

INDICATIONS ACTUELLES DU TIPS

Dr Christophe Bureau

bureau.c@chu-toulouse.fr

Service d'Hépatogastro-entérologie CHU Purpan Toulouse

L'utilisation du TIPS restait encore limitée par ses deux complications majeures : l'encéphalopathie hépatique et la dysfonction du shunt. Ces inconvénients reléguent le TIPS à un traitement de 2^{ème} voire de 3^{ème} ligne dans la prise en charge des complications de l'HTP. L'utilisation de prothèses couvertes permet une amélioration considérable de la perméabilité des shunts (1). Ce progrès technique s'accompagne d'une amélioration clinique avec une diminution du risque de récurrences des complications liées à l'HTP. Enfin, cela ne majorerait pas le risque d'encéphalopathie (2). Pour ces raisons, la place du TIPS dans le traitement des complications de l'HTP est en cours de réévaluation. La réalisation plus précoce du TIPS dans certaines situations et une meilleure sélection des bons candidats pourraient permettre d'observer une amélioration de la survie par rapport aux traitements conventionnels.

1) Hémorragie digestive

a) Traitement d'hémostase

L'hémorragie digestive par rupture de VO a été la première indication du TIPS. Il n'existe aucune étude contrôlée qui évalue l'efficacité TIPS dans le contrôle de l'hémorragie digestive après échec des autres procédures. 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 ;
- un taux de récurrence précoce de 5 à 25%, principalement liée à la thrombose aiguë du shunt ;
- 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 (3).

Dans cette indication, des progrès étaient attendus dans la sélection des patients à haut risque d'échec qui pourraient bénéficier d'un TIPS plus précoce. En effet, A Monescillo et al. (4) ont montré que la réalisation d'un TIPS précoce améliorait la

survie des patients avec un GPH > 20 mmHg. Une étude multicentrique européenne a confirmé l'amélioration de la survie des patients à haut risque d'échec chez qui un TIPS couvert était réalisé précocement (5). Le haut risque d'échec était défini par: patient Child C (<14) ou patient Child B avec hémorragie active au moment de l'endoscopie. Cela correspond à environ 15 % des patients avec rupture de VO.

b) Prévention secondaire de la rupture de varices oesophagiennes

Au moins 16 études et plusieurs meta-analyses (> 1000 patients) sont disponibles (6) .

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 d'encéphalopathie (34% vs 19%) et sans bénéfice observé sur la survie (73 % dans les 2 groupes).

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 significative du nombre de ré-interventions pour maintenir le shunt perméable.

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. 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, de diminuer le risque d'encéphalopathie.

2) Ascite réfractaire

Six études randomisées contrôlées et autant de méta-analyses ont comparé le TIPS aux ponctions évacuatrices répétées. Ces méta-analyses montrent que le TIPS réduit significativement le risque de récurrence de l'ascite (42 % vs 80 %) au prix d'une augmentation du risque d'encéphalopathie (54 % vs 36%). Dans ces études, toutes réalisées avec des prothèses non couvertes, la dysfonction du shunt était responsable de la majorité des épisodes de récurrence de l'ascite. La mortalité globale n'est pas modifiée dans les 4 premières méta-analyses (46% vs 50 %). La dernière méta-analyse, réalisée à partir des données individuelles, a montré une amélioration de la survie sans transplantation et une diminution de la mortalité liée à l'hépatopathie (7).

Les questions essentielles qui persistent sont l'influence du TIPS sur la qualité de vie, l'état nutritionnel et le coût comparé des différentes stratégies. Une meilleure sélection des patients pourrait également permettre une amélioration de la survie et

une diminution du risque d'encéphalopathie (8). Des études en cours réalisées avec des prothèses couvertes ont pour objectif de répondre à ces interrogations.

3) Autres indications

Le TIPS a été évalué dans d'autres indications, qui correspondent à des situations cliniques moins fréquentes :

- rupture de varices ectopiques : le TIPS a d'autant plus sa place que l'accessibilité du traitement endoscopique est difficile ;
- syndrome hépato-rénal : amélioration de la fonction rénale et résultats encourageants sur la survie dans le syndrome hépato-rénal de type 2 ;
- hydrothorax réfractaire : absence de nouvelle thoracentèse chez approximativement 70% des patients ;
- syndrome de Budd-Chiari : le TIPS permet, chez la plupart des patients, une excellente survie à long terme (9,10).

(1) Bureau C, Garcia-Pagan JC, Otal P, et al. Improved clinical outcome using polytetrafluoroethylene-coated stents for TIPS: results of a randomized study. *Gastroenterology* 2004; 126: 469-475

(2) Bureau C, Pagan JC, Layrargues GP, et al. Patency of stents covered with polytetrafluoroethylene in patients treated by transjugular intrahepatic portosystemic shunts: long-term results of a randomized multicentre study. *Liver Int* 2007; 27: 742-747

(3) de Franchis R; Baveno V Faculty. Revising consensus in portal hypertension: report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension.. *J Hepatol* 2010; 53:762-8

(4) Monescillo A, Martinez-Lagares F, Ruiz-del-Arbol L, et al. Influence of portal hypertension and its early decompression by TIPS placement on the outcome of variceal bleeding. *Hepatology* 2004; 40: 793-801

(5) JC Garcia Pagan, K Caca, C Bureau et al. Early TIPS in cirrhotic patients with variceal bleeding. *N Eng J Med* 2010; 362:2370-9

(6) Burroughs AK, Vangeli M. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus endoscopic therapy: randomized trials for secondary prophylaxis of variceal bleeding: an updated meta-analysis. *Scand J Gastroenterol* 2002; 37: 249-252

(7) Salerno F, Camma C, Enea M, et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt for refractory ascites: a meta-analysis of individual patient data. *Gastroenterology* 2007; 133: 825-834

(8) C Bureau, S Métivier, M D'Amico. Serum bilirubin and platelet count: a simple predictive model for survival in patients with refractory ascites treated by TIPS. *J Hepatol* In press

(9) Plessier A, Sibert A, Consigny Y, et al. Aiming at minimal invasiveness as a therapeutic strategy for Budd-Chiari syndrome. *Hepatology* 2006; 44: 1308-1316

(10) Garcia-Pagan JC, Heydtmann M, Raffa S, et al. TIPS for Budd-Chiari syndrome: long-term results and prognostic factors in 124 patients. *Gastroenterology* 2008; 135: 808-815.