

Prévention et traitement des hémorragies digestives liées à l'HTP chez les malades atteints de cirrhose

Rédacteur : Christophe Bureau

Éléments de référence : conférence de consensus française (2003) (www.snfge.org/01-bibliotheque/0c-conferences-consensus) et recommandations d'experts de la conférence de Baveno VI (2015)

Date : 19 septembre 2016

Dépistage

Au moment du diagnostic de cirrhose, jusqu'à 50 % des patients ont des varices œsophagiennes (VO). Un dépistage des varices doit être fait chez tous les patients suspects d'avoir une cirrhose. Si l'élasticité hépatique mesurée par Fibroscan est < 20 kPa et si les plaquettes sont $> 150\,000$, l'endoscopie haute n'est pas utile au dépistage des VO. Quand au moins une de ces conditions n'est pas réunie, une endoscopie doit être réalisée.

La périodicité du dépistage (1 à 3 ans) est à adapter au contrôle ou non du facteur causal et la présence ou non de comorbidités (Tableau 1).

Prévention pré primaire (patients sans VO)

Aucun traitement en dehors de la maladie causale n'est recommandé pour prévenir l'apparition des VO.

Prévention primaire

Le traitement étiologique de l'hépatopathie pourrait réduire l'HTP et prévenir le risque de décompensation. Le contrôle du facteur causal ou des comorbidités (sevrage en alcool par exemple) fait partie intégrante de la prophylaxie. D'autres comorbidités, en particulier l'obésité, semblent aggraver l'histoire naturelle de toute hépatopathie chronique quelle que soit la cause. Une modification du mode de vie avec une perte de poids et le respect des règles hygiéno-diététiques pourrait donc réduire les risques de décompensation.

Petites varices*

Chez les patients avec petites VO sans signes rouges, et Child A ou B, les bêta-bloquants sont inutiles et peut être délétères. Les patients porteurs de petites VO avec signes rouges ou Child C ont un risque augmenté de présenter une première hémorragie. Ils doivent être traités par bêta-bloquants non cardio-sélectifs.

Varices moyennes à grosses*

Le risque d'hémorragie chez les patients porteurs de VO de taille moyenne ou grosse est de l'ordre de 30 % à 2 ans. Les bêta-bloquants ou la ligature des VO sont efficaces et diminuent le risque d'une première hémorragie de près de 50 %.

Le choix de l'un ou l'autre dépend de l'expertise, des ressources disponibles, de la préférence du patient et d'éventuelles contre-indications.

En prévention primaire, la carvedilol, le nadolol et le propranolol peuvent être utilisés.

Hémostase

Mesures non spécifiques

- Evaluer la gravité de l'hémorragie : sur la sévérité de la cirrhose (Child), l'hémodynamique et l'existence d'un saignement actif à l'endoscopie
- Restitution volémique pour maintenir la PAM > 70 mmHg
- Transfusion de concentrés globulaires pour maintenir une hémoglobinémie entre 7 et 8 g/dL
- Antibio-prophylaxie dès l'admission : quinolone orale ou, en cas de cirrhose sévère, céphalosporine de 3^{ème} génération (ceftriaxone).

Traitement spécifique

- Traitement vasoconstricteur dès qu'une hémorragie digestive haute survient chez un patient atteint ou suspect d'être atteint d'une cirrhose : terlipressine, somatostatine ou octréotide. Après confirmation de l'origine variqueuse, ce traitement peut être maintenu jusqu'à 5 jours.
- L'endoscopie diagnostique doit être réalisée le plus tôt possible (< 12 h) dans un centre disposant d'un plateau technique avec expertise 24h/7j . Elle peut être précédée de la perfusion de 250 mg d'érythromycine pour faciliter sa réalisation.
- Un geste d'hémostase est réalisé systématiquement.
 - a) En cas de rupture de VO, la ligature élastique est le traitement de référence. La ligature élastique ou l'injection de colle (N-butyl-cyanoacrylate) peuvent être utilisées pour les GOV1*. L'injection de colle est le traitement de référence des IGV1* et GOV2*.
 - b) Un TIPS préemptif (idéalement dans les 24 heures et avant 72 heures suivant l'admission), réalisé avec une prothèse couverte, doit être discuté chez les malades

Child B avec un saignement actif au moment de l'endoscopie ou Child C (<14) en cas de rupture de VO ou de GOV 1 et 2.

- c) Un tamponnement œsophagien est réservé aux patients qui ont une hémorragie réfractaire au traitement endoscopique et vasoactif en attente d'un traitement définitif (TIPS principalement). La prothèse œsophagienne dédiée pourrait être préférée aux sondes de tamponnement classiques.
- d) En cas d'échec précoce (15 % des patients ont un échec du contrôle de l'hémorragie ou une récurrence précoce), le TIPS réalisé avec une prothèse couverte est probablement la meilleure option. En cas de récurrence pendant les 5 premiers jours après un contrôle initial de l'hémorragie, un deuxième traitement endoscopique peut être tenté. Si cette récurrence est sévère, le TIPS réalisé avec une prothèse couverte est probablement la meilleure option.

Prévention secondaire

Varices œsophagiennes

Le risque de récurrence dans l'année est d'environ 60 %.

La prévention secondaire doit débuter le plus tôt possible, soit 5 jours après l'épisode hémorragique (voire à partir du 3ème jour dans les meilleurs cas).

- L'association bêta-bloquant + éradication des VO par la ligature élastique est le traitement de choix. Elle permet une réduction de près de moitié du risque de récurrence
- Chez les patients qui ne peuvent avoir une ligature élastique, le bêta-bloquant est l'alternative.
- Chez les patients avec une contre-indication aux bêta-bloquants ou une intolérance aux bêta-bloquants, la ligature élastique seule est le traitement de référence

En cas d'échec de la prévention secondaire (VO ou VG), le TIPS, réalisé avec une prothèse couverte, est le traitement de référence. S'il existe une insuffisance hépatique sévère, la transplantation hépatique doit être discutée.

Varices gastriques**

- GOV2 ou IGV1 (ou 2): l'injection de colle ou le TIPS sont recommandés.
- GOV 1 : l'injection de colle, la ligature élastique ou les bêta-bloquants peuvent être utilisés.

Gastropathie d'hypertension portale

Un bêta-bloquant est recommandé.

*Définitions : des varices œsophagiennes

*0 : pas de varices

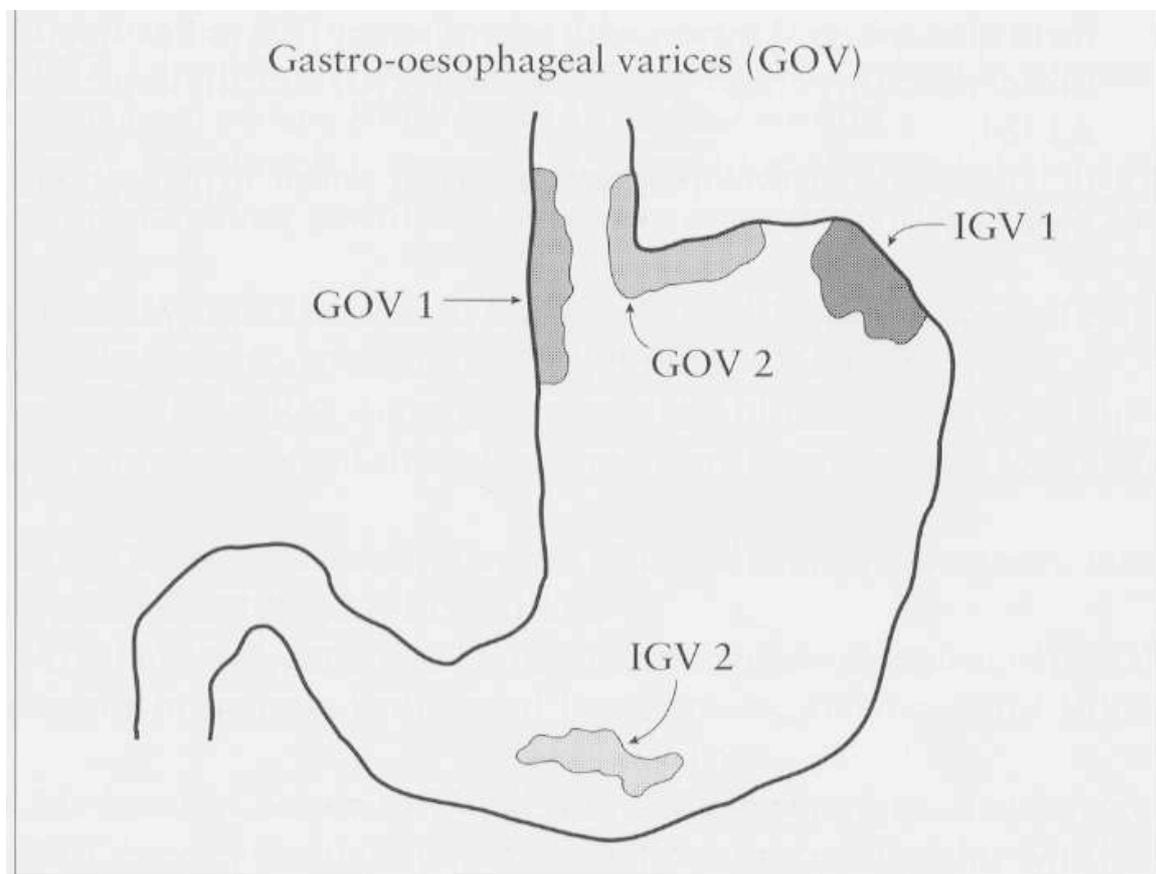
1 : petites varices qui disparaissent complètement à l'insufflation

2 : varices non confluentes qui ne disparaissent pas à l'insufflation

3 : varices confluentes qui ne disparaissent pas à l'insufflation

**GOV1 : varices en prolongement d'un cordon de VO le long de la petite courbure

GOV2 : varices en prolongement d'un cordon de VO le long de la grande courbure gastrique
IGV1 : varice gastrique isolée fundique à distance du cardia.
IGV2 : varice gastrique isolée à distance du fundus (exceptionnelle).



| Baveno VI | Facteur étiologique | Rythme de surveillance endoscopique |
|--------------------------------|--------------------------------|--|
| Maladie compensée Pas de VO | Contrôlé Pas de comorbidité | 3 ans |
| | Non contrôlé | 2 ans |
| Maladie compensée Petite VO | Contrôlé Pas de comorbidité | 2 ans |
| | Non contrôlé | 1 an |