

HGE - Cirrhose

C'est une définition **histologique** : désorganisation globale de l'architecture du foie, avec une fibrose annulaire délimitant des nodules d'hépatocytes en amas, appelés nodules de régénération.

Les 2 stades cirrhose

- **Compensée** : Asymptomatique
- **Décompensée** : Ascite, Ictère, encéphalopathie hépatique et hémorragies digestives

Attention : Le CHC est une complication indépendante des stades de la cirrhose.



Les 2 scores pronostiques

Le **MELD** : **bilirubine**, **INR**, **créatinine** c'est un score continu et uniquement biologique

Le **Child-Pugh** : **encéphalopathie hépatique**, **ascite** et **bilirubine**, **albumine** et **taux de prothrombine**.

C'est un score discontinu, clinique et biologique

2 grands types de signes à l'examen clinique Il faut bien les différencier

Signes d'insuffisance hépato-cellulaire

- angiomes stellaires
- érythrose palmaire
- ongles blancs
- *foetor hepaticus* (haleine de pomme pourrie)
- troubles de la conscience, inversion du cycle nyctéméral, astérisis
- Hypogonadisme

Signes d'hypertension portale

- **circulation veineuse collatérale** par dilatation des veines sous cutanées abdominales.
- **splénomégalie**

Autres signes en faveur d'une cirrhose

A la palpation un foie ferme/dur avec un bord inférieur irrégulier : "**tranchant**", et de **l'ascite**

4 étiologies fréquentes

- Consommation excessive d'alcool
- Stéatopathie métabolique
- Hépatite **chronique C**
- Hémochromatose génétique

6 autres causes moins fréquentes : cholangite biliaire primitive, cholangite sclérosante primitive, hépatite auto-immune, cirrhose biliaire secondaire, hépatite chronique B-delta, syndrome de Budd-Chiari

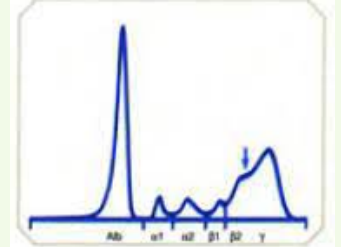
4 complications de la cirrhose

- Hémorragies digestives par ruptures de varices oesophagiennes
- Infection spontanée du liquide d'ascite
- Encéphalopathie hépatique
- Syndrome hépatrénal

Examens paracliniques

Biologie

- Bio hépatique (ASAT, ALAT, bilirubine totale, gamma-GT, PAL) ce bilan est **parfois normal**
On recherche aussi les facteurs de coagulation, les Ac anti VHC, et Ag et Ac anti VHB, un bilan métabolique (HDL, LDL, cholestérol total, glycémie), une électrophorèse des protéines sériques.
- Marqueurs témoins de l'insuffisance hépatique :
 - diminution des facteurs de coagulation (TP et facteur V)
 - élévation de l'INR
 - diminution de l'albuminémie
 - élévation de la bilirubinémie
- Marqueurs témoins de l'hypersplénisme causé par l'hypertension portale :
 - thrombopénies +++
 - anémie et leucopénies moins fréquentes
- Dans la cirrhose alcoolique :
 - Macrocytose
 - À l'EPP : un bloc β - γ globulines (on a une fusion des pics β et γ à l'électrophorèse).
- Rmq: coeff de saturation de la transferrine peut être augmenté comme dans toute maladie du foie active



Imagerie

- Echo Doppler abdominale en première intention.
Irrégularité des contours du foie avec dysmorphie et une splénomégalie.
- Elastométrie = FibroScan
> 12.5 kPa forte suspicion de cirrhose
> 20 kPa fort risque de ruptures de varices oesophagiennes

Attention la ponction biopsie rénale n'est pas nécessaire.

Traitement

Dans la cirrhose compensée : prévenir les complications

Dans la cirrhose décompensée : traitement des complications et objectif de retour à un stade cirrhose compensée ; traitement de l'étiologie (*ex: traitement antiviral, arrêt de l'alcool...*).

- ascite : ponction, perfusion d'albumine, régime hyposodé, diurétiques
- ruptures de varices oesophagiennes : **en réa ou soins intensifs!** ATB, endoscopie et traitement vasoactif
- encéphalopathie hépatique : lactulose +/- rifaximine et SNG si besoin
- syndrome hépato-rénal : traitement vasoconstricteur et perfusions d'albumine

Point sur les ruptures de varices oesophagiennes

Les signes cliniques :

- extériorisation des saignements (**hématémèse, méléna** voir **réctorragies** si saignement ++)
 - pâleur cutanéomuqueuse, tachycardie
- si hémorragie massive: hypotension voir état de choc

Faire une biologie

- **Transfusion si Hb < 7 g/dL**
- Ht mesurée précocement peut sous estimer la gravité de l'hémorragie.

La prise en charge immédiate :

- **Transfert le patient en soins intensif ou réanimation et poser 2 voies veineuses périphériques si hémorragie massive.**
 - *Traitement vasoactif* pour réduire la pression portale en urgence
 - *Antibiothérapie 7 jours*
 - *Endoscopie digestive (gastroscopie)*
- On donne de l'érythromycine pour la vidange
ATTENTION contre indiqué si QT long à l'ECG.