

## Le Pronostic des Patients Cirrhotiques en Réanimation

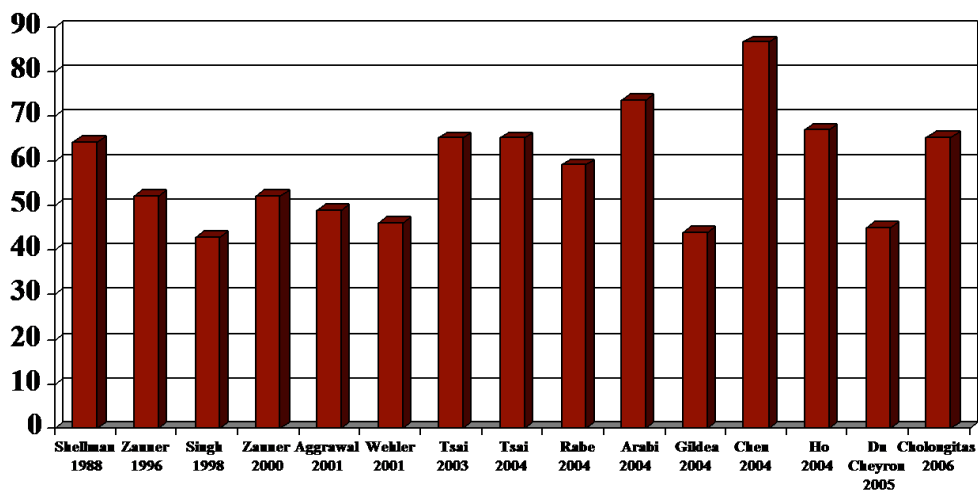
Eric LEVESQUE et Faouzi SALIBA 1,2,3

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

Le pronostic des patients présentant une décompensation aiguë de leur cirrhose est sombre. La mortalité en réanimation varie selon les études entre 36% et 84% des admissions.



Ces décompensations sévères spécifiques (hémorragies digestives par rupture de varices oesophagiennes, encéphalopathie hépatique ou syndrome hépato-rénal) ou non spécifiques telles que les infections bactériennes graves nécessitent une hospitalisation en réanimation car elles s'accompagnent le plus souvent de dysfonction de plusieurs organes (cardio-vasculaire, respiratoire, rénale, neurologique, immunitaire...). En fait, l'évolution d'une telle décompensation aiguë du foie 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 hépato-cellulaire grave (Ictère,

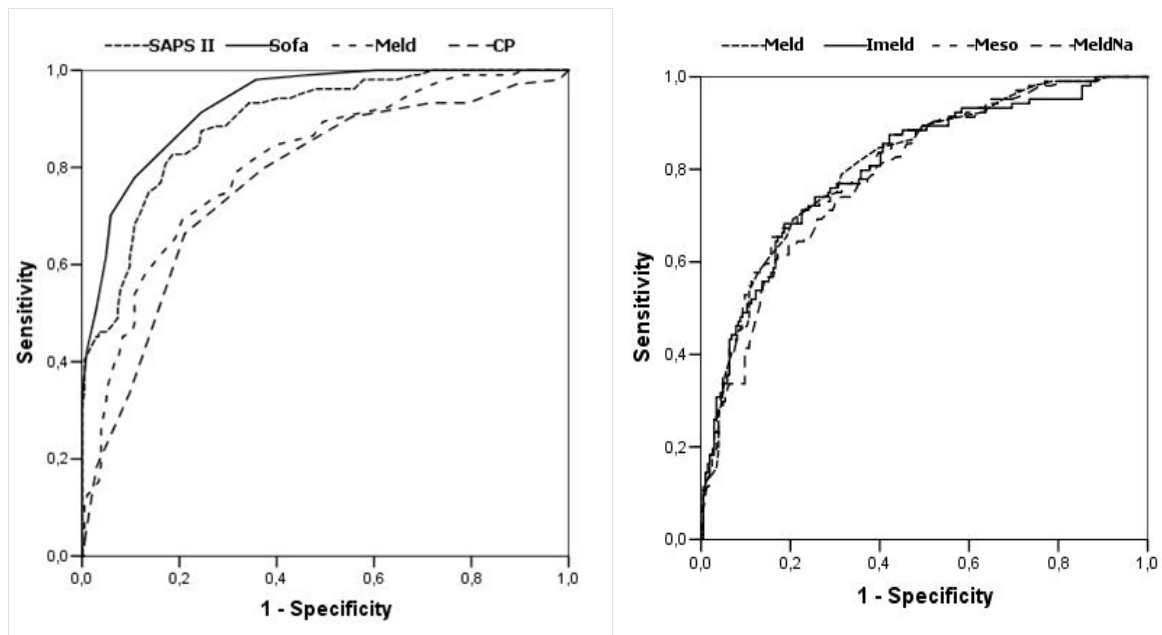
chute des facteurs de la coagulation, syndrome hépato-rénal du type 1), l'apparition d'un syndrome inflammatoire de réponse systémique (SIRS), voire d'un état de sepsis et puis la défaillance multiorganes. C'est pour ce dernier groupe de patients où le terme AoCLF semble s'appliquer selon R. Jalan en 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 ».

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 traitement pharmacologique, endoscopique et chirurgical (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 de ces patients dans les unités de réanimation. Cependant, prendre la décision d'admettre en réanimation ou de poursuivre les soins chez un patient cirrhotique en décompensation aiguë reste difficile. Dans ce sens, il semble que l'étude des facteurs pronostics tels que les scores pronostics (général ou spécifique au foie) à de ces patients hospitalisés en réanimation soit pertinente afin de déterminer ceux dont le bénéfice est certain.

Dans ce cadre, nous avons étudié, sur une période récente (Mai 2005 à septembre 2008), 308 patients présentant une décompensation aiguë de leur cirrhose et admis en réanimation, soit 11% des patients admis en réanimation du Centre Hépato-Biliaire. Dans cette étude, la mortalité en réanimation est de 33.8% (104/308) et de 41.2% à l'hôpital. La principale cause de décès est la défaillance multi-viscérale suite à un sepsis.

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 hospitalisée en réanimation (AUC) que les scores spécifiques hépatiques (MELD, Child Pugh) (Aire sous la courbe sur courbe ROC, ci-dessous). L'incorporation du Na dans le MELD (quelque soit la formule utilisée : MESO, iMELD ou Meld-Na) ne modifie pas ces résultats. A partir de ces courbes ROC, des cut-off pour l'IGS II, le SOFA et le Meld ont été identifiés.

Score	Cutoff point	Youden Index	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	VPP (%)	VPN (%)
SOFA	10.5	0.67	77	89	79	89
MELD	28.5	0.48	69	79	63	83
IGS II	46.5	0.64	83	81	69	90



## Conclusion

L'évolution vers un SIRS et/ou un sepsis reste l'élément majeur déterminant la mortalité des patients cirrhotiques admis en réanimation. Les scores pronostiques généraux prédisent mieux le devenir des cirrhotiques admis en réanimation que les scores plus spécifiquement hépatique. Cependant, avec aucun des scores étudiés, nous avons pu identifier un cut-off avec une valeur prédictive négative proche de 100% rendant l'hospitalisation d'un patient cirrhotique en réanimation vaine. Des études sur la prise en charge de défaillances d'organe 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 on chronic liver failure. *Liver* 2002, 22 suppl 2:5-13.
- 2- Cholongitas E, Senzolo M, Patch D, Shaw S, Hui C, Burroughs AK. Review article: scoring systems for assessing prognosis in critically ill adult Cirrhotics. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006 Aug 1;24(3):453-64.
- 3- (29) Jiang M, Liu F, Xiong WJ, Zhong L, Chen XM. Comparison of four models for end-stage liver disease in evaluating the prognosis of cirrhosis. *World J Gastroenterol.* 2008 Nov 14;14(42):6546-50.