

Hépatite aigue grave avec bilan étiologique de 1^{ère} intention négatif : conduite à tenir

Dr YAKOUBI M.
Service de gastroentérologie HMTM

Journée DPC

Objectifs éducationnels

1. Définir une hépatite aigue grave
2. Préciser le bilan étiologique de 1^{ère} ligne devant une hépatite aigue grave
3. Etablir l'enquête étiologique après un bilan étiologique de 1^{ère} ligne < 0
4. Etablir la PEC thérapeutique

Triade diagnostique de l'HAG

- Elévation des transaminases (2-3XN)
- Ictère
- Coagulopathie (INR>1.5)

LHA



- Encéphalopathie hépatique

EH



- Absence de maladie hépatique chronique sous-jacente

Condition préalable



Présentation aiguë de Novo



Hépatite auto immune



Maladie de Wilson



Syndrome de Budd-Chiari

Classification temporelle de l'HAG

Délai entre ictère et EH

HYPERAIGUE



< 7 jours

AIGUE



8-28 jours

SUBAIGUE



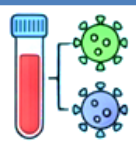
5-12 semaines

>28 semaines: Maladie hépatique chronique

Bilan étiologique de première intention



Prise de médicaments/Phytothérapie/Compléments alimentaires <6 mois; Toxique; Alcool
Auto-immunité; TT immunosuppresseur/CT; Néoplasie ; Cardiopathie congestive/comorbidités resp



Dosage sanguin du paracétamol; Bilan toxicologique urinaire
Sérologies virale A (IgM VHA) et B (AgHbs/IgM Hbc); Sérologie + PCR VHC
Anticorps anti tissus (AAN/ Ac anti muscle lisse/ Ac anti LKM1); Dosage pondéral IgG



Echographie doppler hépatique;
Echographie cardiaque ;

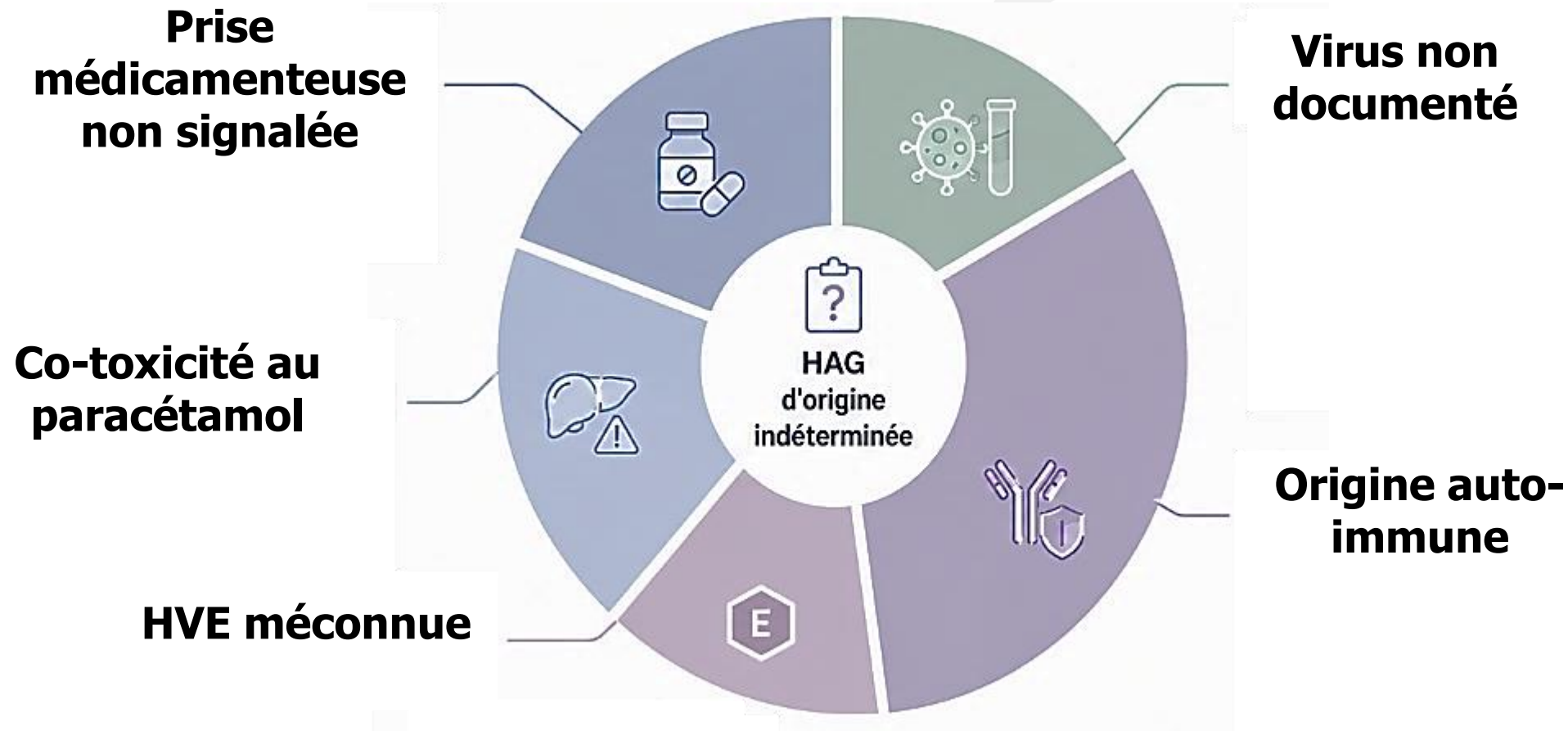
Bilan étiologique de seconde intention



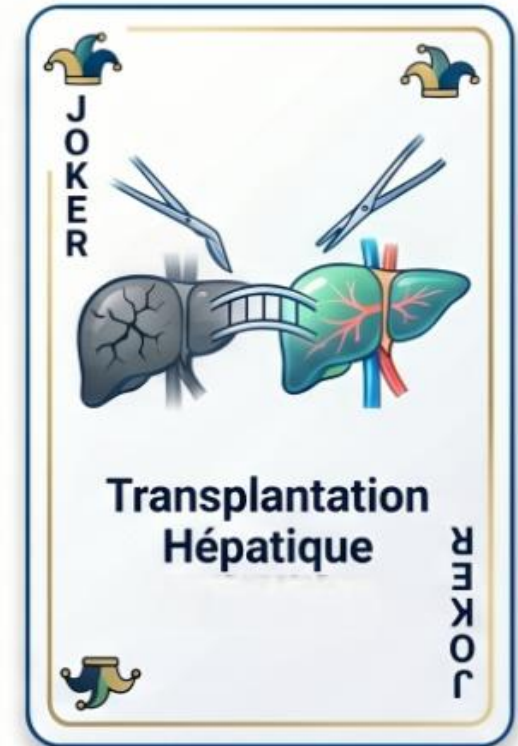
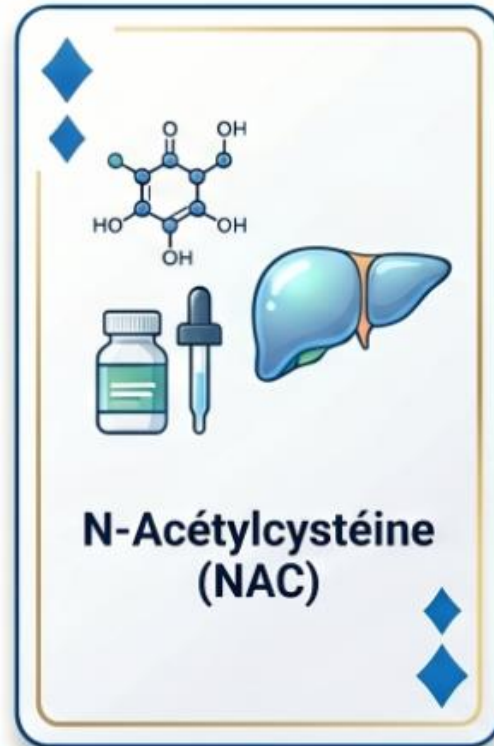
- Anticorps anti tissus (Ac anti LC1 et anti SLA)
 - IgM et PCR VHE
- IgM HSV 1 et 2, HHV-6 CMV, EBV, VZV, Parvovirus B19
- Dosage du cuivre sanguin et urinaire, céruloplasmine
 - Biopsie hépatique transjugulaire

HAG d'étiologie indéterminée

15-20%



HAG d'origine indéterminée: CAT



Mesures de réanimation

Support hémodynamique et correction des désordres métaboliques

- Remplissage cristalloïdes +/- noradrénaline /Hydrocortison : PAM 60-75 mmHg
- Correction de l'hypoglycémie/ Hyponatrémie/ acidose/ammoniémie



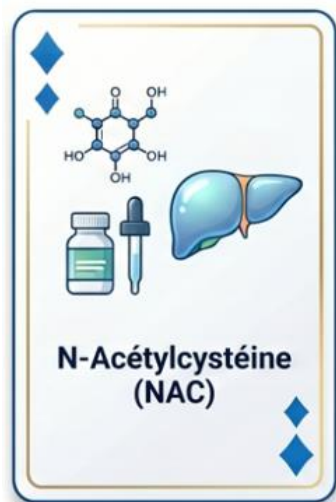
Prévention de l'œdème cérébral et traitement de l'EH

- Mesures de neuroprotection
- En cas d'hypertension intracrânienne : mannitol /sérum salé hypertonique
- Intubation si encéphalopathie sévère (grade III–IV)

Prévention et traitement des infections

- Monitoring bactérien et fongique régulier (Rx Thorax, crachats, urines, sang)
- Antibioprophylaxie non recommandée

NAC et HAG non liée au Paracétamol



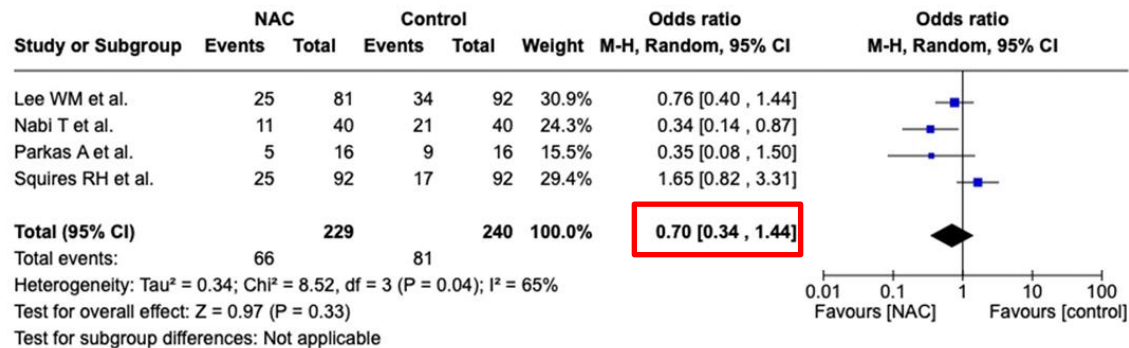
- Premières 24-48H
- Réduit le stress oxydatif et l'inflammation systémique
- Protocole: Voie IV
 - **Phase 1:** 150 mg/Kg dans 200cc SG5% sur 1H
 - **Phase 2:** 50mg/Kg dans 500cc SG5% sur 4H
 - **Phase 3:** 100mg/Kg dans 1L SG5% sur 16H
 - Puis: perfusion continue 6,25mg/Kg/H dans SG5% pendant 48-72H

NAC et HAG non liée au Paracétamol

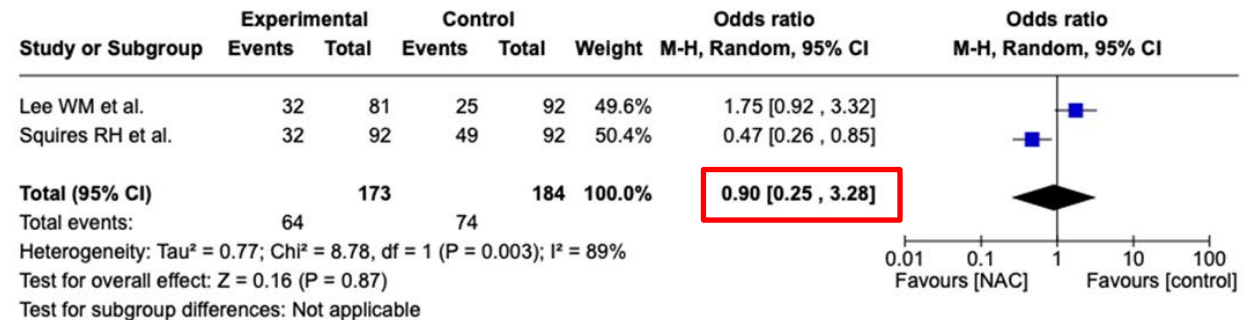
266 études ➡ 4 essais contrôlés randomisés



469 patients HAG non liée au paracétamol
228 traités NAC
241 groupe témoin



Mortalité globale



Survie sans TH

HAI et HAG

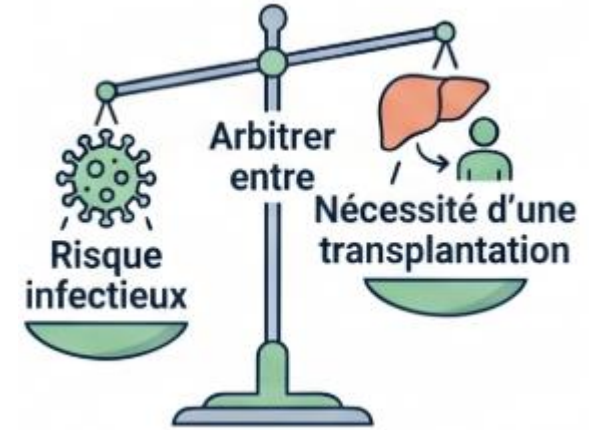


- HAI: 62% des HAG indéterminées
- Forme aigue séronégative: **10-40%**
- IgG normales: 25-47%
- Histologie: Nécrose hépatique massive; Atteinte centro-lobulaire prédominante.

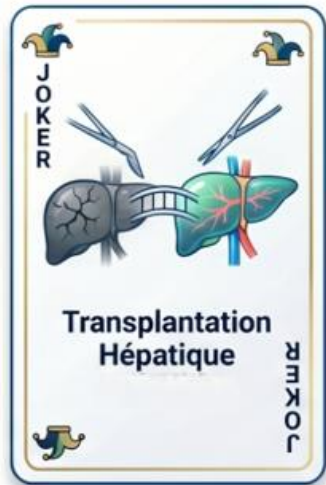
HAI et HAG



- Réponse CT: **8-41%**
- Posologie: **0,5mg/Kg/j** Predniso(lo)ne
0,4mg/kg/j méthylprednisolone IV
- CT: **complications infectieuses** post TH
- Réévaluation: **J3-J7** (état neurologique, BH, INR, lactates..)
- Non réponse : discussion TH
- SURFASA score/MELD/EH: facteurs pronostiques



TH: Contre indications



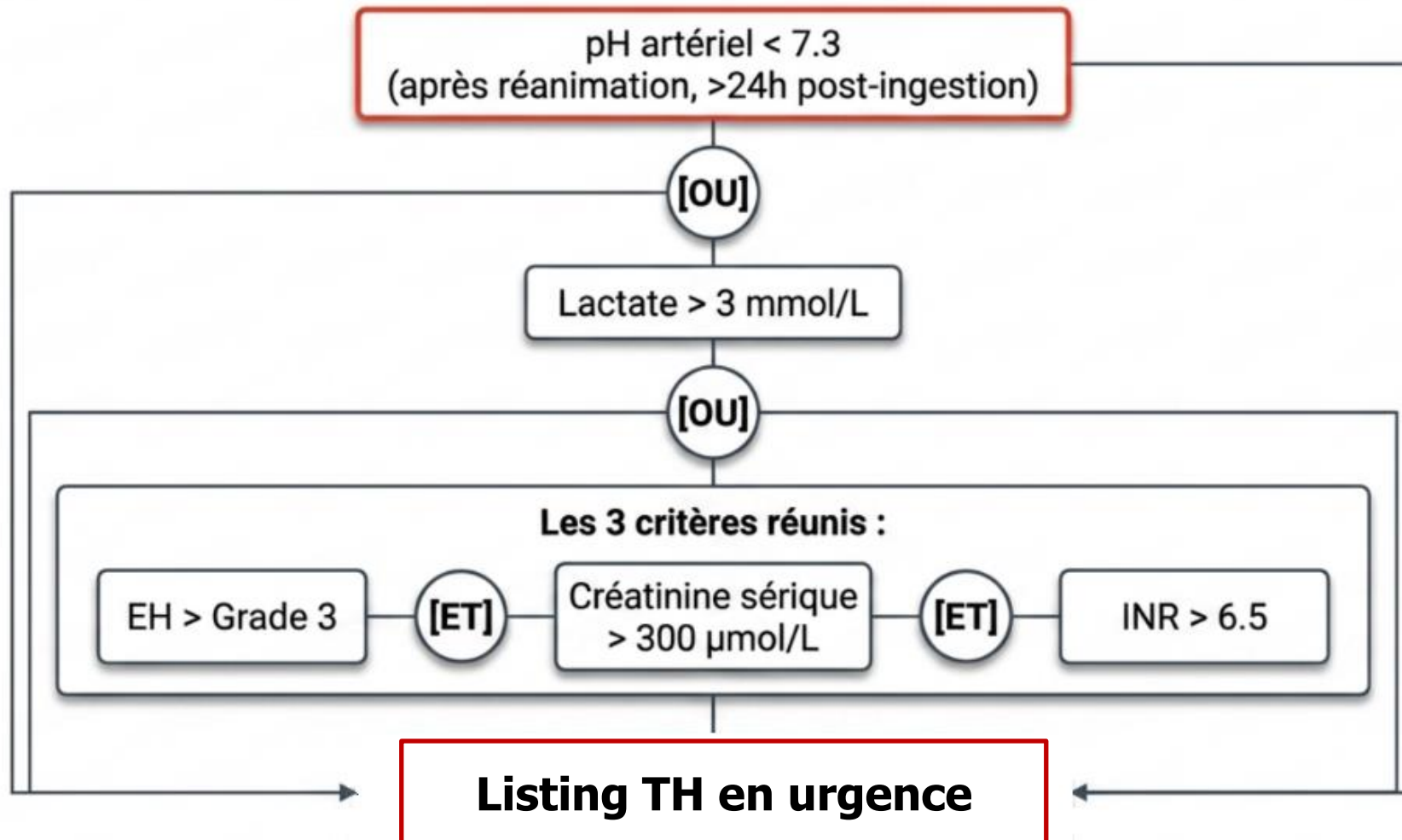
Ne pas indiquer la TH

- Infiltration hépatique tumorale
 - Foie de choc
- Lymphohistiocytose hémophagocytaire

Contre indications

- Sepsis non contrôlé
- Défaillances viscérales non contrôlées

Critères King's College (Paracétamol)



Critères King's College (Non Paracétamol)

3 parmi 5 critères



OU

1-Etiologie indéterminée ou DILI

2- Age <10 ans ou > 40 ans

3- Délai entre ictère et EH > 7 jours

4- Bilirubine > 300 µmol/L

5- INR > 3,5

HÉPATITE AIGUË GRAVE



BILAN ÉTIOLOGIQUE NÉGATIF



MESURES DE
RÉANIMATION



NAC



CORTICOTHÉRAPIE
PROBABILISTE

si suspicion
d'hépatite auto immune



IDENTIFIER LES MAUVAISES
RÉPONSES À LA
CORTICOTHÉRAPIE

- Encephalopathie grade 3 ou 4
- Hyperbili > 300 $\mu\text{mol/L}$
- Score SURFASA > 1.7
- MELD élevé



RÉPONDEUR



NON-RÉPONDEUR



TRANSPLANTATION HÉPATIQUE
À DISCUTER À TOUT MOMENT