

TRANSPLANTATION HÉPATIQUE : EXPÉRIENCE ET RÉSULTATS DU PROGRAMME DE L'UNIVERSITÉ DE LIÈGE

P. HONORÉ (1), O. DETRY (2), M. MEURISSE (3), N. JACQUET (4)

RÉSUMÉ : Entre janvier 96 et novembre 98 ont été réalisées 50 transplantations hépatiques sur 49 patients, représentant un tiers de l'expérience totale, et comprenant 3 retransplantations et 2 transplantations combinées du foie et du rein. Le temps d'attente moyen avant transplantation était de 4 semaines. L'immunosuppression a consisté en une triple thérapie, basée sur l'utilisation de cyclosporine (Neoral®, Novartis, Suisse)/tacrolimus (Prograf®, Fujisawa, Japon), de corticostéroïdes et d'azathioprine. Quarante-trois patients souffraient d'hépatopathie chronique et six d'hépatite aiguë. Parmi les patients transplantés pour hépatopathie chronique, la survie postopératoire (< 30 jours) a été de 95 %. Deux patients sont décédés d'infarctus myocardique pendant l'intervention. Dans le groupe des hépatites aiguës, la survie postopératoire a été de 66 %. Aucun patient n'est décédé en 1997 et 1998. Le taux de survie actuarielle à un an a été de 87 %. Ainsi, dans notre expérience, la transplantation hépatique est devenue une intervention dont les risques sont limités. Ces bons résultats comparables avec les meilleurs centres mondiaux, ainsi qu'un temps d'attente extrêmement court avant transplantation, font que les patients souffrant d'hépatopathie chronique sont bien pris en charge dans la région liégeoise.

Ce 20 novembre 1998 a été réalisée au CHU de Sart Tilman la cent cinquantième transplantation hépatique. A cette occasion, les auteurs revoient leur expérience et présentent les résultats des trois dernières années de ce programme.

PATIENTS ET MÉTHODES

Le programme de transplantation hépatique de l'Université de Liège a débuté en 1986. Depuis, 150 transplantations du foie ont été réalisées, en ce comprises 18 retransplantations, une transplantation combinée du foie et du coeur (1), et 3 transplantations combinées du foie et du rein. Entre janvier 96 et novembre 98 ont été réalisées 50 transplantations hépatiques sur 49 patients (fig. 1), représentant un tiers de l'expérience totale. Trois de ces transplantations étaient des retransplantations, une pour non-fonction du foie transplanté et deux pour sténoses chroniques des voies biliaires de greffon transplanté 4 et 7 ans auparavant. Deux de ces 50 transplantations étaient des transplantations combinées du foie et du rein. La maladie hépatique pour laquelle les patients étaient transplan-

LIVER TRANSPLANTATION : EXPERIENCE AND RESULTS OF THE UNIVERSITY OF LIÈGE PROGRAM

SUMMARY : The orthotopic liver transplantation (OLT) program of the University of Liège was initiated in 1986. Between 1986 and December 1998, 150 adult OLT have been performed in our institution, including 18 liver retransplantations, 1 combined heart and liver transplantation and 3 combined liver and kidney transplantations. The aim of this study was to report the last 3 years of our experience. From January 1996 to November 1998, we performed 50 OLT on 49 patients. Three were retransplantations and two were combined liver and kidney transplantations. Forty-three patients were transplanted for chronic liver disease and 6 for acute or subacute hepatopathy. Mean waiting time on the list was 4 weeks. Immunosuppression was based on triple therapy (cyclosporin A/tacrolimus, steroids, azathioprine), with steroid and azathioprine withdrawal in most of the patients after 3 months. In the chronic liver disease group, operative (< 30 days) survival was 95 % (peroperative myocardial infarction in 2 patients). In the acute liver disease group, postoperative survival was 66 %. No perioperative death occurred in 1997 and 1998. Actuarial one year survival was 87 %. In our experience, OLT has become a safe procedure.

KEY WORDS : Liver transplantation - Results - Surgery

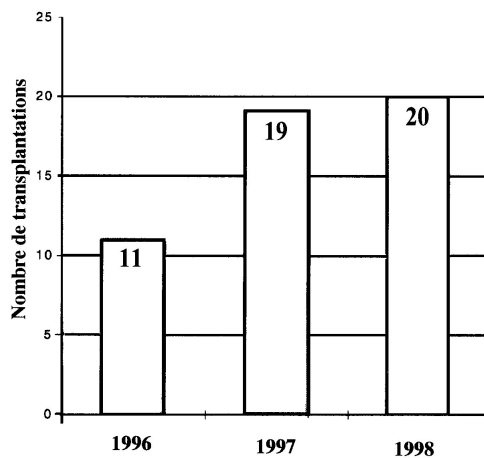


Fig. 1. Evolution du nombre de transplantations hépatiques (1996-1998).

tés est présentée dans le tableau I. Quatre patients souffraient d'un hépatocarcinome au moment de la transplantation. La durée d'attente avant transplantation était en moyenne de quatre semaines. La technique chirurgicale employée était la même dans tous les cas, à savoir une technique développée par Belghiti et permettant de ne pas utiliser de circulation sanguine extra-corporelle (2). En résumé, cette technique

(1) Chef de Service associé, Université de Liège, Unité de Chirurgie hépato-biliaire.

(2) Résident spécialiste, (3) Professeur de Clinique, Chef de Service, Université de Liège, Service de Transplantation.

(4) Professeur ordinaire, Université de Liège, Service de Chirurgie abdominale.

TABLEAU I. INDICATIONS DE TRANSPLANTATION HÉPATIQUE (1996-1998).

Pathologies	Nbre de patients	%
Pathologies hépatiques chroniques	43	88
Cirrhose post-alcoolique	24	49
Cirrhose post-hépatite virale	9	18
Pathologies biliaires	6	12
Divers	4	9
Pathologies hépatiques aiguës	6	12

consiste à préserver le flux sanguin dans la veine cave inférieure et la veine porte de receveur durant toute la transplantation. Le premier temps opératoire consiste, après ouverture (fig. 2), à lier les éléments du hile hépatique en préservant la veine porte qui est disséquée puis anastomosée à la veine cave inférieure, réalisant un shunt porto-cave termino-latéral temporaire. Ensuite, le foie malade est réséqué (fig. 3), en conservant la veine cave inférieure. La reconstruction se réalise après préparation "ex situ" du greffon hépatique (fig. 4) par une anastomose cave latéro-latérale (fig. 5). Ensuite le shunt porto-cave temporaire est ligaturé et la veine porte est reconstruite par une anastomose termino-terminale. L'artère hépatique est ensuite reconstruite la plupart du temps, par une anastomose termino-terminale entre l'artère hépatique du greffon et l'artère hépatique du receveur. Puis la voie biliaire est reconstruite, soit par anastomose cholédoco-cholédocienne, soit par une anse en Y de Roux, selon les cas. L'immunosuppression a consisté en une triple thérapie, basée sur l'utilisation de cyclosporine (Neoral®, Novartis, Suisse)/tacrolimus (Prograf®, Fujisawa, Japon), de corticostéroïdes et d'azathioprine. Dans la plupart des cas, la prise de corticostéroïdes et d'azathioprine a été interrompue après 3 mois. Après transplantation, ces patients sont suivis

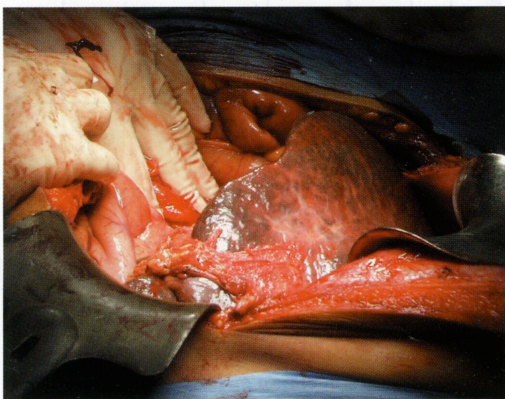


Fig. 2. Aspect macroscopique du foie malade au début de la dissection (cholangite sclérosante).



Fig. 3. Foie malade explanté (cholangite sclérosante).



Fig. 4. Préparation du greffon en vue de la transplantation.

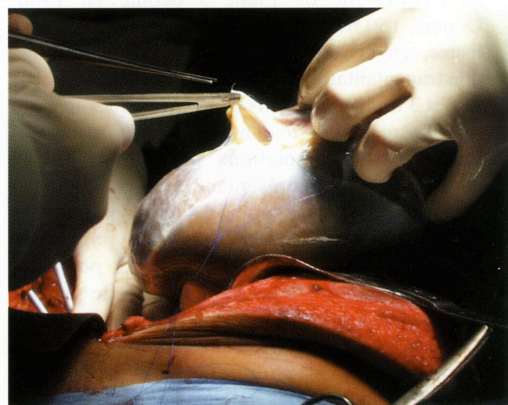


Fig. 5. Implantation du greffon.

conjointement par l'équipe de transplantation et par le gastroentérologue-hépatologue qui a adressé le candidat receveur.

RÉSULTATS

Parmi les 43 patients souffrant d'une maladie hépatique chronique, la survie postopératoire immédiate (< 30 jours) a été de 95 % (fig. 6). Deux patients sont décédés, pendant l'intervention, d'infarctus myocardique. Aucun patient n'est décédé durant cette période postopératoire immédiate en 1997 et 1998. Deux patients sont décédés 6 et 7 mois après transplantation, de récurrence d'hépatocarcinome et de réaction du greffon contre l'hôte, respectivement. La survie actuarielle à un an a été de 87 %. Parmi les 6 patients souffrant d'une affection hépatique aiguë, la survie postopératoire a été de 66 %. Les deux décès étaient causés par une aspergillose invasive présente avant la transplantation (3), et par une défaillance multi-organes.

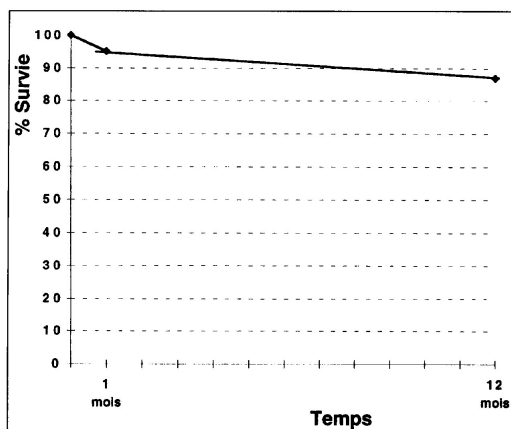


Fig. 6. Survie actuarielle à un an (1996-1998).

DISCUSSION

Le programme de transplantation hépatique de l'Université de Liège a débuté en 1986. Ces 13 années d'expérience ont permis de nombreuses améliorations, tant dans la sélection des candidats receveurs, dans la sélection des donneurs d'organes, dans la préservation du greffon, dans la technique chirurgicale, que dans la surveillance initiale et tardive des patients transplantés. Cette expérience ainsi qu'une disponibilité et un travail acharné et quotidien ont permis d'obtenir des résultats très favorables, avec une survie des patients de près de 90 % à un an, chez des patients dont l'espérance de vie est inférieure à un an sans transplantation

hépatique. Ces résultats ainsi qu'une durée d'attente avant transplantation de moins de 4 semaines en moyenne, font que le traitement des hépatopathies terminales est correctement pris en charge dans la région liégeoise et qu'aucun patient liégeois candidat à une transplantation hépatique ne devrait décéder en attente de transplantation. Ces résultats sont également le fruit d'une étroite collaboration avec les hôpitaux de la région liégeoise nous référant leurs donneurs d'organes et les gastro-entérologues nous adressant leurs patients candidats à une transplantation hépatique. Au nom des patients transplantés, qu'ils suivent de façon partagée avec l'équipe de transplantation et dont ils peuvent apprécier l'excellente qualité de vie après transplantation, nous voudrions les en remercier.

BIBLIOGRAPHIE

1. Detry O, Honoré P, Meurisse M, et al.— Advantages of inferior vena caval flow preservation in combined transplantation of the liver and heart. *Transplant Int*, 1997, **10**, 150-151.
2. Belghiti J, Panis Y, Sauvanet A, et al.— A new technique of side to side caval anastomosis during orthotopic liver transplantation without inferior vena cava occlusion. *Surg Gynecol Obstet*, 1992, **175**, 270-272.
3. Boniver V, de Leval L, Daenen G, et al.— Confrontation anatomo-clinique. A propos d'un cas d'aspergillose pulmonaire invasive. *Rev Med Liege*, 1998, **53**, 592-596.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr O. Detry, Service de Chirurgie abdominale et Transplantation, CHU Sart Tilman, 4000 Liège.