

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 27 avril 2021

[Ascite et  \$\beta\$ -bloquants, comment choisir?](#)

Dr Goossens

Dans les cirrhoses, prévenir le saignement des varices oesophagiennes peut se faire au moyen de  $\beta$ -bloquants, ou alternativement, par ligature.

On préfère les premiers car ils ont d'autres apports bénéfiques et augmentent la survie globale. Actuellement, on a le choix entre le propranolol et le carvedilol pour cette indication.

L'hypertension portale, qui provoque les varices oesophagiennes, est déterminée par la résistance dans le foie au passage du sang, elle-même influencée par le débit cardiaque et la résistance des vaisseaux intestinaux.

Les  $\beta$ -bloquants provoquent une constriction des vaisseaux intestinaux et diminuent le débit cardiaque, ce qui réduit la tension portale et le risque de varices.

Le carvedilol a un effet supplémentaire, il dilate les vaisseaux au niveau hépatique.

[L'article](#) nous parle des  $\beta$ -bloquants chez les patients avec ascite et cirrhose. Le carvedilol pourrait être associé à une sur-mortalité...

En effet, plus l'ascite est avancée, plus l'activation du système sympathique augmente, diminuant la contractilité cardiaque et la perfusion rénale. Il y a donc un moment où l'ascite est trop avancée pour introduire le traitement. C'est la fameuse fenêtre thérapeutique.

L'étude grecque randomisée, s'intéresse aux effets hémodynamiques et rénaux d'un changement du propranolol au carvedilol, sur des patients avec des cirrhoses et ascites non-réfractaires, sous prophylaxie propranolol pour des varices oesophagiennes.

- Sont exclus si insuffisance rénale, insuffisance hépatique sévère, thrombose porte...
- 2 carvedilol pour 1 propranolol, avec une augmentation progressive du carvedilol jusqu'à 12.5mg/j.
- Issues primaires: mortalité liée au foie et épisode de décompensation hépatique.

Environ 10% des patients carvedilol ne supportent pas ou ne répondent pas au traitement et retournent au traitement de propranolol. Ils sont exclus de l'analyse.

Les groupes sont plutôt similaires, à part pour la taille des varices, qui sont souvent (60%) petites dans le groupe carvedilol, alors qu'elles le sont rarement (3%) dans le groupe propranolol. Cela peut impliquer une plus haute pression portale dans le groupe propranolol.

Dans le groupe carvedilol, il y a moins de décompensations hépatiques, moins d'ascite et une meilleure survie à 2 ans. On observe aussi une diminution plus marquée du débit cardiaque ainsi qu'une stimulation plus faible du système rénine-angiotensine-aldostérone.

Points forts de l'étude: randomisée, sur la survie globale, pertinent à la pratique

Limites:

- Exclusion de 10% des patients qui toléraient mal le carvedilol
- Pas de mesure de la pression portale et disparité de varices dans les deux groupes
- Centre unique, petit collectif
- L'effet physiologique reste à expliquer...

Le choix entre les deux reste très controversé, il faudrait plus d'études pour déterminer le meilleur. Cependant, le plus important, c'est de savoir quand s'arrêter: lorsque l'ascite devient réfractaire, ça peut être le moment de diminuer les  $\beta$ -bloquants et de penser à la ligature...

