



# Anastomose portosystémique intrahépatique percutanée

## Transjugular intrahepatic portosystemic shunts (tips)

P. Legmann (Professeur des Universités, praticien hospitalier, chef de service) \*, O. Vignaux (Professeur des Universités, praticien hospitalier), J. Uzan-Augui (Praticien hospitalier), H. Gouya (Chef de clinique-assistant des Hôpitaux), S. Silvera (Chef de clinique-assistant des Hôpitaux), A.-E. Millischer-Bellaiche (Chef de clinique-assistant des Hôpitaux), H. Bahurel-Barrera (Praticien attaché)

Service de radiologie, Groupe hospitalier Cochin - Saint-Vincent-de-Paul, Pavillon Achard,  
27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France

### MOTS CLÉS

Prothèse  
porto-sus-hépatique ;  
Hypertension portale ;  
Transplantation  
hépatique

**Résumé** L'anastomose portosystémique transhépatique (APSP) a été développée dans les années 1980 pour le traitement des complications de l'hypertension portale. Ces complications concernent la rupture de varices gastro-œsophagiennes avec hémorragie digestive, le contrôle de l'ascite réfractaire chez les patients cirrhotiques essentiellement. D'autres applications sont intervenues plus récemment : le traitement de l'hydrothorax, du syndrome hépatorénal, du syndrome de Budd-Chiari. L'APSP paraît donner des résultats satisfaisants, notamment en cas de récurrence après échec d'une sclérothérapie pour le traitement des varices œsophagiennes, et en cas d'ascite réfractaire, notamment chez les patients en attente de transplantation hépatique. Les complications sont néanmoins possibles et concernent la survenue d'une encéphalopathie, voire l'occlusion et la thrombose du *stent*. L'utilisation de prothèses couvertes devrait permettre d'améliorer la perméabilité à moyen terme de cette anastomose portocave transhépatique.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

### KEYWORDS

Transjugular  
porto-systemic shunt;  
Portal hypertension;  
Liver transplantation

**Abstract** Transjugular intrahepatic porto-systemic shunts (TIPS) have been developed in the 80's, for the treatment of portal hypertension complications. Their indications include active bleeding from gastro-esophageal varix, and control of refractory cirrhotic ascites, especially in patients awaiting liver transplantation. New indications include hepatic hydrothorax, hepato-renal failure, and the treatment of the Budd-Chiari syndrome. TIPS have been shown to provide better control than endoscopic sclerotherapy, in the prevention of re-bleeding from gastro-esophageal varix and in the treatment of

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [paul.legmann@cch.ap-hop-paris.fr](mailto:paul.legmann@cch.ap-hop-paris.fr) (P. Legmann).

refractory cirrhotic ascites. Complications of TIPS procedures are possible and include encephalopathy, stent occlusion and stenosis. Using Polytetrafluoroethylen covered endoprosthesis (EPTFE) should improve the permeability of the TIPS.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

## Introduction

L'anastomose portosystémique intrahépatique percutanée (APSP) a été développée au début des années 1980 pour le traitement de certaines complications de l'hypertension portale. Le principe de l'APSP consiste en la création d'un shunt portocave terminoterminal mettant en communication le système porte et les veines hépatiques au travers du parenchyme hépatique. Le but est la décompression du système veineux splénique, mésentérique supérieur et portal, conséquence de l'hypertension portale, en créant une communication entre un circuit à basse résistance : le système veineux hépatique, et un système à haute résistance : le système porte.

Dès 1969, Rösch et al. ont rapporté leur expérience dans la création d'un trajet transhépatique mettant en communication une veine hépatique et une branche portale intrahépatique. Les premières expériences concernaient l'animal ; le trajet était dilaté au ballonnet. Appliqués à l'homme en cas de rupture de varices œsophagiennes, les premiers résultats de cette méthode ont été décevants.<sup>39,45</sup>

Puis, Colapinto, Richter et al. complétèrent le trajet formé au ballonnet entre une veine hépatique droite et les branches portales intrahépatiques par le largage d'une prothèse métallique autoexpandible ou montée sur un ballon type Palmaz puis Wallstent.<sup>14,15,17,34</sup> L'utilisation d'une prothèse métallique autoexpandible permet de maintenir une communication perméable à plus long terme et a favorisé la diffusion de cette technique pour le traitement des hémorragies digestives par rupture de varices œsophagiennes.

D'autres applications de l'APSP ont concerné le traitement des ascites réfractaires, de l'hydrothorax d'origine hépatique, du syndrome de Budd-Chiari, de la maladie veino-occlusive, également du syndrome hépatopulmonaire et hépatorénal, et de certains chylothorax. Cette technique possède un taux de complications acceptable, car pratiquée chez des patients à risque élevé, et n'exclut pas une intervention ultérieure pour transplantation hépatique. Cette procédure peut être réalisée en urgence et dès 1993, plus de 1 000 APSP avaient été rapportées dans la littérature.<sup>42,43</sup>

Actuellement, les prothèses autoexpandibles sont en nitinol et pour certaines recouvertes de

polytétrafluoroéthylène, destiné à éviter la formation d'une néo-intima hypertrophique endoluminale, complication classique à l'origine de thrombose ou de sténose du shunt.<sup>6,11,46</sup>

## Aspects techniques

L'insertion, puis le déploiement d'une prothèse intrahépatique créant une communication entre le réseau portal intrahépatique et le système veineux est une procédure complexe qui requiert un opérateur entraîné. L'intervention dure environ 2 heures, le succès technique est obtenu dans 90 % des cas. L'équipement nécessaire comporte :

- une salle d'angiographie vasculaire numérisée ; un plateau mobile et un statif ;
- un échographe.

L'opérateur doit maîtriser la représentation en trois dimensions de l'anatomie vasculaire du foie et posséder une bonne expérience de la radiologie interventionnelle, du guidage par imagerie des cathéters, de la manipulation des guides et des techniques d'angioplastie, enfin de l'insertion de stent (prothèses).<sup>44</sup>

## Matériel

La procédure est effectuée sous anesthésie générale et antibiothérapie préalable. Une échographie-doppler permet de repérer l'axe portal et la veine jugulaire interne. L'utilisation de l'échographie réduit la difficulté de la procédure.<sup>35,36</sup>

Le geste peut être précédé par une angiographie cœliaque et/ou mésentérique supérieure, objectivant la perméabilité de l'axe portal, la distribution anatomique de l'artère hépatique, la bifurcation portale, ses branches intrahépatiques et ses rapports avec les veines hépatiques.

Un set pour APSP (RTPS - 100) est utilisé (Cook, France). Le set d'introduction comporte une canule courte de 14 G, un cathéter courbe en 9 F avec un introducteur 9 F d'une longueur de 41 cm, une aiguille à ponction interne flexible de 20 G, un cathéter téflonné 5 F et trois dilateurs de 8 à 12 F. Un guide extrarigide d'Amplatz de calibre 0,035 pouce, d'une longueur de 180 cm, avec une extrémité distale en « J », est utilisé pour sécuriser la procédure une fois la veine porte franchie.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9390081>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9390081>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)