

Prise en charge des varices oesophagiennes au cours de la cirrhose

Docteur Nicolas CARBONELL

Service d'hépatologie

HOPITAL SAINT ANTOINE

75012 Paris

En dépit des progrès récents, l'hémorragie digestive par rupture de varices oesophagiennes chez le patient cirrhotique reste grevée d'une forte mortalité : environ 20 % selon les dernières études. La prévention de rupture de varices oesophagiennes reste un point clé de la prise en charge des patients cirrhotiques. Au diagnostic de cirrhose, la prévalence des varices oesophagiennes est d'environ 50 %. On rappelle ici les recommandations concernant le dépistage et la prise en charge de ces varices oesophagiennes à la lumière des données les plus récentes.

Comment dépister les varices en 2006 ?

Avec l'essor des tests non invasifs, de nombreuses équipes ont tenté de prédire la présence de varices chez des patients cirrhotiques. Ainsi, le fibrotest, l'élastométrie, la vidéocapsule ont montré globalement des valeurs prédictives positives et négatives de 80 à 90 % (Thabut Liver international 2006; Kazemi Journal of Hepatology 2006; Frenette AALSD 2006). Giannini et coll. (American Journal of gastroenterology 2006) ont proposé le rapport plaquettes/diamètre de la rate comme test prédictif de la présence de varices oesophagiennes. En utilisant un cut-off à 909 pour le rapport plaquettes/diamètre de la rate, les auteurs ont observé une valeur prédictive positive et négative de 96 et 100 % respectivement. Malheureusement, lorsque ce test a été validé sur une plus large cohorte, incluant des patients dans différents centres, les valeurs prédictives positive et négative étaient respectivement de 76 et 87 %. Ceci signifie que 13 % des patients avec des varices n'auraient pas eu d'endoscopie selon les données du test. Ainsi il semble que la gastroscopie reste l'examen indispensable pour le dépistage des varices oesophagiennes chez tous les patients atteints de cirrhose.

Prévention pré-primaire

La prévention pré-primaire est la prévention de l'apparition des varices oesophagiennes. La dernière conférence de consensus de Baveno 4 en 2005 n'avait pas retenu l'intérêt des bêtabloquants dans cette situation. Il existe désormais 3 études comparant un bêtabloquant à un placebo en prophylaxie pré-primaire. L'une est positive, l'autre négative. La troisième (publiée dans le New England Journal of Medicine en décembre 2005 par Groszmann RJ et coll.) montre une équivalence entre le placebo et le Timolol. Il n'y a donc pas d'argument suffisant pour instaurer un traitement en prophylaxie pré-primaire. Par contre une endoscopie tous les 3 ans ou plus tôt en cas de cirrhose évolutive ou décompensée est recommandée.

Prévention primaire

Plus de 10 essais sont désormais disponibles en prophylaxie primaire de rupture de varices oesophagiennes comparant les bêtabloquants et la ligature endoscopique des varices oesophagiennes. La méta-analyse de ces essais suggère une réduction du nombre d'hémorragies dans le groupe ligatures sans effet sur la mortalité. La survenue d'effets indésirables semble identique quel que soit le traitement choisi en prophylaxie. Dans le dernier essai publié par Jutabha (Gastroenterology 2005), la ligature de varices oesophagiennes apparaissait supérieure aux bêtabloquants en terme de réduction de la récidive hémorragique et de la mortalité. Cet essai a inclus de petits effectifs de patients en raison d'une interruption prématuée liée aux résultats de l'analyse intermédiaire montrant un effet de la ligature sur la réduction de la mortalité.

Prise en charge de l'hémorragie aiguë par rupture de varices oesophagiennes

A la phase aiguë de l'hémorragie, le traitement repose sur les agents vaso-actifs administrés précocément et associés à la ligature élastique endoscopique. Dans une étude, la mise en place d'un TIPS pour prévenir la récidive hémorragique précoce améliorait le pronostic des patients avec une hypertension portale sévère estimée par la mesure du gradient porto-sushépatique (Monescillo A et al. Hepatology 2004). De même, l'administration de facteurs de coagulation, comme le facteur VII activé, pourrait améliorer le contrôle de l'hémorragie dans un sous groupe de patients cirrhotiques avec insuffisance hépatocellulaire sévère. Les résultats de la 2^{ème} étude randomisée européenne seront rendus à l'EASL en 2007.

Prophylaxie secondaire

Après rupture de varices oesophagiennes, une prévention de la récidive hémorragique doit être entreprise. Les bêtabloquants et la ligature endoscopique sont efficaces. L'association des bêtabloquants et des ligatures élastiques est fréquente en pratique courante bien que les essais démontrant la supériorité d'un traitement combiné à une monothérapie soient peu nombreux. En outre, une étude multicentrique récente espagnole suggère l'absence de supériorité d'un traitement combiné par rapport au traitement médicamenteux seul. Il est à noter que dans cette étude le traitement médicamenteux comportait une association de bêtabloquants et de dérivés nitrés (Boston, AASLD 2006).