

HYPERTENSION PORTALE ET CHIRURGIE GENERALE

KHAMPHOMMALA LITAVAN

DES CHIRURGIE VISCERALE

Département de Chirurgie Viscérale. Rennes

Journées DESC/SCVO Nantes janvier 2003

INTRODUCTION

Concerne au moins 10% des patients atteints d'une hépatopathie chronique

Mal codifiée (rapport de l'AFC en 1993)

Complications et FDR de mortalité communs

Implications thérapeutiques dans:

- la chirurgie des voies biliaires**
- La chirurgie gastrique**
- La chirurgie colo-rectale**

Le décor

- **HTP sans Insuffisance Hépato-cellulaire**
 - **Blocs pré-hépatiques**
 - **Blocs sus-hépatiques**
- **HTP avec Insuffisance Hépato-cellulaire**

MORTALITE

SERIE	Nombre de patients	Mortalité* (%)	Morbidity (%)
GARRISON (1984)	100	30	-
SIRINEK (1987)	51	8	28
ZARSKI (1988)	55	23	37
JAKAB (1993)	34	21	-
WONG (1994)	77	18	28
MANSOUR (1997)	92	30	-
CARBO (1998)	68	21	-
ZISER(1999)	733	11,6	30,1

* Taux de mortalité globale, quelque soit le degré d'IHC et quelque soit le type d'intervention

MORTALITE

1-Corrélée au degré d 'IHC

2- Varie également en fonction de la pathologie traitée

3- Plus élevée en cas d'intervention réalisée en urgence

MORBIDITE

1-HEMORRAGIES DIGESTIVES

2-HEMORRAGIES INTRA-PERITONEALES

3-ASCITE

4-INSUFFISANCE RENALE

5-ICTERE

6-INFECTIONS

7-INSUFFISANCE HEPATIQUE

CHIRURGIE DES VOIES BILIAIRES

PATHOLOGIE

la lithiase vésiculaire est observée chez 17 à 29% des sujets cirrhotiques

MORTALITE

**9% toutes classes de CHILD confondues
fonction de la pathologie traitée**

MODE OPERATOIRE

cholécystectomie classique /laparoscopique

drainage

traitement de la lithiase de la voie biliaire principale

CHIRURGIE DE L'ESTOMAC

PATHOLOGIE

hémorragies gastriques, des perforations et la pathologie néoplasique

MORTALITE

25 et 33% dans la littérature

3 facteurs: chirurgie d'urgence, intervention septique, hémorragique

MORBIDITE

complications post-opératoires dans 55% *

MODE OPERATOIRE

choix de la technique la plus simple pour les malades les plus fragiles

lymphadénectomie réduite à un curage D1 en cas de néoplasie

CHIRURGIE COLO-RECTALE

PATHOLOGIE

voisine de celle de la population générale

MORTALITE

22% à 55%

FdR: intervention en urgence et ascite pré-opératoire

MORBIDITE POST-OPERATOIRE

ascite

fistules

MODE OPERATOIRE

2 controverses: stomie de protection / drainage

TRAITEMENT DE L'ASCITE

Facteur de mauvais pronostic

Intérêt de l'assèchement pré-opératoire

Intérêt du TIPS pré-opératoire

dérivation per-opératoire ?

CONCLUSION

- **HTP : FDR de mortalité et de morbidité après chirurgie digestive extra-hépatique**

principaux FDR pré opératoires :

IHC

Urgence

Ascite

- **l'indication doit être formelle mais le mode opératoire reste inchangé**

préparation pré-opératoire est essentielle :

Sevrage en cas de cirrhose alcoolique

Assèchement d'une ascite pré-opératoire

Nutrition pré-opératoire