

Évaluation de la gravité des pathologies hépatiques liées à l'alcool : étude rétrospective aux urgences adultes du CHU de Clermont-Ferrand

Louise Puret

▶ **To cite this version:**

Louise Puret. Évaluation de la gravité des pathologies hépatiques liées à l'alcool : étude rétrospective aux urgences adultes du CHU de Clermont-Ferrand. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02023406

HAL Id: dumas-02023406

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02023406

Submitted on 18 Feb 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

N°

UNIVERSITE DE CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MEDECINE

THESE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

par

PURET Louise, Yvonne

Présentée et soutenue publiquement le 10 octobre 2018

EVALUATION DE LA GRAVITE DES PATHOLOGIES HEPATIQUES LIEES A L'ALCOOL : ETUDE RETROSPECTIVE AUX URGENCES ADULTES DU CHU DE CLERMONT FERRAND

Président du Jury :

Monsieur Jeannot SCHMIDT, Professeur, faculté de médecine de Clermont-Ferrand

Membres du Jury :

Monsieur Bertrand SOUWEINE, Professeur, UFR médecine de Clermont-Ferrand

Monsieur Armando ABERGEL, Professeur, UFR médecine de Clermont-Ferrand

Monsieur Laurent GERBAUD, Professeur, UFR médecine de Clermont-Ferrand

Monsieur Loïc DOPEUX, Praticien Hospitalier, Centre hospitalier de Vichy

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE D'AUVERGNE	: **JOYON** Louis : **DOLY** Michel : **TURPIN** Dominique : **VEYRE** Annie : **DULBECCO** Philippe : **ESCHALIER** Alain
PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE BLAISE PASCAL	: **CABANES** Pierre : **FONTAINE** Jacques : **BOUTIN** Christian : **MONTEIL** Jean-Marc : **ODOUARD** Albert : **LAVIGNOTTE** Nadine
PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER	: **BERNARD** Mathias
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT	: **DEQUIEDT** Vianney
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	: **WILLIAMS** Benjamin
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE	: **HENRARD** Pierre
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE	: **PEYRARD** Françoise
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES	: **PAQUIS** François

✧✧✧✧✧

UFR DE MEDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES	: **DETEIX** Patrice : **CHAZAL** Jean
DOYEN	: **CLAVELOU** Pierre
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - Mme MOINADE Simone - MM. MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. RISTORI Jean-Michel - ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis – Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M.	AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M.	LABBE André	Pédiatrie
M.	AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	DURIF Franck	Neurologie
M.	BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M.	POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M.	CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme	PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique

M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

PROFESSEURS DE 1ère CLASSE

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénéréologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

PROFESSEURS DE 2ème CLASSE

Mme	CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme	KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M.	TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M.	CORNELIS François	Génétique
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M.	CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M.	LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M.	BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M.	BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M.	AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme	BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	ESCHALIER Romain	Cardiologie
M.	MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme	TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M.	DURANDO Xavier	Cancérologie
M.	DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme	FANTINI Maria Livia	Neurologie
M.	SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M.	BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUIEZE Romain	Hématologie
M.	POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M.	SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M.	CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme	MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M.	VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme	BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale

M.	CAMBON Benoît	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme	CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme	BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M.	MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle	GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme	FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle	GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M.	MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme	MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle	VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M.	DELMAS Julien	Bactériologie
Mle	MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M.	OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle	COSTE Karen	Pédiatrie
M.	EVRARD Bertrand	Immunologie
Mle	AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M.	POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme	CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	LEBRETON Aurélien	Hématologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme	PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M.	JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M.	BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M.	COLL Guillaume	Neurochirurgie

Mme	SARRET Catherine	Pédiatrie
M.	MASDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme	NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme	VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle	AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M.	BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle	GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M.	BIDET Yannick	Oncogénétique
M.	MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M.	DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M.	SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme	VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme	LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M.	LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme	MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M.	PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M.	TANGUY Gilles	Médecine Générale
M.	BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme	ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme	RICHARD Amélie	Médecine Générale

Au Président du jury,

Monsieur le Professeur Jeannot SCHIMDT

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Je vous remercie de votre disponibilité et de m'avoir permis d'accéder à la voie de l'urgence. J'espère être à la hauteur de votre exigence. Recevez ici ma profonde gratitude.

Au directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Loïc DOPEUX

Loïc, merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Ces quelques mois passés à tes côtés ont été un réel plaisir. Je te remercie pour ta compétence, ta disponibilité et tes remarques toujours constructives. J'ai découvert un confrère rempli d'une immense gentillesse et j'ai une profonde admiration pour le médecin que tu es.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Bertrand SOUWEINE

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury et d'apporter votre vision d'expert sur ce travail. Je vous prie de croire en l'expression de ma profonde considération.

Monsieur le Professeur Armando ABERGEL

Je vous remercie profondément d'avoir accepté de participer à ce jury, ceci est un honneur et je vous témoigne mon profond respect.

Monsieur le Professeur Laurent GERBAUD

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail et d'apporter votre expertise reconnue. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

A mes parents, pour tout votre amour et votre soutien sans faille. Vous aurez partagé ces 10 longues années d'études. Il n'y a pas assez de mots pour vous dire comme je vous aime.

A François, mon grand frère protecteur, pour ce lien si fort qui nous unit. Fière de la famille que tu as construite. A sophie ma belle belle sœur et à vos fils, mes neveux d'amour.
A Clémentine, sœur de mon cœur, car j'aime tout ces moments passés à tes côtés, j'admire ta façon d'être et j'aime l'idée de te ressembler. A Clément pour ton coté si apaisant et à vos princesses, mes nièces d'amour.
A Juliette, deuxième sœur de mon cœur, si fière de toi et de tout ce que tu as accomplie. A Dale, cette belle valeur ajoutée que tu nous ramènes.
A notre fratrie, pour la vie, je vous aime.

A mes grands-parents, partis trop tôt. A papy, son Ricard et ses histoires et à mamie bientôt 98 ans et presque pas une ride.

A Monique, tante, marraine, pour tout cet amour que tu me donnes. Toi aussi je t'aime.

Au reste de ma famille… quelle belle famille !

A ma belle-famille, Cécile et Patrick pour votre gentillesse. Heureuse de devenir une Plateau !
A Ben, joyeux luron, toujours de bonne humeur, à Anne, ton extrême gentillesse ne connait pas de limites. Au futur petit bout ! Longue vie à vous 3.

Aux Jacquin, pour votre bienveillance, pour ce lien qui unit nos familles, merci de tout cet amour.
A victoune ! amie de moi depuis la plus tendre enfance ! A tous ces souvenirs et à tous ceux à venir.

A Pichelle, ton crapaud à bien grandi ! Tu auras toujours cette place si particulière dans mon cœur.

A Edit et Jacquo, je suis heureuse de vous compter parmi mes amis ! Le temps passé à vos côtés n'est que bonheur. A toutes les belles choses qu'il nous reste à partager. A votre Pablo, il est si mignon.
A ma Jero, ma jolie blonde, de la P1 à la D4 en passant par cette année de colocation ! A ces fous rires, pourvu qu'il y en ait d'autres ! A ton Ludo, ce footeux au cœur tendre ! Surtout continuez à puer l'amour !
A Pat, mon alcoolyte, mon Pouise, à ces discussions à refaire le monde, à tous ces si bons moments passés à tes côtés.
A Sophie et Constance, dispatchées aux 4 coins du monde mais toujours ce lien si fort qui nous rassemble, notre amitié est rare, préservons-la !

A mes amis du lycée, la bande des Berrichons, les années passent mais je ne vous oublie pas.

A mes amis de fac,
Laura et Mathias, Charline, Sadek, Julien, Romain, Luciole, Mathilde, FT, Lola, Jerem, Ines, Louis, Adrien et Fanny, au départ camarades, puis collègues de la coopé pour certains, voisins aussi, aujourd'hui confrères (ou consœurs), mais surtout Amis ! A tous ces moments partagés à vos côtés !

A Arnaud et Cat, pour ces souvenirs inoubliables de la Coopé qui ont été des bouffées d'oxygène durant ces longues années d'études ! Merci de votre gentillesse !

A mes inDESCtructibles, (Ludo, Max, Adrien, Thibault) heureuse de partager l'année qui arrive à vos côtés, il va falloir se serrer vos coudes (le lever on sait déjà faire) !
Ludo de la P1 à l'assistanat ! Dingue !! A ta jolie Marion (collègue durant ses nuits) et à Emma !
A Fanny S. Ma Fannette : LA plus belle rencontre de ces années d'internat.

A Auré, Julie, Mia, mes copines depuis des années devenues aujourd'hui des amies. Toujours cette même fraicheur quand je vous vois, ne changez rien ! A vos homme, Raph, Chris et Clément ! Ils sont quand même drôlement sympas.
A la gentille Molton, fière moussaillon !
A Juliette, une amie que je suis contente d'avoir dans ma vie et à ton drôle de mari ! Que son rire de hyène continue de raisonner, que ses lubies continuent de nous divertir et de stimuler mon Antoine. A Abel (Josito pour les intimes).
A Thibault et Marine et à votre future famille ! Non Dr Pranal, pas de questionnite aujourd'hui !!
A ces souvenirs en Réa : Nico, Thibault, Romain et Loïc bien sûr, pour vos efforts à me former : merci !
A Toad !

A Alex et Marie ! plus que quelques heures avant NYC !! Hâte de partager cela avec vous !
A Marco et Chamour ! Ne changez rien vous êtes au top ! Chamour tu resteras la meilleure…après moi !

A Gauthier, parce que tu es un mignon !
A Camille et à ces trajets dans le train, à Chris, alias John Galère, j'espère que la roue tourne va tourner.

A Cloé, Morgane, Dalia, des belles rencontres d'internat.

A la Team des urgences vichyssoise, à mes séniors, futurs collègues ! J'espère être à la hauteur.

A tous ceux que j'ai oublié de citer !

A Antoine, mon Amourson, merci pour ton soutient de tous les jours (et surtout ces derniers jours), tu es la plus belle chose qui me soit arrivée, j'ai hâte de découvrir l'avenir à tes côtés. La vie s'offre à nous ! Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATION 15
1 INTRODUCTION 16
2 MATERIEL ET METHODE 18
2.1 Objectifs de l'étude. 18
2.2 Description de l'étude. 18
2.3 Population étudiée 18
2.4 Critères de jugement 19
2.5 Données recueillies 19
2.6 Scores pronostiques 21
2.7 Diagnostiques retenus 26
2.8 Statistiques 26
3 RESULTATS 27
3.1 Les patients étudiés 27
3.2 Les pathologies 27
3.3 Comparaisons des différentes pathologies 30
3.4 Les scores pronostics 33
3.5 Orientation 35
3.6 Mortalité 38
4 DISCUSSION 40
4.1 L'orientation des patients. 41
4.2 Les autres données de la littérature 42
5 CONCLUSION. 44
6 BIBLIOGRAPHIE 45
7 ANNEXE 48
SERMENT D'HIPPOCRATE 49

RESUME DE THESE

INTRODUCTION

L'alcool reste la principale cause d'hépatopathie chronique dont le cours évolutif est marqué par des décompensations aigues. Une forme particulière de décompensation aigüe ou « Acute-on-Chronic Liver Failure » (ACLF) a récemment été individualisée ; elle est associée à une ou plusieurs défaillances organiques et à une mortalité élevée.

MATERIEL ET METHODES

Etude rétrospective observationnelle menée aux urgences du CHU Gabriel Montpied de janvier à décembre 2017. Les patients porteurs d'une hépatopathie alcoolique ont été sélectionnés. Les scores classiques de MELD, MELD Na, Maddrey, Child Pugh ont été calculés et comparés aux nouveaux scores développés par l'European Association for the Study of the Liver - chronic liver failure (EASL-CLIF Consortium). Les données biologiques et cliniques standards ont également été recueillies.

RESULTATS.

Cent quatre-vingt-trois patients ont été inclus, d'âge moyen de 63 ans et de sexe masculin prépondérant (69%). Les scores classiques et ceux développés par l'EASL-CLIF Consortium étaient plus sévères chez les cirrhotiques. Vingt-deux pour cent des patients sont décédés à 1 an dont 6 malades aux urgences. Le CLIF C OF montrait que 125 patients ne présentaient pas d'ACLF (grade 0) alors que 33 patients présentaient une ACLF (grade ≥ 1). Le CLIF C ACLF recommandait l'orientation de 37% des patients inclus vers un service de soins intensifs, mais en pratique, seuls 8% de ces patients l'ont été. Parmi les ACLF grade 0 (125 patients), le calcul du score CLIF CAD recommandait l'orientation de 20% des patients vers un service de soins intensifs ou de réanimation ; dans la réalité, seulement 6% en ont bénéficié.

CONCLUSION

Les nouveaux scores développés par l'EASL-CLIF Consortium sont plus adaptés que les anciens scores classiques pour évaluer la gravité des patients consultant aux urgences et présentant une hépatopathie alcoolique. Certains de ces patients sont susceptibles de s'aggraver et devraient bénéficier d'une prise en charge en soins intensifs au décours immédiat de l'admission aux urgences ; cette nécessité d'admission dans ces services semble actuellement sous-évaluée au sein de notre établissement.

MOTS CLES :

Insuffisance hépatique, ACLF, CLIF SOFA, cirrhose, alcool, urgence

SUMMARY

BACKGROUND

Alcohol remains the main cause of chronic liver disease which has a natural history marked by periods of acute decompensation. One specific type of acute decompensation, Acute-on-Chronic Liver Failure (ACLF), has recently been described; it is associated with one or multi organ failure and carries a high mortality.

METHODOLOGY

A retrospective observational study was conducted at the emergency department of the Gabriel Montpied "Centre Hospitalier Universitaire" (CHU – University Hospital), from January to December 2017. (combien?) Patients with alcoholic liver disease were selected. MELD, MELD Na, and Child Pugh scores were calculated and compared with new scores developed by the European Association for the Study of the Liver-chronic liver failure (EASL-CLIF Consortium). Standard demographic and clinical data were also collected.

RESULTS.

183 patients were included. The average age of the sample was 63 years with 69% being male. Both the standard scores and the ones developed by the EASL-CLIF Consortium showed a higher severity of disease in cirrhotic patients. 22 % of selected patients died within one year, including 6 at the emergency unit. The CLIF C OF showed that 125 patients did not present an ACLF (level 0) while 33 did (level ≥ 1). Even though the CLIF C ACLF recommended that 37% of patients were transferred to the Intensive Care Unit (ICU), only 8% had effectively been transferred. Among the 125 level 0-ACLF patients, the estimate of the CLIF C AD score concluded in the recommendation to transfer 20% of patients to the ICU; in reality, only 6% were transferred.

CONCLUSION

The new scores developed by the EASL-CLIF Consortium are better adapted than the former standard scores to assess the level of severity of patients with alcoholic liver disease at the emergency unit. There is a high probability for these patients' health to significantly deteriorate and they should benefit from ICU care as soon as they are admitted at the emergency unit. The necessity for these patients to be treated at the ICU seems to be under-valued within the Gabriel Montpied hospital.

ABREVIATION

- ACLF : Acute On Chronic Liver Failure
- AD : Acute Decompensation
- ATB : Antibiotique
- CANONIC study : EASL-CLIF Acute oN chrONIC liver failure study
- CG : Culot Globulaire
- CLIF C ACLFs : CLIF Consortium ACLF score
- CLIF C OFs : CLIF Consortium Organ Failure score
- CLIF SOFAs : CLIF Sequential organ failre assessment score.
- CLIF : Chronic Liver Failure
- CPs : Child Pugh score
- CRP : Protéine C réactive
- EASL CLIF : European Association for the Study of the Liver-Chronic Liver Failure
- FiO2 : fraction of inspired oxygen
- FOGD : Fibro-oedsogastroduodénale.
- INR : International Normalized Ratio
- IRC : Insuffisance Rénale Chronique
- MELD Na : Model for End-stage Liver Disease Na
- MELD : Model for End-stage Liver Disease
- PAM : Pression Artérielle Moyenne
- PFC : Plasma Frais Congelé
- SaO2 : Saturation en Oxygène
- SAU : Service d'Accueil des Urgences
- TP : Taux de Prothrombine

1 INTRODUCTION

L'insuffisance hépatique se définie par les manifestations cliniques et biologiques secondaires à l'altération des fonctions hépatocytaires (synthèse, épuration, sécrétion biliaire).

La cirrhose est une fibrose diffuse du parenchyme hépatique avec désorganisation artérielle et veineuse intra hépatique. Elle est induite par des hépatites cytolytiques aiguës (virales, toxiques, médicamenteuses, ischémiques).

Il peut en résulter une hypertension portale, la présence d'ascite, un syndrome hépato rénale, une encéphalopathie hépatique et le saignement des varices œsophagiennes (1).

Environ 700 000 personnes sont atteintes de cirrhose en France, dont 30% au stade sévère de la maladie. On estime à 15 000 le nombre de décès qui lui sont associés chaque année. La cirrhose est l'une des causes majeures de mortalité au monde, et s'accompagne d'une augmentation des comorbidités telles que la dépression, l'addiction aux drogues et les maladies cardiovasculaires (2).

L'alcoolisme est fréquemment rencontré aux urgences, c'est le principal responsable d'hépatopathies. Ce dernier est le fléau de notre société actuelle, et la patientèle présentant ces pathologies est en constante augmentation, nécessitant une prise en charge adaptée des complications. La connaissance de la physiopathologie des conséquences hépatiques liées à la cirrhose peut aider le clinicien à optimiser la prise en charge mais l'évaluation via de multiples scores le guider dans sa gestion du patient.

La notion d'atteinte hépatique aigüe sur fond d'insuffisance chronique (Acute on Chronic Liver Failure) est une entité récente, (3) (4). Ce syndrome se caractérise par une décompensation aiguë de la cirrhose, une ou des défaillances organiques, associée à une mortalité à court terme élevée. Parmi les étiologies, la consommation d'alcool est l'une des causes majeures (5) suivi par les hépatites virales et les cancers du foie, qui est responsable de ces décompensations, et compte tenu d'un haut risque de mortalité associé il est nécessaire d'évaluer la gravité de ces patients au moment de leur prise en charge initiale, aux urgences, afin d'améliorer le pronostic.

Actuellement il existe une multitude de scores déjà utilisés pour estimer la sévérité de ces patients, le score de Child Pugh, le score de Maddrey, le score de MELD et MELD NA, et avec l'arrivée de cette nouvelle entité d'ACLF (Acute On Chronic Liver Failure) sont apparus de nouveaux scores permettant d'évaluer la gravité et la mortalité : le CLIF C OF (CLIF Consortium Organ Failur) SOFA, plus spécifique de la réanimation. Même si le score de Child-Pugh est un outil simple, utile et connu de tous il est cependant beaucoup moins performant que le score MELD et les scores spécifiques de réanimation, en particulier les scores SOFA, qui sont simples d'utilisation et ont une meilleure valeur prédictive (6).

Les patients souffrant d'une défaillance hépatique sont nombreux aux urgences, et cela est majoritairement dû à la consommation excessive d'alcool. Il s'agit de patients n'ayant parfois aucun suivi, évoluant dans la précarité, (7) pour lesquels les urgences sont le premier contact médical. Derrière cette absence de suivi se cache une prise en charge tardive avec des patients de plus en plus grave nécessitant alors une évaluation de leur degré de sévérité adaptée, afin d'optimiser leur prise en charge. Encore plus récemment, une étude parue dans The Lancet s'est intéressée aussi à la consommation d'alcool et définit à 100g / semaine le seuil d'alcool responsable du plus faible taux de mortalité. Cette valeur est encore largement en dessous de celle actuellement recommandée par la plupart des guidelines (8).

Le but de notre étude observationnelle est d'étudier les profils de ces patients alcooliques, et de montrer l'utilité de nouveaux scores tel que le CLIF C ACLF, dans le domaine de l'urgence, pour l'évaluation de la gravité de ses patients au travers de la description d'une entité nouvelle : l'insuffisance hépatique aigue sur fond d'insuffisance chronique (ACLF) (9).

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Objectifs de l'étude.

L'objectif de ce travail est d'étudier les patients avec une hépatopathie liée à l'alcool qui se sont présentés aux urgences du CHU de Clermont-Ferrand durant l'année 2017. Nous nous intéressons aux paramètres cliniques, biologiques ainsi qu'à leur orientation.

2.2 Description de l'étude.

Il s'agit d'une étude épidémiologique analytique observationnelle, rétrospective de janvier à décembre 2017. Elle a été réalisée au CHU de Clermont Ferrand et comptabilise 183 patients.

2.3 Population étudiée

Nous avons sélectionné les patients admis aux urgences du CHU de Clermont-Ferrand, et qui ont été cotés avec les codes suivant (7) (10) (11) :

- [ICD-10 code R18] ascite
- [ICD-10 code K727] encéphalopathie hépatique
- [ICD-10 code K922] hémorragie gastro-intestinale
- [ICD-10 code I850] varices œsophagiennes hémorragiques
- [ICD-10 code C220] carcinome hépato-cellulaire
- [ICD-10 code K701] hépatite alcoolique aiguë
- [ICD-10 code K767] syndrome hépato-rénale
- [ICD-10 code K729] insuffisance hépatique
- [ICD-10 code K74 ; K746] cirrhose du foie et autre cirrhose du foie sans précision
- [ICD-10 code K703] cirrhose alcoolique du foie
- [ICD-10 code K650] infection péritonéale spontanée
- [ICD-10 code K85] pancréatite

Parmi ces patients, seuls ceux ayant une consommation abusive d'alcool ont été étudiés, et pour les patients présentant plus d'une admission à l'hôpital dans la période concernée, seule la date de la première admission a été considérée.

2.3.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient un âge supérieur ou égal à 18 ans, présentant une pathologie hépatique aiguë ou chronique en rapport avec une consommation abusive d'alcool.

2.3.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusions étaient les mineurs, les femmes enceintes, et les patients présentant des hépatites d'autre nature qu'alcoolique (virales, médicamenteuses, auto-immune, biliaires…).

2.4 Critères de jugement

Le critère de jugement principal de notre étude est la comparaison des différents scores pronostiques dans la stratification de la gravité chez les malades présentant une pathologie hépatique liée à l'alcool. Les critères de jugement secondaires sont la mortalité, l'orientation en fonction de la sévérité du tableau et la comparaison des paramètres clinico-biologiques entre les différentes pathologies.

2.5 Données recueillies

Les données cliniques ont été extraites à partir des dossiers informatisés (Urqual), ou à défaut dans les dossiers papiers lors de certaines prises en charge SMUR. Ces données ont été insérées dans une feuille de logiciel de calcul électronique standardisé (Excel, Microsoft office 365) qui comprenait le motif d'hospitalisation aux urgences, l'orientation du patient après son passage aux urgences, les données biologiques (cyberlab) (sodium en mmol/l, la créatinine et la bilirubine totale en µmol/l convertie en mg/dl, l'albumine en g/l, la CRP, le taux de globules blanc en G/l, le taux de prothrombine en %, l'INR), les données cliniques (tension artérielle permettant de calculer la tension artérielle moyenne, la

saturation, la FiO2, la présence d'ascite), le stade de l'encéphalopathie hépatique, la présence de cancer associé, la présence d'insuffisance rénale chronique, l'utilisation d'amines vasopressives, la réalisation d'une FOGD et son délai (pour les hémorragies digestives uniquement), l'administration d'antibiotiques, et enfin la transfusion de culots globulaires et de plasmas frais congelés.

Les données subjectives du stade de l'encéphalopathie ont été catégorisées à partir de l'observation écrite dans le dossier médical en suivant les guidelines européennes et américaines parues conjointement en 2014 (12). Elles étaient considérées comme nulles lorsque non renseignées. Le délai de réalisation de la fibroscopie oesogastroduodénale a été élargi à la durée de l'hospitalisation, et non juste à son passage aux urgences. Il en a été de même concernant le taux d'albumine, trop peu mesuré aux urgences, cependant sans excéder 3 jours par rapport à la date d'admission.

Bien qu'utilisée dans aucun score, la CRP a été recueillie car les patients présentant une cirrhose ont une probabilité accrue de développer des infections bactériennes et fungiques (13) (14). Il est plus fréquent de retrouver une augmentation du syndrome inflammatoire chez les patients présentant une décompensation aiguë sur fond d'insuffisance hépatique chronique que pour ceux qui n'en n'ont pas (15). De plus, les infections bactériennes sont l'une des premières causes de décompensation des patients cirrhotiques, et sont également l'une des causes majeures de décès chez ces patients. Ceci est dû à la formation d'une anastomose porto-systémique conduisant à une altération de la détoxification du sang et de la fonction des neutrophiles, et qui favorise également la translocation bactérienne (1). Une autre cause majorant la réponse inflammatoire est l'infection péritonéale spontanée sur infection du liquide d'ascite (16). Il est donc intéressant d'étudier une éventuelle corrélation entre la valeur de la CRP et des Globules Blancs, avec le CLIF Score.

2.6 Scores pronostiques

2.6.1 Score de Child Pugh

Il s'agit d'un score pronostic de la cirrhose basé sur 5 paramètres : la bilirubine, l'albumine, le temps de prothrombine (TP), l'ascite et l'encéphalopathie. Le score final varie d'un minimum de 5 à 15, séparé en différentes classes : 5 à 6 points, 7 à 9 points et 10 à 15 points, classes respectivement associées à un grade A, B, C. A ces grades est associée une mortalité 45-35%, 80-60%, 100-85% chez ces patients atteints de cirrhose. Ce score n'est pas statique et nécessite d'être réévalué régulièrement. Bien que largement validé et facile d'emploi,(6) il présente des limites notamment concernant son caractère subjectif quant à l'évaluation de l'importance de l'ascite et du stade de l'encéphalopathie. De plus, il existe un effet plafond concernant les taux d'albumine et de bilirubine. Il n'est plus discriminatif au-dessus de 50µmol/l concernant la bilirubine, et en dessous de 28g/l pour l'albuminémie (17).

Enfin, le score de Child Pugh n'a de sens que chez le cirrhotique, ce qui n'est pas le cas de tous les alcooliques.

	1 point	2 Points	3 points
Ascite	Absente	Modérée	Tendues ou réfractaire aux diurétiques
Bilirubine (µmol/l)	< 35	35- 50	> 50
Albumine (g/l)	> 35	35 - 28	< 28
INR	< 1,7	1,7 – 2,2	> 2,2
TP	> 50	50 - 40	< 40
Encéphalopathie	Absente	Légère à modéré (stade 1 – 2)	Sévère (Stade 3 – 4)

Tableau 1 : Score de Child Pugh

2.6.2 Score de Maddrey

Ce score est utilisé pour évaluer la gravité des hépatites alcooliques. Il a pour but de guider le clinicien afin d'identifier les patients pouvant bénéficier d'un traitement par corticoïdes. Si le score est supérieur ou égal à 32, après confirmation histologique et exclusion d'un état infectieux, un traitement oral par prednisone durant 28 jours est indiqué, en association bien évidemment à une abstinence d'alcool et une

substitution des déficits nutritionnels. Il nécessite des tables de conversion pour obtenir le TP exprimé en secondes, rendant son utilisation inconfortable et nécessitant le recours à des sites ou applications de calculs.

Sa formule est la suivante : 4,6 x [TP patient (sec) – TP contrôle (sec)] + bilirubine (µmol/l)/17.

Ce score est adapté aux alcooliques et renseigne sur la gravité du patient. En effet, pour un score supérieur ou égal à 32, la mortalité est de 30 à 50% à un mois. Cependant, il ne prend pas en compte la fonction rénale qui reste un paramètre pronostique important chez l'insuffisant hépatique lié à l'alcool. C'est pourquoi actuellement nous privilégions le score de MELD pour l'évaluation de la gravité d'une hépatite alcoolique.

2.6.3 Score de MELD (Model for end-stage liver disease)

Initialement développé pour prédire la survie des patients après pose de TIPS (transjugular intrahepatic porto-systemic shunt), il a ensuite été validé pour prédire le risque de mortalité à 3 mois chez les insuffisants hépatiques. Finalement, il est surtout utilisé dans le domaine de la transplantation ou il détermine l'ordre d'attribution des organes sur liste d'attente (18). Le MELD est calculé à partir de 3 valeurs de laboratoire : la bilirubine, la créatinine et l'INR.

Sa formule est la suivante : 3,8 x log (bilirubine totale en mg/dl) + 11,2 x log (INR) + 9,6 x log (créatinine en mg/dl) + 6,43

Contrairement aux scores précédents, le MELD prend en compte la fonction rénale (19) (20).

Les taux bas de sodium étant associé à un mauvais pronostique chez les cirrhotiques, un autre score l'incluant a été développé : le MELD-Na. Ce dernier améliore l'évaluation du pronostic des insuffisants hépatiques.

MELD Na : MELD Score - Na - 0.025*MELD*(140-Na) + 140

Ce score n'est pas spécifique du patient alcoolique, mais s'adresse plus à l'insuffisant hépatique chronique en attente de greffe (21).

2.6.4 CLIF SOFA/ CLIF C OF/ CLIF C ACLF

Le Chronic Liver Failure SOFA Score (CLIF-SOFA) est une adaptation pour les patients cirrhotiques du Sepsis Organ Failure Assesment (SOFA Score) utilisé en unité de soins intensifs établi par The European Association for Study of Liver/Chronic Liver Failure Consortium (EASL-CLIF Consortium). Ce dernier est divisé en 6 catégories (rénales, hépatiques, cérébrales, circulatoire, respiratoire et coagulation) permettant ainsi de prendre en compte les défaillances d'organes hautement associées à l'augmentation de la mortalité.

De ce score, découle une version simplifiée : **le CLIF C OF Score** (CLIF Consortium Organ Failure score), facile à calculer (22) et qui permet une évaluation plus précise du pronostique des patients présentant une décompensation hépatique sur fond d'insuffisance chronique (23).

Une stratification « ACLF-grade » allant de 0 à 3 lui est associé :

- Grade 0 : pas d'ACLF ;
- Grade 1 : une seule défaillance d'organe (rénale, hépatique, circulatoire, respiratoire, cérébrale ou coagulopathie) ;
- Grade 2 : deux défaillances d'organe ;
- Grade 3 : trois, ou plus, défaillances d'organe (11)

Organ system	Score = 1	Score = 2	Score = 3
Liver, bilirubin (mg/dl)	<6	6-≤12	>12
Kidney, creatinine (mg/dl)	<2	2-<3.5	≥3.5 or renal replacement therapy
Brain, grade (West-Haven)	0	1-2	3-4
Coagulation, INR	<2	2-<2.5	≥2.5
Circulation, MAP (mmHg)	≥70	<70	Vasopressors
Respiratory PaO_2/FiO_2 or SpO_2/FiO_2	>300 >358	≤300 and >200 >214 and ≤357	≤200 ≤214

MAP, mean arterial pressure; FiO_2, fraction of inspired oxygen; PaO_2, partial pressure of arterial oxygen; SpO_2, pulse oximetric saturation.

Tableau 2: Chronic Liver Failure (CLIF) Consortium Organ Failure Score (www.clifconsortium.com)

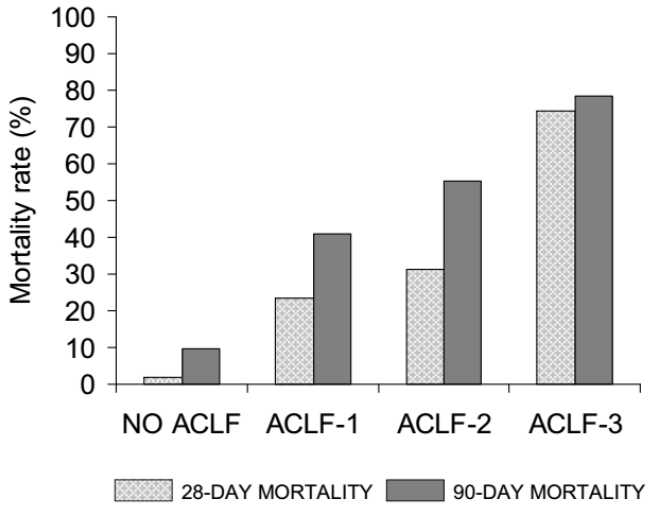


Figure 1 : Mortalité des patients cirrhotiques hospitalisés en fonction du grade ACLF (24).

Deux autres facteurs indépendamment associés à la mortalité sont l'âge et le taux de leucocytes. En les ajoutant par une transformation logarithmique au CLIF-C OFs nous obtenons le **CLIF-C ACLF,** compris entre 0 et 100.

Sa formule est : CLIF C ACLFs = 10 x [0,33 x CLIF-OFs + 0,04 x Age + 0,63 x ln (WBC count) – 2] (23).

Rajiv Jalan définit le CLIF-C ADs (acute decompensation score) similaire au CLIF C ACLF, mais applicable aux patients présentant une décompensation aigüe sans ACLF (25).

Ces scores guident le praticien pour la prise en charge de ces patients. Synthétiquement, ils proposent que les patients ayant une décompensation de leur insuffisance hépatique soient hospitalisés en unité de soins intensifs ou de réanimation. Les patients présentant une décompensation aigüe sans insuffisance hépatique chronique sont orientés en fonction de leur CLIF C AD score. S'ils présentent un score inférieur à 45, ils peuvent être renvoyés à domicile. A l'inverse, un score supérieur ou égal à 60 préconise une admission en soins intensifs. Pour les scores intermédiaires entre 45 et 60, une hospitalisation dans un service de médecine doit être envisagée (15).

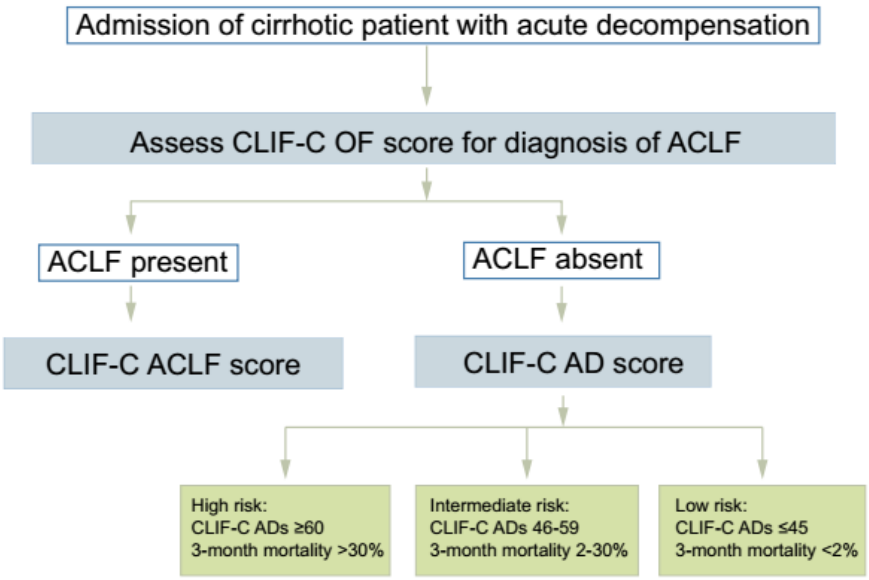


Figure 2 : Algorithme d'utilisation séquentielle des scores prédictifs du consortium EASL-CLIF chez les patients cirrhotiques hospitalisés avec décompensation (15).

Le CHILD PUGH, le MELD MELD Na et le MADDREY permettent d'estimer la gravité d'un patient présentant une insuffisance hépatique pouvant être d'origine alcoolique mais sans en être spécifique. Le CLIF C ACLF propose une évaluation des décompensations hépatiques, plus globale et plus adaptée au domaine de l'urgence, car il tient compte de plusieurs défaillances d'organes (26) (27).

Pour le calcul de ses scores nous avons utilisé des calculateurs en lignes :

- https://www.mdcalc.com/ pour les scores de MELD et MELD Na
- http://medicalcul.free.fr/maddrey.html pour le score de Maddrey
- http://medicalcul.free.fr/childpugh.html pour le score de child pugh
- https://www.clifresearch.com/ pour le CLIF OF Score, le ACLF grade et le CLIF C AD score (23).

Via ces calculateurs, les scores de MELD, MELD Na et CLIF C AD, nous avons obtenu une mortalité à 3 mois pour le MELD et MELD Na, et une mortalité à 3 mois, 6 mois, 9 mois et 12 mois pour le CLIF-C-AD.

2.7 Diagnostiques retenus

Une fois toutes les données recueillies, nous avons concentré notre étude sur certains diagnostics qui nous ont semblé plus pertinents, à savoir : l'hémorragie digestive, l'ascite, l'hépatite alcoolique aiguë, la cirrhose et la pancréatite.

Nous avons comparé ces diagnostics entre eux selon différents critères. Les patients qualifiés de cirrhotiques, ont été regroupés pour ne former qu'une seule entité : celle de la cirrhose. Lorsqu'un patient présentait plusieurs diagnostiques, un seul a été choisi comme diagnostique principal. Ainsi, pour les patients présentant de l'ascite et une cirrhose, nous avons considéré la cirrhose comme motif principal. Pour ceux présentant une hépatite alcoolique aiguë et une cirrhose, nous avons considéré l'hépatite alcoolique aiguë comme motif principal. Enfin, pour ceux ayant une hémorragie digestive et une cirrhose seule, l'hémorragie digestive a été retenue comme diagnostic principal.

2.8 Statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 13 ; StataCorp, College Station, Texas, USA), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%. La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles et par la moyenne ± écart-type ou la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique. Les comparaisons selon la pathologie principale ont été effectuées par ANOVA ou test de Kruskal-Wallis (KW) si conditions de l'ANOVA non respectées. La normalité a été étudiée par le test de Shapiro-Wilk et l'homoscédasticité par le test de Bartlett. Quand approprié (omnibus p-value <0.05), un test post-hoc pour comparaisons multiples a été proposé : test de Tukey-Kramer post ANOVA ou test de Dunn post KW. Les comparaisons entre groupes concernant des paramètres qualitatifs ont été effectuées par le test du Chi2 ou par le test exact de Fisher, suivi si nécessaire par une procédure de Marascuilo.

3 RESULTATS

3.1 Les patients étudiés

Durant la période d'étude, 265 patients admis aux urgences ont été sélectionnés via les codes énumérés précédemment. 87 patients ont été exclus : 72 dont l'histoire de la maladie n'était pas due à une consommation excessive d'alcool, 3 dossiers informatiques ou manuscrits manquants et 7 dossiers doublons. Nous avons donc finalement obtenu183 patients, 126 hommes et 57 femmes (cf Flow Chart). L'âge moyen est de 62,95 ans ± 15,23 ans (64,72 ± 17,10 ans pour les femmes et 62,16 ± 14,31 ans pour les hommes) et la durée au Service d'Accueil des Urgences a été en moyenne de 20h. Les caractéristiques de ces patients figurent dans le Tableau 3.

3.2 Les pathologies

Parmi les diagnostiques en rapport avec un excès de consommation d'alcool, 27,87 % correspondent à une ascite ; 19,13% à des hémorragies digestives ; 2,73% à des varices œsophagiennes ; 11,48% à des carcinomes hépato-cellulaires ; 7,10% à des hépatites alcooliques aiguës ; 1,09% à un syndrome hépato-rénale ; 4,92% à une insuffisance hépatique ; 43,72% à des cirrhoses ; 1,09% à des infections péritonéales spontanées et 9,84% à des pancréatites alcooliques (tableau 3).

Parmi les 183 patients, 37 ont bénéficié d'une fibroscopie œsogastroduodénale, au cours de leur hospitalisation, soit 20,21 %. Concernant les 35 patients présentant une hémorragie digestive, 16 (45,71%) ont bénéficié d'une FOGD. Le délai médian de réalisation pour ces patients-là était de 20 heures.

Ving-cinq patients ont été transfusés soit 13, 66% de l'ensemble des patients, dont 72% présentaient une hémorragie digestive, et parmi ces derniers *(35 patients)* 51,42% ont été transfusés en culot globulaire et 8,58% en Plasma Frais Congelé.

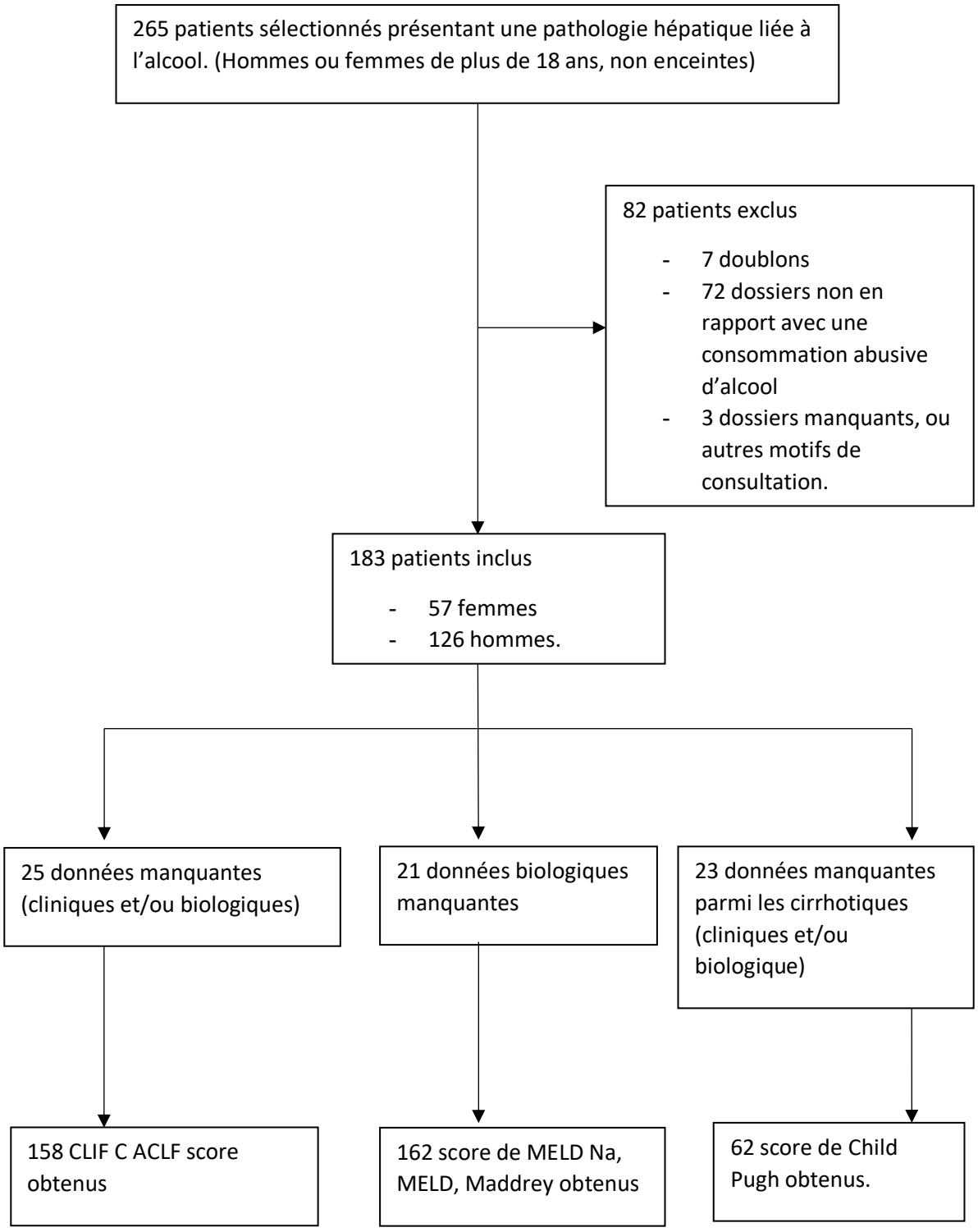


Figure 3 : Flow Chart

	Femmes	Hommes	Total
Nombre (%)	57 (31,15)	126 (68,85)	183
Age (années)	64,72 ± 17,10	62,16 ±14,31	62,95 ±15,24
Durée SAU (heures)	19,75 [11,16 ; 23,66]	21,56 [14,85 ; 27,56]	20,06 [13,38 ;26,63]
MOTIFS			
Ascite (%)	17 (29,82)	34 (26,98)	51 (27,87)
Hémorragie digestive (%)	20 (35,09)	15 (11,90)	35 (19,13)
Hépatite alcoolique (%)	1 (1,75)	12 (9,52)	13 (7,10)
Insuffisance hépatique (%)	1 (1,75)	8 (6,35)	9 (4,92)
Infection péritonéale (%)	1 (1,75)	1 (0,79)	2 (1,09)
Pancréatite (%)	1 (1,75)	17 (1,49)	18 (9,84)
Varices oesophagienne	0 (0)	5 (3,97)	5 (2,73)
Carcinome hépato-cellulaire	1 (1,75)	20 (15,87)	21 (11,48)
Sd Hépato-rénale	1 (1,75)	1 (0,79)	2 (1,09)
Cirrhose (%)	19 (33,33)	61 (48,41)	80 (43,72)
Child Pugh			
A	1 (7,69)	11 (22,45)	12 (19,35)
B	10 (76,92)	24 (48,98)	34 (54,84)
C	2 (15,38)	14 (28,57)	16 (25,81)
IRC (%)	3 (5,36)	16 (12,80)	19 (10,50)
Cancer (%)	17 (29,82)	38 (30,16)	55 (30,05)
ATB (%)	8 (14,04)	22 (17,74)	30 (16,57)
CG (%)	9 (16,36)	16 (12,80)	25 (13,66)
PFC (%)	1 (1,82)	3 (2,40)	4 (2,22)
Na (mmol/l)	138,48 ± 4,66	136,39 ±4,77	137,03 ± 4,82
Créatinine (µmol/l)	63,15 [51,7 ; 76,45]	78,4 [60,6 ; 138]	70,4 [56,4 ; 113]
Bilirubine (µmol/l)	14 [7 ; 22]	24 [13 ; 85]	21 [10 ; 66]
Albumine (g/l)	27,32 ± 6,84	27,38 ± 6,23	27,36 ± 6,36
CRP (mg/l)	11.95 [6.4 ; 36.5]	20.3 [5.7 ;52]	17.2 [6.1 ; 46.4]
GB (G/l)	8.65 ± 4.65	9.11 ± 4.95	8.97 ± 4.85
TP (%)	65.64 ± 23.58	62.93 ± 23.68	63.77 ± 23.62
INR	1.3 [1.1 ;1.6]	1.4 [1.1 ; 1.8]	1.3 [1.1 ; 1.7]
PAM (mmHg)	92.40 ± 22.14	90.69 ± 21.82	91.22 ± 21.87
SaO2 (%)	96 ± 6.22	96 ± 5.55	96 ± 5.75
Encéphalopathie hépatique (%)	15 (26,31)	24 (19,04)	39 (21,31)

Tableau 3 : données cliniques et paracliniques des patients présentant une pathologie hépatique d'origine alcoolique

La valeur de la CRP est de 17,2 mg/l [6,1; 46,4], le taux de globules blancs moyen est de 8,97G/l ± 4,85 G/l et 16,4 % des patients ont reçu des antibiotiques.

L'infection bactérienne est l'une des premières causes de décompensation des patients cirrhotiques (1). Si l'on compare les patients sans ACLF (grade 0) à ceux ayant une ACLF (grade 1) on observe une élévation de la valeur de la CRP, respectivement de 14,3mg/l [5,9 ; 36,5] et 29,85mg/l [14,55 ; 63,85]. Cette différence est statistiquement significative (p= 0,009). Cependant le taux de globules blanc est sensiblement le même chez les grades 0 (9,37G/l) et grades supérieurs ou égaux à 1 (8,71G/l).

Le taux médian de la CRP est plus élevé chez les patients présentant de l'ascite (30,25mg/l [11,2 ; 57]) et chez les cirrhotiques (24mg/l [17,2 ; 6,1]) car ils sont plus susceptibles de de présenter une infection péritonéale spontanée.

Les pancréatites alcooliques ont un taux moyen plus élevé de globules blanc de 14,03 G/L (+/- 6,23) pour lequel il existe une différence significative avec les patients présentant de l'ascite (p = 0,01), les hémorragies digestives (p= 0,04), les hépatites alcooliques aiguës (p< 0,001) et les cirrhotiques (p< 0,001).

3.3 Comparaisons des différentes pathologies

Lorsque l'on compare les différentes pathologies entre elles, nous remarquons qu'il existe une différence significative d'âges (p<0,001) entre les pancréatites, les hépatites alcooliques aigues et les autres diagnostiques. Ces pathologies sus-mentionnées ont une moyenne d'âge plus jeune que les autres pathologies : les patients atteints de pancréatites ou d'hépatites alcoolique aiguës se caractérisent par un âge moyen respectif de 48,5 ans et 49,15 ans. Ils représentent environ 17% de l'ensemble des patients.

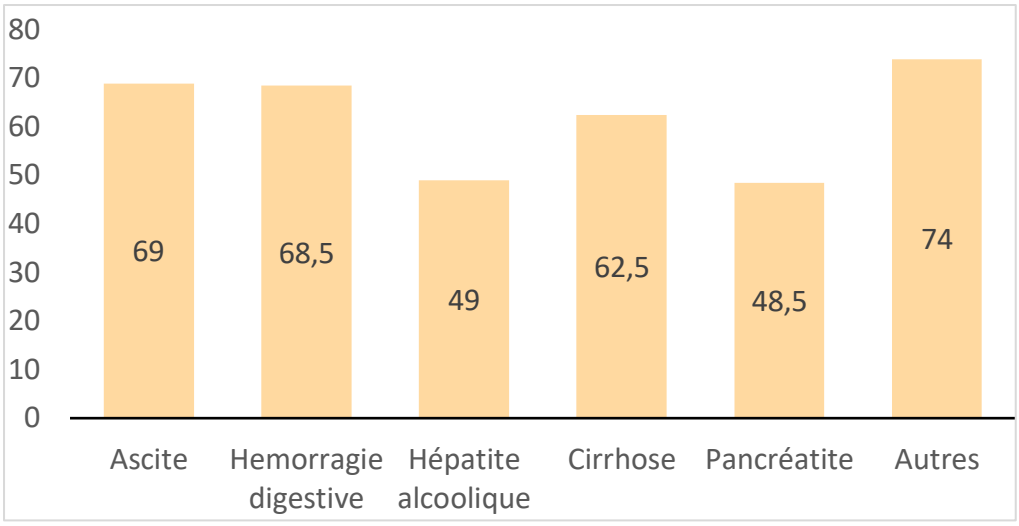


Figure 4 : répartition des pathologies hépatiques en fonction de l'âge

La valeur moyenne de Sodium chez ces patients est de 137,04 mmol/l (+/- 4,82). Elle est plus élevée chez les patients souffrant d'hémorragies digestives, 139,51mmol/l (+/- 3,6), comparé aux patients cirrhotiques (p=0,02) et aux patient présentant de l'ascite (p=0,003).

La créatininémie est plus élevée chez les patients cirrhotiques avec une moyenne de 125,05µmol/l (+/- 141,44) et on constate que la créatininémie des hépatites alcooliques aiguës est normale avec une valeur de 58,25µmol/l (+/- 15,48), cette différence est statistiquement significative (p = 0,049).

Il n'existe pas de différences significatives concernant les taux d'albumine dans ces différentes pathologies (p= 0,26). Mais qui sont en moyenne inférieurs à 30g/l quel que soit la pathologie.

Les pancréatites alcooliques présentent un TP moyen de 89% (+/- 16,18) et un INR médian plus bas que dans les autres pathologies, pour lequel il existe également une différence statistique significative (p < 0,005). La fonction hépatique reflétée par le TP et l'INR semble mieux préservée dans les pancréatites alcooliques.

L'ensemble de ces résultats figurent dans le tableau 4

	Ascite	Hémorragie digestive	Hépatites alcooliques aiguës	Cirrhoses	Pancréatites	Autres	Total
Sodium (µmol/l)	134,96 (5,40)	139,51 (3,60)	137,08 (5,62)	136,57 (4,76)	136,22 (3,56)	138,9 (5,47)	137,04 (4,82)
Créatinine (µmol/l)	67,3 [59,2 ; 145]	70 [61,2 ; 101]	53,3 [46,9 ; 69]	74,45 [55,05 ; 129]	71 [59,8 ; 79]	121,75 [66,7 ; 225]	70,04 [56,4 ; 113]
Bilirubine (µmol/l)	22,5 [8,5 ; 58]	9 [6 ; 16]	122 [12 ; 147]	36,5 [21 ; 84,5]	12,5 [7 ; 19]	15 [12 ; 17]	21 [10 ; 66]
Albumine (g/l)	24 [20 ; 27,3]	28,4 [22,7 ; 31,3]	28,55 [22,1 ; 37,5]	27,05 [22,1 ; 31]	29,95 [26,05 ; 34,35]	29 [28 ; 31,6]	27,4 [22,1 ; 30,7]
CRP (mg/l)	30,25 [11,2 ; 57]	7,7 [3,9 ; 19,6]	5,5 [3,45 ; 28,6]	24 [6,6 ; 46,4]	11,85 [5,7 ; 119]	23,8 [13,2 ; 70,7]	17,2 [6,1 ; 46,4]
TP (%)	62,84 (23,97)	60,51 (26,33)	59,92 (22,79)	59,49 (20,42)	89 (16,18)	71,1 (24,30)	63,77 (23,61)
GB (G/l)	8,88 (5,42)	8,94 (4,11)	6,04 (2,98)	8,15 (4,01)	14,03 (6,23)	10,50 (5,33)	8,97 (4,85)
ATB (%)	5 (18,52)	3 (8,57)	0 (0)	16 (20,51)	1 (5,56)	5 (50)	30 (16,57)
CG (%)	1 (3,70)	18 (51,42)	0 (0)	6 (7,69)	0 (0)	0 (0)	25 (13,66)
PFC (%)	0 (0)	3 (8,82)	0 (0)	1 (1,28)	0 (0)	0 (0)	4 (2,22)

Tableau 4 : comparaison des données clinico-biologiques entre les différentes pathologies hépatiques d'origine alcoolique.

3.4 Les scores pronostics

Les scores de MELD, MELD Na, Maddrey, Child Pugh (uniquement en cas de cirrhose), CLIF OF score, CLIF c ACLF ont été calculés puis comparés en fonction du diagnostic principal. (Tableau 5)
Le MELD, le MELD Na et le Maddrey score ont pu être calculés chez 162 patients (soit 88,52%)
Pour le MELD et le MELD Na la moyenne est respectivement de15,97 (+/- 8,23) et de 17,33 (+/- 7,68) et elles sont plus élevées chez les cirrhotiques et les hépatites alcooliques.

Le Maddrey, également calculable pour 88,52% de nos patients, a une valeur médiane de 18,95 [6,81 ; 36,4] avec un taux statistique significativement plus bas ($p<0,005$) pour les patients atteints de pancréatites alcooliques. A l'inverse sa valeur médiane est plus élevée chez les hépatites alcooliques.

Le Child Pugh a pu être obtenu pour 62 patients sur les 85 étiquetés cirrhotiques soit 73%. Environ 77% (76,92%) des femmes présentent une cirrhose stade Child B contre 48,98% chez les hommes. Parmi les stades Child C, nous retrouvons plus d'hommes (28,57%) que de femmes (15,38%) : les hommes cirrhotiques sont plus graves que les femmes.

Le CLIF C OF, le CLIF C ACLF, le CLIF C AD et le grade ACLF ont pu être calculés pour 158 patients soit 86,34 %.

La moyenne du CLIF C OF est de 7,10 (+/- 1,52), elle est significativement plus basse dans les pancréatites alcooliques, 6 (+/- 0), si on les compare aux ascites ($p = 0,03$), aux hépatites alcooliques ($p = 0,003$) et aux cirrhoses ($p< 0,001$). Le CLIF C OF est en moyenne plus élevé chez les cirrhotiques 7,46 (+ /- 1,66).

Le CLIF C ACLF moyen est de 51,56 (+/- 10,05), sans différence statistique significative entre les pathologies ($p=0,06$). Il n'existe pas non plus de différence notoire entre les différents grades ($p=0,07$).
Trentre-trois patients présentent un grade supérieur ou égale à 1, et 125 patients ont un grade égal à 0.
Parmi ces grades 0, considérés comme des patients sans ACLF (Acute On Chronic Liver Failure) mais avec une AD (Acute Decompensation), 40 (soit 32%) ont un score inférieur ou égal à 45 ; 60 (48 %) ont un score compris entre 46 et 59, et 25 patients (20%) ont un score supérieur à 60. (Tableau 5)

	Ascite	Hémorragie digestive	Hépatites alcooliques aiguës	Cirrhoses	Pancréatites	Autres	Total
Age (années)	69.11 (±15,27)	68.54 (±16,02)	49.15 (±13,76)	62.56 (±12,38)	48.5 (±11,48)	73.9 (±11,86)	62,95 (±15,23)
Sexe féminin	14 (51,85)	20 (57,14)	1 (7,69)	19 (23,75)	1 (5,56)	2 (20)	57 (31,15)
Sexe masculin	13 (48,15)	15 (42,86)	12 (92,31)	61 (76,25)	17 (94,44)	8 (80)	126 (68,85)
MELD Na	17,91 (±8,58)	14,81 (±7,35)	20,27 (±6,39)	19,63 (±7,15)	11,22 (±4,55)	15,89 (±8,59)	17,33 (±7,68)
MELD	16,25 (±9,34)	13,62 (±7,62)	19,36 (±7,11)	18,54 (±7,54)	8,77 (±4,97)	14,33 (9,07)	15,96 (±8,23)
Maddrey	18,10 [10,91; 46,85]	17,6 [7,05 ; 42,93]	36,4 [17,23 ;51,8]	22,36 [15,54 ; 37,8]	0,82 [0,41 ; 6,57]	10,64 [6,4; 29,65]	18,95 [6,81 ; 36,4]
CLIF C OF	7,04 (±1,5)	6,9 (±1,35)	7,36 (±1,12)	7,46 (± 1,66)	6 (±0)	7,33 (±2,06)	7,10 (±1,52)
CLIF C ACLF	52.82 (±8,11)	53.75 (±13,33)	45.90 (± 9,87)	51.21 (±9,13)	48.55 (±8,6)	56 (±7,5)	51.56 (±10,05)
Grade ACLF (%)							
0	18 (78.26)	26 (81.25)	11 (100.00)	46 (70.77)	18 (100.00)	6 (66.67)	125 (79.11)
1	3 (13.04)	3 (9.38)	0 (0.00)	14 (21.54)	0 (0.00)	0 (0.00)	20 (12.66)
2	2 (8.70)	3 (9.38)	0 (0.00)	3 (4.62)	0 (0.00)	3 (33.33)	11 (6.96)
3	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (3.08)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (1.27)
Mortalité CLIFc ACLF							
1 mois	5 [2 ;16]	4.5 [2 ;25]	2 [1 ;3]	6 [2 ;16]	2 [1 ; 3]	10.5 [7,5 ; 35,5]	4 [2 ; 14]
3 mois	15 [5 ; 36]	13 [6,5 ; 42,5]	7 [3 ; 8]	14 [7 ;35]	5.5 [4 ; 9]	27.5 [20 ; 55]	13 [5 ; 29]
6 mois	22 [9 ; 41]	20.5 [10 ; 47]	12 [5 ; 14]	21 [12 ;37]	10 [8 ; 15]	38 [28,5 ; 57,5]	18 [9 ; 39]
12 mois	36 [19 ; 52]	33.5 [22 ; 58, 5]	22 [12 ; 25]	34 [23 ;51]	20 [16 ; 27]	51.5 [42 ; 67,5]	32 [19, 52]
Mortalité MELD à 3 mois	6 [1,9 ;19,6]	6 [1,9 ; 6]	19.6 [6 ; 19,6]	6 [6 ;19,6]	1.9 [1,9 ; 1,9]	6 [1,9 ; 12,8]	6 [1,9 ;19,6]
Décès	8	4	4	23	0	2	41
%	19.51	9.76	9.76	56.10	0	4.88	100

Tableau 5 : Scores pronostic et mortalité associée des différentes pathologies retenues comme diagnostics principaux

De manière plus globale, les patients cirrhotiques ont des scores ACLF et leurs dérivés plus élevés que les autres pathologies.

Sur l'ensemble des scores (MELD MELD Na Maddrey Child Pugh ACLF) nous remarquons que les hommes présentent des scores plus élevés que les femmes, ils sont donc plus graves (tableau 6).

3.5 Orientation

Lors de notre étude sur le CHU de Clermont Ferrand, les 183 patients ont été orientés de la manière suivante : 48 (26%) sont sortis, 103 (56%) ont été hospitalisés en service de médecine [52 (28,42%) en médecine digestive, 31 (16,94%) en service de médecine autre, 20 (10,93%) hébergés dans des services de médecine pour de la médecine digestive], 14 (8%) ont été en réanimation ou soins intensifs, 9 (5%) en psychiatrie et 3 (2%) en palliatif. Enfin 6 patients (3%) sont décédés aux urgences.

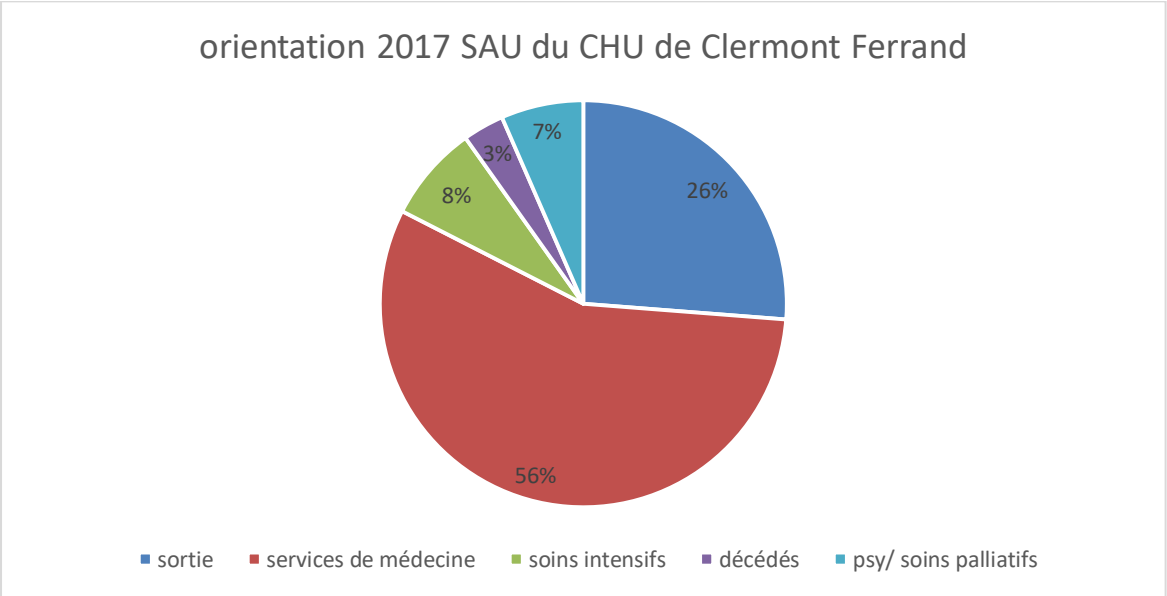


Figure 5 : orientation des patients, après passage aux urgences adultes du CHU de Clermont-Ferrand sur l'année 2017

D'après Vicente Arroyo et al. les patients ayant un grade ACLF égal ou supérieur à 1 devraient être admis en service de réanimation ou de soins intensifs (15). Or, concernant les patients de notre étude

ayant un ACLF score égal ou supérieur à 1 (soit 33 patients), 6 (18,18%) sont sortis, 17 (51,51%) ont été hospitalisés dans un service de médecine, 6 (18,18%) ont été orientés dans un autre service (psychiatrie ou soins palliatifs). Seulement 4 (12,12%) ont été correctement orientés vers un service de réanimation/soins intensifs et 4 (12,12%) sont décédés aux urgences.

Pour les patients ayant un grade 0, l'orientation pourrait se faire en fonction du CLIF C AD. Pour rappel, un score inférieur ou égal à 45 autorise un retour à domicile, un score supérieur ou égale à 60 préconise une admission dans une unité de soins intensifs ou de réanimation. Pour les patients ayant un score entre 45 et 60, une hospitalisation dans un service de médecine doit être envisagée.

Compte-tenu de ces données, dans notre étude sur les 125 ayant un grade 0, nous avons 40 patients (32%) ayant un score inférieur à 45, 60 patients (48%) ayant un score compris entre 45 et 60, et 25 patients (20%) ayant un score supérieur à 60.

L'orientation aurait dû se faire de la manière suivante :

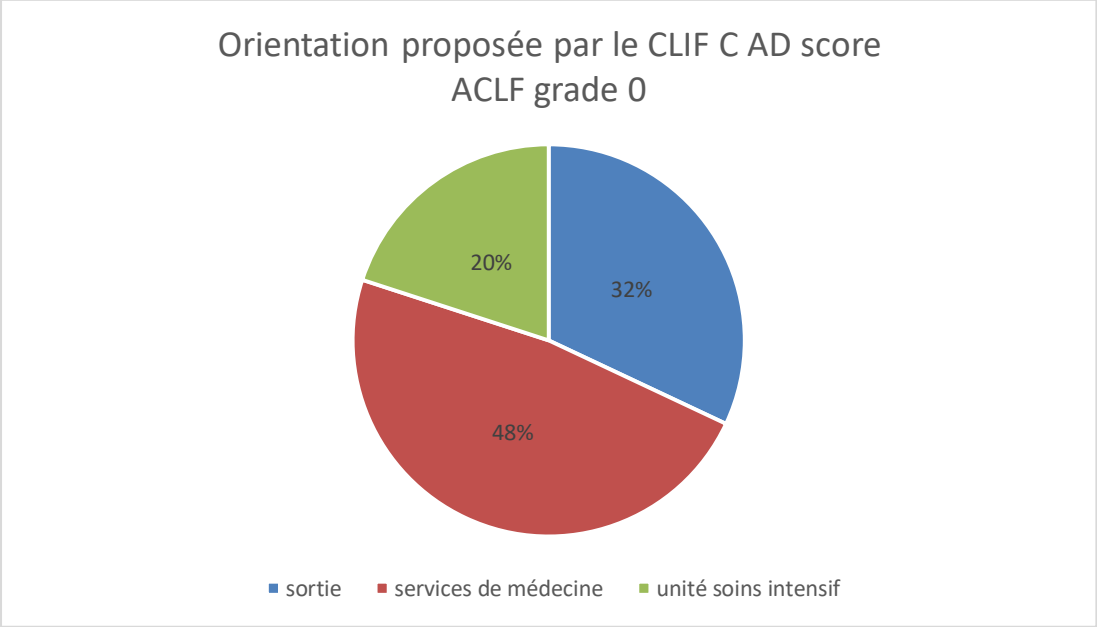


Figure 6 : Orientation des patients proposée par le CLIF C AD score (ACLF grade 0)

Parmi nos patients ayant un grade 0, 34 (27%) sont sortis, 76 (61%) ont été hospitalisés en médecine [36,6 % en médecine digestive, 9,6% hébergés et 14,40% en médecine autres], 7 (6%) ont été admis en soins intensifs/réanimation, 5 (4%) en psychiatrie, 1 (0,8%) en palliatifs et enfin 2 (1,6%) sont décédés au service des urgences.

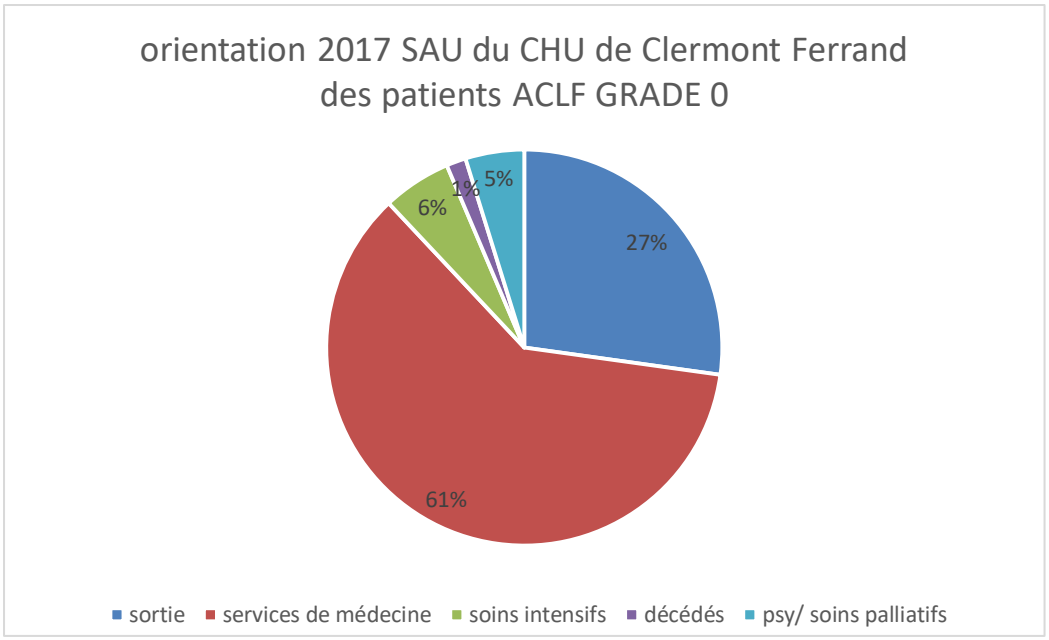


Figure 7 : orientation des patients sans ACLF (Grade 0), après passage aux urgences adultes du CHU de Clermont-Ferrand

Si l'on considère l'ensemble des patients (grade 0 et grade supérieur ou égal à 1) nous aurions dû obtenir la répartition suivante (11) :

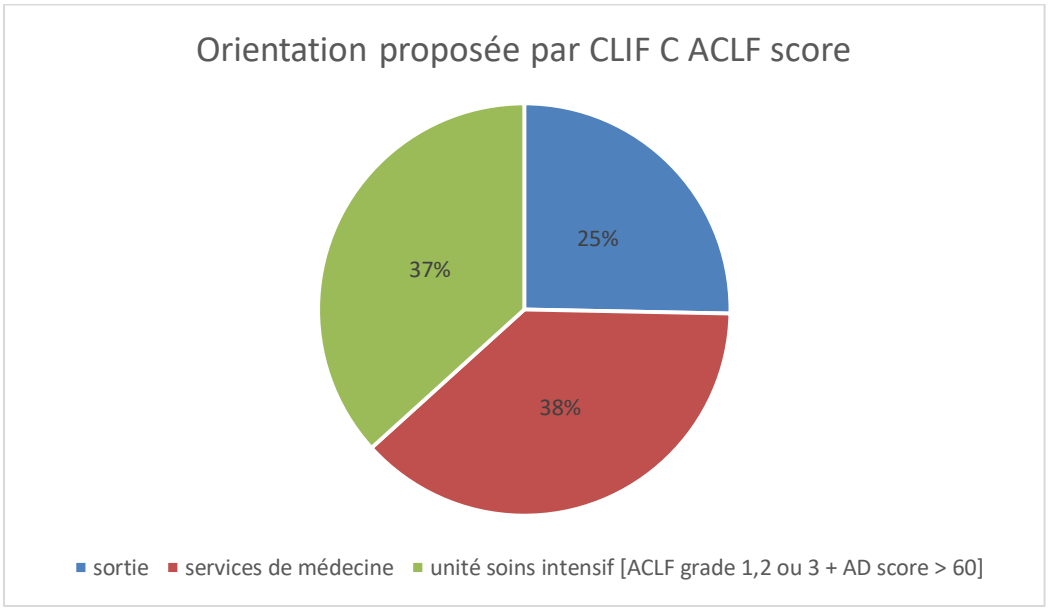


Figure 9 : Orientation de nos patients proposée par le CLIF C ACLF (tous grade confondus)

3.6 Mortalité

Au cours de l'année 2017, 41 décès sont survenus, soit 22,40%, 6 (3,27%) patients sont décédés aux urgences et 35 (19,12%) patients sont décédés dans l'année suivant leur passage. Parmi ces décès, 23 (56%) étaient en rapport avec une cirrhose, 8 (19,51 %) étaient en rapport avec de l'ascite, 4 (9,75%) étaient en rapport avec une hémorragie digestive et 4 (9,75%) également concernaient les hépatites alcooliques aiguës. Il n'y a pas eu de décès parmi les pancréatites alcooliques.
(Tableau 5)

D'après le CLIF C ACLF et le CLIF C AD, la probabilité de mourir au bout d'un mois est de 4% (3% chez les femmes et 5% pour les hommes). Elle est plus élevée chez les patients cirrhotiques que pour les hépatites alcooliques aiguës ($p = 0,04$) et les pancréatites ($p=0,01$) (tableau 6)
La probabilité de décès au bout de 3 mois est de 13% (10% pour les femmes et 14 % pour les hommes) avec encore une fois un taux plus élevé concernant les cirrhotiques que pour les hépatites alcooliques aiguës ($p= 0,045$) et aux pancréatites ($p = 0,02$).
A 6 mois, elle est de 18% (15% pour les femmes et 20,5% pour les hommes).
Enfin, à 1 an la probabilité de mourir est de 32% (28% pour les femmes et 33,5% pour les hommes) et nous remarquons que les hépatites alcooliques aiguës et les cirrhotiques ont un risque de mortalité plus élevé que les pancréatites ($p = 0,001$ et $p < 0,001$).
A 1 an la probabilité de mourir des cirrhotiques est de 35%.
Le score de MELD estime la mortalité à 3 mois de 6% (aussi bien chez les femmes que chez les hommes)
De manière plus générale, les hommes ont une probabilité de mourir plus élevée que les femmes.

	Femmes	Hommes	Total
MELD Na	13.98 ± 6.75	18.78 ± 7.64	17.33 ± 7.68
MELD	12.65± 6.89	17.41 ± 8.38	15.97 ± 8.23
Maddrey	16.01[6.04 ; 26.7]	21.66 [6.93 ; 38]	18.95 [6.81 ; 36.4]
Child Pugh			
A	1 (7,69)	11 (22,45)	12 (19,35)
B	10 (76,92)	24 (48,98)	34 (54,84)
C	2 (15,38)	14 (28,57)	16 (25,81)
CLIF C ACLF	51.28 ± 12.63	51.68 ± 8.81	51.56 ± 10.05
Grade ACLF			
0	43 (91.49)	82 (73.87)	125 (79.11)
1	1 (2.13)	19 (17.12)	20 (12.66)
2	2 (4.26)	9 (8.11)	11 (6.96)
3	1 (2.13)	1 (0.90)	2 (1.27)
CLIF C AD Score [nombre de patient] (%)			
< = 45	18 (41,86)	22 (26,83)	40 (32,00)
] 45 60[	17 (39,53)	43 (52,44)	60 (48,00)
> = 60	8 (18,60)	17 (20,73)	25 (20,00)
Mortalité à 1 mois (CLIF) (%)	3[1 ; 8]	5[2 ; 17]	4 [2 ; 14]
Mortalité à 3 mois (CLIF) (%)	10 [4 ; 21]	14 [7 ; 36]	13 [5 ; 29]
Mortalité à 6 mois (CLIF) (%)	15 [8 ; 30]	20.5 [12 ; 40.5]	18 [9 ; 39]
Mortalité à 12 mois (CLIF) (%)	28 [16 ; 44]	33.5 [22 ; 53]	32 [19 ; 52]
Mortalité à 3 mois du MELD	6 [1.9 ; 6]	6 [1.9 ; 19.6]	6 [1.9 ; 19.6]

Tableau 6 : scores pronostics et mortalité associée

4 DISCUSSION

Notre étude regroupe 183 patients, relativement jeunes, avec un âge moyen de 63 ans. La plupart sont des hommes, étiquetés cirrhotiques.

Aucun diagnostic d'encéphalopathie hépatique n'a été codé. Pourtant, pour le calcul de nos scores, il nous a fallu notifier la présence de signes d'encéphalopathie et en quantifier le stade. Ainsi lorsqu'on se réfère aux observations médicales on se rend compte que beaucoup de patients (21,31%) présentent des signes d'encéphalopathie hépatique sans avoir été identifiés comme tels. Cela est dû, d'une part à la sous-estimation des signes cliniques des premiers stades de la classification des encéphalopathies hépatiques (28) et à un défaut de codage de la part du praticien qui, n'ayant pas considéré l'encéphalopathie hépatique, ne l'a pas sélectionné comme un des diagnostics principaux de nos patients. D'autre part le caractère subjectif de l'encéphalopathie hépatique explique également cette discordance. Cordoba et ses confrères avaient montré, en utilisant la base de données de l'étude CANONIC, que la présence et le stade de l'encéphalopathie augmentaient le taux de mortalité chez les patients cirrhotiques de manière très significative. La même équipe mettait en évidence que la présence d'une « ACLF » grevait encore plus sévèrement le pronostic vital de ces malades. L'encéphalopathie hépatique non associée à « ACLF » survenait chez les personnes âgées cirrhotiques, les buveurs inactifs, sans insuffisance hépatique sévère ou réaction inflammatoire systémique et en relation avec l'utilisation diurétique. À l'inverse, l'encéphalopathie hépatique associée à « ACLF » apparaissait chez les jeunes cirrhotiques, plus fréquemment chez les alcooliques, chez les insuffisants hépatiques avec des réactions inflammatoires systémiques sévères ou en relation avec les infections bactériennes, l'alcoolisme actif et / ou l'hyponatrémie de dilution (29).

Concernant le caractère de l'ascite, si nous nous basions sur la clinique, il y avait 63 patients ascitiques pour 51 cotations R18 (ascite).

Comme grand nombre d'études rétrospectives, notre étude comporte ses limites. L'une d'elles est la durée de l'étude ne s'élevant qu'à un an (janvier à décembre 2017) et l'autre est son caractère monocentrique (CHU de Clermont Ferrand uniquement). D'autre part le calcul des scores nécessite le recours à des calculateurs en ligne assez conséquents, pouvant prendre plusieurs minutes, ce qui peut devenir très vite long et laborieux, ne correspondant pas toujours aux conditions d'un service d'urgence.

La fréquence respiratoire n'étant pas renseignée, le Q SOFA n'a pu être calculé et étudié chez ces patients, or ces derniers, ayant une consommation excessive d'alcool, sont sujets à s'infecter et à présenter des sepsis. De plus, ces patients ne présentent pas, dans l'ensemble, de syndrome inflammatoire élevé mais une antibiothérapie à tout de même été initiée chez 30 patients soit 16,57%. Une corrélation avec le Q SOFA aurait été pertinente pour tenter de l'expliquer, d'autant qu'il a déjà montré qu'il était un très bon indicateur pour débusquer les défaillances d'organe dans le sepsis (30).

Comme décrit dans l'étude CANONIC (11) la sévérité des marqueurs de l'inflammation a tendance à augmenter parallèlement au grade de l'ACLF. Ce que nous confirmons dans notre étude avec une valeur médiane de la CRP plus élevée chez les patients présentant un grade ≥ 1.

Cette valeur reste cependant moins élevée que dans l'étude CANONIC, ceci peut être du en partie à une altération de la fonction hépatique responsable d'une diminution de la production de la protéine C réactive. Cette concentration faussement basse engendre une sous-estimation d'un possible sepsis chez ses patients à risque pourtant élevé d'infection de liquide d'ascite (10).

4.1 L'orientation des patients.

L'étude de l'orientation des patients est intéressante car nous remarquons que le taux de patients sortie à domicile concorde avec ce qui est proposé par la littérature : environ 25% dans les 2 cas. Cependant seulement 8% des patients ont été hospitalisés dans un service de soins intensifs ou de réanimation versus les 37% théoriques proposés par le CLIF C ACLF score ; 56% ont été admis dans un service de médecine contre 38% proposés. On peut s'interroger sur les raisons de cette différence dans l'accès aux soins intensifs. Elle peut refléter une évaluation erronée de la gravité de ces patients et la non

disponibilité des lits d'avals. Ces patients pourraient souffrir de leur « image » : ils sont souvent alcooliques, avec peu de suivi, plus ou moins compliants… L'insuffisant rénal ou cardiaque est peut-être plus facilement admis en unité de soins critiques.

Un des points positifs de notre étude est le grand nombre de patient obtenu sur seulement 1 an. 183 patients en 1 an laissent envisager près de 1000 patients sur un peu plus de 5 ans. Grâce à l'informatique ces patients ont facilement pu être identifiés.
Le recueil de données a été riche et nous a permis le calcul de nombreux scores : 88,52% des score de MELD, MELD Na et Maddrey ont pu être obtenu, 86, 34% des scores du CLIF ont été calculés et le score de Child Pugh a pu être renseigné pour 77,5% des patients cirrhotiques.

Cette nouvelle entité d'ACLF est encore peu décrite dans la littérature. Ce travail supplémentaire sur le sujet renforce l'utilité d'une évaluation appropriée de la gravité de ces patients.

4.2 Les autres données de la littérature

A ce jour, l'une des plus grosses études réalisées sur ce sujet est l'étude CANONIC rassemblant 2149 patients de février à septembre 2011 (11). Elle a permis de définir pour la première fois le concept d'ACLF caractérisé par une décompensation aigue de cirrhose, associé à une (ou des) défaillance(s) d'organe et à un haut taux de mortalité. Cette étude apporte la preuve qu'une décompensation hépatique aigue sur insuffisance chronique se doit d'être distinguée d'une « simple » décompensation aigue.
Utilisant les données de l'étude CANONIC, plusieurs articles comparent les scores de l'insuffisant hépatique et concluent à une supériorité des CLIF Score pour prédire la mortalité (23). Les scores historiques comme le MELD ou le CHILD Pugh semblent donc limités voire même désuets pour évaluer ces malades et les orientés. Le profil de ces patients évolue : ils sont plus jeunes, plus critiques, avec une réponse inflammatoire de l'organisme plus intense…

Concernant les études réalisées au sein d'un service d'urgence, rares sont celles exposant l'intérêt du calcul des CLIF score dans l'orientation de ses patients, or, au-delà d'une prise en charge thérapeutique

adaptée, ces patients requièrent un environnement adapté. Susceptible de s'aggraver ils doivent être, tant que possible, admis dans le service le plus approprié.

5 CONCLUSION.

L'alcoolisme est un des fléaux majeurs de notre société et touche des patients de plus en plus jeunes. Les complications somatiques qui en découlent sont graves et augmentent la mortalité chez ces malades. De ce fait, il semble nécessaire d'évaluer correctement ces patients afin de leur proposer un parcours de soins adapté. L'émergence de nouveaux scores agissent en ce sens et proposent au clinicien une orientation des patients en stratifiant la gravité. L'apparition de l'entité « Acute On Chronic Liver Failure » et des scores qui en découlent, permet une évaluation plus pointue, en prenant en compte des défaillances d'organes (rénale, hépatique, circulatoire, respiratoire, neurologique et coagulopathie) plus communes aux domaines de l'urgence et de la réanimation.

Le CLIF SOFA et autres scores dérivés sont plus adaptés que les scores de MELD, MELD Na, Maddrey et Child Pugh pour évaluer la gravité et le potentiel évolutif péjoratif de ces patients.

Dans notre étude, 22 % des patients sont décédés dans l'année qui suivait leur passage aux urgences. Cette mortalité considérable souligne que ces patients sont à fort potentiel critique. Les hommes sont plus nombreux, présentent les scores pronostiques les plus sévères et sont plus susceptibles de s'aggraver que les femmes. Le diagnostic principal le plus fréquemment retrouvé était celui de cirrhose pour les hommes et d'hémorragie digestive pour les femmes

Aux urgences adultes du CHU de Clermont Ferrand, les patients non graves sont correctement évalués et sont autorisés à regagner leur domicile. En revanche, il existe une réelle sous-évaluation des patients qui devraient bénéficier d'un séjour en soins intensifs ou en réanimation. Ceci représente un enjeu majeur de santé publique, poussant à renforcer les systèmes actuels de prévention primaire, mais aussi dans la perception ou la sensibilité des médecins qui ont à gérer ces patients en situation critique.

Clermont-Ferrand, le 12.9.2018

U.F.R. DE MÉDECINE Clermont-Ferrand

Pierre CLAVELOU
Doyen – Directeur

Clermont-Ferrand, le 12 septembre 2018

Jeannot SCHMIDT
Président du Jury

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Long B, Koyfman A. The emergency medicine evaluation and management of the patient with cirrhosis. Am J Emerg Med [Internet]. 2017 Dec [cited 2018 Mar 6]; Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735675717310495

2. Pant C, Olyaee M, Gilroy R, Pandya PK, Olson JC, Oropeza-Vail M, et al. Emergency Department Visits Related to Cirrhosis: A Retrospective Study of the Nationwide Emergency Department Sample 2006 to 2011. Medicine (Baltimore). 2015 Jan;94(1):e308.

3. Agrawal S, Duseja A, Gupta T, Dhiman RK, Chawla Y. Simple organ failure count versus CANONIC grading system for predicting mortality in acute-on-chronic liver failure. J Gastroenterol Hepatol. 2015 Mar;30(3):575–81.

4. Jalan R, Gines P, Olson JC, Mookerjee RP, Moreau R, Garcia-Tsao G, et al. Acute-on chronic liver failure. J Hepatol. 2012 Dec 1;57(6):1336–48.

5. Long D, Long B, Koyfman A. The emergency medicine management of severe alcohol withdrawal. Am J Emerg Med. 2017 Jul;35(7):1005–11.

6. Artru F, Louvet A. Admission des patients cirrhotiques en réanimation : le score de Child-Pugh est-il un outil pertinent ? Réanimation. 2015 Jul;24(4):389–97.

7. Ho CK, Maselli JH, Terrault NA, Gonzales R. High Rate of Hospital Admissions Among Patients with Cirrhosis Seeking Care in US Emergency Departments. Dig Dis Sci. 2015 Jul;60(7):2183–9.

8. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Willeit P, Warnakula S, Bolton T, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. The Lancet. 2018 Apr 14;391(10129):1513–23.

9. Bernsmeier C, Antoniades CG, Wendon J. What's new in acute liver failure? Intensive Care Med. 2014 Oct;40(10):1545–8.

10. Ximenes RO, Farias AQ, Scalabrini Neto A, Diniz MA, Kubota GT, Ivo MMA-A, et al. Patients with cirrhosis in the ED: early predictors of infection and mortality. Am J Emerg Med. 2016 Jan;34(1):25–9.

11. Moreau R, Jalan R, Gines P, Pavesi M, Angeli P, Cordoba J, et al. Acute-on-chronic liver failure is a distinct syndrome that develops in patients with acute decompensation of cirrhosis. Gastroenterology. 2013 Jun;144(7):1426–37, 1437.e1-9.

12. Vilstrup H, Amodio P, Bajaj J, Cordoba J, Ferenci P, Mullen KD, et al. Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 Practice Guideline by the American Association for the Study Of Liver Diseases and the European Association for the Study of the Liver: Vilstrup et al. Hepatology. 2014 Aug;60(2):715–35.

13. Nadim MK, Durand F, Kellum JA, Levitsky J, O'Leary JG, Karvellas CJ, et al. Management of the critically ill patient with cirrhosis: a multidisciplinary perspective. J Hepatol. 2016;64(3):717–735.

14. Mackenzie I, Woodhouse J. C-reactive protein concentrations during bacteraemia: a comparison between patients with and without liver dysfunction. Intensive Care Med. 2006 Sep;32(9):1344–51.

15. Arroyo V, Moreau R, Jalan R, Ginès P. Acute-on-chronic liver failure: a new syndrome that will re-classify cirrhosis. J Hepatol. 2015;62(1):S131–S143.

16. Cazzaniga M, Dionigi E, Gobbo G, Fioretti A, Monti V, Salerno F. The systemic inflammatory response syndrome in cirrhotic patients: Relationship with their in-hospital outcome. J Hepatol. 2009 Sep;51(3):475–82.

17. Netgen. Scores en hépatologie : Child-Pugh, MELD et Maddrey [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cited 2018 Sep 14]. Available from: https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-264/Scores-en-hepatologie-Child-Pugh-MELD-et-Maddrey

18. Cholongitas E, Senzolo M, Patch D, Kwong K, Nikolopoulou V, Leandro G, et al. Risk factors, Sequential Organ Failure Assessment and Model for End-stage Liver Disease scores for predicting short term mortality in cirrhotic patients admitted to intensive care unit. Aliment Pharmacol Ther. 2006 Apr 1;23(7):883–93.

19. Zhou X-D, Chen Q-F, Sun D-Q, Zheng C-F, Liang D-J, Zhou J, et al. Remodeling the model for end-stage liver disease for predicting mortality risk in critically ill patients with cirrhosis and acute kidney injury. Hepatol Commun. 2017 Oct 1;1(8):748–56.

20. Zhou X-D, Chen Q-F, Sun D-Q, Zheng C-F, Liang D-J, Zhou J, et al. Remodeling the model for end-stage liver disease for predicting mortality risk in critically ill patients with cirrhosis and acute kidney injury. Hepatol Commun. 2017 Oct 1;1(8):748–56.

21. Amieva-Balmori M. Model for end-stage liver disease-Na score or Maddrey discrimination function index, which score is best? World J Hepatol. 2015;7(17):2119.

22. Kim HY, Kim CW, Kim TY, Song DS, Sinn DH, Yoon EL, et al. Assessment of scoring systems for acute-on-chronic liver failure at predicting short-term mortality in patients with alcoholic hepatitis. World J Gastroenterol. 2016;22(41):9205.

23. Jalan R, Saliba F, Pavesi M, Amoros A, Moreau R, Ginès P, et al. Development and validation of a prognostic score to predict mortality in patients with acute-on-chronic liver failure. J Hepatol. 2014;61(5):1038–1047.

24. Bernal W, Jalan R, Quaglia A, Simpson K, Wendon J, Burroughs A. Acute-on-chronic liver failure. The Lancet. 2015 Oct;386(10003):1576–87.

25. Jalan R, Pavesi M, Saliba F, Amorós A, Fernandez J, Holland-Fischer P, et al. The CLIF Consortium Acute Decompensation score (CLIF-C ADs) for prognosis of hospitalised cirrhotic patients without acute-on-chronic liver failure. J Hepatol. 2015 Apr;62(4):831–40.

26. Sy E, Ronco JJ, Searle R, Karvellas CJ. Prognostication of critically ill patients with acute-on-chronic liver failure using the Chronic Liver Failure–Sequential Organ Failure Assessment: A Canadian retrospective study. J Crit Care. 2016 Dec;36:234–9.

27. Gustot T, Fernandez J, Garcia E, Morando F, Caraceni P, Alessandria C, et al. Clinical Course of acute-on-chronic liver failure syndrome and effects on prognosis. Hepatology. 2015 Jul 1;62(1):243–52.

28. Jacobs F, Raynard B. Encéphalopathie métabolique chez l'alcoolique chronique, comment s'orienter ? Réanimation. 2009 Oct;18(7):590–7.

29. Cordoba J, Ventura-Cots M, Simón-Talero M, Amorós À, Pavesi M, Vilstrup H, et al. Characteristics, risk factors, and mortality of cirrhotic patients hospitalized for hepatic encephalopathy with and without acute-on-chronic liver failure (ACLF). J Hepatol. 2014 Feb;60(2):275–81.

30. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801.

31. Francoz C, Durand F. Encéphalopathie hépatique : comment optimiser la prise en charge en réanimation ? Réanimation. 2007 Oct;16(6):498–503.

7 ANNEXE

(31)

Stade	Signes neuropsychiatriques
I	Confusion légère, euphorie ou dépression, diminution de l'attention, ralentissement de la capacité à réaliser des tâches mentales, irritabilité, troubles du sommeil
II	Somnolence, léthargie, déficits importants de la capacité à réaliser des tâches mentales, modification évidente de la personnalité, comportement inapproprié, désorientation intermittente (habituellement temporelle)
III	Patient somnolent mais réveillable, incapacité de réaliser des tâches mentales, désorientation temporelle et/ou spatiale, confusion marquée, amnésie, parfois accès de fureur, la parole est présente mais incompréhensible
IV	Coma

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom Prénom : PURET Louise Yvonne

Evaluation de la gravité des pathologies hépatiques liées à l'alcool : étude rétrospective aux Urgences Adultes du CHU de Clermont-Ferrand

Thèse Médecine - Faculté de Clermont-Ferrand - Année 2018

RESUME

INTRODUCTION

L'alcool reste la principale cause d'hépatopathie chronique dont le cours évolutif est marqué par des décompensations aigues. Une forme particulière de décompensation aigüe ou « Acute-on-Chronic Liver Failure » (ACLF) a récemment été individualisée ; elle est associée à une ou plusieurs défaillances organiques et à une mortalité élevée.

MATERIEL ET METHODES

Etude rétrospective observationnelle menée aux urgences du CHU Gabriel Montpied de janvier à décembre 2017. Les patients porteurs d'une hépatopathie alcoolique ont été sélectionnés. Les scores classiques de MELD, MELD Na, Maddrey, Child Pugh ont été calculés et comparés aux nouveaux scores développés par l'European Association for the Study of the Liver-chronic liver failure (EASL-CLIF Consortium). Les données biologiques et cliniques standards ont également été recueillies.

RESULTATS.

Cent quatre-vingt-trois patients ont été inclus, d'âge moyen de 63 ans et de sexe masculin prépondérant (69%). Les scores classiques et ceux développés par l'EASL-CLIF Consortium étaient plus sévères chez les cirrhotiques. Vingt-deux pour cent des patients sont décédés à 1 an dont 6 malades aux urgences. Le CLIF C OF montrait que 125 patients ne présentaient pas d'ACLF (grade 0) alors que 33 patients présentaient une ACLF (grade $\geq$ 1). Le CLIF C ACLF recommandait l'orientation de 37% des patients inclus vers un service de soins intensifs, mais en pratique, seuls 8% de ces patients l'ont été. Parmi les ACLF grade 0 (125 patients), le calcul du score CLIF CAD recommandait l'orientation de 20% des patients vers un service de soins intensifs ou de réanimation ; dans la réalité, seulement 6% en ont bénéficié.

CONCLUSION

Les nouveaux scores développés par l'EASL-CLIF Consortium sont plus adaptés que les anciens scores classiques pour évaluer la gravité des patients consultant aux urgences et présentant une hépatopathie alcoolique. Certains de ces patients sont susceptibles de s'aggraver et devraient bénéficier d'une prise en charge en soins intensifs au décours immédiat de l'admission aux urgences; cette nécessité d'admission dans ces services semble actuellement sous-évaluée au sein de notre établissement.

MOTS-CLES : Cirrhose, Insuffisance hépatique, ACLF, alcool, CLIF SOFA, urgence

JURY :

Président : Monsieur Jeannot SCHMIDT, Professeur, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Membres :

Monsieur Bertrand SOUWEINE, Professeur, UFR de Médecine, Clermont-Ferrand

Monsieur Armande ABERGEL, Professeur, UFR de Médecine, Clermont-Ferrand

Monsieur Laurent GERBAUD, Professeur, UFR de Médecine, Clermont-Ferrand

Monsieur Loïc DOPEUX, Praticien Hospitalier, Centre hospitalier de Vichy

DATE DE LA SOUTENANCE : 10 octobre 2018

ADRESSE DE L'AUTEUR :