

**TRAITEMENT
MEDICAL ET RADIOLOGIQUE
DES COMPLICATIONS
DE L'HYPERTENSION PORTALE**

-Doru MOGA-

**Département de Chirurgie Viscérale
PONTCHAILLOU-RENNES**



COMPLICATIONS DE L'HYPERTENSION PORTALE:

- HEMORRAGIE DIGESTIVE
 - varices œsophagiennes (VO) - 80% des cas

- ASCITE (dans une contexte d'IHC)

- ENCEPHALOPATHIE HEPATIQUE

TRAITEMENT:

- MEDICAL:

- PHARMACOLOGIQUE

- ENDOSCOPIQUE

- RADIOLOGIQUE

- CHIRURGICAL

PHARMACOLOGIQUE:

1. Bêtabloquants

2. Dérivés nitrés

3. Vasopressine et dérivés

4. Somatostatine et dérivés

5. NovoSeven



PHARMACOLOGIQUE:

Bêtabloquants

- réduisent le débit sanguin splanchnique:
 - vasoconstriction splanchnique
 - réduction du débit cardiaque
- contre-indications:
 - maladies obstructives pulmonaires chroniques sévères
 - bradycardie < 50 ; HTA < 80 mmHg
 - sténose Aortique
 - maladies artérielles périphériques
- réduisent le risque de rupture des VO, sans avantage sur la survie
- effets secondaires (30-40% des cas):
 - en règle mineurs (asthénie, sd. de Raynaud)

PHARMACOLOGIQUE:

Dérivés nitrés

- diminution du gradient de pression hépatique
- diminution de la pression portale
- diminution de la pression intra-variqueuse

- contre-indications:- glaucome
- **effets secondaires**:- céphalées
 - hypotension artérielle

Vasopressine et dérivés

- diminution de la pression portale
- diminution du débit sanguin azygos
- diminution de l'index cardiaque
- augmentation de la pression artérielle sanguine

- contre-indications absolues:- grossesse, choc septique
- **effets secondaires**:- ischémie myocardique
 - arythmie cardiaque

PHARMACOLOGIQUE:

Somatostatine et dérivés

- une diminution du débit sanguin splanchnique
- une diminution du débit sanguin azygos
- une faible action sur la pression portale

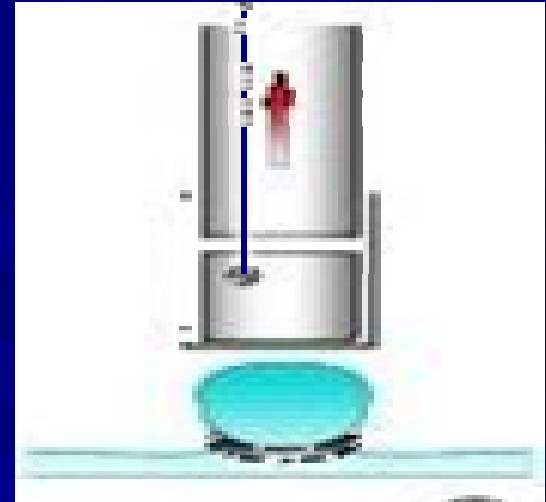
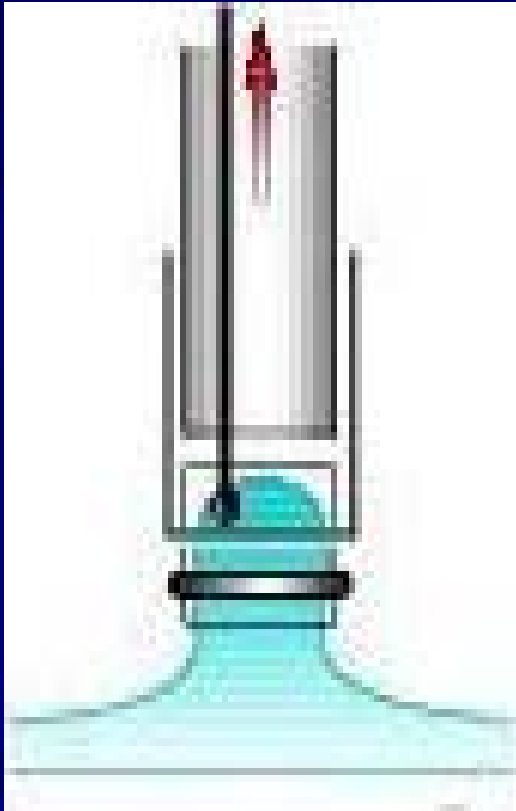
- contre-indications:- grossesse, allaitement

NovoSeven

- facteur de coagulation VIIa recombinant
- produit par génie génétique

- normalise la coagulation (TP)
- améliore le contrôle de l'hémorragie

ENDOSCOPIQUE:



ENDOSCOPIQUE:

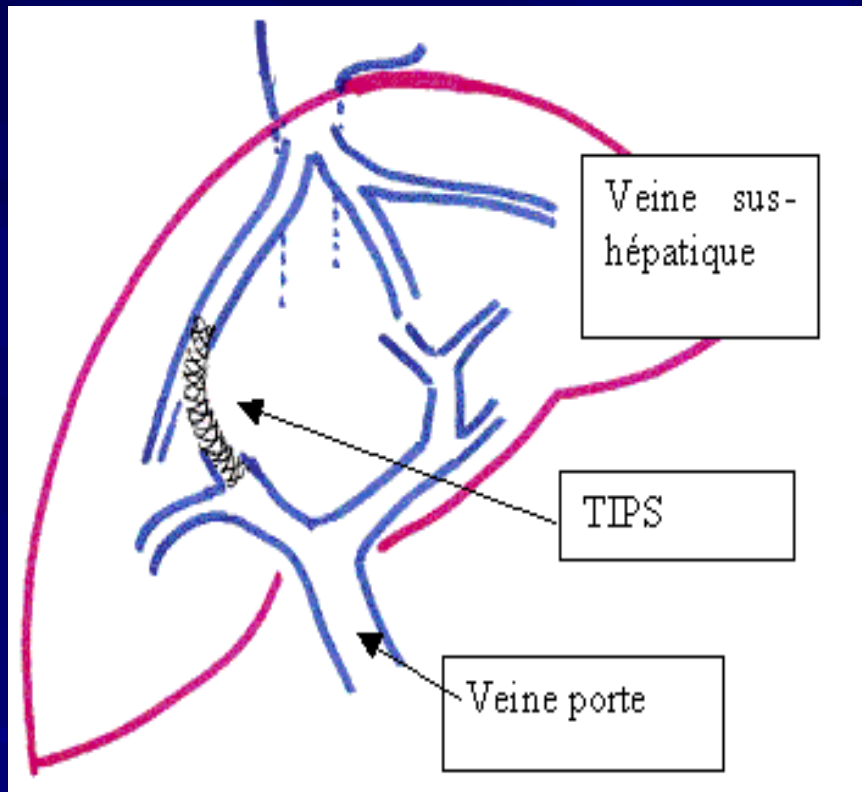
Sclérothérapie

- injection intravariqueuse, sous-muqueuse, paravariqueuse,
- Polidocanol, Hystoacryl
- complications graves (5-25% des cas):
 - perforations œsophagiennes
 - pneumopathie d'inhalation
- **reste indiqué** quand:
 - l'équipement pour ligature ce n'est pas accessible
 - les varices sont trop petites pour être aspirées

Ligature élastique

- aussi performante que la sclérothérapie pour l'hémostase initiale
- **plus performante que la sclérothérapie en terme de:**
 - récurrence hémorragique
 - mortalité
 - rapidité d'éradication des VO
- **les complications sont plus rares**

RADIOLOGIQUE:



RADIOLOGIQUE:

Transjugular intrahépatique porto-systemic shunt

- décompression du système portal:
 - prévention de la récurrence hémorragique
 - arrêt de l'hémorragie
 - réduction de l'ascite
- contre-indications absolues:
 - prévention primaire d'une hémorragie
 - insuffisance cardiaque droite
 - foie poly-kystique
 - encéphalopathie hépatique chronique sévère
- contre-indications relatives:
 - CHC (central)
 - obstruction de toutes les veines hépatiques
 - thrombose portale

RADIOLOGIQUE:

- complications:
 - **dysfonction** (thrombose, occlusion et sténose)
 - lésion de la capsule hépatique
 - **encéphalopathie** - le risque est maximal dans les premières 3 mois
 - migration du stent

- inconvénient majeur = hyperplasie de la néo-intima (sténose dans 60% des cas à 1 an et 80% à 2 ans)

Embolisation des varices œsophagiennes

- Voie d'abord trans-ombilicale, trans-jugulaire, percutanée
- Au travers d'un TIPS

COMPLICATIONS DE L'HYPERTENSION PORTALE:

- HEMORRAGIE DIGESTIVE:

- prévention primaire
- traitement hémostatique
- prévention secondaire

- ASCITE

HEMORRAGIE DIGESTIVE - prévention primaire

Bêtabloquants

- Propranolol retard 80-160 mg/jour
- en cas d'effets secondaires, Nadolol 80 mg/jour
- l'objectif est de réduire de 25% la fréquence cardiaque (pression portale < 12 mmHg)

Dérivés nitrés

- la monothérapie en 1-ère intention n'est pas indiquée
- 5-mononitrate d'isosorbide 20-40 mg x 2/jour
- réduisent le risque de la rupture des VO, mais la survie est moins bonne que pour les bêtabloquants

HEMORRAGIE DIGESTIVE - prévention primaire

Bêtabloquant + Dérivés nitrés

- le but principal est de potentialiser l'effet du Propanolol, afin de réduire la proportion de sujets non répondeurs
- l'efficacité reste élevée mais on augmente les effets secondaires

Ligature élastique

- s'il existe:
 - une contre-indication
 - une mauvaise observance
 - intolérance aux bêtabloquants
- l'éradication des varices nécessite:
 - 1 à 2 élastiques par cordon variqueux (< 5 à 8 élastiques par séance)
 - 2 à 3 semaines entre 2 séances
 - l'éradication en 4 à 6 séances

HEMORRAGIE DIGESTIVE - épisode aigu

- traitement vasopresseurs - doit être commencé lorsque le diagnostic est cliniquement probable et poursuivi 2-5 jours

Vasopressine et dérivés:

- Vasopressine - complications dans 50% des cas
- Terlipressine (analogue synthétique de la vasopressine)
 - 1-2 mg toutes les 4 heures

Somatostatine et dérivés:

- Somatostatine:
 - tolérance excellente
 - 250 µg/h
- Octréotide
 - 25 µg/h

HEMORRAGIE DIGESTIVE - épisode aigu

Traitement spécifique de l'hémorragie:

- une endoscopie digestive haute + techniques d'hémostase
 - si l'hémorragie n'est pas contrôlée, dès que possible
 - si le malade est stable - délai de quelques heures

Ligature élastique: - technique de choix

- arrêt de l'hémorragie dans 90% des cas

Sclérothérapie:

- Supérieure sur l'hémostase initiale et la récurrence hémorragique/ sonde de tamponnement
- Pas de réduction significative de la mortalité
- endoscopie contrôle après 4-6 jours

HEMORRAGIE DIGESTIVE - épisode aigu

- Association méthodes endoscopiques et vasopresseurs:
 - contrôle l'hémorragie en 90% des cas
 - diminution de la récurrence à la 48 h
 - pas de bénéfice sur la mortalité

En cas de persistance ou de récurrence précoce de l'hémorragie - nouvelle endoscopie.

Si l'hémorragie n'est pas contrôlée:

Radiologie interventionnelle:- TIPS réalisable dans 95% des cas

- effet clinique dans 90% des cas

Tamponnement œsophagien (Blackemore, Linton);

- efficace dans 85% des cas
- rarement bien toléré
- récurrence fréquente au dégonflage (50% des cas)
- nombreuses complications iatrogènes (10-30% des cas)

Traitements chirurgicaux:- pour Child A et B

HEMORRAGIE DIGESTIVE - épisode aigu

Traitements associés:

Infections:

- affecte 25-50% des malades en période d'hémorragie
 - infections bactériennes graves (septicémie)
 - infections du liquide d'ascite
- antibioprophylaxie systématique (Ofloxacine 200 mgx2/jour, Norfloxacine 400 mgx2/jour, Amoxiciline 2 g/jour, pendant 5-7 jours)

Encéphalopathie:

- s'observe chez 30% des malades posthémorragie
- lavements évacuateurs ± lactulose

Ascite:

- doit être:
 - ponctionnée pour éliminer une infection
 - évacuée lorsqu'elle retentit sur la respiration

HEMORRAGIE DIGESTIVE - prévention secondaire

Le risque majeur de récurrence de l'hémorragie est dans les premiers 5 jours et reste élevé pendant 6 semaines (50% des cas)

Bêtabloquants:

- Propranolol retard 80-160 mg/jour
- en cas d'effet secondaire, Nadolol 80 mg/jour

Ligature élastique:

- l'association bêtabloquant/méthodes endoscopiques semble apporter un bénéfice significatif en terme de récurrence hémorragique globale et de survie

TIPS:

- en cas d'échec des méthodes précédentes

HEMORRAGIE DIGESTIVE

- conduit pratique

Prévention primaire:

- bêtabloquant ou ligature

Traitement hémostatique:

- traitement vaso-actif
- si hémorragie active - ligature
- si hémorragie persistante - TIPS

Prévention secondaire:

- bêtabloquant ou ligature
- si échec:- Child < 8 shunt ou TIPS
- Child > 8 TIPS ou TH



ASCITE:

Traitement de la rétention hydrosodée:

- régime désodé peu restrictif (2-3 g/jour)
- Spironolactone entre 75-400 mg/jour
- en absence de réponse on ajoute du Furosemide entre 40-160 mg/jour
- restriction hydrique en cas d'hyponatrémie ($< 130 \mu\text{mol/L}$)
- objectif: $< 500 \text{ g/jour}$ ($< 1 \text{ kg/jour}$ en présence d'oedèmes)

Ponction évacuatrice:

- pour ascite tendue avec gêne fonctionnelle
- pour une évacuation $> 2 \text{ L}$ - remplissage par Albumine 20% (14 g pour 2L d'ascite évacuée)

ASCITE:

Ascite réfractaire:

= persistance ou récurrence précoce (< 1 mois) malgré un traitement maximal bien suivi ou ne pouvant être bien suivi

- ponctions évacuatrices itératives de grand volume
- dérivation péritonéo-jugulaire
- TIPS
- anastomoses porto-cave
- TH

- conduite pratique:

- en attente d'une TH:

- si le délai d'attente est court - ponctions évacuatrices itératives
- si le délai est supérieur à 6 mois - TIPS

- chez les malades non transplantables:

- ponctions évacuatrices itératives
- TIPS
- dérivation péritonéo-jugulaire

D. Pateron, J. L. Pourniat. Hémorragie digestive du malade atteint de cirrhose. EMC Anesthésie-Réanimation 36-726-D-10 2000:1-9

C. Chagneau, M. Hernandez, C. Silvain, M. Beauchant. Prévention de la rupture des varices œsophagiennes. EMC Hépatologie 7-034-D-15 2000:1-6

R. de Franchis, A. Dell'Era, F. Iannuzzi. Diagnosis and treatment of portal hypertension. Dig Liver Dis 2004 Dec;36(12):787-98. Review

A. S. Wright, L. F. Rikkers. Current Management of Portal Hypertension. J Gastrointest Surg. 2005 Sep-Oct;9(7):992-1005

C. Bureau, J.-M. Péron, L. Alric. "A La Carte" Treatment of portal Hypertension: Adapting Medical Therapy to Hemodynamic Response for the Prevention of Bleeding. Hepatology 2002;36:1361-1366

Conférence de consensus sur l'hypertension portale – Complications de l'Hypertension Portale chez l'adulte – Texte court, SNFGE, Paris 4 et 5 décembre 2003

T. D. Boyer, Z. J. Haskal. The Role of Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt in the Management of Portal Hypertension. Hepatology 2005;41:386-400

F. Oberti, C. Aubé, C. Casa. Méthodes de traitement des varices œsophagiennes; EMC Gastro-entérologie, 9-204-G-10:1-17

C. Balian, P. Arakélian, D. Poussin. Cirrhose et complications. Cap. 8 Hépatogastro-entérologie, Ellipses-Paris 2004:107-126

J. C. Garcia-Pagan, Rosa Morillas, R. Banares. Propranolol plus placebo versus Propranolol plus Isosorbide-5-Mononitrate in the prevention of the first variceal bleed: a double-blind RCT. Hepatology 2003;37:1260-1266

J. Bosch, J. C. Garcia-Pagan. Prevention of variceal rebleeding. Lancet 2003;361:952-954

F. Farooq, R. Wong. Injection Sclerotherapy for the Management of Esophageal and Gastric Varices. Tech Gastrointest Endosc. 2005;7:8-17