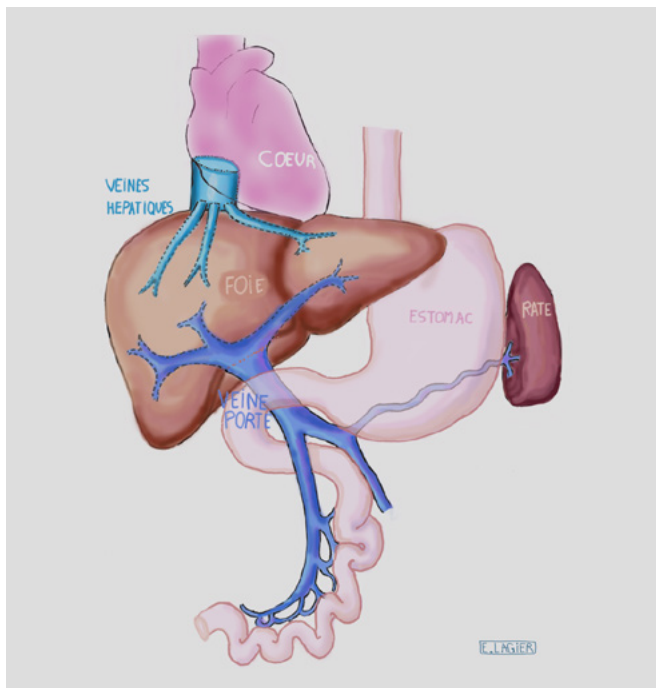
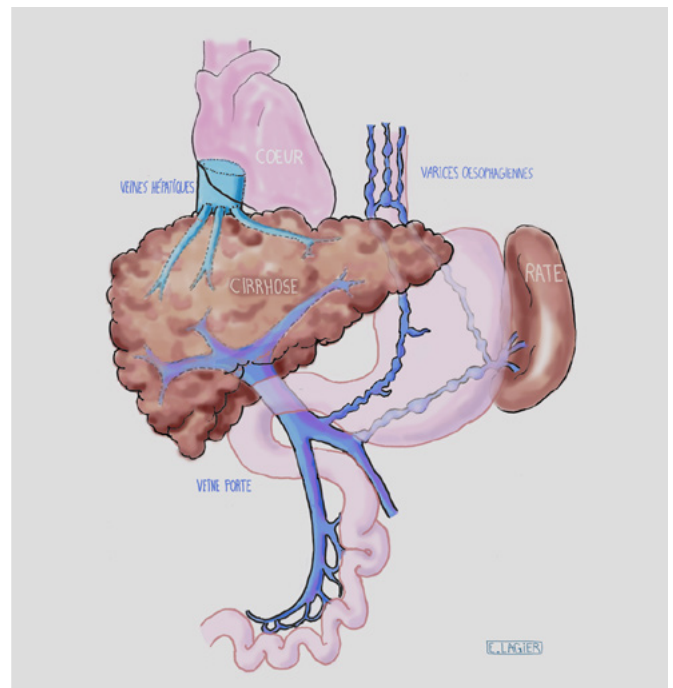


Cirrhose

La cirrhose est une transformation diffuse du foie avec une architecture caractérisée par la présence d'une fibrose (fibres) entourant des nodules. Elle est la conséquence d'une agression chronique du foie qui doit cicatrifier (**fibrose**¹) et régénérer (nodules).



Foie Sain



Cirrhose

~ VRAI / FAUX ~

« **Mon foie ne peut pas être malade puisqu'il est capable de se régénérer ?** »

FAUX !

Le foie est un organe résistant et silencieux (il ne fait pas souffrir). Mais de par ses fonctions, il subit des agressions quotidiennes, plus ou moins fortes selon l'hygiène de vie de son propriétaire. Il se régénère progressivement mais garde des cicatrices. On parle alors de **fibrose**¹. Plus la fibrose se développe, plus le fonctionnement du foie est altéré.

Le stade de cirrhose se traduit par une modification de l'architecture du foie qui associe la présence de nodules de régénération et d'une fibrose importante et qui conduit à une altération plus ou moins marquée du fonctionnement du foie (insuffisance hépatique), ainsi qu'à une augmentation de la pression du sang dans la veine porte en amont du foie (hypertension portale).

La maladie en chiffres

En France, on recense entre 1500 et 2500 cas de cirrhose par million d'habitants, avec la découverte chaque année d'environ 150 à 200 cas par million d'habitants. **Le nombre de décès est estimé à 15 000 par an et représente la 5^e cause de mortalité.**

~VRAI / FAUX~

« **Je ne peux pas avoir de cirrhose puisque je ne bois pas d'alcool !** »

FAUX !

Contrairement au carcinome hépatocellulaire, le cholangiocarcinome survient fréquemment sur un foie considéré comme sain.

Pourquoi et comment se développe-t-elle ?

Le foie peut être exposé à de multiples agents agresseurs. Un seul agent peut être en cause, mais il peut également exister une association entre différents agents :

- la consommation régulière d'alcool (> 2 verres/jour chez la femme, > 3 verres/jour chez l'homme) est une cause fréquente en France, comme certaines hépatites virales chroniques (hépatite B, hépatite C)
- le surpoids et le **syndrome métabolique**² avec une accumulation de graisse dans le foie responsable d'une inflammation chronique, sont également une cause de plus en plus fréquemment évoquée
- de nombreuses maladies chroniques du foie peuvent également être en cause : maladies auto-immunes, maladies génétiques (hémochromatose, maladie de Wilson...), maladies des voies biliaires...,
- le rôle toxique aggravant du tabac est également reconnu.

~VRAI / FAUX~

« **Je ne peux pas avoir de cirrhose puisque je me porte bien !** »

FAUX !

La cirrhose est une maladie grave, lentement évolutive, dont le diagnostic est souvent tardif, vers 50-60 ans, car longtemps « silencieuse ». Pendant plusieurs années l'agression du foie peut passer inaperçue alors que la **fibrose**¹ s'accumule au sein du foie. Il s'agit alors d'une cirrhose à un « stade compensé ».

Quels sont ses symptômes principaux ?

Au stade de cirrhose compensée, plusieurs signes peuvent faire penser à une cirrhose : fatigue, perte d'appétit, gros foie dur (**hépatomégalie**³), grosse rate (splénomégalie), érythrose palmaire (paume des mains rouges) et petits **angiomes**⁴ sur la peau, ongles blancs, dépilation des jambes, sécheresse des cheveux, troubles sexuels (disparition des règles, difficultés d'érection).

Au stade évolué de cirrhose décompensée les principaux signes sont : une jaunisse (ictère), des œdèmes des membres inférieurs, une **ascite**⁵ (« eau » dans le ventre), une encéphalopathie hépatique (tremblements des doigts et des mains, troubles de la mémoire, désorientation, épisodes de confusion ou de coma).

La découverte d'un cancer du foie (surtout par échographie) peut être aussi une complication associée à la présence d'une cirrhose.

Comment peut-on me la diagnostiquer ?

Assez fréquemment (2/3 des cas environ), la découverte de la cirrhose est faite à un stade tardif et « décompensé » lors de diverses complications.

Des résultats anormaux et répétés des **enzymes**⁶ sanguins du foie (ASAT, ALAT, GGT, phosphatases alcalines) doivent faire rechercher une maladie du foie et faire réaliser des examens à la recherche d'une cirrhose.

Le diagnostic de la cirrhose repose classiquement sur l'analyse au microscope d'un prélèvement du foie (**biopsie**⁷) avec mise en évidence des anomalies du foie (fibrose, nodules de régénération). Actuellement, la biopsie est de moins en moins souvent réalisée en raison de l'utilisation d'autres moyens diagnostiques dits non invasifs qui peuvent permettre un diagnostic plus précoce de la cirrhose :

- plusieurs tests sanguins associant plusieurs anomalies sanguines entre elles sont disponibles,
- **l'élastométrie**⁸ permet de mesurer la dureté du foie : l'accumulation de la fibrose est en effet responsable d'une augmentation de la dureté du foie.

Lorsque qu'une cirrhose est diagnostiquée, il est nécessaire de réaliser des examens pour évaluer la gravité de la maladie :

- **bilan sanguin** pour évaluer le degré d'insuffisance de fonctionnement du foie : une baisse progressive des plaquettes est un signe fréquemment évocateur de cirrhose en cas de maladie chronique du foie. De même, à un stade évolué, une diminution du taux de **prothrombine**⁹, une augmentation de la **bilirubine**¹⁰ sanguine ou une diminution de **l'albumine**¹¹ sanguine (principale protéine fabriquée par le foie) doivent également alerter.
- **examen radiologique** (échographie, scanner ou IRM) pour éliminer un cancer du foie.

Les signes radiologiques les plus évocateurs de cirrhose sont : un gros foie (**hépatomégalie**³) avec des contours bosselés, une grosse rate (splénomégalie), et la présence d'une circulation veineuse abdominale anormale (**shunts porto-systémiques**¹²). Au stade de cirrhose décompensée, le foie peut apparaître très déformé et de petite taille (atrophie), avec de **l'ascite**⁵, et parfois une obstruction de la veine porte (thrombose porte).

- **Endoscopie digestive** haute à la recherche de varices de l'œsophage ou de l'estomac pour évaluer le risque **d'hémorragie**¹³. En raison de l'hypertension portale, des veines peuvent se dilater au niveau de l'œsophage et/ou de l'estomac (**varices œsophagiennes**¹⁴ et gastriques), et dans une moindre mesure au niveau de tout l'appareil digestif. Un aspect modifié de la muqueuse de l'estomac est également possible (gastropathie congestive). Les varices exposent à un risque d'hémorragie par rupture et doivent être systématiquement recherchées en cas de cirrhose.

-
- ¹ **fibrose** (Vient du latin : fibra : fibre ; ose : processus chronique) Lésion non spécifique, caractérisée par une hyperplasie du tissu conjonctif, par multiplication des fibroblastes et augmentation de la synthèse des fibres collagènes et/ou élastiques.
- ² **syndrome métabolique** Ensemble d'anomalies qui prédisposent à un risque cardiovasculaire qui comprend : le surpoids, le diabète, l'hypertension artérielle l'hyperlipidémie. Le syndrome métabolique expose au risque de maladie hépatique : stéatopathie métabolique ou maladie grasseuse du foie.
- ³ **hépatomégalie** Augmentation du volume du foie.
- ⁴ **angiomes** Tumeur bénigne du foie présente chez 3 % de la population. L'angiome est diagnostiqué le plus souvent grâce à l'imagerie (échographie, IRM). Il n'entraîne pas de douleurs ni d'autres complications. Il n'y a pas nécessité de traitements ni de surveillance.
- ⁵ **ascite** (Grec askos : outre gonflement) liquide présent de manière anormale dans la cavité péritonéale (ventre) dont l'origine peut être hépatique (hypertension portale, cirrhose), cardiaque, rénale, cancéreuse (carcinose), inflammatoire ou encore infectieuse (tuberculose). La détermination de l'origine de cet épanchement repose en premier lieu sur l'analyse du liquide après une ponction (ponction d'ascite)
- ⁶ **enzymes** Substance de nature protéinique, généralement macromoléculaire, douée d'une activité catalytique vis-à-vis de molécules, appelées substrats. La plupart des réactions biochimiques sont catalysées par des enzymes spécifiques.
- ⁷ **biopsie** Prélèvement d'un échantillon de tissu, d'organe (: ex biopsie hépatique pour le foie) ou d'une lésion pour une analyse, en général de son état microscopique, par un médecin spécialisé en anatomopathologie. Par extension, la biopsie désigne également le fragment de tissu obtenu.
- ⁸ **élastométrie** Mesure de l'élasticité qui repose sur le principe de mécanique des milieux continus : plus un milieu est dur, rigide, plus son élasticité augmente. La dureté du foie est modifiée par certaines conditions. Par exemple, plus il y a de fibrose, plus le foie est dur plus l'élasticité est augmentée (exprimée en kPA)
- ⁹ **prothrombine** Protéine fabriquée par le foie qui transformée en thrombine déclenche la coagulation du sang. Cette protéine est utilisée pour mesurer l'insuffisance hépatique avec le facteur V. Le déficit en vitamine K entraîne aussi une baisse du taux de prothrombine (TP exprimé en %), à la différence du facteur V qui n'est pas modifiée par le déficit en vitamine K ou un traitement pas anti-vitamine K.
- ¹⁰ **bilirubine** Pigment biliaire, produit principal de la dégradation des globules rouges, constituant de la bile, présent dans les selles et les urines sous forme conjuguée avec l'acide glucuronique. La forme non conjuguée est appelée bilirubine libre (ou indirecte). Après passage dans le foie, elle est glucuronoconjuguée puis éliminée par les voies biliaires, La forme conjuguée (ou directe) est la forme soluble de la bilirubine dans les liquides biologiques. Une augmentation de la bilirubine dans le plasma au-delà de 50 µmol/L s'accompagne de l'apparition d'un ictère.
- ¹¹ **albumine** (Vient du latin albumen: blanc d'œuf) protéine du sang produite par le foie. Elle participe au transport dans le sang de certaines hormones et médicaments et assure 70% de la pression oncotique du plasma et. On utilise le taux d'albumine pour mesurer le degré d'insuffisance hépatique au cours de la cirrhose.
- ¹² **shunts porto-systémiques** Communication entre deux parties de l'appareil circulatoire normalement séparées. Ex shunt porto-systémique : communication entre le système veineux porte et la circulation veineuse systémique secondaire à un obstacle à l'écoulement (physique ou hémodynamique) normal du sang. Le shunt peut être spontané ou artificiel, réalisé pour contourner un obstacle.
- ¹⁴ **hémorragie** Saignement entraînant parfois une perte importante de sang.
- ¹⁵ **varices œsophagiennes** Formation de dilatations veineuses dans la paroi et la lumière de l'œsophage qui expose au risque d'hémorragie. Elles sont observées principalement en cas d'hypertension portale.