



# Encéphalopathie hépatique sur cirrhose

Pr Fouad HADDAD

Service d'Hépatogastro-Entérologie

CHU Ibn Rochd- Casablanca

# Classification

Type A    Insuffisance hépatique  
aiguë

Type B    Hypertension portale  
sans cirrhose

Type C    Cirrhose

Encéphalopathie hépatique  
minime

Encéphalopathie hépatique  
clinique

**L'EHC est la continuité de l'EHM**



**RECOMMANDATIONS  
FORMALISÉES D'EXPERTS**

**ASSOCIATION FRANÇAISE  
POUR L'ÉTUDE DU FOIE**

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE  
DE L'ENCÉPHALOPATHIE HÉPATIQUE SUR CIRRHOSE

1<sup>er</sup> OCTOBRE 2019

ARTICLE IN PRESS

Clinical Practice Guidelines



**Hepatic Encephalopathy in Chronic Liver Disease: 2014  
Practice Guideline by the European Association for the  
Study of the Liver and the American Association  
for the Study of Liver Diseases**

American Association for the Study of Liver Diseases<sup>\*,†</sup>  
European Association for the Study of the Liver<sup>\*,†</sup>

**HEPATOLOGY**

Official Journal of the American Association for the Study of Liver Diseases



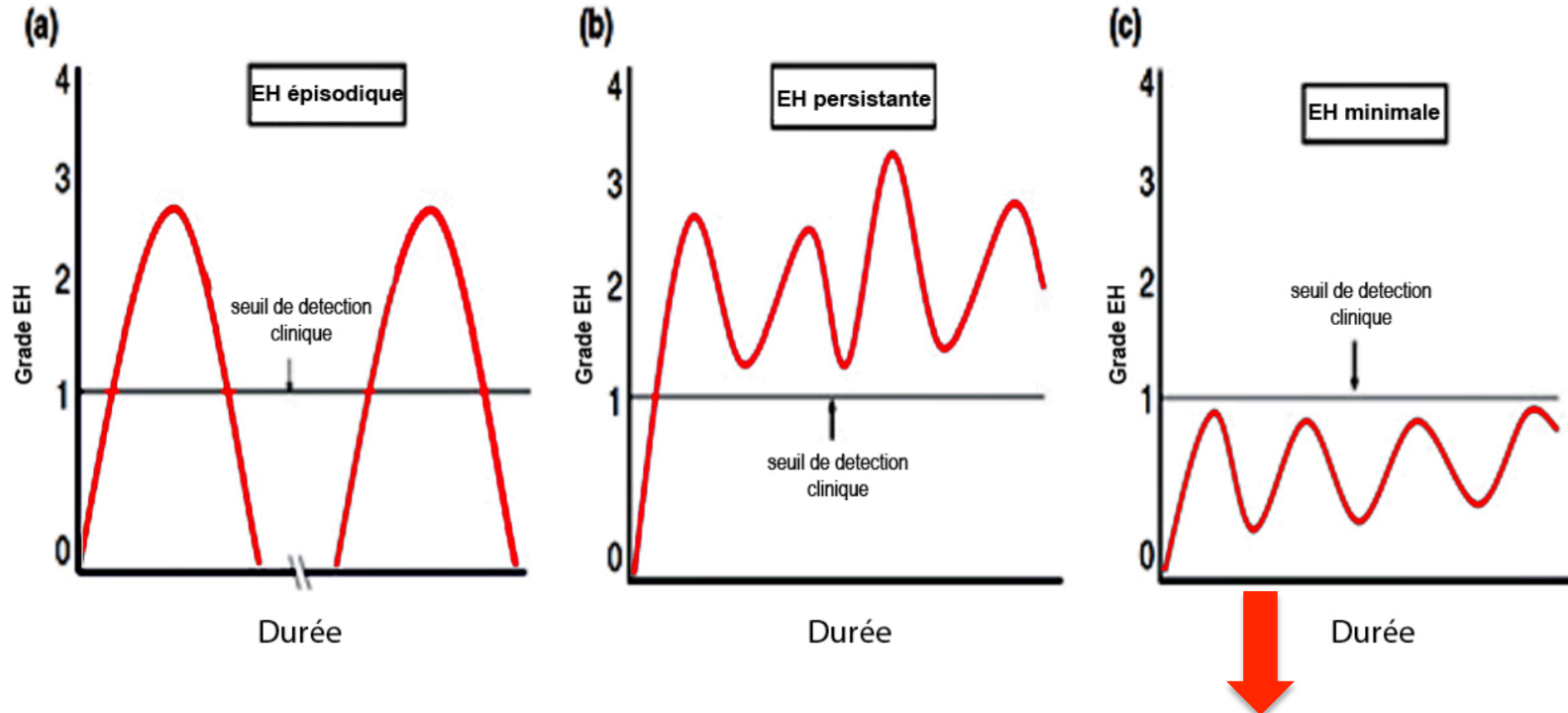
**AASLD PRACTICE GUIDELINE**

**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**

# Définition

Type	Description	Catégorie	Sous-catégorie
A	EH associée à l'insuffisance hépatique aigue sans cirrhose	-	-
B	EH associée à la présence de shunts porto-systémiques sans cirrhose	-	-
C	EH associée la cirrhose	Episodique Persistante Minimale	Précipitée Spontanée Récurrenente Modérée Sévère Tt dépendante -

# Définition



**EH minimale: Altération neuropsychologique sans signes cliniques évidents d'encéphalopathie hépatique**

# Epidémiologie

- **EH clinique:**

- Prévalence = **30 – 45%** cirrhotiques
- Incidence = **20%** par an  
**50%** après la pose d'un TIPS

*Aliment Pharmacol Ther 2010 ; 31:1012-7  
Am J Gastroenterol 2008 ; 103:2738-46*

- **EH minime:**

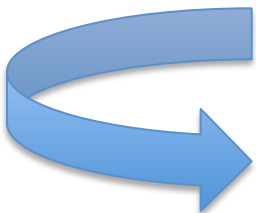
- **2/3** patients cirrhotiques

*J Gastroenterol Hepatol 2001 ; 16:531-5*

- **Survenue 1<sup>er</sup> épisode d'EH:**

- Taux de survie à 1 an : **42%**
- Taux de survie à 3 ans : **23%**

*J Hepatol 1999 ; 30:890-5  
Liver Transpl 2007 ; 13:1366-71*



**Facteur majeur de mauvais pronostic+++**

# Epidémiologie

- **Patients cirrhotiques en encéphalopathie hépatique admis en réanimation:**

- 180/6977 hospitalisations (**Incidence= 2,6%**)

*Les Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 26 (2007):490-95*



- **Cirrhose virale B:**

- 77 Cirrhoses HVB/192 patients cirrhotiques
- Encéphalopathie hépatique: **38%**

*La Tunisie Médicale 2012, Vol 90:172-76*

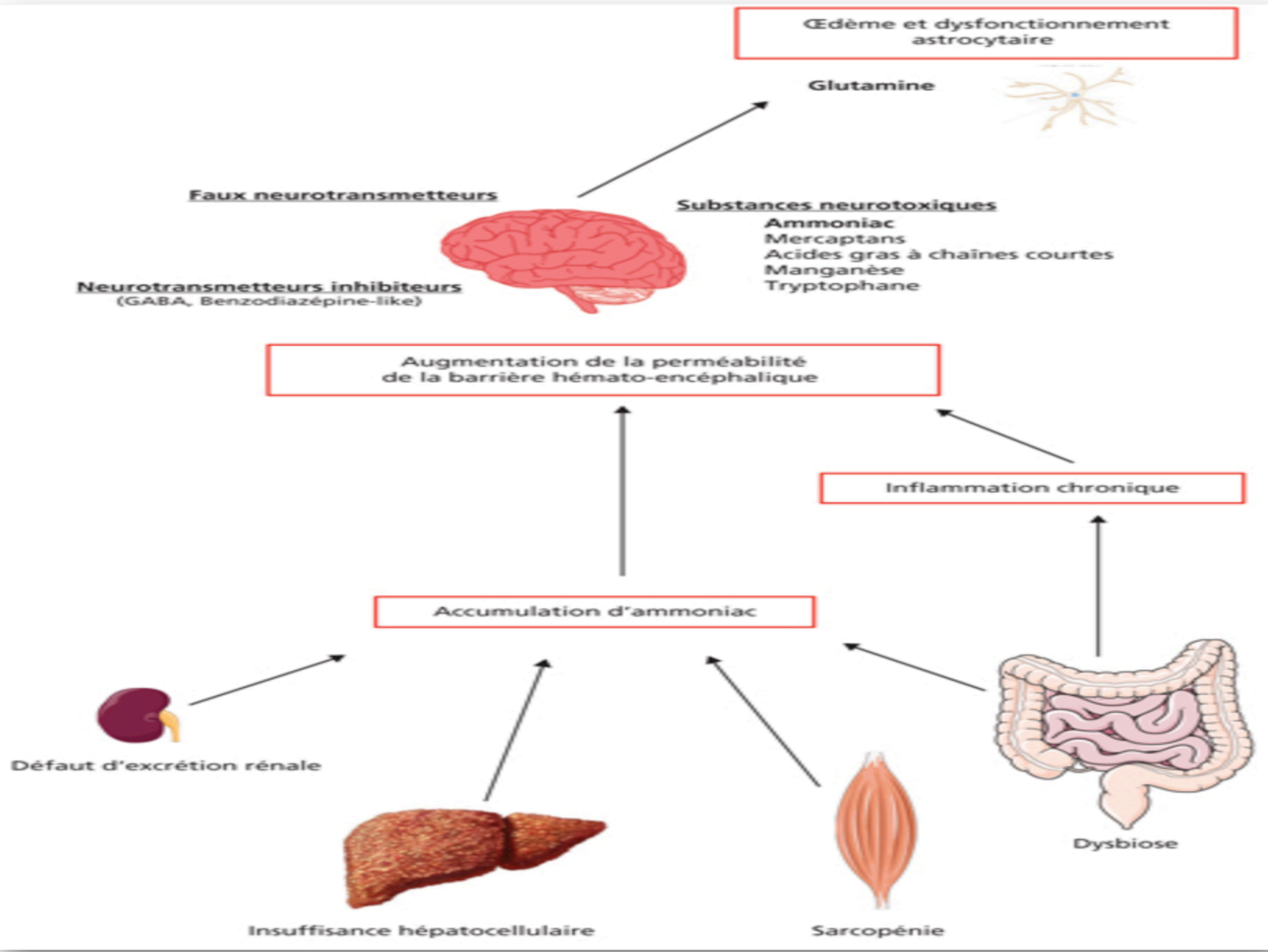


- **Encéphalopathie hépatique minime: résultats d'une étude tunisienne:**

- 40 cirrhotiques (**Prévalence: 50%**)

*Poster JFHOD 2013*







# Encéphalopathie hépatique clinique

**Il est recommandé de rechercher systématiquement des signes fortement évocateurs d'une EH : astérisis, ralentissement psychomoteur, inversion du rythme nyctéméral, désorientation temporo-spatiale, troubles de la conscience**

*Recommandations formalisées d'experts-AFEF-Diagnostic et prise en charge de l'encéphalopathie hépatique sur cirrhose-1<sup>er</sup> Octobre 2019*

# Encéphalopathie hépatique clinique

Symptômes			
EH non clinique	-	Pas d'EH	Pas d'EH et pas d'antécédent d'EH
		EH minime	Anomalies neuropsychologiques ou neurophysiologiques (tests spécifiques) sans anomalie cliniquement évidente
		EH grade 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ralentissement psychomoteur modéré Euphorie ou anxiété Trouble de l'attention, distractibilité Anomalies aux additions ou soustractions Altération du sommeil</li> </ol>
EH clinique		EH grade 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Léthargie ou apathie Désorientation dans le temps Changement avéré de personnalité Comportement inadapté Dyspraxie Asterixis</li> </ol>
		EH grade 3	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Somnolence à stupeur Réponse au stimuli conservée Confus Désorientation temporo-spatiale Comportement bizarre</li> </ol>
		EH grade 4	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Coma</li> </ol>
	+		

# Encéphalopathie hépatique minime

- **Présence d'anomalies neuropsychiques détectables par la réalisation de tests psychométriques**
- **Examen clinique est normal**
- Capacités de communication: préservés
- Sommeil, travail, vie domestique, loisirs, vie sociale: perturbés
- Baisse des facultés de conduite automobile: augmentation des risques d'accident de la route
- Augmentation du risque de chutes et traumatismes

# Encéphalopathie hépatique minime

- **Sur-risque d'accidents:**

**LIVER FAILURE/CIRRHOSIS/PORTAL HYPERTENSION**  
**Minimal Hepatic Encephalopathy Is Associated with**  
**Motor Vehicle Crashes: The Reality Beyond the Driving Test**

– Baisse des facultés de conduite automobile avec une augmentation du risque d'accidents de la route

- **22% vs 7% (p=0,03)**

*Hepatology 2009;50:1175-83*

**Minimal Hepatic Encephalopathy Is Associated With Falls**

- Augmentation du risque de chutes et de traumatismes

- **40% vs 12,9% (p < 0,001)**

*Am J Gastroenterol 2011;106: 476-82*

# Moyens diagnostiques

	Normal	EH minimale	EH clinique
Conscience	Non altérée	Non altérée	De la désorientation au coma
Tests psychométriques	Non altérés	Perturbés	Inutiles
Asterixis et autres signes neurologiques	Absents	Absents	Présents

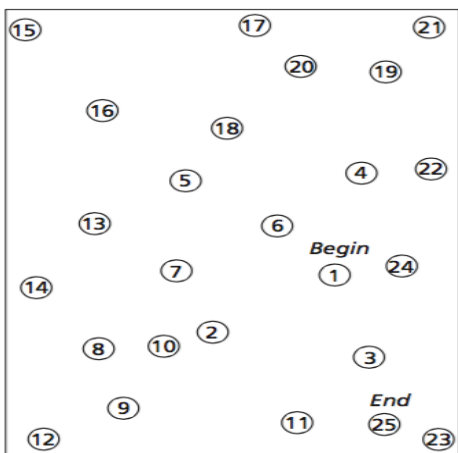
# Tests psychométriques (Psychometric Hepatic Encephalopathy Score= PHES)

- **Evalue:**
  - Vitesse psychomotrice
  - Coordination visuo-spatiale
- **5 tests** (Number Connection Test A et B, Line Tracing Test, Digit Symbol Test, Serial Dotting test)
- **Limites:**
  - Délai de réalisation: **20-30 mn**

# Tests psychométriques (Psychometric Hepatic Encephalopathy Score= PHES)

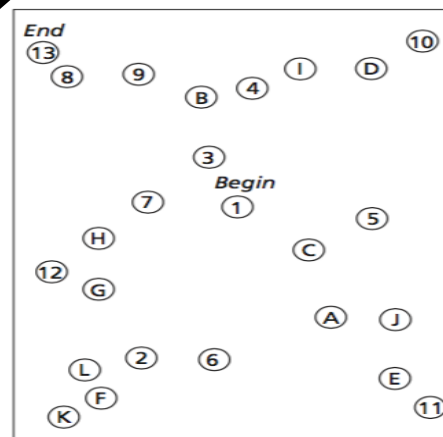
**seuil  $\leq$  -4DS définit l'EHM (se: 79 %, sp: 93 %)**

TRAIL MAKING TEST - PART A -



1. NCT-A

TRAIL MAKING TEST - PART B -



2. NCT-B



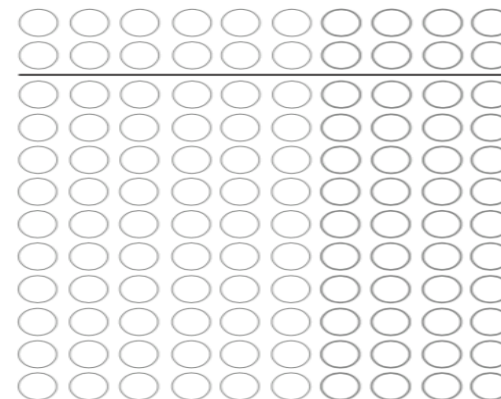
3. LTT

7. CODE 1 2 3 4 5 9 NOTE  
90' - L > L L =

EXEMPLES

2	1	3	7	2	4	8	1	5	4	3	5	2	3	1	4	6	3			
1	5	4	2	7	6	3	5	3	7	2	8	1	9	5	8	4	7	3		
6	2	5	1	9	9	4	8	3	7	2	6	1	5	4	6	3	7			
9	2	8	1	7	9	9	7	1	8	5	2	9	4	8	6	3	7	9	8	6

4. DST



5. SDT

# Tests automatisés (1)

- **CFF: fréquence critique de clignotement**

- Evalue la capacité discriminatoire d'un signal lumineux qui est interrompue discontinuë par le patient
- Dispositif sous forme de lunettes
- Test facile à utiliser, au lit
- Environ 5 mn

**CFF < 39Hz est un élément en faveur d'une EHM**



*Hepatology 2007;45:879-85*

*Hepatology 2002; 35:357-66*



# Tests automatisés (2)

- **ICT: Inhibitory Control Test**

- Simple et rapide
- Explore les capacités attentionnelles et la capacité d'inhibition

*Am J Gastroenterol 2007; 102:754-60*

- **Test de stroop:**

- Application (EncephalApp)
- Proposé aux malades à domicile

*Hepatology 2013 ; 58:1122-32*

# Test d'énumération des animaux (1)

- Test simple, au lit du malade
- Nommer le plus grand nombre d'animaux en une minute
- **Seuil: 20 animaux/minute**

# Moyens diagnostiques

**Une encéphalopathie hépatique minime doit être recherchée chez tous les patients atteints de cirrhose.**

**Parmi les tests disponibles, les experts suggèrent l'utilisation du test d'énumération des animaux.**

*Recommandations formalisées d'experts-AFEF-Diagnostic et prise en charge de l'encéphalopathie hépatique sur cirrhose-1<sup>er</sup> Octobre 2019*

# **Diagnostic paraclinique de l'encéphalopathie hépatique**

# Dosage de l'ammoniémie (1)

- Corrélation entre sévérité EH et ammoniémie
- **VPP:**
  - Mauvaise
  - Ne peut être recommandé pour affirmer une EH
- **VPN:**
  - Meilleure
  - En cas de symptômes EH pour évoquer les diagnostics différentiels
- **Pas de recommandations en cas d'EHM**

# Dosage de l'ammoniémie (2)

Il n'est probablement pas recommandé de doser l'ammoniémie pour confirmer le diagnostic d'encéphalopathie hépatique.

En cas de doute diagnostique devant des troubles de la conscience, il est probablement recommandé de doser l'ammoniémie car une valeur normale remet en cause le diagnostic d'encéphalopathie hépatique.

*Recommandations formalisées d'experts-AFEF-Diagnostic et prise en charge de l'encéphalopathie hépatique sur cirrhose-1<sup>er</sup> Octobre 2019*

# Electroencéphalogramme (1)



- Aucune anomalie n'est spécifique de l'EH
- Nombre important de **faux positifs**
- Permet de diagnostiquer une EHM ou clinique avec des performances correctes
- Anomalies EEG corrélées à la sévérité de l'encéphalopathie

# Electroencéphalogramme (2)

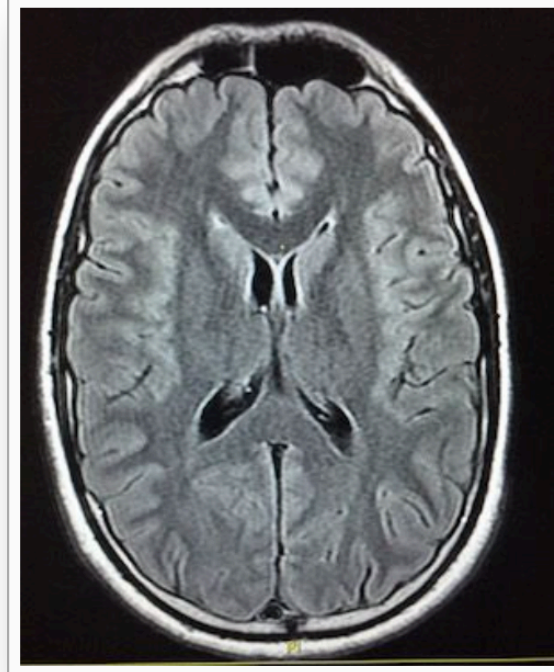
Il est probablement recommandé de faire un électroencéphalogramme s'il existe un doute sur le diagnostic d'encéphalopathie hépatique clinique ou minime.

*Recommandations formalisées d'experts-AFEF-Diagnostic et prise en charge de l'encéphalopathie hépatique sur cirrhose-1<sup>er</sup> Octobre 2019*



# Imagerie cérébrale

- Nécessaire au cours du 1<sup>er</sup> épisode
- Ecarter une lésion intracrânienne
- **IRM cérébrale+++**



*J Hepatol 2014 ; 61:642-59*

*Hepatology 2014 ; 60:715-35*

# **Diagnostic différentiel de l'encéphalopathie hépatique**

# Toute 1<sup>ère</sup> évaluation d'un trouble neurologique chez un cirrhotique

- **Anamnèse récente** (infections, traumatismes, sevrages, prise de psychotropes)
- **Etude des antécédents** (diabète, pathologie neuro-vasculaire, épilepsie, complications connues de la cirrhose et de l'insuffisance hépatique)
- **Examen neurologique** cognitif, moteur, sensitif, neurovisuel et des nerfs crâniens
- **Astérisis** est fortement évocateur d'encéphalopathie métabolique mais pas synonyme d'atteinte hépatique
- **Biologie** classique (ionogramme sanguin, glycémie, calcémie, NFS, hémostase, protéines de l'inflammation, urée et créatininémie)
- **Imagerie cérébrale** (IRM)

# Diagnostiques différentiels d'un astérisis

**ENCÉPHALOPATHIE MÉTABOLIQUE** : hépatique, urémique, hypercapnique, hypoglycémique, trouble du cycle de l'urée

**TROUBLE HYDRO-ÉLECTROLYTIQUE** : hypokaliémie, hypomagnésémie

**MÉDICAMENTS** : Antiépileptiques, Levodopa, Opiacés, Anticholinergiques, Benzodiazépines, Lithium, Clozapine...

**LÉSION(S) CÉRÉBRALE(S) FOCAL(E)S**

# Diagnostics différentiels d'une EHM

## LIÉS AU TERRAIN D'ALCOOLISME CHRONIQUE :

- Carences vitaminiques : Syndrome de Wernicke-Korsakoff, déficit en vitamine B12, déficit en acide folique
- Démence post-traumatique
- Démence alcoolique

## PATHOLOGIES MÉTABOLIQUES/ENDOCRINIENNES :

Encéphalopathie urémique, hypoglycémies répétées, hypo/hyper-thyroïdies

## PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES :

- Troubles anxieux, syndrome dépressif, trouble psychotique
- Causes toxiques, médicamenteuses, et sevrages
- Maladies neurodégénératives
- Microangiopathie cérébrale (leucopathie vasculaire)
- Méningoencéphalites infectieuses et auto-immunes chroniques
- Syndrome d'apnée du sommeil et troubles du sommeil

# Diagnostiques différentiels d'une EH clinique

## COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES LIÉES AU TERRAIN ALCOOLIQUE :

- Intoxication alcoolique aiguë
- Sevrage/delirium tremens
- Carences vitaminiques : encéphalopathie de Gayet-Wernicke (vitamine B1), encéphalopathie pellagreuse (vitamine PP), maladie de Marchiafava-Bignami
- Désordre métabolique (hyponatrémie, hypoglycémie)
- Encéphalopathie pancréatique
- Hématome sous-dural, contusions hémorragiques

ENCÉPHALOPATHIE MÉTABOLIQUE AUTRE : urémique, hypercapnique, trouble du cycle de l'urée

Etat de mal épileptique non convulsif


Encéphalopathie toxique et médicamenteuse

MÉNINGITE/MÉNINGOENCÉPHALITE INFECTIEUSE OU AUTO-IMMUNE

LÉSION(S) CÉRÉBRALE(S) FOCAL(E)S : vasculaires, infectieuses, tumorales, etc.

# Traitement préventif

# Eliminer les principaux facteurs de l'EHM (1)

- Présents dans **50%** des EH
- Contrôle de ces facteurs  améliore les symptômes **90%** cas

Episodic	Recurrent
Infections*	Electrolyte disorder
GI bleeding	Infections
Diuretic overdose	Unidentified
Electrolyte disorder	Constipation
Constipation	Diuretic overdose
Unidentified	GI bleeding



# Éliminer les principaux facteurs de l'EHM (2)

Il est probablement recommandé de surveiller la natrémie en cas de cirrhose décompensée car une hyponatrémie sévère est un facteur favorisant d'encéphalopathie hépatique.

Il est probablement recommandé de limiter la prescription des inhibiteurs de la pompe à protons à leurs strictes indications validées (doses et durées).

Il est probablement recommandé de contre-indiquer la prescription de benzodiazépines chez les cirrhotiques décompensés.

# Traitement et prévention d'un épisode d'EHM

Les experts suggèrent d'administrer du lactulose en prophylaxie primaire de l'encéphalopathie hépatique en cas d'hémorragie digestive haute.

Il est probablement recommandé de traiter tous les malades ayant une encéphalopathie hépatique minime par lactulose ou rifaximine pour améliorer la qualité de vie et réduire le risque d'encéphalopathie hépatique clinique.

# Disaccharides non absorbables

**Table 2. Prevalence of Changes in Neuropsychological (NP) Test Results in Each Group**

	NMHE (Baseline)	NMHE (After 3 months)	MHE-NL (Baseline)	MHE-NL (After 3 months)	MHE-L (Baseline)	MHE-L (After 3 months)
Number	29	29	30	20	31	25
Abnormal NCT A*	1 (3.7%, 7%-8.3%)	2 (7.4%, 2.1%-23.4%)	10 (37%, 21.5%-55.8%)	7 (38.9%, 20.3%-61.4%)	13 (44.8%, 28.4%-62.4%)	4 (16.7%, 6.7%-35.9%)
Abnormal NCT B*	2 (7.4%, 2.1%-23.4%)	3 (11.1%, 3.9%-28.1%)	17 (63%, 44%-78.5%)	8 (44.4%, 24.6%-66.3%)	17 (58.6%, 40.7%-74.5%)	6 (25%, 12%-44.9%)
Abnormal FCT A	4 (13.8%, 5.5%-30.6%)	3 (10.3%, 3.6%-26.4%)	14 (46.7%, 30.2%-63.9%)	9 (45%, 25.8%-65.8%)	16 (51.6%, 34.8%-68%)	3 (12%, 4.2%-30%)
Abnormal FCT B	3 (10.3%, 3.6%-26.4%)	1 (3.4%, 0.6%-17.2%)	18 (60%, 42.3%-75.4%)	9 (45%, 25.8%-65.8%)	21 (67.7%, 50.1%-81.4%)	2 (8%, 2.2%-25%)
Abnormal picture completion	0 (0%, 0%-11.7%)	0 (0%, 0%-11.7%)	5 (16.7%, 7.3%-33.6%)	9 (45%, 25.8%-65.8%)	2 (6.5%, 1.6%-20.7%)	1 (4%, 0.7%-19.5%)
Abnormal block design	0 (0%, 0%-11.7%)	0 (0%, 0%-11.7%)	8 (26.7%, 14.2%-44.4%)	6 (30%, 14.5%-51.9%)	10 (32.3%, 18.6%-49.9%)	2 (8%, 2.2%-25%)
Number of abnormal NP test results, mean (95% CI)	0.34 (0.16-0.53) <sup>a</sup>	0.31 (0-0.62) <sup>d</sup>	2.47 (2.19-2.74) <sup>b</sup>	2.55 (2.16-2.94) <sup>e</sup>	2.74 (2.40-3.08) <sup>c</sup>	0.75 (0.36-1.16) <sup>f</sup>
Mean mZS (95% CI)	-0.41 (-0.15- -0.67) <sup>a</sup>	-0.35 (-0.09- -0.60) <sup>d</sup>	-2.10 (-1.92- -2.20) <sup>b</sup>	-2.34 (-2.06- -2.63) <sup>e</sup>	-2.42 (-2.15- -2.69) <sup>c</sup>	-1.45 (-1.24- -1.66) <sup>f</sup>
Δabnormal NP tests (95% CI)		0.03 (-0.24-0.31) <sup>m</sup>		-0.02 (-0.59- -0.19) <sup>n</sup>		2.00 (1.46 to 2.54) <sup>o</sup>
ΔmZS (95% CI)		0.06 (-0.10-0.22) <sup>p</sup>		-0.27 (-0.55-0.01) <sup>q</sup>		1.02 (.71 to 1.34) <sup>r</sup>
Number of patients with MHE	0	1	30	18	31	5
Development of overt HE	-	0	-	2	-	1

**Table 3. Sickness Impact Profile Scores of Patients in Different Groups at Baseline (0 Months) and After 3 Months of Follow-Up**

	NMHE		MHE-NL		MHE-L	
	0 Months (n = 29)	3 Months (n = 29)	0 Months (n = 30)	3 Months (n = 20)	0 Months (n = 31)	3 Months (n = 25)
Psychosocial scales						
Social interactions	0.66 (0.16-1.16)	0.83 (0.23-1.44)	9.87 (6.78-12.95)	10.18 (5.62-14.73)	11.88 (9.51-14.17)	3.06 (1.47-4.66)
Alertness	1.51 (.25-2.77)	0.90 (-.09-1.88)	12.32 (8.52-16.12)	14.22 (8.62-19.83)	15.07 (12.47-17.67)	5.42 (2.40-8.44)
Emotional behavior	5.93 (3.00-8.86)	6.01 (3.03-8.99)	15.97 (12.34-19.59)	15.78 (10.90-20.66)	13.68 (9.89-17.47)	3.53 (1.25-5.82)*
Communication	1.09 (-.16-2.35)	0.30 (-.32-0.93)	4.39 (1.62-7.15)	4.39 (.85-7.92)	3.77 (1.60-5.94)	1.16 (-0.18-2.50)
Total psychological subscore	2.51 (1.57-3.46)	2.20 (1.31-3.09)	11.63 (8.92-14.34)	12.19 (8.42-15.95)	12.13 (10.66-13.60)	3.60 (2.14-5.07)*
Physical scales						
Ambulation	1.95 (0.52-3.38)	2.35 (1.10-3.60)	9.07 (6.84-11.29)	11.19 (8.24-14.14)	8.08 (6.47-9.70)	4.54 (2.96-6.11)*
Mobility	0.51 (-0.24-1.26)	0.96 (0.02-1.91)	9.26 (6.41-12.11)	8.09 (5.48-10.71)	8.07 (5.99-10.16)	3.40 (1.56-5.24)*
Body care and movements	0.48 (0.04-0.91)	0.20 (-0.09-0.49)	4.39 (3.07-5.71)	2.81 (1.47-4.16)	3.61 (2.23-4.99)	1.86 (0.30-3.42)
Total physical subscore	0.82 (.39-1.25)	0.99 (0.62-1.35)	6.37 (5.07-7.68)	6.20 (4.64-7.76)	5.55 (4.52-6.57)	2.75 (1.7-3.79)*
Independent scales						
Sleep/rest	5.51 (2.39-8.62)	3.30 (0.98-5.63)	19.15 (16.00-22.31)	16.27 (11.16-21.39)	16.26 (13.55-18.98)	7.01 (4.20-9.82)*
Work	2.97 (1.00-4.95)	0.99 (-0.16-2.14)	22.80 (15.20-30.39)	21.27 (12.65-29.89)	24.19 (15.94-32.43)	9.36 (1.57-17.14)
Home management	1.15 (-0.19-2.48)	1.50 (0.19-2.81)	16.09 (12.68-19.49)	16.25 (10.70-21.80)	19.20 (15.52-22.87)	7.49 (4.35-10.62)
Recreation and pastimes	2.89 (0.70-5.09)	3.56 (1.30-5.83)	15.18 (12.03-18.33)	16.58 (11.05-22.10)	15.48 (12.63-18.42)	3.81 (0.95-6.67)*
Eating	1.65 (0.29-3.02)	1.37 (0.41-2.34)	5.69 (3.68-7.69)	5.33 (0.61-10.04)	5.16 (4.21-6.10)	1.26 (0.32-2.20)
Total SIP score	1.73 (1.40-2.07)	1.52 (1.18-1.85)	10.36 (8.98-11.73)	10.39 (8.36-12.42)	10.39 (9.36-11.43)	3.77 (2.52-5.02)
ΔSIP		0.22 (-0.13-0.57) <sup>a</sup>		0.17 (-0.29-0.63) <sup>b</sup>		6.81 (5.24-8.37) <sup>c</sup>

-Amélioration significative des performances psychométriques

-Amélioration qualité de vie

# Rifaximine

- Antibiotique peu absorbable par voie digestive
- Peut moduler le microbiote
- Améliore les performances neuropsychiques et fonctions cognitives

**Table 3.** Change in Simulator Outcomes by Group

	Rifaximin group (n = 21)	Placebo group (n = 21)	P value
Reduced total driving errors	16 (76%)	7 (33%)	.013
Reduced speeding tickets	17 (81%)	7 (33%)	.005
Reduced illegal turns	13 (62%)	4 (19%)	.012
Reduced collisions	9 (43%)	7 (33%)	.751

# Traitement curatif

# Traitement curatif (1)

Chez les patients cirrhotiques ayant une encéphalopathie hépatique clinique, il est recommandé de traiter en priorité le(s) facteur(s) précipitant(s) de l'encéphalopathie hépatique et de débiter un traitement par un disaccharide non absorbable (lactulose ou lactitol).

*Recommandations formalisées d'experts-AFEF-Diagnostic et prise en charge de l'encéphalopathie hépatique sur cirrhose-1<sup>er</sup> Octobre 2019*

# Traitement curatif (2)

- **Lactulose: 30-60 ml 3 fois par jour**
  - Résolution significativement plus fréquente de l'EHC
  - Réduction de la mortalité
  - **Effets indésirables:** diarrhée, ballonnement, nausées

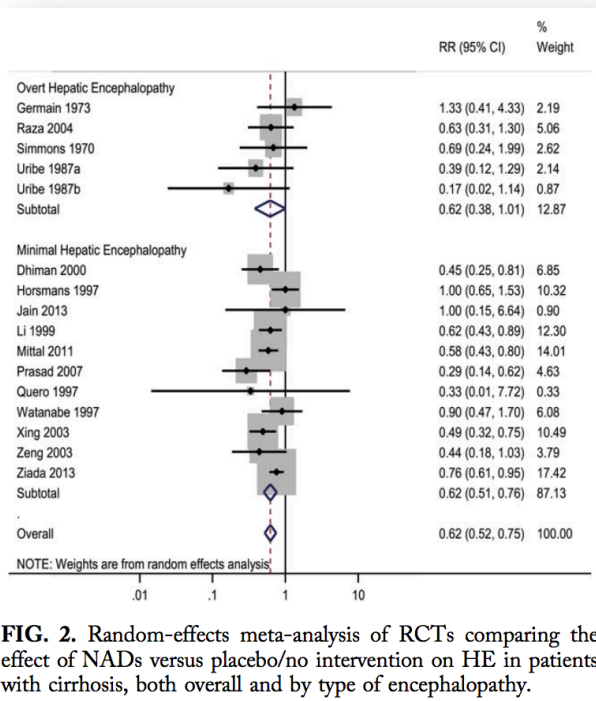


FIG. 2. Random-effects meta-analysis of RCTs comparing the effect of NADs versus placebo/no intervention on HE in patients with cirrhosis, both overall and by type of encephalopathy.

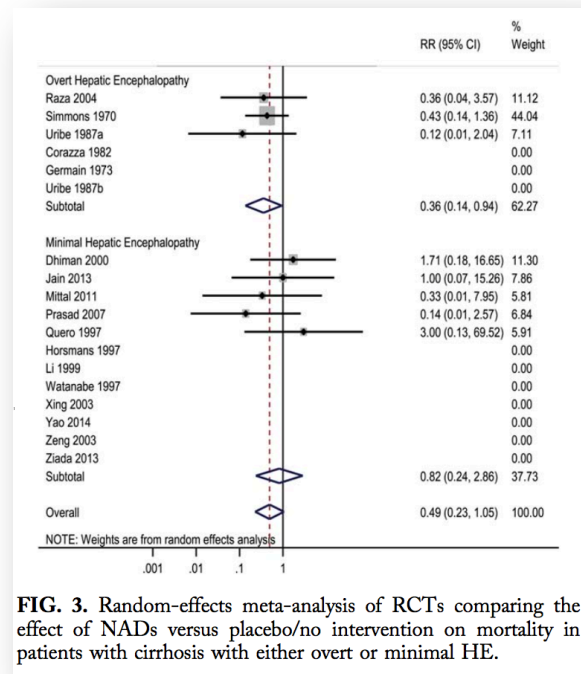
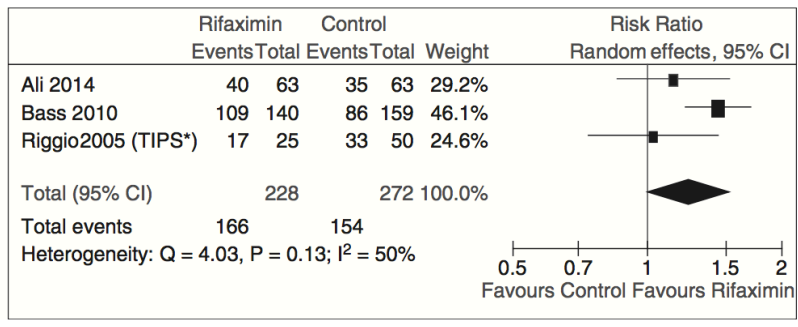


FIG. 3. Random-effects meta-analysis of RCTs comparing the effect of NADs versus placebo/no intervention on mortality in patients with cirrhosis with either overt or minimal HE.

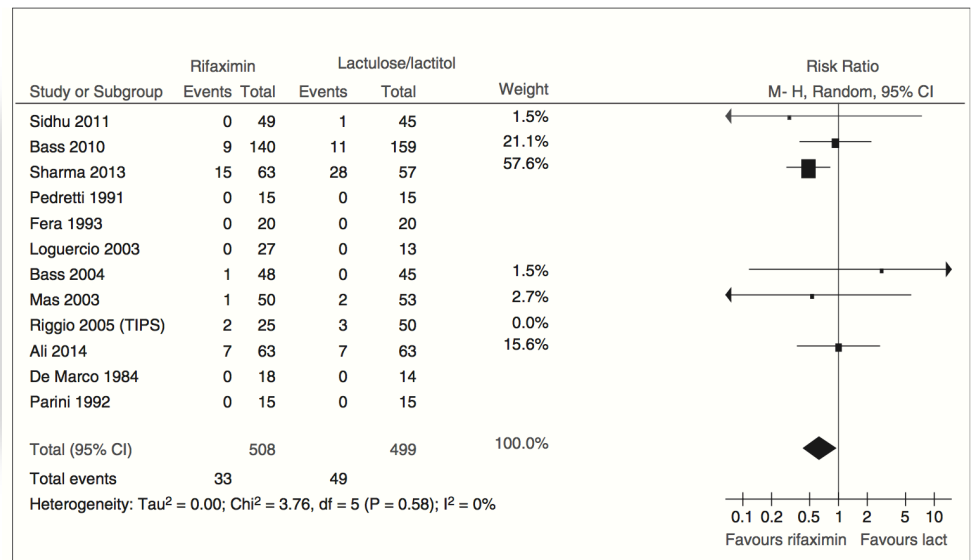
# Traitement curatif (2)

- Rifaximine:

- Antibiotique à large spectre
- Faible passage systémique
- Effet bénéfique sur la résolution complète de l'EH
- Diminue le risque de décès



**Encéphalopathie hépatique**



**Mortalité**



# Traitement curatif (3)

- **Association rifaximine + lactulose:**

- Comparaison rifaximine 400 mg 3 fois par jour + Lactulose 30-60 ml 3 fois par jour VS lactulose seul

- Résolution complète EH

- Durée d'hospitalisation plus courte

- Mortalité moindre

} Association

# Comment éviter la récurrence de l'EHC (1)

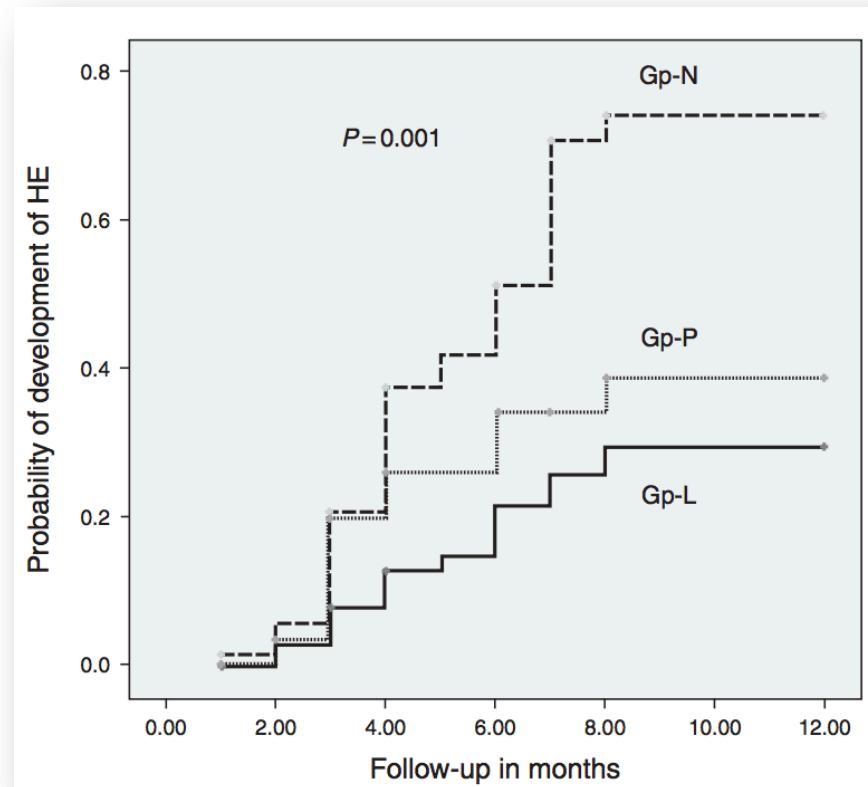
Chez les patients cirrhotiques, il est recommandé d'utiliser un disaccharide non absorbable (lactulose ou lactitol) pour prévenir la récurrence de l'encéphalopathie hépatique.

Chez les patients cirrhotiques, il est probablement recommandé d'ajouter la rifaximine pour prévenir la récurrence de l'EH, en cas d'échec de la prévention par un disaccharide non absorbable (lactulose ou lactitol).

Chez les patients cirrhotiques, les experts suggèrent d'utiliser la rifaximine seule pour prévenir la récurrence de l'encéphalopathie hépatique lorsque le lactulose est mal toléré.

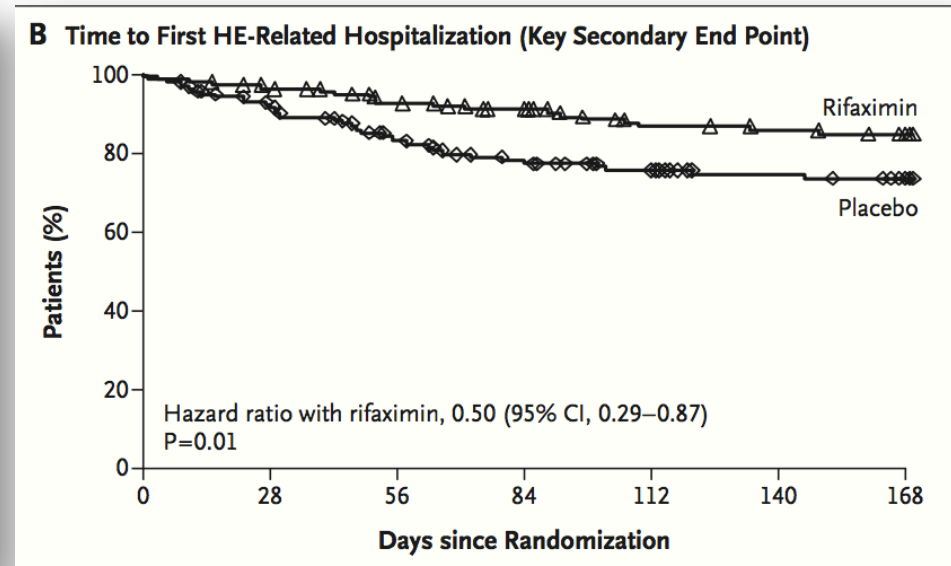
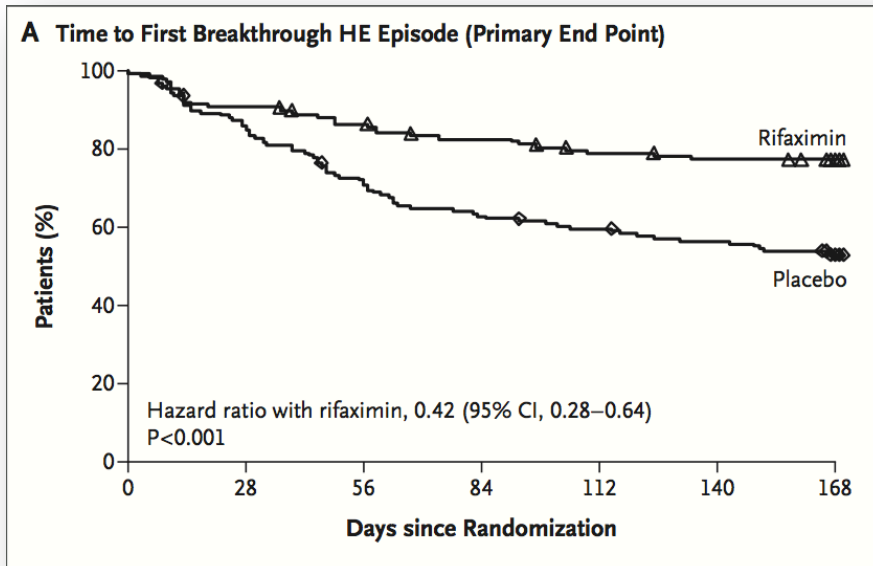
# Comment éviter la récurrence de l'EHC (2)

- **Disaccharides:** non absorbables diminuent significativement le risque de récurrence de l'EH



# Comment éviter la récurrence de l'EHC (3)

- **Rifaximine:**
  - **550 mg 2 fois/j pendant 6 mois**
  - Réduit le risque de récurrence
  - Réduit le risque d'une hospitalisation



# Education thérapeutique et EH (1)

- Proposer au patient et à un aidant identifié un **programme d'éducation thérapeutique**
- **Conciliation médicamenteuse** après toute hospitalisation pour complication:
  - Amélioration qualité de vie
  - Acquisition de compétences de soins
  - Prévention et interception des erreurs médicamenteuses reposant sur la transmission et le partage des informations complètes

# Education thérapeutique et EH (2)

- **Dès le diagnostic d'hépatopathie chronique avancée :**
  - Prévention des complications
  - Surveillance.
- **Dès le stade d'EH minime :**
  - Adhésion thérapeutique
  - Renforcement des compétences d'auto-soins
  - Coordination des soins.
- **Après toute hospitalisation pour complication :**
  - Prise en charge coordonnée et multidisciplinaire incluant une **conciliation médicamenteuse.**

# Encéphalopathie hépatique et TH

- Proposer **la TH** chez les patients présentant une EH invalidante réfractaire aux traitements médicamenteux et non médicamenteux
- **Bilan avant transplantation:**
  - IRM cérébrale
  - EEG
  - Dosage de l'ammoniémie

# Take home messages

- L'encéphalopathie hépatique est une complication grave des cirrhoses
- L'EHM doit être recherchée chez tout patient cirrhotique: au minimum par un interrogatoire puis par des tests validés
- L'EHM altère la qualité de vie, augmente le risque de chutes et d'accidents et prédit le développement de l'EHC.
- L'identification et le traitement d'un facteur déclenchant de l'EH est essentiel dans la prise en charge
- Le Lactulose et la Rifaximine sont les principaux traitements de l'EH