

Conseil de pratique

Prise en charge de l'ascite de la cirrhose chez l'adulte (en dehors du syndrome hépatorénal)

Rédacteur : Alexandre Pariente

Références

EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. J Hepatol 2010 ;53 :397-417.

Runyon BA. AASLD practice guideline. Management of adult patients with ascites due to cirrhosis: update 2012. Hepatology 2013

(www.aasld.org/practiceguidelines/Documents/ascitesupdate2013.pdf)

HAS

L'ascite est la complication la plus fréquente de la cirrhose, la moitié des malades « compensés » développant une ascite dans la décennie suivante. A partir de la première ascite, la survie est d'environ 15% à 1 an et 45% à 5 ans. La cirrhose du foie est la cause de ¾ des ascites.

Conseil de pratique

Diagnostic de l'ascite

- L'existence d'une *matité déclive* perceptible nécessite un épanchement péritonéal de 2 litres environ. L'échographie détecte les ascites minimales et aide au diagnostic des ascites cloisonnées.
- *La ponction*, faite aseptiquement (et pour moi après une anesthésie locale) habituellement dans la fosse iliaque gauche (au besoin sous contrôle échographique), l'artère épigastrique et les grosses collatérales veineuses étant à éviter, est toujours nécessaire en cas de première ascite, d'aggravation d'une ascite connue ou d'autre complication de la cirrhose.
 - ⇒ Les *complications* (saignement, infection, sont rares). Une thrombopénie sévère ($< 50.000/\mu\text{L}$), une fibrinolyse, ou un traitement antiagrégant intense (p.ex. aspirine+clopidogrel), un traitement par antivitamines K doivent faire discuter le geste.
L'aspect du liquide doit être décrit.
 - ⇒ Du liquide est *prélevé* sur un tube sec (protides, lipase), un tube citraté (numération et formule des éléments de l'ascite et au besoin examen cytopathologique), et 2x10 mL injectés dans un flacon d'hémoculture aérobie et anaérobie. Un dosage de l'albumine associé à celui de l'albumine sérique permet de calculer le gradient d'albumine utile lorsque la cause de l'ascite n'est pas évidente (supérieur à 11 g/L, il est quasi spécifique d'ascite due à l'hypertension portale). D'autres recherches (triglycérides, recherche de mycobactéries...) ne sont pas systématiques.
- Une première poussée d'ascite justifie à mon avis une *hospitalisation* pour le diagnostic, les explorations, le traitement et l'éducation thérapeutique.

Conseil de pratique

Diagnostic de la cause de l'ascite

- La cirrhose du foie est la cause la plus fréquente (voir HAS pour le diagnostic de cirrhose ainsi que celle de sa cause).
- D'autres causes sont possibles et peuvent être associées :
 - ⇒ Ascites riches en protéines (protéines > 15 g/L) : insuffisance cardiaque et constriction péricardique, syndrome de Budd-Chiari et maladie veino-occlusive, carcinose péritonéale, pancréatite, tuberculose péritonéale, myxoedème, etc..)
 - ⇒ Ascites pauvres en protéines (hypoalbuminémie, notamment celle du syndrome néphrotique et des gastroentéropathies exsudatives).
- Un inventaire complet de la cirrhose doit être réalisé :
 - clinique, biologique, calcul des scores de Child-Pugh et de MELD, échographie hépatique avec doppler, endoscopie haute,
 - recherche d'une néphropathie organique (urée, créatinine, ionogramme sanguin, ionogramme, créatinine urinaire et protéinurie, recherche d'hématurie, éventuellement échographie rénale)
 - évaluation cardiovasculaire (facteurs de risque, examen clinique, ECG, échographie cardiaque).

Traitement de l'ascite de la cirrhose

- *Le traitement de la cause de la cirrhose* est primordial : sevrage alcoolique (et corticothérapie en cas d'hépatite alcoolique sévère) en cas de cirrhose alcoolique, traitement antiviral B, antiviral C, p.ex.). Seul le traitement étiologique est à même d'améliorer le pronostic vital.
- *La transplantation hépatique* doit être discutée.
- *Des facteurs déclenchants* ou favorisants doivent être recherchés et si possible corrigés.

Conseil de pratique

- ⇒ Régime riche en sel, ou apport intempestif de sel (perfusion, période post opératoire..)
- ⇒ prise d'AINS
- ⇒ prise d'antihypertenseurs, particulièrement inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et sartans.
- ⇒ Les médicaments néphrotoxiques (aminosides p.ex.) doivent être évités
- ⇒ L'utilisation de produits de contraste iodés doit être prudente.

➤ Régime pauvre en sel

L'institution d'un régime pauvre en sodium (2g, 88 mmoles/j) est nécessaire pour négativer la balance sodée ; une natriurèse spontanée est possible dans environ 10% des cas de première poussée d'ascite. La restriction hydrique est inutile si la natrémie est > 125 mmoles/L.

➤ Diurétiques

- ⇒ Il ne doivent être prescrits qu'à un *malade stable*, en dehors de toute complication aiguë ; Leur usage nécessite une fonction rénale normale, une natrémie ≥ 125 mmoles/L, une kaliémie normale.

La « réponse » à obtenir est une perte de poids qui ne doit pas excéder 500 g/j (1 kg en cas d'oedèmes importants)

- ⇒ Surveillance : poids, pression artérielle, pouls, recherche d'encéphalopathie quotidiens. Urée, créatinine, ionogramme sanguin et urinaire 2 fois par semaine.
- ⇒ *En cas de première ascite*, on peut utiliser la spironolactone seule (100 mg/j, en augmentant la dose tous les 5 jours en l'absence de réponse, jusqu'à un maximum de 400 mg/j). Principaux effets secondaires : hyperkaliémie (arrêt si $K \geq 5$ mmoles/L), gynécomastie, impuissance (la spironolactone peut être alors remplacée par l'amiloride qui est moins efficace. En cas d'échec, adjonction secondaire de furosémide en commençant par 20-40 mg/j en augmentant tous

Conseil de pratique

les 3 jours en l'absence de réponse et d'intolérance, jusqu'à un maximum de 160 mg/j.

⇒ *En cas de récurrence d'ascite*, on peut commencer d'emblée par l'association de spironolactone et de furosémide (en commençant par 100mg + 40 mg/j).

En cas de tendance hyperkaliémique et/ou de néphropathie organique associée, le furosémide seul peut être prudemment utilisé.

⇒ *Lorsque l'ascite est près de disparaître*, il faut réduire le traitement diurétique (par exemple 1 jour sur deux) et fixer au malade un poids plancher où le traitement doit être arrêté par le malade. La surveillance peut être hebdomadaire pendant 1 mois, puis mensuelle puis trimestrielle.

➤ Ponctions évacuatrices

Elles sont indiquées en cas *d'ascite abondante et tendue*. Réalisées avec un trocart muni d'une gaine multiperforée, selon un trajet en chicane, suivies de compression digitale prolongée pour éviter fuites et hématomes, elles doivent être accompagnées d'une *perfusion d'albumine* à 20% (6 g/litre d'ascite retirée) si la ponction est ≥ 5 litres ou répétée à court terme. En l'absence de contre indication, un *traitement diurétique* doit être prescrit pour prévenir la reconstitution de l'ascite (association de spironolactone et de furosémide).

En cas de *fuite post-ponction*, une compression locale forte doit être associée au décubitus controlatéral ; une suture cutanée doit être faite rapidement en cas de fuite persistante.

➤ *Ascite réfractaire* : elle concerne environ 10% des malades ascitiques, et a un très mauvais pronostic (50% de décès à 6 mois).

⇒ Elle est définie comme une ascite *résistant* à un traitement diurétique maximal (échec ou effet secondaire), ou *récidivant* vite après une ponction abondante, en dehors d'une prise sodée excessive.

⇒ Elle doit faire envisager une *transplantation* hépatique (mais le score MELD sous estime alors la gravité) et donc rechercher ses contre-indications éventuelles.

⇒ Les traitements possibles :

Conseil de pratique

- ✚ Si le malade était sous β -bloqueurs, leur indication doit être rediscutée, car ils pourraient être responsable de surmortalité.
- ✚ Les ponctions évacuatrices répétées associées à la perfusion d'albumine (cf. *supra*) sont le traitement de référence ; les diurétiques sont arrêtés si la natriurèse est < 30 mmoles/j.
- ✚ L'utilisation de terlipressine (i.v.) ou de midodrine (7,5 mg 3 fois par jour per os) pour prévenir la dysfonction circulatoire post-ponction en évitant la perfusion d'albumine reste expérimentale (hors AMM).
- ✚ TIPS : la pose d'un TIPS doit être discutée chez les malades ayant une ascite réfractaire, sans encéphalopathie, ayant des fonctions hépatiques convenables (Child-Pugh < 11 , plaquettes $> 75000/\mu\text{L}$ et bilirubinémie $< 50 \mu\text{M}$) et sans contre-indication cardiaque. Un sur-risque d'encéphalopathie persiste. La poursuite d'un traitement diurétique est habituellement nécessaire après la pose du TIPS.

➤ Infection du liquide d'ascite (péritonite spontanée)

L'infection peut être asymptomatique, ou bien révélée par fièvre/hypothermie, encéphalopathie, insuffisance rénale, hémorragie digestive, choc.

⇒ Diagnostic :

- ✚ Polynucléose neutrophile dans l'ascite $\geq 250/\mu\text{L}$ en l'absence de foyer infectieux abdominal ou de perforation (dans ce cas la culture est souvent polymicrobienne, un scanner sans injection doit être discuté en cas de doute).
- ✚ Une ou deux hémocultures, un ECBU doivent être associés à la culture de l'ascite en flacon d'hémoculture. Une porte d'entrée (peau, poumon, dents, urine) doit être recherchée et traitée.

⇒ Le pronostic est sévère (rediscussion de transplantation)

Conseil de pratique

- ⇒ Les principaux germes responsables sont les bacilles Gram-négatifs (E. coli, K. pneumoniae), et des cocci gram positifs (entérocoques, streptocoques autres, rarement staphylocoques).
- ⇒ *Le traitement est une urgence* et doit être entrepris en cas de suspicion clinique et/ou de polynucléose de l'ascite sans attendre le résultat des cultures.
 - ✚ La ceftriaxone (1 g/j) ou le cefotaxime (1-2 g x 3/j) est à utiliser seule en l'absence d'exposition récente et d'allergie. L'association d'amoxicilline (2gx3/j) est raisonnable pour « couvrir » les entérocoques (avis personnel). Amoxicilline-acide clavulanique et quinolones ne doivent pas être utilisées en première intention. L'antibiothérapie peut être secondairement adaptée en cas de culture positive.
 - ✚ Surveillance et durée
 - a- ponction à 48 h pour vérifier la diminution de la polynucléose et la négativité de la culture.
 - b- durée 5-10 jours en fonction de la sévérité et de l'évolution initiale.
 - ✚ Perfusion d'albumine à dose forte (1,5 g/kg initialement et 1 g/kg à J3) particulièrement indiquée en cas de créatininémie > 88 μ M et/ou de bilirubinémie > 68 μ M (réduction de la mortalité).
- ⇒ Prévention de l'infection d'ascite
 - ✚ Indiquée en cas d'hémorragie digestive ou après un premier épisode d'infection d'ascite, ou en cas d'ascite pauvre en protéines (< 15g/L), d'autant plus que les fonctions hépatiques/rénales sont plus altérées.
 - ✚ Médicament : norfloxacine 400 mg/j ; en cas d'intolérance (tendinopathie notamment), on peut utiliser le TMP-SMX ; en cas d'hémorragie digestive préférer ceftriaxone ou cefotaxime.
 - ✚ Les antibioprofylaxies « spécifiques » (soins dentaires par exemple) ne doivent pas être oubliées.
- ⇒ Hyponatrémie (≤ 125 mEq/L)

Conseil de pratique

- ✚ L'hyponatrémie hypovolémique (diurétiques, perte de poids excessive, absence d'œdèmes et d'ascite) justifie l'administration de sérum salé isotonique et l'arrêt des diurétiques.
- ✚ L'hyponatrémie de dilution (souvent associée à une ascite réfractaire) doit être traitée par restriction hydrique modérée (750 mL/j ?) et expansion volémique (à l'albumine à 20%) si elle est symptomatique ou associée à une insuffisance rénale (syndrome hépatorénal).

Ascites « particulières »

- Les ascites chyliformes ou chyleuses (ruptures de lymphatiques mésentériques) et les ascites riches en protéines en dehors de causes spécifiques (insuffisance cardiaque p.ex.) sont possibles au cours de la cirrhose et plus souvent réfractaires.
- Les ascites sanglantes doivent faire rechercher un carcinome hépatocellulaire mais peuvent être dues à des ruptures veineuses péritonéales.

Epanchement pleural (« hydrothorax hépatique »)

- *Unilatéral droit* ou bilatéral à prédominance droite, l'hydrothorax du à la cirrhose est souvent mais pas toujours associé à une ascite cliniquement évidente (« aspirée » à travers des orifices diaphragmatiques par la dépression inspiratoire thoracique).
- *Une ponction exploratrice* est indiquée en cas d'épanchement gauche et/ou de manifestations cliniques particulières (fièvre, hémoptysie p.ex.) pour ne pas méconnaître une cause associée (tuberculose, cancer notamment). Le liquide d'hydrothorax « banal » est plus riche en protéines que l'ascite, mais de cellularité identique ; il peut s'infecter comme l'ascite (« empyème »).
- En cas de nécessité de ponction évacuatrice, la technique est identique à celle employée pour l'ascite (avec repérage échographique) ; la pose d'un drain thoracique est déconseillée (risque infectieux).

Conseil de pratique

- Le traitement est le même que celui de l'ascite. En cas d'hydrothorax « réfractaire » le TIPS s'il est possible est sans doute le traitement le plus efficace.

Hernies

- Elles peuvent s'étrangler après ponction évacuatrice, et se rompre en cas d'ascite tendue et/ou de fragilité cutanée, nécessitant alors un traitement chirurgical « minimal » (évacuation de l'ascite, réintégration entérique ou épiploïque, suture cutanée, antibiothérapie, albumine) en urgence.
- Le traitement de la hernie « à froid » doit être discuté si la gêne est notable et les fonctions hépatiques préservées, l'ascite bien contrôlée, par une équipe habituée aux soins postopératoires des malades atteints de cirrhose.