

3. Examens d'imagerie et endoscopie

L'échographie est l'examen d'imagerie de première intention.

Elle doit être systématique. Les anomalies échographiques associées à la cirrhose sont une irrégularité des contours du foie, une dysmorphie avec une atrophie de certains secteurs (souvent le lobe droit) et une hypertrophie d'autres secteurs (souvent le lobe gauche), une ascite, une augmentation de la taille de la rate, la présence de voies de dérivation (circulation veineuse collatérale) (fig. 15.5). En cas d'hypertension portale sévère, le flux sanguin peut être inversé dans la veine porte (flux hépatofuge visualisé au Doppler).

L'échographie est l'examen à réaliser en première intention pour dépister le carcinome hépato-cellulaire.

La tomodensitométrie et l'IRM sont des examens de seconde intention.

En dehors des examens d'imagerie, la mise en évidence de signes d'hypertension portale par la gastroscopie (varices œsophagiennes) est un argument fort en faveur d'une cirrhose s'il existe une maladie chronique du foie.

4. Examen histologique

L'examen histologique permet d'affirmer l'existence d'une cirrhose (fig. 15.2 cahier quadri, planche 5). Il peut être obtenu à partir d'une biopsie percutanée si :

- le taux de prothrombine est supérieur à 50 % ;
- les plaquettes sont supérieures à $60 \times 10^9/L$;
- s'il n'existe pas d'ascite volumineuse ;
- en l'absence de dilatation des voies biliaires intrahépatiques.

Dans les autres cas, la biopsie doit être réalisée par voie transjugulaire afin de limiter les risques, notamment l'hémorragie.

La biopsie hépatique est utile pour identifier certaines lésions histologiques surajoutées telles que l'hépatite alcoolique ou pour évaluer l'activité (réaction inflammatoire) en cas d'hépatite virale. Elle n'est pas indispensable pour le diagnostic si un faisceau d'arguments convergents obtenus par l'examen clinique, les tests biologiques et l'échographie suggèrent fortement une cirrhose.

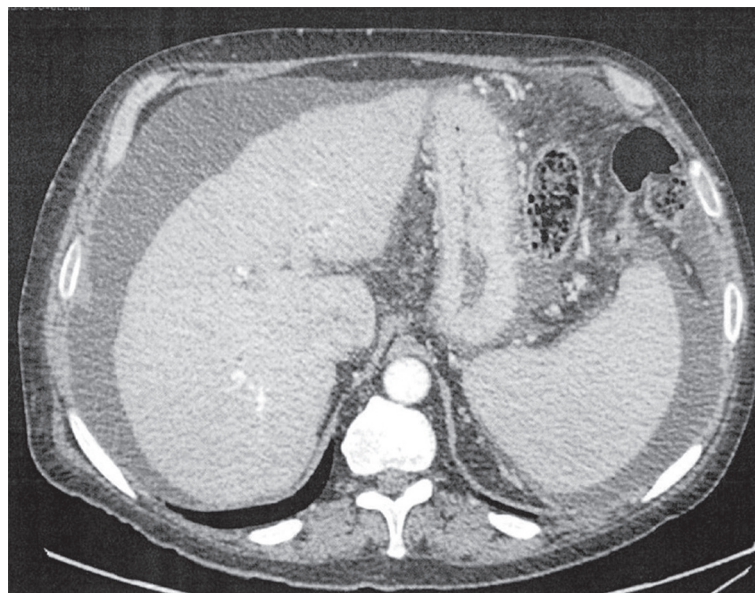


Fig. 15.5. Aspect de cirrhose sur un examen tomodensitométrique avec une dysmorphie, des contours bosselés du foie et une ascite.

5. Alternatives non invasives à la biopsie

Le degré de fibrose hépatique peut être estimé par une combinaison de tests biologiques sanguins (FibroTest®, Fibromètre®, Hepascore®) ou l'élastométrie impulsionnelle (FibroScan®). Les tests sanguins donnent une estimation semi-quantitative du degré de fibrose. L'élastométrie repose sur l'analyse d'une onde d'ultrasons propagée au foie par une sonde comparable à une sonde d'échographie. Ces deux tests non invasifs sont recommandés par la Haute Autorité de santé pour l'hépatite C mais pas encore pour les autres causes de cirrhose.

D. Diagnostic de la cause de la cirrhose

Les causes les plus habituelles de cirrhose sont énumérées dans le [tableau 15.1](#).

II. Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge

Les complications graves de la cirrhose qui constituent potentiellement une menace vitale et justifient une prise en charge dans un contexte d'urgence sont les hémorragies digestives liées à l'hypertension portale, l'encéphalopathie, l'infection du liquide d'ascite et le syndrome hépato-rénal.

Tableau 15.1. Causes de cirrhose chez l'adulte.

Causes de cirrhose	Arguments diagnostiques
Causes fréquentes	
Consommation excessive d'alcool	Antécédents d'alcoolisme, rapport ASAT/ALAT ≥ 2 , hépatite alcoolique en histologie
Hépatite chronique B	Présence de l'Ag HBs
Hépatite chronique C	Présence de l'Ac anti-VHC, présence d'ARN du VHC par PCR dans le sérum
Stéatopathie non alcoolique	Surcharge pondérale, syndrome métabolique, données histologiques
Causes rares	
Hépatite chronique B-delta	Présence de l'Ag HBs et d'ARN du virus D dans le sérum
Cirrhose biliaire primitive	Ac antimitochondries de type M2, données histologiques
Cholangite sclérosante primitive	Cholangite diffuse en imagerie (bili-IRM ou cholangiographie rétrograde), maladie inflammatoire chronique intestinale associée
Cirrhose biliaire secondaire	Antécédent d'obstacle prolongé sur les voies biliaires
Hépatite auto-immune	Présence d'Ac antitissus à un titre élevé, hypergammaglobulinémie, données histologiques
Hémochromatose génétique	Coefficient de saturation de la transferrine > 60 %, hyperferritinémie, mutation homozygote C282Y du gène <i>HFE</i>
Syndrome de Budd-Chiari	Obstruction des veines hépatiques en imagerie, affection prothrombotique
Causes très rares	
Maladie de Wilson	Céruleoplasmine abaissée, anneau de Kayser-Fleischer, cuprurie élevée, tests génétiques
Déficit en α -1 antitrypsine	Taux d' α -1 antitrypsine effondré, anomalies pulmonaires associées