



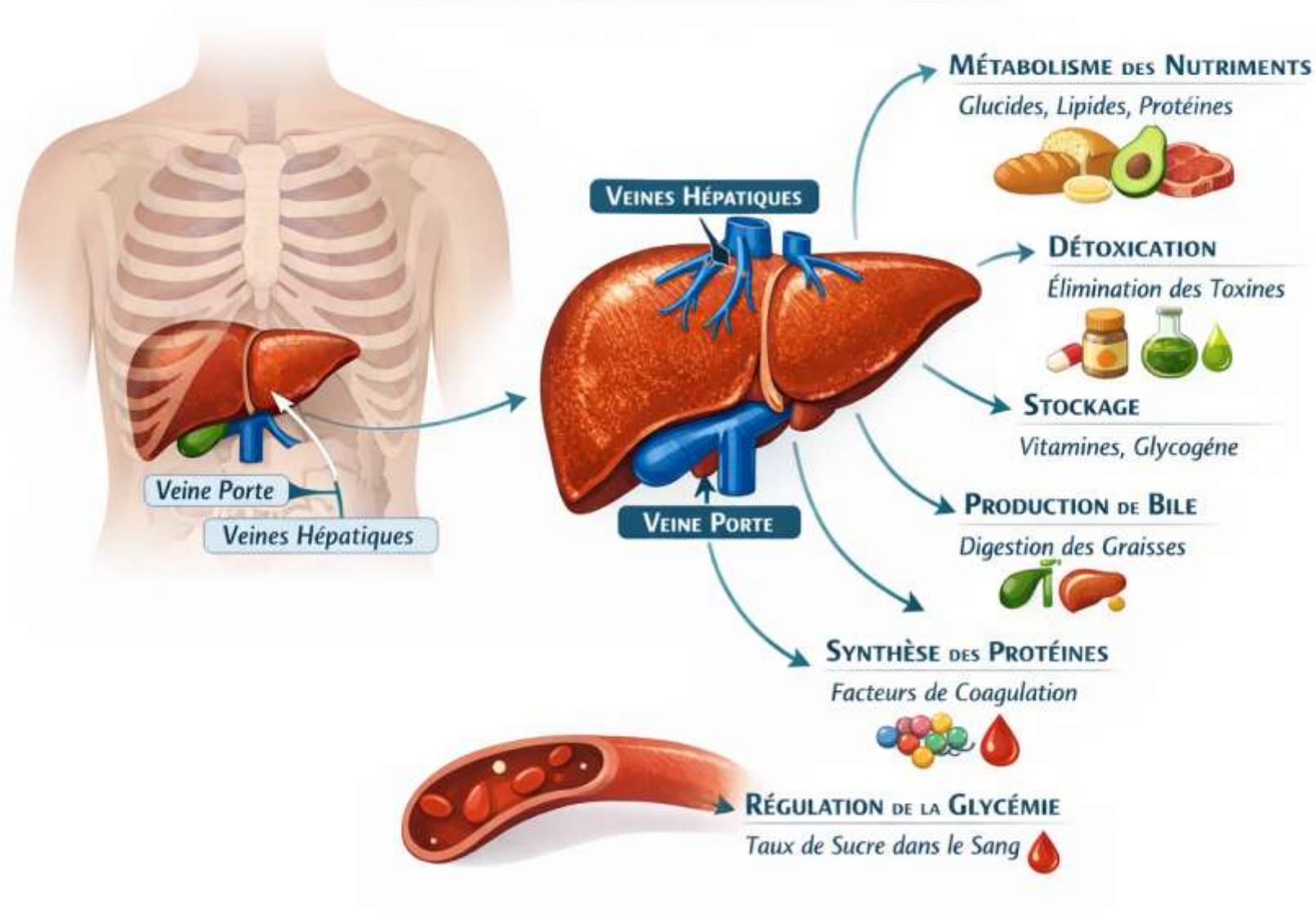
Au-delà du diagnostic : tout savoir sur l'évolution de la cirrhose

10 avril 2026

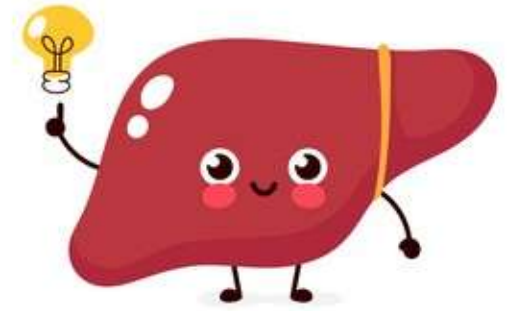
Dr Hélène Larrue (représentée/ Dr Metivier)



LE FOIE ET SES FONCTIONS



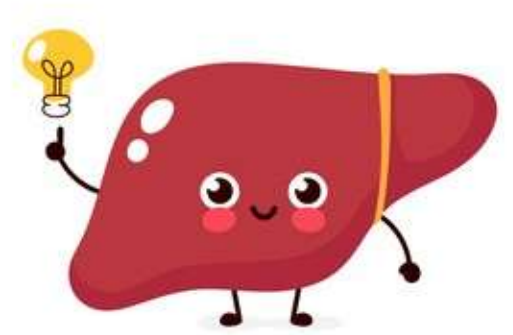
▶ Hépatopathie chronique avancée



- Maladie chronique du foie
- Continuum F3-F4
- Potentiel de régression
- Pas de biopsie systématique : la définition se fait sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques, de l'imagerie mais surtout avec les tests non invasifs
- Elasticité hépatique > 15 kPa : 80% de patients F3-F4

54 % d'événements à 4 ans

▶ Hépatopathie chronique avancée



- Alcool
- Métabolique
- VHC, VHB
- Auto-immune, cholangite sclérosante primitive, cholangite biliaire primitive
- Hémochromatose
- Maladie de Wilson

Stades de l'hépatopathie chronique avancée

Dépistage de l'HTPCS

FIBROSCAN 25 kPa

HCA compensée

HCA décompensée

Pas de varice
Pas d'HTPCS

Pas de varice
HTPCS

Varices
HTPCS

Hémorragie

Autre décompensation
(ascite)

≥ 2 décompensations

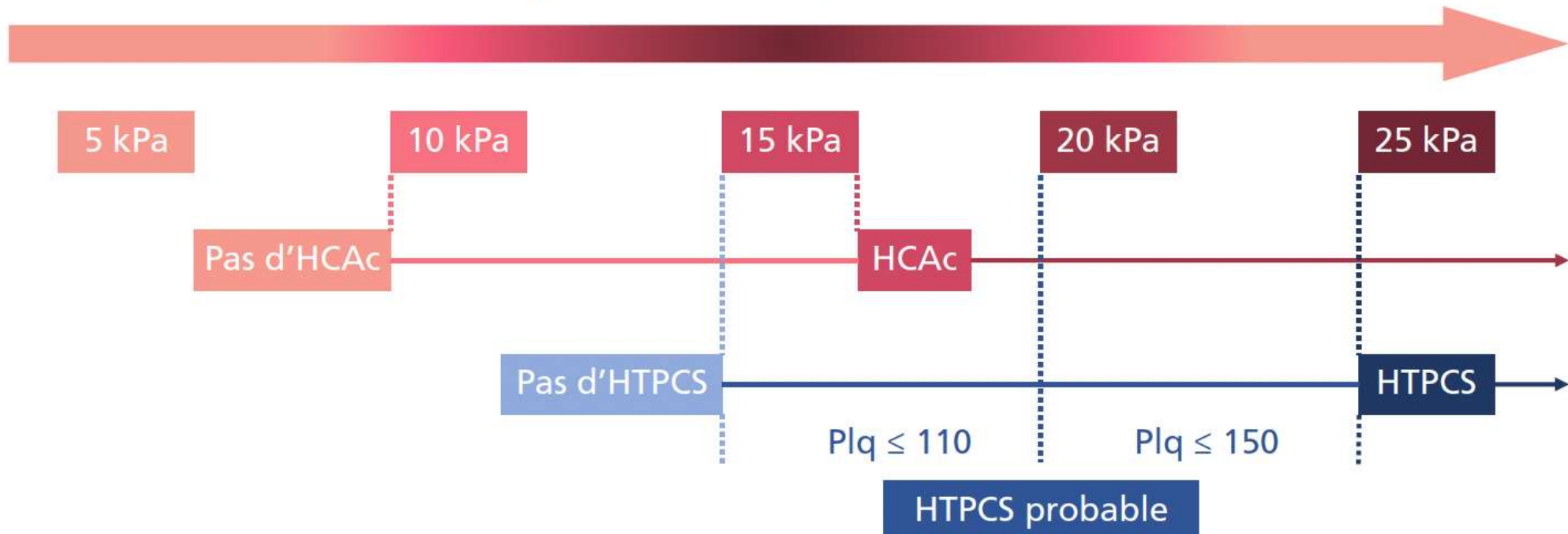
Prévention de la première décompensation

Prévention de la nouvelle décompensation

Stades de l'hépatopathie chronique avancée

Elastométrie hépatique

Risque de décompensation hépatique et de mortalité liée au foie



Hypertension portale cliniquement significative

Au cours de l'hépatopathie chronique avancée

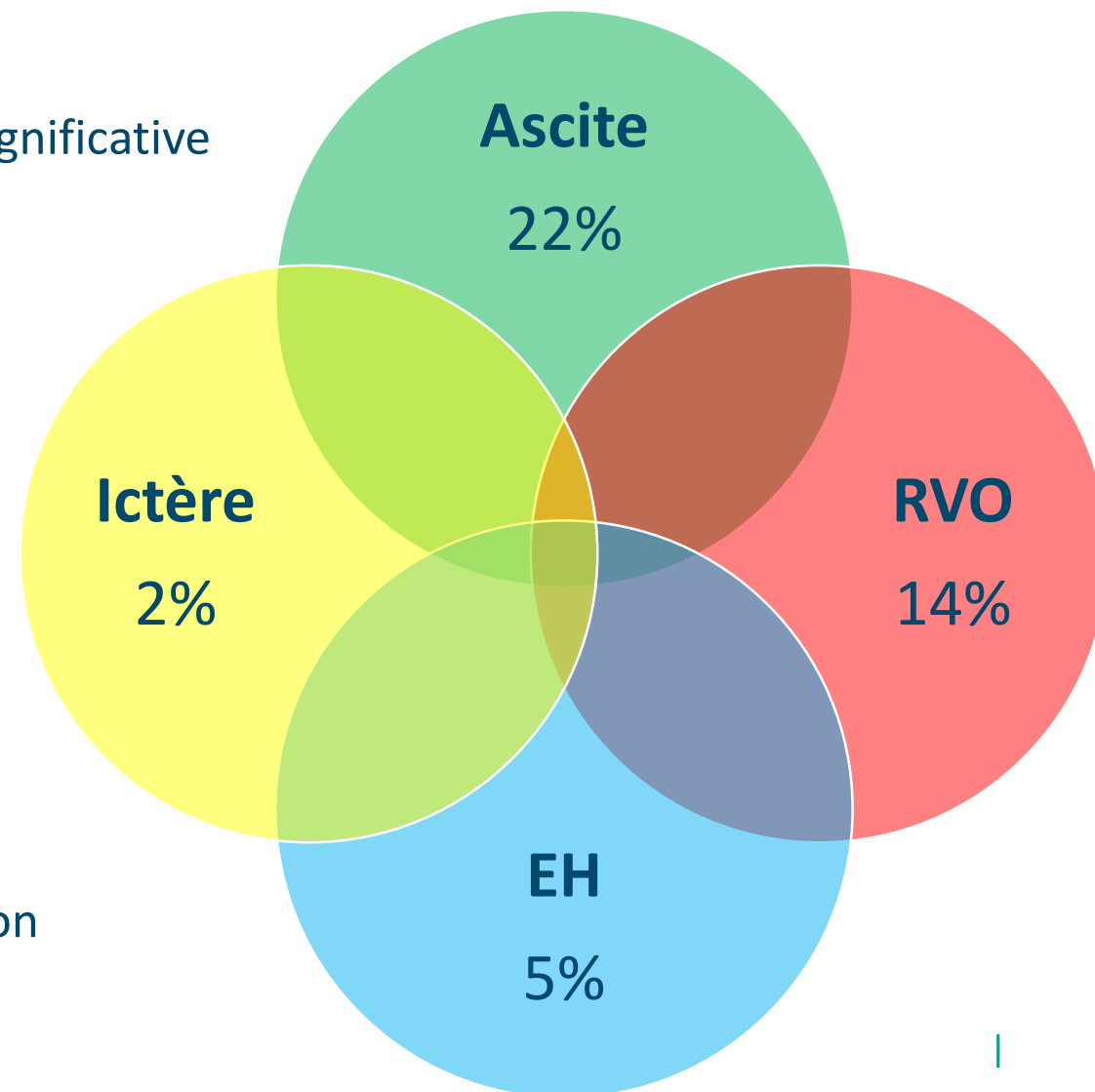
GPVH \geq 10 mmHg : Hypertension portale cliniquement significative

- Ascite
- Circulation veineuse collatérale
- Hémorragie digestive sur HTP
- VO / varices gastriques à l'EOGD
- Collatéralités porto-systémiques à l'imagerie

Impact pronostic :

- Risque accru de décompensation
- Risque accru de mortalité

Premier événement



▶ Hypertension portale cliniquement significative

Corrélation élasticité – HTPCS

VPP élasticité ≥ 25 kPa pour prédire une HTPCS :

- ✓ 92,3% en cas d'hépatite virale C
- ✓ 100% en cas d'hépatite virale B
- ✓ 96,6 % en cas de maladie alcoolique du foie
- ✓ 91,7 % MASH non obèse (62,8% obèse)



Ascite

- **Complication la plus fréquente de la cirrhose: 5 à 10% / an**
- **Mortalité à 1 an: 40%**

Grade 1
visible à l'imagerie



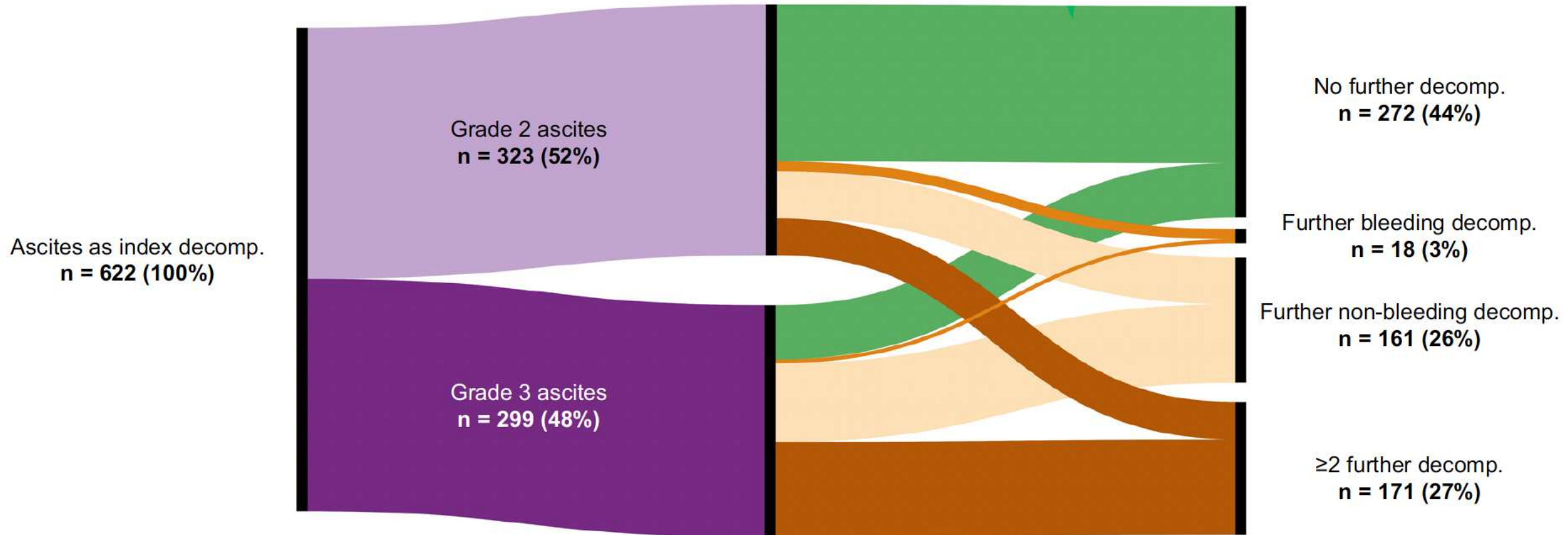
Grade 2
clinique, distension modérée



Grade 3
tendue, symptomatique



Pronostic des patients avec ascite



Ascite : discuter la transplantation hépatique

- Seul traitement curatif pour les patients avec → MELD et Child Pugh élevés
→ Encéphalopathie hépatique

- Evaluation précoce, dès que le diagnostic est posé

- Inscription : → au MELD si élevé

→ composante experte : ascite réfractaire si MELD < 15

- Traitement d'attente nécessaire

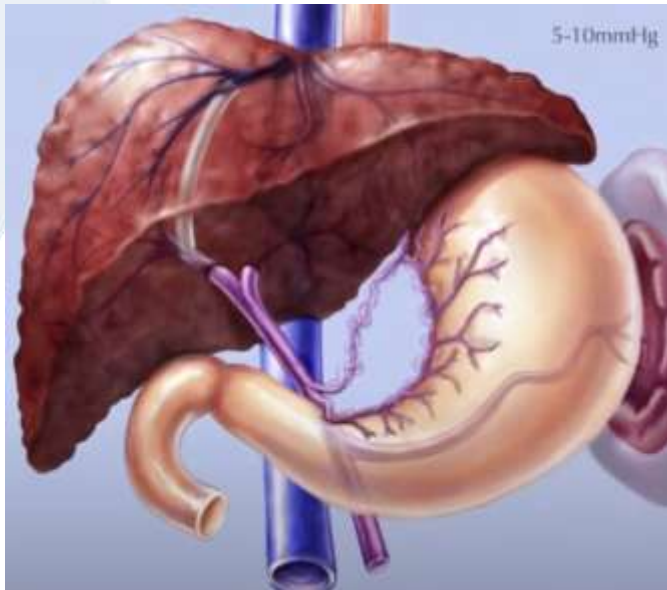


Ascite : traitement

Traitement de l'HTP

Traitement symptomatique

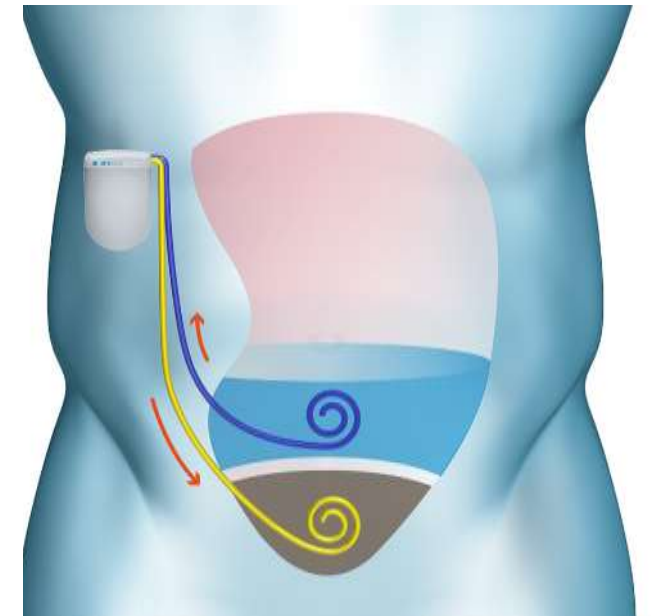
TIPS



Paracentèses + Albumine



Pompe de dérivation péritonéo-vésicale



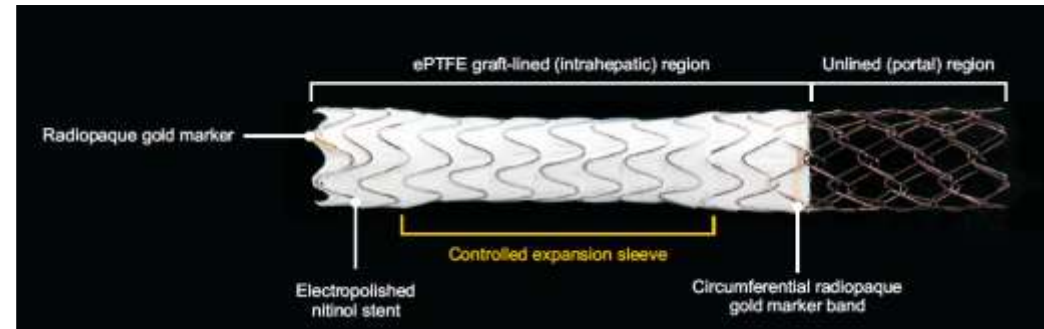
Ascite : traitement par TIPS

Contre-indications :

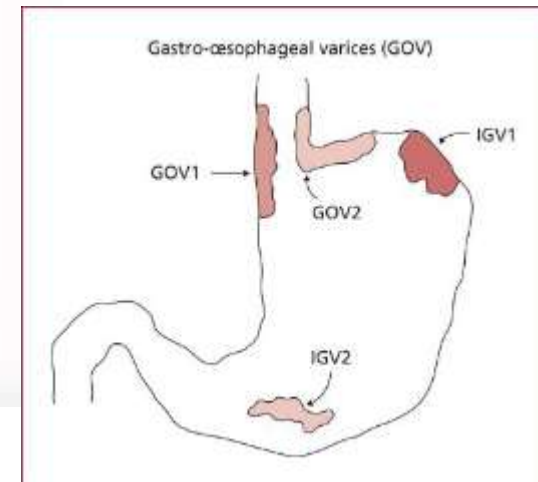
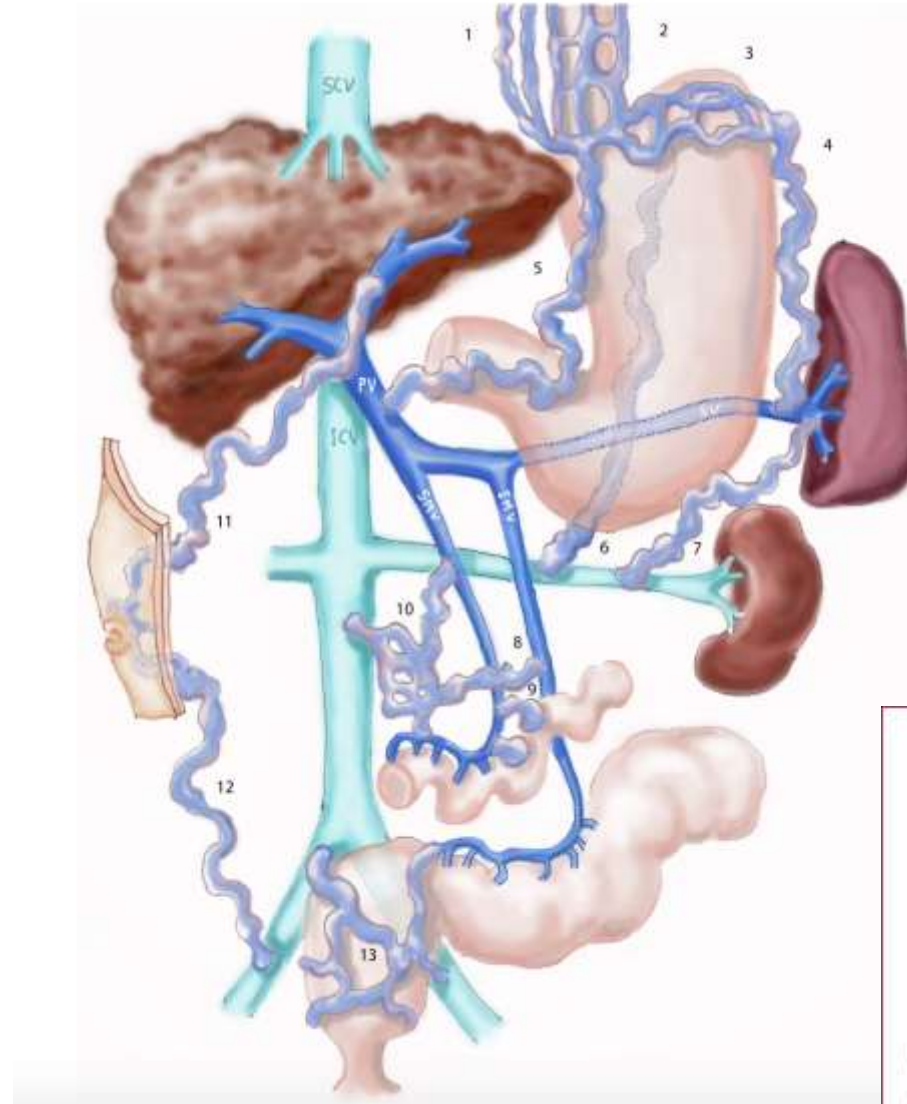
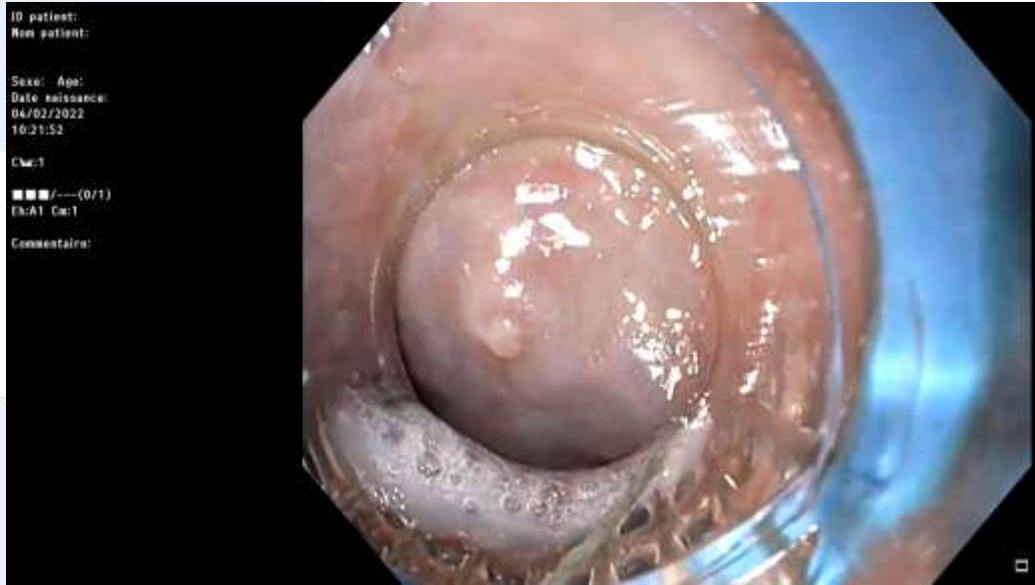
- Insuffisance hépatique sévère → MELD > 18, Child Pugh > C11
- Encéphalopathie hépatique clinique récidivante
- Cardiopathie
- > 70 ans

Effets indésirables :

- Encéphalopathie 25-50%, insuffisance hépatique, décompensation cardiaque



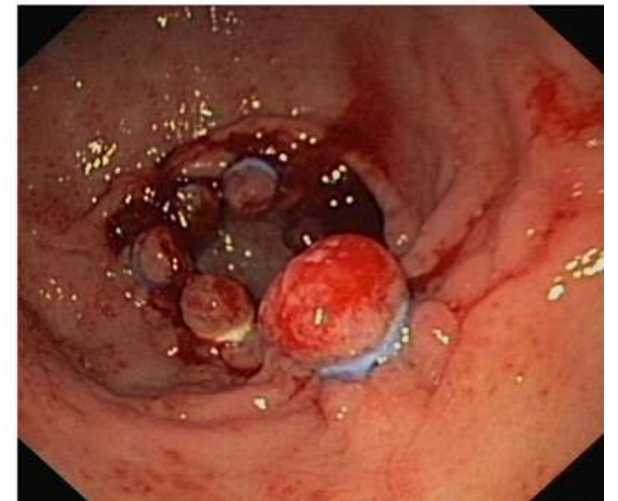
Hémorragie digestive liée à l'HTP



▶ Hémorragie digestive liée à l'HTP



Gastropathie en mosaïque



(Ectasies vasculaires antrales)

Indications du TIPS

TIPS urgent

TIPS de sauvetage

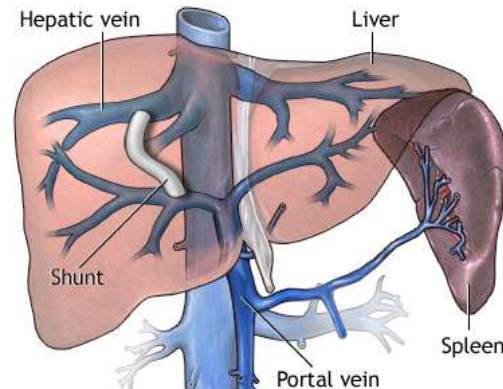
TIPS préemptif



TIPS programmé

TIPS pour ascite

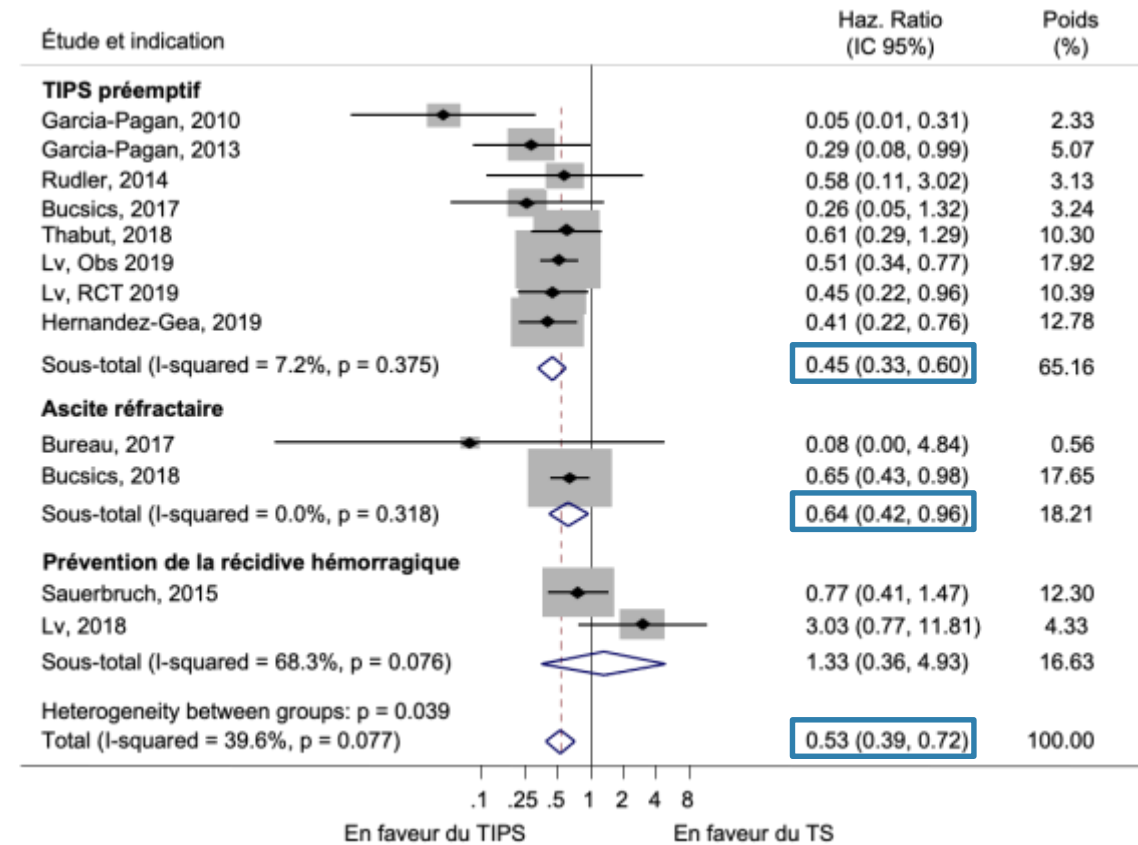
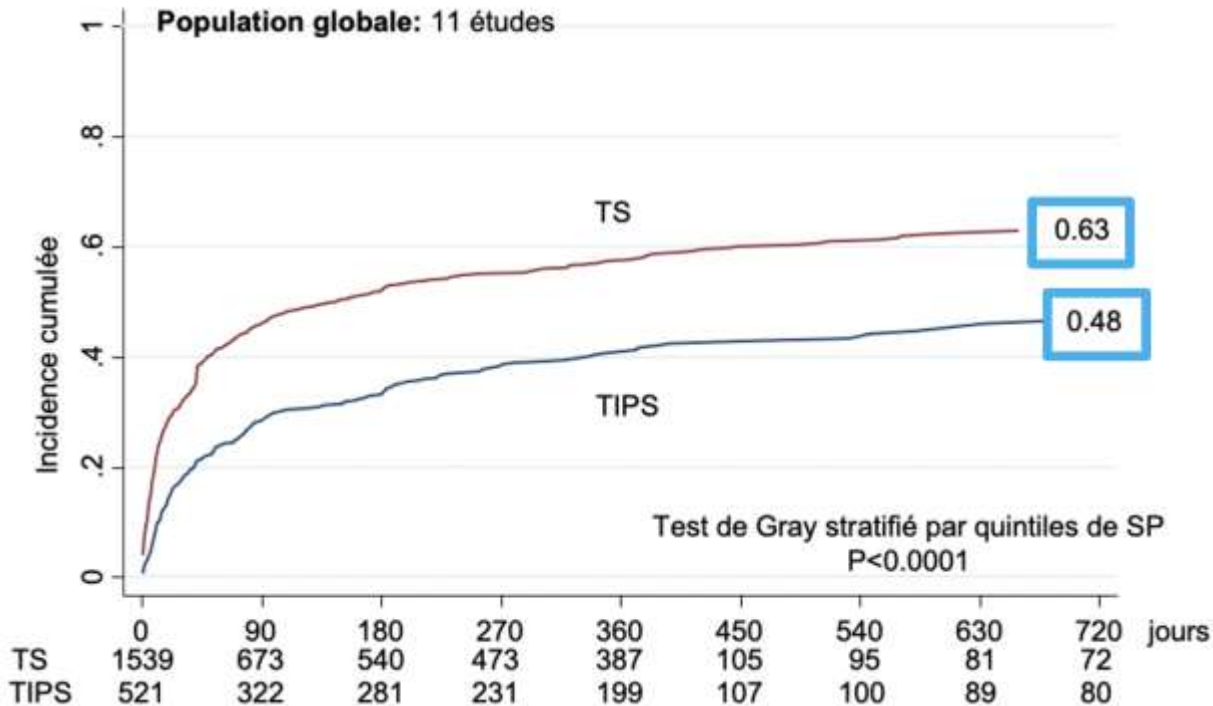
TIPS en prévention de la récurrence hémorragique



TIPS en prévention de la nouvelle décompensation

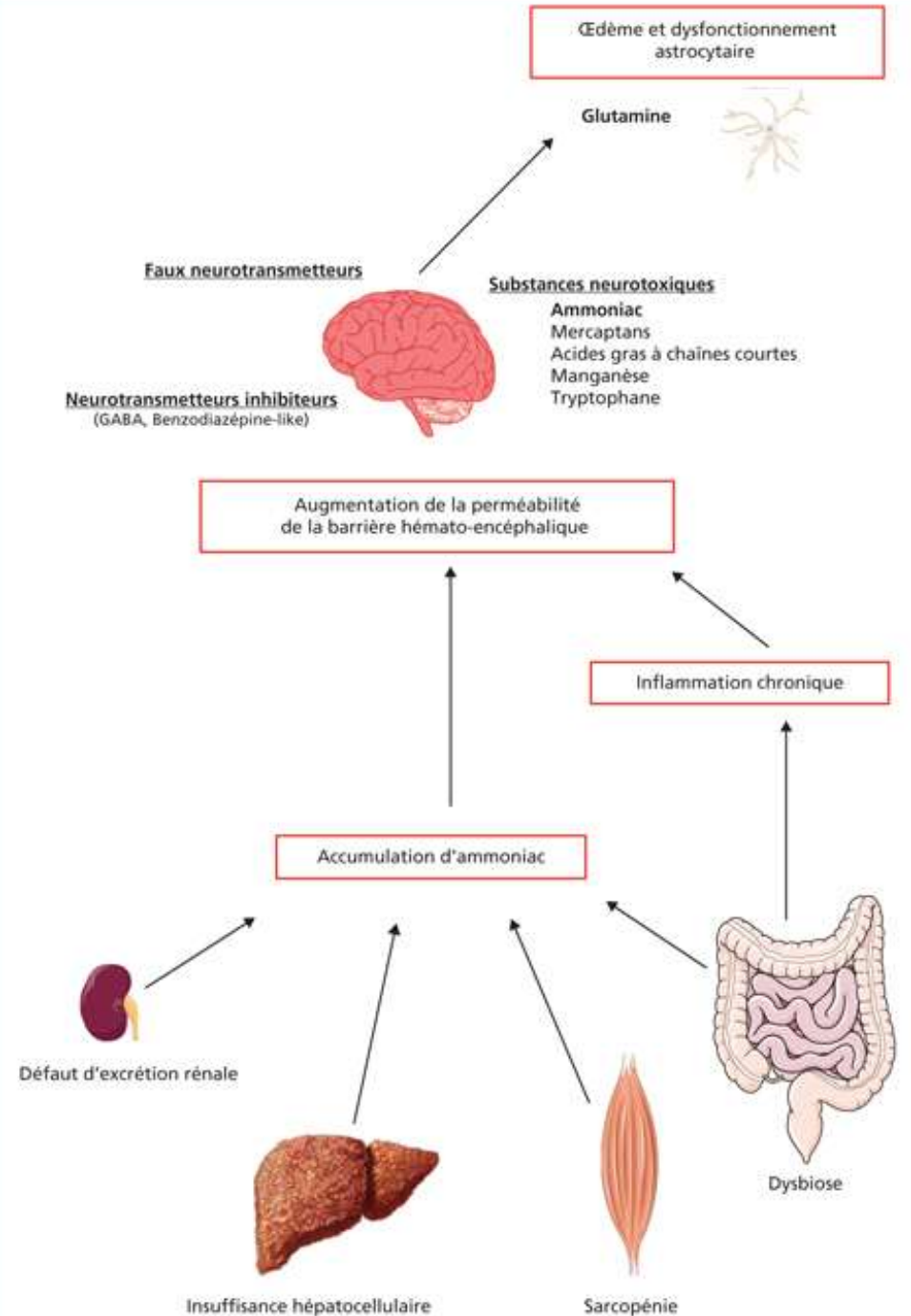
Fonction d'incidence cumulée de nouvelle décompensation

Une vie sauvée tous les 13 patients traités par TIPS



Encéphalopathie hépatique

- Complication de l'insuffisance hépatocellulaire mais aussi de l'HTP (shunts volumineux)
- 30 à 40% des patients
- Mécanisme : toxicité cérébrale de l'ammoniaque, pullulation microbienne, augmentation perméabilité barrière intestinale, dysfonction cycle de l'urée



Encéphalopathie hépatique

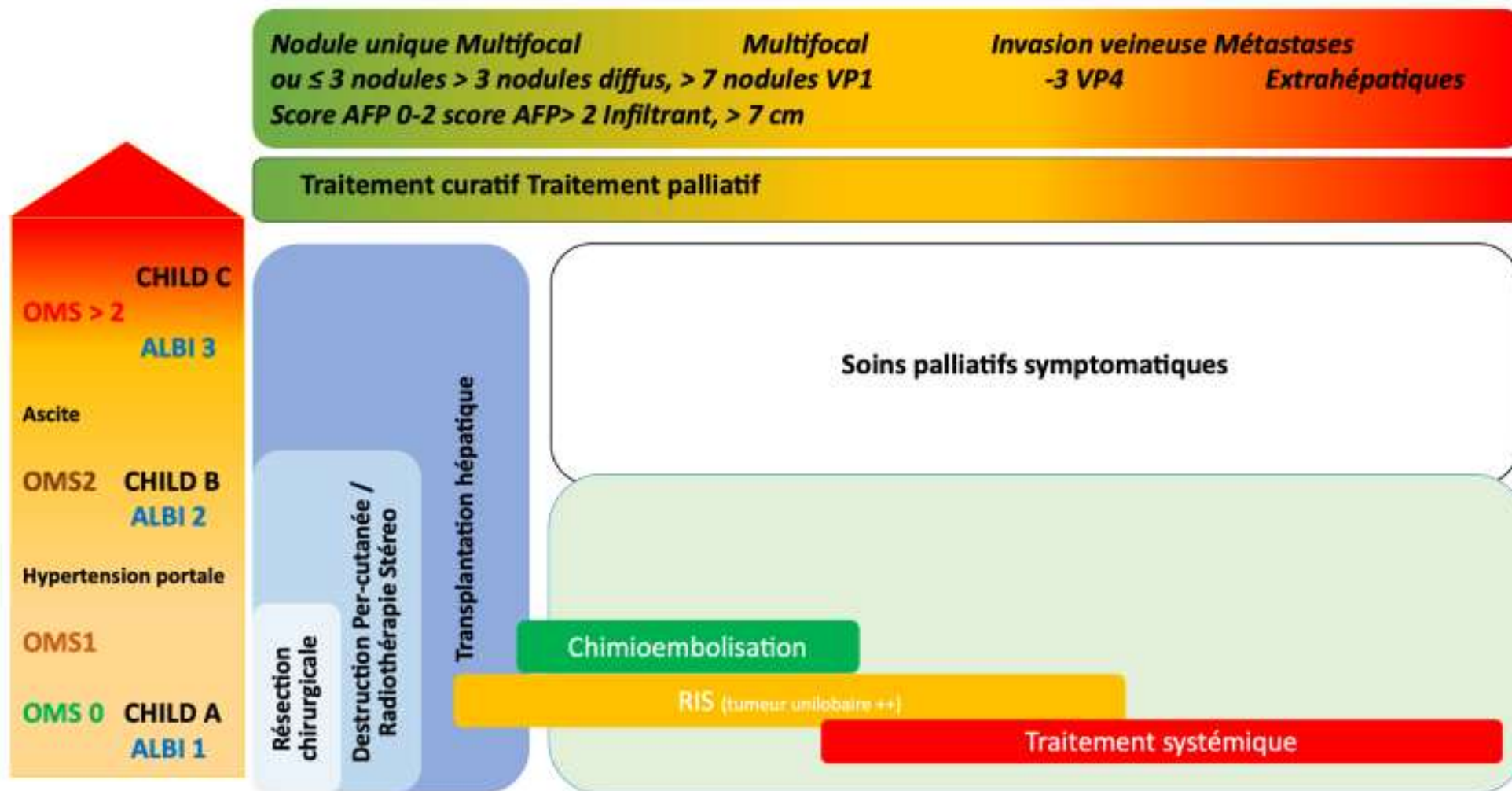
- Différents stades : inversion du rythme nyctéméral, ralentissement psychomoteur jusqu'au coma
 - Facteur déclenchant le plus souvent : infectieux ++, hémorragie, médicamenteux
 - Impact majeur sur la qualité de vie
 - Traitement : disaccharides per os puis Rifaximine si récurrence
- contre-indication au TIPS, indication de transplantation hépatique si faisable



Cancer du foie

- CHC le plus souvent sur foie de cirrhose
- Dépistage systématique tous les 6 mois : échographie et AFP
 - Même lorsque les valeurs de fibroscan s'améliorent après le traitement de la cause
- Diagnostic sans biopsie possible si imagerie caractéristique
- Classification BCLC définit le traitement (uniquement si hépatopathie compensée)
 - Curatif : Du traitement loco-régional (radiologique ou chirurgical) jusqu'à la greffe hépatique
 - Palliatif : De la chimio-embolisation à l'immunothérapie

Cancer du foie



RT: radiothérapie RIS: radiothérapie interne sélective

Conclusion

- Continuum entre hépatopathie chronique avancée, décompensation et cancer du foie
- Diagnostic basé sur des tests non invasifs
- Impact pronostique de la présence d'une hypertension portale clinique
- Pronostic sévère chez les patients avec ascite ou encéphalopathie
- Toujours discuter la transplantation hépatique
- Place croissante du TIPS dans le traitement et la prévention des décompensations
- Dépistage et évolution dans le traitement du cancer du foie