

Restitution de l'atelier 4 L'infection chez le cirrhotique

Orateurs : Florent ARTRU, José URSIC BEDOYA
Modérateurs : Philippe MATHURIN, Albert TRAN

Rapporteur : Camille BARRAULT

Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
Service d'Hépatogastro-Entérologie
CH Intercommunal de Créteil



Risque infectieux et cirrhose

- L'infection est l'une des causes majeures de mortalité du cirrhotique * (x 4 **) en précipitant l'insuffisance hépatique ***
- Le patient s'infecte t'il car il s'aggrave ou s'aggrave t'il car il s'infecte ?
- Syndrome de dysfonction immunitaire liée à la cirrhose (CAIDS) ****
 - Altérations du microbiote
 - Translocation bactérienne anormale
 - Dysfonction immune associé à la cirrhose

* Dionigi et al., AJG, 017

*** Nahon et al, Gut 2017

** Arvaniti et al., Gastroenterology 2010

**** Bonnel *et al*, Clin Gastroenterol Hepatol 2011

Vaccination et cirrhose

- Le cirrhotique est à risque d'infection/surinfection bactérienne et de décompensation hépatique en cas d'hépatite virale surajoutée, vaccins recommandés *
 - Pneumocoque
 - Grippe
 - VHA, VHB, Fièvre typhoïde si voyage
- Attention chez les patients sous immuno-suppresseurs (hépatite auto-immune) :
 - vaccins vivants atténués contre-indiqués *
 - risque de déclenchement d'une poussée ** ?

L' infection du liquide d'ascite

- Ascite réfractaire = survie moyenne 6 mois
- Infection d'ascite (ISLA)
 - Risque supérieur si concentration protidique < 15 g/L
 - Hémorragie gastro-intestinale aiguë (cause/conséquence)
 - Mortalité élevée : 22% à 30 j / 39% à 90 j, 57 % à 1 an, 73 % à 3 ans *
- Paracentèse + Inoculation de flacons d'hémoculture **
 - 1ere poussée ou aggravation d'une ascite,
 - toute complication de la cirrhose / patient hospitalisé

* Hung TH et al, Gut Liver 2016

** EASL CPG, 2010

Emergence de bactéries résistantes

- Emergence de bactéries multi-résistantes (BMR) surtout BGN (BLSE) * BMR = 27 % , BGN BLSE = 44 % *
- Antibiothérapie « habituelles » inefficaces
- Augmentation de la mortalité, de la durée d'hospitalisation **, du passage en réanimation et de l'insuffisance rénale ***

Table 8 . Outcome of infected patients depending on whether the empirical antibiotic therapy was considered effective or not.

	Effective antibiotic therapy (n=288)	Non-effective antibiotic therapy (n=78)	p
Renal failure (%)	13	44,2	<0,0001
Transfer to ICU (%)	12,6	35,5	<0,0001
Hospital mortality (%)	12,5	41	<0,0001
J90 mortality (%)	26,6	58,9	<0,0001

* Salerno F et al, Liver Int 2017

** Fernandez et al, Hepatology 2012

*** Pauwels et al., ILC 2017, Abstract THU-032

- Traitement « à la carte »
 - Épidémiologie locale
 - Communautaire vs hospitalière (FQ/C3G vs carbapénèmes)
 - ATCD de traitements antibiotiques / colonisation
 - Sévérité clinique
 - Avec dosages sanguins des ATB
- Mettez vous en contact avec votre infectiologue et votre bactériologiste préféré(e)s

Prophylaxie 1^{re}/2^{re} de l'ISLA

- Prophylaxie antibiotique en cas d'HD *
- Quid de la prophylaxie primaire si protides > 15g/L
 - Risques de sélection de bactéries multi-résistantes
 - d'altérations du microbiote et d'augmentation de la translocation bactérienne
 - Intérêt de la rifaximine ?
- Prophylaxie secondaire ** par antibiothérapie
- Quid de la prophylaxie 2^{re} en cas d'ISLA à BGN BLSE ?
- Intérêt du TIPS pour ascite réfractaire ***
- Envisager une THO ****

* Bernard et al, Hepatology 1999

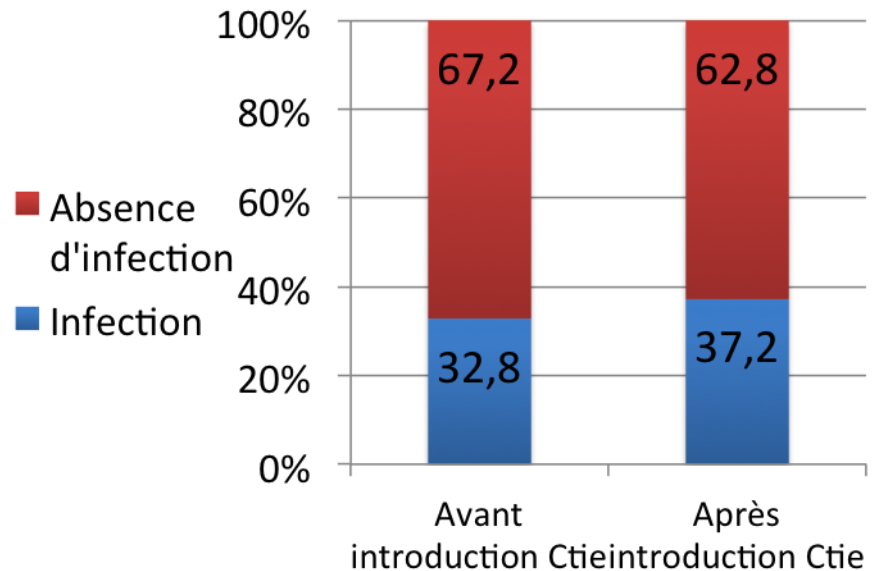
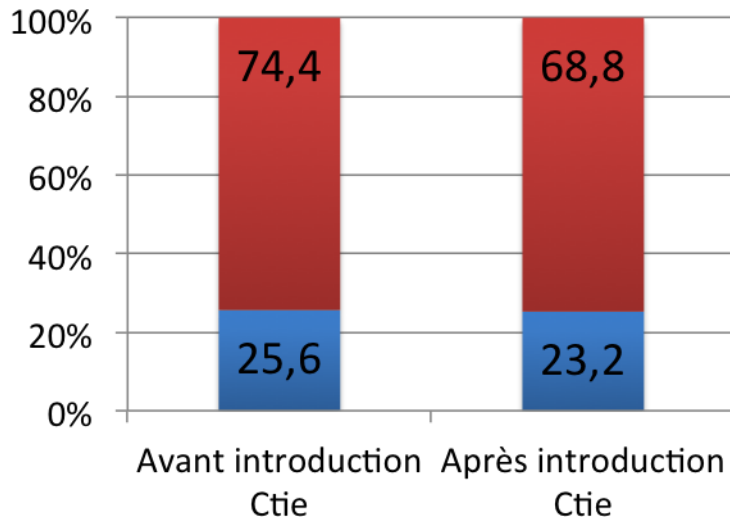
** Ginnes et al, Hepatology 1990

*** Bureau et al, Gastroenterology 2017

**** EASL, CPG 2010

Infection et HAA sévère

Fort taux d'infection -en cours- à l'admission en hépatologie pour Hépatite Alcoolique Aigue (HAA) sévère
=> de plus en plus dépistées

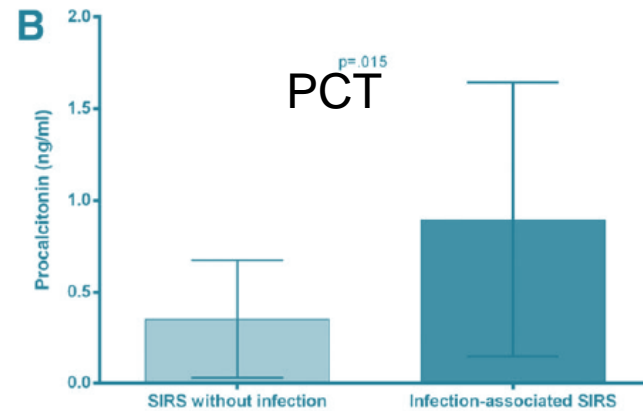
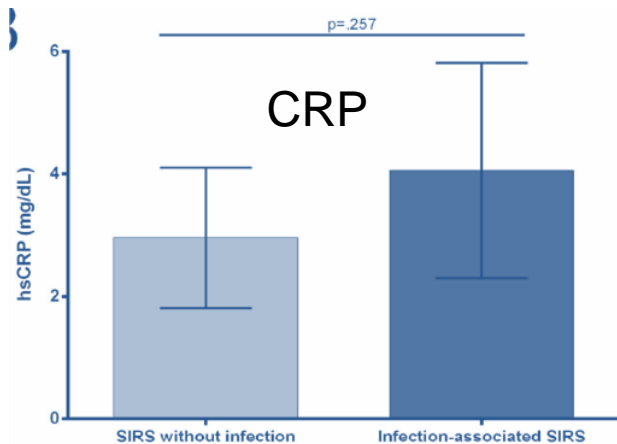


SIRS, PCT et HAA sévère

- **SIRS = Présence d'au moins deux des paramètres suivants**

Temperature	< 36 °C or > 38 °C
Heart rate	> 90 beats/minute
Respiratory rate	> 20 breaths/minute or venous pCO ₂ <32 mmHg
Leukocyte count	> 12,000/mm ³ or < 4,000/mm ³ or band forms > 10%

- **SEPSIS = SIRS lié à une infection**



=> La PCT pourrait aider à différencier sepsis et SIRS
< 0,25 pas d'infection > 0,45 infection probable

=> Quid de la sensibilité du SIRS (température et GB) chez le cirrhotique ** ?

L'infection pulmonaire est fréquente en cas d'HAA

- Radio de thorax peu sensible => TDM thoracique au moindre doute
- Apport du LBA sur le plan diagnostic ? MAIS n'entraîne pas plus de recours à la ventilation mécanique

Infections fongiques sous-estimées

- Plus de la moitié des PNP documentée est d'origine fongique (pneumocystose et aspergillose)
- Pronostic sombre
- Intérêt de marqueurs d'infection fongique (BD glucan et GalactoMannane) = critères du score diagnostique de l'EORTC

Messages clés

- Tout cirrhotique est à haut risque d'infection
- Pensez aux vaccins
- L'émergence de pathogènes multi-résistants est un problème croissant => l'antibiothérapie empirique doit être adaptée à la situation
- Les infections pulmonaires et fongiques sont sous estimées et graves (TDM, LBA, marqueurs)
- L'infection est un tournant dans la maladie et doit faire envisager une THO
- En amont, traitement « énergétique » de l'ascite et de la maladie causale