

Insuffisance hépatique aiguë sur une maladie chronique du foie

« Acute on Chronic Liver Failure »

Une nouvelle entité

Professeur Faouzi SALIBA 1,2,3

Docteur Eric LEVESQUE 1,2,3

1. AP-HP Hôpital Paul Brousse, Centre Hépato-Biliaire, Villejuif, France

2. Univ Paris-Sud, UMR-S 785, Villejuif, F-94800, France

3. Inserm, Unité 785, Villejuif, F-94800, France

Définition

Le terme « Acute on chronic liver failure » (AoCLF) est une entité récente qui est de plus en plus utilisée dans la littérature anglo-saxonne et qui à ce jour n'est pas encore bien définie. Elle était décrite pour la première fois par R. Jalan en 2002 pour illustrer les décompensations aiguës graves d'une hépatopathie chronique au stade de cirrhose. En fait, l'évolution d'une décompensation aiguë du foie comme une hémorragie digestive, une infection du liquide d'ascite, un sepsis, un syndrome hépato-rénal..., se fait soit vers la récupération progressive de la fonction hépatique préalable à la décompensation ou vers l'aggravation progressive de celle-ci avec l'apparition de tous les signes d'insuffisance hépatocellulaire grave (Ictère, chute des facteurs de la coagulation, syndrome hépato-

rénal du type 1) puis la défaillance multiorganes. C'est pour ce dernier groupe de patients où le terme AoCLF semble s'appliquer selon R. Jalan en se basant sur une étude rétrospective monocentrique d'une grosse cohorte de patients cirrhotiques hospitalisés pour une décompensation aiguë de leur cirrhose à « l'University College of London » (1).

Cette entité s'est créée avec l'émergence de supports hépatiques artificiels et particulièrement le système de dialyse à l'albumine MARS®. Dans les suites d'un facteur déclenchant type hémorragie digestive ou sepsis, une série d'évènements peuvent s'enchaîner aboutissant à une défaillance multiorganes.

Histoire naturelle de la cirrhose décompensée

Le pronostic des patients présentant une décompensation aiguë de leur cirrhose est sombre. La mortalité en réanimation varie entre 31% et 64% des admissions (Table 1). Parmi cela, les patients requérant une assistance ventilatoire ont un pronostic plus sombre encore. Récemment, avec le développement de technologies et de traitements de plus en plus sophistiqué essentiellement la transplantation hépatique, mais aussi la terlipressine dans le syndrome hépato-rénal, le TIPS au cours des hémorragies digestives et le système d'épuration hépatique à l'albumine (MARS®), il y a un regain d'intérêt dans la prise en charge des patients dans les unités de réanimation. Dans ce sens, il semble que l'étude des facteurs pronostics de ces patients hospitalisés en réanimation soit pertinente afin de déterminer ceux dont le bénéfice est certain.

Table 1

Auteurs	Nbre de patients	Nbre de patients sous assistance ventilatoire	Mortalité (%)	Mortalité patient sous assistance ventilatoire (%)
Shellman ²	100	55	64%	91%
Niskamen ³	487		31%	
Rabe ⁴	75	75		59%
Paul Brousse	152	69	34.8%	75%

L'expérience de la réanimation hépatique du CHB

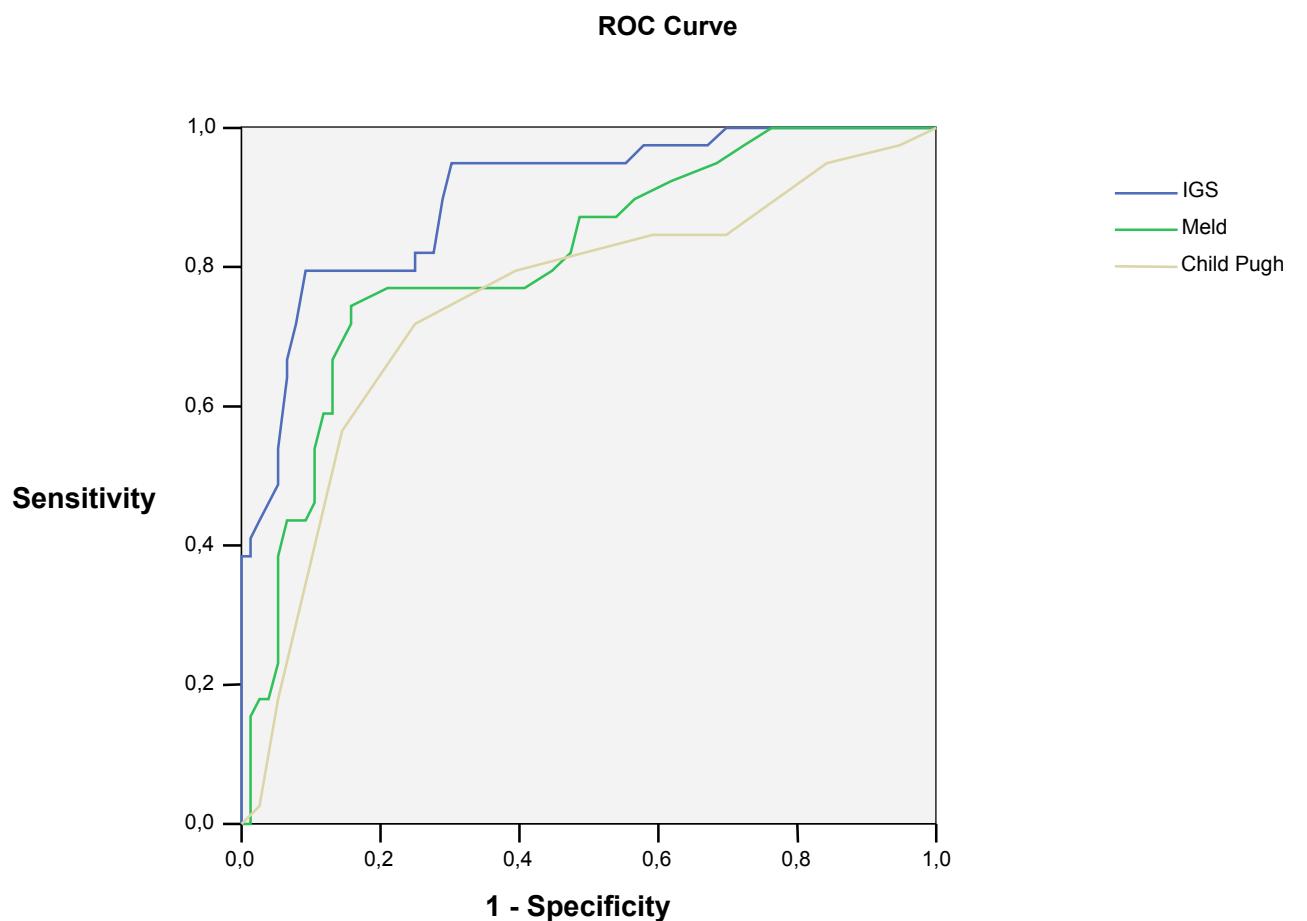
Nous avons étudié, sur une période récente (2006-2008) de 20 mois, 152 patients présentant une décompensation aiguë de leur cirrhose et admis en réanimation, soit 11% des patients admis en réanimation du Centre Hépatobiliaire. L'âge moyen, l'étiologie de la cirrhose, le motif d'hospitalisation sont représentés sur le tableau ci-dessous.

Items	Patients décédés	Patients survivants	Tous les patients
Nbre (%)	53 (34.86%)	99 (65.14%)	152
Sexe nbre male (%)	42 (79.24%)	69 (69.69%)	111 (73.02%)
Age	55.42 ± 10.75	54.39 ± 11.20	54.72 ± 11.02
IGS	62.13 ± 17.76	36.18 ± 12.88	45.50 ± 19.93
MELD	34.67 ± 12.63	20.62 ± 11.42	25.30 ± 13.52
Child Pugh	10.85 ± 2.19	9.33 ± 2.12	8.86 ± 2.33
SOFA	12.79 ± 3.64	7 ± 3	8.82 ± 4.36
Nbre de défaillance d'organe	2.44 ± 1.30	1 ± 1	1.34 ± 1.30
Pts SOFA ≥ 3			
<u>Etiologie de la cirrhose</u>			
- Alcoolique (66%)	33 (33%)	67	100
- Mixte (Virus + Alcool) (6%)	5 (55%)	4	9
- Non alcoolique (28%)			
<i>Virale B</i>	2 (40%)	3	5
<i>Virale C</i>	9 (36%)	16	25
Autres	4 (31%)	9	13
<u>Motif d'hospitalisation en réanimation</u>			
- Hémorragie digestive	19	45	64
- Encéphalopathie	5	14	19
- Sepsis	13	9	22
- Hépatite Alcoolique Aiguë	8	16	24
- Autres	8	15	23
Durée de séjour en réanimation	17.02 ± 18.70	9.02 ± 10.55	11.81 ± 14.40
Support inotrope (%)	51 (96%)	12 (12%)	63 (41%)
Assistance ventilatoire (%)	52 (98%)	17 (17%)	69 (45%)
Dialyse (%)	13 (24.5%)	1 (1%)	14 (9%)
MARS® (%)	8 (15%)	10 (10%)	18 (12%)
Polytransfusion (%)	14 (26%)	13 (13%)	27 (18%)

L'hémorragie digestive représente avec 42%, le premier motif d'hospitalisation en réanimation devant le sepsis (infection pulmonaire, infection liquide

d'ascite...), l'encéphalopathie hépatique et l'hépatite alcoolique aiguë (13% chacune).

Parmi ces scores de gravité, les modèles pronostiques généraux de service de réanimation (IGS II, SOFA) semblent prédire mieux le devenir des patients cirrhotiques graves hospitalisés en réanimation (AUC) que les scores spécifiques hépatiques (MELD, Child Pugh) (Aire sous la courbe sur courbe ROC, ci-dessous).



Courbe ROC (Receiver Operating Characteristic) pour le MELD, Child Pugh, IGS II et le SOFA réalisé à partir de 152 patients cirrhotiques hospitalisés en réanimation.

Items	Aire sous la courbe
MELD	0.811
Child Pugh	0.748
IGS II	0.901
SOFA	0.908

Dans cette série, environ 1 patient sur 3 décède au cours de leur séjour en réanimation. Le décès survient dans la majorité des cas (40 patients sur 53) dans un tableau de défaillance multi-viscérale dans le cadre d'un sepsis.

Conclusion

Au cours du séjour en réanimation, la présence d'une défaillance respiratoire (patient sous assistance ventilatoire), hémodynamique (patient sous catécholamine), et surtout rénale (hémodiafiltration), prédisent une évolution défavorable dans 75, 81 et 93% des cas, respectivement.

L'évolution vers un SIRS et/ou un sepsis reste l'élément majeur déterminant la mortalité. Ce type d'étude devrait nous informer plus sur l'évolution du patient cirrhotique admis en réanimation et permettra de mieux définir la place des nouvelles aires thérapeutiques type médicamenteux ou type support hépatique artificiel et bioartificiel.

Références

- 1- Sen S, William R, Jalan R. The pathophysiological basis of acute or chronic liver failure. *Liver* 2002; 22 suppl 2:5-13.
- 2- Shellman RG, Fulkerson WJ, DeLong E, Piantadosi. Prognosis of patients with cirrhosis and chronic liver disease admitted to the medical intensive care unit. *Crit Care Med* 1988; 16:671-678.
- 3- Niskamen M, Kari A, Nikki P, Lisalo E, Kaukinen L, Rauhala V, Saarela E. Prediction of outcome from intensive care after gastroenterologic emergency. *Acta Anaesthesiol Scand* 1994; 38:587-593
- 4- Rabe C, Schmitz V, Paashaus M et al. Does intubation really equal death in cirrhotic patients ? Factor influencing outcome in patients with liver cirrhosis requiring mechanical ventilation. *Intensive Care Med* 2004;30:1564-1571.