

## Artigo Comentado pelo Comitê de Gastrointensivismo da AMIB

### Liver transplantation in the most severely ill cirrhotic patients: a multicenter study in acute-on-chronic liver failure grade 3

Florent Artru, Alexandre Louvet, Isaac Ruiz, Eric Levesque, Julien Labreuche, Jose Ursic-Bedoya, Guillaume Lassailly, Sebastien Dharancy, Emmanuel Boleslawski, Gilles Lebuffe, Eric Kipnis, Philippe Ichai, Audrey Coilly, Eleonora De Martin, Teresa Maria Antonini, Eric Vibert, Samir Jaber, Astrid Herrero, Didier Samuel, Alain Duhamel, Georges-Philippe Pageaux, Philippe Mathurin, Faouzi Saliba

Journal of Hepatology (2017), doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2017.06.009>

Uma questão importante para os intensivistas e hepatologistas é sobre o benefício de se submeter um paciente hepatopata ao Transplante Hepático (TxH) na vigência de uma descompensação grave (leia-se Acute-on-Chronic Liver Failure - ACLF), mesmo em centros de excelência. Em países com dificuldades para oferta de órgãos para transplante, como o Brasil, há uma tendência em considerar esta situação até mesmo como análoga ao tratamento fútil. Este excelente trabalho nos permite confirmar o que a literatura já nos fornecia sobre os benefícios do transplante hepático (TxH) neste grupo de pacientes.

Para que possamos bem situar este quadro é necessário diagnosticar corretamente ACLF. Esta condição clínica ocorre quando cirróticos que não estão em em estágio final da doença hepática, desenvolvem uma complicação relacionada ou não ao quadro, o que acaba desencadeando uma agudização que pode ser qualificada em leve, moderada ou grave, com seus correspondentes prognósticos.

É importante salientar que a ACLF vem sendo discutida nos últimos 10 ou 15 anos, e somente há pouco tempo se conseguiu algum consenso sobre diagnósticos e condutas. Havendo ainda diferentes considerações entre a visão ocidental (European e American Association of Study of the Liver - EASL e AASLD <sup>1,2</sup>) e asiática (Asia-Pacific Association for the Study of Liver - APASL) <sup>3,4</sup> - sobre o tema.

Independente disso, há um consenso sobre a patogenia da síndrome, concordando-se que inobstantemente ao fator desencadeante da descompensação, que pode ser própria do fígado ou não (hemorragia digestiva, ascite e encefalopatia ou drogas, álcool, cirurgia, sepse ou desconhecida), a rápida deterioração dependerá de uma cascata inflamatória (Cytokine storm), que desencadeará as disfunções orgânicas (DO) e suas progressões. Esta progressão determinará a gravidade do quadro. O ACLF consortium (ACLF-C) <sup>5</sup> construiu um protocolo de análise que se baseia especificamente nestas DO (ACLF-OF), calculado com o CLIF-OF (ou CLIF-SOFA score) com base nas condições de seis órgãos ou sistemas (circulatório, cerebral, respiratório, hepático, coagulação e renal). Assim teremos ACLF 0 (ausência de DO), ACLF 1 (1 DO), ACLF 2 (2 DO) e ACLF 3 (3 ou mais DO) e seus correspondentes prognósticos.

Com o advento das Unidades de Fígado e suas UTIs especializadas, esta situação já é frequentemente vivenciada, conseguindo-se melhores resultados até para os casos mais graves. Entretanto, mesmo para estes centros, ainda é difícil a decisão pelo transplante de fígado nestas circunstâncias.

Este trabalho retrospectivo que reúne resultados de três centros transplantadores com estes pacientes, consegue demonstrar o que já se considerava na literatura <sup>6</sup>, que o TxH aparece como principal opção terapêutica para os pacientes qualificados como ACLF 3, além de condicionar o resultado ao *timing*, pois a precocidade será determinante na interrupção do processo inflamatório e recuperação orgânica, o que ficou considerado como a *golden window* para o sucesso do tratamento, entendendo-se que a mortalidade aumenta consideravelmente se o TxH não for realizado, com certa evolução para as falências orgânicas e possibilidades de recrudescimento infeccioso <sup>7</sup>.

O trabalho também faz uma correta abordagem sobre as condições que contraindicam a opção pelo TxH para estes pacientes em tratamento intensivo. Obviamente o quadro infeccioso deverá

estar controlado, mesmo com a continuidade da antibioticoterapia, sendo que o uso de vasopressores ainda poderá ser necessário, mas não superior à dose de 3 mg/h de noradrenalina. O suporte ventilatório poderá ser mantido, mas com ajustes e condições pulmonares que permitam uma relação P/F > 150.

O que se viu a partir daí são resultados muito animadores com sobrevidas até comparáveis aos TxH em pacientes sem ACLF e significativamente melhores àqueles não transplantados, que evoluíram em sua grande maioria ao óbito.

Para concluir, os intensivistas que se defrontarem em suas UTIs (especializadas ou não) poderão ter como oferecer uma opção terapêutica com possibilidades de reverter esta tendência de péssimos resultados, devendo atentar na abordagem completa e possível de todas as disfunções orgânicas, preparando estes pacientes para o TxH em seus próprios serviços ou referindo com precocidade a um centro transplantador.

#### Referências bibliográficas:

- 1- The Lancet 2015 Vol 386 October 17
- 2- Curr Opin Crit Care 2011; 17: 165–69
- 3- WGJ October 28, 2014 Volume 20 Issue 40
- 4- Hepatol Int 2009; 3: 269–82
- 5- Journal of Hepatology 2015 vol. 62 | 831–840
- 6- Gastroenterology 2013; 144: 1426–37
- 7- Intensive Care Med (2014) 40:1363–1366