

CIROZA HEPATICĂ

Definiție: Ciroza hepatică (CH) reprezintă stadiul final al hepatopatiilor cronice, caracterizat prin *fibroză extensivă* și prin remanierea arhitectonicii hepatice, asociate cu necroze hepatocitare și cu apariția *nodulilor de regenerare*.

ETIOLOGIE

- 1. Cauze virale: B,C și D (CH postnecrotică)**
- 2. Cauză alcoolică (ciroză Laennec)**
- 3. Cauză colestatică**
 - ciroza biliară primitivă**
 - ciroza biliară secundară**
- 4. Cauză metabolică**
 - boala Wilson**
 - hemocromatoza**
 - deficitul de alfa1 anti tripsină**
 - NASH**

ETIOLOGIE

5. Cauză vasculară

- ciroza cardiacă (insuf. cardiace severe)**
- ciroza din sd. Budd Chiari**

6. Cauză medicamentoasă (metotrexat, amiodaronă, tetraclorură de carbon, izoniazidă)

7. Ciroza autoimună

8. Cauză nutrițională (denutriție, by-pass)

9. Ciroza criptogenetică (de cauză nedeterminată).

CLASIFICARE

După dimensiunea ficatului:

- hipertrofică**
- atrofică**

După morfologia hepatică

- micronodulară**
- macronodulară**
- micro-macronodulară.**

TABLOU CLINIC

- ◆ **În fazele incipiente simptomele pot lipsi sau poate exista astenie.**
- ◆ **Sângerări gingivale, nazale, subicter sau icter sclero-tegumentar.**
- ◆ **În fazele tardive aspect tipic: pacient icteric cu abdomen mărit în volum datorită ascitei, cu ginecomastie, atrofii musculare.**
- ◆ **Simptome datorate etiologiei bolii**

TABLOU CLINIC

Ciroza poate fi:

⇒ **Compensată** (fără icter sau ascită)

⇒ **Decompensată**

-*vascular*: ascită, edeme

-*parenchimatos*: icter

Simptomatologia este dată de:

1.Disfuncția parenchimotoasă: sd.

neurasteniform, scădere ponderală, hepatalgii, febră (citoliză intensă), prurit, epistaxis, gingivoragii.

2.Hipertensiunea portală: discomfort, balonări, sd. gazos ⇒ ascită.

EXAMEN CLINIC

INSPECȚIA

- **steluțe vasculare**
- **icter sau subicter sclerotegumentar**
- **rubeoza palmară**
- **prezența circulației colaterale pe abdomen**
- **ascita, edemele gambiere**
- **atrofia musculară+ascita ⇒ aspect de păianjen**
- **modificări endocrine: ginecomastie, pilozitate de tip ginoid la bărbat, atrofie testiculară, amenoree**

EXAMEN CLINIC

PALPAREA

- **hepatomegalie, margine anterioară ascuțită, consistență crescută.**
- **splenomegalie**

PERCUȚIA

- **matitate de tip lichidian – ascită.**

APECTAREA ALTOR ORGANE ȘI SISTEME

A. Digestive

- **varice esofagiene și varice fundice**
- **gastropatia portal hipertensivă (congestie, aspect marmorat, mozaicat, water melon)**
- **ulcer gastric și duodenal**
- **litiaza biliară (aprox. 30% din ciroze)**

APECTAREA ALTOR ORGANE ȘI SISTEME

B. Extradigestive

- ***Sistem nervos***: encefalopatia hepatică, neuropatia periferică la alcoolici
- ***Cardiovascular***: colecții pericardice, hipotensiune, miocardopatia toxică etanolică
- ***Hematologic***: tulburări de coagulare, trombocitopenie, anemie, hipersplenism
- ***Pulmonar***: colecții pleurale, sd. hepatopulmonar
- ***Renal***: sd. hepato-renal.

INVESTIGAȚII PARACLINICE

A. Investigații biologice

B. Ecografia abdominală

C. Endoscopia digestivă superioară

D. Evaluarea morfologică (laparoscopia sau PBH) sau FibroScan

TABLOU BIOLOGIC

- 1. Sd. inflamator:** ↑ gama globulinelor și a Ig de tip policlonal
 - 2. Sd. hepatocitolitic:** ↑ transaminazelor
 - 3. Sd. hepatopriv:** ↓ IQ, ↑ ubg. urinar, ↓ albuminei, ↓ colinesterazei serice.
 - 4. Sd. bilioexcretor:** ↑ Bi totale, eventual ↑ fosfatazei alcaline și a GGTP.
- +/- Hipersplenism:** anemie, leucopenie, trombocitopenie.

TABLOU BIOLOGIC

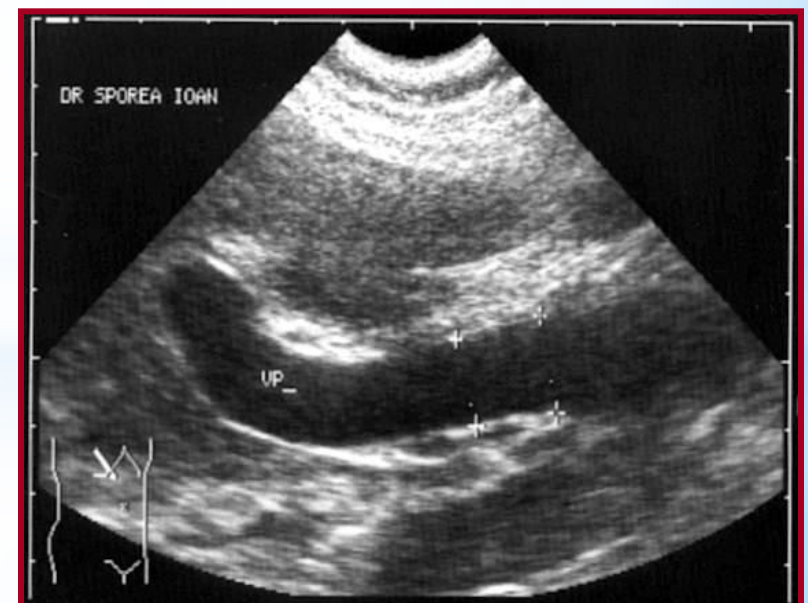
Etiologie

- **virală: Ag HBs, anti HCV sau anti D**
- **etică: anamneza, eventual GGTP**
- **boala Wilson: ceruloplasmina, cupremia, cupruria**
- **hemocromatoză: sideremie, feritina, CTLF**
- **CBP: colestaza, Ac. anti mitocondriali**
- **diagnosticul bolii de bază în ciroza cardiacă și sd. Budd Chiari**
- **alfa 1 antitripsina**
- **autoimună: ↑ gamaglobulinelor, ANA, SMA, anti LKM 1.**

ECOGRAFIA

- ❖ **prezența ascitei**
- ❖ **dimensiunile splinei**
- ❖ **structura hepatică heterogenă**
- ❖ **hipertrofia lobului caudat**
- ❖ **îngroșarea și dedublarea peretelui vezicular**
- ❖ **semne de hipertensiune portală**





ENDOSCOPIA

Varicele esofagiene – semn de HTP

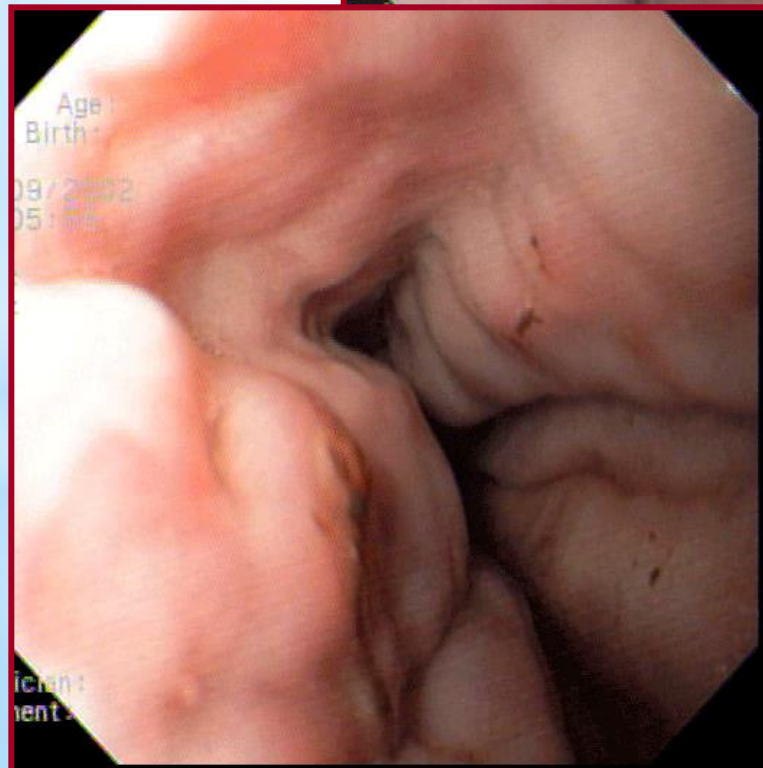
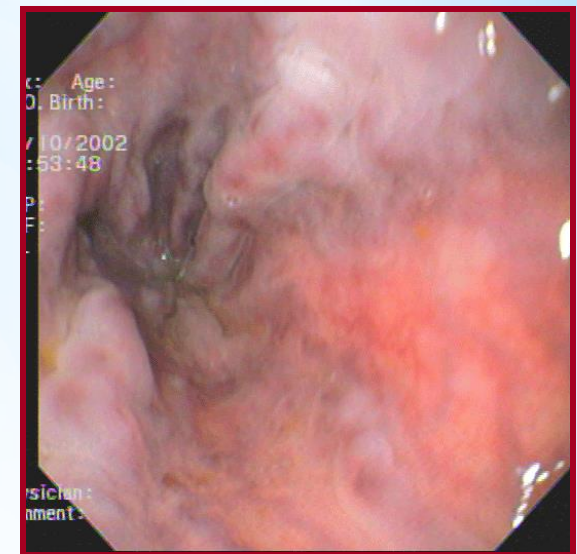
Clasificare

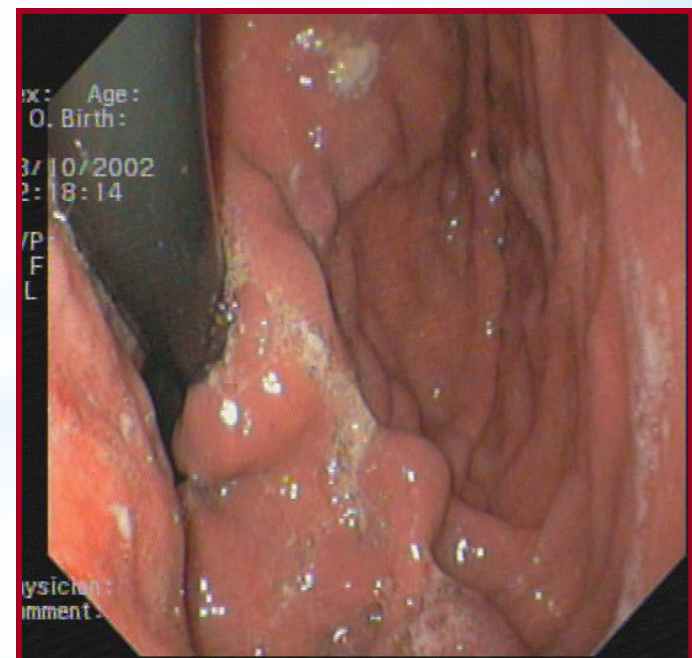
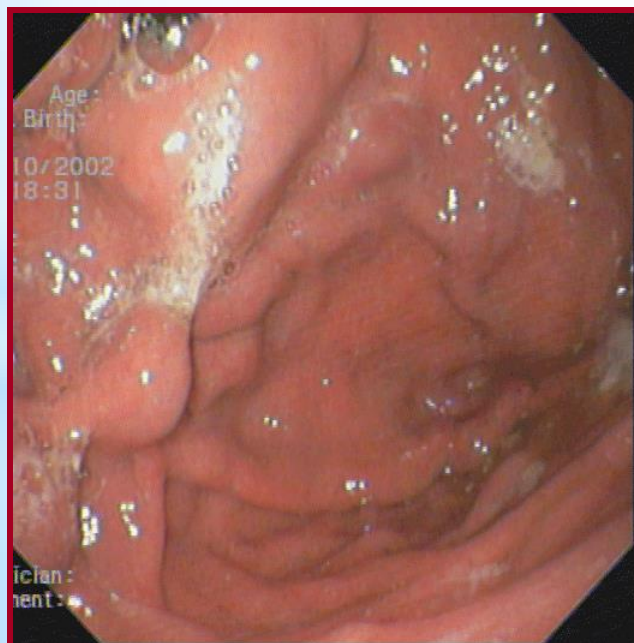
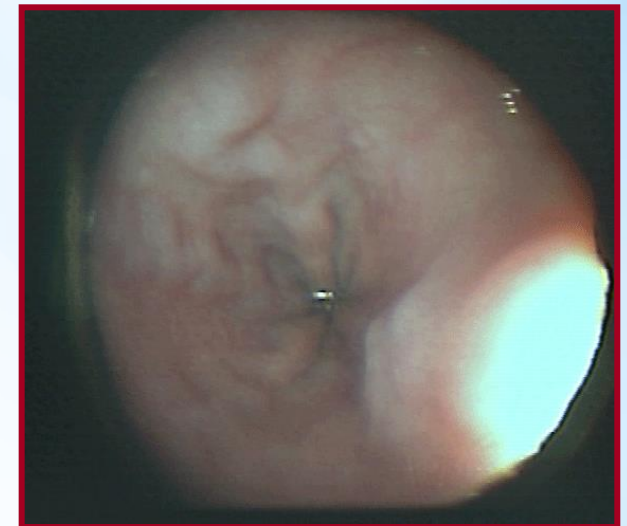
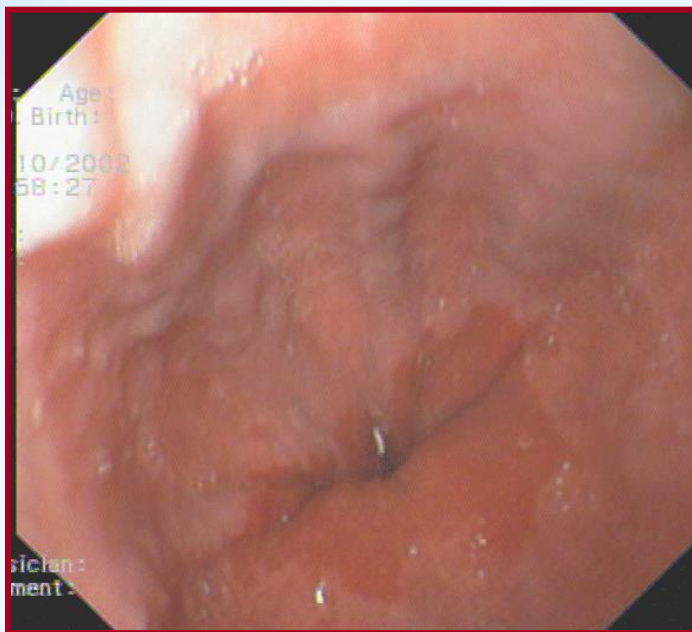
Grd. I: varice mici care dispar la insuflația cu endoscopul.

♠ Grd. II: varice care nu dispar la insuflația cu endoscopul

♠ Grd. III: varice mari care obstruează parțial lumenul esofagian

Varice fundice.





Sex: Age:
D. O. Birth:

08/10/2002
12:11:54

CVP:
D. F:
B:L

Physician:
Comment:



Gastropatia portalhipertensivă

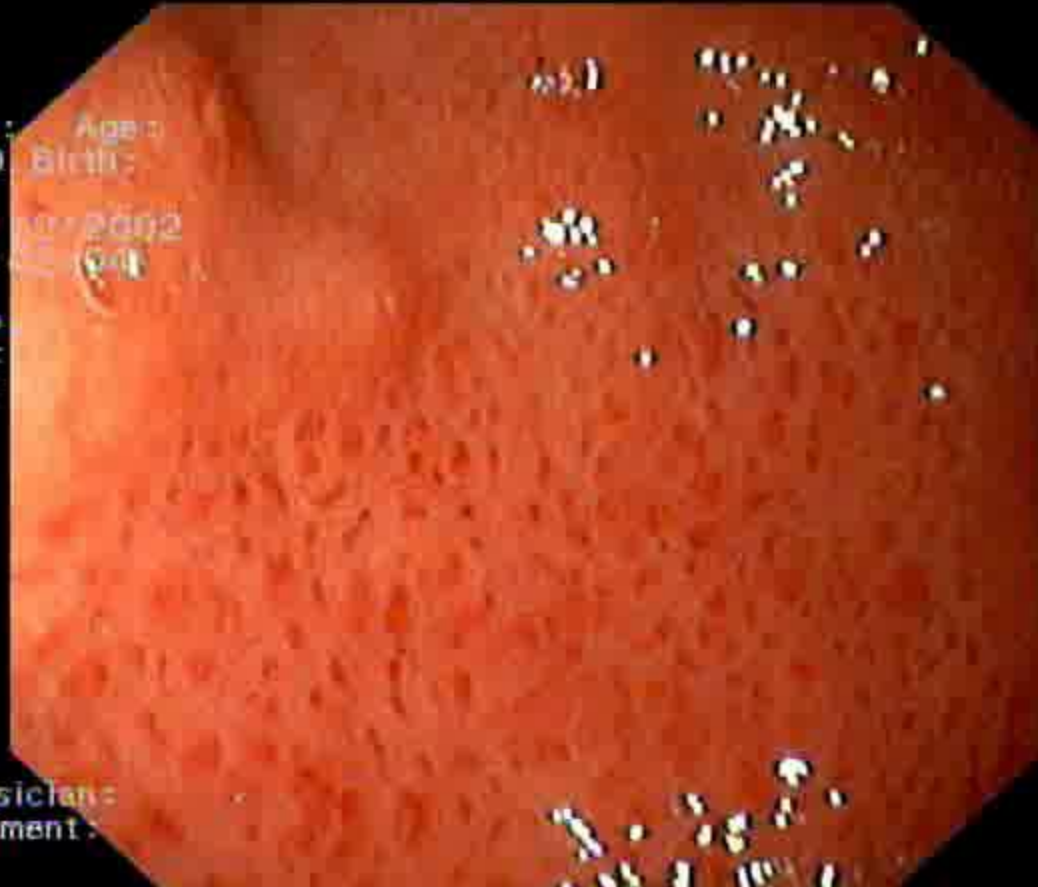
- **aspect mozaicat (piele de șarpe)**
- **aspect hiperemic (vărgat)**
- **aspect de rash scarlatiniform**
- **forme severe: spoturi hemoragice difuze și sângerare gastrică difuză.**

Sex: Age:
D.O. Birth:

03/10/2002
14:05:00

CVP:
D.F:
bi:H

Physician:
Comment:



DIAGNOSTIC MORFOLOGIC

♣ Necesar mai rar, în formele incipiente de boală

♣ **Laparoscopia diagnostică** – vizualizează suprafața hepatică (noduli de regenerare) – de preferat pt diagnosticul de CH

♣ **Biopsia hepatică** - evidențiază procesul de remaniere fibroasă hepatică – rezultate fals negative în 20% din cazuri.

Actualmente **evaluarea prin FibroScan** - în ciroză valori peste 13-14 kPa(maxim 75 kPa)

Ciroză compensată

⇒ ciroză decompensată vascular și parenchimatos

Rezerva funcțională – Clasificarea Child-Pugh

Parametru	1 punct	2 puncte	3 puncte
Albumină serică	>3,5 g/l	2,8-3,5 g/l	< 2,8 g/l
Ascită	Abs	moderată	mare
Encefalopatie	Abs	Gr. I, II	Gr. III, IV
IQ	> 70%	40-70%	< 40%
Bilirubină	< 2 mg%	2-3 mg%	> 3 mg%

Clasa A: 5-6 pct., B: 7-9 pct., C: 10-15 pct.

Scorul MELD (model of end-stage liver disease)

- un scor predictiv folosit tot mai frecvent;
- se calculeaza printr-o formulă ce include: **vârsta, BT, creatinina, INR**

TRATAMENT

Ciroza hepatică – ireversibilă, caracter progresiv

Obiectivele tratamentului:

- **Îndepărtarea agentului etiologic**
- **Oprirea evoluției**
- **Menținerea stării de compensare și inactivitate a bolii**
- **Prevenirea decompensărilor și a complicațiilor**
- **Tratamentul complicațiilor când apar.**

TRATAMENT

A. Măsuri de ordin general:

- **Repaus în caz de ciroze decompensate sau complicații.**
- **Alcoolul – interzis!**
- **Lichide 1,5-2 l/zi, sare 2-4 g/zi**
- **Proteine:**
restricție proteica la pacienții cu encefalopatie

TRATAMENT

B. Tratament etiologic:

- **pentru ciroze de etiologie virală – tratament antiviral:**
 - **Lamivudină, Adefovir sau Entecavir pt. HBV**
 - **Terapii interferon free la pacienții cu ciroza virală C**
- **CBP (ciroza biliară primitivă)– acid ursodezoxicolic(10-15 mg/kg corp/zi**
- **Ciroză autoimună – corticoterapie+ întreținere cu Imuran**

TRATAMENT

D. Tratamentul complicațiilor.

E. Transplantul hepatic

COMPLICAȚIILE CIROZEI HEPATICE

- ♠ ***Hemoragia digestivă superioară (HDS)***
- ♠ ***Encefalopatia hepatică***
- ♠ ***Ascita (decompensarea vasculară)***
- ♠ ***Peritonita bacteriană spontană (PBS)***
- ♠ ***Hepatocarcinomul***
- ♠ ***Sindromul hepatorenal***

HDS-hemoragia digestiva superioara

CAUZE

**a.ruptura varicelor esofagiene sau fundice
(cea mai frecventă în CH).**

b.ulcer gastroduodenal hemoragic

c.gastropatie portalhipertensivă

a.Ruptura varicelor esofagiene sau fundice

- de obicei varice mari, grd. II, III, semne specifice la endoscopie de HTP severă (cherry red spots)

- evaluarea varicelor esofagiene, atât în HDS cât și în afara complicațiilor, se face prin endoscopie (în urgență în primul caz și reevaluare endoscopică la 2 ani, în absența complicațiilor).

Tratamentul consta in: echilibrarea pacientului

- ◆ **Tratamentul consta in:**
- ◆ **Echilibrarea hemodinamică a pacientului**
- ◆ **medicație vasoconstrictoare arterială (somatostatină, terlipresină)**
- ◆ **Antibioprofilaxie: Norfloxacină, Ciprofloxacina**
- ◆ **Ligatura prin manevre endoscopice: ligatură elastică - de elecție, scleroterapie**
- ◆ **hemostază prin compresiune cu sondă cu balonaș Sengstaken-Blackmore**

PROFILAXIA rupturii varicelor esofagiene:

♥ **Profilaxia primară:** pt. VE grd. II, III care nu au sângerat

⇒ **Beta blocante – propranolol 40-120 mg/zi sau ligatura profilactica**

♥ **Profilaxia secundară:** pt. VE care au avut deja un episod hemoragic din varice

⇒ **Beta blocante (propranolol)
+ ședințe repetate de ligatură**

b. Ulcer gastroduodenal hemoragic – terapie

HEMOSTAZA ENDOSOPICĂ:

**Injectarea în baza ulcerului de soluție de
adrenalină 1/10000**

**+hemostază termică cu sonde bipolare sau
hemoclip**

**+ *blocanți ai pompei de protoni*
(esomeprazol, pantoprazol)**

c. Gastropatia portalhipertensivă

Hemostază cu argon-beamer, beta blocante

ENCEFALOPATIA HEPATICĂ

CLINIC: tulburări de comportament, lentoare, somnolență, confuzie, până la comă

OBIECTIV: Flapping tremor, comă

STADIALIZARE:

- ***std.I:*** apatic, confuz, tulb. ritm veghe-somn
- ***std.II:*** somnolent, confuz, răspunde greu la întrebări
- ***std.III:*** somnolență marcată, dezorientare temporospațială, răspuns la stimuli puternici.
- ***std.IV:*** comă

ENCEFALOPATIA HEPATICĂ

CAUZE DECLANȘATOARE

- ❖ regim alimentar hiperproteic
- ❖ HDS
- ❖ administrare de sedative sau hipnotice
- ❖ infecții diverse (mai ales PBS)
- ❖ hepatite acute supradăugate, alcoolice sau viruale
- ❖ dezechilibre hidroelectrolitice postdiuretice
- ❖ constipația
- ❖ intervenții chirurgicale

ENCEFALOPATIA HEPATICĂ

TRATAMENT

- **evitarea si tratarea cauzelor declanșatoare**
- **regim hipoproteic**
- **obținere unui tranzit intestinal regulat – Lactuloză, clisme**
- **inhibarea activității florei amonioformatoare: Metronidazol sau Rifaximin-Normix (antibiotic cu absorbție intestinală redusă)**

ASCITA

Ascita (decompensarea vasculară) – datorată hipoalbuminemiei, HTP, stazei limfatice.

DIAGNOSTIC

- clinic

- ecografic

- paracenteză exploratorie**: evaluează ascita – exudat, transudat, apreciază celularitatea lichidului (nr. leucocite/ml)-pentru diagnosticul de PBS (peritonită bacteriană spontană)

TRATAMENT

ASCITA

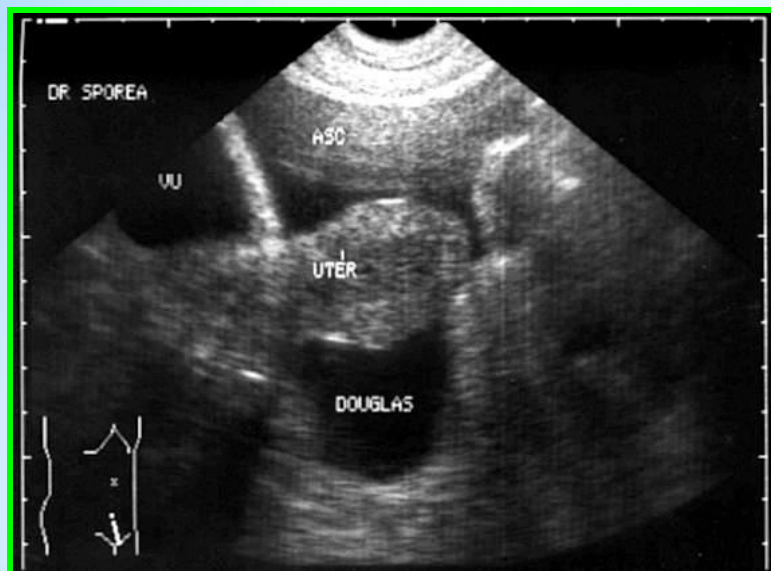
a.Igieno-dietetic: repaus, dietă hiposodată

b.Medicamentos:

-Diuretice: Spironolactona 100-400 mg/zi, Furosemid 40-160 mg/zi, cu urmărirea zilnică a diurezei, greutateii, Na, K urinare

c.Paracenteza terapeutică – pt. ascită mare sau refractară la tratament (cu suplinire de sol.macromoleculara sau albumina)

d.TIPS (trans jugular portosistemic shunt)



INFECTAREA ASCITEI ȘI PBS

- ♣ Complicații ce apar până în 10% din cazuri
- ♣ Fără tablou zgomotos, frecvent asociata cu encefalopatie
- ♣ bacteriile traversează peretele intestinal, în absența unei cauze provocatoare (paracenteză, intervenții chirurgicale).

♣DIAGNOSTIC:

- cultură pozitivă
- nr. leucocite în lichid peste 500/ml, PMN > 250/ml

TRATAMENT

Cefotaxim 2g la 6-8 h sau Ceftriaxon 1g la 12 h i.v. 7-14 zile sau după antibiogramă

Mortalitate mare, recidive frecvente

HEPATOCARCINOMUL

◆ **tumora hepatica maligna, primitiva**

Complicație ce apare frecvent la cirofici (în 1/3 din cazuri); 80-90% din HCC apar pe fond de CH (B, C, hemocromatoză etc.)

◆ **Poate fi unicentric, multicentric sau difuz**

◆ **CLINIC:** scădere ponderală, ascită refractară care crește rapid, febră, subfebrilități, dureri în hipocondrul dr.; **obiectiv** ficat dur, tumoral

HEPATOCARCINOMUL

DIAGNOSTIC

- **Dozarea alfa fetoproteinei:** sugestive valori peste 400 ng/ml (la americani 200 ng/ml); crește și în CH dar nu la valori așa de mari
- **Ecografia hepatică:** sensibilitate de 70-80%; HCC apare ca o masă hipo, hiperecogenă, în cocardă sau neomogenă +/- tromboză portală malignă. Actual- ecografia cu contrast (CEUS)
- **CT și RMN cu contrast**

SUPRAVEGHEREA pacienților pt. HCC –
screeningul ecografic și AFP la 6 luni.

HEPATOCARCINOMUL

TRATAMENT

- **Chirurgia de rezecție:** de elecție când este posibilă (clasa Child-Pugh A, bilirubina sub 2 mg%)
- **Chemoembolizarea transarteriala (TACE)** cu Adriamicină și particule de gelatină prin artera hepatică- pentru tumori mari, neoperabile
- **Tehnici percutane ecoghidate** - alcoolizarea percutanată ecoghidată, ablația prin radiofrecvență, laser
- **Transplantul hepatic-ideal!**
- **Terapia anti-angiogenetică-Sorafenib** (tumori mari, metastazate, cu tromboza portală)



SD. HEPATORENAL

- ❖ Este o ***insuficiență renală funcțională*** care apare în cazuri de CH avansată, cu ascită și insuficiență hepatică severă, cauzată de ***ischemia renală***.
- ❖ Poate fi ***declanșat*** de reducerea bruscă a volemiei prin paracenteze, HDS, diaree, infecție.
- ❖ ***Biologic:*** creșterea progresivă a retenției azotate.

SD. HEPATORENAL

TRATAMENTUL

- Descurajant
 - În fazele inițiale: corecția tulburărilor hidroelectrolitice, administrarea de plasma expanderi, suport vascular
 - Singura terapie eficientă –
 - ***TRANSPLANTUL HEPATIC***
- în absența lui mortalitatea fiind regula**