INDICATIONS DE L'ANASTOMOSE SPLENO-RENALE CENTRALE AU COURS DE L'HYPERTENSION PORTALE BILHARZIENNE

RAZAFINDRABE J. A. B.*, RABARIJAONA M.*, RAKOTOARISOA B.*, SAMBANY R.**, RAZAFINDRAMBOA H.***

RESUME

L'hypertension portale est une complication grave de la bilharziose à shistosoma mansoni, qui est endémique à Madagascar.
Cette étude essaye de présenter les indications de l'anastomose spléno-rénale centrale au cours des hypertensions portales bilharziennes. 33 patients porteurs d'hypertension portale ont été opérés d'une anastomose splénorénale centrale. L'âge moyen est de 39,18 ans (17-67 ans). 84,84 % de ces patients avaient moins de 50 ans. Le sex-ratio est de 1,53. La moitié des patients est hospitalisée pour hémorragies digestives, inaugurales ou récidivées, et l'autre moitié pour splénomégalie.
C'était une étude rétrospective portant sur les dossiers de ces 33 patients.
Elle a montré la précocité de l'hypertension portale bilharzienne dans les zones endémiques. La confirmation de l'étiologie bilharzienne de ces hypertensions portales est sérologique, anatomopathologique et surtout échographique par la visualisation de la fibrose périportale.
L'anastomose spléno-rénale centrale a été indiquée devant :
- *des hypertension portales bilharziennes avec un hypersplénisme (69,69 %)*
- *des hypertensions portales compliquées d'hémorragies digestives par rupture de varices œsophagiennes malgré un traitement médical et/ou endoscopique bien conduit*
- *patients de la classe A ou B de Child dans 93,93 %*
- *patients jeunes de moins de 50 ans dans 84,84 %.*

Mots-clés : Anastomose spléno-rénale centrale - hypertension portale - bilharziose.

SUMMARY

Indications of the central splenorenal shunt in the shistosomal portal hypertension

Portal hypertension is a serious complication of intestinal shistosomias. Shistosomias is an endemic disease in Madagascar.
The target of this study is to present the indications of central splenorenal shuntin the cases of shistosomal portal hypertension. 33 patients with portal hypertension were operated. The middle of their age is 39,18
years old. 84,84 of these patients are less than 50 tears old. The first half of these patients are hospitalized for digestive bleeding or rebleeding, and the other half for splenomegaly.
It was a retrospective study.
This study demonstrated the precocity of shistosomias portal hypertension. The confirmation of the shistosomal etiology of these portals hypertensions were histologic and ultrasonoscopic.
The indications of central splenorenal shunt was determined in front of :
- *shistosomal portal hypertension*
- *bleeding or rebleeding after utilisation of of medical treatment or endoscopic treatment*
- *patients in A or B class of Child*
- *and, patients who are less than 50 years old.*

Key-words : Central splenorenal shunt - portal hypertension - shistosomias.

** Chirurgien - Ancien Interne des Hôpitaux - Chirurgie Générale.*
Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo - BP 4150 - 101 Antananarivo - Madagascar
*** Chirurgien - Chirurgie Viscérale - Centre Hospitalier de Soavinandriana - 101 Antananarivo - Madagascar*
**** Chirurgien - Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche - Chirurgie Viscérale et Vasculaire - Centre Hospitalier de Soavinandriana - 101 Antananarivo - Madagascar.*

INTRODUCTION

La bilharziose à shistosoma mansoni est endémique à Madagascar (1). Elle est à l'origine de beaucoup d'hypertension portale non cirrhotique. Le traitement de ces hypertensions portales a fait l'objet de réévaluation des indications ces dernières années.
L'objectif de cette étude est d'essayer de présenter les indications de l'anastomose spléno-rénale centrale dans le cadre du traitement chirurgical des hypertensions portales bilharziennes.

PATIENTS

33 patients ont subi une dérivation porto-cave chirurgicale dans le service de Chirurgie viscérale et vasculaire du CENHOSOA (Antananarivo - Madagascar). L'âge moyen est de 39,18 ans avec des extrêmes de 17 et 67 ans. 84,84 % ont moins de 50 ans et le sex-ratio est de 1,53. 51,51 % ont été hospitalisés pour hémorragie digestive dont 39,39 % sont des récidives. 42,42 % ont été hospitalisés pour splénomégalie. 72,72 % viennent d'une zone d'endémie bilharzienne.

MÉTHODE

C'est une étude rétrospective portant sur les dossiers de 33 patients opérés et ayant fait l'objet d'une anastomose spléno-rénale centrale. Plusieurs paramètres ont été évalués pour essayer d'inventorier les indications du traitement chirurgical de ces hypertensions portales bilharziennes. Il s'agit de signes clinique, biologique, endoscopique, echographique, anatomopathologique, parasitologique, et immunologique. La splénomégalie a été cotée selon la classification de HACKETT (2). Le degré d'insuffisance hépato-cellulaire a été évaluée par la classification de Child modifiée par PUGH (3). La technique de dérivation utilisée a été l'anastomose spléno-rénale centrale (4).

L'évaluation de la qualité des résultats est faite au cours des consultations de contrôle postopératoire à 1 mois, 3 mois et 12 mois de la dérivation porto-systémique. Cette évaluation est avant tout clinique : basée sur l'existence ou non des hémorragies digestives, sur l'existence ou non de signes d'encéphalopathie hépatique clinique, et ensuite endoscopique : les varices œsophagiennes.

RÉSULTATS

24,24 % des patients ont déjà été traités par une sclérose endoscopique au polidocanol, et 18,18 % ont déjà été sous Propranolol. 29,41 % des patients ont été hospitalisés en état de choc hémorragique. Tous les patients avaient une splénomégalie dont 81,81 % au stade III et IV. Il n'y avait pas de signes d'encéphalopathie hépatique clinique. La moitié de ces patients ont présenté un hypersplénisme. L'insuffisance hépato-cellulaire a été de classe A dans 63,63 % des cas, classe B dans 30,30 % des cas et classe C dans 6,06 % des cas. Tous les patients sont porteurs de varices œsophagiennes et 60 % avec des varices gastriques. La dilatation du tronc porte a été visualisée dans 63,63 % des cas, et la fibrose péri-portale dans 69,69 % des cas à l'échographie. On a pu découvrir des œufs de bilharzies dans 12,12 % des cas. La sérologie bilharzienne était positive dans 15,15 % des cas. L'examen anatomopathologique a montré une rectite bilharzienne pour un patient et une bilharziose hépatique pour 4 patients.
La mortalité globale a été de 22,58 %, 50 % pour les patients ayant plus de 40 ans et 5,26 % pour les moins de 40 ans.
Les résultats immédiats (1 mois), clinique et endoscopique sont satisfaisants. Les résultats à court terme aussi sont satisfaisants (12 mois) mais le nombre de cas revus est restreint (2 cas).

COMMENTAIRES

Notre série comporte des patients jeunes par rapport aux autres séries (5, 6). L'âge des opérés reflète la précocité de l'hypertension portale d'origine bilharzienne dans les pays endémiques comme Madagascar (1, 7).
Le diagnostic positif de l'hypertension portale a été clinique, biologique, endoscopique et échographique. L'hypertension portale est souvent révélée par ses complications en particulier les hémorragies digestives. Elles sont inaugurales dans la moitié des cas (8, 9). La confirmation de la pression portale élevée a été apportée par l'échographie en visualisant une veine porte dilatée à plus de 12 mm (10) .

L'origine de l'hypertension portale est bilharzienne dans 69,69 % des cas. Cette origine bilharzienne a été confirmée par l'examen échographique en visualisant la fibrose péri-portale en tuyau de pipe. La visualisation de

cette fibrose péri-portale est pathognomonique de la bilharziose hépatique (11). Elle correspond à la fibrose de la paroi des branches de la veine porte (11, 12). Elle est appréciée échographiquement selon la méthode CAIRO/OMS (13, 14).
La méthode CAIRO/OMS a été associée à la parasitologie et/ou à la sérologie et/ou à l'examen anatomopathologique.
Cette fréquence élevée des hypertensions portales d'origine bilharzienne est un reflet indirect de la prévalence de la parasitose (15). Cette fréquence pourrait être propre aux pays endémiques en matière de bilharziose intestinale, contrairement aux pays occidentaux où la cirrhose alcoolique est de loin la cause la plus fréquente d'hypertension portale (16, 17).

L'indication opératoire de l'anastomose spléno-rénale centrale a été posée devant les récidives hémorragiques par rupture de varices œsophagiennes pour 4 patients sous propranolol et ayant eu des séances de sclérothérapie endoscopique, ou de récidives hémorragiques chez des patients sans prise en charge médicale correcte, ou d'autres cas d'hémorragies digestives inaugurales d'une hypertension portale. De même, l'indication opératoire a été posée devant des splénomégalies mal tolérées accompagnées de varices œsophagiennes susceptibles de saigner avec un hypersplénisme (7 patients). Par ailleurs, 84,84 % des patients avaient moins de 50 ans et 93,93 % de ces patients étaient dans la classe A et B de Child modifiée par Pugh. Ces indications opératoires sont similaires à celles des séries publiées (6, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24), qui peuvent être résumées aux échecs du traitement médical et/ou endoscopique dans la prévention des récidives hémorragiques par rupture de varices œsophagiennes, et aussi pour des patients qui ne peuvent pas bénéficier d'un traitement médical et/ou endoscopique (18).

Vu l'existence de splénomégalie mal tolérée et d'un hypersplénisme, la technique de dérivation porto-cave devrait permettre de faire une splénectomie en même temps. La splénectomie corrige toujours l'hypersplénisme (22). L'anastomose spléno-rénale consiste à enlever la rate, et faire une anastomose entre la veine splénique à la partie latérale de la veine rénale. D'autre part, du fait de l'hypertrophie de la rate, le diamètre de la veine splénique est augmenté, ce qui est favorable à son utilisation pour l'anastomose. C'est pourquoi CORNET et al. ont préconisé l'anastomose spléno-rénale centrale pour le traitement chirurgical de la bilharziose hépatosplénique en Côte d'Ivoire (24).

Le taux de mortalité opératoire de notre série est élevé, mais inclus dans la fourchette décrite par les auteurs qui disaient entre 7 et 32 % de mortalité pour les traitements chirurgicaux de l'hypertension portale (4).

Malgré le nombre restreint des cas revus en postopératoire, l'anastomose spléno-rénale centrale est efficace pour prévenir les hémorragies digestives par rupture des varices œsophagiennes. Un recul plus long aussi permettrait de vérifier cette hypothèse. Et la perméabilité de l'anastomose aussi est à vérifier à long terme.

CONCLUSION

Cette étude rétrospective sur les hypertensions portales d'origine bilharzienne montre la précocité de leur survenue et la fréquence de leurs complications. La confirmation de l'étiologie bilharzienne de l'hypertension portale a été aidée par l'examen anatomopathologique et par l'échographie-visualisation de la fibrose péri-portale.
L'anastomose spléno-rénale a été indiquée devant :

- *des hypertensions portales avec hypersplénisme dans 69,69 % des cas*
- *des hémorragies digestives inaugurales ou récidivantes par rupture de varices œsophagiennes malgré un traitement médical et/ou endoscopique bien conduit,*
- *des patients classe A ou B de Child dans 93,93 % des cas,*
- *des jeunes patients de moins de 50 ans dans 84,84 % des cas.*

BIBLIOGRAPHIE

1- GENTILINI M
BILHARZIOSES. In Flammarion Médecine-Sciences eds.
Médecine Tropicale. Paris : 221-236.
2- HACKETT L.W.
Spleen measurement in malaria.
J. Nat Malaria. 1944.3 :121-123.

2 - MOIRAND R., DEUGNIER Y.
Prise en charge et surveillance de la cirrhose.
Encycl Méd Chir Editions scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, Hépatologie. 2000, 7034-B-12, 8p.
3 - LEGER L., PATEL J.
Anastomoses spléno-renales. In : Masson et Cie eds. Nouveau traité de

technique chirurgicale-système porte, rate. Paris, 1975 : 132-161.

4 - HANNOUN L., HUGUET C., DEIVA E., NORDLINGER B., FRILEU P., PARC R.
Résultats des dérivations portales pour ascite irréductible du cirrhotique.
Chirurgie, 1988, 114 : 497-501.

5 - LMANI K.
Traitement des hémorragies par rupture de varices gastriques par anastomose porto-systémique intrahépatique par voie transjugulaire.
Thèse médicale, Toulouse, l998.

6 - RARIVOMANANA M., RANDRIAMAMONJISOA H.J., RANAIVOARISON C.J,. RAMIAKAJATO G., RANDRIAMAMONJISOA L., CHOUTEAU Y.
Place de la chirurgie dans le traitement de l'hypertension portale à Madagascar.
Bulletin d'information en épidémiologie et Santé publique, Antananarivo, 1999, 18, 2p.

7 - PODOLSKY D.K., ISSELBACHER K..
Maladie alcoolique du foie et cirrhoses.
In : Isselbacher K, Brauwnwald E eds. Harrison Médecine Interne. 13ème édition. 1995, p. 1483-1495.

8 - MOLINIÉ C.
Bilharziose hépatique.
Encycl. Méd. Chir. (Paris, France), Foie-Pancréas, 7030A10, 1985, 4p.

9 - LEBREC D.
Hypertension portale : étiologie et physiopathologie.
Encycl. Med. Chir. (Paris, France), Foie-Pancréas, 7034D10, 3-1987, 6p.

10 - ESTERRE PH., PECARRERE J.L., SERIEYE J., RAVAOALIMALALA V.A., ROUX J.
Histoire d'une lésion hépatique : la bilharziose à Shistosoma mansoni.
Arch Inst Pasteur Madagascar. 1994, 61 : 31-36.

11 - HOFFMAN H., ESTERRE PH., RAVAOALIMALALA V.A,. TRAORE M., TALLA I., NDUGWA C.M., GABONE R. et al.
Pourquoi comparer la morbidité de la bilharziose hépatosplénique dans six pays africains à l'aide de l'échographie.
Arch Inst Pasteur Madagascar. 1996, 63 : 38-42.

12 - RAMAROKOTO C.E., MOREL B.
Utilisation de l'échographie dans l'infection à Shistosoma mansoni : du passé au présent, perspectives d'avenir.
Arch Inst Pasteur Madagascar. 1996, 63 : 38-42.

13 - WHO (1991)
Meeting on ultrasonography in shistosomias. Proposal of practical guide to the standardized use of ultrasound in the assessment of pathological changes.
Geneva : World Health Organization, mimeographed document n°TDR/SCH/ULTRASON/91.3.

14 - BISMUTH H., FRANCO D.
L'hypertension portale.
Encycl Med Chir, Paris, Techniques Chirurgicales, Appareil digestif, 40800, 8p.

15 - MOLINIÉ C.
Bilharziose hépatique.
Encycl Méd Chir (Paris, France), Foie-Pancréas, 7030A10, 1985,4p.

16 - PODOLSKY D.K., ISSELBACHER K.
Maladie alcoolique du foie et cirrhoses.
In : Isselbacher K, Brauwnwald E eds. Harrison Médecine Interne. 13ème édition. 1995, p : 1483-1495.

17 - GRECO L., LIPPOLIS A., CAPUTI O., GENTILE A., REGINA G.T.
Le attuali indicationialla transezione esofagee sanguinanti.
Minerva Chir. 1997.52.1287-1291.

18 - RAMOND J.M.
Techniques et indications du traitement endoscopique des varices oesogastriques en 1995.
Gastroenterol Clin Biol, l995, 19 : 921-934.

19 - Borson O., Genin G., Ongolo-Zogo P., Valette P.J.
Anastomose porto-systèmique intrahépatique transjugulaire.
Lyon Chir, 1997, 93 : 72-76.

20 - PERARNAU J.M., MRANI-ALAOUI M., MAGNIN F., SARKIS M., RAABE J.J., ARBOGAST J.
Shunt intrahépatique porto-systémique et urgences hémorragiques du cirrhotique.
Ann Chir, 1995,49 : 580-588.

21 - FRANCO D., VONS C.
Chirurgie de l'hypertension portale : autres interventions.
Ecycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Techniques chirurgicales - Appareil digestif. 40-824, 1997, 8p.

22 - AUBERT A., MEDURI B., ROULOT D., BLONDON H., COSTE T., FRITSCH.
Prévention par ligatures élastiques des récidives hémorragiques par rupture de varices œsophagiennes.
Presse Méd, 1996,25 : 17-20.

23 - TERAN J.C., IMPERIALE T.F., MULIEN K.D., TAVILL A.S., MCCULLOUGH A.J.
Primary prophylaxis of variceal bleeding in cirrhosis : a cost-effectiveness analysis.
Gastroenterology. 1997, 112 (2) : 473-482.

24 - CORNET L., RICHARD-KADIO M., MOBIOT M., N'GUESSAN H.A., DICK R., AGUEHOUNDE P. ET YAKPA P.
Traitement chirurgical de la bilharziose hépatosplénique en Côte d'Ivoire A propos de 34 cas.
Gastroenterol Hépatol. 1984, 20 (1) : 13-16.