Le traitement actuel des hémorragies par rupture de varices oesophagiennes

LRM Del Guercio [1], MD, FACS, FCCM
J Savino [2], MD, FACS

1-Professeur émérite de chirurgie
New York Medical College
Valhalla, NY, USA
2- Professor & Chairman
Department of surgery
New York Medical College and Westchester Medical Center
Valhalla, NY, USA

Correspondance :

LRM Del Guercio, MD FACS
New York Medical College
Valhalla, NY 10595, USA

Résumé

Le traitement d'urgence des hémorragies par rupture de varices œsophagiennes a de meilleures chances de succès si le malade est pris en charge initialement par des équipes composées de chirurgiens, de gastroentérologues et de radiologues interventionnistes, habitués à travailler en équipe selon des protocoles thérapeutiques bien établis. Pour satisfaire ces conditions, nous avons développé le système suivant : une sonde de Swan Ganz est mise en place dès l'arrivée du malade, pour documenter le degré de circulation hyperdynamique et ainsi définir la morbidité et la mortalité pour chaque malade. Une endoscopie d'urgence, avec oblitération des varices, suit de près la mise en place de la sonde de Swan Ganz. Si l'hémorragie n'est pas arrêtée, le traitement se poursuit par l'embolisation de l'artère splénique par angiographie. Pour prévenir les récidives, nous ajoutons la déconnexion porto-azygos à travers une mini-laparotomie : ligature de la veine coronaire et thrombose des veines gastriques courtes par l'alcool ou des "stents", injectés par la veine mésentérique. Si à la suite de ces deux manœuvres thérapeutiques, le gradient des pressions hépatique-porte reste au-dessus de 30cm H2O, nous complétons le traitement par la mise en place du "TIPS", par voie combinée mésentérique et fémorale.

Sur 192 malades ainsi traités, nous avons réussi la mise en place du "TIPS" dans tous les cas. La mortalité opératoire a été nulle, celle à 30 jours a été de 23 % et celle à long terme de 19 %. Il y a eu une complication opératoire dans ce groupe et l'arrêt de l'hémorragie a été obtenu chez 90 % des malades.

Mots clés : Varices oesophagiennes / hémorragie / cirrhose / hypertension portale / TIPS

Abstract

The current treatment of bleeding esophageal varices.

The urgent treatment of acute, massive hemorrhage from ruptured esophageal varices is greatly enhanced by the active, early involvement of a team, composed of surgeons, gastroenterologists and interventional radiologists. The team members should be used to work harmoniously within the framework of a well established therapeutic protocol. In order to satisfy these conditions, we have established the following approach: A Swan-Ganz right cardiac catheter is placed soon after the patient's arrival in the hospital, in an effort to assess the degree of hyperdynamic circulation and thus define each patient's potential morbidity and mortality. Esophagoscopy with sclerosis of the varices follows immediately. If the hemorrhage is not arrested, the treatment is continued with the embolisation of the splenic artery via angiography. In order to prevent recurrence of bleeding, we add a porto-azygos disconnection to the treatment program. This procedure consists in ligating the coronary vein and thrombosing the short gastric veins with alcohol or stents, injected through catheters advanced under fluoroscopy via the mesenteric vein. If after both of these therapeutic maneuvers the gradient of the hepato-portal pressures remains above 30 cm of water, we complete the treatment program with the placement of a TIPS, introduced through a combined mesenteric and femoral approach. In 192 patients treated in this fashion, we have been able to place the TIPS in all instances. There has been no operative mortality; 23% of patients died within 30 days and the long term mortality has been 19%. In this group of patients there occurred one intraoperative complication and complete control of bleeding was obtained in 90% of patients.

Key Words: Esophageal varices / hemorrhage / cirrhosis / portal hypertension / TIPS

Introduction

Le traitement d'urgence des hémorragies par rupture de varices oesophagiennes manque souvent d'ordre logique. Les taux de survie ne peuvent être améliorés que par la prise en charge rapide et adaptée par des équipes composées de chirurgiens, de gastroentérologues et de radiologues interventionnistes. L'hémorragie doit être arrêtée dans les 24 heures, parce que l'état du malade se détériore rapidement après ce délai. Temporiser ou tergiverser, tout en espérant « stabiliser » le ou la malade mène trop souvent à une issue fatale.

Le traitement le plus efficace repose sur une bonne connaissance de la physiopathologie de la cirrhose ainsi que de l'hypertension portale.

Cette hypertension a deux composantes : augmentation du débit portal et résistance à la traversée hépatique. Il y a des années, Guido Banti, pathologiste à l'Université de Florence, avait remarqué que la splénomégalie menait à une augmentation du volume sanguin cherchant et trouvant accès à la veine porte.

Bien plus tard, Blaine, de Detroit (Michigan), rapportait une série de malades dont l'hémorragie avait été contrôlée par simple ligature de l'artère splénique. Tout en déplorant une mortalité de 10%, Blaine avait réussi à maîtriser l'hémorragie chez 50 % des malades. Les critiques de cette méthode s'attachaient au 50 % de patients qui avaient souffert d'une récidive et la technique fut sup-

plantée par les anastomoses spléno-rénale et porto-cave. Je me rappelle de mon Maître, Louis Rousselot, autorité reconnue en matière d'hypertension portale, se plaignant de l'état des malades qui lui étaient envoyés après splénectomie. Il manquait peut-être de remarquer ou même de se rendre compte que cette splénectomie les avait aidés à parvenir jusqu'à lui.

En utilisant une variante de l'équation de Bergren pour calculer un shunt pulmonaire, nous avons pu étudier la proportion du débit de la veine porte provenant de la rate [1]. La valeur moyenne de la part splénique de ce débit était de 50 %, si l'artère splénique avait un diamètre de plus de 9mm. A la suite de ces travaux, nous avons observé que la ligature de l'artère splénique engendrait une baisse moyenne de la pression portale de 8.5 cm H2O.

Chez la moitié des malades, la pression portale s'équilibrait ensuite en dessous de 30cm H2O, cette valeur représentant le niveau critique, au-dessus duquel se trouvait le seuil généralement admis du déclenchement des hémorragies [2]. Les shunts dans le territoire splanchnique peuvent être démontrés par angiographie où le produit de contraste passe rapidement de l'artère mésentérique supérieure à la veine porte, avec un temps de circulation très raccourci. Le statut circulatoire hyperdynamique représente un autre phénomène physiopathologique chez le malade cirrhotique. Comme dans la cardiopathie du Beri-Beri, cette hyperdynamie peut causer une défaillance cardiaque à cause du débit cardiaque accru. Les shunts pulmonaires coexistants peuvent causer une hypoxémie [3]. Ces anomalies physiologiques sont responsables des risques élevés chez ces malades.

L'hypertension portale due à l'obstruction intrahépathique est traitée par les différents types d'anastomoses entre le système porte et le système cave et par la transplantation hépatique. La compression de la veine cave inférieure par un lobe caudé trop développé peut parfois empêcher un shunt porto-cave de réduire suffisamment l'hypertension portale. Ce qui augmente l'intérêt pour les « stents » intrahépatiques qui vont éclipser peu à peu le traitement opératoire par anastomose extra-hépatique.

Patients et méthode

Au « Westchester Medical Center », nous avons développé un protocole pour la prise en charge d'urgence de tous les malades atteints d'une hémorragie par rupture de varice oesophagienne. La base thérapeutique repose sur la physiopathologie de l'hypertension portale. (Tableau 1)

Schéma thérapeutique (Tableau 2)

- Une sonde de Swan Ganz est mise en place et le profil physiologique du malade permet d'établir le statut circulatoire hyperdynamique qui correspond à la morbidité et la mortalité du malade en question. Comme tous ces malades reçoivent des médicaments par voie intraveineuse pour réduire le débit de la circulation splanchnique, il est important de contrôler en ligne les valeurs du débit cardiaque.
- Une endoscopie d'urgence, soit pour obturer soit pour scléroser les varices, suit de près la mise en place de la sonde intracardiaque droite de Swan Ganz.

Si l'hémorragie n'est pas arrêtée totalement, le traitement se poursuit par l'embolisation de l'artère splénique par voie angiographique. Cette méthode destinée à réduire la pression portale a en outre l'avantage d'augmenter les plaquettes et d'accroître le diamètre de l'artère hépatique propre de 20%. Selon la loi de Poiseuille cet élargissement de l'artère hépatique double son débit, ce qui expliquerait le fait qu'un tiers de nos malades améliorent leur classement selon CHILD de C à B, et de B à A.

- Pour éviter les récidives hémorragiques, nous avons ajouté la déconnexion porto-azygos, exécutée par mini-laparotomie [4]. La technique de déconnexion porto-azygos comporte la ligature de la veine coronaire et des veines courtes de l'estomac, en utilisant de l'alcool et des embols injectés par la veine mésentérique. Si le gradient des pressions hépatique-porte reste au-dessus de 30cm H2O, nous ajoutons la mise en place du TIPS par voie mésentérique-fémorale.

La survie des malades traités avec cette approche intégrée et inspirée par une atmosphère d'urgence, est de 80%.

Si l'hémorragie est arrêtée, les malades sont ensuite évalués en vue d'une transplantation hépatique possible

Si une installation angiographique n'est pas disponible, la déconnexion porto-azygos et la ligature de l'artère splénique peuvent se faire par laparotomie ou par laparoscopie, en utilisant les sutures mécaniques pour agrafer le ligament gastro-pancréatique et les parois antérieure et postérieure du cardia.

Le TIPS

Les avantages du TIPS (Tableau 3) par voies mésentérique et fémorale résident dans le fait que la ponction percutanée transhépatique de la veine porte est évitée. La mise en place du TIPS est possible, même si la veine porte est thrombosée. Dans ce cas, le chirurgien peut établir un tunnel à travers le segment thrombosé par voie mésentérique. Le shunt introduit par voie mésentérique est plus court et ne risque pas d'être contaminé par la bile. Les résultats à court terme (Tableau n° 4) sont bons. Ils le sont moins à long terme (Tableau 5)

Conclusion

La chirurgie garde un rôle primordial dans le traitement des hémorragies par rupture de varices oesophagiennes, mais elle impose une coordination avec le radiologue et le gastroentérologue.

Références

1. Del Guercio LRM, Cohn JD, Kazarian KK, Kinhabwalla M. A shunt equation for estimating the splenic component of portal hypertension. Am J. Surg. 1978 ; 135 : 70-5
2. Del Guercio LRM, Hodgson WJ, Morgan JC, Berman HL, Kinhabwalla MN. Splenic artery and coronary vein occlusion for bleeding esophageal varices. Word J of Surgery. 1985 ; 8 : 680-7
3. Del Guercio LRM et al. Pulmonary arteriovenous admixture and the hyperdynamic cardiovascular state in surgery for portal hypertension. Surgery 1964 ; 56 : 57-74
4. Strack et al. An integrated procedure for the rapid diagnosis of biliary obstruction, portal hypertension and liver disease of uncertain aetiology. New Eng. J. Med. 1971 ; 285 : 1225-31

Augmentation du retour veineux
- Traitement médicamenteux - Oblitération endoscopique des varices - Embolisation de l'artère splénique - Ligature par suture mécanique du ligament gastropancréatique et du cardia - Minilaparotomie pour ligature des veines coronaire et collatérales - Opération de Sugiura
Diminution de la résistance au retour veineux
- Anastomoses porto-cave variées · - Anastomose sélective de Warren · - TIPS, voies mésentérique et fémorale · - Transplantation hépatique

Tableau 1 : Base physiologique du traitement

- Médicamenteux : Pitressine, Somatostatine, Octréotide
- Endoscopique : élastique, sclérothérapie
- Embolisation par artériographie de l'artère splénique
- Minilaparotomie pour ligature des veines coronaire et collatérales (déconnexion porto-azygos)
- En cas de gradient élevé entre les pression hépatique et portale = ajouter TIPS
- La transplantation hépatique est évaluée chez les survivants

Tableau 2. Schéma thérapeutique du traitement des hémorragies par rupture de varices oesophagiennes

- Evite la ponction transhépatique de la veine porte
- Evite les hémorragies intrapéritonéales
- Isole le Stent de la bile
- Prévient l'hématome sous capsulaire du foie
- Empêche le pneumothorax
- Elimine les risques de ponction carotidienne
- Meilleur taux de succès
- Shunt plus court et direct donc de perméabilité prolongée
- Mise en place du TIPS possible même en cas de thrombose portale
- La minilaparotomie assure la participation du chirurgien au traitement

Tableau 3 : Avantages de la mise en place du TIPS par les veines mésentérique et fémorale plutôt que par la veine jugulaire

- Mise en place réussie : 100 %
- Mortalité opératoire : 0
- Complications opératoires : 1
- Arrêt de l'hémorragie : 90 %

Tableau 4 : TIPS par voie mésentérique : résultats à court terme (n=92)

- Mortalité à 30 jours : 23 %
- Mortalité éloignée : 19 %
- Récidive de l'hémorragie : 14 %
- Révision moyenne à : 22 mois

Tableau 5 : TIPS par voie mésentérique : résultats à long terme

Commentaires

Par B. Launois (Rennes)

Deux chirurgiens français se sont intéressés à la ligature de l'artère splénique :

En 1970 JN Maillard, JP Benhamou et B Rueff, ont présenté la ligature de l'artère splénique dans le cadre de l'artérialisation du foie ; l'artère splénique était utilisée pour artérialiser l'extrémité distale du tronc porte après anastomose portocave termino-latérale. La ligature permettait la correction de l'hypersplénisme, sans hyperplaquettose. En 1978, B Nordlinger et D Warren publiaient les résultats de la ligature de l'artère splénique dans le cadre des anastomoses splénorénales distales. Les indications avaient été posées pour hémorragies peropératoires après anastomoses splénorénales distales (4 patients), dévascularisation gastrique (1 patient), ligature élective (1 patient), ligatures accidentelles (2 patients).

L'inconvénient majeur de la ligature de l'artère splénique est la récidive de l'hémorragie. Dans la série de 7 malades de Dumont, elle survient 3 fois et dans celle de Del Guercio, 4 fois sur 6 malades. Mais on assiste également à une augmentation des plaquettes, à un risque d'infarctus splénique (1 fois sur 2), à un risque de thrombose de la veine splénique (1 fois sur 2) et surtout à une augmentation du risque opératoire en cas de transplantation hépatique en raison de l'existence d'adhérences pariétales avec une circulation collatérale portale majeure, un risque de thrombose portale et même en cas d'embolisation, un risque de traumatisme du tronc coeliaque. Il va sans dire qu'en cas de splénectomie, il existe un risque majeur de thrombose portale.

En matière d'hémorragie par rupture de varices oesophagiennes, il est capital d'emblée de savoir si le malade est un futur candidat à la transplantation : cirrhose post-hépatitique et malade abstinent en cas de cirrhose alcoolique.

S'il est child C ou A et B symptomatique, il recevra un TIPS en attendant la transplantation.

S'il est child A et B asymptomatique, l'accent doit être mis sur la sclérothérapie et les ligatures de varices à condition que le malade soit compliant et facile à suivre.

S'il n'est pas compliant, très peu entouré et loin de l'hôpital et s'il est porteur de varices gastriques, la chirurgie peut retrouver des indications.

Si le malade n'est pas candidat à la transplantation, les indications sont similaires. S'il est compliant et porteur de varices oesophagiennes, la sclérothérapie est le traitement de choix et s'il a un risque opératoire, la pose d'un TIPS.

S'il n'est pas compliant et porteur de varices gastriques, s'il s'agit d'un bon risque opératoire, la chirurgie est le meilleur traitement. S'il s'agit d'un mauvais risque, le TIPS garde ses indications.

TIPS : Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt