

Que reste-t-il du traitement chirurgical?

Un traitement chirurgical peut être proposé soit en urgence pour obtenir l'arrêt d'une hémorragie par rupture de varices œsophagiennes, soit à distance d'un épisode hémorragique pour éviter la survenue de récurrences hémorragiques. Deux types d'interventions peuvent être réalisées : soit les dérivations porto-systémiques, soit les gestes directs sur les varices œsophagiennes. L'importance de la mortalité opératoire des interventions en urgence et le risque d'encéphalopathie auquel exposent les dérivations porto-systémiques, restreignent actuellement les indications du traitement chirurgical au profit de la sclérothérapie et de la prescription de β -bloquants. Il n'en reste pas moins que le traitement chirurgical conserve des indications.

Le traitement chirurgical d'urgence : un certain nombre de malades ont une hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes qui persiste malgré une sonde de tamponnement bien posée, ou qui récidive peu après son dégonflage. Ces malades constituent un sous-groupe dans lequel il est licite de discuter une indication opératoire d'urgence. Les dérivations porto-systémiques permettent un arrêt de l'hémorragie dans 95 % des cas mais elles comportent une mortalité opératoire importante de 45 % [1]. Cette mortalité est directement en rapport avec le degré d'insuffisance hépato-cellulaire puisqu'elle est de 90 % pour les malades de la classe C de Child (qui ont une insuffisance hépatique sévère), de 40 % pour ceux de la classe B (qui ont une insuffisance hépatique modérée) et de 15 % pour ceux de la classe A (qui ont une fonction hépatique satisfaisante) [14]. Pour diminuer la gravité du pronostic des décompressions portales, qui est attribuée à la suppression brutale du flux portal, des procédés d'hémostase directe des varices ont été

proposés. Ces interventions comportent en fait une mortalité voisine de celle des dérivations, car la mortalité y est également directement liée au degré d'insuffisance hépato-cellulaire [15]. Ainsi, il apparaît très nettement que le traitement chirurgical d'urgence de ces hémorragies ne doit être envisagé que chez des malades ayant une bonne fonction hépato-cellulaire. Ce groupe de malades chez qui l'intervention permet un arrêt de l'hémorragie au prix d'une mortalité acceptable, représente, dans notre expérience, moins de 2 % des cirrhotiques hospitalisés pour hémorragie digestive. Il convient de réaliser chez eux le type d'intervention que le chirurgien sait le mieux faire, généralement une dérivation porto-cave tronculaire.

Le traitement électif des varices œsophagiennes : les malades qui ont saigné deux fois en un an et/ou qui ont de grosses varices œsophagiennes ont un risque important de récurrences hémorragiques. Ces malades peuvent actuellement bénéficier d'un traitement préventif de ces récurrences par les β -bloquants ou la sclérose de leurs varices. Cependant près de 15 % des malades sous β -bloquants et plus de 35 % des malades ayant eu une sclérose ont une récurrence hémorragique [16]. Dans ces cas, un traitement chirurgical peut être envisagé. Il est préférable de les opérer à distance du dernier épisode hémorragique, dans un délai de 5 à 6 semaines. On a alors le choix entre une dérivation porto-systémique et une hémostase directe des varices œsophagiennes.

(a) Les dérivations porto-systémiques. La mortalité opératoire de ces interventions en dehors de l'urgence est inférieure à 10 % [17]. Elle est liée à la fonction hépato-cellulaire et elle semble particulièrement élevée s'il existe une hépatite alcoolique sévère. Cette mortalité n'est pas influencée par le type d'anastomose réalisé. L'efficacité sur la prévention des récurrences dépend du risque de thrombose du shunt [18]. Ce risque de thrombose est plus important (15 %) pour les dérivations distales (spléno-rénales) que pour les dérivations tronculaires (5 %). Il est intermédiaire (10 %)

pour l'anastomose mésentérico-cave. En fait, c'est surtout le risque de survenue d'une encéphalopathie qui restreint les indications des dérivations porto-systémiques. Ce risque est voisin de 25 % avec près de 8 % d'encéphalopathies graves invalidantes. Il n'existe aucun élément prédictif du risque d'encéphalopathie et son traitement est difficile. Cette encéphalopathie est attribuée à la suppression du flux portal. Contrairement à certaines espérances, la réalisation de dérivations partielles ou latéro-latérales ne diminue pas l'incidence de l'encéphalopathie, car ces anastomoses ne préservent pas un flux portal. L'intervention de Warren ou anastomose spléno-rénale distale a pour but de décompresser les varices œsophagiennes en dérivant sélectivement le secteur gastro-splénique, tout en préservant le flux portal (par une ligature des veines situées entre les secteurs porto-mésentérique et gastro-splénique). En fait, malgré des résultats initiaux très favorables, la supériorité de cette intervention est toujours discutée, probablement parce que le caractère sélectif de cette anastomose est transitoire [19]. L'intervention qui peut être proposée dépend de l'expérience des opérateurs, des conditions anatomiques (en tenant compte de la taille des vaisseaux à anastomoser) ainsi que de la présence ou non d'une ascite : la présence de celle-ci doit faire préférer une dérivation tronculaire latéro-latérale. Ces dérivations latéro-latérales offrent par ailleurs la possibilité d'être supprimées en cas d'encéphalopathie grave.

(b) Les gestes d'hémostase directe sur les varices œsophagiennes. Ils comportent a priori deux types d'avantages par rapport aux dérivations. L'un d'ordre technique, qui est la simplicité et la rapidité du geste et l'autre d'ordre physiologique, qui est l'absence de toute modification hémodynamique du foie cirrhotique susceptible d'entraîner ou de majorer une insuffisance hépato-cellulaire postopératoire. En fait, l'abord direct de l'œsophage par voie abdominale n'est pas facile en cas de cirrhose. Or, plus le geste local est limité, plus le risque de récurrence est important. En effet, l'efficacité de ces

RÉFÉRENCES

15. Osborn DR, Hobbs KEF. The acute treatment of haemorrhage from œsophageal varices: a comparison of œsophageal transection and staple gun anastomosis with mesocaval shunt. *Br J Surg* 1981; 68 : 734-7.

16. Schalm SW, Van Buuren Hr. Prevention of recurrent variceal bleeding : non surgical procedures. *Clin Gastroenterol* 1985; 14 : 209-32.

17. Franco D, Smadja C. Prevention of recurrent variceal bleeding : surgical procedures. *Clin Gastroenterol* 1985; 14 : 233-57.

18. Mehigan DG, Zuidema GD, Cameron JL. The incidence of shunt occlusion following portosystemic decompression. *Surg Gynecol Obstet* 1980; 150 : 661-3.

19. Fékété F, Belghiti J, Grenier P, Nahum H, Rueff B. L'anastomose de Warren. Résultats cliniques et angiographiques; présentation d'une série de 23 cas. *Gastroenterol Clin Biol* 1981; 5 : 482-5.

TIRÉS A PART

D. Lebec : Inserm U 24, hôpital Beaujon, 92118 Clichy cedex.

J. Belghiti : Service de chirurgie digestive, hôpital Beaujon, 92118 Clichy cedex.

interventions sur la prévention des récurrences est proportionnelle à l'étendue de la dévascularisation du bas œsophage [17]. La transection de l'œsophage à l'aide de pinces à auto-suture est l'intervention la plus simple mais le taux de récurrences hémorragiques est de 18%. Sigiura *et coll.* ont montré qu'il était nécessaire d'associer à la transection une dévascularisation œsogastrique et une splénectomie pour obtenir un taux de récurrences inférieur à 5%. Or, plus le geste de dévascularisation est étendu, plus le risque opératoire est important. Il n'en reste pas moins que si ces interventions, largement développées au Japon, peuvent être réalisées avec une mortalité faible et un taux de récurrences également faible, elles méritent un plus grand développement car elles n'entraînent pas d'encéphalopathie. En conclusion, il est important de se rappeler que l'efficacité des méthodes non opératoires (β -bloquants et sclérothérapie) pour arrêter ou prévenir les récurrences hémorragiques

reste encore inférieure à celle de la chirurgie. Celle-ci a cependant deux handicaps majeurs qui sont la mortalité opératoire et le risque d'encéphalopathie. La mortalité opératoire est très faible, en dehors de l'urgence, dans les équipes chirurgicales orientées vers cette pathologie. La restriction des indications opératoires limite le nombre des équipes ayant une expérience suffisante. Si des facteurs prédictifs de l'encéphalopathie postopératoire étaient connus, un certain nombre de malades pourraient bénéficier de l'intervention la plus efficace sur les hémorragies par hypertension portale, à savoir la dérivation porto-cave. La connaissance de ces facteurs prédictifs représente à notre avis une priorité de recherche.

Jacques Belghiti

Chef de clinique-assistant. Service de chirurgie digestive, hôpital Beaujon, 92118 Clichy cedex.