

PLACE DU TIPS EN 2007

Docteur Christophe Bureau

Service d'HGE Fédération Digestive
Hôpital Purpan
Place du Dr Baylac, 31059 Toulouse
bureau.c@chu-toulouse.fr

Le TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt) est une anastomose porto cave latéro-latérale transhépatique entre une branche de la veine porte et une veine hépatique. C'est une technique de radiologie interventionnelle qui permet d'éviter les inconvénients de la laparotomie.

RF Colapinto et al ont réalisé la première anastomose portocave radiologique chez l'homme en 1982 [1]. Le développement du TIPS n'a été possible qu'avec l'avènement des stents (1986) et grâce aux progrès dans les matériaux utilisés (prothèses flexibles, prothèses dites «mémoire», prothèses couvertes).

Le but de cette mise au point est de présenter les indications actuelles et les perspectives du TIPS dans le traitement des complications liées à l'hypertension portale.

TIPS et hémorragie digestive active

L'anastomose portocave est la méthode la plus efficace pour contrôler une hémorragie par rupture de varices œsophagiennes. L'anastomose portocave chirurgicale est abandonnée du fait de sa morbidité et sa mortalité chez des patients atteints d'une cirrhose à haut risque opératoire. Le TIPS permet d'éviter les inconvénients de la laparotomie.

Il n'existe aucune étude contrôlée qui évalue l'efficacité TIPS dans le contrôle de l'hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes. Les résultats des études non contrôlées dans le traitement de l'hémorragie digestive dite « réfractaire » montrent :

- un contrôle de l'hémorragie dans plus de 90 % des cas
- une mortalité à 1 mois d'environ 40 %.

Ces données ont conduit les experts à proposer de discuter la mise en place d'un TIPS chez des patients qui présentent une hémorragie digestive active non contrôlée par les traitements vaso-actifs et endoscopiques [2, 3].

Des progrès sont attendus dans la sélection des patients à haut risque de non contrôle de l'hémorragie qui pourraient bénéficier de la mise en place d'un TIPS plus tôt et dans de meilleures conditions.

TIPS et prévention de la récurrence hémorragique par rupture de varices œsophagiennes

C'est dans cette indication que l'efficacité du TIPS a été la plus évaluée. Au moins 16 études avec plus de 1000 patients inclus sont disponibles. Cela a conduit à plusieurs méta-analyses. Le TIPS a été comparé au traitement médicamenteux (mono ou bithérapie), au traitement endoscopique et à la chirurgie. Quand on le compare au traitement médicamenteux et ou endoscopique, le TIPS est la méthode la plus efficace pour prévenir la récurrence de l'hémorragie (19 % vs 47 %), au prix d'une augmentation du risque de l'encéphalopathie (34 % vs 19 %) et sans bénéfice observé sur la survie (73 % dans les 2 groupes) [4]. Comparé à la chirurgie, le TIPS est aussi efficace (5.5 % vs 10.5 % de récurrence hémorragique respectivement) mais l'utilisation des prothèses non couvertes conduisait à une augmentation du nombre de ré-interventions pour maintenir le shunt perméable. L'analyse du critère « coût-efficacité » ne montrait pas de différence entre l'anastomose radiologique et chirurgicale [5]. Il faut toutefois préciser que la chirurgie n'est possible que chez tout un petit nombre de patients sélectionnés avec des fonctions hépatocellulaires conservées.

Au total, les conférences de consensus ou d'experts recommandent en prévention secondaire, la mise en place d'un TIPS chez les patients en échec des traitements médicamenteux et endoscopiques [2, 3].

Dans cette indication, des travaux sont nécessaires pour améliorer la sélection des patients candidats au TIPS afin d'une part de le proposer plus tôt chez les patients à haut risque de récurrence et d'autre part diminuer le risque d'encéphalopathie [6].

TIPS et ascite récidivante

Cinq études randomisées ont comparé le TIPS aux ponctions évacuatrices répétées associées à une expansion volémique [7]. Trois méta-analyses de ces essais sont publiées. Les 3 méta-analyses montrent que le TIPS réduit significativement le risque de récurrence de l'ascite (42 % vs 80 %) et augmente le risque d'encéphalopathie (54 % vs 36 %). La mortalité, liée à l'hypertension portale ou globale n'est pas modifiée (46% vs 50 %). Cela n'est pas surprenant dans la mesure où l'ascite n'est pas à elle seule une complication létale de la cirrhose. Le TIPS normalise la pression portale sans modifier l'histoire naturelle de la cirrhose en termes d'aggravation progressive de l'insuffisance hépatique et de survenue de carcinome hépatocellulaire.

Dans ce groupe de patients, la survie n'est plus le critère d'évaluation principal. Les questions essentielles qui subsistent sont l'influence du TIPS sur la qualité de vie, l'état nutritionnel et le coût comparé des différentes stratégies [8].

Des études en cours réalisées avec des prothèses couvertes ont pour objectif de répondre à ces interrogations.

Les recommandations d'experts de la conférence de consensus française sont [2]:

- proposer un TIPS en attente d'une transplantation si le délai prévisible est supérieur à 6 mois

- en l'absence de projet de transplantation, le choix entre ponctions itératives, TIPS et dérivation péritonéo-jugulaire, dépend de l'état général et nutritionnel, de la fonction hépatique et de la perméabilité du système porte.

Apport des prothèses couvertes

Le principal inconvénient des TIPS était le taux de dysfonction des shunts [9] (80 % à 2 ans environ) lié à une hyperplasie pseudo-intimale qui se développe sur les parois de la prothèse. Cette dysfonction exposait au risque de récurrence clinique, obligeait à une surveillance régulière et à des réinterventions fréquentes pour maintenir le shunt perméable. Plusieurs études ont montré que l'utilisation de prothèses couvertes de polytétrafluoroéthylène permettait de réduire le taux de dysfonction des prothèses [10]. Cela s'accompagnait d'une diminution du risque de récurrences cliniques. Le suivi à long terme a de plus montré que le risque d'encéphalopathie était diminué dans le groupe de patients traités avec des prothèses couvertes. Ces données incitent à réévaluer la place du TIPS dans les complications liées à l'hypertension portale.

Autres indications

Aucune étude contrôlée n'est disponible dans ces autres indications. Néanmoins, l'efficacité du TIPS a été suggérée dans les situations suivantes : hémorragie par rupture de varices ectopiques, hydrothorax compliquant une cirrhose, syndrome de Budd-Chiari.

Conclusion

Le TIPS est malgré son efficacité un traitement de seconde voire de troisième ligne dans le traitement des complications liées à l'hypertension portale. Les améliorations techniques récentes et une meilleure sélection des patients pourraient modifier ces recommandations dans les prochaines années.

Références

1. Creation of an intrahepatic portosystemic shunt with a Gruntzig balloon catheter. *Can Med Assoc J* 1982;126:267-8
2. Lebrech D, Vinel JP, Dupas JL. Complications of portal hypertension in adults: a French consensus. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2005;17(4):403-10
(texte disponible en français et online sur le site AFEF <http://www.meditis.net/pagepro.asp>)
3. De franchis R. Evolving consensus in portal hypertension. Report of the Baveno IV consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J Hepatol* 2005;43:167-76
4. Burroughs AK et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus endoscopic therapy: randomized trials for secondary prophylaxis of variceal bleeding: an updated meta-analysis. *Scand J Gastroenterol* 2002;37:249-52
5. Henderson JM et al. Distal splenorenal shunt versus transjugular intrahepatic portal systematic shunt for variceal bleeding: a randomized trial. *Gastroenterology* 2006;130:1643-51
6. C Bureau et al. Role of transjugular intrahepatic portosystemic stents (TIPS) in the prevention of recurrent bleeding due to portal hypertension. *Gastroenterol Clin Biol* 2003;27:587-9
7. D'Amico et al. Uncovered transjugular intrahepatic portosystemic shunt for refractory ascites: a meta-analysis. *Gastroenterology* 2005;129:1282-93
8. JM Péron, C Bureau, JP Vinel. The role of TIPS in the treatment of refractory ascites. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:341-6
9. Casado M et al. Clinical events after transjugular intrahepatic portosystemic shunt: correlation with hemodynamic findings. *Gastroenterology* 1998;114:1296-303
10. C Bureau et al. Improved clinical outcome using polytetrafluoroethylene-coated stents for TIPS : results of a randomized study. *Gastroenterology* 2004;126:469-75