

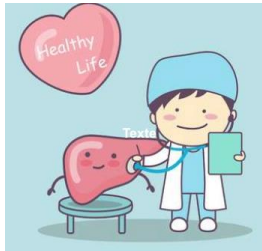


FILFOIE

Filière de Santé Maladies Rares du Foie de l'Adulte et de l'Enfant

Chirurgie abdominale et maladies vasculaires du foie : quelles spécificités ?

**4ème journée FILFOIE
29 novembre 2018, Paris**



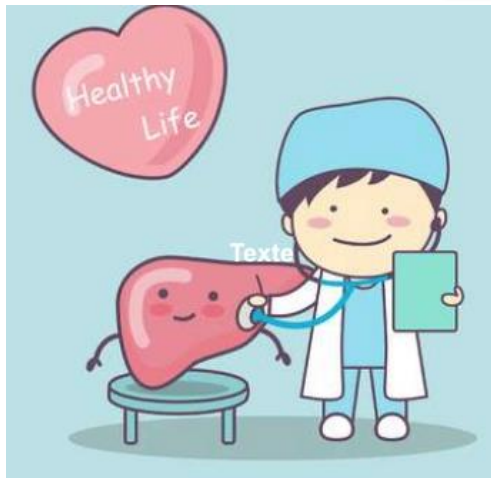
**Laure Elkrief (Hépatologie, Genève)
Louise Barbier (Chirurgie, Tours)**



- Traitements chirurgicaux des complications des maladies vasculaires du foie
- Chirurgie abdominale générale et maladies vasculaires du foie
- Résection hépatique de métastases hépatiques de cancer colorectal

Chirurgie de l'hypertension portale

Quelle est la place de la chirurgie
pour traiter les complications de
l'hypertension portale?



1. TIPS et HTP non cirrhotique



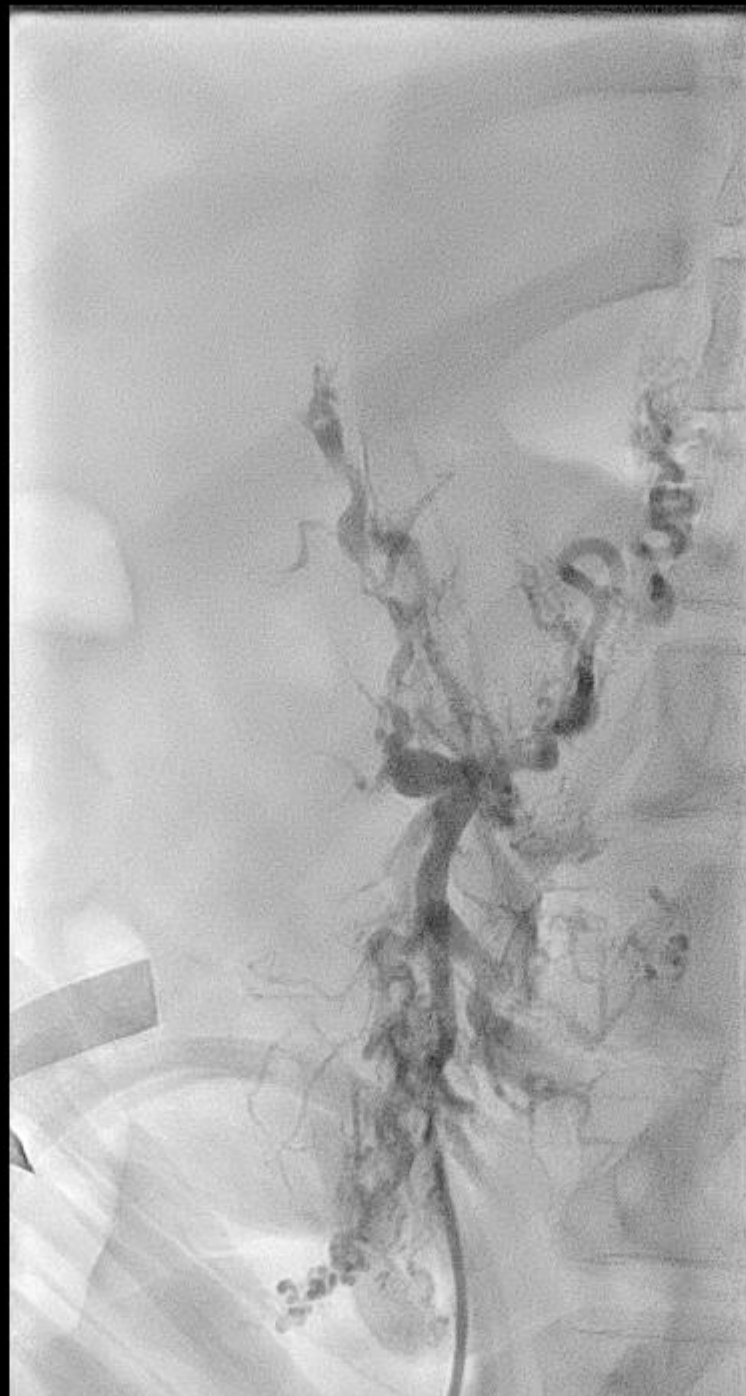
- TIPS par voie trans-jugulaire, trans-hépatique, trans-splénique, double-voie avec abord chirurgical
- Etude rétrospective / 7 centres, 41 patients
- N=25 : hémorragie, n=16 : ascite
- 4 patients avec hémopéritoine, dont 1 fatal
- 7 patients ont eu une récurrence de saignement au cours du suivi (dont 3 avec thrombose de TIPS)
- Mortalité augmentée en cas d'insuffisance rénale et comorbidités associées

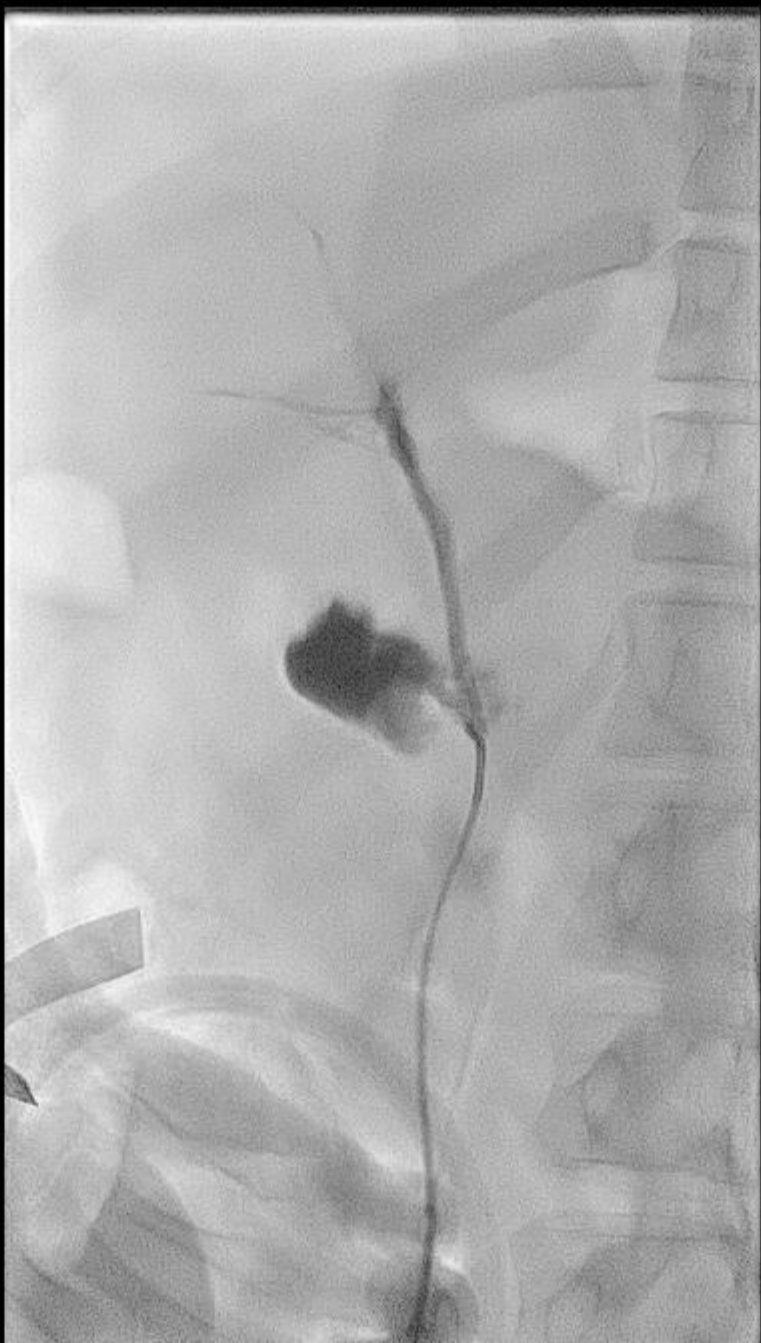
1. TIPS et thrombose porte



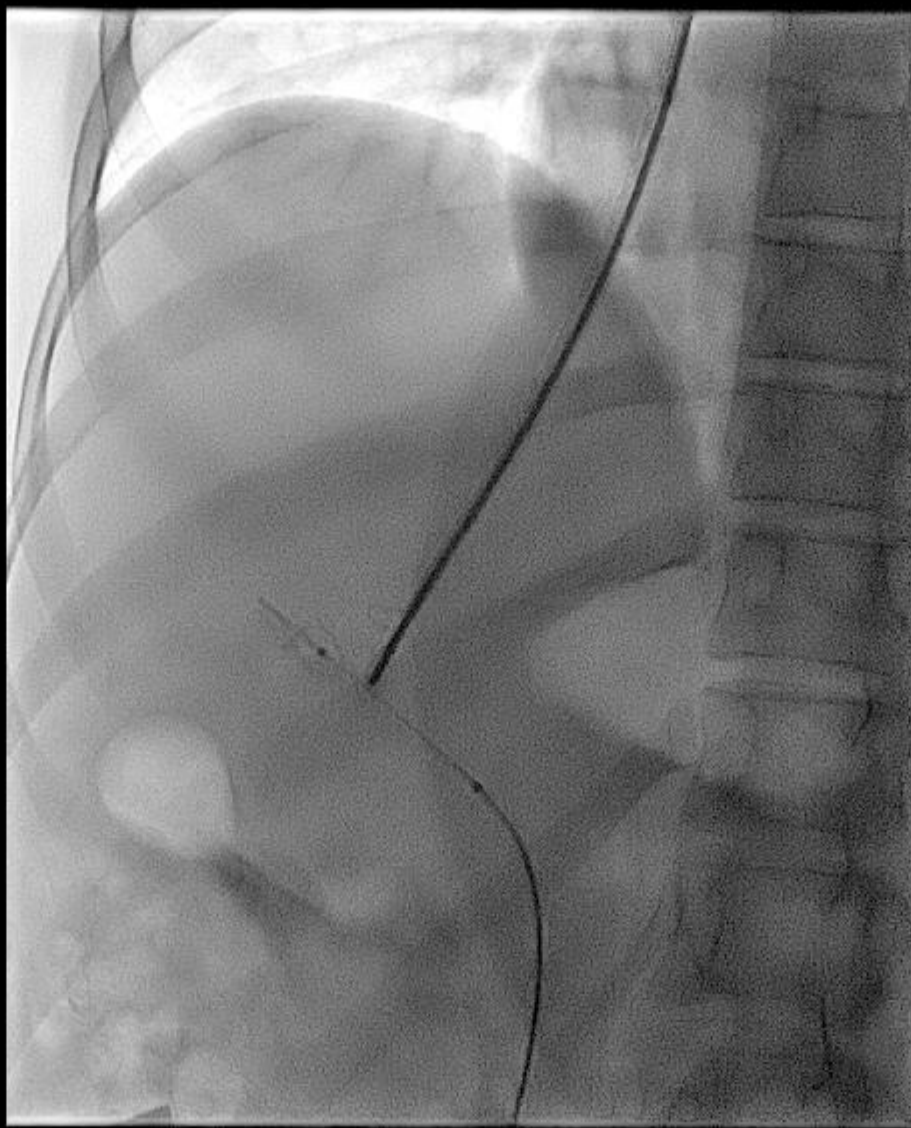
- Expérience de la double-voie à Tours
- Triple équipe / salle hybride :
 - A la tête : hépatologue / TIPS
 - Au milieu : radiologue
 - En bas : équipe chirurgicale / mini-laparotomie
- **13 patients :**
 - 5 double-voies
 - 1 laparotomie avec splénectomie et TIPS voie haute
 - 3 voies basses uniquement
 - 1 TIPS voie haute
 - 1 TIPS voie haute puis anastomose spléno-rénale
 - 2 échecs



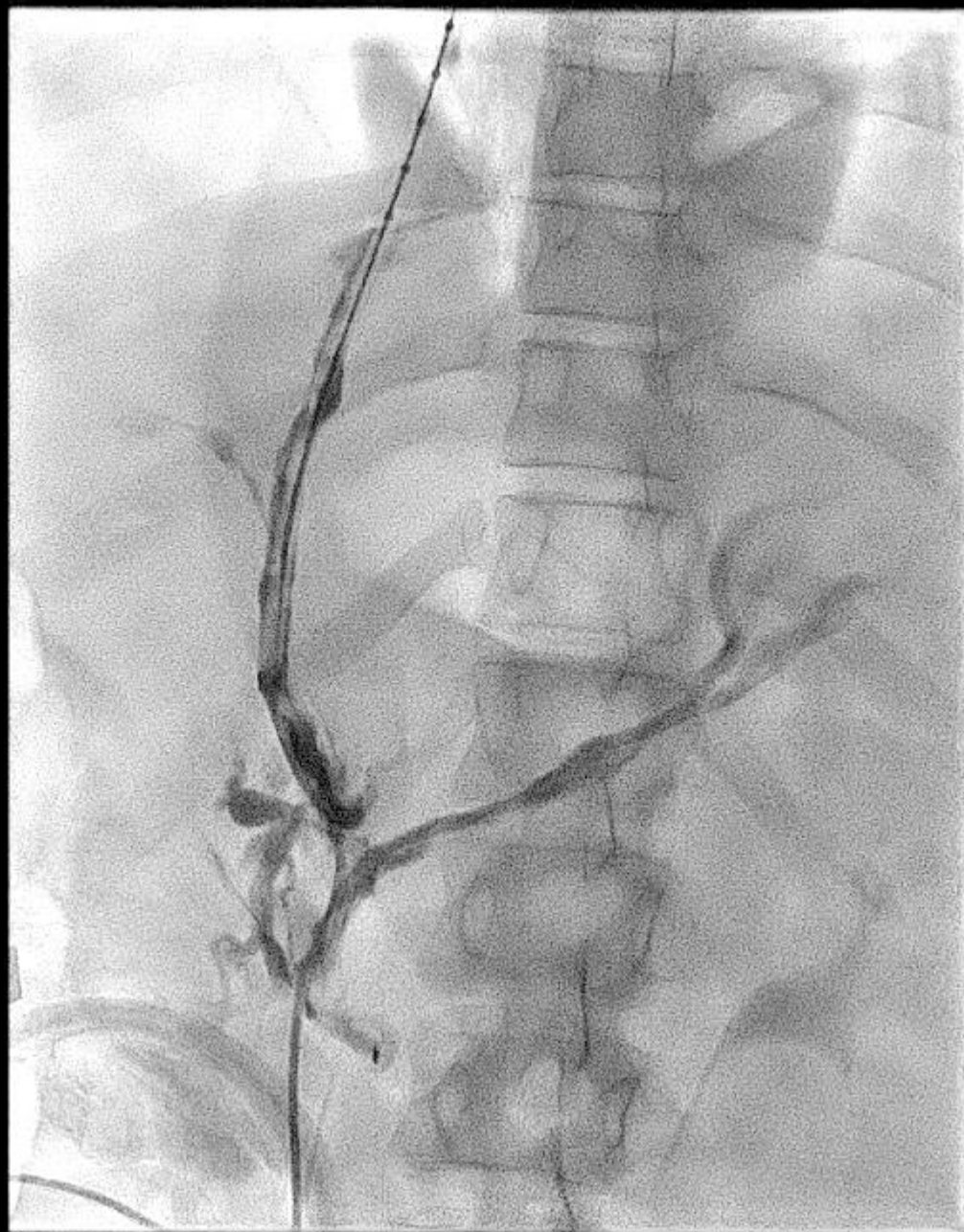














2. Autres possibilités



- Splénectomie
- Shunt porto-systémique
 - Anastomose porto-cave T-L, L-L calibrée
 - Anastomose mésentérico-cave
 - Anastomose spléno-rénale L-L avec greffon, T-L, voie intra ou rétro-péritonéale
- Déconnexion azygo-porte avec transsection oesophagienne

3. Biliopathie portale

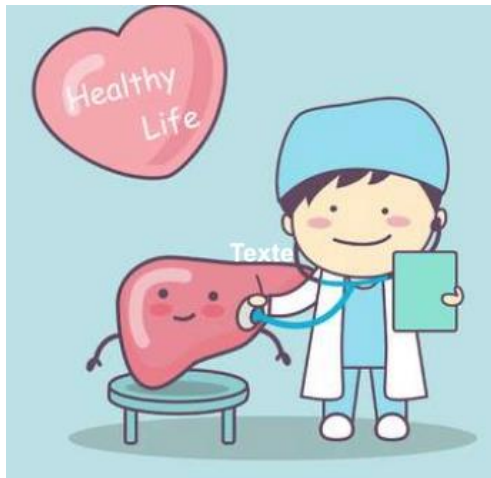


- Shunt porto-systémique en premier
- En cas de forme fibreuse, le shunt porto-systémique seul ne sera pas suffisant
- Traitement endoscopique à privilégier
- Traitement chirurgical +/- précédé d'un shunt portosystémique chirurgical ou d'un TIPS
- Anastomose bilio-digestive
- Difficulté due au cavernome

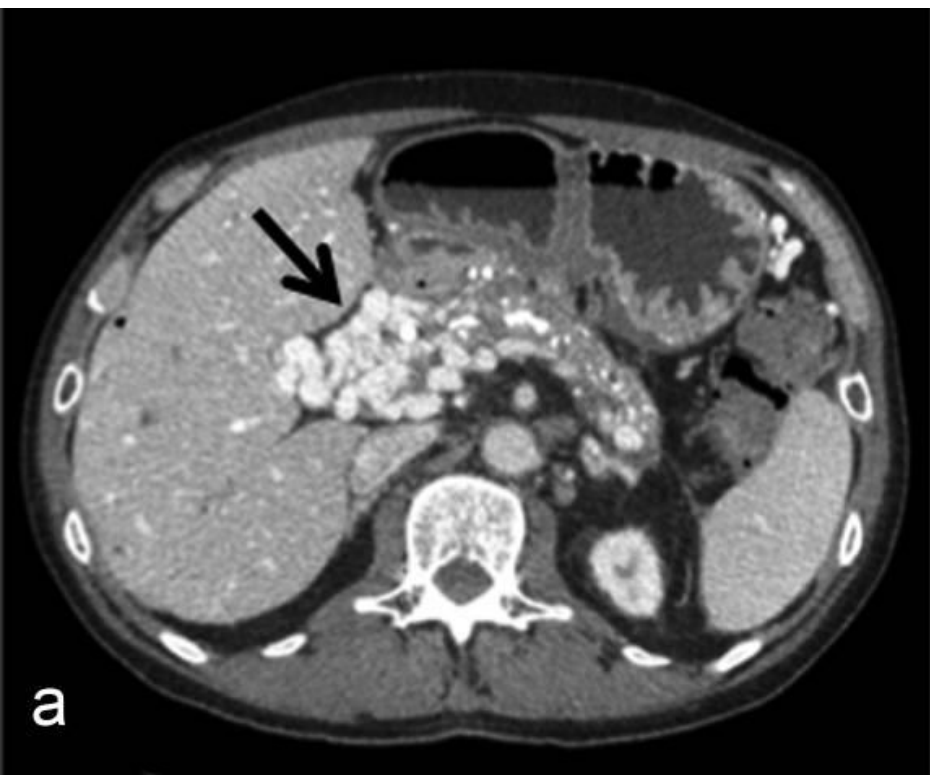


Chirurgie abdominale générale

Quelles sont les particularités techniques en cas de chirurgie chez un patient atteint d'hypertension portale ?



1. L'hémorragie



1. L'hémorragie



- 32 patients / chirurgie sus-mésocolique
- Chirurgie contre-indiquée chez 2 patients
- Voie coelioscopique chez 3 patients
- Anastomoses bilio-digestives, cholécystectomie, complications de la PCC principalement
- Influence des ATCD chirurgicaux sur les pertes sanguines et la durée opératoire++
- Clavien >3 chez 6 patients
- Transfusions chez 7 patients
- Pas de mortalité

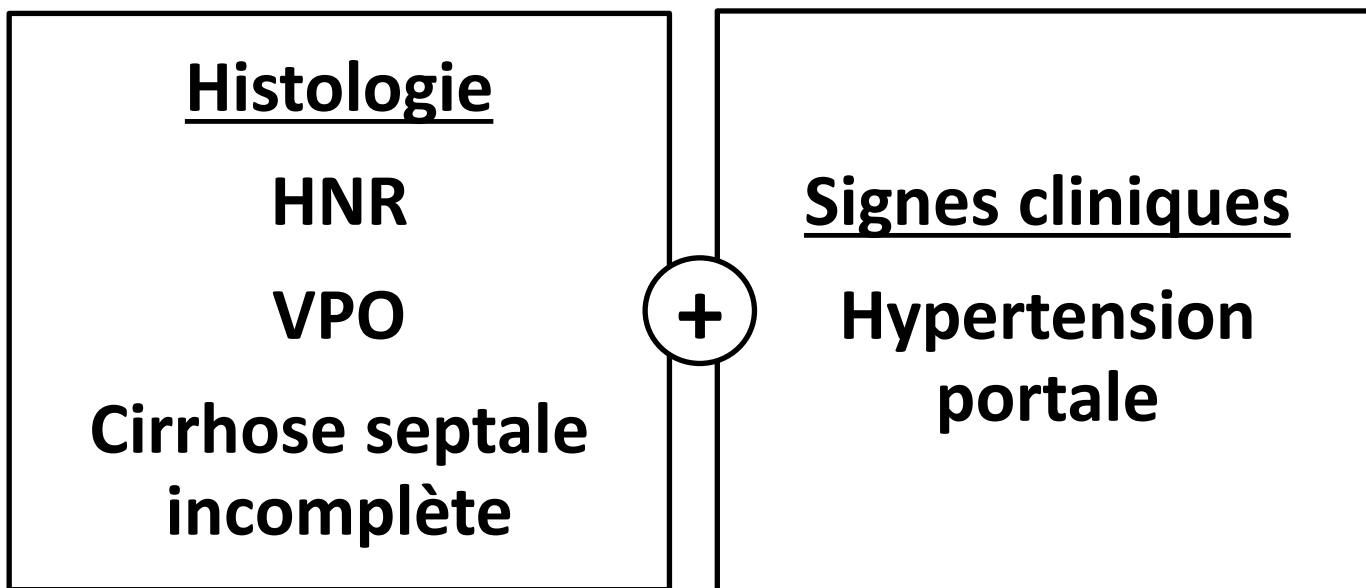
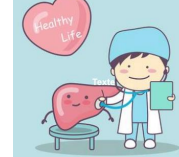
2. L'ascite



- Etude multicentrique européenne sur 44 patients
- Ascite pré-opératoire : prédictif d'évolution post-opératoire défavorable ($p=0.002$)
- Ascite en post-opératoire chez 26% des patients
- Enjeux en chirurgie :
 - Fermeture pariétale
 - Drainage
 - Infection liquide d'ascite
 - Anastomoses digestives Stomie ?

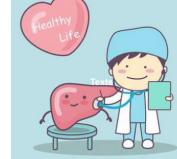
Comment sélectionner les bons (et les mauvais) candidats?



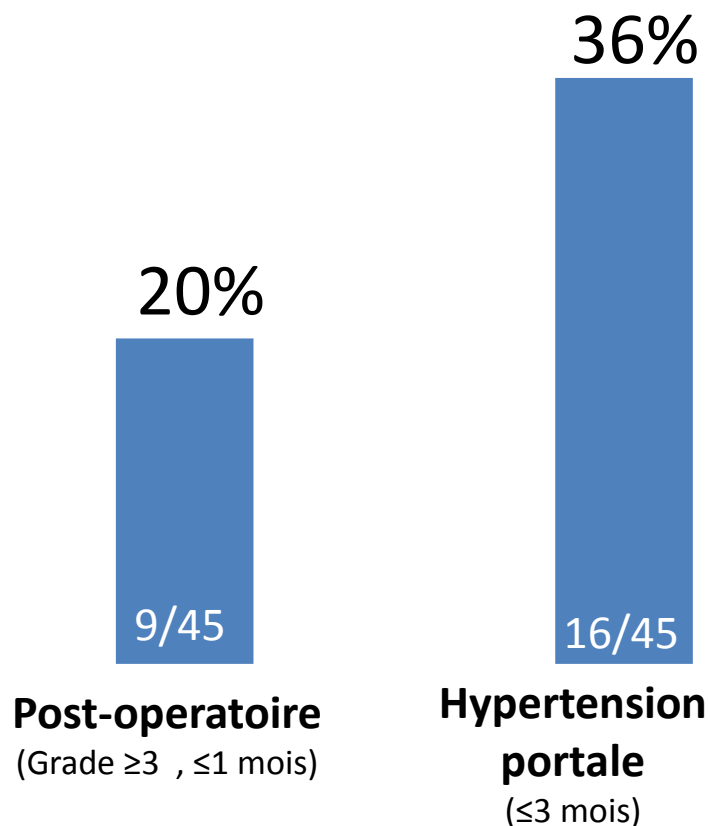


Facteurs pronostiques: affection extra-hépatique, insuffisance rénale, ascite, thrombose porte

Maladie rare mais sous-estimée
Nombreux candidats potentiels à une chirurgie



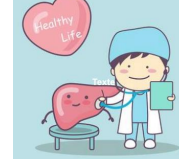
Etude multicentrique européenne rétrospective
44 malades atteints de MVPS avec hypertension portale
45 interventions chirurgicales



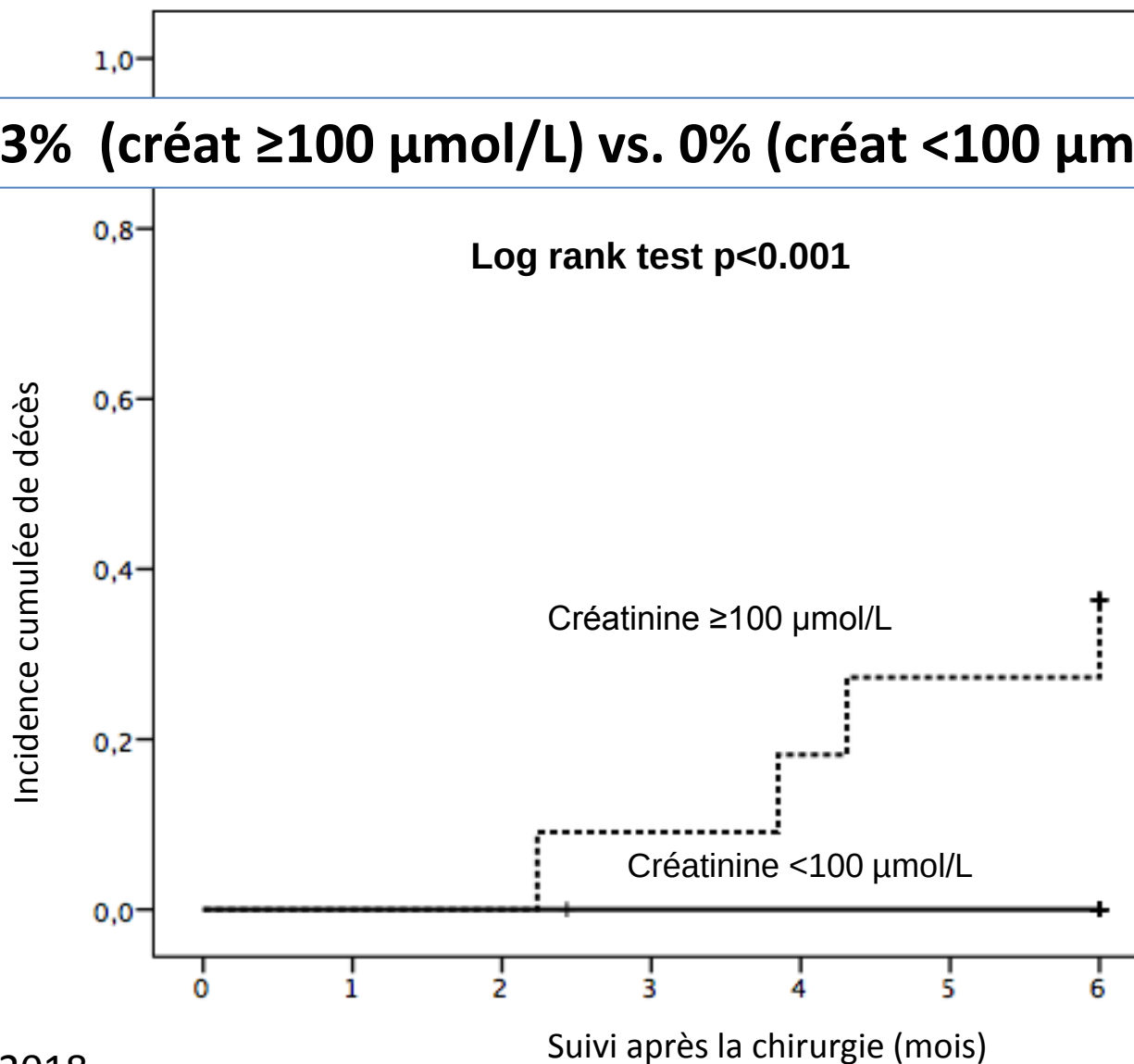
Complications de l'hypertension portale (n=16)

- Décompensation ascitique n=12
- Résolutives (15/16)

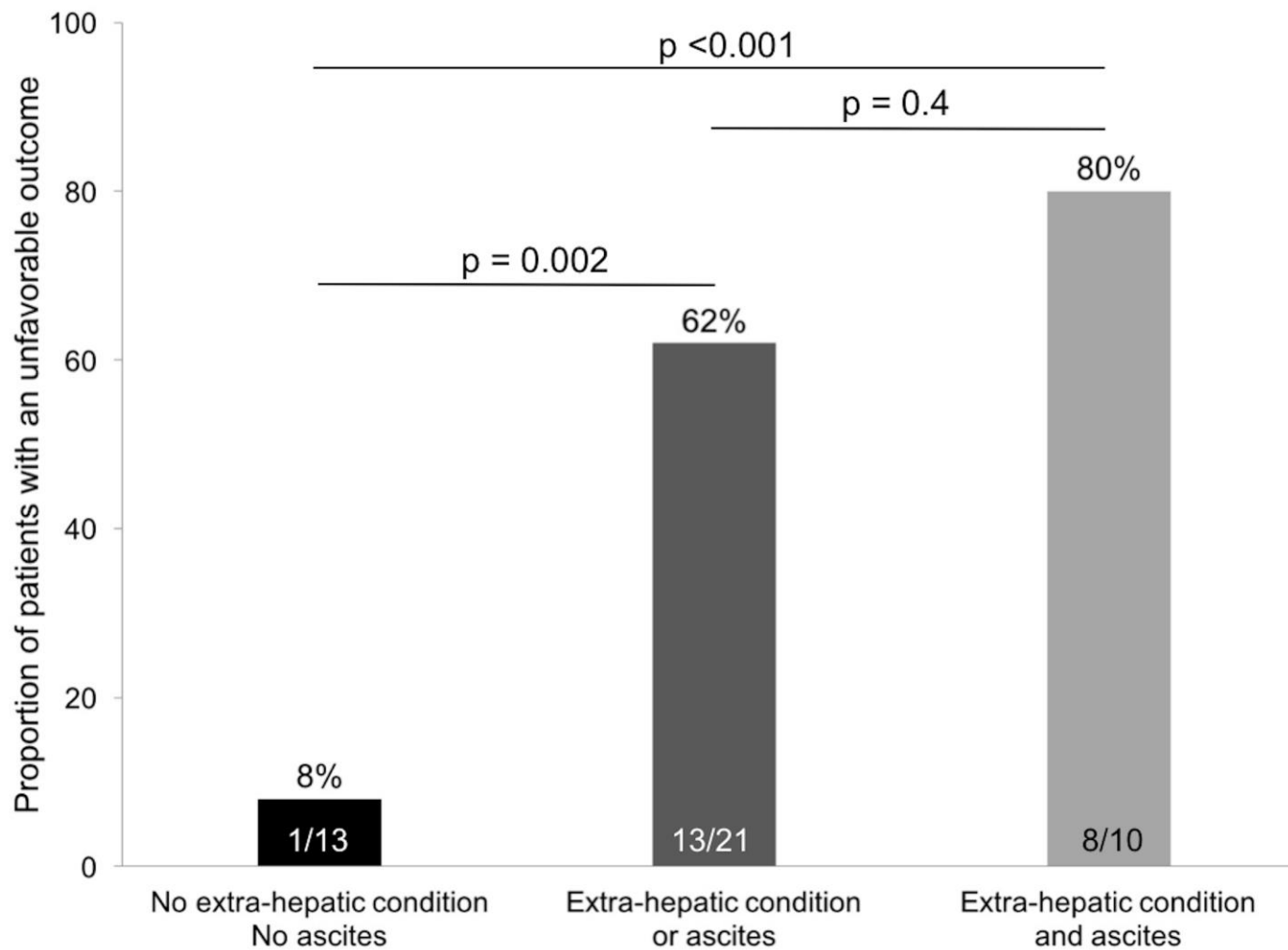
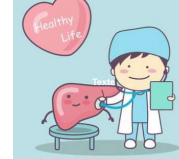
Décès à 6 mois (9%)



33% (créat $\geq 100 \mu\text{mol/L}$) vs. 0% (créat $< 100 \mu\text{mol/L}$)

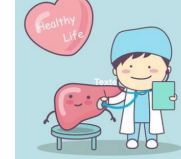


Complications et/ou décès

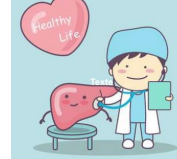


Quelles sont les mesures à prendre avant et après la chirurgie chez un patient ayant une maladie vasculaire du foie ?

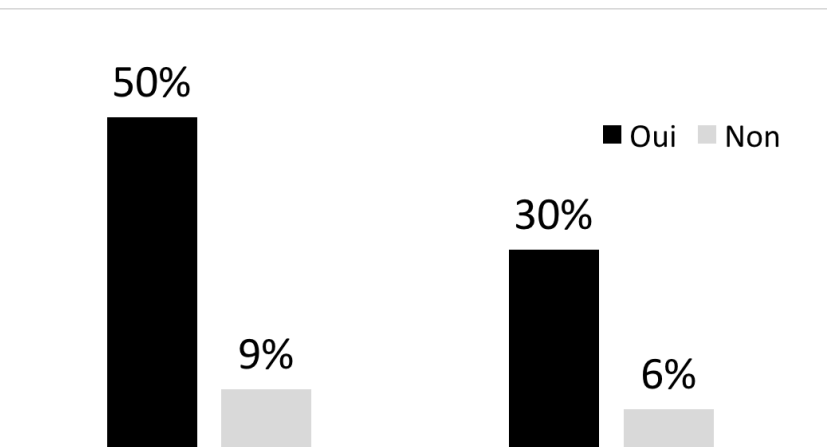




	Syndrome de Budd Chiari	Cavernome	Maladie porto-sinusoidale
Syndrome myéloprolifératif	40-50%	21-31%	10-15%
SAPL	4-25%	8-12%	4-8%
Mutation facteur V Leiden	6-32%	3-5%	0%
Mutation G202101 de la prothrombine	5-7%	10-14%	3%
Déficit en protéine C	4-30%	1%	3%
Déficit en protéine S	3-20%	5%	3%
Déficit en antithrombine	3-23%	2%	0%



Maladie porto sinusoidale Hémorragies post-opératoires **22%**

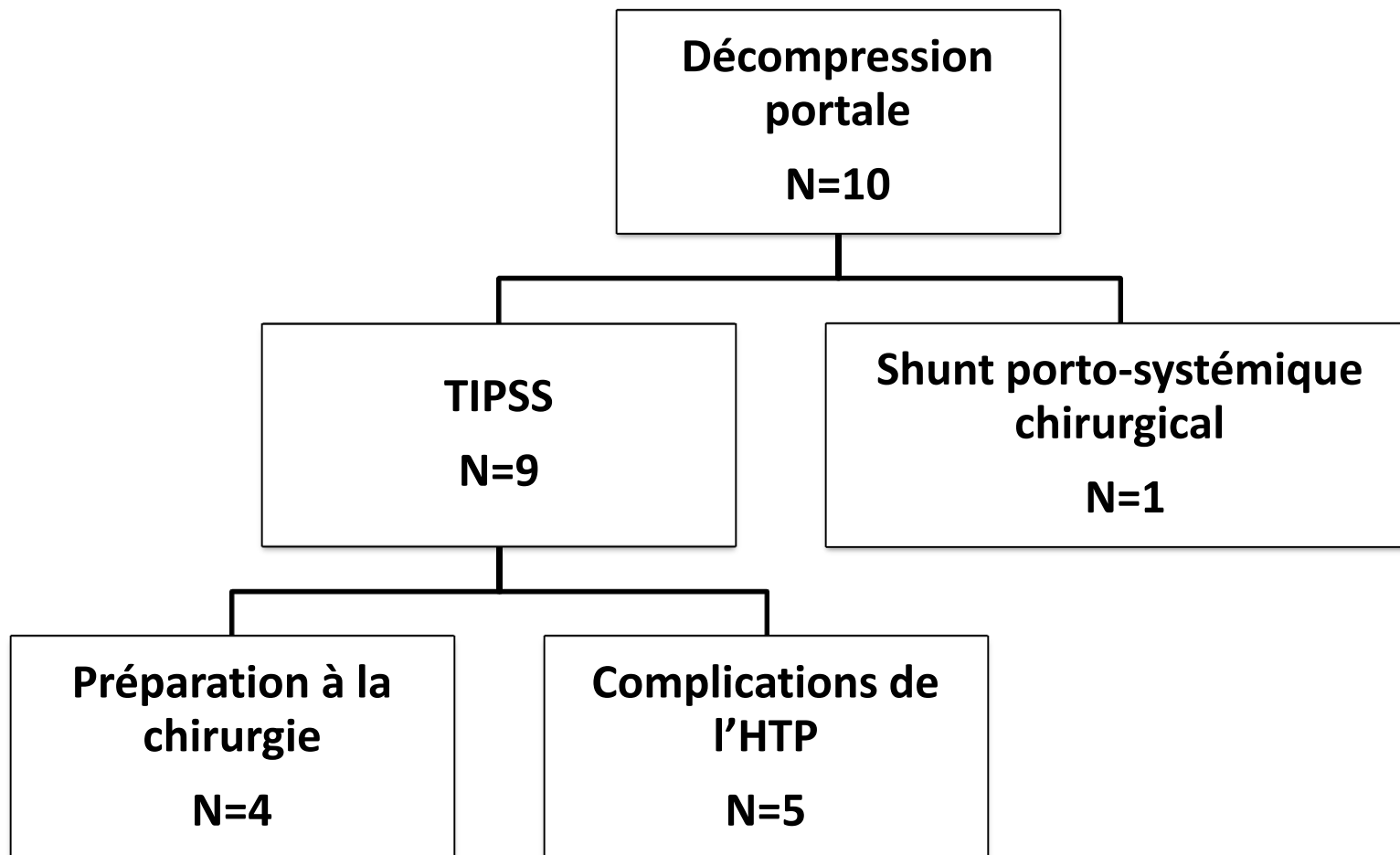
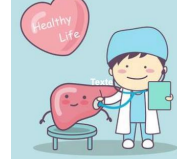


Syndrome de Budd-Chiari

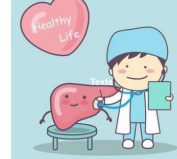
- 50% des hémorragie surviennent après une procédure invasive

Arrêt transitoire (si possible) des anticoagulants et des anti-aggrégants plaquettaires
Collaboration avec les spécialistes de l'hémostase

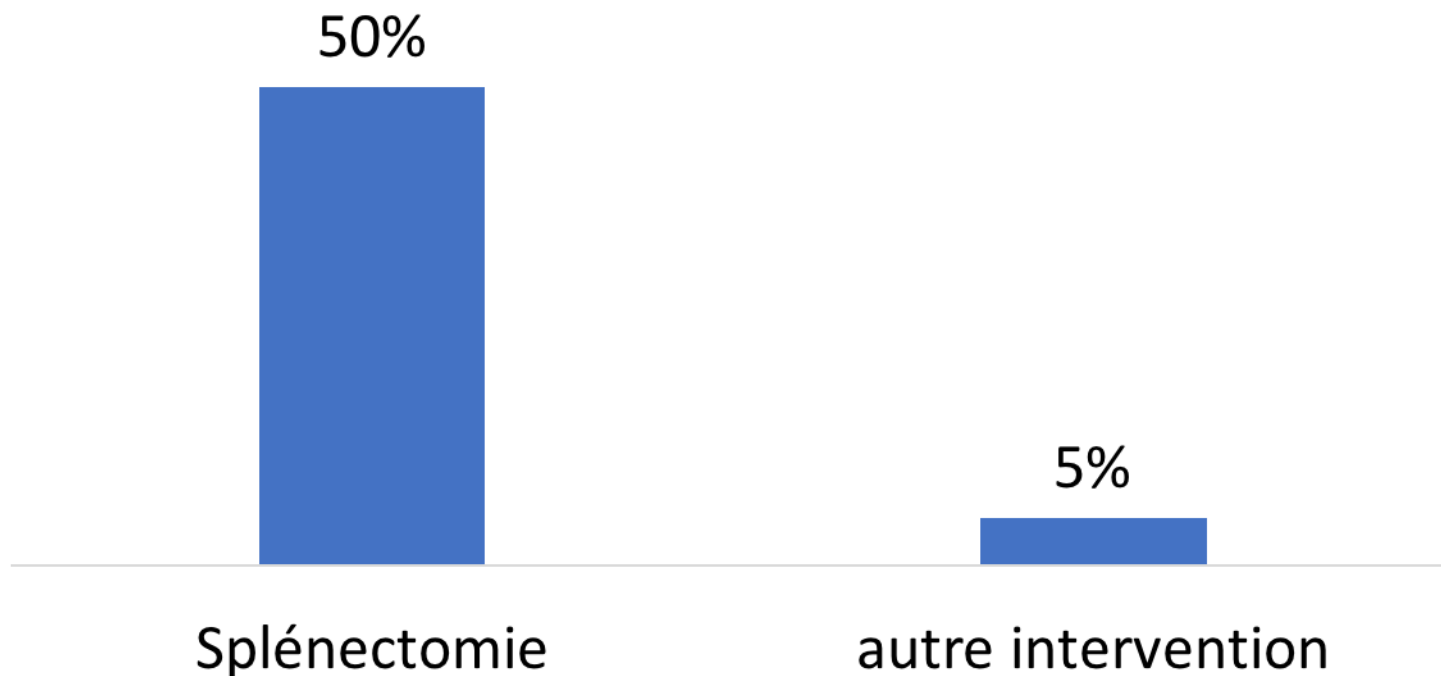
Prévenir les complications de l'HTP: décompression portale avant la chirurgie



Pas d'association entre la décompression portale et l'évolution post-opératoire

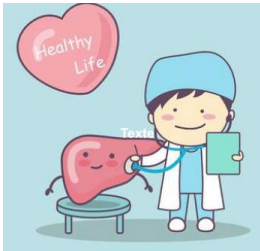


Thrombose porte après chirurgie (n=5) Délai médian 28 jours post opératoire



Dépistage de la thrombose porte après splénectomie?

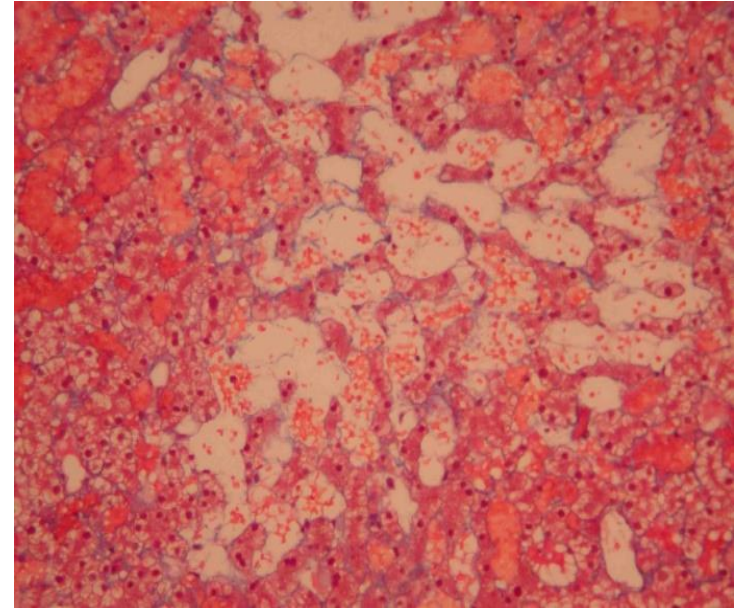
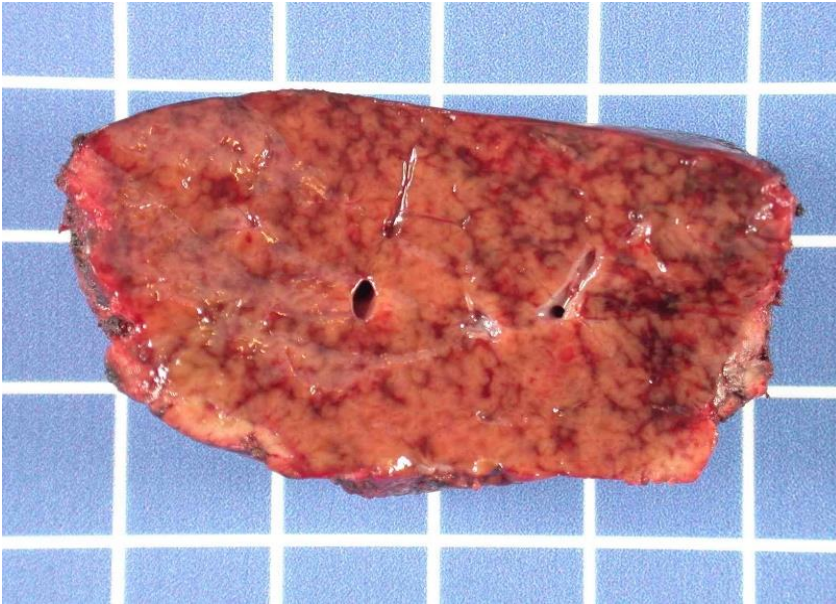
- Morbidité après chirurgie abdominale
 - Cavernome : pas de données
 - Population générale < HTP non cirrhotique < cirrhose
- Les complications sont fréquentes:
 - Cavernome: hémorragie au 1^{er} plan
 - MVPS: complications de l'hypertension portale
- Rapport bénéfice / risque



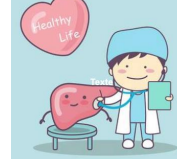
Résection de métastases hépatiques de cancer colorectal

Quels signes doivent me faire suspecter une maladie vasculaire chez un patient présentant des métastases hépatiques d'origine colorectale ?





- Lésions hépatiques après chimiothérapie par oxaliplatine 60%
 - Lésions sinusoidales: SOS, dilatation sinusoidale, péliose
 - Hyperplasie nodulaire régénérative 25%



Facteurs de risque

- Nombres de cycles (>6)
- Effet protecteur du Bevacizumab

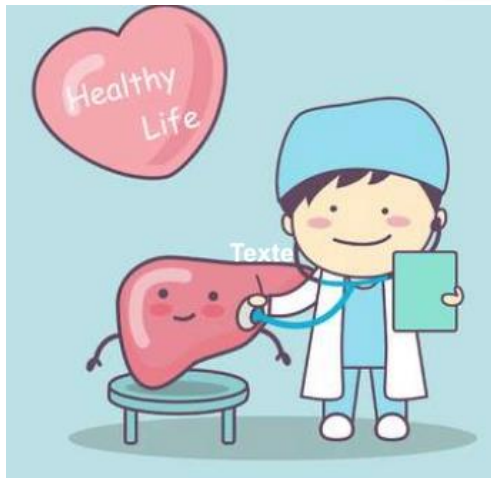
Diagnostic non invasif

- Plaquettes <100 G/L
- APRI (ASAT/plaquettes) > 0.36
- Augmentation de la taille de la rate

Diagnostic

- Biopsie hépatique (foie non tumoral)

Qu'est-ce que la présence de
lésions vasculaires change la prise
en charge chirurgicale de
métastases hépatiques d'origine
colorectale ?



1. En pré-opératoire



- Moins bonne hypertrophie après embolisation portale pré-opératoire (Narita, Surg Today 2011)
- Cut-off du volume du futur foie restant en cas de chimiothérapie intensive > 6 cures : > 48% (Narita, ASO 2012)
- Réversibilité du SOS : Après au moins 9 mois sans chimiothérapie (Vigano J Hepatol 2017)

2. En post-opératoire



- Augmentation de la morbidité post-opératoire
- Augmentation des complications hépatiques spécifiques, y compris l'insuffisance hépatique
- Augmentation par un facteur 3



Suspecter un SOS

Plaquettes, APRI, GGT, rate

Confirmer le SOS

Biopsie foie non tumoral

Adapter la préparation

Embolisation portale systématique

Attendre plus longtemps

Exiger >40% volume FFR

En post-opératoire

Rester vigilant

Dépister les complications infectieuses

Savoir contre-indiquer ...

- **Traitements chirurgicaux des complications des maladies vasculaires du foie**
 - Rares, mais nécessité de maintenir la compétence dans des centres experts
- **Chirurgie abdominale et maladies vasculaires du foie**
 - Risque important de complications
 - La décision doit être prise au cas par cas
- **Résection de métastases hépatiques de cancer colorectal**
 - Les lésions vasculaires secondaires à la toxicité de l'oxaliplatine doivent être diagnostiquées car leur présence change la stratégie



Nécessité d'une collaboration médico-chirurgicale étroite

