

JFHOD

Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie
& d'Oncologie Digestive



2015

Le syndrome hépatorénal

Richard Moreau^{1,2,3,4}

¹Inserm U1149, Centre de Recherche sur l'Inflammation (CRI), Paris ;

²UMR S 1149, Université Paris Diderot, Paris 7 ;

³DHU UNITY, Service d'hépatologie, hôpital Beaujon, Clichy ;

⁴Laboratoire d'Excellence, Inflammex, ComUE
Sorbonne Paris Cité, Paris



- CONFLITS D'INTERET

AUCUN

Sommaire

- **Définitions, physiopathologie**
- Diagnostic
- Pronostic
- Traitement
- Prévention

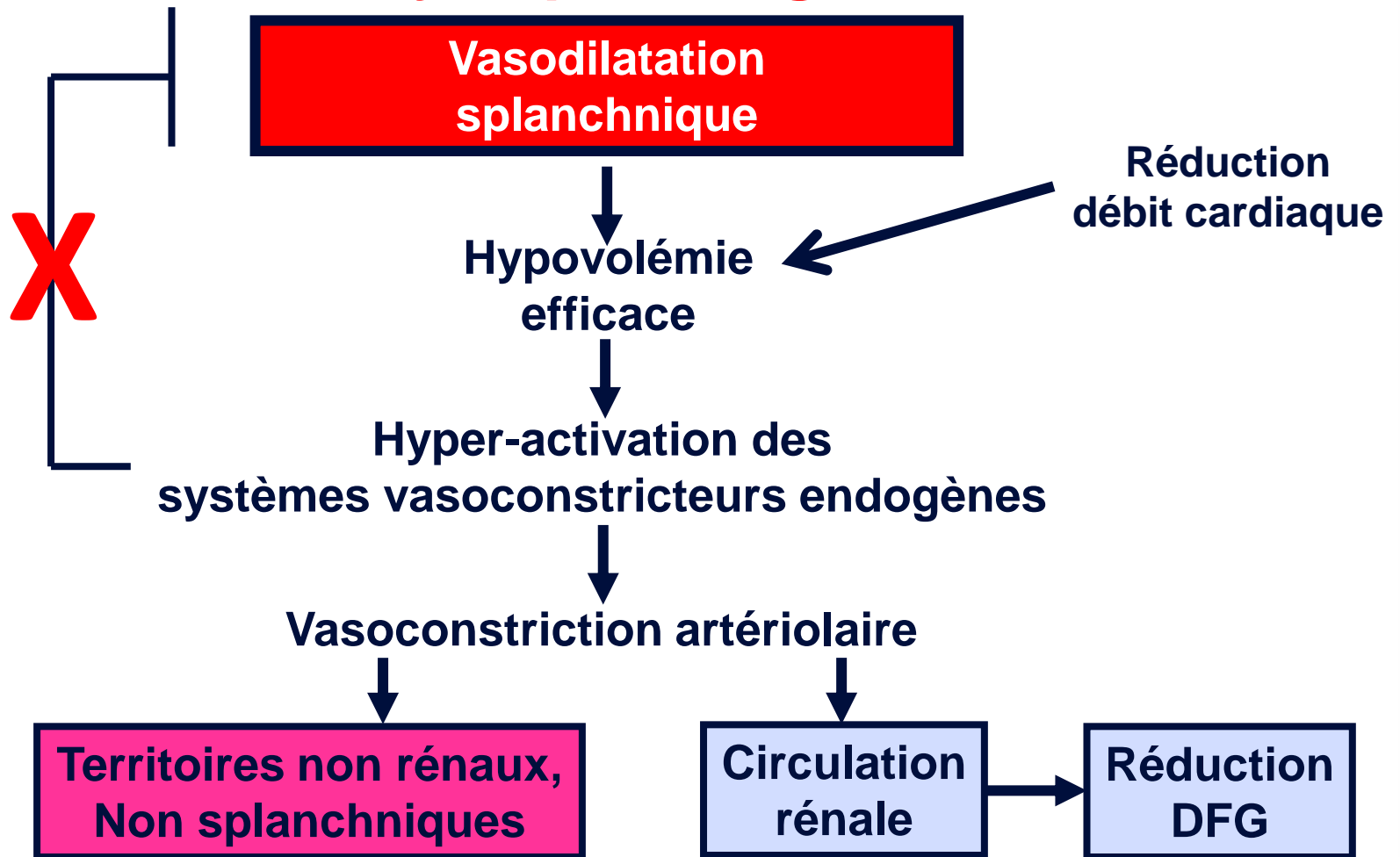
Les syndromes hépato-rénaux (SHRx)

- Insuffisances rénales fonctionnelles
- Type 1 :
 - Dégradation rapide de la fonction rénale : augmentation de plus de 100% de la créatinine sérique > 220 $\mu\text{mol/L}$, en moins de 2 semaines
 - Présentation clinique : insuffisance rénale aiguë
- Type 2 :
 - Insuffisance rénale stable
 - Présentation clinique : ascite réfractaire.

Facteurs Précipitants du SHR de type 1

- **50-70 % des cas**
- **Infection bactérienne**
- **Hémorragie digestive**
- **Hépatite alcoolique sévère**
- **Paracentèse évacuatrice (sans albumine).**

Physiopathologie



Sommaire

- Définitions, physiopathologie
- **Diagnostic**
- Pronostic
- Traitement
- Prévention

Causes des insuffisances rénales aiguës dans la cirrhose

Fonctionnelles
(hypoperfusions sans lésions)
(58%)

Obstructives
(<1%)

Intrinsèques (avec lésions)
Nécrose tubulaire ischémique (38%)
ou toxique (3%)
Glomérulonéphrite (<1%)

Critères diagnostiques du SHR

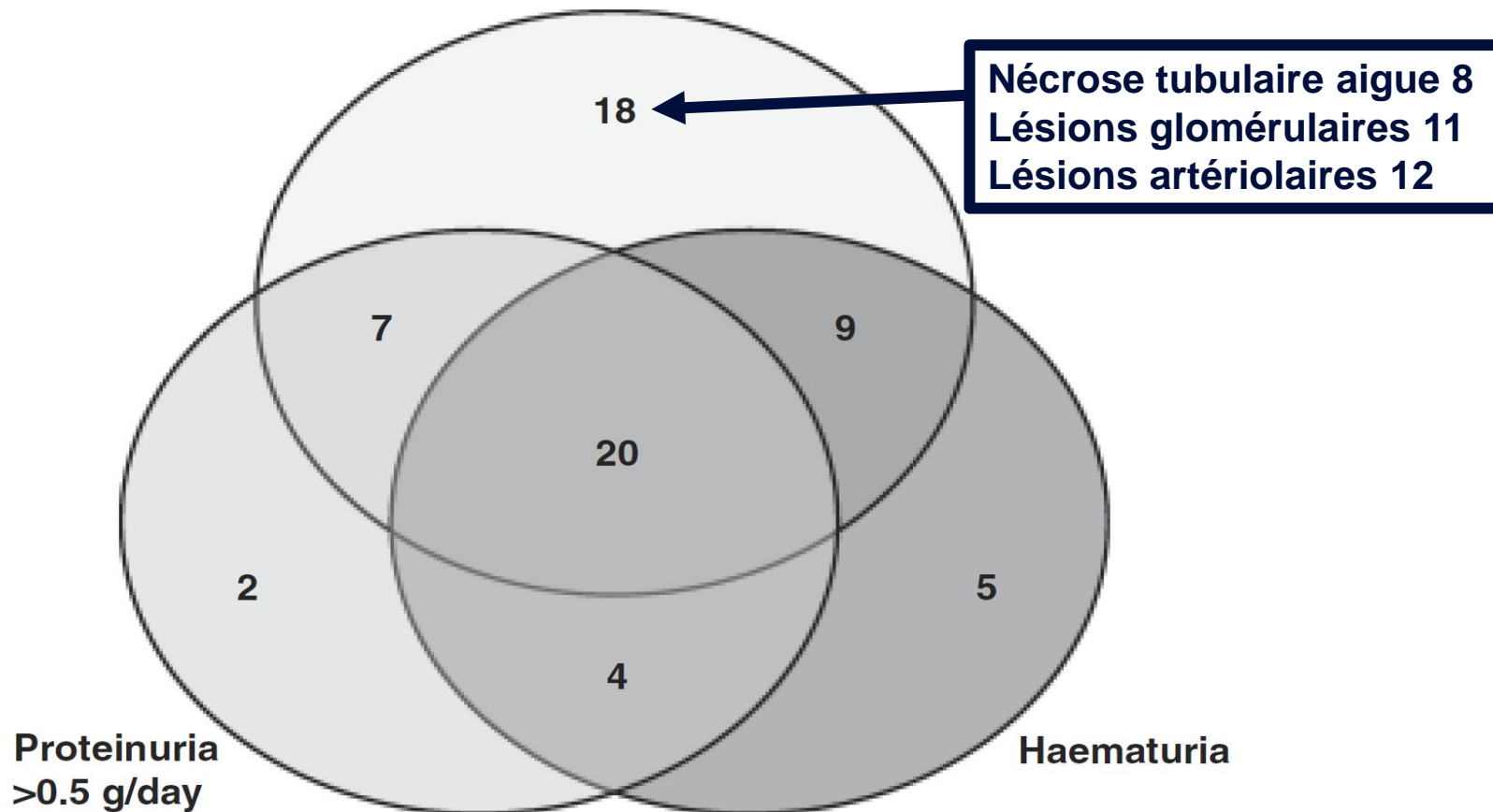
Club International de l'Ascite

- **Cirrhose avec une ascite**
- **Créatinine sérique $> 130 \mu\text{mol/L}$**
- **Pas de choc, d'infection en cours, de traitement néphrotoxique récent**
- **Pas de pertes liquidiennes gastro-intestinales**
- **Pas de réponse rénale à l'expansion volémique et à l'arrêt des diurétiques**
- **Pas de protéinurie/échographie rénale normale.**

Arroyo et al. Hepatology 1996;23:164-76.

Biopsie rénale chez 65 cirrhotiques sans état de choc

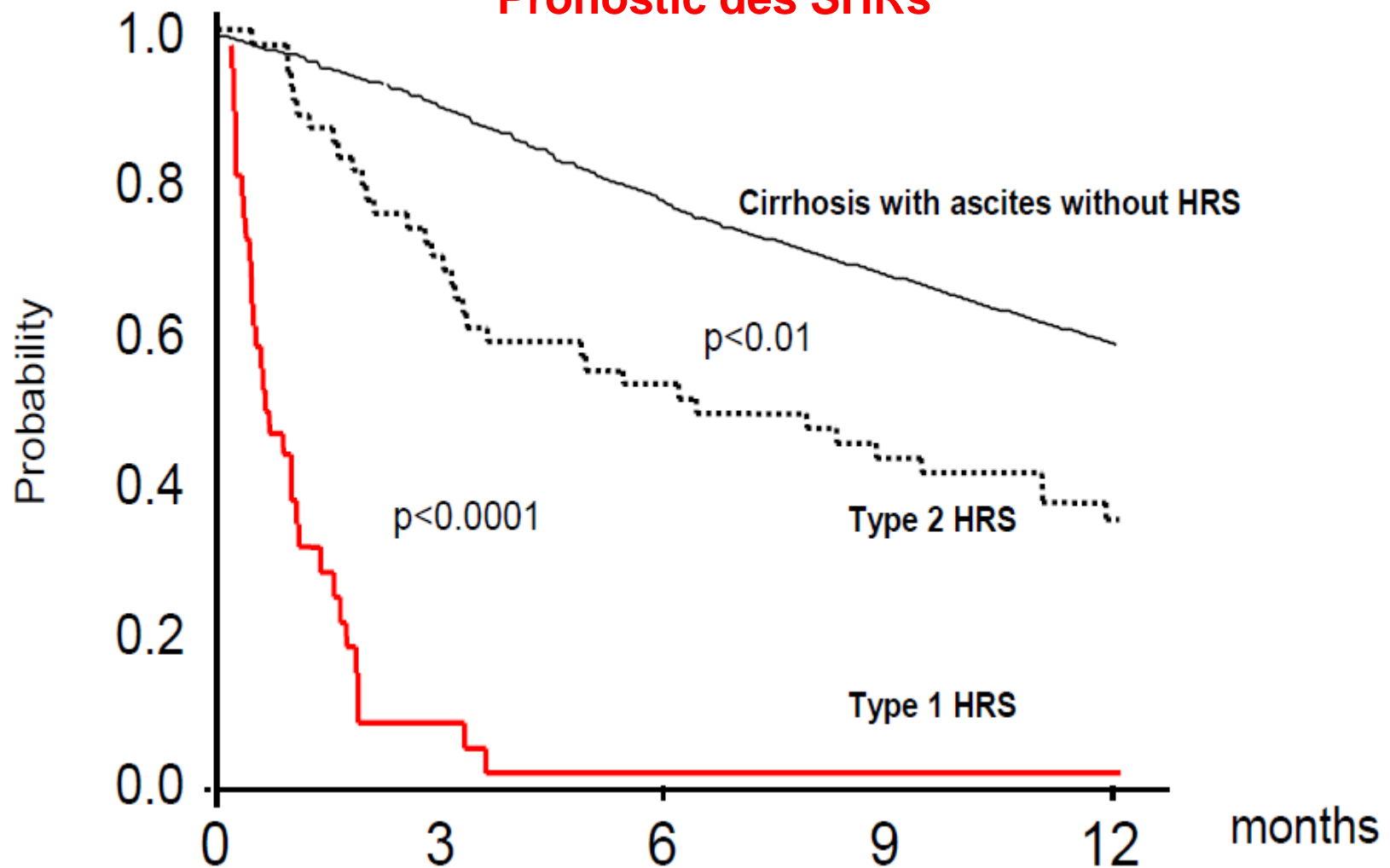
Serum creatinine levels >1.5 mg/dl



Sommaire

- Définitions, physiopathologie
- Diagnostic
- **Pronostic**
- Traitement
- Prévention

Pronostic des SHRs



Le pronostic du SHR de type 1 dépend du contexte*

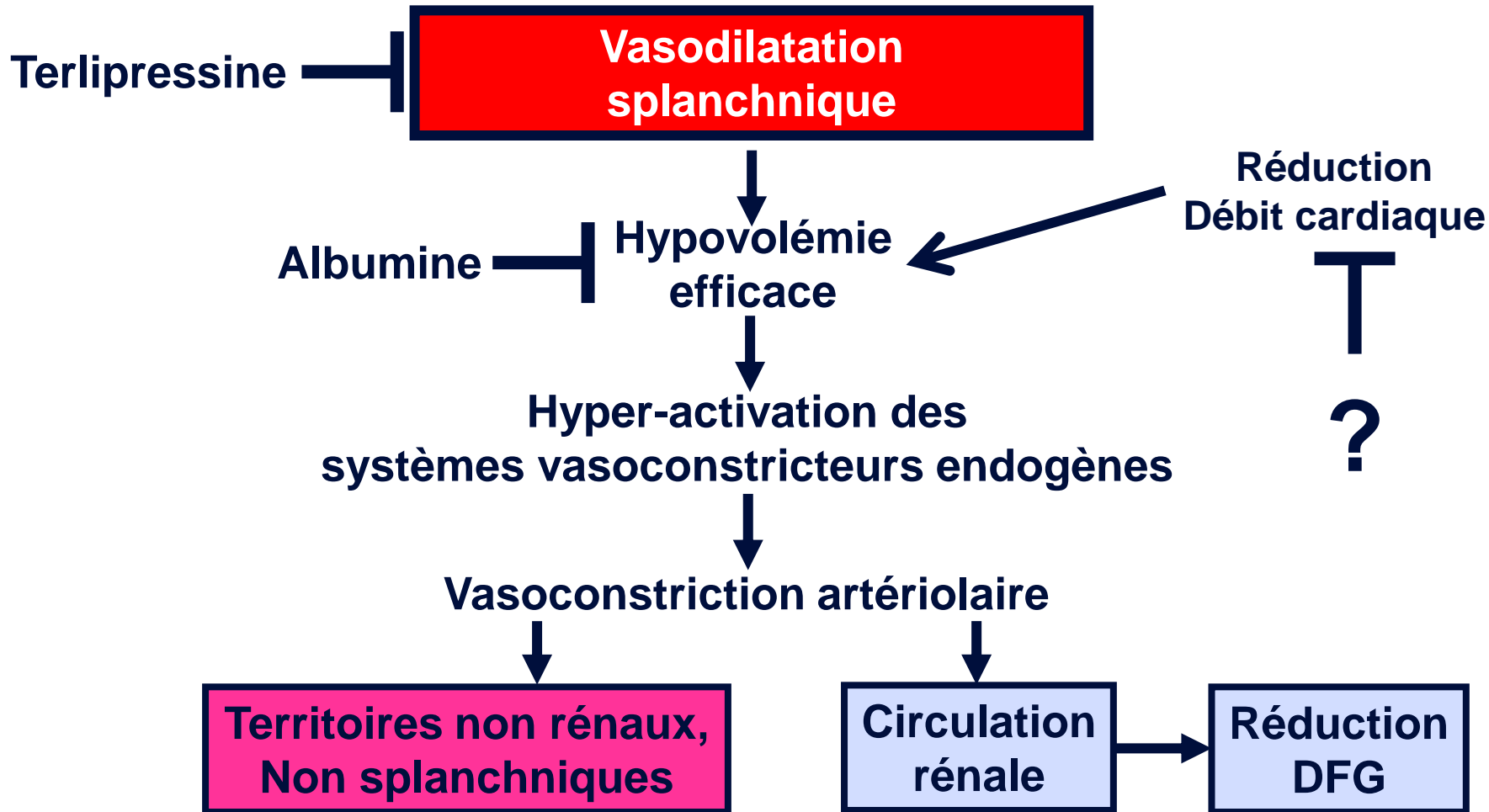
	Mortalité à 28 jours (%)
• Dysfonction rénale (Scrétat 133 – ≤ 168 µmol/L)	
– sans défaillance d'organes extra-rénaux	5
– avec défaillance d'un seul organe (foie, cerveau, coagulation, circulation, poumons)	22
• Insuffisance rénale isolée (Scrétat ≥ 177 µmol/L)	22
• Insuffisance rénale + une autre défaillance	30
• Insuffisance rénale + ≥ 2 autres défaillances	79

*Echelle CLIF-SOFA. Moreau et al. Gastroenterology 2013;144:1426-37.

Sommaire

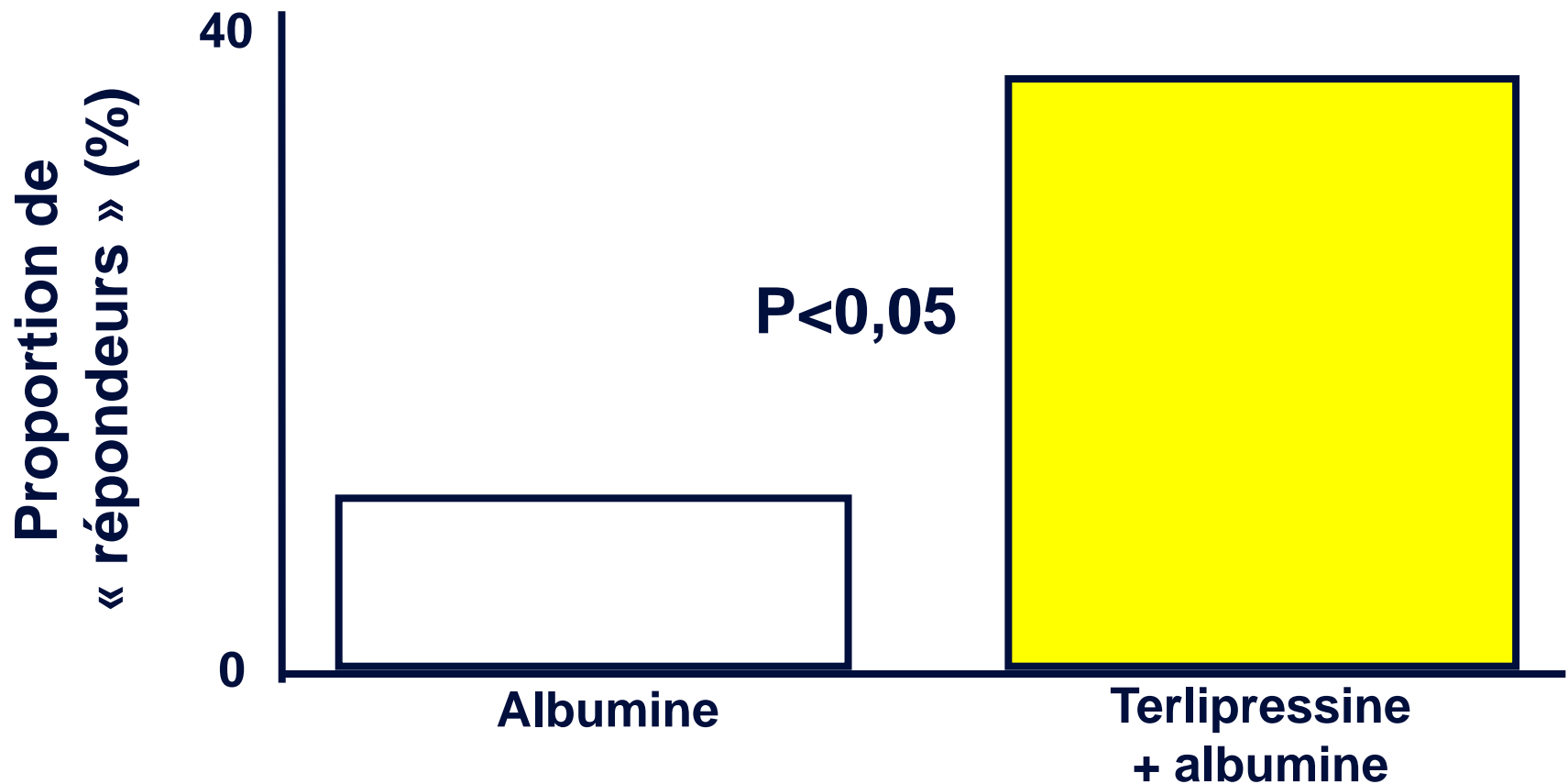
- Définitions, physiopathologie
- Diagnostic
- Pronostic
- **Traitement**
- Prévention

Principes du traitement



Terlipressine plus albumine pour le SHR de type 1

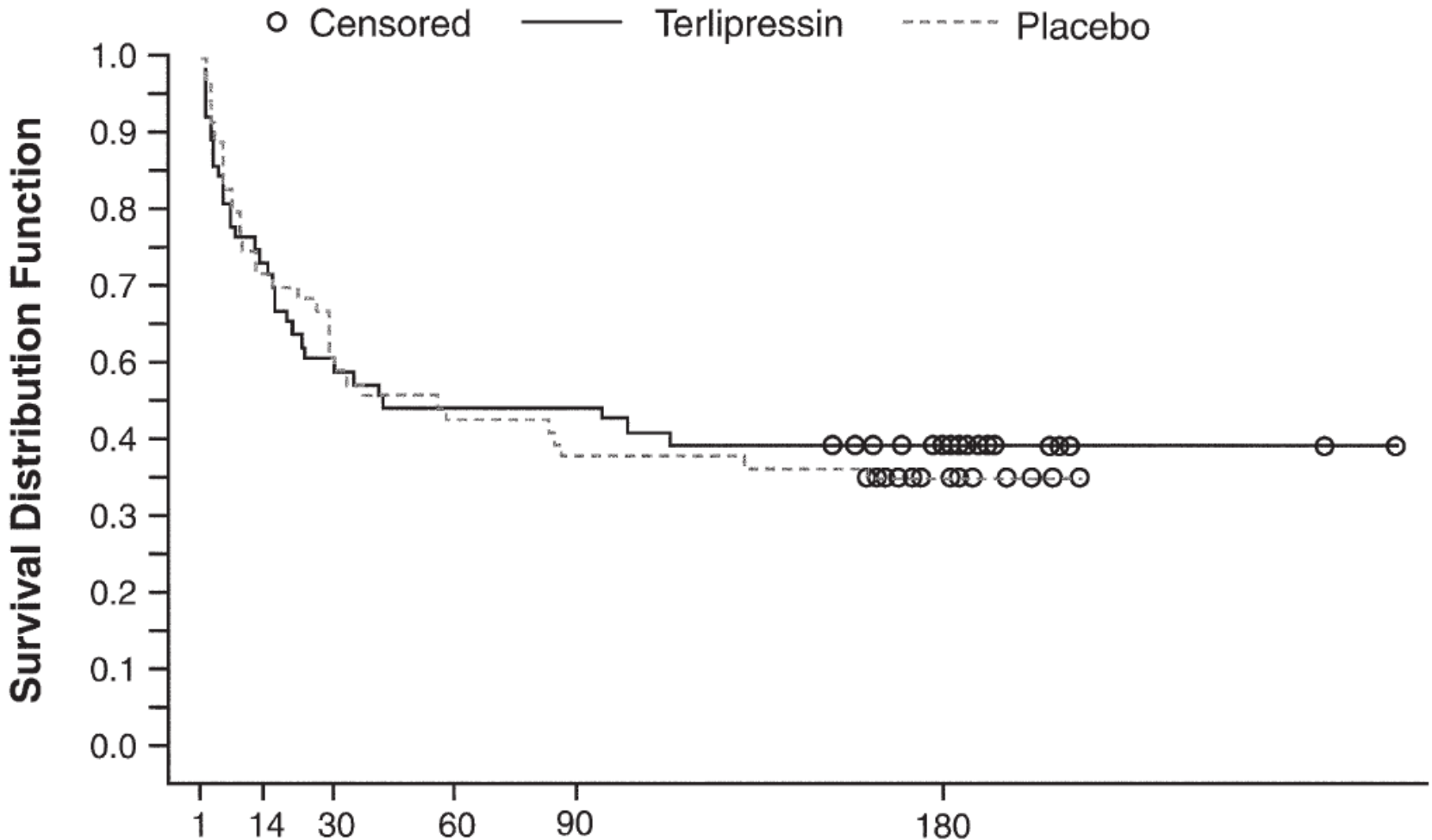
But du traitement : diminuer créat. < 130 $\mu\text{mol/L}$



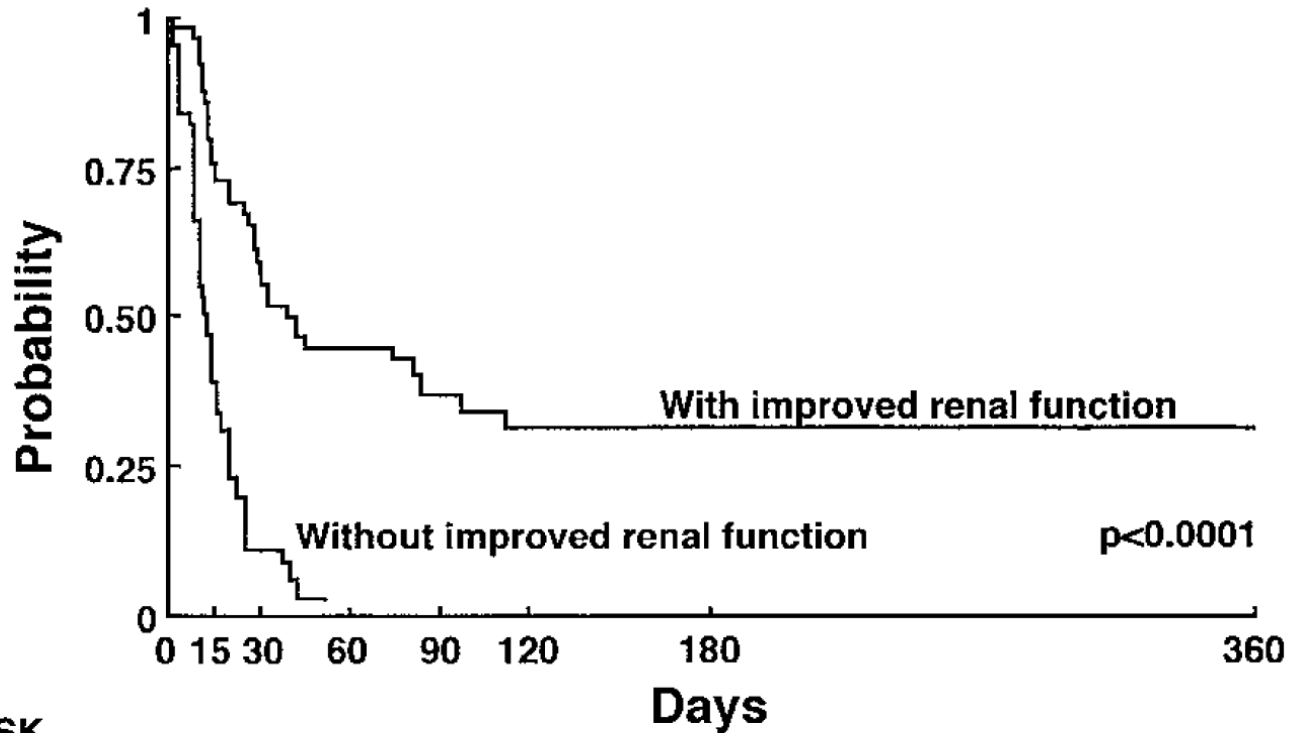
153 malades. Sanyal et al. Gastroenterology 2008;134:1360-8.

Martin-Llahi et al. Gastroenterology 2008;134:1352-9.

Essai randomisé terlipressine contre placebo

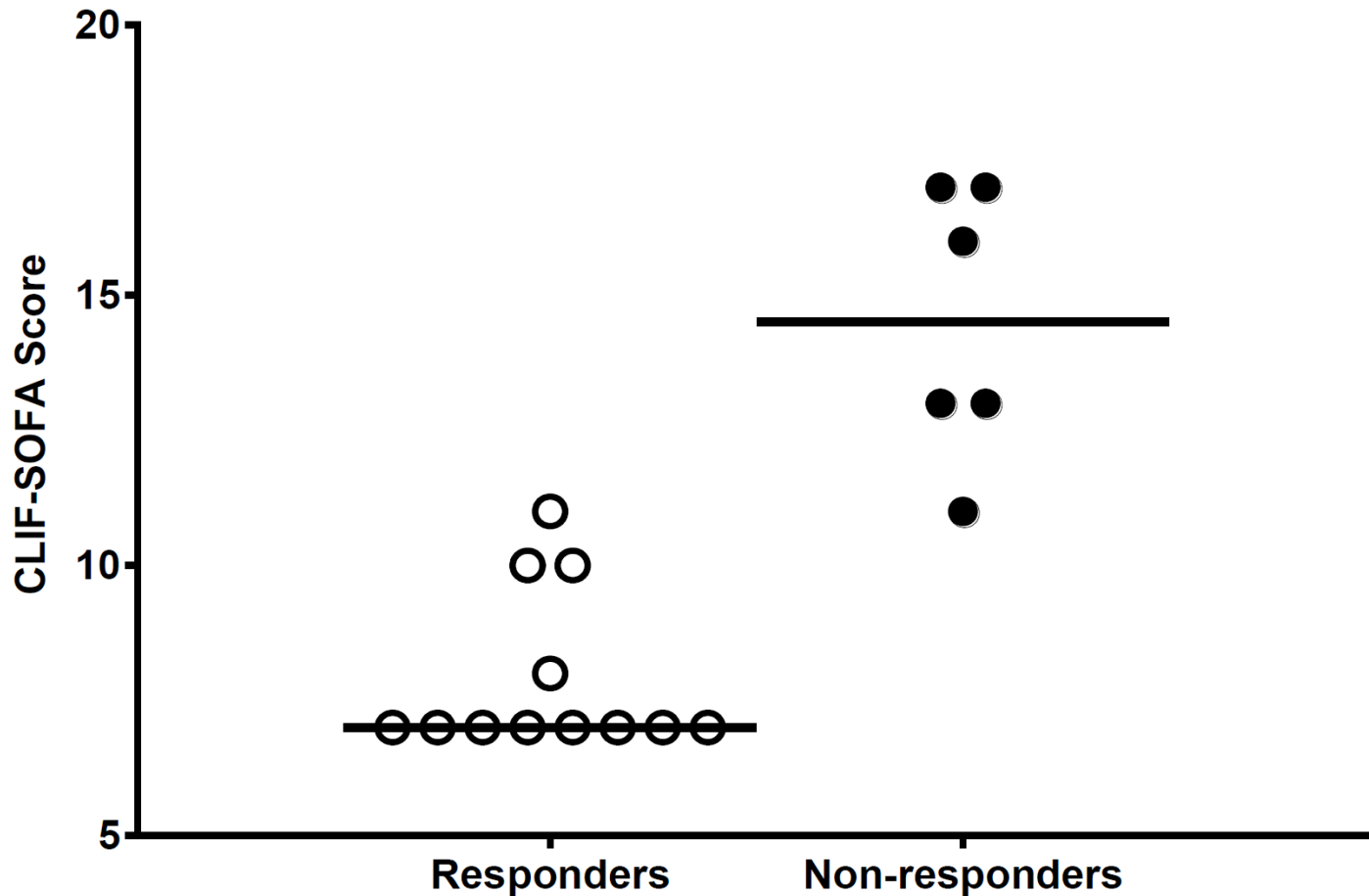


Survie en fonction de la réponse rénale au traitement



No. AT RISK	0	15	30	60	90	120	180	360
With improved renal function	53	40	29	18	12	8	8	3
Without improved renal function	38	15	4	0				

Le score CLIF-SOFA prédit la réponse à la terlipressine et l'albumine



Sommaire

- Définitions, physiopathologie
- Diagnostic
- Pronostic
- Traitement
- **Prévention**

Prévention SHR

1 ^{er} auteur/Journal (année)	Contexte	Intervention	Prévention SHR
Fernandez/Gastro (2007)	Prévention primaire ILA	Norfloxacine	Oui
Terg/J Hepatol (2008)	Prévention primaire ILA	Ciprofloxacine	Non
Lebrec/Gastro (2010)	Classe C Child-Pugh	Pentoxifilline	Oui
Villa/Gastro (2012)	Classe B-C Child-Pugh	Enoxaparine	?
Sort/NEJM (1999)	Traitement ILA	Céfotaxime +Albumine	Oui

Conclusions

- Il existe 2 formes de SHR, type 1 et type 2 ; le type 1 étant la forme aigue.
 - Le SHR est une insuffisance rénale fonctionnelle due à une vasoconstriction rénale intense en réponse à une vasodilatation splanchnique très marquée.
 - Le SHR de type 1 est grave, d'autant plus qu'il est associé à la défaillance d'autres organes.
 - Le traitement de référence du SHR est l'association terlipressine plus albumine.
 - Plusieurs approches thérapeutiques peuvent prévenir le SHR.
-

5 POINTS FORTS

- 1) Le syndrome hépatorénal (SHR) est une insuffisance rénale fonctionnelle qui complique la cirrhose décompensée.
- 2) Il existe deux formes de SHR : le type 1 d'installation aiguë pouvant être associé à d'autres défaillances d'organes ; le type 2 caractérisé par une insuffisance rénale modérée et chronique dans le contexte d'une ascite réfractaire.
- 3) Le diagnostic de SHR est un diagnostic d'exclusion des autres causes possibles d'insuffisance rénale fonctionnelle ou organique. Des biomarqueurs diagnostiques de l'atteinte rénale ne sont pas encore disponibles. Le diagnostic de SHR peut être difficile en l'absence de biopsie rénale.
- 4) Le traitement de première ligne du SHR de type 1 est l'association terlipressine-albumine intraveineuse. Le traitement du SHR de type 2 n'est pas clairement établi.
- 5) La prévention du SHR peut se faire en prévenant la survenue de facteurs déclenchants de ce syndrome ou encore en utilisant l'albumine intraveineuse en complément du traitement du facteur déclenchant lorsque celui-ci se développe.