
**A QUEL MOMENT FAUT-IL TRANSPLANTER LES
MALADES ATTEINTS DE CIRRHOSE ?**

*Christophe DUVOUX
Hôpital Henri Mondor, Créteil*

Les cirrhoses représentent environ 70% des indications de transplantation hépatique (TH). Parmi celles-ci on distingue les cirrhoses alcooliques, qui représentent 30 à 40% des indications de TH pour cirrhose, les cirrhoses virales, B et C, les cirrhoses d'origine métaboliques et les cirrhoses secondaires à une maladie auto-immune, hépatocytaire ou biliaire.

L'indication de TH pour cirrhose résulte de la prise en compte a- de données pronostiques indépendantes de l'étiologie de la maladie hépatique, qui permettent d'évaluer le risque spontané de décès à court et moyen terme; b- des alternatives thérapeutiques possibles à la transplantation et de leurs résultats, qui doivent toujours être considérés, en particulier en cas de cirrhose de gravité modérée dans un contexte de pénurie d'organe; c- de données spécifiques à l'étiologie de la maladie hépatique, en particulier le risque de récurrence de la maladie initiale sur le greffon, qui peut compromettre plus ou moins rapidement la viabilité du greffon; d- de données psycho-sociales qui vont conditionner l'adhésion au suivi définitif, nécessaire après la greffe, et son résultat sur le long terme.

La prise en compte de l'ensemble de ces paramètres doit permettre pour un malade donné de déterminer si la décision de TH est compatible avec une utilisation rationnelle du greffon.

a- Gravité de la maladie : elle peut être évaluée par la classification de Child-Pugh, ou depuis peu par le score MELD (model for end-stage liver disease), qui permet de prédire avec une bonne précision le risque de décès à 3 mois et probablement 1 an. Ce score, indépendant de la cause de la cirrhose, prend en compte l'INR, la bilirubine et la créatinine. Il est utilisé depuis 2 ans aux USA pour hiérarchiser les malades en liste d'attente. La valeur moyenne du score à l'inscription est de 14 à 16. On considère qu'un score de 10-11 n'expose pas à un risque de décès à moyen terme suffisant pour justifier une inscription en liste. A l'inverse, un score supérieur à 24 expose à un risque important de mortalité à court terme.

- b- Alternatives thérapeutiques : il est actuellement établi sur la base de données rétrospectives et, depuis peu prospectives, que la TH au cours de la cirrhose alcoolique Child B n'apporte pas de gain décisif de survie en intention de transplanter, par rapport à un traitement conservateur. Ceci est lié à l'utilisation d'alternatives thérapeutiques efficaces, comme le TIPPS dans le traitement de l'ascite réfractaire, et à des causes de décès spécifiquement liées à la greffe, comme la mortalité en liste d'attente, le risque de décès post-opératoire et le risque de tumeurs postTH. Dans la situation de la cirrhose alcoolique Child B, il est donc tout à fait envisageable, dans un soucis individuel de prise en charge simplifiée du malade et dans un soucis collectif d'utilisation appropriée des greffons, de ne recourir à la TH qu'après échec des traitements symptomatiques. Il n'est pas démontré à l'heure actuelle que cette attitude puisse s'appliquer à des cirrhoses Child B d'autre étiologie. Néanmoins, cette stratégie doit pouvoir s'envisager au cours des cirrhoses virales B lorsque la réplication virale B est interrompue car cette interruption s'accompagne régulièrement d'une amélioration de la fonction hépatique.
- c- Prise en compte du risque de récurrence de la maladie initiale
- Ce risque doit être pris en compte dans la décision de TH lorsque la récurrence expose à un risque de lésions sévères du greffon. Ceci était le cas pour la cirrhose virale B répliquante jusqu'à la fin des années 90. Les progrès récents dans le traitement antiviral B font qu'actuellement les formes sévères de réinfection du greffon par le VHB sont exceptionnelles lorsqu'une prophylaxie adaptée est utilisée. En revanche, après TH pour cirrhose virale C, la réapparition d'une cirrhose par récurrence virale C est rapportée dans 10 à 30% des cas à 5 ans post-TH. En cas de cirrhose virale C stable, de gravité modérée, il peut donc parfois être intéressant de retarder la TH pour retarder les conséquences de la réinfection du greffon par le VHC car l'efficacité du traitement de l'hépatite C post-greffe reste encore très inconstante.

d- La prédiction de l'adhésion au suivi post TH est importante dans la décision de TH. L'évaluation de l'insertion socio-familiale, du statut mental et la recherche d'antécédents d'addiction doit donc faire partie du bilan d'évaluation systématique pré-TH. En cas de cirrhose alcoolique, un sevrage au moins égal à 3 mois reste exigé par la plupart des équipes. Un antécédent de toxicomanie n'est pas une contre-indication absolue à la TH si le sevrage est ancien. De bons résultats de TH ont même rapportés chez des malades sous thérapeutique substitutive.

Conclusion : L'indication de TH pour cirrhose ne repose pas sur la seule gravité de la maladie mais sur un faisceau de paramètres dont la prise en compte doit avoir pour but, en situation de pénurie, une utilisation rationnelle des greffons hépatiques.