Avertissement: notes prises au vol… erreurs possibles… prudence!

HUG: Hôpital cantonal de Genève mardi 24 Janvier 2023

Indications à la transplantation hépatique

Dre G.Magini, département de chirurgie, service de transplantation

La cause la plus fréquente de transplantation hépatique est la cirrhose alcoolique (20%) suivie de la stéatohépatite métabolique (18%), du carcinome hépato-biliaire (17%) et de la cirrhose liée à l'hépatite C.

Viennent ensuite les maladies cholestatiques et les insuffisances aiguës et les formes rares.

Il y a trois tableaux cliniques, lesquels présentent différents scores pronostiques

- Cirrhose "terminale"
- Carcinome hépatocellulaire
- Insuffisance hépatocellulaire aiguë

Le score de MELD, initialement conçu pour prédire la mortalité après la pose d'un TIPS, est utilisé pour poser l'indication à la greffe depuis 2006 en Europe.
Utile lorsque la cirrhose provoque une insuffisance hépatocellulaire, il ne prend pas en compte les complications de l'hypertension portale.

Ces patients évoluent vers l'ascite, une manifestation inaugurale dans 70% des cas, l'encéphalopathie et l'hémorragie digestive, constituant une décompensation hépatique, qui change dramatiquement le pronostic de vie.

Si le patient est référé lorsqu'il est déjà réfractaire au traitement de l'hypertension portale, la transplantation n'est plus possible et la survie est estimée à 1,5 ans.

La transplantation hépatique est envisagée lorsque le score de MELD ≥ 15.

Le Child Pugh, développé en 1964, prend en compte des variables qui reflètent l'hypertension portale (encéphalopathie et ascite), il est cependant limité par le caractère subjectif de leur évaluation.

L'évaluation de la bilirubine est aussi biaisée, car 60 et 500 µmol/L font 3 points, alors que le pronostic est clairement différent, tout comme la mesure de l'albumine qui est faussée par l'inflammation et les infusions d'albumine.

Malgré ses défauts, le score de Child-Pugh a été validé en plusieurs cohortes de patients cirrhotiques. Un score ≥ B7 traduit une mortalité >10% à une année.

Traiter la cause active, comme l'alcoolisme ou l'hépatite C, peut faire régresser l'atteinte hépatique. Si à distance de la résolution, le score se maintient ≥ B7, référer pour transplantation.

Au scanner, la sarcopénie est un indicateur de mauvais pronostic. La volumétrie hépatique est un indicateur de la réserve fonctionnelle. Lorsqu'elle est diminuée, le pronostic est plus

défavorable, encore plus en cas de thrombose porte, qui est le reflet d'une maladie terminale.

Indications à la transplantation
- Child-Pugh ≤ 7
- MELD ≥ 15
- Décompensation de la maladie
- Infections (!! Péritonite bactérienne spontanée)
- Prurit réfractaire (peut être la seule indication à la transplantation)
- Cholangites à répétition
- Malnutrition

Lors de carcinome hépatocellulaire, contrairement à une croyance populaire, le nombre et la taille de lésions est insuffisant pour exclure une transplantation en raison d'une maladie trop avancée.

En effet, le taux d'alpha-foetoprotéine et la réponse au traitement sont deux facteurs essentiels à la décision. De nombreuses lésions qui répondent bien ont une biologie favorable à la transplantation.

Contre-indications à la transplantation
- Extension extra-hépatique
- Invasion macrovasculaire
- Maladie avancée sans possibilité de reculer dans les stades.

L'Insuffisance hépatocellulaire aiguë est une hépatite aiguë sévère avec un impact sur la fonction du foie (INR >1,5), combiné à un signe clinique d'encéphalopathie (asterixis), en absence d'une maladie chronique du foie.

Cette pathologie fait chuter la fonction hépatique très rapidement, pouvant mener à une défaillance d'organes multiples et à l'oedème cérébral.

Si elle est bien résolue, le patient peut retrouver toute sa fonction hépatique, il doit donc être référé avant un bilan pour évaluer sa marge de récupération.

Ces patients sont éligibles pour une transplantation en urgence. Un des rares accords avec la France permet aux Suisses d'accéder à des foies français.

Etiologies avec indication à la greffe en urgence
Ce sont des causes primaires:
- Insuffisance hépatique aiguë: Viral, Drogues, toxines, syndrome de Budd-Chiari, autoimmune, lié à la grossesse
- Aiguë sur chronique: maladie de Wilson fulminante, autoimmune, Budd-Chiari, réactivation de HBV.

Pour les causes secondaires, comme l'hépatite ischémique, les maladies systémiques, le cancer primaire du foie ou l'hépatite alcoolique, il n'y a pas d'indication en urgence.

Les nouvelles indications

- métastases hépatiques d'un cancer colo-rectal, uniquement si:
    - Résection du primitif, pas de métastases extra-hépatiques, maladie stable ou qui répond au traitement (12-24 mois), biologie favorable…
- tumeur neuro-endocrine d'origine digestive
- Cholangiocarcinome: une indication rare, car récidive souvent. Uniquement au sein d'une étude.

Contre-indications:

- Relatives: âge > 70 ans, BMI > 40 kg/m2, VIH non contrôlé, thrombose porte/mésentérique
- Tumeur extra-hépatique, si active et récente
- Insuffisance cardiaque ou respiratoire sévère
- Hypertension artérielle pulmonaire sévère
- CHC avec thrombose porte tumorale ou atteinte extra-hépatique
- Sepsis non contrôlé
- Alcoolisme ou toxicomanie active

Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch