

SURVEILLANCE D'UNE CIRRHOSE EN 2020

Pr Emiliano Giostra

Gastroentérologie et hépatologie

Transplantation

Diagnostic

Bilan initial

Dépister le CHC

Surveiller l'Hypertension portale

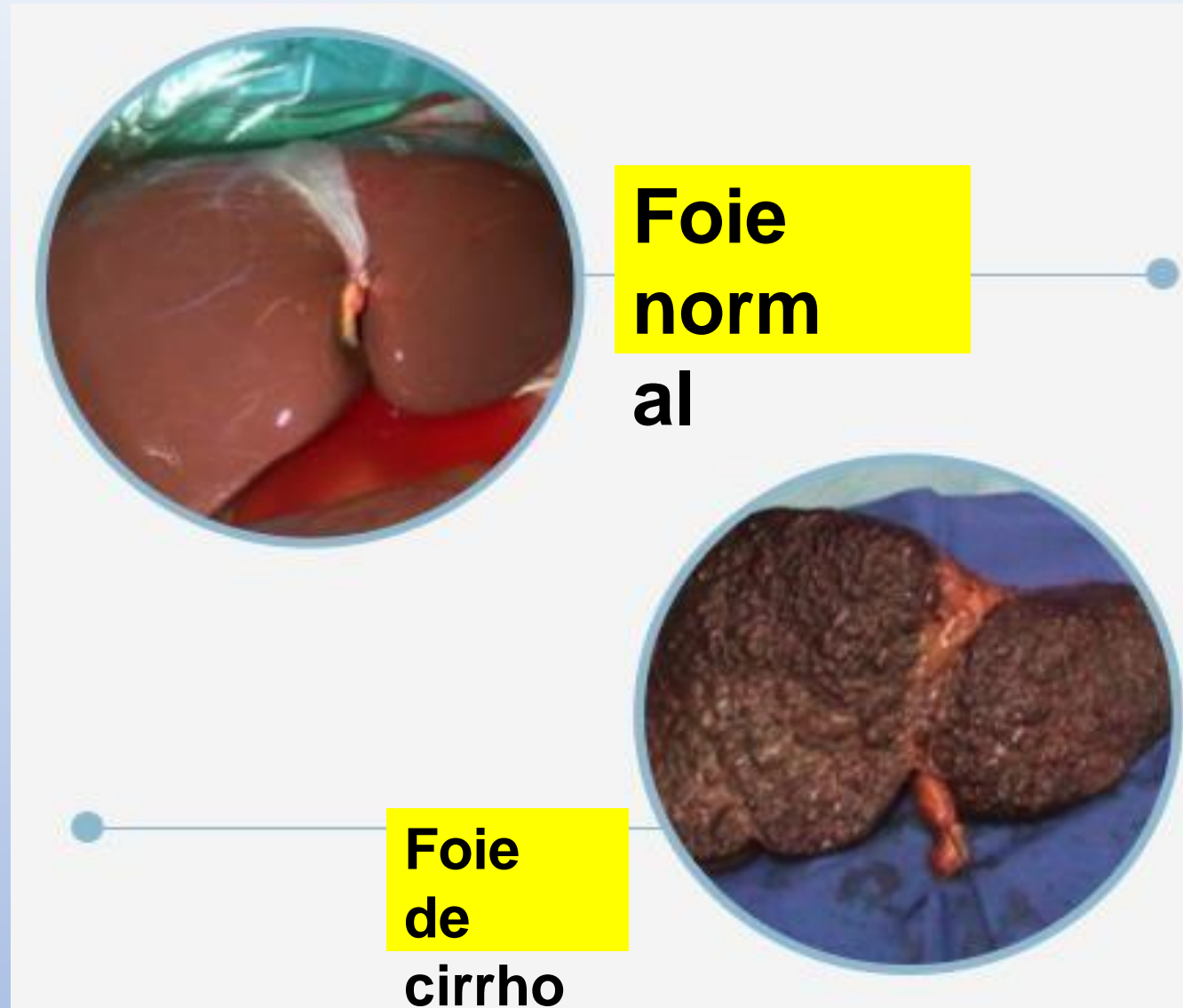
Prévenir les complications

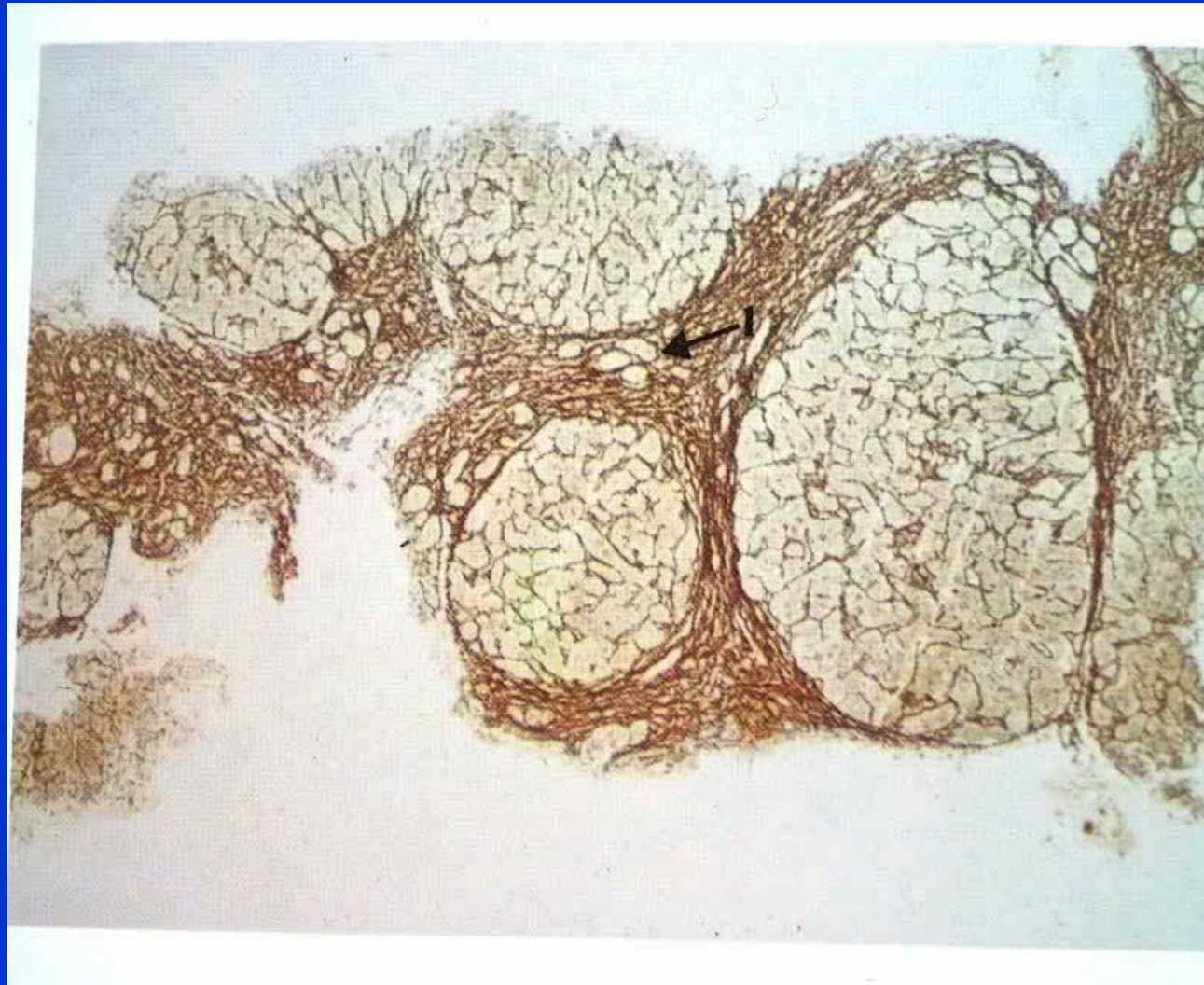
Diagnostic de cirrhose

- Clinique
 - Après une complication: ascite, hémorragie etc
-
- Biopsie Hépatique
 - test non-invasif: fibroscan, tests sanguins

Cirrhose: qu'est-ce que c'est?

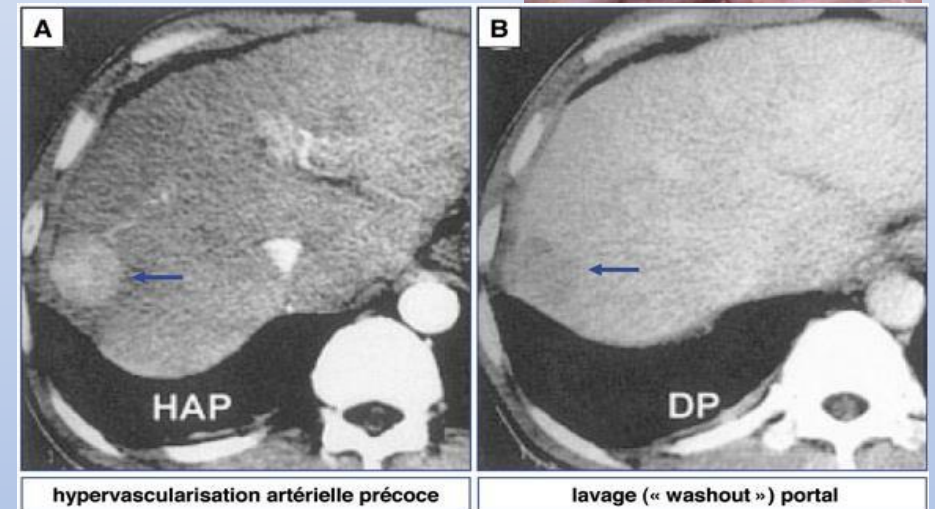
- Lésions des hépatocytes
- fibrose
- nodules de régénération





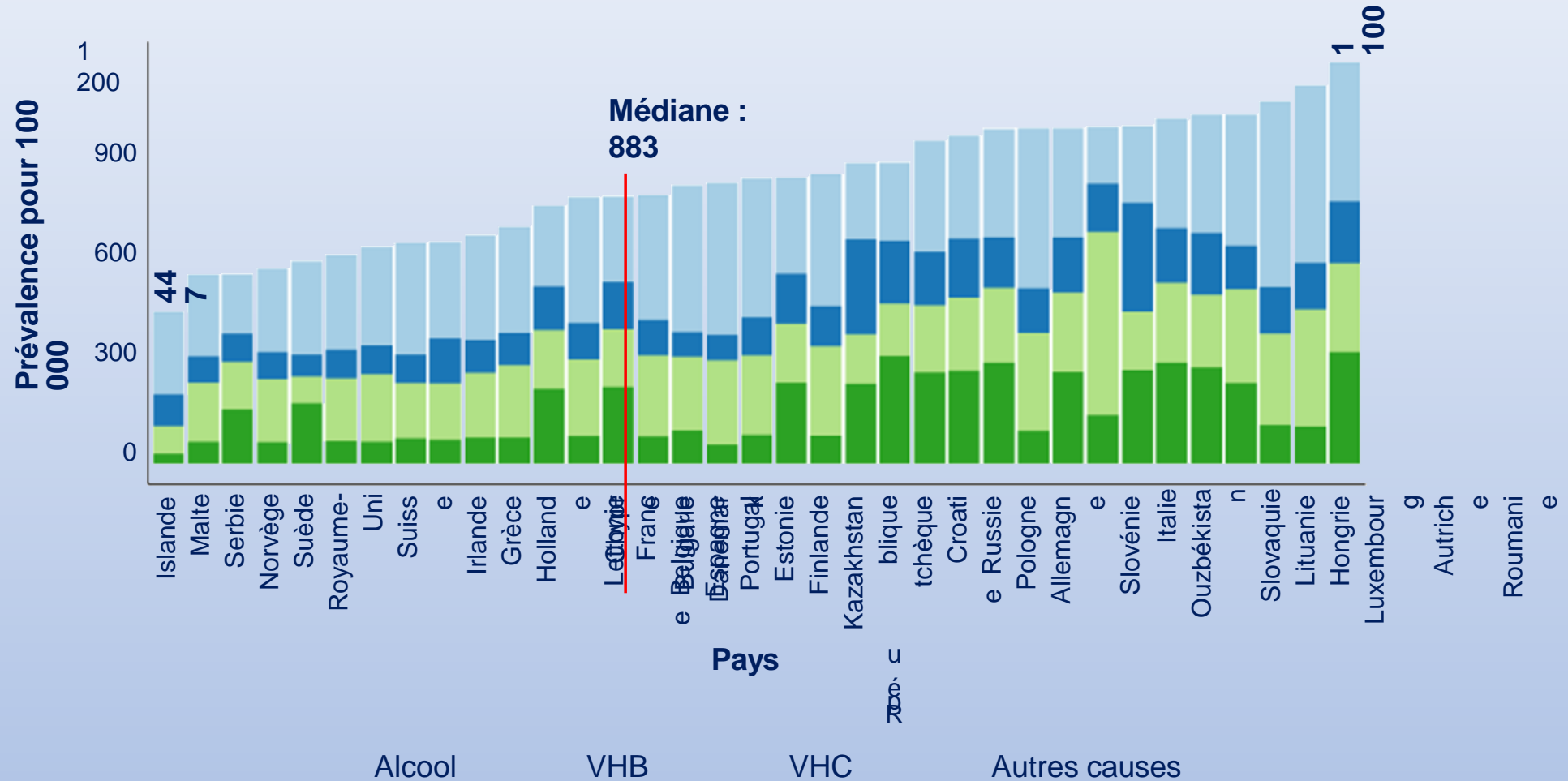
Conséquences

- **Insuffisance hépatocellulaire**
- **hypertension portale : varices œsophagiennes, encéphalopathie, ascite**
- **Carcinome Hépatocellulaire**



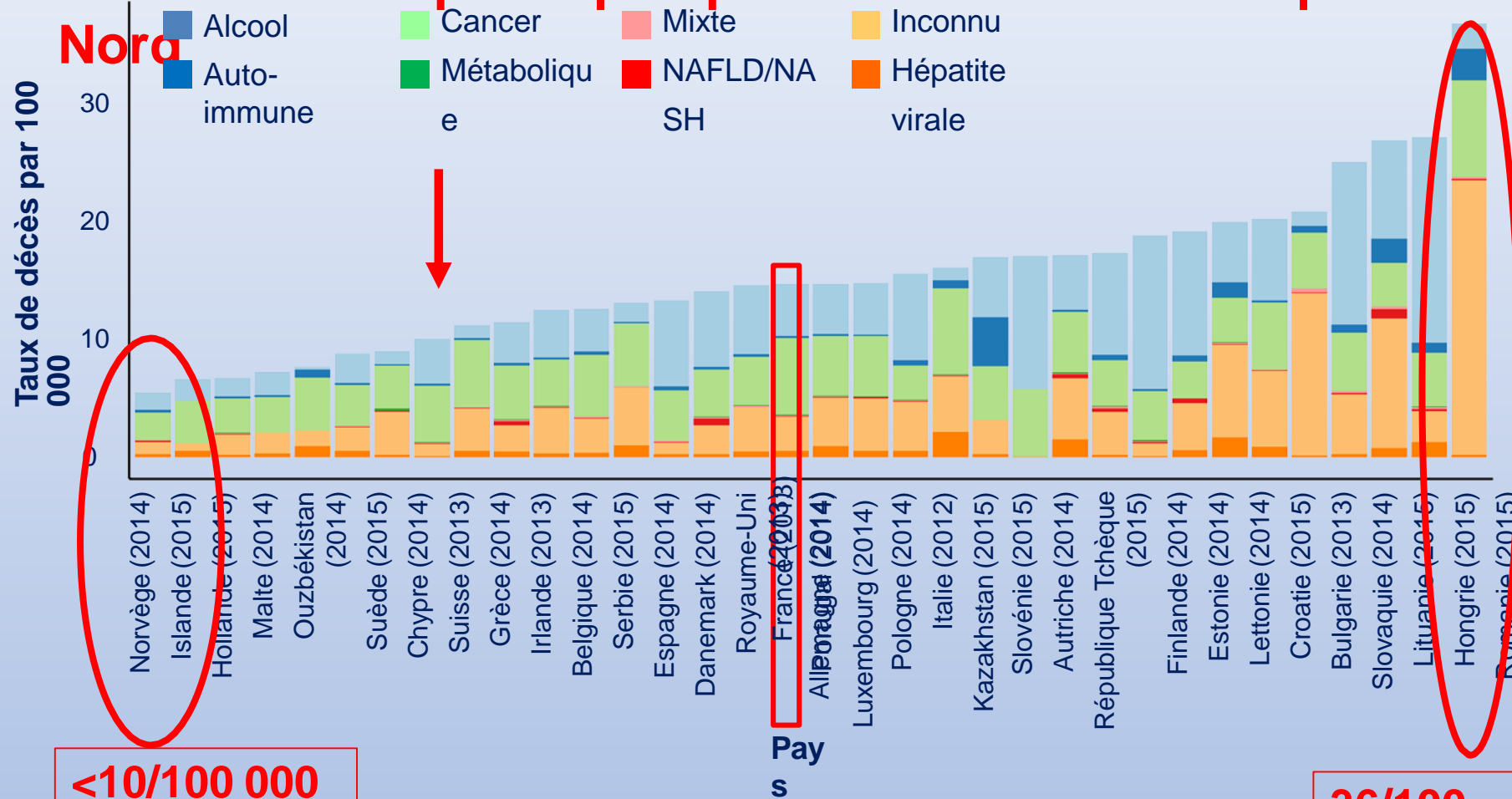
Prévalence de la cirrhose dans 35 pays dont 28 européens: Hepahealth

La plupart des cirrhoses sont liées à l'alcool, au VHB et au VHC



Mortalité par *maladies du foie* dans 35 pays dont 28 européens: Hepahealth

- La mortalité par hépatopathies décroît en Europe du Nord



Bilan pour toute cirrhose

- ASAT ,ALAT
- GGT, Phos Alcaline
- Electrophorèse des protéines, albumine
- TP-INR
- Bilirubine
- Formule sanguine complète
- Créatinine
- Sérologie hépatites B et C
- Bilan du fer>. Fer, saturation transferrine, ferritine
- Glycémie et Hb1Ac

Bilan pour toute cirrhose

- BMI
- Consommation d'alcool en Unités (1 U=10 gr)
- Échographie abdominale
- Alfa-foetoprotéine
- Oesogastroduodéno-scopie à la recherche de varices oesophagiennes

Scores

Child-Pugh-Turcotte

Bilirubine, albumine, prothrombine,
ascite, encephalopathie

MELD

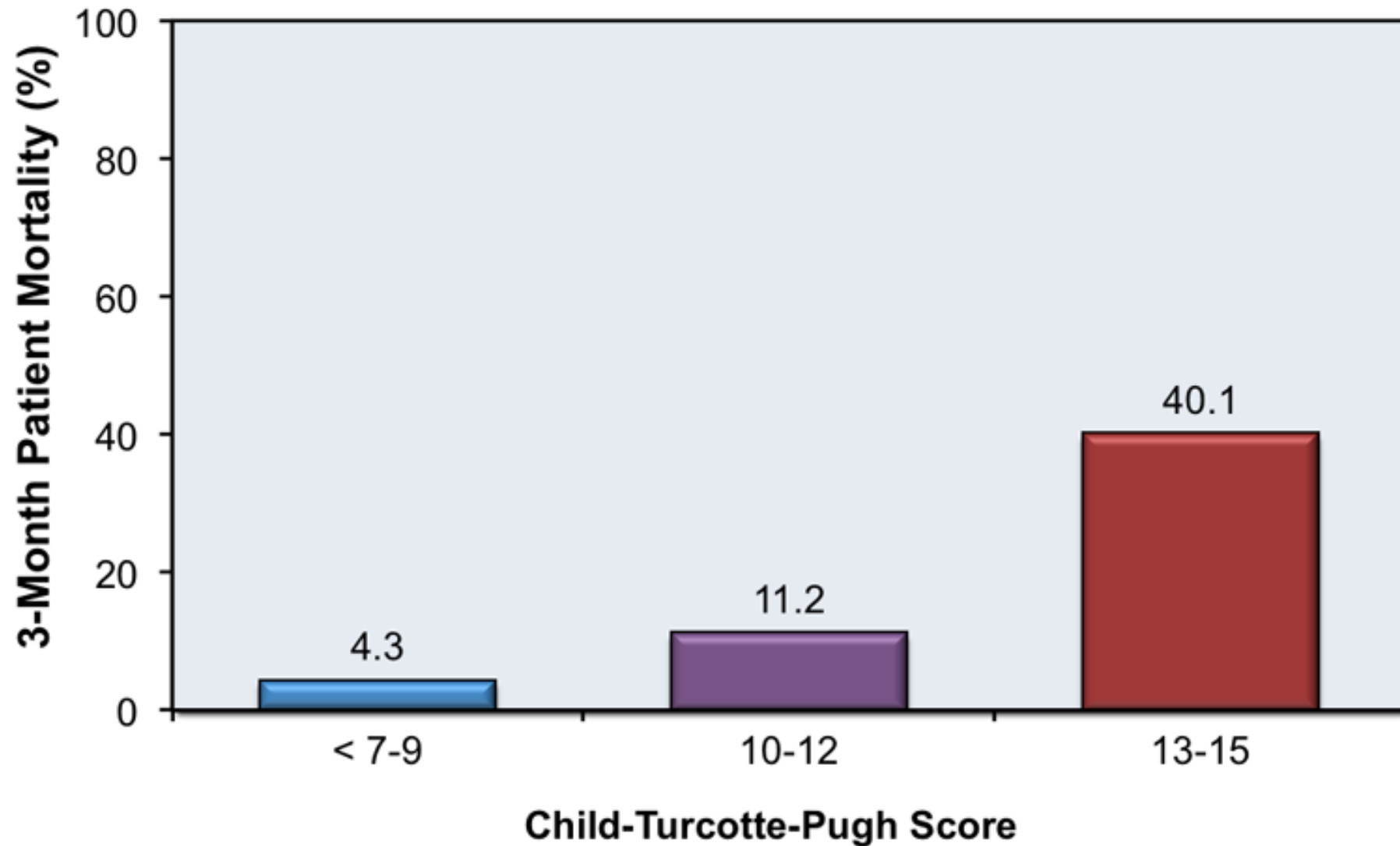
Bilirubin, creatinin, INR

Le score de CHILD PUGH TURCOTTE

	1 point	2 points	3 points
Encéphalopathie	Absente	Confusion	Coma
Ascite	Absente	Minime	Importante
Bilirubine totale (μmol/l)	< 35	35 à 50	> 50
Albumine (g/l)	> 35	28 à 35	< 28
Taux de prothrombine (%)	> 50	40à 50	< 40

La gravité est croissante avec la valeur du score : entre 5 et 6 points (classe A) ; entre 7 et 9 points (classe B) ; entre 10 et 15 points (classe C).

3-Month Mortality Based on Child-Turcotte-Pugh Score



Limitations du score CPT

- Empirique
 - Choix empirique des variables
 - Variables non indépendantes
 - Variables non continues
- Même poids de chaque variable
- variables: qualitatives: subjectives
- Variables quantitatives: choix arbitraire des seuils

Limitations du score CPT

- **On ne prend pas en compte les facteurs pronostiques**
- Fonction rénale
- Etiologie de la maladie hépatique
- Persistance de la consommation d'alcool ou de la réplication virale
- Co-facteurs (obésité, diabète)

	1	2	3
Bilirubine (μmol/L)	3 points pour bili 60 ou 500!		
Albumine (g/L)	pertfusions d'albumine!		
TP (%)	>50	40-50	<40
Ascite	Methode diagnostique? Definition subjective!		
encephalopathie	Vague et subjective Substances psychoactives?		

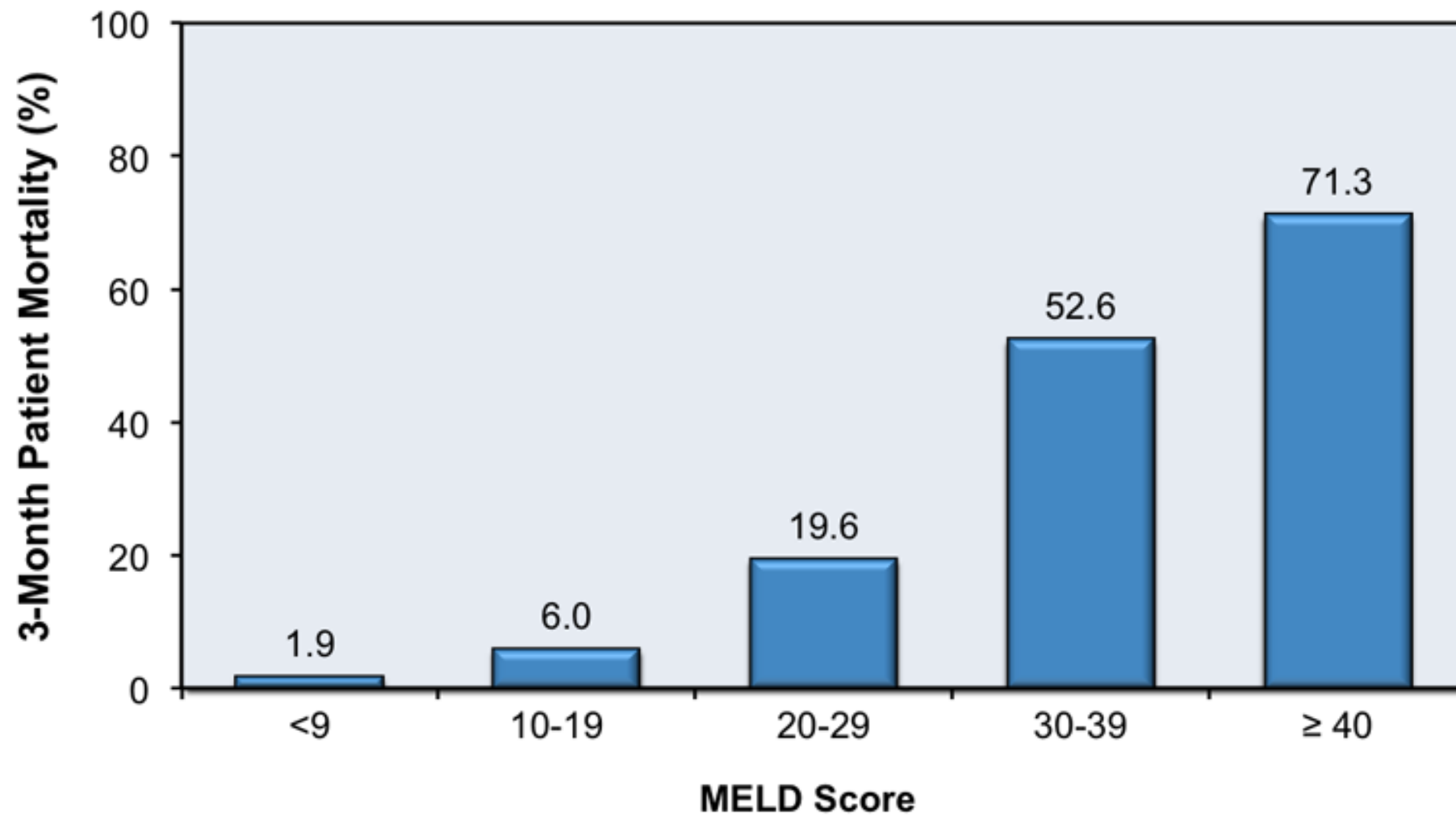
MELD score

$$\begin{aligned} &3.78 \log_e \text{bilirubine (mg/dL)} \\ &+ \\ &9.57 \log_e \text{creatinine (mg/dL)} \\ &+ \\ &11.2 \log_e \text{INR} \\ &+ 6.4 \end{aligned}$$

Malinchoc M et al Hepatology 2000;31:864-871
Wiesner et al Gastroenterology 2003;124:91-96

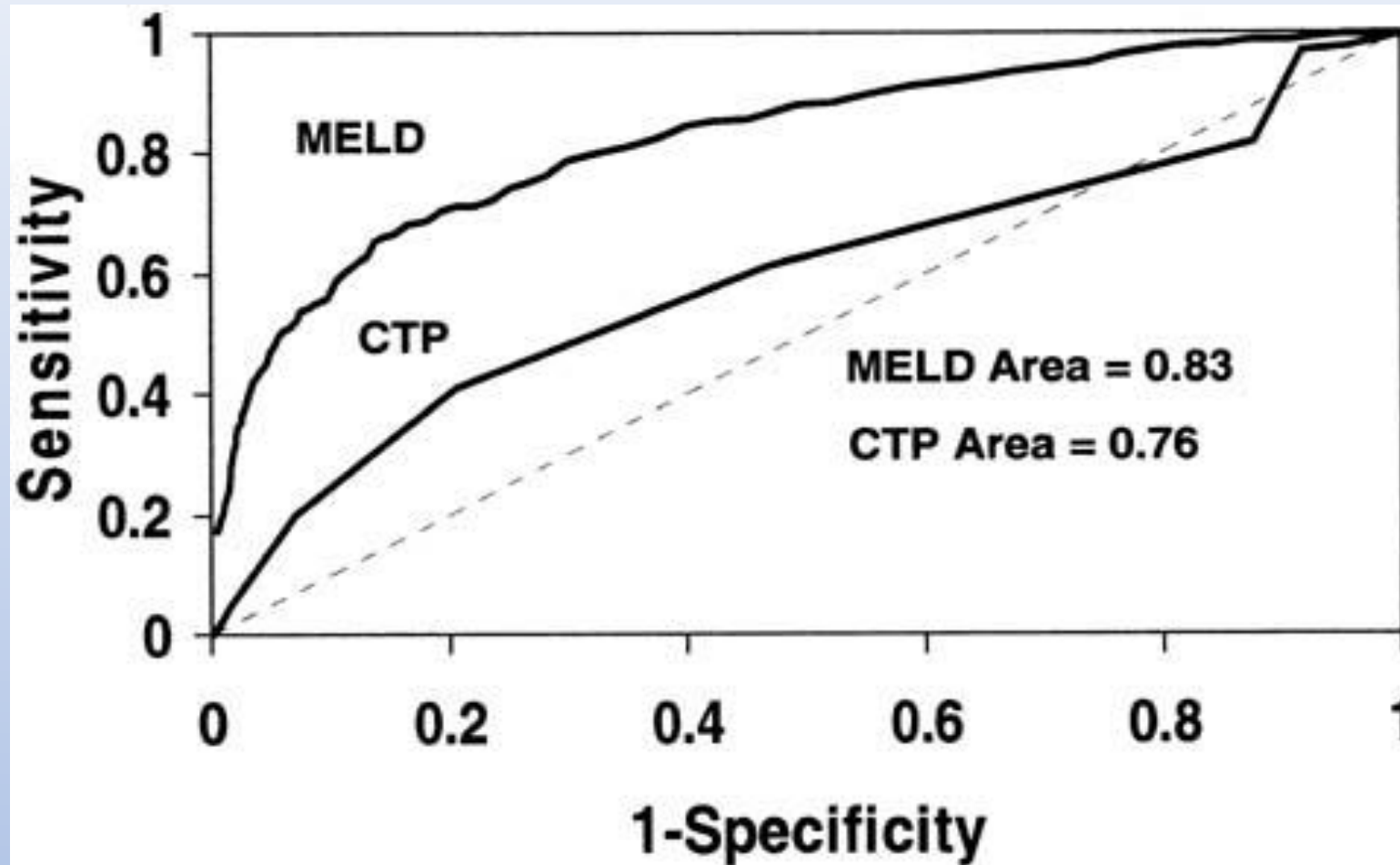
Problèmes du MELD: non spécifique...

- CHC : score peu ou pas approprié
- Maladies choléstatiques: < 5% des cohortes de validation du MELD!
- Maladies métaboliques: ne s'applique pas
- Patients avec ascite, hyponatrémie
- Maladies particulières: polykystose, tumeurs etc



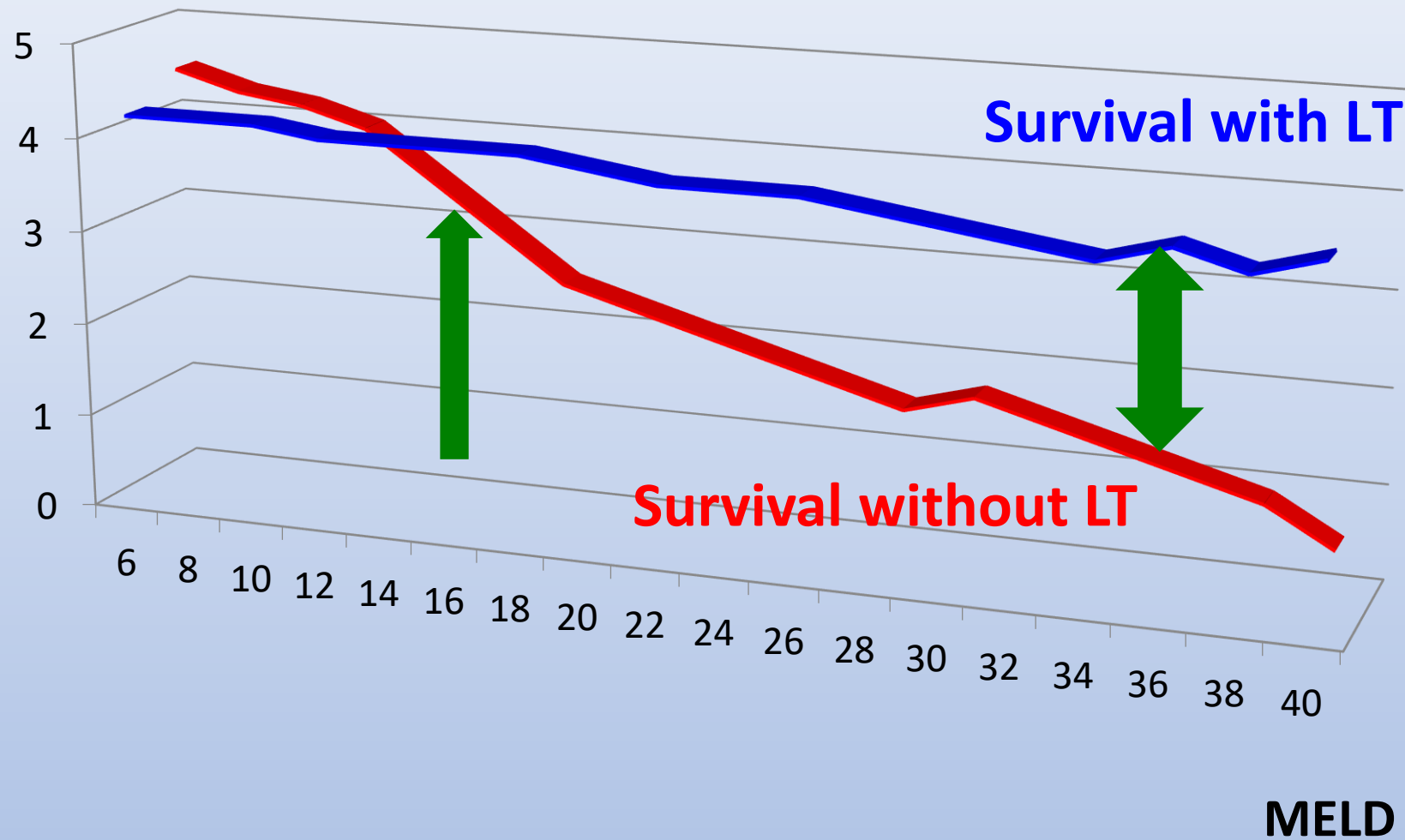
Wiesner R et al Gastroenterology 2003

ROC curve for the MELD score and CTP score (3-month mortality as the end point)

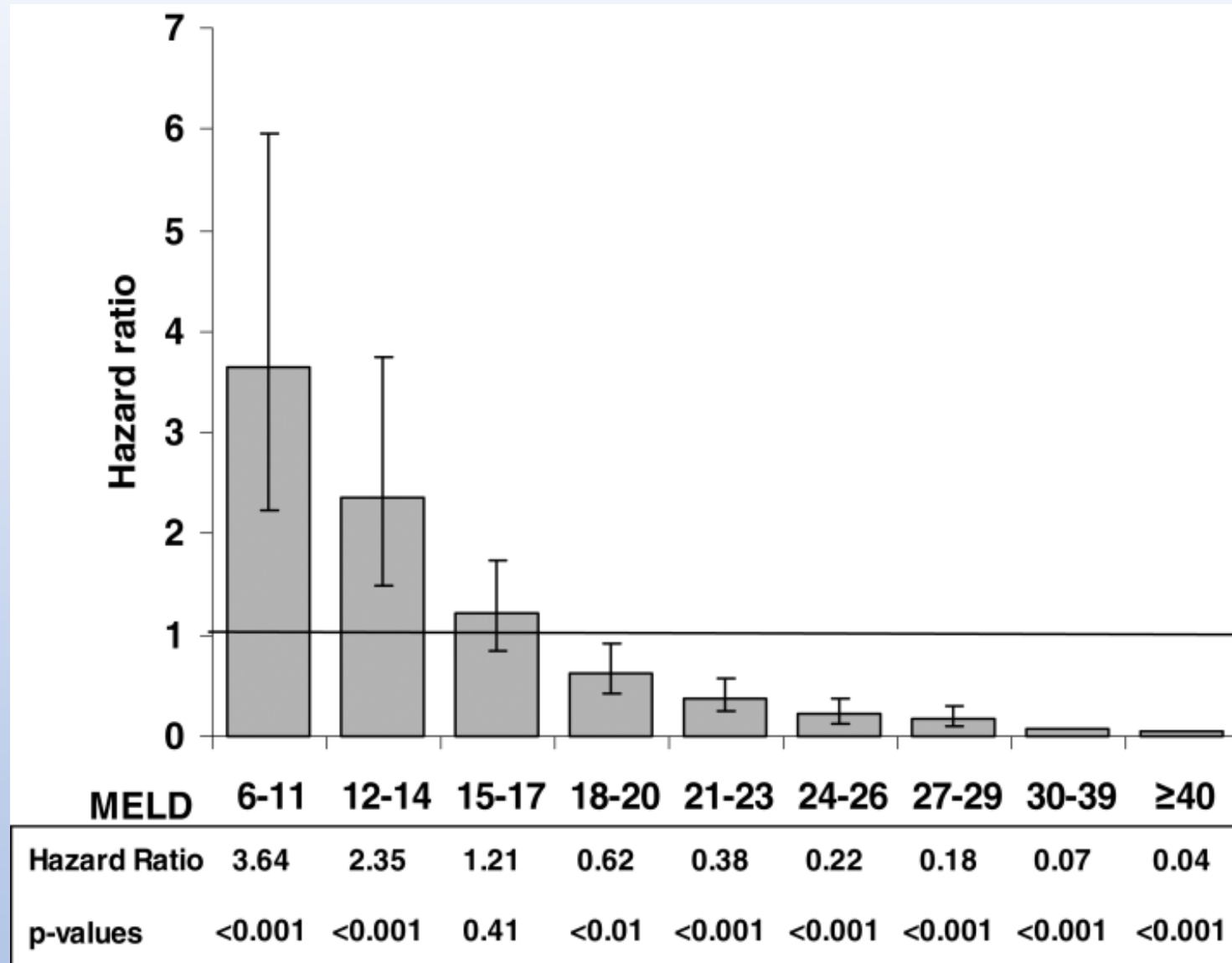


R Wiesner et al, *Gastroenterology* 2003;124:91-96

MELD et transplantation



The Survival Benefit of Liver Transplantation



Limitations du MELD score

- Patient 1=homme: bilirubine 150, INR 2.5, créatinine 200 : **MELD 33**
- Patient 2 = femme, ascite réfractaire :
bilirubine 25, INR 1.2, créatinine 90
MELD 10 !
Mortalité de l'ascite réfractaire: 50% à 1 an!

Limitations: ascite réfractaire, homme/femme pour la créatinine, patients traités par anticoagulants (INR), hémorragies sur varices.....

MELD vs. Child-Pugh

	Child-Pugh	MELD
choix variable	empirique	statistique
balance	no	yes
Effet plafond (quantitatives)	oui	non
Subjectives	oui	non
Besoins de calculateur	non	oui

MELD exceptions

- CHC: Milan criteria (1 lésion < 5cm ou 3 lésions < 3 cm) ou autres critères
- Syndrome hépatopulmonaire
- Hypertension portopulmonaire
- Ascite réfractaire
- Encephalopathie chronique
- Prurit sévère
- Amyloidose familiale TTR
- Maladie polykystique
- Cholangite récidivante sévère
- Hemangioendothéliome épithélioïde
- Métastases (neuroendocrines, cancer colorectal)
- Maladie métabolique non cirrhotique (hyperlipidemia, oxalose etc)

Prévention des complications de la cirrhose

- Traiter la cause de la cirrhose, prendre en charge les facteurs aggravants (diabète, excès pondéral, alcool, hépatites etc)
- Prévenir le risque d'hémorragie digestive sur rupture de varices: administration de bêta-bloquants non cardiosélectifs (propranolol, carvedilol, nadolol) si varices de moyenne ou grosse taille
- Ligature endoscopique si Bêta-bloquants mal tolérés ou contre-indiqués
- Prévenir et traiter rapidement les infections bactériennes
- Vaccin hépatite A, hépatite B, grippe, pneumocoque

Cirrhose

- Staging de la cirrhose
- compensée ou décompensée?
- Complications: hypertension porte, encéphalopathie, insuffisance hépatique, CHC
- Evidence clinique: ascite, ictère, varices œsophagiennes, thrombopénie, splénomégalie, encéphalopathie, troubles de la coagulation ...

Endoscopie de départ

- Présence ou absence de varices
- Taille des varices (grosses ou petites)
- présence ou absence de varices cardio-tubérositaires
- description de la gastropathie d 'HTP

Suivi de l 'HTP

- Pas de VO :Gastroskopie a 1 ou 2 ans
- Petites VO:Gastroskopie tous les ans
- Malade sous Béta-Bloquants: pas de contrôle
- Prophylaxie par endoscopique :contrôle à 3 mois puis tous les 6 mois*

** recommandation de l 'AASLD 2007*

Dépister le Carcinôme Hépatocellulaire (CHC)

LE CHC est une complication de toutes les cirrhoses!

- 2 à 8% par an
- Augmentation du risque en cas d 'association de causes (ex:Alcool+surpoids)

Dépistage du CHC

- Repose sur 1 'échographie tous les 6 mois
- dosage Alphafoetoprotéine

La qualité de l'échographie est
primordiale

- Matériel performant
- Opérateur entraîné (et motivé)
- bonne connaissance du dossier

Si l 'échographie n 'est pas optimale

Le CTscan répété expose au risque
d 'irradiation et de surcharge iodée .

Préférer l 'IRM

L'alphafoetoprotéine

N'est pas un très bon marqueur ...

Influencé par l'activité

Fréquemment normal en cas de petit
CHC

Son dosage permet de « rattraper » 5 à 10% des diagnostics ,au prix d'une surconsommation importantes d'examens complémentaires .

Indication à la transplantation

- Cirrhose décompensée
- Ascite, encephalopathie, MELD score élevé, syndrome hépatopulmonaire etc
- CHC

Conclusions

- US et Doppler tous les 6 mois avec consultation avec dosage AFP
- Vaccination contre la grippe et les hépatites
- Gastroskopie tous les 12 mois
- Évaluation des comorbidités (alcool!)
- Penser à la transplantation