

# THROMBOSE PORTE ET TRANSPLANTATION HÉPATIQUE

# GÉNÉRALITÉS SUR LA THROMBOSE PORTE ET CIRRHOSE

↳ **Facteurs anticoagulants**  
Protéines C e S, AT  
↗ **Agrégation plaquettaire**  
Facteur VIII, vWF, action endothéliale  
↳ **Facteurs fibrinolytiques**  
Plasminogène

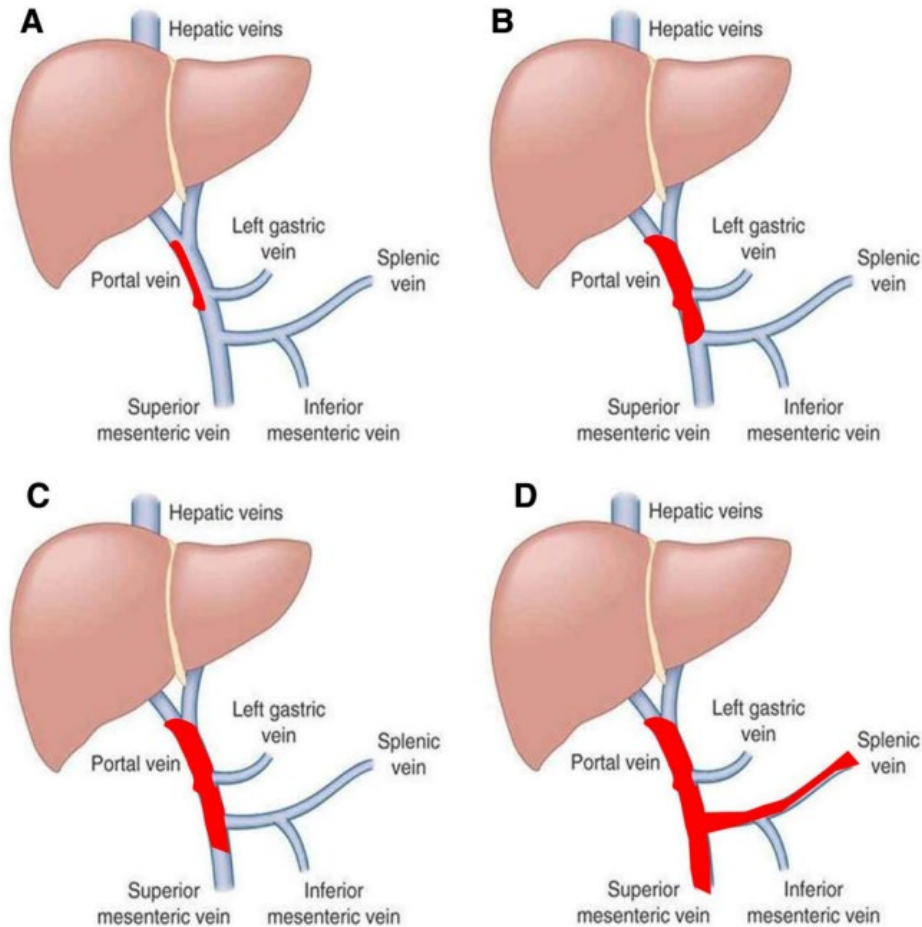
**Translocations bactériennes**

**Ralentissement du flux portal**

**Incidence cumulée 10,7% à 5 ans**

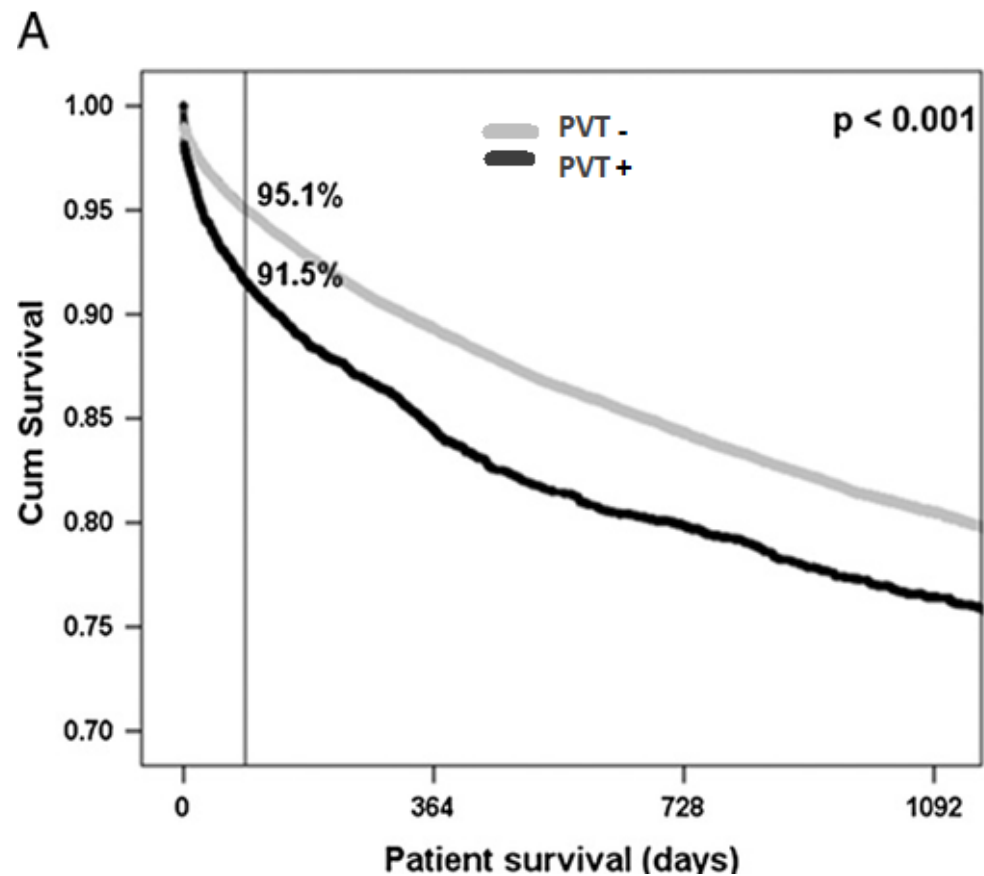
**7,78% des greffes**

# CLASSIFICATION DE YERDEL



<b>YERDEL I</b>	Thrombose partielle +/- extension minimale à la VMS
<b>YERDEL II</b>	Thrombose complète +/- extension minimale à la VMS
<b>YERDEL III</b>	Thrombose complète étendue à la VMS proximale
<b>YERDEL IV</b>	Thrombose complète étendue à la VMS distale

# MORTALITÉ POST TRANSPLANTATION HÉPATIQUE



- Impact négatif de la thrombose porte sur la survie à court terme
- Augmentation de la mortalité si thrombose porte complète
  - OR à 5,65 à 1 an
- Surtout pour les Yerdel III/IV
  - Mortalité à 1 an de 50% vs 18% pour grade I/II

# IMPACT SUR LA CHIRURGIE

## **Anatomique**

Thromboendovenectomie + anastomose termino-terminale

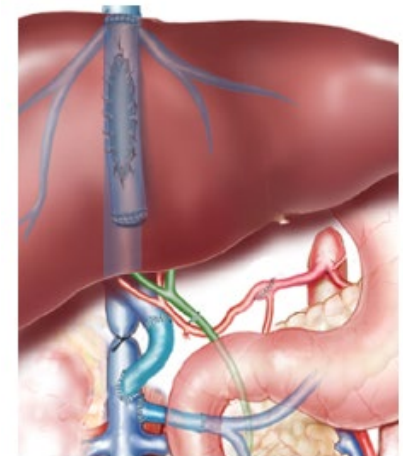
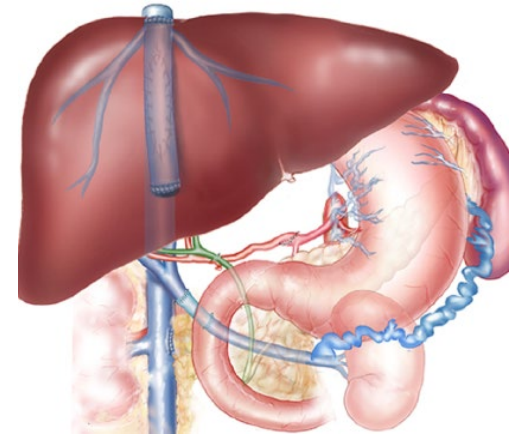
## **Physiologique**

Jump graft, anastomose rénoporte (shunt spléno-rénal), anastomose cavoporte (shunt cavoporte), veine gastrique, varice cholédoque.

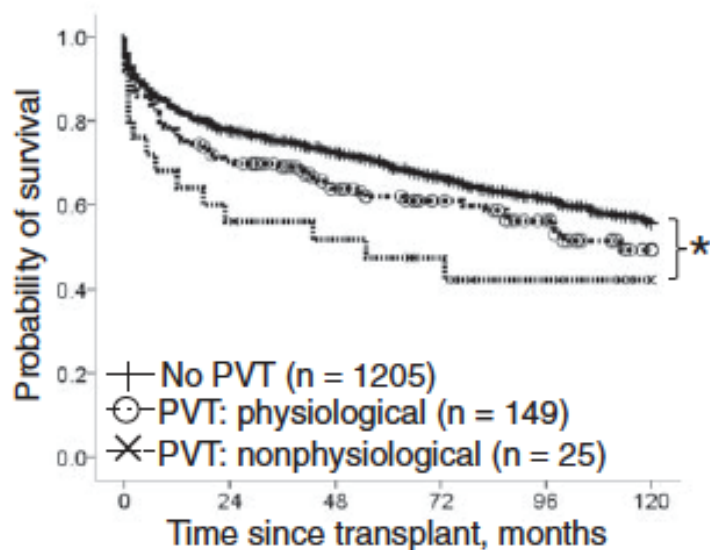
## **Non physiologique**

Hémitransposition cavoporte, artérialisation de la veine hépatique, anastomose rénoporte

## **Transplantation multiviscérale**



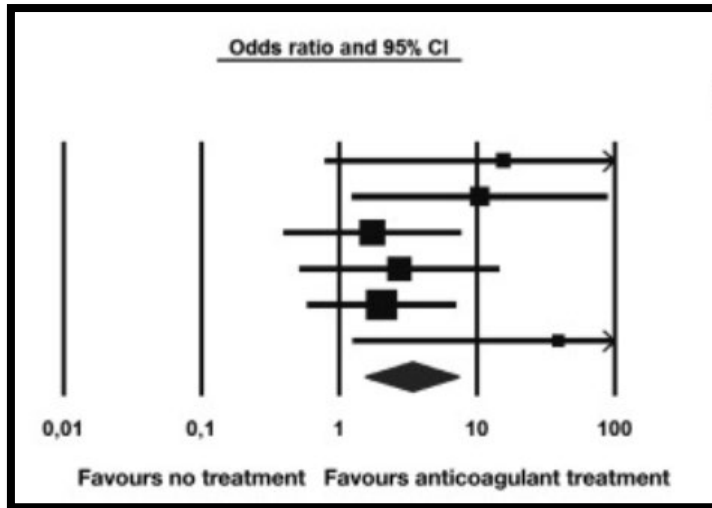
# RÉSULTATS SELON CHIRURGIE



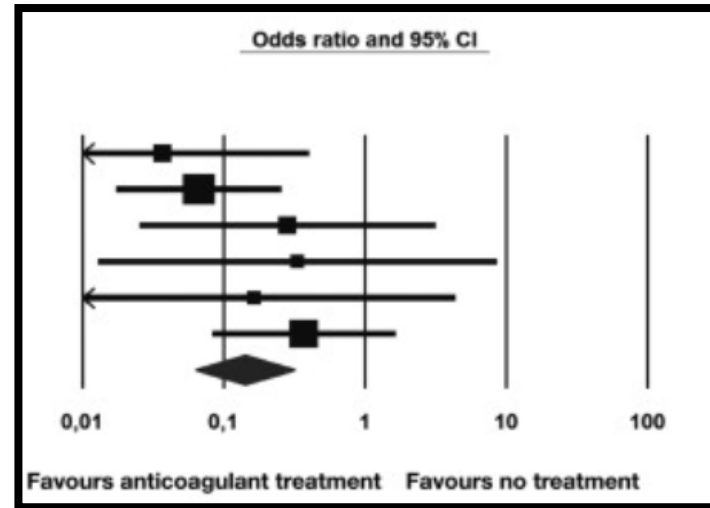
Reconstruction	Partial (n = 91)	Complete (n = 83)	Total (n = 174)
Physiological portal inflow			
End-to-end anastomosis	79 (87)	44 (53)	123 (70.7)
Interpositional vein graft	6 (7)	10 (12)	16 (9.2)
Mesoportal jump graft	3 (3)	7 (8)	10 (5.7)
Subtotal	88 (97)	61 (73)	149 (85.6)
Nonphysiological portal inflow			
Cavoportal hemitransposition	1 (1)	17 (21)	18 (10.3)
Renoportal anastomosis	2 (2)	4 (5)	6 (3.4)
Portal vein arterialization	0 (0)	1 (1)	1 (0.6)
Subtotal	3 (3)	22 (27)	25 (14.4)

	Pas de TVP N = 1205	Reconstruction physiologique N = 149	Reconstruction non physiologique N = 25
Mortalité post op	5%	3,5%	24%
Re-thrombose	1,5%	5%	24%
Survie à 5 ans	74%	68%	47%

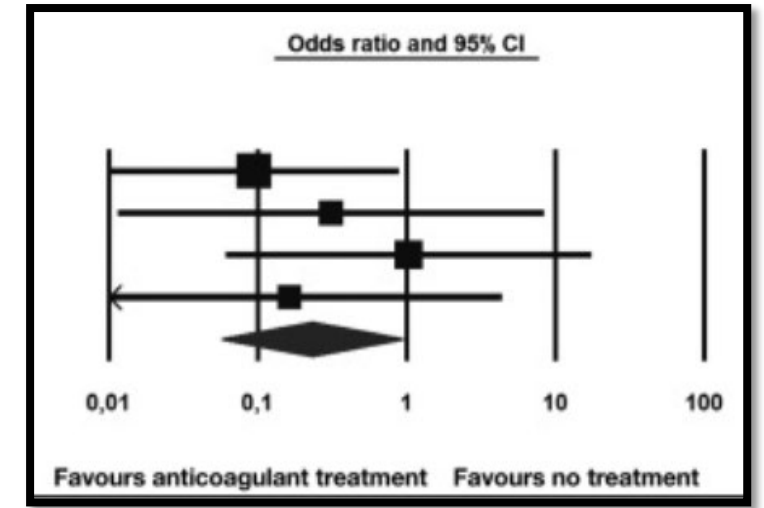
# POURQUOI ANTICOAGULER ?



↗ du taux de recanalisation  
portale



↘ extension de la thrombose



Sans surrisque hémorragique

38,5% de re-thrombose à l'arrêt

# COMMENT ANTICOAGULER ?

Anticoagulation chez tout candidat à un projet de transplantation hépatique

HBPM ?

- Traitement initial de choix
- Adhésion des patients / qualité de vie ...

AVK ?

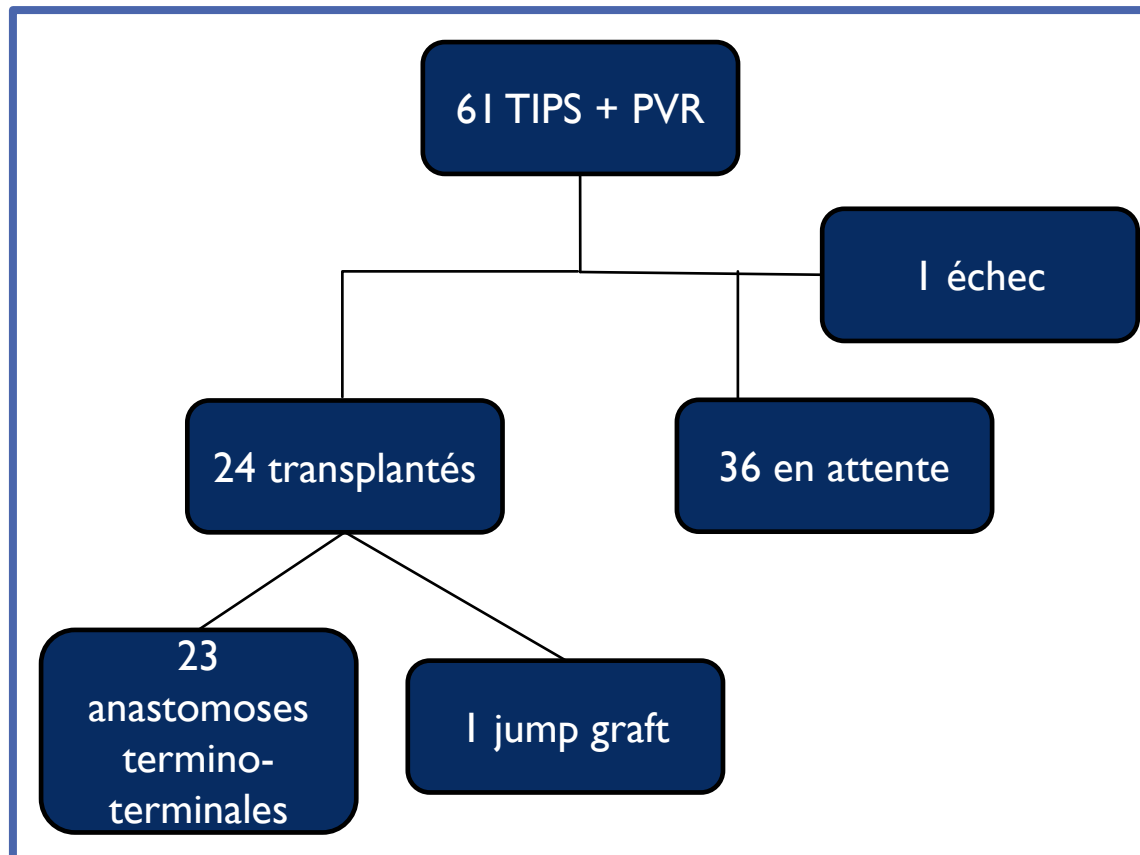
- Interprétation de l'INR si spontanément élevé
- Antagonisation facile

AOD ?

- Bonne adhésion
- Contre-indiqués si cirrhose décompensée

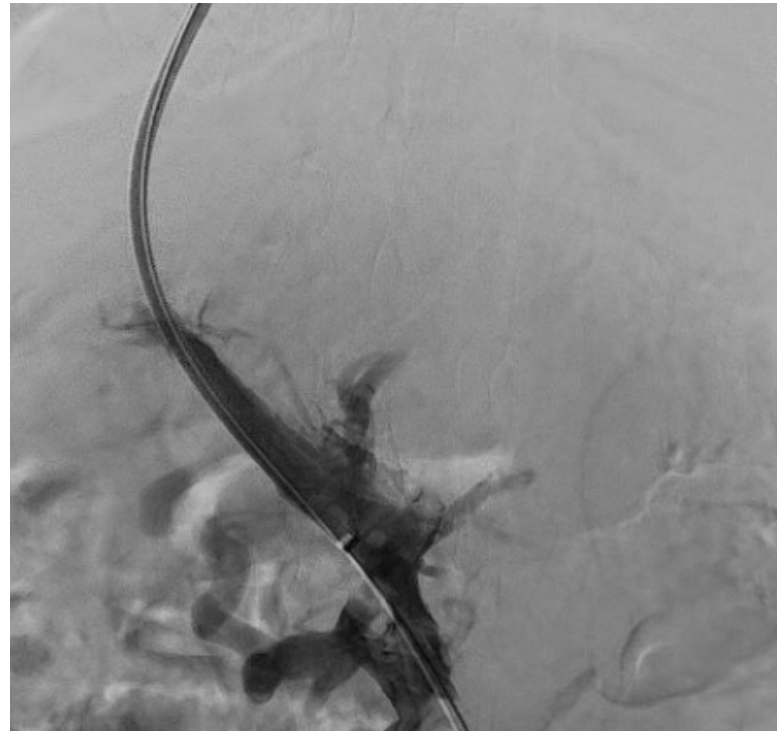
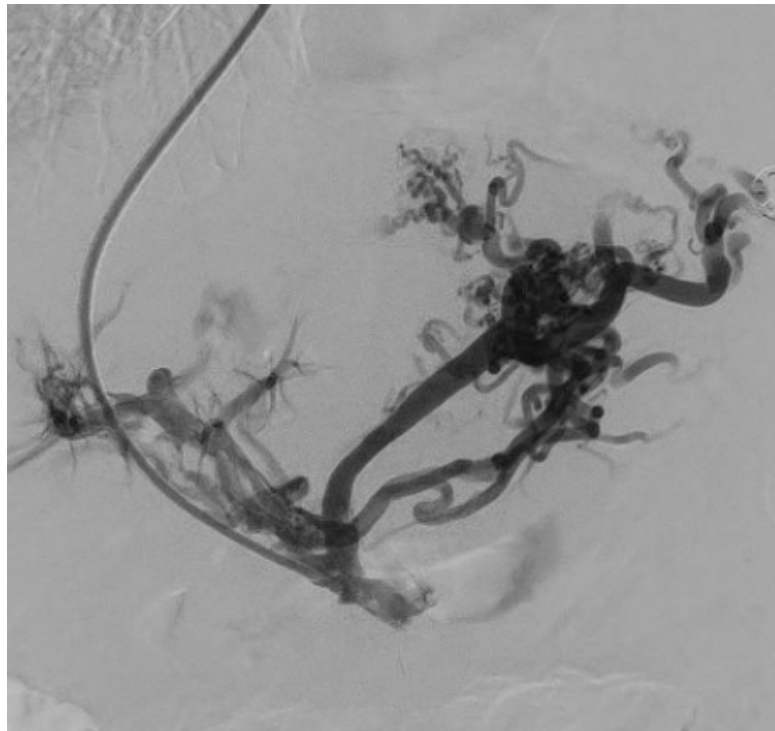


# TIPS ET THROMBOSE PORTE

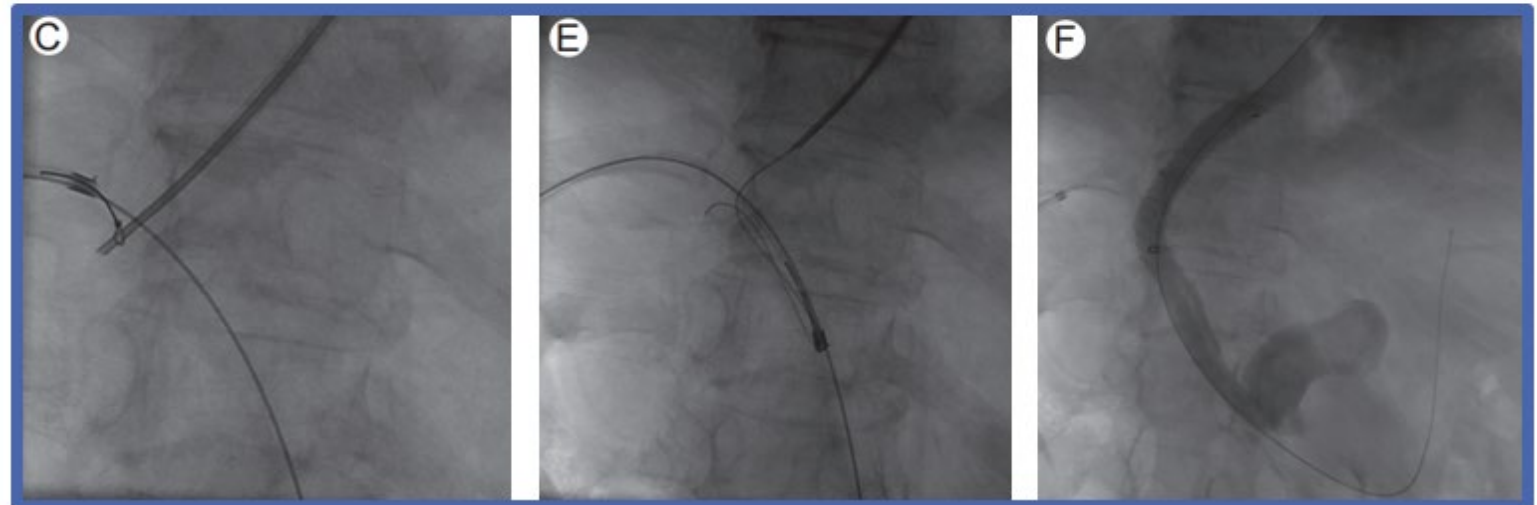
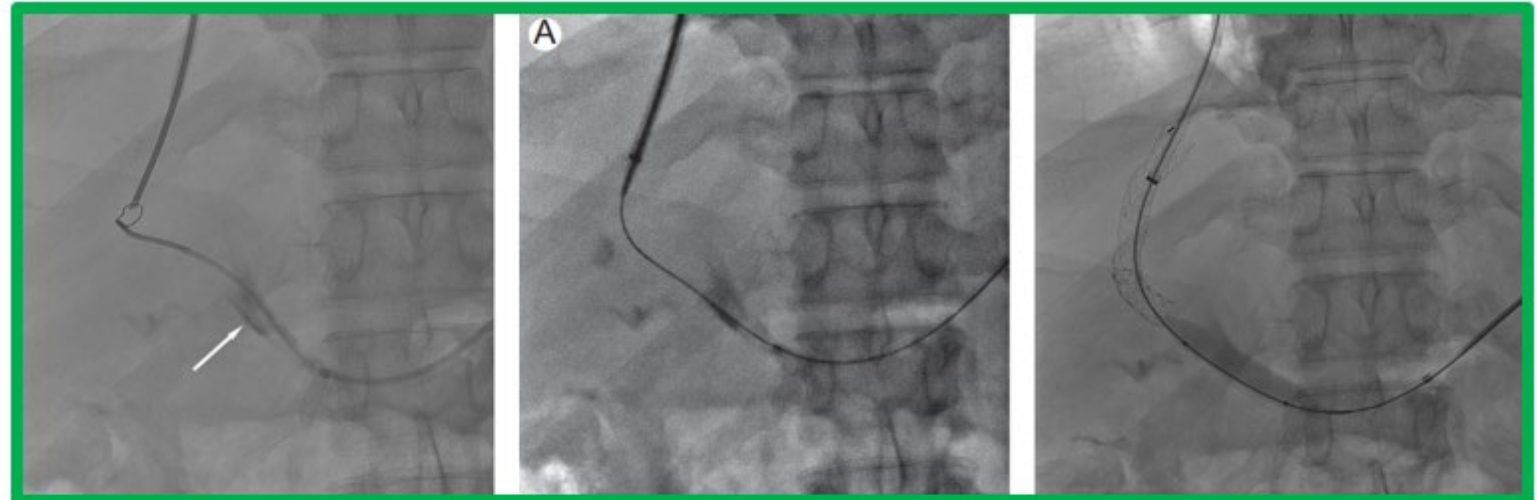
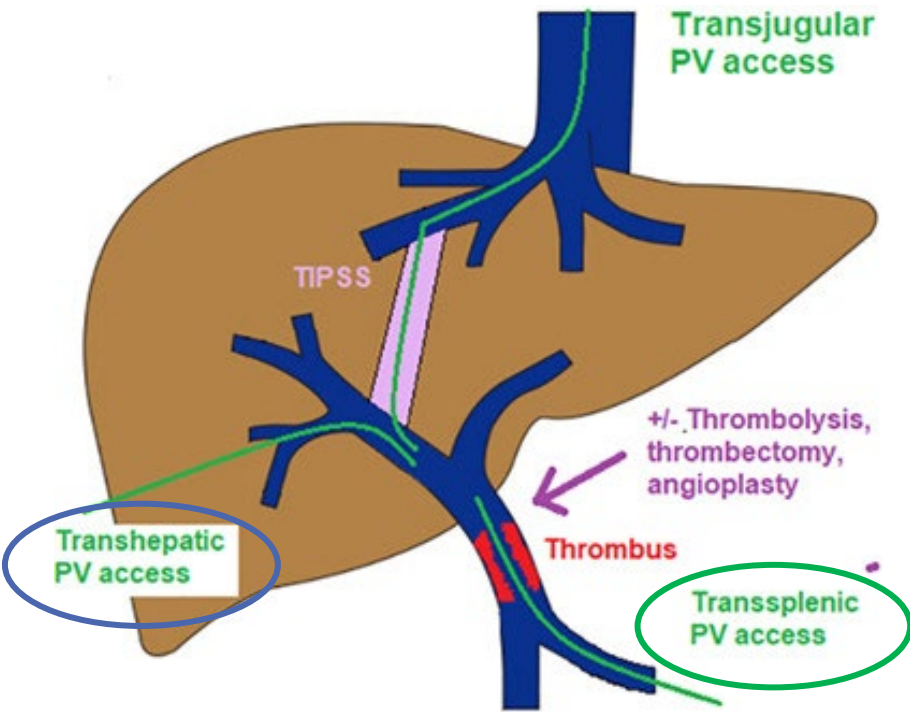


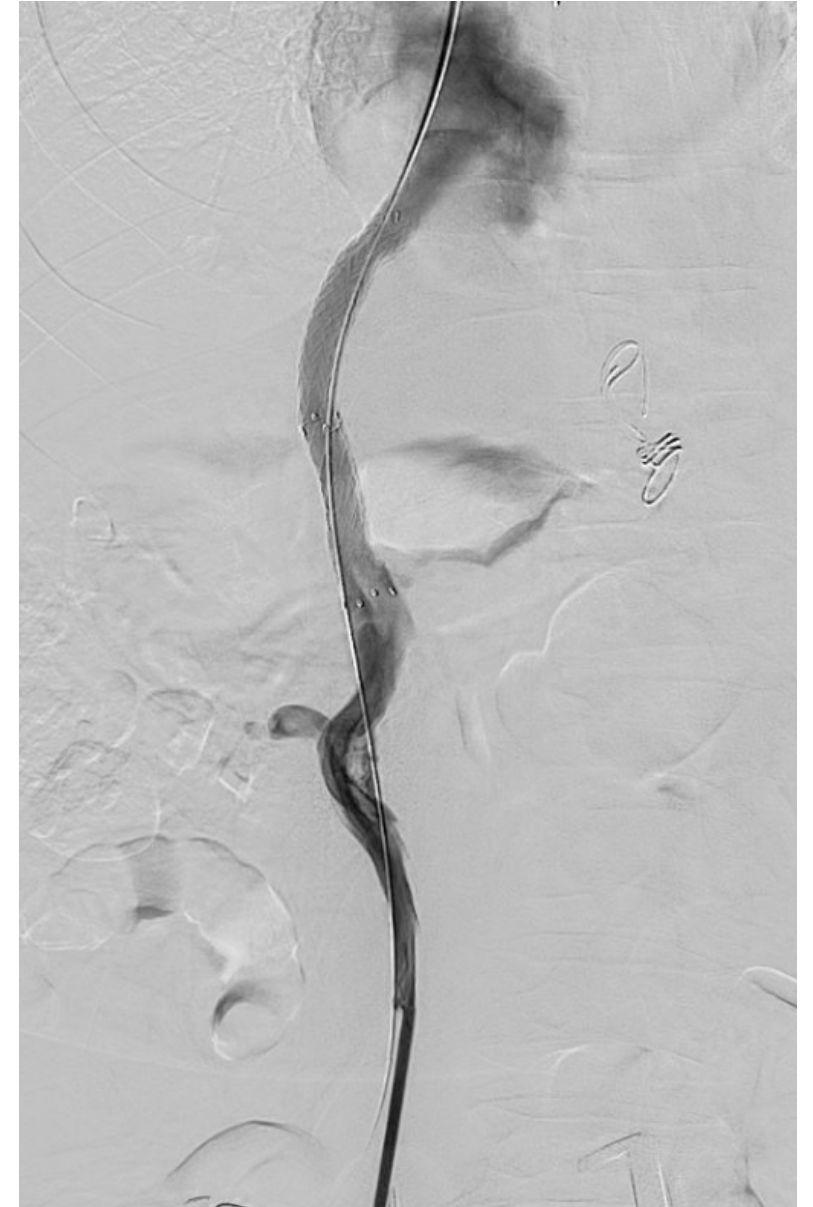
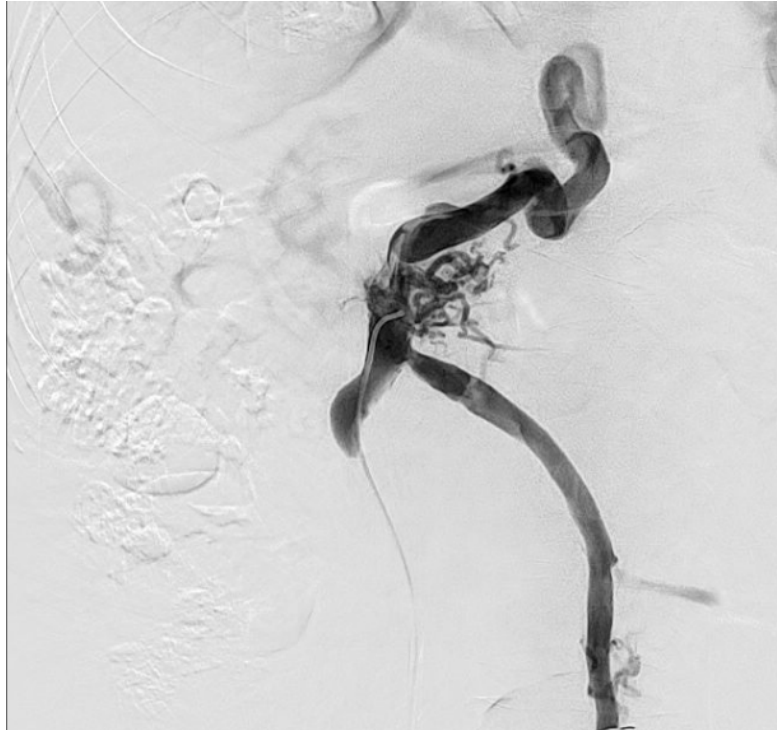
- La thrombose porte n'est pas une contre-indication au TIPS
- Techniquement réalisable dans 95% des cas
  - ↘ si cavernome
- Recanalisation complète à 12 mois de 79%
- 10% de complications sévères
  - ↗ si thrombolyse
- Cas de la thrombose extensive ?

# TIPS ET RECANALISATION PORTALE



# QUE FAIRE SI ÉCHEC DE LA VOIE TRANSJUGULAIRE ?

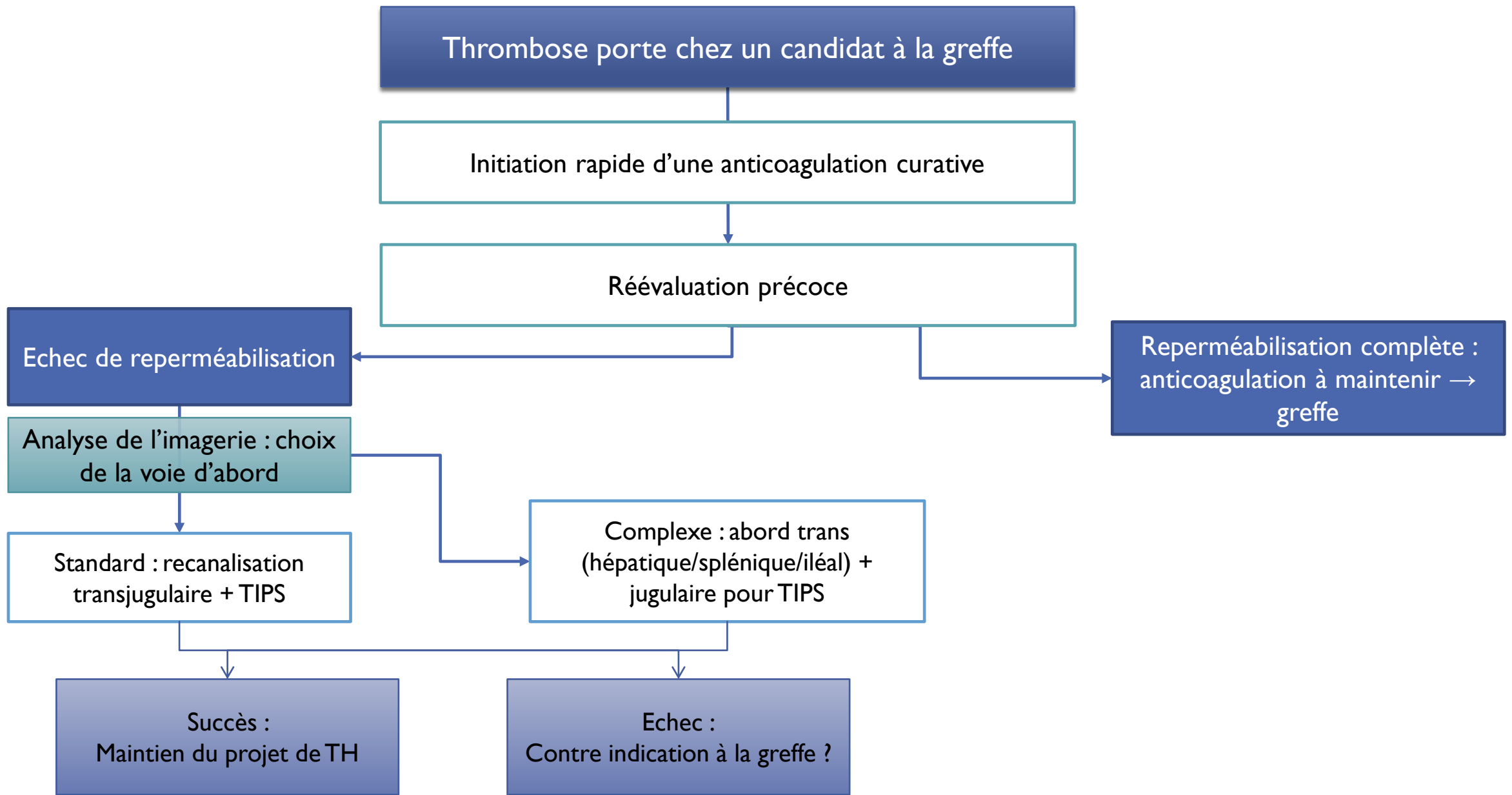




# RECANALISATION COMBINÉE ILÉALE + TRANSJUGULAIRE

# COMPARAISON DES DIFFÉRENTES VOIES D'ABORD

	Avantages	Inconvénients
<b>Transjugulaire</b>	Faible risque hémorragique TIPS réalisable sur le même temps	Difficile / impossible en l'absence de flux portal visible
<b>Transhépatique</b>	Abord direct	Risque hémorragique Abord jugulaire à associer si TIPS
<b>Transsplénique</b>	Abord direct	Risque hémorragique Abord jugulaire à associer si TIPS Impossible si splénectomie
<b>Iléo-colique</b>	Risque hémorragique faible	Mini laparotomie Abord jugulaire à associer si TIPS





# CONCLUSION

Thrombose porte au moment de la greffe : ↗ morbi mortalité

Dépister et traiter la thrombose porte du le cirrhotique candidat à la transplantation hépatique

Réévaluer précocément l'effet de l'anticoagulation

Si échec des anticoagulants : envisager un traitement radiologique interventionnel

Si échec de la voie transjugulaire : essayer une autre voie d'abord