



Fédération Digestive
Hopital Purpan
CHU Toulouse



Traitement de l'HTP

Position Paper



 **EASL** | **JOURNAL OF HEPATOLOGY**

**Expanding consensus in portal hypertension
Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk
and individualizing care for portal hypertension**

Clinical Practice Guidelines



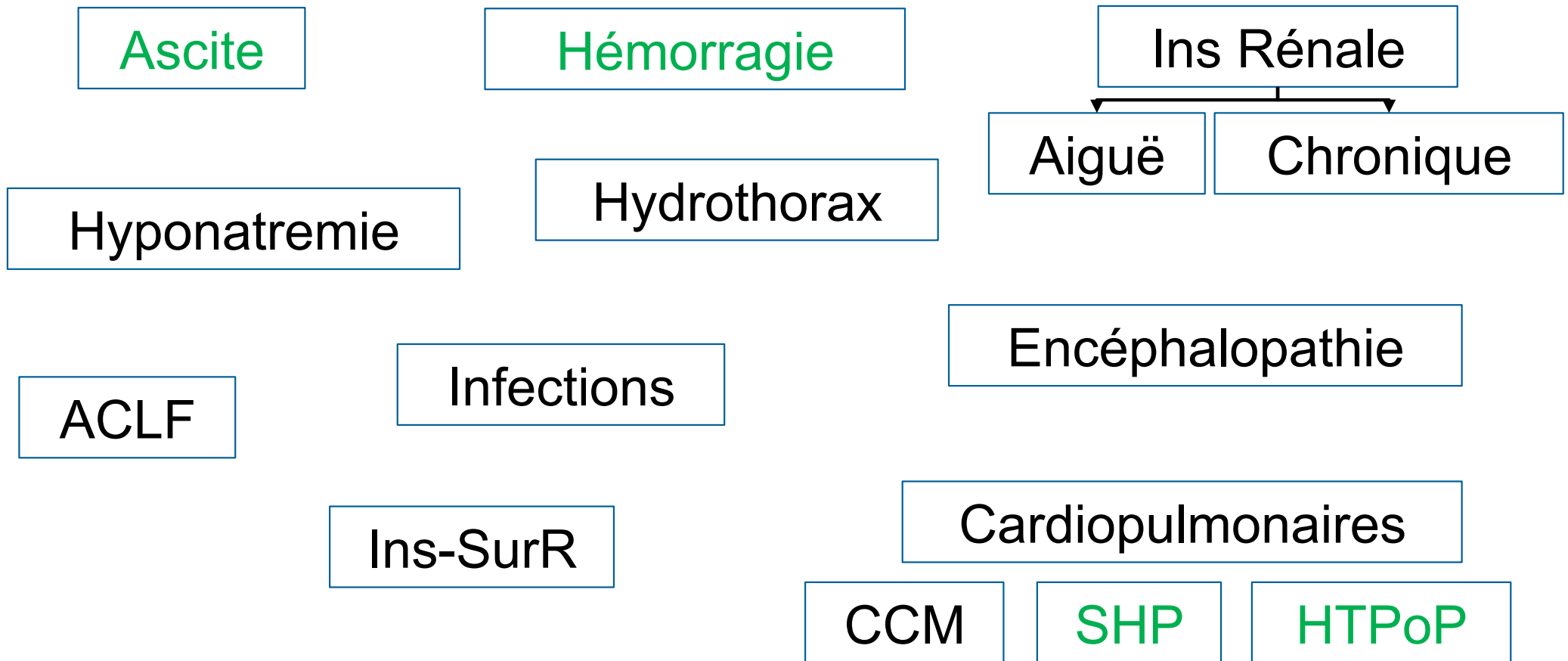
**JOURNAL
OF HEPATOLOGY**

**EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with
decompensated cirrhosis[☆]**

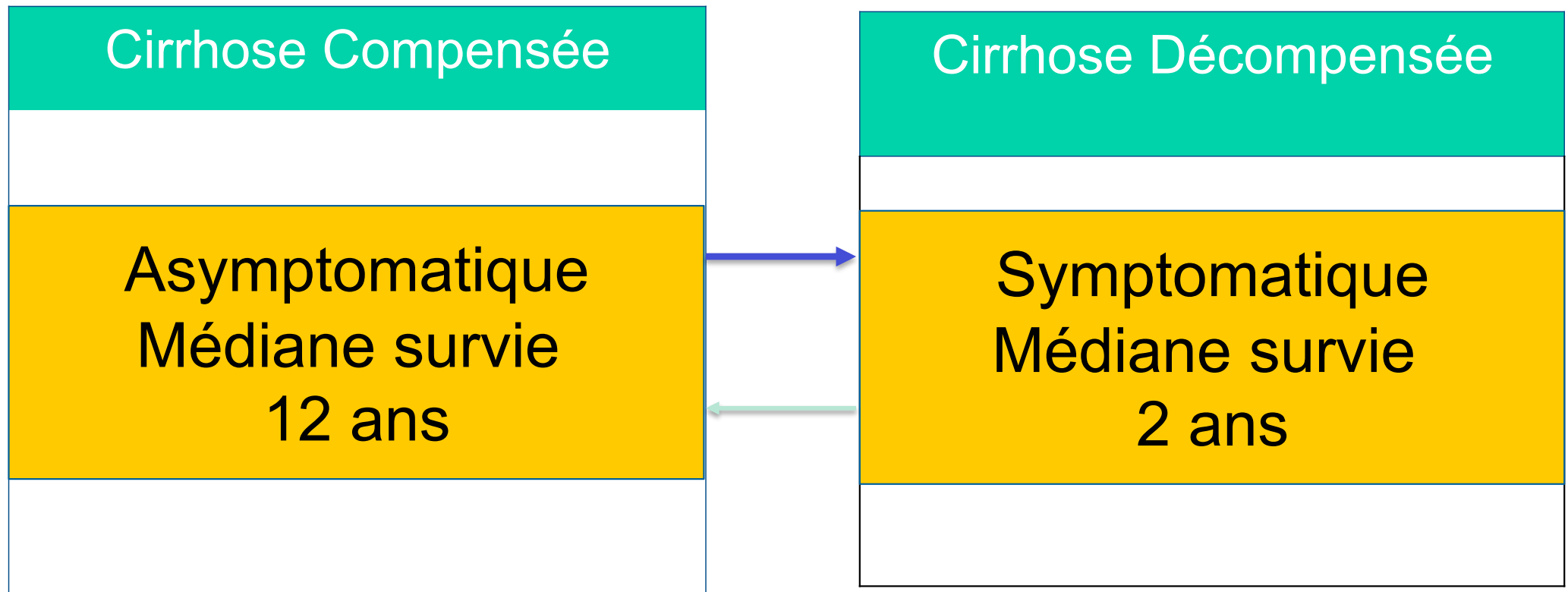
Objectifs

Prévenir les complications

Réduire leur morbi-mortalité quand elles surviennent



Histoire naturelle de la cirrhose et pronostic



Eviter que l'HTP ne survienne
diagnostic précoce et traitement de la cause

=

Dépister l'hépatopathie chronique avancée compensée

Dépistage des VO

Baveno VI

EOGD chez patient avec **FS > 20 kPa** ou **Plaquettes < 150 000** (évite 20-30% EOGD)

Rythme en fonction de l'éviction de la cause de la taille des VO et des co-morbidités

Pas de varices : 1x/2-3 ans - Petites varices : 1x/1-2 ans

Traitement des facteurs étiologiques

EASL

Retirer la cause, en particulier l' alcool, l' hépatite B ou C

Associé à une diminution du risque de décompensation
et une augmentation du taux de survie

Prévention primaire

Baveno VI

B-bloquant non cardiosélectif : propranolol ou nadolol ou carvedilol (6,25 mg x 2 par jour)

OU

LVO: séances tous les 10-15 j jusqu'à éradication

Hémorragie digestive par rupture de VO

Réanimation initiale



Airway

Breathing

Circulation

- Remplissage (III;1)
- **Transfusion restrictive** (Hb 7-9g//dl (I;1))

Hémorragie digestive par rupture de VO

Réanimation initiale

Tt **Vasoactif** immédiat +
Antibiothérapie (I;1)

Endoscopie (<12 hours)
Ligature si VO (I;1)

Airway

Breathing

Circulation

- Remplissage (III;1)
- Transfusion restrictive (Hb 7-9g//dl (I;1))

Hémorragie digestive par rupture de VO

Réanimation initiale

Tt **Vasoactif** immédiat +
Antibiothérapie (I;1)

Endoscopie (<12 hours)
Ligature si VO (I;1)

Airway
Breathing
Circulation

- Remplissage (III;1)
- Transfusion restrictive (Hb 7-9g//dl (I;1))

Tamponnement oesophagien
Sonde III;1, prothèse I;2 (si saignement massif)

Hémorragie digestive par rupture de VO

Réanimation initiale

Tt **Vasoactif** immédiat +
Antibiothérapie (I;1)

Endoscopie (<12 hours)
Ligature si VO (I;1)

Airway
Breathing
Circulation

- Remplissage (III;1)
- Transfusion restrictive (Hb 7-9g//dl (I;1))

Poursuite Tt vasoactif et ATB 5 jours

Echec

(~15% of cases)

TIPS de sauvetage (I;1)

Hémorragie digestive par rupture de VO

Réanimation initiale

Tt **Vasoactif** immédiat +
Antibiothérapie (I;1)

Endoscopie (<12 hours)
Ligature si VO (I;1)

Airway
Breathing
Circulation

- Remplissage (III;1)
- Transfusion restrictive (Hb 7-9g//dl (I;1))

Poursuite Tt vasoactif et ATB 5 jours

Contrôle (~85% des cas)

Echec
(~15% of cases)

TIPS de sauvetage (I;1)

TIPS Pré-emptif avant 72h
chez les patients à haut risque (I;2)

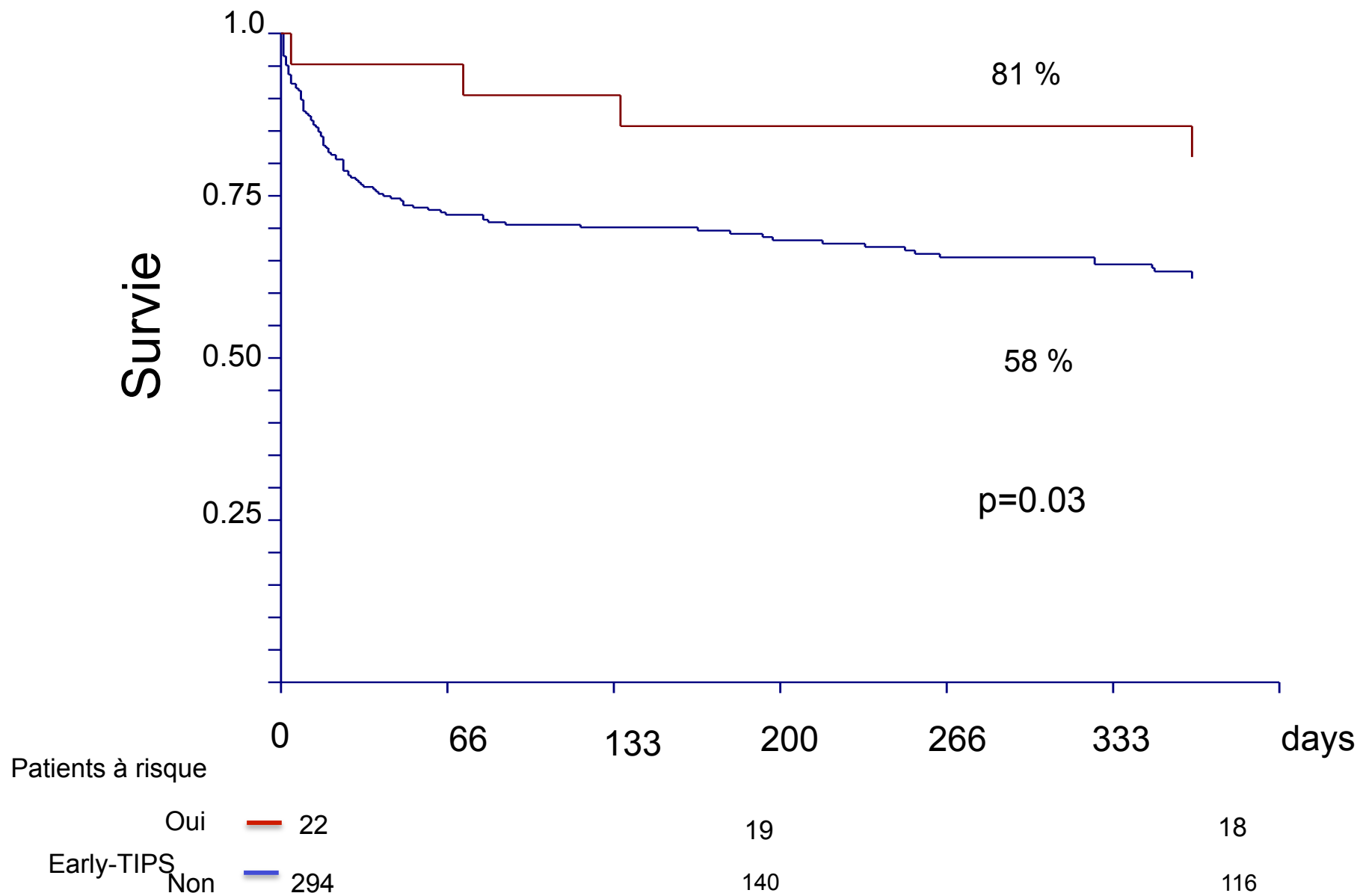
TIPS préventif

Baveno VI

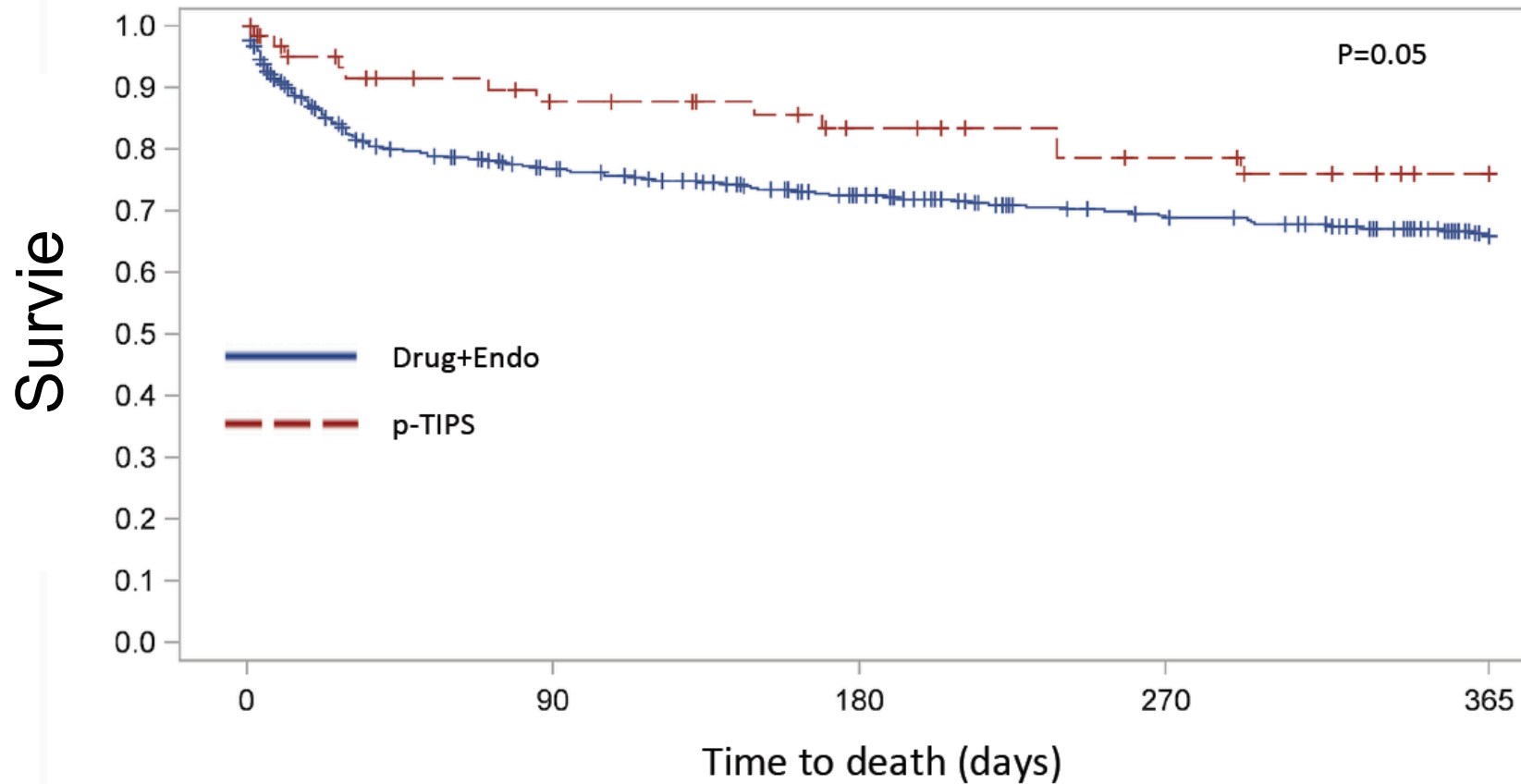
Must be considered <72h (ideally ≤ 24 h) si VO, GOV1 ou GOV2

Chez Child C (<14) ou Child B + hémorragie active à l'endoscopie alors que patients est sous Tt vasoactif

Survie



Survie



No. at risk

Drug+Endo	432	310	292	275	259	239	216	205	199	186	160
p-TIPS	66	51	48	44	42	37	34	32	30	27	24

Prévention secondaire

Baveno VI

B-bloquant non cardiosélectif : propranolol ou nadolol

+

LVO : séances tous les 10-15j jusqu'à éradication

TIPS est le traitement de choix en cas d'échec de la prévention secondaire

Ascite - Pronostic

EASL

- Mortalité à un an : 40%
- Mortalité à 2 ans : 50%

La transplantation doit être considérée comme une option

Ascite non compliquée : prise en charge (1)

Stade 2 : régime pauvre en sel et diurétiques

EASL

Régime pauvre en sel (4,6 - 6,9 g /j)	1
Anti aldostérone seul (100 mg/j et ↗ de 100 mg tous les 3j (5j) si pas de réponse → 400 mg)	1
En l'absence de réponse ou si hyperK+, ajout de furosemide (40 mg/j et ↗ de 40 mg → 160 mg)	1
Ascite récidivante : association des 2	1

Ascite non compliquée : prise en charge (2)

Stade 3 : la PA est le traitement de choix

EASL

L' ascite doit être entièrement évacuée	1
Compensation par albumine (8 g/L d' ascite)	1
Après PA, on utilise les doses de diurétiques qui permettent de prévenir la re-accumulation d' ascite	1

Ascite non compliquée : prise en charge (3)

Evite le sur accident ++++

EASL

AINS contre indiqués	1
IEC, ARA, ou anti α 1-adrénergik ne doivent pas être utilisés	1
Aminoglycosides déconseillés : réservés aux infections sévères sans d' autre alternative	1
Produits de contraste	
•Pas de risque si fonction rénale normale	2
•Précautions si Ins Rénale	1

Ascite réfractaire : prise en charge

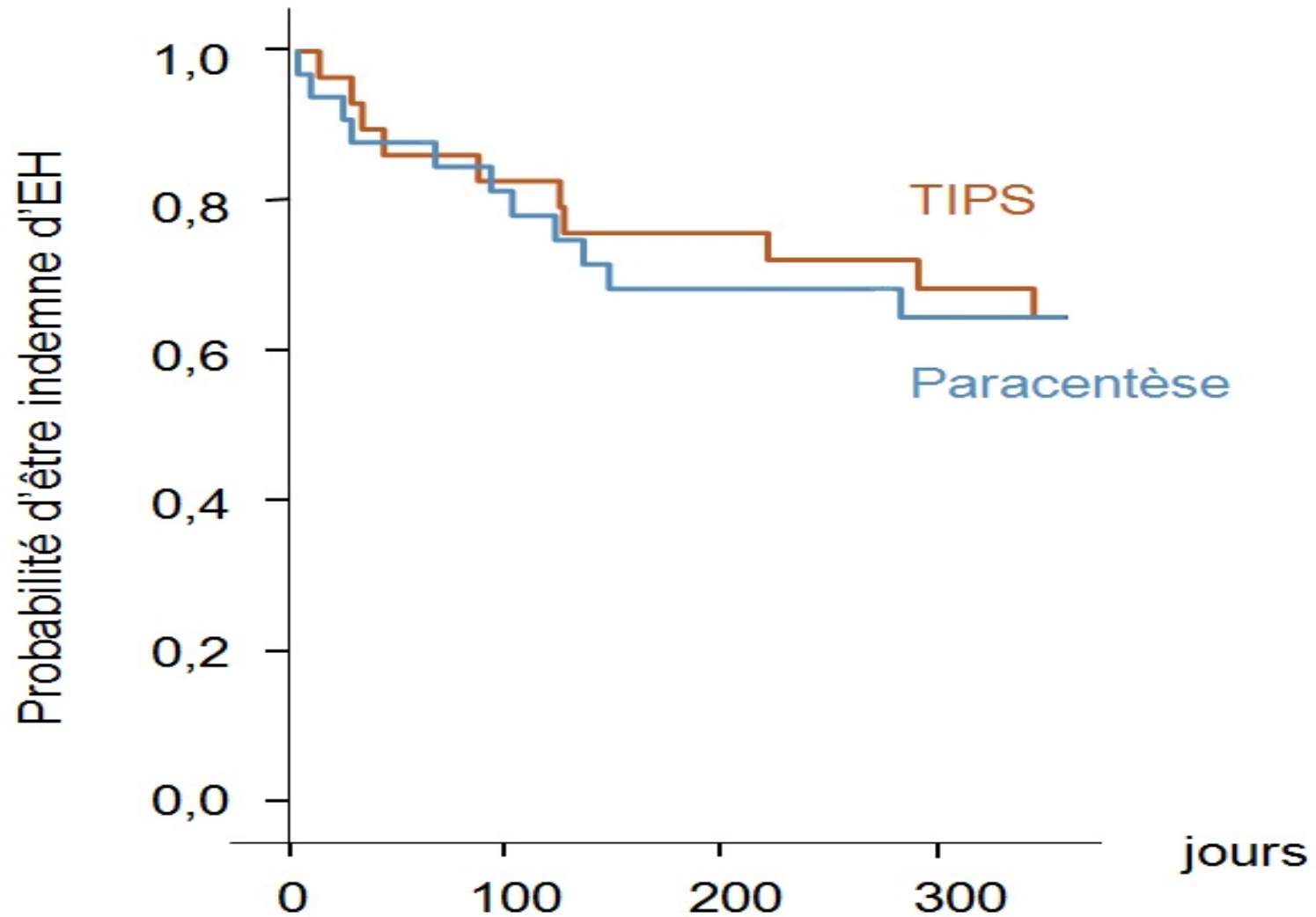
EASL

Paracentèses + albumine : traitement de 1 ^{ère} ligne	1
Stop les diurétiques si NaU < 30 mmol/j	1
Le TIPS est recommandé chez les patients: - avec ascite récidivante : améliore la survie - avec ascite réfractaire : améliore le contrôle de l'ascite	1 1

Sélection des patients

Caractéristiques des patients	TIPS (n = 29)	P + A (n = 33)
Age (ans)	57	57
Bilirubinémie ($\mu\text{mol/l}$)	17,8	17,5
Plaquettes ($10^3/\text{mm}^3$)	179	169
Score de Child-Pugh	9	9
Score de MELD	12	13
Nb de paracentèses les 3 mois	4,5 \pm 1,4	4,2 \pm 1,3

Encéphalopathie hépatique



Nb à risque

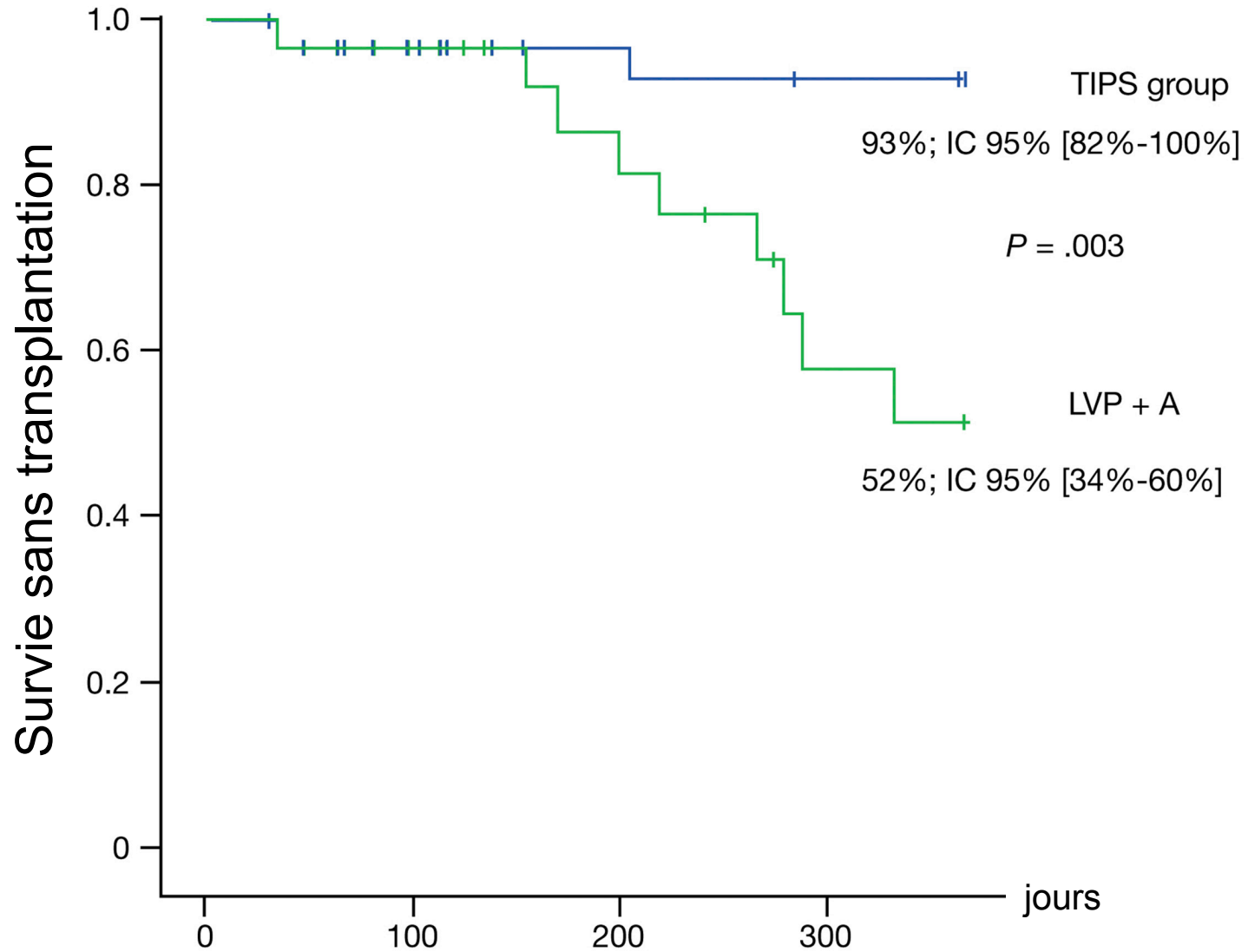
29
33

24
25

22
20

28
17

Survie sans transplantation



Patients à risque

TIPS group	29	27	27	25	24
LVP + A	33	27	16	9	8

Diagnostic du SHP

EASL

A rechercher si dyspnée, hippocratisme digital ou cyanose	1
Dépistage : $SPO_2 < 96 \%$ - $PaO_2 < 80 \text{ mmHg}$ ou $GA-aO_2 > 15 \text{ mmHg}^*$	1
Confirmation : ETTmicrobulles est recommandée	1

* $> 20 \text{ mmHg}$ pour $\geq 65 \text{ ans}$

Traitement du SHP

Pas de traitement en dehors de la greffe

EASL

Malgré l'absence de données d'efficacité ni de tolérance, l'oxygénothérapie est recommandée

1

Si $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg : évaluer le patient pour la greffe

1

Si $\text{PaO}_2 < 45-50$ mmHg : il y a une surmortalité post greffe : GDS réguliers pour priorisation sur liste

1

Prise en charge de HTPorto-pulmonaire

EASL

Résistances pulmonaires augmentées et Pcap pulm normales

légère PAPm : 25 - 35 mmHg / modérée : PAPm 35 - 45

sévère : mPAP \geq 45 mmHg

Dépistage par ETT chez candidats au TIPS ou à la greffe. Confirmation par KT droit	1
Stop les β-bloquants - TIPS est CI	1
Traitement médical usuel et surveillance ETT	1

Prise en charge de HTPorto-pulmonaire

Greffe ou pas greffe ?

EASL

PAPm < 35 mmHg la greffe doit être discutée	1
PAPm ≥ 45 mmHg greffe CI	1
Exception au MELD peut être discutée si PAPm reste > 35 mmHg mais les résistances pulm et fonction cardiaque droite se normalisent (<240 dyn.s/cm ⁻⁵)	2
Exception au MELD est préconisée en cas d'HTPoP modérée si le Tt a diminué le PAPm < 35 mmHg ^{m-5}	1

Messages clefs

L'amélioration du pronostic des patients dépend

Du diagnostic précoce : hépatopathie chronique compensée

De la prévention des risques et du sur-accident

Formation des médecins spécialistes et de premier recours

Education des patients

Et de l'amélioration des structures et organisation de soins

2018

www.afef.asso.fr



Nouveau site de l'AFEF



Ensemble, pour vaincre les maladies du foie.

- Le portail de l'hépatologie
- Une plateforme de e-learning (RME)
- Un site plus clair et plus ergonomique

monfoie.org

Le site grand public de l'AFEF



2018

Lancement d'un **site grand public** d'information et de prévention sur les maladies du foie

Une information vulgarisée pour le grand public
Tout ce qu'il faut savoir pour prendre soin de son foie
Des sujets adaptés pour comprendre, anticiper et agir

