



EVOLUTION SIMPLE ET COMPLIQUEE DES HEPATECTOMIES

Clément GAYET

INTRODUCTION

AU COURS DES 20 DERNIERES ANNEES

- Augmentation du nombres d' hépatectomies
- Amélioration de la technique
- morbidité et mortalité ont fortement diminuées

- Mortalité **0-5 %**

- Morbidité : **30-50 %**

fonction du type d'hépatectomie

fonction du parenchyme sous jacent

PLAN

➤ **EVOLUTION SIMPLE**

- SIGNES BIOLOGIQUES
- RETENTISSEMENT HEMODYNAMIQUE
(HTP temporaire)
- SURVEILLANCE CLINIQUE
- FACTEURS DE MORBIDITE

➤ **EVOLUTION COMPLIQUEE**

- COMPLICATIONS TOUTES PATHOLOGIES CONFONDUES
- PARTICULARITE DES « FOIES PATHOLOGIQUES »

EVOLUTION SIMPLE

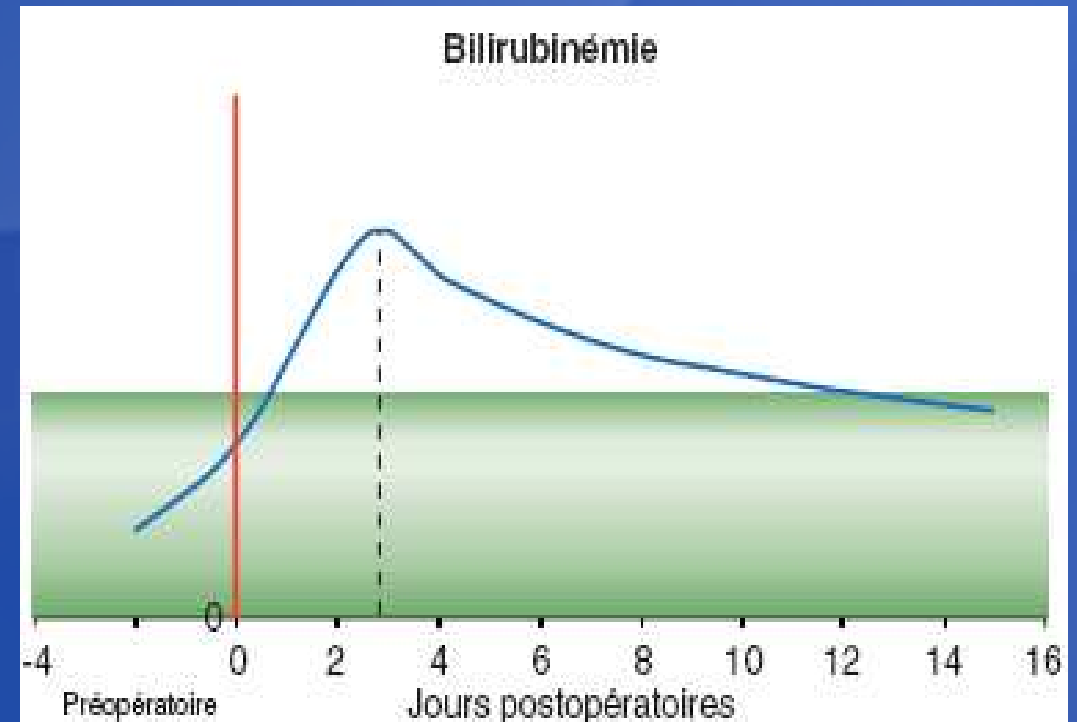
SIGNES BIOLOGIQUES D'UNE EVOLUTION SIMPLE

- Résultent de la diminution de la masse fonctionnelle et de la régénération compensatrice.
- Dépendent de la quantité de foie restant et de son état antérieur

→ cinétique habituelle des dosage enzymatique

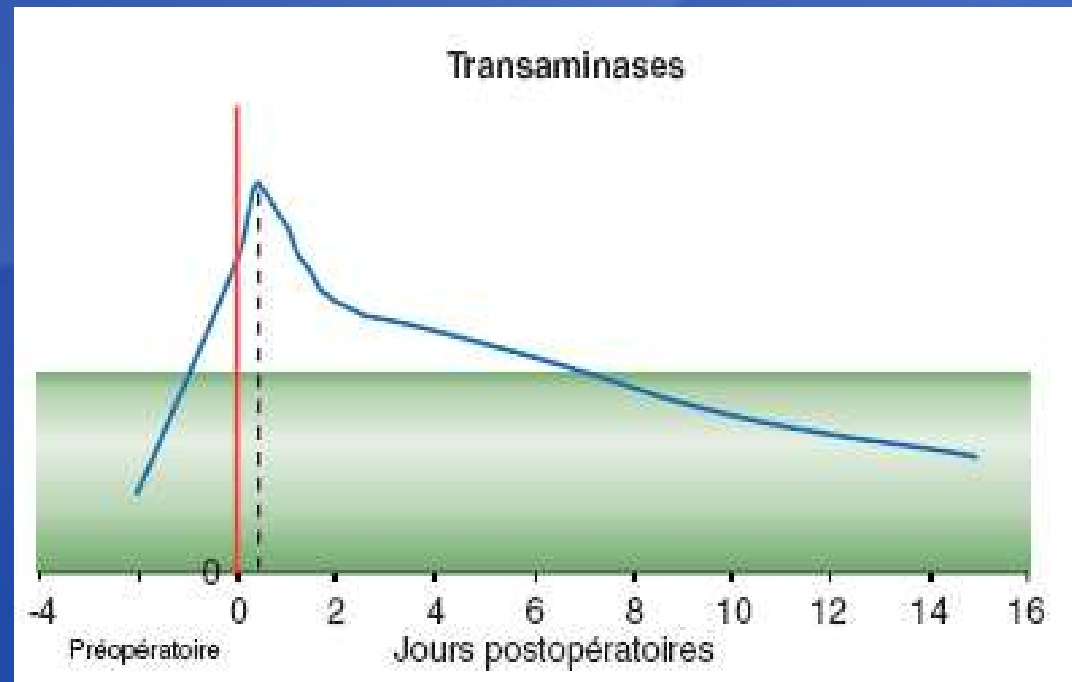
Bilirubinémie

- Elévation rapide
- Pic entre 48-72 H
- Diminution progressive mois suivants



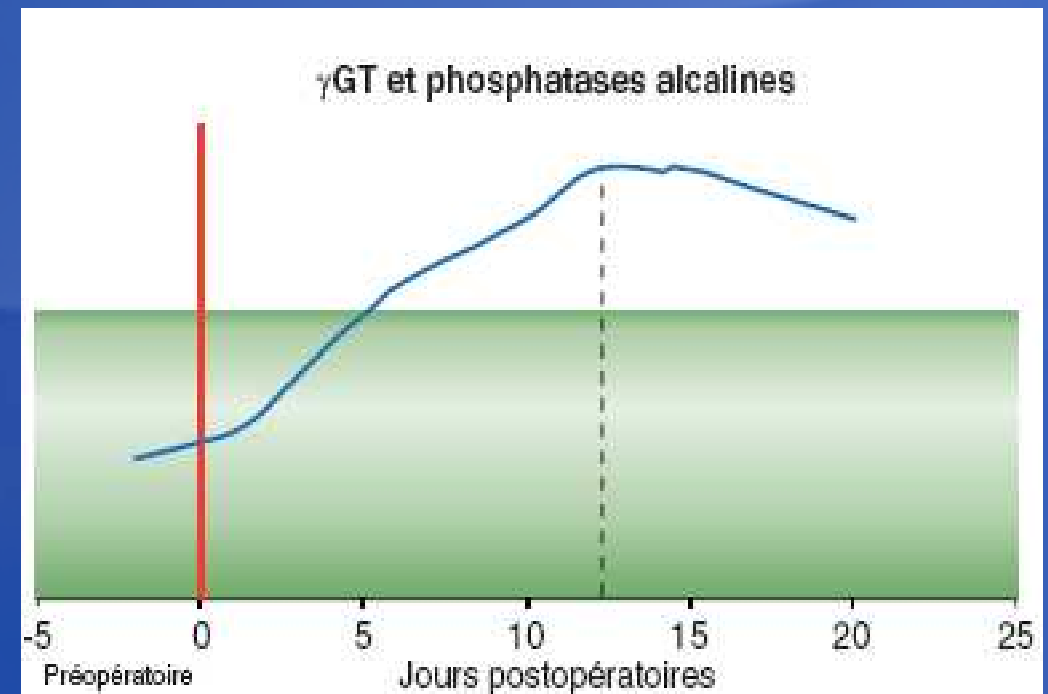
ASAT et ALAT

- Pic premières heures
- **Témoin souffrance ischémique du foie restant**
- Corrélé à la durée de clampage +++



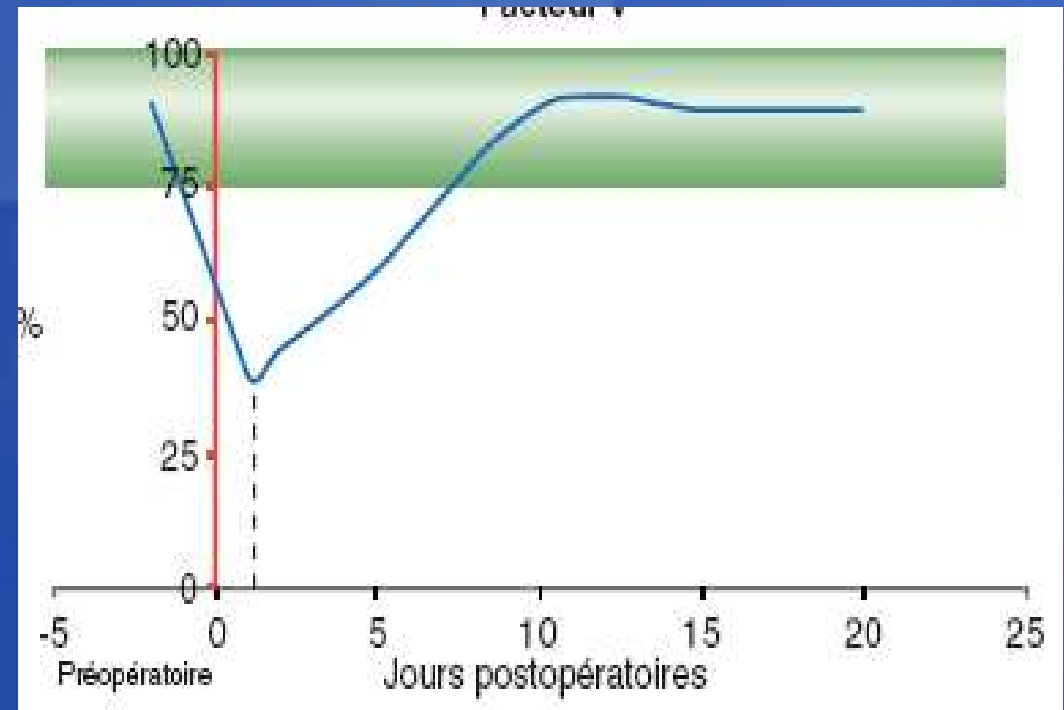
γ GT et PAL

- Elévation progressive J3-J5
- **Reflet régénération hépatique**
- Peut persister plusieurs mois



FACTEUR V

- Baisse dès J1
- Ré-ascension à 48 H
- Normalisation à J 10
- Traceur Spécifique IHC
 - évolutivité
 - et gravité



Baisse TP & albumine

TP = reflet de la **proportion réséquée**

- Taux au plus bas à J 1
- Retrouve sa valeur antérieure **en 1 semaine**

ALBUMINE = Témoin de la **fonction** hépatique

- Baisse maximale à J5
- Normalisation très progressive

Intérêt pratique des dosages biologiques

Le 50 / 50

A J5 la présence simultanée d'un TP < 50% et d'une bilirubinémie > 50 $\mu\text{mol} / \text{L}$ est un facteur prédictif d'une mortalité > 50%

RENTENTISSEMENT HEMODYNAMIQUE :

HTP temporaire

- Totalité du flux portal irrigue un volume parenchymateux réduit
- **Hypertrophie Splénique dès J10**
- Persiste 3 mois
- Retour à la normale au bout de 1 an

SURVEILLANCE CLINIQUE D'UNE EVOLUTION SIMPLE

- nausées vomissements : SNG inutile
- Douleurs
 - Utiliser paracétamol avec précaution
 - Distinguer effets secondaires de la morphine de l'encéphalopathie post-hépatectomie
- Fièvre inexpliquée : 2-10%
- DIURESE +++(syndrome hépatorénal et défaut remplissage)

Facteurs de morbidité

- **Pertes sanguines supérieures à 2000 ml**
- **Transfusion sup à 4 CG**
- **Durées et modes de clampage +++++**
 - Résection extra hépatique associée
 - Hépatopathie sous-jacente
 - Chimiothérapie pré op
 - Classe ASA
 - Co-morbidité associée

EVOLUTION COMPLIQUEE

PRINCIPALES COMPLICATIONS

- 1) Pariétales
- 2) Septiques
- 3) Vasculaires
- 4) Pulmonaires
- 5) Thrombo-emboliques
- 6) Biliaires
- 7) Insuffisances hépatocellulaires
- 8) Complications tardives

1) Complications pariétales

• Abscès de paroi → 6%

• Eviscération → 1,5%

Favorisée par l'existence d'une ascite mal drainée

2) Complications septiques

➤ **Collection intra abdominales**

habituellement dans les premiers jours

➡ bon positionnement des drains



➤ **Abcès sous phrénique ou loge d'hépatectomie : 5%**

- Hoquet, fièvre, signes respiratoires, hyperleucocytose
- Traitement :
 - Evacuation+drainage (percutané sous contrôle radio)
 - ATB adaptés au prélèvement

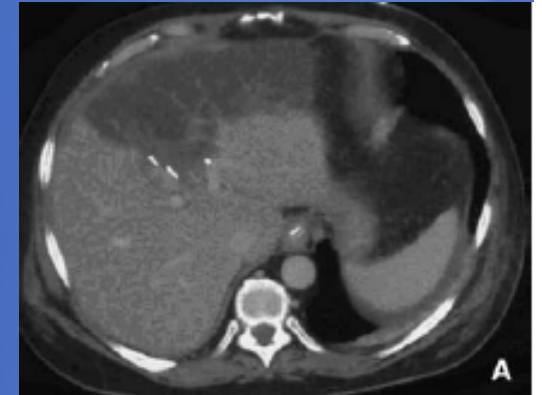
3) Complications Vasculaires

➤ Hypovasculatisations :

- **Limitée (segmentaire) :** surveillance
- **Étendue:** signes biologiques de nécrose
évolution vers l'abcès : Reprise chirurgicale
- **Diffuse :** signe d 'IHC mettant en jeu le pronostic vital

clampages prolongés sur foie pathologiques ou associés à des troubles hémodynamiques per-opératoires

➤ Hypertension portale : normale au départ ; temporaire



➤ Thromboses portales

- Traumatisme local lors de la chirurgie
- Pathologies thrombogènes.

➤ Insuffisance du retour veineux

- Bascule du foie restant dans l'HCD → congestion veineuse hépatique et syndrome de Budd-Chiari
- Prévention par plusieurs moyens
 - Fixation du foie restant par le ligament falciforme +++
 - Ascension de l' angle colique droit
 - Epiploplastie



4) Complications pulmonaires

- **Épanchement pulmonaire**
 - si résection hépatique droite / proche du diaphragme
 - Evacuation par ponction si symptomatique
- **Atélectasie**

5) Complications thrombo-emboliques

Prévalence 2,5 – 7 %

Favorisée par le cancer

Prévention par bas de contention
HBPM dès que possible

6) Complications biliaires

Un des problèmes majeurs post opératoires complique **entre 3 - 10 % des hépatectomies**

- Fistule biliaire
- Cholépéritoïne
 - Biliome

Fistule biliaire

- Fuite sur la tranche de section
- Peut se tarir spontanément si bien drainée
- Si elle a un débit important il faut rechercher un obstacle sur la voie biliaire

- **Traitement**

- Soins cutanés de protection +++
- Cholestyramine / sandostatine
- Décompression biliaire par drainage transhépatique.

— **Tarir la fistule / diminuer son débit avant d'envisager une reprise chirurgicale**

Cholépéritoine

- **Fistule biliaire mal drainée → ascite biliaire**
 - Agressivité de la bile vis à vis du péritoine
 - Surinfection de la bile =péritonite biliaire
(décès : 40 - 50 %)
- **Réintervention pour repérage et drainage de la fistule**

Biliome

- bile + sang au niveau de la tranche de section
 - Collection au niveau de la loge d' hépatectomie
 - Douleur ,fièvre ,signes pulmonaires
- drainage percutané rapide pour éviter la surinfection + prélèvement bactériolo

7) Insuffisance Hépato-Cellulaire

➤ Ictère

➤ Ascite

- Abondance corrélée au degré d' IHC
- Favorisée par
 - Hypoalbuminémie pré- op
 - HTP
 - Rétention hydrosodée.
 - Inflammation post opératoire du péritoine
- Augmente les risques de complications pariétales.

➤ Encéphalopathie

- 1 – 5 % des hépatectomies; 1/3 des décès post op +++
- « Syndrome du trop petit foie restant »
Survient après une résection sup a 80 % (foie sain)
et si capacités de régénération du foie est trop faible

➤ Défaillance hépatique post opératoire

Critères prédictifs simples et fiables :

Bili >50 +TP < 50%

J 3 : 20 % †

J5 : >50% †

8) Complications tardives

- Sténose biliaire
- Récidive de la maladie
- Complication pariétale

COMPLICATIONS :CAS PARTICULIERS

1) FOIE DE CIRRHOSE

2) FOIE CHOLESTATIQUE

3) FOIE STEATOSIQUE

4) ATCD DE CHIMIOOTHERAPIE

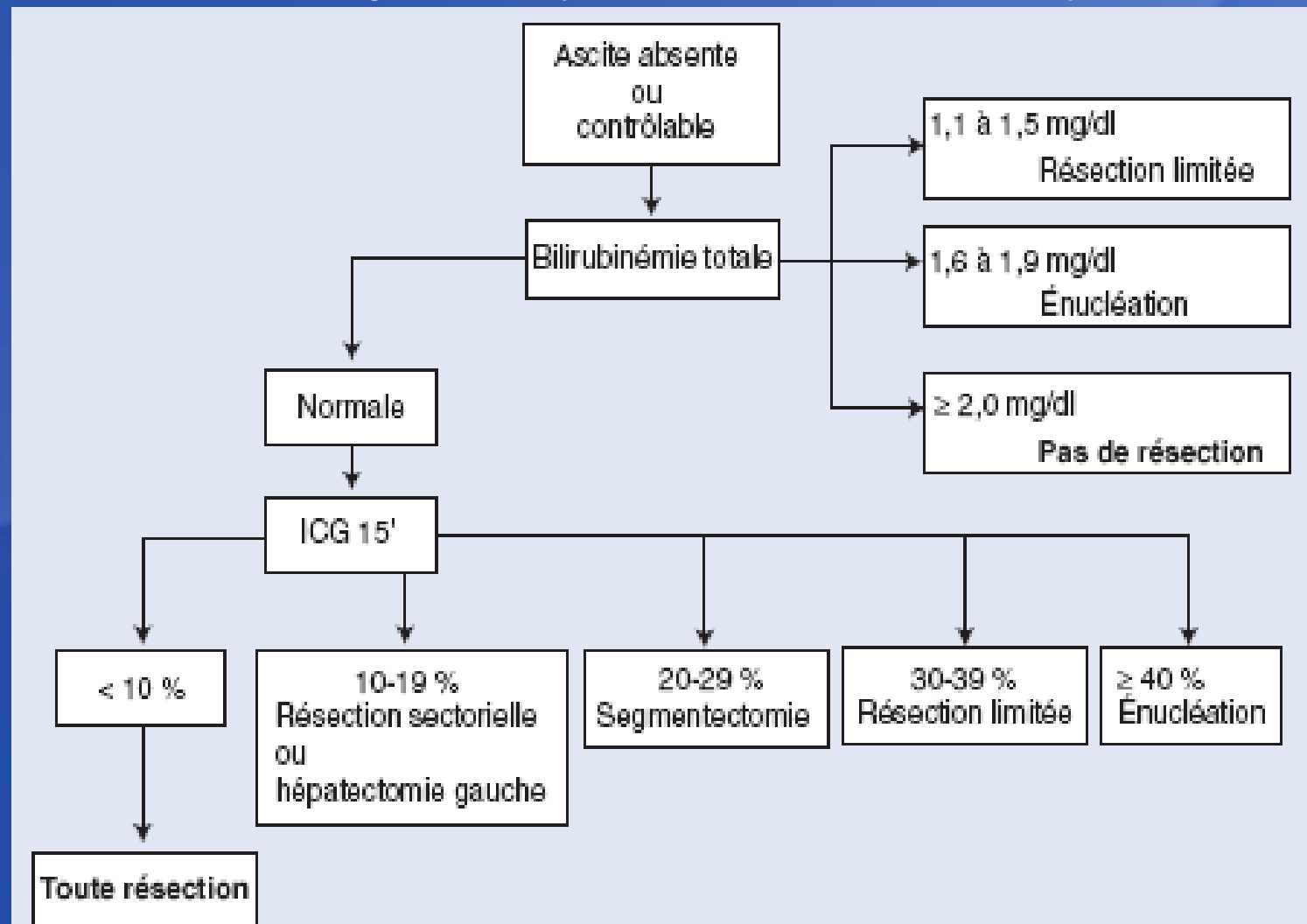
1) FOIE DE CIRRHOSE

- 30 – 60 % de morbidité
- Mortalité jusqu'à 40%
- Pertes sanguines plus élevées
- Ascite plus fréquente
- Régénération hépatique plus lente
- Risque majeur d' IHC
- Décompensation rénale, pulmonaire, cardiaque

➤ Intérêt des marqueurs de risque

- Score de child
- Volumétrie hépatique préopératoire ++++
- Clairance du vert d'indocyanine (score de Makuuschi)

mortalité
comparable
aux patients
non cirrhotiques



2) FOIE CHOLESTATIQUE

- Mortalité 10 – 15 %
- Morbidité de 30 – 45 %
- État chronique pro inflammatoire
- Haut risque de défaillance hémodynamique et rénale
- Difficultés de différentiation précoce entre IHC et cholestase.
 - Dosage de l'acide hyaluronique à J1 J7 > 500

3) FOIE DE STEATOSE

- Mortalité de 14% en cas de stéatose marquée
- Morbidité de 45 – 60 %
- Corrélation entre degré de stéatose et complication
- Risque d' infection plus important
- Régénération précoce plus faible

4) ATCD DE CHIMIOOTHERAPIE

- Morbidité plus élevée > 35 %
- Mortalité identique

bibliographie

L. Capussotti ,Liver resection for hepatocellular carcinoma on cirrhosis; *ejs* 2005

Belghiti , Seven Hundred Forty-Seven Hepatectomies in the 1990s:An Update to Evaluate the Actual Risk of Liver Resection;*J Am Coll Surg* 2000

Virani,Morbidity and Mortality after Liver Resection:Results of the Patient Safety in Surgery Study; J Am Coll Surg 2007

Esaki, Randomized clinical trial of hepatectomy using intermittent pedicle occlusion with ischaemic intervals of 15 versus 30 minutes;Br J Surg 2006

Belghiti ,The “50-50” on postoperative day 5. An accurate predictor of liver failure and death after hepatectomy.;Ann Surg 2005

Durand fontanier, Conséquences des hépatectomies; emc hépatologie

Akinobu Taketomi ,Trends in Morbidity and Mortality after Hepatic Resection for Hepatocellular Carcinoma: An Institute’s Experience with 625 Patients;J Am

Coll Surg 2007

C.L. Liu ,Abdominal drainage after hepatic resection is contraindicated in patients with chronic liver disease Ann Surg 2004