

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

Rédacteur : Christophe Bureau

Relecteurs : Alex Pariente, Paul Calès, Paul Castellani, Arnaud Pauwels, Jean-Baptiste Noursbaum

Éléments de référence : conférence de consensus française (2003) (<http://www.snfge.org/01-Bibliotheque/0C-Conferences-consensus/CC-hypertension-portale-2003/CC-hypertension-portale-2003-long.htm>) et recommandations d'experts de la conférence de Baveno V (2010) (www.hsg.gr/guidelines/1331.pdf)

Date : Septembre 2011

Dépistage

Au moment du diagnostic de cirrhose, jusqu'à 50 % des patients ont des varices œsophagiennes (VO). Une endoscopie œso-gastroduodénale à la recherche de VO ou de varices gastriques (VG) doit être faite chez tout malade atteint de cirrhose.

Prévention pré primaire (patients sans VO)

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

Prévention primaire

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 cardiosélectifs.

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.

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 hémoglobémie entre 7 et 8 g/dL
- Antibiotrophylaxie 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). 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) Le TIPS précoce (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) après un échodoppler évaluant principalement la perméabilité du système porte.
 - c) Une sonde de tamponnement à l'aide d'un ballon gonflé est réservée aux patients qui ont une hémorragie réfractaire au traitement endoscopique et vasoactif en attente d'un traitement définitif (TIPS principalement).
 - 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, l'association bêta-bloquants + 5-mononitrate d'isosorbide doit être préférée (ou bêta-bloquant seul si contre indication ou intolérance au 5MNI)
- 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
- La mesure du gradient de pression veineux hépatique est recommandée dans les centres où elle est disponible. Chez les non répondeurs hémodynamiques aux bêta-bloquants, l'ajout du 5-mononitrate d'isosorbide permet d'augmenter le nombre de répondeurs hémodynamiques.

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

**Définition des varices gastriques

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).

Gastro-oesophageal varices (GOV)

