

BAVENO IV. LE POINT SUR L'HYPERTENSION PORTABLE.

Docteur Nicolas CARBONELL – Hôpital Saint-antoine, Paris.

Au cours des vingt dernières années, la prise en charge des patients cirrhotiques avec rupture de varices oesophagiennes s'est enrichie de nombreux traitements : les médicaments vasoactifs, les traitements endoscopiques, l'antibioprophylaxie et une meilleure réanimation de manière générale. Parallèlement à ces avancées thérapeutiques, la mortalité hospitalière de ces hémorragies digestives a diminué de 42 %, en 1980 à 14 % en 2000 d'après l'étude de l'hôpital Saint Antoine (1). En 1990 un petit groupe d'experts (une trentaine) décide de se réunir à Baveno, au bord du lac Majeur en Italie, pour définir la place de ces traitements et homogénéiser la prise en charge de ces malades afin de pouvoir comparer les résultats des différents essais cliniques réalisés de part le monde. Ces mêmes experts, plus d'autres (ils y avaient plus de 500 participants à la conférence de Baveno IV en 2005 !) décident de se retrouver tous les 5 ans au même endroit pour faire évoluer leurs recommandations à la lumière des nouvelles connaissances.

1 Définitions :

-Echec du contrôle de l'hémorragie : vers une simplification !

Un des critères suivant défini l'échec du contrôle de l'hémorragie initiale (<120h) :

- Hématémèse >2h après le début du traitement spécifique ou endothérapie ou aspiration >100ml de sang frais par la sonde gastrique si elle est en place.
- Baisse de l'hémoglobine >3 g/dl (ou baisse de l'hématocrite >9%) en l'absence de transfusion.
- Décès
- Adjusted blood transfusion requirement index (ABRI) > 0.75.

ABRI= Nombre de culot globulaire/ (hématocrite finale – hématocrite initiale)+0.01

Hématocrite/6h pendant 48h puis Ht/12h jusqu'à H120

L'objectif transfusionnel visant une hématocrite à 24% ou une hémoglobine à 8g/dl.

-Récidive hémorragique

- Hématémèse ou méléna
- ABRI > 0.5
- Baisse de l'hémoglobine > 3g/dl en l'absence de transfusion

2 Traitement de l'hémorragie aigue :

Facteurs pronostiques : il n'existe pas de modèle adéquat pour prédire l'évolution. Le score de Child, l'hémorragie active, un gradient porto-sushépatique élevé, une infection, une insuffisance rénale, un choc ou une thrombose porte avec CHC sont des facteurs de mauvais pronostic.

Remplissage vasculaire : expansion volémique prudente pour maintenir une stabilité hémodynamique, transfusion pour maintenir l'hémoglobine à 8g/dl (à pondérer en fonction du terrain sous jacent)

Pas de recommandation concernant les facteurs de coagulation.

Antibioprophylaxie : systématique et mise en route le plus tôt possible

Prévention de l'encéphalopathie : traitement par lactulose (avis d'experts)

Traitement endoscopique : l'endoscopie doit être faite dès que possible dans les 12 premières heures, ce d'autant qu'il existe une hémorragie active. Le traitement de choix est la ligature élastique voir une sclérose si la ligature paraît difficile. L'obturation à la colle est recommandée pour les varices gastriques. Le traitement endoscopique est au mieux combiné au traitement pharmacologique initié le plus tôt possible avant l'endoscopie.

Traitement vasoactif : il doit démarrer le plus tôt possible sans attendre la confirmation endoscopique. Le traitement par terlipressine ou somatostatine ou ses dérivés est au choix, maintenu pour 2 à 5 jours.

En cas d'échec du traitement : second traitement endoscopique ou TIPS.

Docteur Nicolas CARBONELL
Service d'Hépatologie
Hôpital Saint Antoine
184, rue du Faubourg Saint- Antoine
75751 PARIS CEDEX 12