

Le shunt intrahépatique par voie transjugulaire (TIPS) est un outil de décompression portale, dont la fonction au sein du traitement est scrupuleusement étudiée.

Dans les complications de la cirrhose, on retrouve la sur-pression des veines (hypertension portale) qui forme des dilatations (varices) au niveau de l'oesophage et de l'estomac. Il y a aussi la rétention d'eau dans l'abdomen (ascite), malnutrition, carcinome hépatocellulaire, encéphalopathie hépatique....

Traitement des complications

- Hémorragiques (rupture de varice): médicaments vasoactifs, endoscopie, transfusion, antibiotiques
- Ascite: Diurétiques, Drainage avec supplémentation en albumine, antibiotiques
- Encéphalopathie hépatique: éviter et traiter les facteurs précipitants.

Le traitement des complications n'est pas très compliqué mais leur avènement a une signification pronostique:

- Ascite réfractaire au traitement: mortalité de 40-50% à 1 an
- Hémorragie sur varices oesophagiennes: mortalité de 20% à 6 semaines
- Encéphalopathie hépatique: incidence cumulée à 2 ans de 5 à 25%

Le TIPS permet d'agir sur et diminue la pression portale: on place un stent par voie transjugulaire entre les veines sus-hépatiques et le tronc porte. C'est moins choquant qu'un shunt porto-cave avec une opération, sans compromettre projet de transplantation hépatique par la suite.

On nous montre quelques études qui se résument:

C'est un bon traitement pour contrôler la récurrence hémorragique, supérieur au standard pour un patient qui continue à saigner, en traitement de seconde ligne.

Le TIPS est équivalent au traitement standard pour l'encéphalopathie et la survie

Il est supérieur au traitement standard pour le contrôle de l'ascite.

Le truc c'est que ces études sont vieilles avec des prothèses en téflon, depuis il y a des stents couverts....et dans les études récentes on trouve qu'il n'y a pas de sur-risque d'encéphalopathie hépatique suite au TIPS.

Indications	Contre-indications
Hémorragie récidivante sur varice oesophagienne malgré un traitement endoscopique bien fait. Ascite réfractaire	Cirrhose avancée (Child C): ischémie → décompensation, si veine porte bouchée c'est chaud.

Hydrothorax récidivant Syndrome de Budd Chiari....	Insuffisance cardiaque décompensée Hypertension pulmonaire Carcinome hépatocellulaire....
---	---

Complications du TIPS

- Technique:
 - Hémopéritoine: Fracture de la capsule du foie et saignement → rare
 - Infarctus hépatique...
 - Insuffisance rénale liée au produit de contraste
- Occlusion du stent
- Conséquences hémodynamiques:
 - aggravation de la circulation hyperdynamique: index cardiaque double dans l'heure! → ischémie hépatique si le flux porte prend tout le flux
 - inversion du flux porte → atrophie hépatique
- Infection: endotipsite → rare, surtout que l'on donne des antibiotiques en prévention

Encéphalopathie Hépatique (EH)

C'est un diagnostic d'exclusion, qui se révèle en stade d'atteinte psycho-motrice, avec troubles de la vigilance, du rythme veille-sommeil et d'autres manifestations psychiatriques.

Avant de poser ce diagnostic il faut donc exclure d'autres causes possibles: Métaboliques, liées à l'alcool, à des psychoactifs, à une infection, un trouble électrolytique, psychiatrique ou encore une lésion intracrânienne.....

Mécanismes

Comme le foie fonctionne mal et le sang rencontre de la résistance à chaque passage, il passe par d'autres chemins qui deviennent des autoroutes (Les collatérales porto-systémique), celles-ci amènent du sang, non ou peu filtré par le foie, dans le cerveau. NH₃ (ammoniaque), mono amines, benzodiazépines endogènes... en fait il y a plein de molécules qui pourraient être incriminées et expliquer l'atteinte psychiatrique.

Lorsque l'on pose un TIPS, le sang évite le foie par le stent et cela augmente les facteurs favorisants déjà présents. Post-TIPS on a un incidence de 20-40%, dont moins de 10% sont "réfractaires".

Facteurs favorisants

- Lors de cirrhose: degré de l'insuffisance hépatique, taux de bilirubine et de créatinine élevé, antécédent d'encéphalopathie, avoir peu de muscles, usage chronique d'IPP.
- Lors de TIPS: En plus des précités, âge > 65ans, stent non couvert, hyponatrémie, atrophie marquée du foie, petit gradient résiduel entre le tronc porte et la veine sus hépatique (<5mmHg) → beaucoup de sang passe par là..

Traitement de l'EH après un TIPS

- Historiquement: diminuer l'apport en protéine (= pire), lactulose... bof bof
- Actuellement: antibiotiques, modifier le diamètre du stent, transplantation hépatique
- Futur: modification du microbiote (travaux prometteurs à pister...)

Etude sur l'utilisation de la rifaximine pour prévenir l'EH post TIPS

Pas sponsorisée par l'industrie, c'est une étude multicentrique randomisée en double aveugle, contre un placebo. Sans utilisation de disaccharides (lactulose).

- Inclusion: Patients électif avec un stade Child B voir petit c
- Exclue: urgence, child C, cancer, antécédent d'EH, allergie à la rifaximine

Rifaximine: antibiotique de large spectre, très peu absorbé par le système digestif, excrété dans les selles sous forme inchangée. Fait peu d'interaction et de résistances. Agit sur les uréases des bactéries intestinales et empêche la production intestinale d' NH_4 .

Critère de jugement primaire: incidence d'EH clinique dans les 6 mois post TIPS.

Critère secondaire: complications hépatique, survie sans transplantation

Résultats

L'ensemble de patients ont un score de MELT (insuff hépatique) peu élevé...

- A 6 mois, on voit bien le bénéfice
- OR à 0.48 pour risque d'EH (diminution de presque moitié des EH)
- EH Post TIPS: 34% (rifaximine) vs 53% (Placebo)
- Non significatif: transplantation (2 vs 5), décès (10 vs 12), effet indésirables (=)

Avantages de l'étude

Multicentrique, indépendante de l'industrie pharmaceutique, sûre, efficace...

Limitations

Surtout des hommes avec cirrhose alcoolique → est-ce applicable dans d'autres situations?

Incidence élevée d'EH post TIPS dans le groupe placebo → lié au nombre de suivis élevé?

Durée de suivi court, seulement 6 mois alors que c'est un traitement à vie...en découle aussi l'interrogation sur la sûreté à long terme de la rifaximine.

Disaccharides non absorbables ne sont pas inclus dans l'étude...qu'en faire?

Recommandations pratiques

- Bien sélectionner son patient, identifier les facteurs de risque pour une EH, investigations, mise sous rifaximine et peut-être lactulose..
- le jour J, antibioprophylaxie, pas d'anticoagulation, vérifier la perméabilité du stent en post op.
- Suivre la perméabilité (US doppler) et la clinique

Nb sur occlusion du stent:

Peu de thrombose, car au final on accélère le flux dans la veine! La dysfonction est due à la modification suite aux blessures des canalicules biliaires.

Tips en anglais ça fait pourboires, pour - boire ...



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch