

## Dossier préparation à l'ECN 2014

Dr G BOSCHETTI

Mme A. 54 ans, est amenée par les pompiers aux urgences pour vomissements sanglants. Elle a pour seul antécédent une hémorragie grave du post-partum en 1981.

Lors de son arrivée aux urgences, vous notez une pâleur cutanée, un ictère.

La fréquence cardiaque est à 112/min, la pression artérielle à 100/60 mmHg.

L'examen clinique retrouve une hépatomégalie à bord inférieur tranchant, une circulation veineuse collatérale. Il existe un méléna au toucher rectal.

A l'interrogatoire, vous retrouvez une prise de poids récente de 3 kg et vous estimez sa consommation d'alcool à 4 verres de vin par jour plus un apéritif le soir. Elle fume 1 paquet de cigarettes par jour depuis l'âge de 20 ans.

Le bilan biologique demandé en urgence retrouve :

Hémoglobine 8.4g/dl ; plaquettes 95 000/mm<sup>3</sup> ; TP 49 % ; créatinémie 85 µmol/L ; ASAT 85 (N<45UI/L) ; ALAT 100 (N<45UI/L) ; ionogramme normal.

- 1- **Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ? Sur quels arguments ?**
- 2- **Quelle est votre prise en charge thérapeutique initiale dans les 24h ?**
- 3- **Vous décidez de réaliser une endoscopie digestive. Dans quel délai ? Qu'en attendez-vous ?**
- 4- **L'hémorragie est contrôlée. Quel bilan complémentaire réalisez-vous ?**
- 5- **Dans l'hypothèse d'une hépatite alcoolique aiguë grave, comme facteur déclenchant de l'épisode hémorragique chez cette patiente, par quel examen le confirmeriez vous ? Quels résultats attendez vous ?**
- 6- **Après confirmation du diagnostic quel traitement spécifique instituez-vous ? Sur quel(s) critère(s) ?**
- 7- **Quelles sont les autres mesures thérapeutiques à plus long terme ?**

Alors que la situation semble contrôlée depuis plusieurs années vous revoyez en consultation Mme A. qui vous apporte un compte rendu d'échographie : *«foie dysmorphique avec hypertrophie du segment 1 et contours bosselés au sein duquel on visualise une lésion hypoéchogène arrondie de 4 cm du foie droit. Le tronc porte est perméable et circule dans le*

*sens physiologique. Les voies biliaires sont fines. Il n'existe pas d'autre anomalie intra abdominale visualisée ».*

**8- Quelles sont les hypothèses diagnostiques dans ce contexte ?**

**9- Citez les examens d'imagerie à votre disposition pour étayer le diagnostic de CHC ? Quel élément radiologique est indispensable au diagnostic de CHC ?**

**10- Les examens radiologiques sont concluants quant au diagnostic de CHC, devez-vous réaliser une ponction biopsie avant tout traitement (justifier) ?**

## Grille de correction (100 points)

<p><b>Q1. (15 points)</b>  <b>Hémorragie digestive haute chez une patiente cirrhotique</b>            Probablement par <b>rupture de varices œsophagiennes</b> (70% des causes d'hémorragie digestive haute chez le cirrhotique)            Autres étiologies possibles : <b>varices gastriques, ulcère gastro-duodéal, gastrite d'hypertension portale, Mallory-Weiss...</b></p> <p><b>Cirrhose</b> probablement d'origine mixte (<b>virale et exogène</b>)</p> <p><b>Cirrhose : ictère, hépatomégalie à bord inférieur tranchant, circulation veineuse collatérale, prise de poids récente (ascite ?), TP bas, thrombopénie.</b></p> <p><b>Origine virale</b> : antécédent d'hémorragie du post-partum en 1981 ayant probablement nécessité une transfusion</p> <p><b>Origine exogène</b> : consommation d'alcool à risque</p>	<p><b>5 points</b></p> <p><b>2 points</b></p> <p><b>3 points</b></p> <p><b>2 points</b></p> <p><b>1 point</b></p> <p><b>1 point</b></p> <p><b>1 point</b></p>
<p><b>Q2. (14 points)</b>  <b>Hospitalisation en urgence en unité de soins intensifs</b>  <b>Scope</b> avec monitoring tensionnel et cardiaque  <b>Mise à jeun</b>            O2 3l/min aux lunettes  <b>Pose de 2 voies veineuses périphériques</b> de bon calibre ou voie veineuse centrale            Rééquilibration hydroélectrolytique et remplissage vasculaire si hypotension avec objectif de pression artérielle moyenne à 80 mmHg.  <b>Vitaminothérapie B1B6 IV</b></p> <p><b>Traitement pharmacologique de l'hémorragie digestive :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Traitement vaso-actif type analogue de la somatostatine</b> en intraveineux (IV) au pousse seringue électrique (PSE) à débiter le plus précocement possible (diminution des signes d'Hypertension portale)</li> <li>- <b>Traitement par inhibiteur de la pompe à protons</b> concomitant jusqu'à l'endoscopie, 8mg/h (IV PSE) après un bolus de 80mg IV (dans l'hypothèse d'un ulcère et pour favoriser cicatrisation)</li> </ul> <p><b>Antibiothérapie prophylactique par fluoroquinolones</b> car suspicion d'ascite et risque de translocation bactérienne ++</p> <p>Discuter <b>prophylaxie de l'encéphalopathie</b> hépatique par lactulose</p> <p><b>Bilan pré-transfusionnel : groupe ABO, Rh, RAI</b>            Compléter bilan hépatique et de coagulation</p> <p><b>Endoscopie digestive haute à visée diagnostique et thérapeutique</b></p> <p>Surveillance biologique et clinique de l'état de conscience (intubation si</p>	<p><b>2 points</b></p> <p><b>1 point</b></p> <p><b>1 point</b></p> <p><b>1 point</b></p> <p><b>3 points</b></p> <p><b>3 points</b></p> <p><b>2 points</b></p> <p><b>1 point</b></p>

trouble de conscience)	
<p><b>Q3. (7 points)</b>  Réalisation d'une <b>endoscopie digestive haute</b> (FOGD ou gastroscopie) <b>en condition hémodynamique stable, sous anesthésie générale, en urgence, idéalement dans les 12 heures.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Après préparation avec de <b>l'Erythromycine IV</b> (250 mg) 30 à 60 min avant l'endoscopie pour faciliter la vidange de l'estomac.</li> </ul> <p>Elle permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'affirmer <b>l'origine du saignement (visée diagnostique)</b></li> <li>- De <b>réaliser un traitement</b> : sclérose ou <b>ligature de varices oesophagiennes</b>, collage de varices gastriques, injection d'adrénaline au niveau d'un ulcère associé à une méthode mécanique (clips, pince « chaude »)</li> <li>- <b>D'adapter le traitement vaso-actif ou anti-ulcéreux</b> selon les constatations endoscopiques</li> </ul>	<p><b>3 points</b></p> <p><b>1 point</b></p> <p><b>1 points</b></p> <p><b>2 points</b></p>
<p><b>Q4. (13 points)</b>  <b>Bilan étiologique de la cirrhose :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche d'une <b>hépatopathie chronique virale</b> :  <b>B</b> (AgHBs, AntiHBc, AgHBc)  <b>ou C</b> (Ac anti VHC +/- charge virale)</li> <li>- Recherche d'un <b>éthylisme chronique</b>, biologiquement : macrocytose (VGM), cytolysse prédominant sur les ASAT, alcoolémie, transferrine desialylée.</li> <li>- Recherche <b>d'autres hépatopathies</b> : <b>NASH</b> : tour de taille, bilan lipidique, glycémie à jeun ; <b>Hémochromatose</b> : coeff de sat de la transferrine, +/- ferritine ; <b>Cirrhose auto-immune ou biliaire</b> (anticorps anti nucléaires, anti-muscles lisses, anti LKM1, anti mitochondrie...)</li> </ul> <p><b>Recherche de complications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosage de l'alphafoetoprotéine (CHC)</li> <li>- Echographie doppler hépatique  Recherche de signes de cirrhose : taille, dysmorphie, hypertension portale</li> <li><b>Recherche de nodule hépatique suspect de carcinome hépatocellulaire (CHC) ++</b>  Recherche de signes d'HTP : <b>ascite, splénomégalie, inversement ou arrêt du flux portal, augmentation du calibre de la veine porte +/- thrombose porte</b></li> <li>- Evaluation biologique de la gravité : facteur V, PAL, bilirubine libre et conjuguée, électrophorèse des protéines plasmatiques, albumine.</li> </ul>	<p><b>2 points</b></p> <p><b>2 points</b></p> <p><b>3 points</b></p> <p><b>1 point</b></p> <p><b>1 point</b></p> <p><b>2 points</b></p> <p><b>1 point</b></p> <p><b>1 point</b></p>
<p><b>Q5. (7 points)</b>  <b>Ponction biopsie hépatique</b>  <b>Par voie transjugulaire</b> (troubles de l'hémostase)</p>	<p><b>2 points</b></p> <p><b>1 point</b></p>

<p><b>Confirmation de l'hépatite aiguë alcoolique</b> sur l'aspect histologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ballonisation des hépatocytes</b></li> <li>- <b>Corps de Mallory</b></li> <li>- <b>Infiltrat inflammatoire à PNN</b></li> </ul> <p><b>Élimine une autre cause</b> : poussée aiguë de l'hépatite chronique virale ou foie septique</p> <p><b>Confirmation de la cirrhose</b> avec la présence d'une fibrose mutilante et des nodules de régénération.</p>	<p><b>3 points</b></p> <p><b>1 point</b></p>
<p><b>Q6. (6 points)</b></p> <p>Après avoir éliminé une hépatite virale aiguë ou septique ++</p> <p>Mise en route d'une <b>corticothérapie</b> de 28 jours</p> <p>Débutée si <b>Score de Maddrey &gt; 32</b> déterminé par le TQ et la bilirubinémie</p>	<p><b>1 point</b></p> <p><b>3 points</b></p> <p><b>2 points</b></p>
<p><b>Q7. (13 points)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Prophylaxie secondaire de la rupture de VO</b> : par <b>bétabloquants non cardio-sélectifs</b> en l'absence de contre-indication après ECG et RP ou en cas de contre-indication par séances de <b>ligature des varices</b> jusqu'à éradication.</li> <li>- <b>Consultation ORL et stomato +/- pneumologique</b> pour les conséquences de l'éthylotabagisme.</li> <li>- Discuter un <b>traitement de l'hépatite virale</b> si avérée lorsque la cirrhose est à nouveau compensée.</li> <li>- <b>Echographie hépatique</b> (+/- scanner en alternance) et dosage de l'<b>alphafoetoprotéine</b> tous les 6 mois pour le dépistage du CHC.</li> <li>- Demande de <b>prise en charge à 100%</b> au titre de l'ALD 30</li> <li>- <b>Aide au sevrage</b> alcoolique + tabagique</li> <li>- Assistance nutritionnelle</li> <li>- Vitaminothérapie</li> <li>- <b>Contre indication aux traitements hépatotoxiques et sédatifs</b></li> </ul>	<p><b>3 points</b></p> <p><b>1 point</b></p> <p><b>1 point</b></p> <p><b>2 points</b></p> <p><b>2 points</b></p> <p><b>1 point</b></p> <p><b>1 point</b></p> <p><b>1 point</b></p> <p><b>1 point</b></p>
<p><b>Q8. (8 points)</b></p> <p><b>Nodule tissulaire au sein d'un foie de cirrhose :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Carcinome hépatocellulaire +++</b></li> <li><b>Macronodule de régénération</b></li> <li><b>Adénome</b></li> <li><b>Métastase hépatique</b></li> <li><b>HNF</b></li> <li><b>Plaque de stéatose focale</b></li> </ul>	<p><b>3 points</b></p> <p><b>1 point</b></p> <p><b>1 point</b></p> <p><b>1 point</b></p> <p><b>1 point</b></p> <p><b>1 point</b></p>
<p><b>Q9. (10 points)</b></p> <p><b>Scanner hépatique injecté</b> avec triple acquisition artérielle, parenchymateuse et portale.</p> <p><b>IRM hépatique avec injection.</b></p> <p><b>Echographie avec injection de produit de contraste</b> (sonovue®)</p>	<p><b>2 points</b></p> <p><b>2 points</b></p> <p><b>2 points</b></p>

<p>Le signe le plus évocateur de CHC est l'existence d'un <b>nodule hypervascularisé au temps artériel précoce avec lavage (« wash-out ») au temps portal ou tardif.</b></p>	<p><b>2 points</b> <b>2 points</b></p>
<p><b>Q10. (7 points)</b>  <b>NON</b> car d'après les <b>critères non invasifs</b> révisés en 2011, la CAT en cas de découverte d'un <b>nodule chez un malade atteint de cirrhose+++</b> est la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>nodule &lt; 1 cm : suivi par échographie tous les 3-4 mois ;</b> en l'absence d'évolution de taille après 2 ans, retour à la surveillance habituelle. <b>1 point</b></li> <li>- <b>nodule de plus de 1 cm : scanner et/ou IRM et/ou écho de contraste ;</b> diagnostic de CHC en présence d'une <b>image typique (hypervascularisée + wash-out portal ou tardif) avec 1 des 3 méthodes d'imagerie ;</b> dans les autres cas, biopsie. <b>2 points</b></li> </ul> <p><b>Plus d'intérêt du dosage de l'AFP.</b> <b>1 point</b></p>	<p><b>2 points</b> <b>1 point</b> <b>1 point</b> <b>2 points</b> <b>1 point</b></p>