

# L'ascite chez les patients atteints de cirrhose

Giulia-Anna Perri MD CCFP COE

*M.G. est un homme de 79 ans atteint d'une cirrhose alcoolique du foie en phase terminale diagnostiquée et souffrant d'ascite. Il est marié et a 3 enfants adultes.*

*M. G. s'est présenté en soins de courte durée il y a 3 semaines avec une ascite prononcée qu'on a prise en charge au moyen d'une paracentèse à grand volume (PGV) d'environ 4 l. Il a reçu son congé et on lui a prescrit 100 mg/j de spironolactone et 40 mg/j de furosémide à prendre par voie orale. On a aussi donné à M. G. une ordonnance de 0,5 mg d'hydromorphone par voie orale à prendre au besoin aux 4 heures pour la douleur.*

*On le visite aujourd'hui à domicile en raison d'un déclin rapide de son fonctionnement et d'une escalade des symptômes. M. G. prend 0,5 mg d'hydromorphone par voie orale de 1 à 2 fois par jour pour aider à contrôler ses douleurs abdominales et sa dyspnée. Il a généralement moins d'appétit et cet aspect préoccupe sa famille. M. G. décrit qu'il arrive rapidement à satiété et qu'il a une nausée persistante sans toutefois vomir. Ses dernières selles remontent à 3 jours.*

*À l'examen, M. G. n'est pas désorienté sur le plan du temps ou de l'endroit. Il ne fait pas de fièvre et ses signes vitaux révèlent une tension artérielle de 110/60 mm Hg, une fréquence cardiaque de 110 battements/min, une fréquence respiratoire de 22 cycles/min et une saturation en oxygène de 97 % à l'air ambiant. Les observations à l'examen cardiopulmonaire n'ont rien d'anormal. Son abdomen est manifestement distendu, sans douleur lors de la palpation ni de sensibilité à la décompression et l'examen de la matité révèle un mouvement de liquide. Il a aussi un œdème périphérique bilatéral modéré.*

*Les objectifs et l'orientation des soins sont discutés avec M. G. en présence de sa conjointe et de ses enfants. Les membres de la famille de M. G. indiquent qu'ils ne s'attendaient pas à un déclin si rapide, quelques semaines seulement après sa paracentèse. M. G. explique que ce qui lui importe le plus est de contrôler ses symptômes et de demeurer confortable à la maison.*

La cirrhose se caractérise par une fibrose diffuse du parenchyme hépatique qui cause des nodules structurellement anormaux au foie. En Amérique du Nord, la cirrhose est devenue la huitième principale cause de décès<sup>1</sup>, et la maladie alcoolique du foie, l'hépatite C et la stéatose non alcoolique en sont les 3 principales origines<sup>2</sup>.

L'évolution naturelle de la maladie du foie cirrhotique progresse d'une phase compensée à décompensée.

L'ascite est la principale complication de la cirrhose<sup>3</sup> et la période moyenne pour son développement est d'environ 10 ans<sup>4,5</sup>. L'ascite est un point tournant dans la progression vers la phase décompensée de la cirrhose et est associée à un pronostic défavorable et à une détérioration de la qualité de vie; on estime à 50 % la mortalité en 2 ans<sup>6</sup>.

## Définition, caractéristiques et investigation

On définit l'ascite comme la présence d'un liquide excessif dans la cavité péritonéale. La formation de l'ascite dans la cirrhose repose fondamentalement sur l'hypertension portale qui cause une vasodilatation splanchnique et l'activation du système rénine-angiotensine-aldostérone, provoquant du fait même une plus grande rétention rénale de sodium<sup>4,7</sup>.

Durant la phase terminale de la cirrhose, l'ascite cause des symptômes, y compris la distension abdominale, la nausée et les vomissements, la satiété précoce et la dyspnée, ainsi que de l'œdème aux extrémités inférieures et une mobilité réduite. Cliniquement, à l'investigation d'un abdomen plein et rebondi, la percussion des flancs et la vérification d'une matité mouvante peuvent détecter l'ascite. Sur le plan de l'imagerie, l'échographie abdominale est utile pour déterminer l'ampleur de l'ascite dans les cas qui viennent de se déclarer ou qui s'aggravent. La paracentèse abdominale, l'analyse du liquide ascitique et l'utilisation du dosage du gradient albumine sérum/ascite sont les méthodes les plus rentables et rapides pour diagnostiquer les causes de l'ascite et orienter sa prise en charge<sup>4,8</sup>.

## Prise en charge médicale

Les décisions concernant la prise en charge de l'ascite dépendent de la gravité des symptômes et non pas simplement de sa seule présence. La prise en charge médicale comporte la restriction du sodium et l'utilisation de diurétiques.

**Restriction du sodium.** La restriction du sodium fait partie du traitement de première intention. Dans les cas d'ascite légère à modérée, on conseille habituellement une restriction du sodium à 88 mmol/j (2 000 mg de sel par jour)<sup>9</sup>. Étant donné qu'un régime faible en sodium peut manquer de goût, il importe de discuter sérieusement de la nécessité d'en arriver à un juste équilibre

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the December 2013 issue on page 1297.

entre un apport négatif en sodium et le maintien de la qualité de vie.

**Diurétiques.** La thérapie de deuxième intention comporte l'utilisation des diurétiques. La spironolactone est considérée comme le diurétique à privilégier parce que l'aldostérone est le principal facteur responsable de la rétention rénale du sodium dans la cirrhose. Les doses de spironolactone commencent habituellement à 100 mg/j et sont augmentées de 100 mg étape par étape aux 7 jours jusqu'à concurrence maximale de 400 mg par jour<sup>4</sup>. La gynécomastie douloureuse et l'hyperkaliémie sont ses effets secondaires les plus courants. Autrement, on peut utiliser l'amiloride, à raison de 5 mg/j pour commencer et tritrée jusqu'à 20 mg/j. Toutefois, cette option est moins efficace<sup>10</sup>. Pour les patients qui ne répondent pas à une monothérapie à la spironolactone, on devrait ajouter du furosémide de manière graduelle, en commençant par 40 mg/j jusqu'à un maximum de 160 mg/j (augmentation progressive à raison de 40 mg/j)<sup>4</sup>. Le furosémide favorise la réponse natriurétique des antagonistes de l'aldostérone et n'est pas recommandé comme agent unique. Parmi les effets secondaires communs du furosémide, on peut mentionner ce qui suit: l'hypokaliémie, l'alcalose hypochlorémique, l'hyponatrémie et l'hypovolémie. Lorsqu'ils sont utilisés en combinaison, les effets secondaires de chaque diurétique distinct sont généralement contrebalancés à un ratio de 100 mg/j de spironolactone en contrepartie de 40 mg/j de furosémide, jusqu'à un maximum de 400 mg/j et de 160 mg/j, respectivement<sup>9</sup>.

La décision initiale est souvent de savoir si on commence les diurétiques comme monothérapie ou comme thérapie combinée. Des études ont démontré que la monothérapie à la spironolactone ou la thérapie combinée de spironolactone et de furosémide sont aussi efficaces l'une que l'autre pour soulager l'ascite<sup>3,4</sup>.

S'il faut un contrôle plus rapide des symptômes ou si le patient a des ascites récurrentes, on devrait alors envisager de commencer dès le départ une thérapie combinée<sup>10</sup>.

Une fois que le liquide ascitique est mobilisé et que le contrôle des symptômes est obtenu, il y a lieu de réexaminer le dosage des diurétiques dans le but de maintenir ce contrôle grâce à la dose la plus faible possible de diurétiques afin d'en prévenir les effets secondaires.

### Prise en charge de l'ascite réfractaire

L'ascite réfractaire se produit chez les patients qui ne répondent pas à la thérapie aux diurétiques, qui ont des complications causées par les diurétiques ou chez qui l'ascite revient rapidement après une paracentèse thérapeutique<sup>4,9,11</sup>. Une fois que l'ascite devient réfractaire, le taux de survie fléchit à 50 % après 1 an<sup>12</sup>. Parmi les options de traitement de l'ascite réfractaire figurent la

PGV, la paracentèse thérapeutique en série, les cathéters péritonéaux à demeure et les shunts intrahépatiques transjugulaires portosystémiques (SITP).

**Paracentèse à grand volume.** La paracentèse à grand volume est efficace et considérée comme une intervention sécuritaire, ayant un taux de complications de moins de 1 %<sup>13</sup>. On peut extraire jusqu'à 5 l de liquide à la fois sans utiliser de perfusion de colloïdes après cette paracentèse<sup>4</sup>. Si on prélève plus de 5 l de liquide ascitique, on recommande l'administration intraveineuse de remplisseurs de plasma comme l'albumine pour prévenir une dysfonction circulatoire induite par la paracentèse<sup>4</sup>. La PGV en série peut être tolérée aux 2 semaines mais les variables dont il faut tenir compte pour déterminer la fréquence des paracentèses incluent les délais entre les épisodes récurrents d'ascite, les symptômes, la tolérance et les aspects pratiques de la procédure. Étant donné que la PGV ne traite pas les causes sous-jacentes de l'ascite, il faut poursuivre la restriction de sel et la thérapie aux diurétiques pour ralentir le taux de nouvelle accumulation.

**Cathéter péritonéal à demeure.** La décision de continuer les paracentèses thérapeutiques en série ou encore d'insérer un cathéter péritonéal à demeure se fonde sur le souhait du patient et le fardeau de sa maladie, son pronostic et les objectifs de ses soins. Les cathéters à demeure, comme le cathéter queue de cochon ou pleural, sont une option pour les patients qui ont fréquemment besoin d'une paracentèse. Le cathéter tunnalisé est préférable au cathéter queue de cochon en raison de sa stabilité et des taux plus faibles d'infection<sup>14</sup>. Parmi les avantages d'un cathéter à demeure figurent son caractère plus pratique pour le patient, l'évitement des risques de complications de paracentèses répétées et son coût. Les cathéters permanents peuvent drainer de manière continue ou intermittente et la fréquence du drainage est déterminée par le patient en fonction du contrôle de ses symptômes. La littérature médicale ne donne pas d'indications quant au maximum quotidien de liquide drainé au moyen d'un cathéter péritonéal à demeure; par ailleurs la pratique courante est de drainer de 1 à 2 l/j et de ne pas dépasser 5 l/j pour éviter les complications<sup>15</sup>. Le risque d'infection est le principal aspect défavorable d'un cathéter à demeure. Le risque exact d'infection que pose un cathéter à demeure ou la nécessité d'une antibiothérapie prophylactique pour les patients ne sont pas bien précisés dans les ouvrages médicaux.

**Shunt intrahépatique transjugulaire portosystémique.** Un SITP est un shunt entre la veine portale et la veine hépatique, conçu pour réduire l'hypertension portale et améliorer l'excrétion rénale du sodium en contournant directement les tissus cirrhotiques du parenchyme. De nombreuses méta-analyses ont démontré qu'un SITP

est bien plus efficace que des PGV en série pour la prise en charge des ascites réfractaires<sup>5,16,17</sup>. Plus récemment, on a fait valoir que le recours à un SITP procurait certains bienfaits sur le plan de la survie chez des patients sélectionnés avec soin. Toutefois, l'utilisation limitée des SITP en soins palliatifs s'explique par l'incidence élevée d'encéphalopathie, allant jusqu'à 30 %<sup>18</sup>, chez les patients qui subissent cette intervention.

### De retour au cas

*M. G. subit une deuxième PGV d'environ 4,5 l, qui se déroule en clinique externe. Ses doses de diurétiques sont augmentées à 200 mg/j de spironolactone et à 80 mg/j de furosémide par voie orale. On lui fait un lavement qui se révèle efficace et il commence à prendre 2 comprimés de senné par voie orale chaque jour au coucher.*

*En l'espace de 7 jours, l'ascite de M. G. revient, accompagnée de malaises abdominaux, d'une capacité amoindrie d'absorption orale, de dyspnée à l'effort et de nausée. Il ne fait pas de fièvre. M. G. prend en moyenne de 4 à 5 doses d'hydromorphone par jour pour accès douloureux. Il accepte qu'on lui insère un cathéter permanent à demeure. Chaque jour ou 2, la conjointe de M. G. est capable de drainer environ 200 ml de liquide ascitique. En dépit de cette intervention, la douleur abdominale de M. G. persiste. On commence à lui administrer une dose de 0,5 mg par voie orale d'hydromorphone aux 8 heures et il a à sa disposition une dose par voie orale de 0,5 mg d'hydromorphone à l'heure au besoin pour aider à contrôler la douleur et la dyspnée. On lui donne aussi une dose par voie orale de 10 mg de métoprolol 3 fois par jour avant les repas et une quatrième dose au coucher.*

*M. G. devient progressivement somnolent et ne prend que de petites gorgées de liquide. Il n'est plus capable d'avaler ses médicaments, y compris ses diurétiques. On administre les mêmes doses d'hydromorphone et de métoprolol par voie sous-cutanée à la même fréquence et leurs effets sont efficaces. M. G. meurt confortablement chez lui.*

### Conclusion

La prise en charge de patients souffrant d'ascite dans les cas de cirrhose en phase terminale devient de plus en plus fréquente en soins palliatifs. Les décisions devraient se fonder sur les pratiques exemplaires ainsi que sur les objectifs thérapeutiques du patient, son pronostic et le fardeau de la maladie.

D<sup>re</sup> Perri est chargée de cours cliniques au Département de médecine familiale et communautaire de la University of Toronto en Ontario et médecin de soins palliatifs au Baycrest Hospital à Toronto.

#### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

#### Références

1. US Burden of Disease Collaborators. The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA* 2013;310(6):591-608.
2. Heidelberg JJ, Sherbondy M. Cirrhosis and chronic liver failure: part II. Complications and treatment. *Am Fam Physician* 2006;74(5):767-76.

3. Runyon BA; American Association for the Study of Liver Diseases. Introduction to the revised American Association for the Study of Liver Diseases practice guideline management of adult patients with ascites due to cirrhosis 2012. *Hepatology* 2013;57(4):1651-3.
4. European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *J Hepatol* 2010;53(3):397-417. Cyberpub. du 1<sup>er</sup> juin 2010.
5. D'Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. *J Hepatol* 2006;44(1):217-31. Cyberpub. du 9 novembre 2005.
6. Mirza MS, Aithal GP. Portal hypertension and ascites. *Surgery* 2007;25(1):28-33.
7. Ginés P, Quintero E, Arroyo V, Terés J, Bruguera M, Rimola A et collab. Compensated cirrhosis: natural history and prognostic factors. *Hepatology* 1987;7(1):122-8.
8. Runyon BA, Montano AA, Akriviadis EA, Antillon MR, Irving MA, McHutchison JG. The serum-ascites albumin gradient is superior to the exudate-transudate concept in the differential diagnosis of ascites. *Ann Intern Med* 1992;117(3):215-20.
9. Runyon BA; AASLD Practice Guidelines Committee. Management of adult patients with ascites due to cirrhosis: an update. *Hepatology* 2009;49(6):2087-107.
10. Wong F. Management of ascites in cirrhosis. *J Gastroenterol Hepatol* 2012;27(1):11-20.
11. Dib N, Oberfi F, Calès P. Current management of the complications of portal hypertension: variceal bleeding and ascites. *CMAJ* 2006;174(10):1433-43.
12. Singhal S, Baikati KK, Jabbour II, Anand S. Management of refractory ascites. *Am J Ther* 2012;19(2):121-32.
13. Katz MJ, Peters MN, Wysocki JD, Chakraborti C. Diagnosis and management of delayed hemoperitoneum following therapeutic paracentesis. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2013;26(2):185-6.
14. Cavazzoni E, Bugiantella W, Graziosi L, Franceschini MS, Donini A. Malignant ascites: pathophysiology and treatment. *Int J Clin Oncol* 2013;18(1):1-9. Cyberpub. du 31 mars 2012.
15. Courtney A, Nemcek AA Jr, Rosenberg S, Tutton S, Darcy M, Gordon G. Prospective evaluation of the PleurX catheter when used to treat recurrent ascites associated with malignancy. *J Vasc Interv Radiol* 2008;19(12):1723-31. Cyberpub. du 31 octobre 2008.
16. Deltenre P, Mathurin P, Dharancy S, Moreau R, Bulois P, Henrion J et collab. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt in refractory ascites: a meta-analysis. *Liver Int* 2005;25(2):349-56.
17. Salerno F, Cammà C, Enea M, Rössle M, Wong F. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt for refractory ascites: a meta-analysis of individual patient data. *Gastroenterology* 2007;133(3):825-34. Cyberpub. du 20 juin 2007.
18. Riggio O, Angeloni S, Salvatori FM, De Santis A, Cerini F, Farcomeni A et collab. Incidence, natural history, and risk factors of hepatic encephalopathy after transjugular intrahepatic portosystemic shunt with polytetrafluoroethylene-covered stent grafts. *Am J Gastroenterol* 2008;103(11):2738-46. Cyberpub. du 4 septembre 2008.

### POINTS SAILLANTS

- L'ascite constitue la principale complication de la cirrhose. C'est un point tournant dans la progression vers la phase décompensée de la cirrhose et elle est associée à un pronostic défavorable et à une mauvaise qualité de vie; on estime la mortalité après 2 ans à 50 %.
- La prise en charge de patients atteints d'ascite dans les cas de cirrhose en phase terminale devient de plus en plus fréquente en soins palliatifs. Les décisions devraient reposer sur les pratiques exemplaires ainsi que sur les objectifs thérapeutiques du patient, son pronostic et le fardeau de la maladie.
- La prise en charge de l'ascite comporte la restriction du sodium et le recours aux diurétiques. On peut envisager une paracentèse à grand volume, un cathéter péritonéal à demeure ou un shunt intrahépatique transjugulaire portosystémique dans les cas d'une ascite réfractaire.

Dossiers en soins palliatifs est une série trimestrielle publiée dans *Le Médecin de famille canadien* et rédigée par les membres du Comité des soins palliatifs du Collège des médecins de famille du Canada. Ces articles explorent des situations courantes vécues par des médecins de famille qui offrent des soins palliatifs dans le contexte de leur pratique en soins primaires. N'hésitez pas à nous suggérer des idées de futurs articles à [palliative\\_care@cfpc.ca](mailto:palliative_care@cfpc.ca).