

**Mme A...**

**ARLIX Audrey  
CHU TOULOUSE**

# Mme A...

40 ans

Découverte d'une cirrhose en 03/2004 devant une 1<sup>ère</sup> DOA

Clinique : CVC, ascite, ictere, angiomes stellaires, érythrose palmaire

Biologie : Hb :10,2 g/dl TP : 65% Plaquettes :114 000 / mm<sup>3</sup>

Albumine : 22g/l Crétatrine : 58 µmol/l

Bilirubine : 29 µmol/l ASAT :117UI ALAT:56UI

 **CHILD B9**

# Mme A...

- Interrogatoire : consommation d'alcool ~ 80 g /j.
- Liquide d'ascite : protides à 9 g/l , PNN à 46/mm<sup>3</sup>
- Sérologies virales B et C : négatives
- Bilan auto immun : négatif
- **Echo-Doppler hépatique** : dysmorphie , hépatomégalie stéatosique, absence de CHC et de thrombose porte
- **FOGD** : absence de VO.

Mme A...

Première décompensation  
oédémato-ascitique  
d'une cirrhose d'origine alcoolique

# Mme A...

- Arrêt de l'intoxication alcoolique
- Régime hyposodé (2g/j)
- Traitement diurétique en monothérapie : anti aldostérone  
en 1ère intention : spironolactone 75 mg/j
- Suivi ambulatoire
- Dépistage du CHC
- Prochaine FOGD : dans 2-3 ans

# Mme A...

Août 2005 : 2<sup>ème</sup> DOA

- Absence de sevrage
- CHILD C12
- Ponction d'ascite : pas d'ILA , protides à 9 g/L
- TDM abdominale : dysmorphie hépatique, voies de dérivation porto-systémique, pas de thrombose porte ou de CHC
- FOGD : **VO stade 2**

**Quelle est votre prise en charge ?**

# Prévention primaire VO stade 2

- Bétabloquants en 1ère intention



diminution du risque hémorragique  
de 25 % à 15% à 2 ans

*D'Amico et al, Semin Liv Dis, 1999*

- Ligature endoscopique en 2ème intention
  - aussi efficace
  - + cher
  - réservée aux CI des bétabloquants

# Mme A...

- Introduction d'un traitement par propanolol  
AVLOCARDYL LP® 160 1/jour
- Prise en charge de la DOA
- Pas d'indication à la surveillance endoscopique des VO

# Mme A...

Janvier 2006 : **hématémèse** lors d'une consultation

en rhumatologie pour syndrome du canal carpien

PA à 80/40 mmHg

FC à 90 / min ( $\beta$ -bloquants)

Hémoglobine : 6 g/dl

Quelle est votre suspicion diagnostique et  
votre prise en charge ?

Mme A...

Suspicion d'hémorragie digestive liée à  
l'HTP par rupture de VO

# Prise en charge des hémorragies digestives liées à l'HTP

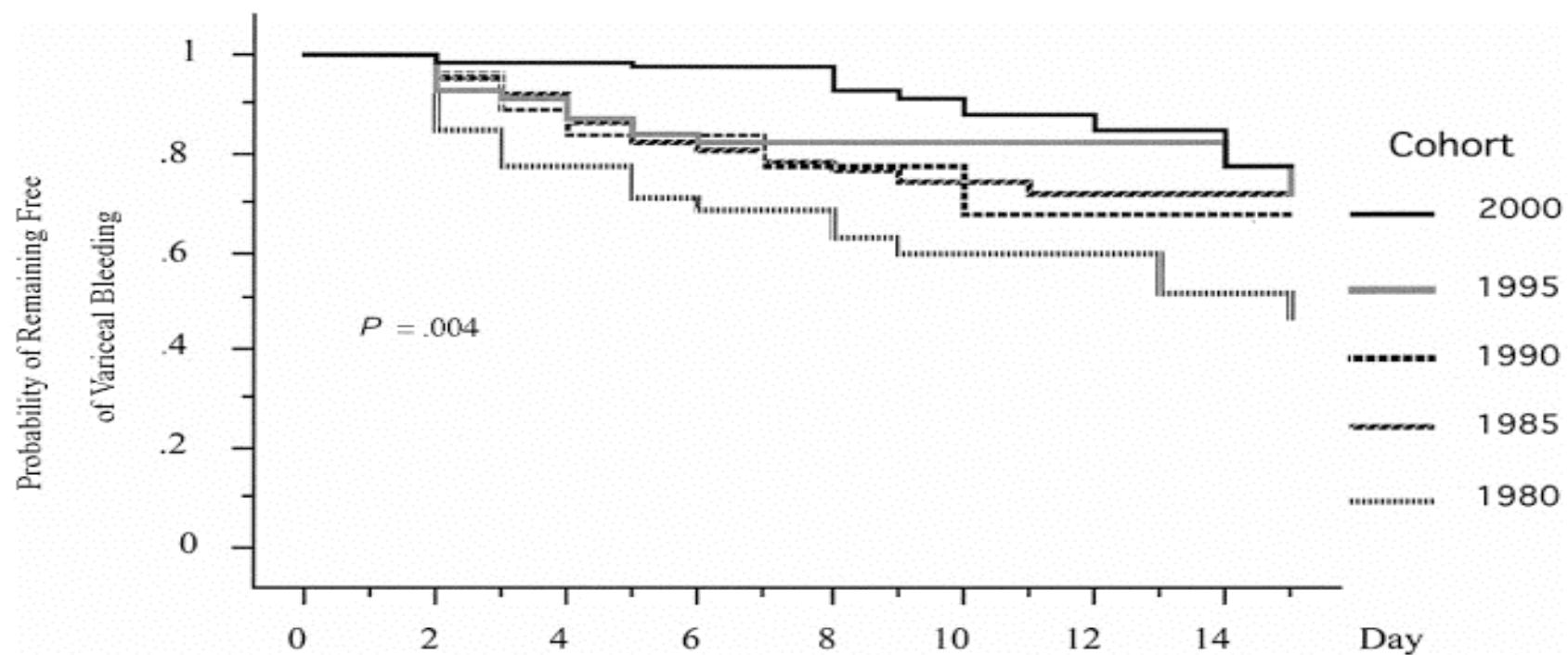
Traitements vasoactifs

Antibiotiques

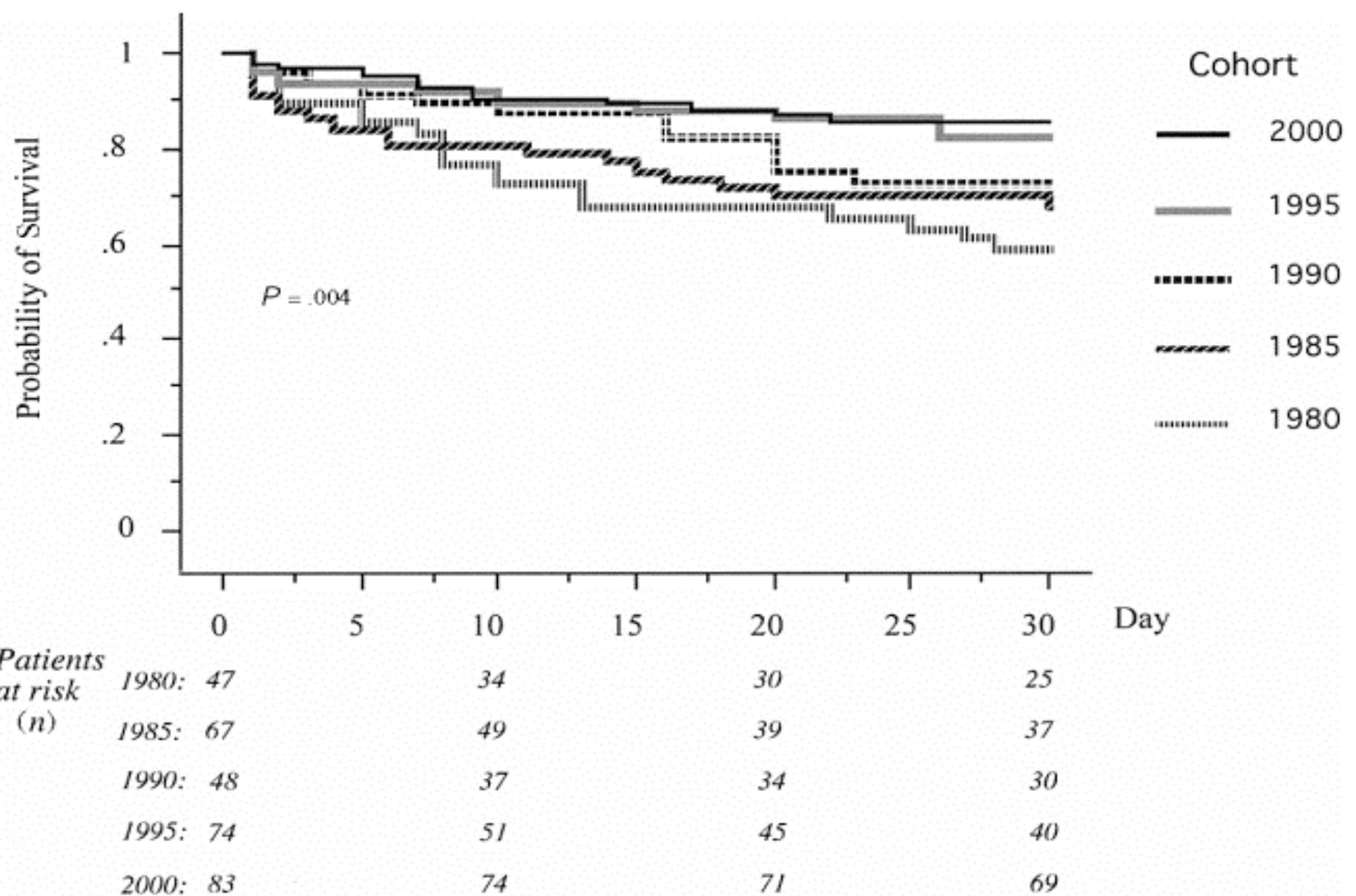
Endoscopie

*Carbonell et al. Hepatology 2004*

- Étude rétrospective concernant la prise en charge des HD par rupture de varices entre 1980 et 2000
  - Diminution de la mortalité : 42 à 14,5% entre 1980 et 2000
  - Cette amélioration de la survie est associée à une diminution :
    - risque de récidive hémorragique (47 à 13%)
    - taux d'infections (38 à 14%)
- Grâce à une prise en charge précoce (<24h), associant traitements pharmacologique, endoscopique et antibioprophylaxie



<i>Patients at risk (n)</i>	0	2	4	6	8	10	12	14
1980: 45	45	34	23			9		
1985: 61		50	36			20		
1990: 46			36	18		10		
1995: 71			60	35		14		
2000: 81			73	45		20		



# Traitements vasoactifs

- Terlipressine
  - 1 à 2 mg en IV /4h
  - CI : ATCD cardio-vasculaires
  - diminution significative de la mortalité : 10% vs 38%
- Soderlung et al. *Gastroenterology* 1990
- Somatostatine
  - Bolus de 250 µg puis 250 µg/h IVSE
- Octréotide
  - Bolus 50 µg puis 25 µg/h IVSE

Dès la suspicion diagnostique , pendant 5 jours

*Conférence de consensus HTP, 2003*

# Traitemen<sup>t</sup> antibiotique

- 25 à 50 % des patients cirrhotiques ont une infection en période hémorragique
- Le risque d'infection bactérienne est corrélé à la gravité de l'IHC.
- L'ANTIBIOPROPHYLAXIE par **quinolones** permet
  - diminution de l'incidence des infections de 32%
  - diminution de la mortalité de 9%

*Soares et al. J Gastroenterol, 2003*

→ norfloxacine 400 mg x 2/ j pdt 7 jours

*Conférence de consensus HTP, 2003*

# Mme A...

- Transfusion de 3 CG → Hte cible : 25 – 30 %
- Stop β-bloquants
- Traitement vasoactif débuté dès la suspicion diagnostique : Somatostatine ®
- Antibioprophylaxie par quinolones : Oflocet ® IV
- Et FOGD une fois stabilisée (2 h après épisode initial)

# FOGD diagnostique



# Les varices gastriques

Classification de Sarin, *Hepatology*, 1992

- GOV 1 : VG en continuité avec VO au dessous de la jonction OG vers la petite courbure
- GOV 2 : VG en continuité avec VO vers le fundus
- IGV 1 : varices gastriques isolées fundiques
- IGV 2 : varices ectopiques au niveau de l'antre , du pylore.

Prévalence des VG : 20%

Mme A...

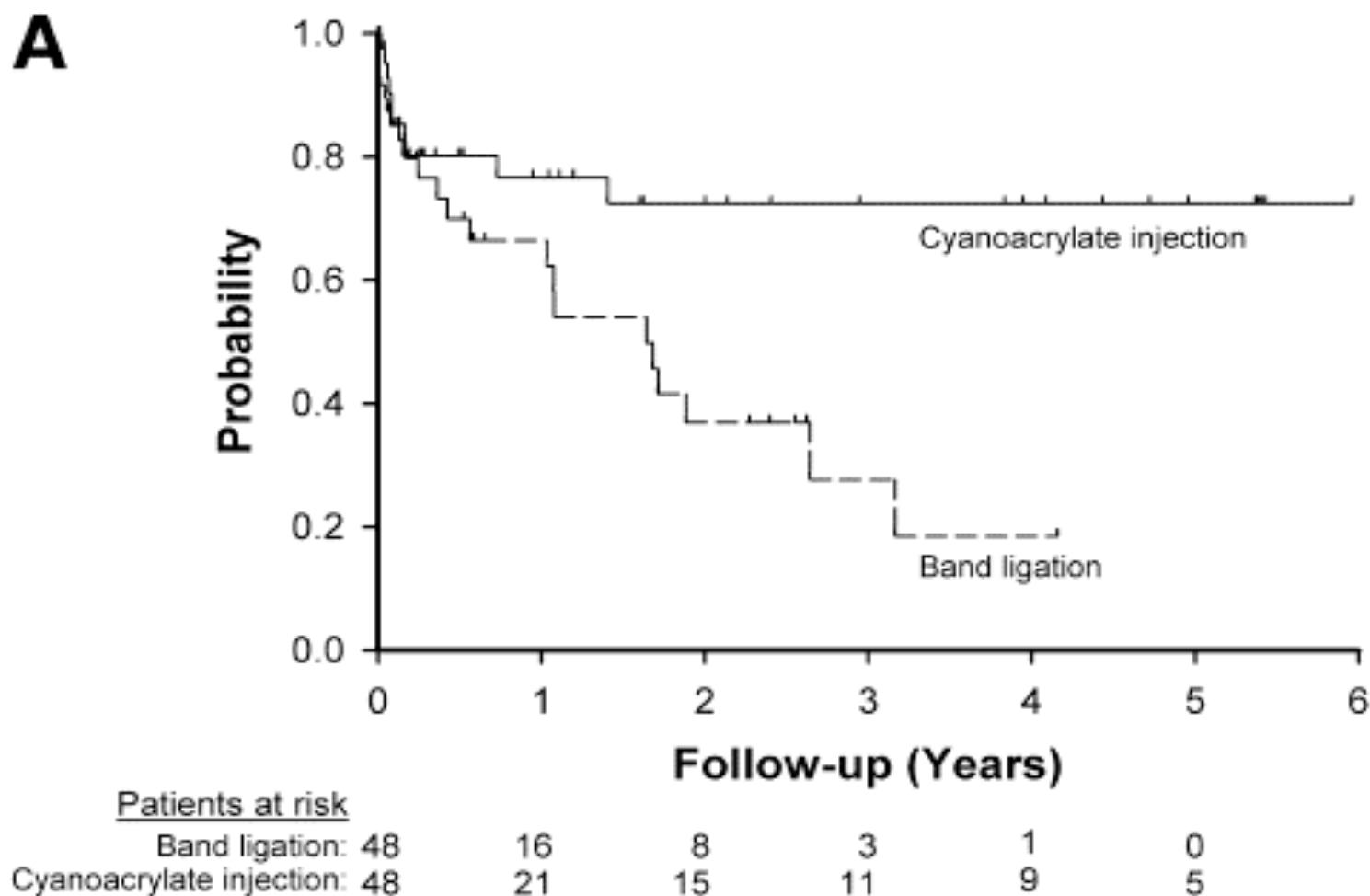
Quelle est votre prise en charge ?

	Ligature n = 48	Colle n=49
Contrôle Hie	14/15	14/15
Récidive Hie	21	11 p = < 0,05

Récidive hémorragique : CHC et TTT

Survie : CHC et Créatinine

Tan et al. *Hepatology* 2006

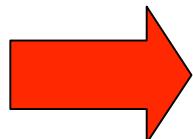


# Mme A...

- **Injection de colle biologique :**

- Histoacryl (N butyl-2-cyanoacrylate + lipiodol)

- 4 cc injectés



- Arrêt du saignement

- **Ligature des VO : pose de 3 élastiques**

Mme A...

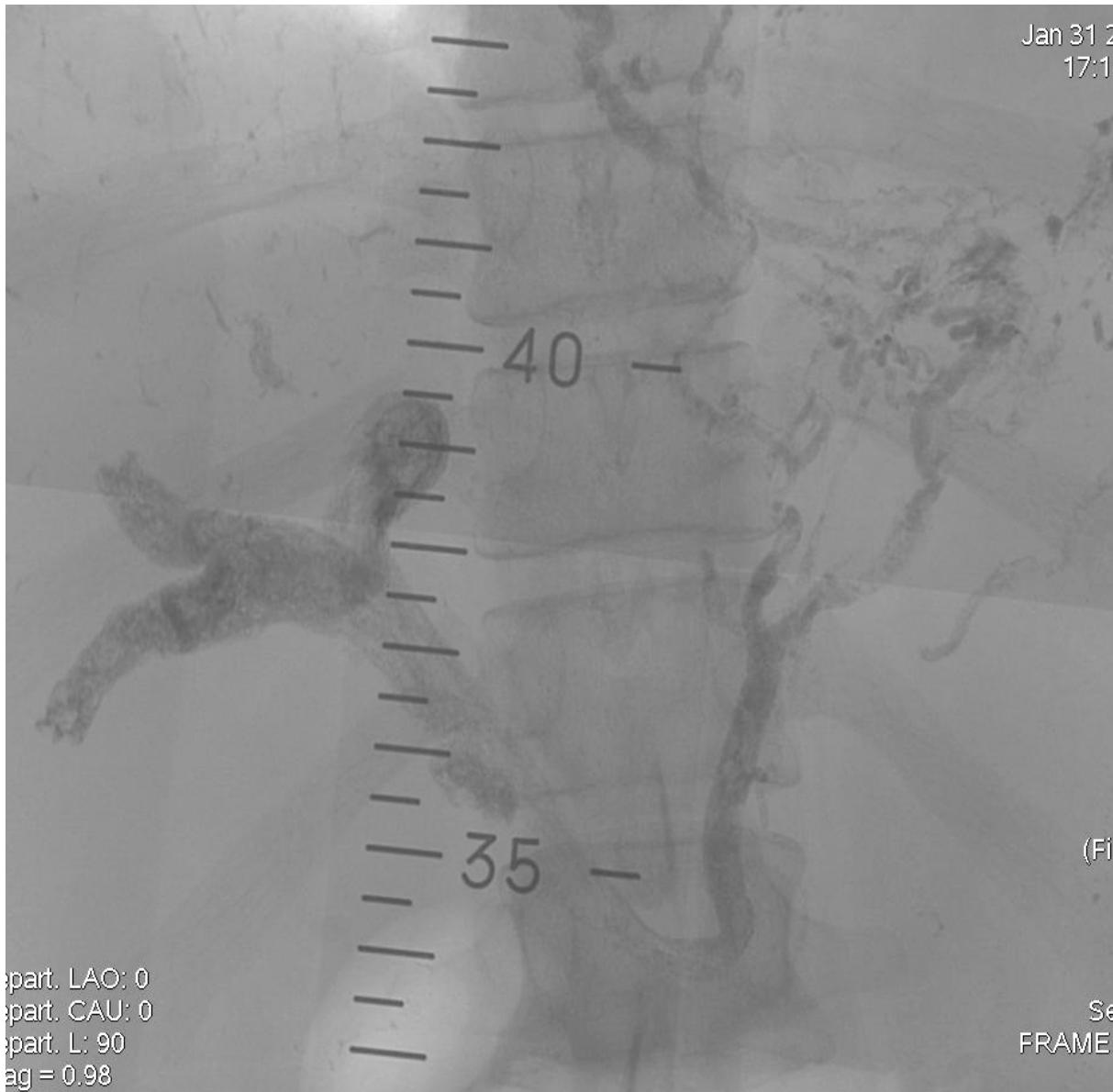
Apparition d'une **récidive hémorragique**  
avec nouveau collapsus

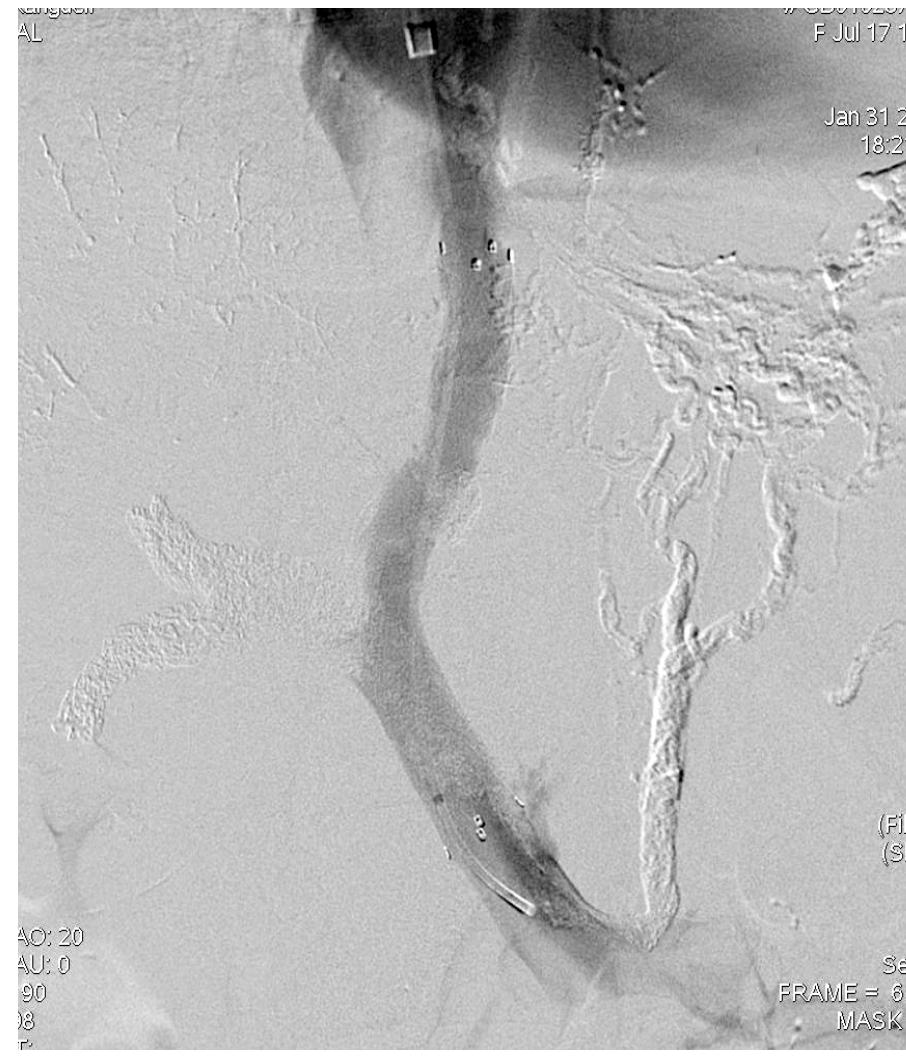
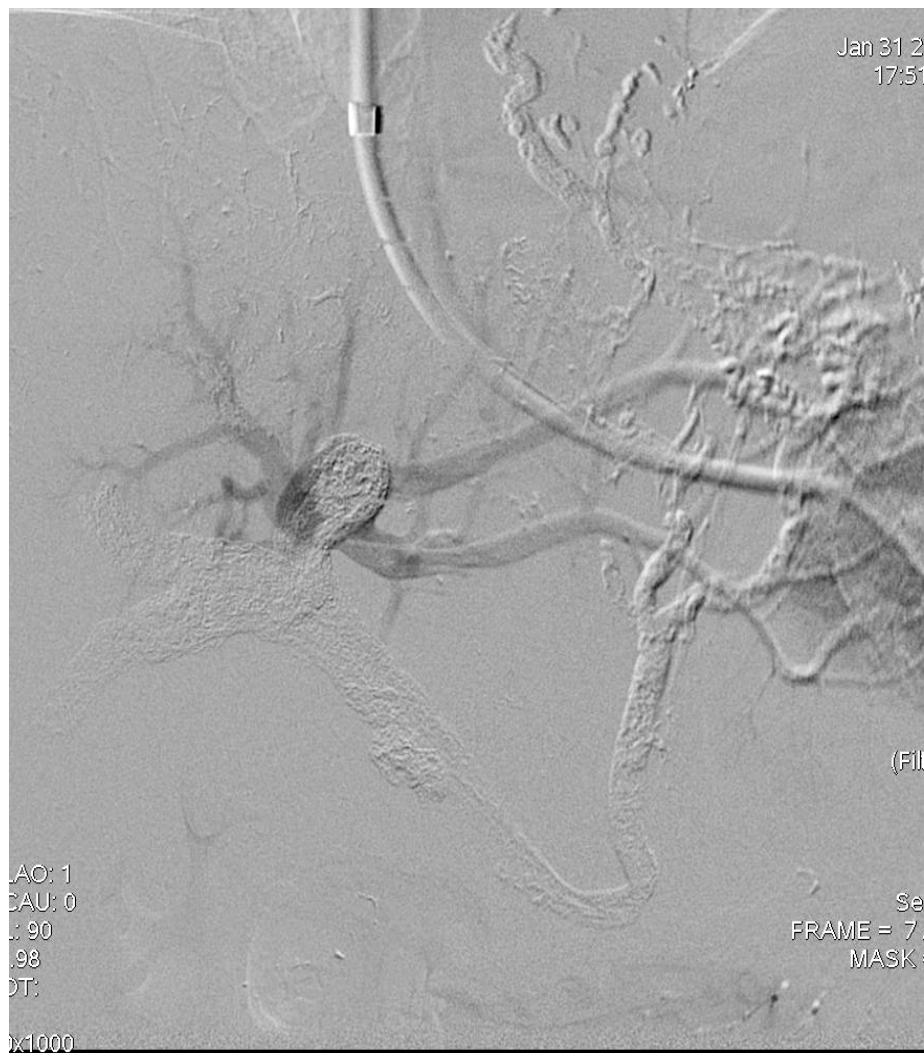
Quelle est votre prise en charge ?

# Traitement de sauvetage TIPS

*Barange et al. Hepatology 1999*

- n = 32
- TIPS pour hémorragie digestive réfractaire sur rupture de VG
- Contrôle de l'Hie chez 90%
- Survie à 1 mois : 75%





# Mme A...

## Le contrôle angiographique du TIPS :

- flux satisfaisant dans le TIPS
- chute du gradient de pressions porto systémiques de 25 à 5 mmHg

Absence de récidive hémorragique dans les suites du TIPS (suivi 4 mois).