévention secondaire) ou si taux protides dans ascite <15g (prévention primaire)

Définitions de l'International Ascite Club pour le diagnostic d'ascite réfractaire

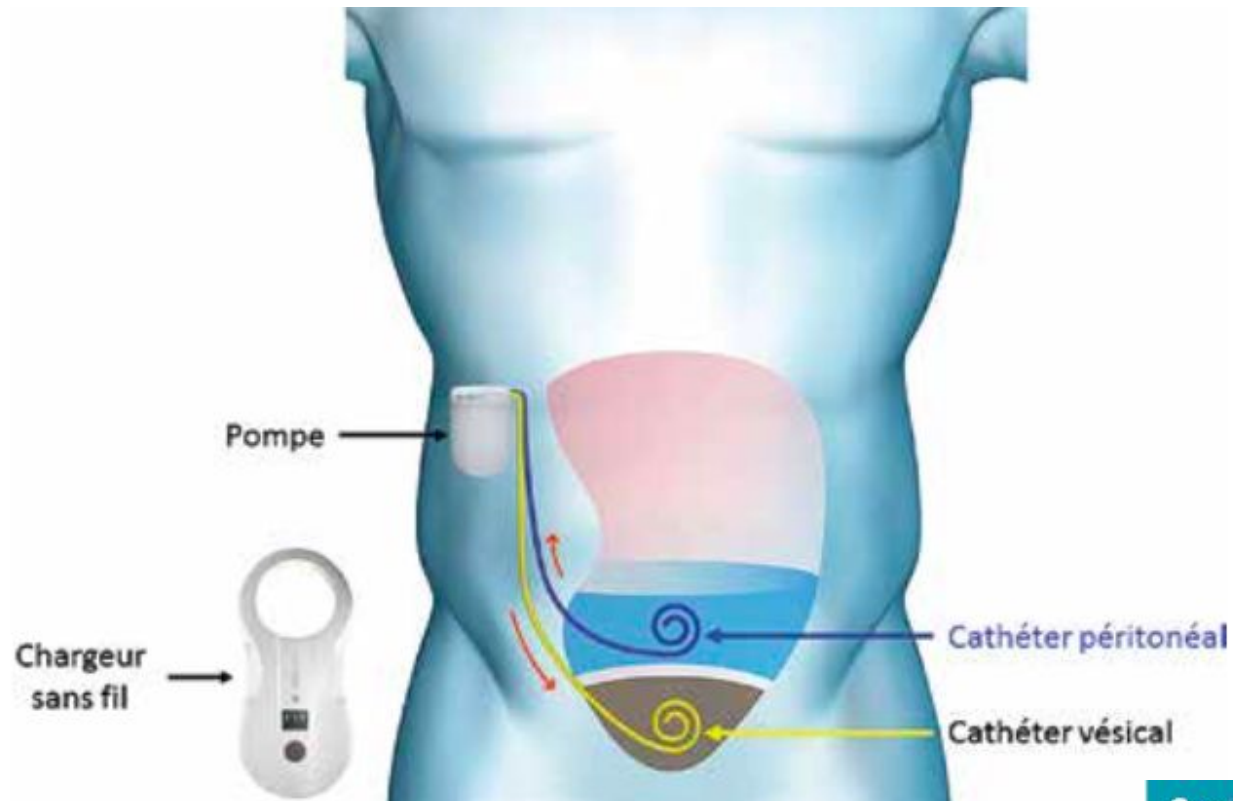
Définition des formes cliniques d'ascite difficile à traiter	
Ascite récidivante	Au moins 3 poussées d'ascite en 1 an, malgré un traitement médical bien conduit
Ascite résistante	Ascite qui ne peut pas être mobilisée ou dont la récurrence précoce ne peut être empêchée en raison d'un manque de réponse à la restriction du sodium alimentaire (< 88 mmol par jour) et un traitement diurétique intensif (spironolactone 400 mg/jour et furosémide à 160 mg/jour)
Ascite intraitable	Ascite qui ne peut pas être mobilisée ou dont la récurrence précoce ne peut être évitée en raison du développement de complications qui empêchent l'utilisation d'une dose efficace de diurétique
Évaluation de la réponse aux diurétiques	
Réponse	Sur une semaine de traitement diurétique maximal Perte de 0,8 kg par jour sur 4 jours ou diurèse sodée
Récurrence précoce	Récurrence d'ascite de grade 2 ou 3 moins de 4 semaines après la mobilisation
Complications induites par les diurétiques	
Encéphalopathie	Apparition d'encéphalopathie en l'absence d'autre facteur favorisant
Insuffisance rénale	Augmentation de la créatinine sérique >100 % de la valeur initiale ou >177 µmol/L, en l'absence d'autre cause
Hyponatrémie	Baisse de la natrémie <10 mmol/l ou <125 mmol/L
Hypo ou hyperkaliémie	Baisse de la kaliémie <3 mmol/l ou >6 mmol/l en l'absence d'autre cause
Crampes	Crampes invalidantes

Traitement de l'ascite réfractaire : TIPS

Facteurs de bon et de mauvais pronostic après mise en place d'un TIPS pour ascite réfractaire

Facteurs de bon pronostic	Facteurs de mauvais pronostic	Contre-indications
Âge <70 ans Ascite récidivante Cirrhose Child-Pugh B MELD < 15 Plaquettes > 75 x 10 ⁹ /L + bilirubine < 50 µmol/L Ascite riche en protides	Age > 70 ans Ascite réfractaire Cirrhose Child-Pugh C MELD > 15 Plaquettes < 75 x 10 ⁹ /L et/ou bilirubine >50 µmol/L Sarcopénie Insuffisance rénale	Insuffisance cardiaque Hypertension artérielle pulmonaire Infection non contrôlée MELD > 18 Encéphalopathie hépatique

Traitement de l'ascite réfractaire : Alfapump



Contre-indications

Troubles sévères de l'hémostase

Thrombopénie sévère

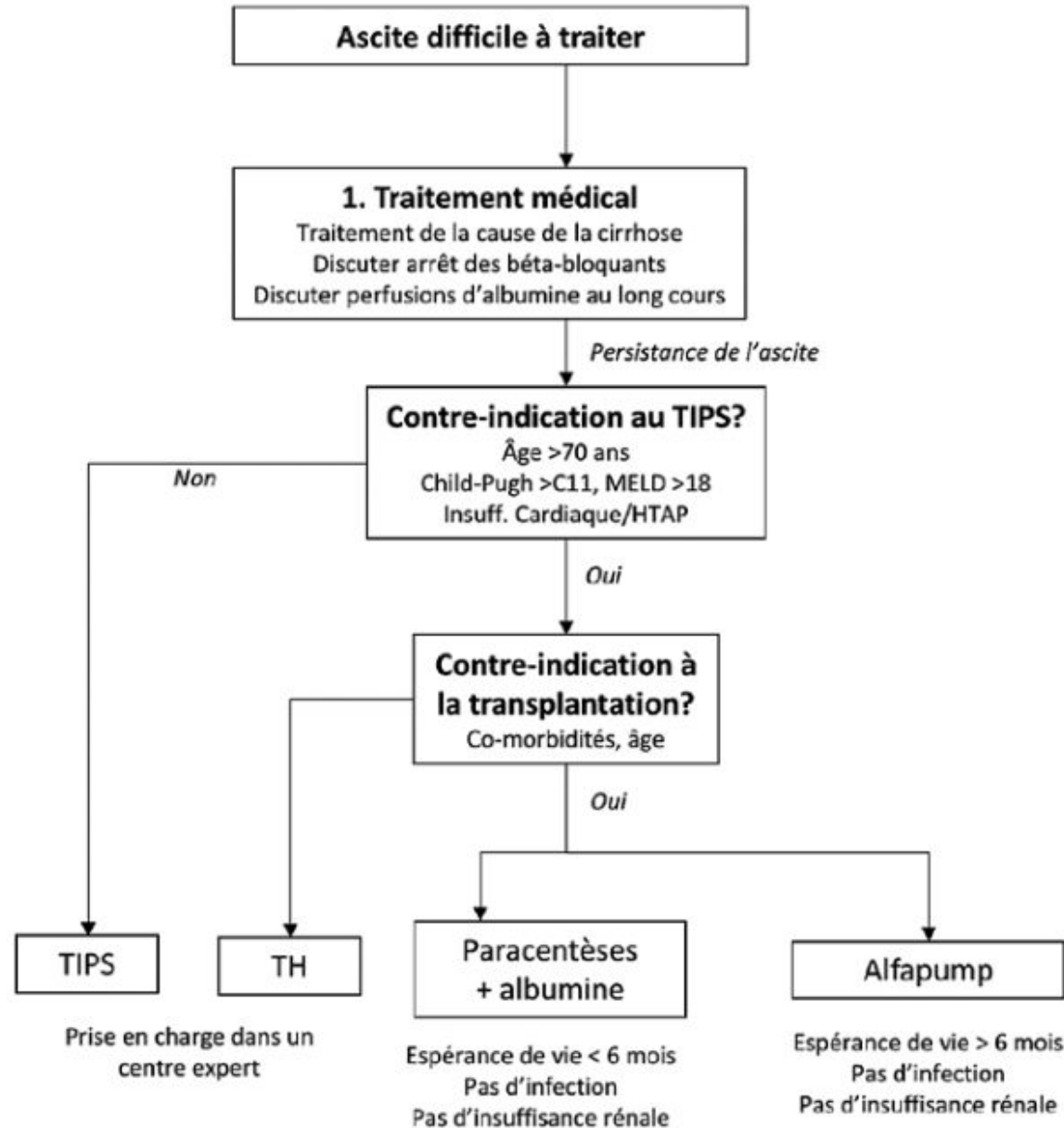
Maladie urologique obstructive

Insuffisance rénale chronique

ATCD d'infection spontanée du liquide d'ascite

Ascite cloisonnée

Traitement de l'ascite réfractaire



Conclusion

- Cirrhose décompensée
 - Ascite ou épanchement pleural
 - Encéphalopathie hépatique
 - Hémorragie digestive par rupture de varices
- Facteurs favorisant une décompensation
 - Infection bactérienne +++
 - Ictère

Merci de votre attention