



Chapitre 82

Syndrome hépatorénal

C. ROUGET¹, T. RIMMELÉ¹

Points essentiels

- Les patients cirrhotiques développent progressivement des altérations de la fonction cardio-circulatoire, en lien avec une activation du système rénine-angiotensine-aldostérone et du système nerveux sympathique, une activité accrue de l'hormone antidiurétique et une vasodilatation artérielle splanchnique (via production de NO) associée à une vasoconstriction dans les territoires extra-splanchniques.
- Le syndrome hépatorénal (SHR) de type 2 est l'expression ultime de cette dysfonction circulatoire. Il se manifeste par une insuffisance rénale fonctionnelle d'installation lente, liée à la vasoconstriction rénale, accompagnée par le développement d'une ascite réfractaire.
- Le SHR de type 1 est une défaillance rénale aiguë rapidement progressive accompagnée d'une défaillance multiviscérale. Il est le plus souvent déclenché par un événement aigu précipitant tel qu'une infection du liquide d'ascite.
- Le traitement du SHR de type 2 associe des paracentèses totales répétées, plus ou moins la réalisation d'un TIPS (shunt portosystémique intrahépatique transjugulaire), qui ne peut être qu'un traitement d'attente. En effet, l'unique traitement curatif est la transplantation hépatique.
- Le traitement de choix du SHR de type 1 consiste en l'administration de vasoconstricteurs (terlipressine ou noradrénaline) associée à une expansion volémique par albumine (1 g/kg/j à J1 puis 20 à 40 g/j).

1. Service d'Anesthésie-Réanimation, hôpital Édouard-Herriot, Hospices Civils de Lyon.

Correspondance : D^r Thomas Rimmelé, Service d'Anesthésie-Réanimation, hôpital Édouard Herriot, 69003 Lyon. Tél. : 04 72 11 69 88 – Fax : 04 27 85 80 93.

E-mail : thomas.rimmele@chu-lyon.fr

- La prophylaxie du SHR de type 1 consiste en la prise orale de norfloxacine (400 mg/j en prévention de l'infection bactérienne du liquide d'ascite) et l'administration intraveineuse d'albumine dans les infections spontanées du liquide d'ascite. Il conviendra de manière générale d'éviter les traitements néphrotoxiques et les situations de déplétion volémique.
- Le pronostic des SHR reste très sombre : la survie médiane du SHR de type 1 est de deux à trois semaines, celle du SHR de type 2 est de six mois.

Références

1. Gines P., Schrier R.W. Renal failure in cirrhosis. N Engl J Med 2009 ; 361 : 1279-90.
2. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. Journal of Hepatology 2010 ; 53 : 397-417.
3. Salerno F., Gerbes A., Gines P., Wong F., Arroyo V. Diagnosis, prevention and treatment of hepatorenal syndrome in cirrhosis. Gut 2007 ; 56 : 1310-8.
4. Nassar Junior A.P., Farias A.Q., D'Albuquerque L.A., Carrilho F.J., Malbouisson L.M. Terlipressin versus norepinephrine in the treatment of hepatorenal syndrome: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 2014 ; 9 : e107466.
5. Arroyo V., Fernandez J. Management of hepatorenal syndrome in patients with cirrhosis. Nat Rev Nephrol 2011 ; 7 : 517-26.