

Place du TIPS
et de la prothèse oesophagienne endoscopique
dans l'hémorragie de l'Hypertension Portale (HTP)

Docteur Dominique THABUT

UF de Soins Intensifs d'Hépatogastroentérologie

Hôpital le Pitié-Salpêtrière, Paris, France

L'anastomose porto-cave par voie transjugulaire est un moyen de faire diminuer rapidement l'hypertension portale. Récemment les indications d'anastomose porto-cave se sont élargies. Les shunts porto-systémiques actuellement utilisés sont des prothèses (stents) placées par voie transjugulaire (Transjugular Intra-hépatiques Portosystemic Shunt ou TIPS). Les TIPS ont dans un premier lieu été utilisés au cours des ruptures de varices oesophagiennes (RVO) réfractaires, ce qui représente environ 10 % des patients. La pose du TIPS dans ces conditions a pour but d'arrêter le saignement (TIPS dit de « sauvetage »). Des études non contrôlées ont rapporté un taux de contrôle du saignement élevé, de plus de 90% dans cette indication. La plus large cohorte publiée remonte à 2001 (1). Dans cette étude, le contrôle hémorragique était excellent ; en revanche, la survie à 1 an n'était que de 50 % en raison de l'évolution vers l'insuffisance hépato-cellulaire terminale, la plupart du temps dans les semaines qui suivaient la pose de TIPS. La plupart des études utilisaient des prothèses non couvertes. Depuis 10 ans, des prothèses couvertes au polyfluorotétraéthylène sont disponibles. Elles présentent l'avantage de ne pas se sténoser après quelques mois, ce qui était l'inconvénient principal des prothèses non couvertes. Cependant, la mise en place d'un TIPS couvert pour les hémorragies réfractaires ne semble pas modifier le pronostic de ces malades par rapport aux prothèses non couvertes.

Des travaux plus récents ont suggéré que la pose précoce d'un TIPS après le contrôle du saignement pourrait améliorer le pronostic chez les malades les plus sévères. Il s'agit donc d'une indication de TIPS chez des malades contrôlés sur le plan hémorragique, en prophylaxie secondaire. La particularité est que le TIPS est posé de façon précoce après le contrôle hémorragique (« TIPS précoce »). En effet, des données ont suggéré que les patients ayant un

gradient de pression porto-sus-hépatique > 20mmHg dans les 72 h suivant l'hémorragie avaient un pronostic plus défavorable, et que la pose rapide d'un TIPS améliorerait leur survie (2). Ces résultats très intéressants semblent toutefois difficiles à appliquer dans la pratique courante. En effet, peu de centres pratiquent la mesure du gradient. Une autre étude plus récente a comparé le traitement standard et la pose précoce du TIPS chez des malades sévères, mais sélectionnés selon des critères cliniques : malades avec cirrhose Child-Pugh B avec hémorragie active ou Child-Pugh C, sans antécédent de RVO (3). Ce travail publié en 2010 dans le NEJM a montré un meilleur contrôle du saignement (97% vs 50%) et une amélioration très significative de la survie à 1 an (86% vs 61%). Cependant, ces données ont été obtenues chez des patients très sélectionnés, et sur une petite cohorte de patients (63 malades, recrutés en 3 ans sur 9 centres). Des travaux de validations externes de ces résultats sont en cours, et les recommandations internationales suggèrent de discuter de la pose du TIPS chez ces patients. Les critères pourraient être revus, notamment en ce qui concerne les patients Child-Pugh B, chez qui le saignement actif ne semble pas avoir de vraie valeur pronostique dans des travaux récents. Un observatoire Français a été mis en place (observatoire CHOC), ayant pour objectif de répertorier les hémorragies sur cirrhose liées à l'HTP, les malades éventuellement candidats à un TIPS, et l'accessibilité au TIPS des différents centres recevant ce type de patients. Il semblerait que 30% des patients répondraient au critères de TIPS précoce, cependant les indications de TIPS ne sont réellement posées que dans 10% des cas. Il faut donc sensibiliser les praticiens à cette attitude thérapeutique, surtout chez les patients pour lesquels un projet thérapeutique est en place.

Enfin, il existe une 3^e indication de TIPS dans le cadre de l'hémorragie sur cirrhose : celle chez les patients ayant présenté une hémorragie alors que la prophylaxie secondaire était bien conduite. Il existe peu d'études dans ce contexte, mais ces patients ont généralement un pronostic très réservé.

La sonde de Blakemore utilisée comme traitement d'attente lors des hémorragies réfractaires, et permet d'arrêter transitoirement l'hémorragie, le temps d'effectuer un traitement définitif, comme la mise en place d'un TIPS par exemple. La pose de cette sonde est associée à de nombreuses complications potentiellement graves comme la perforation ou nécrose oesophagienne, la pneumopathie d'inhalation (4). Par ailleurs, l'hémorragie récidive dans plus de 50% des cas au dégonflage du ballon oesophagien. Plus récemment, des prothèses oesophagiennes ont été proposées comme alternative à la sonde de Blakemore. Dans des études pilotes non contrôlées, ces dispositifs permettent le contrôle d'une hémorragie réfractaire dans 70

à 100% des cas (5,6). Ces prothèses semblent entraîner moins de complications, peuvent être maintenues en place entre 7 et 14 jours, puis extraites au cours d'une endoscopie. Notre expérience en France de ces prothèses est extrêmement limitée. Une étude contrôlée est actuellement en cours en Espagne, comparant l'efficacité et la tolérance de la prothèse oesophagienne chez des patients atteints d'hémorragie réfractaire.

Au total, il y a 3 indications de TIPS chez les patients présentant un saignement lié à l'HTP : le TIPS de sauvetage, le TIPS en prophylaxie secondaire chez les patients présentant une hémorragie alors qu'ils ont déjà eu une double prophylaxie par bêta-bloquants et ligature bien conduite, et le TIPS précoce, qui représente probablement une avancée majeure dans la prise en charge de ces patients. Les prothèses oesophagiennes sont pour l'instant utilisées comme traitement d'attente lors d'une hémorragie incontrôlée.

Références :

- (1) Azoulay D, Castaing D, Majno P, Saliba F, Ichaï P, Smail A, Delvart V, Danaoui M, Samuel D, Bismuth H. Salvage transjugular intrahepatic portosystemic shunt for uncontrolled variceal bleeding in patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol.* 2001;35(5):590-7.
- (2) Monescillo A, Martinez-Lagares F, Ruiz-del-Arbol L, Sierra A, Guevara C, Jimenez E, et al. Influence of portal hyper-tension and its early decompression by TIPS placement on the outcome of variceal bleeding. *Hepatology* 2004;40:793—801.
- (3) García-Pagán JC, Caca K, Bureau C, Laleman W, Appenrodt B, Luca A, Abraldes JG, Nevens F, Vinel JP, Mössner J, Bosch J; Early TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt) Cooperative Study Group. Early use of TIPS in patients with cirrhosis and variceal bleeding. *N Engl J Med.* 2010 24;362(25):2370-9.
- (4) Avgerinos A, Armonis A. Balloon tamponade technique and efficacy in variceal haemorrhage. *Scand J Gastroenterol Suppl.* 1994;207:11-6.
- (5) Zehetner J, Shamiyeh A, Wayand W, Hubmann R. Results of a new method to stop acute bleeding from esophageal varices: implantation of a self-expanding stent. *Surg Endosc.* 2008 Oct;22(10):2149-52.

- (6) Wright G, Lewis H, Hogan B, Burroughs A, Patch D, O'Beirne J. A self-expanding metal stent for complicated variceal hemorrhage: experience at a single center. *Gastrointest Endosc.* 2010 Jan;71(1):71-8.