



## Hypertension portale

[Qu'est ce que l'hypertension portale ?](#)

[Y a t-il différents types d'hypertension portale ?](#)

[Quelles sont les principales causes d'hypertension portale ?](#)

[Quels sont les principaux signes et complications de l'hypertension portale ?](#)

[Comment fait-on le diagnostic de varices œsophagiennes ?](#)

[Quels examens peuvent donner une image du système porte ?](#)

[Quel est le traitement médical de la rupture des varices œsophagiennes ?](#)

[Que signifient les termes prophylaxie primaire et secondaire pour les varices œsophagiennes ?](#)

[Quelles sont les méthodes pour éviter la rupture des varices œsophagiennes ?](#)

[Quelles sont les méthodes de prévention secondaire des hémorragies de l'hypertension portale ?](#)

[Est-il dangereux d'arrêter brutalement un traitement par bêta-bloquants ?](#)

[Quel est le principe du traitement chirurgical ou par TIPS \(Transjugular intrahepatic porto-systemic shunt\) ?](#)

### 6.4.1. Qu'est ce que l'hypertension portale ?

L'hypertension portale est définie soit par une augmentation de la pression portale au-delà de 15 mm Hg, soit par une élévation du gradient de pression porto-cave au-delà de 5 mm Hg. La seconde définition est préférée car elle explique le développement de la circulation collatérale porto-systémique et le risque d'hémorragie digestive. Ce dernier apparaît lorsque le gradient dépasse 12 mmHg.

### 6.4.2. Y a t-il différents types d'hypertension portale (figure 3) ?

Les obstacles à la circulation porto-hépatique siègent essentiellement dans le foie (bloc intra-hépatique). Ils peuvent, plus rarement, siéger sur la veine porte (bloc sous-hépatique), sur les veines hépatiques ou sur la partie terminale de la veine cave inférieure (bloc sus-hépatique).

Les thromboses de la veine splénique sont responsables d'une hypertension veineuse localisée ("hypertension portale segmentaire") et du développement de varices gastriques ou, plus rarement, œsophagiennes.

### 6.4.3. Quelles sont les principales causes d'hypertension portale ?

Tous types de bloc confondus, la cause la plus fréquente d'hypertension portale en France est la cirrhose. Les principales causes de bloc intrahépatique en dehors de la cirrhose, sont la schistosomiase hépatique et l'hypertension portale idiopathique, dont une des lésions anatomiques est l'hyperplasie nodulaire régénérative. La principale cause de bloc sous-hépatique est la thrombose de la veine porte. La principale cause de bloc sus-hépatique est la thrombose des veines hépatiques (syndrome de Budd-Chiari).

### 6.4.4. Quels sont les principaux signes et complications de l'hypertension portale ?

Ce sont la circulation collatérale sous-cutanée abdominale, la splénomégalie et les hémorragies digestives par rupture de varices œsophago-gastriques ou par gastropathie congestive. L'hypertension portale entraîne souvent une leucopénie et/ou une thrombopénie (hypersplénisme) qui ont exceptionnellement des conséquences cliniques. L'hypertension portale contribue à la formation de l'ascite.

### 6.4.5. Comment fait-on le diagnostic de varices œsophagiennes ?

La principale méthode est l'endoscopie digestive haute (figure 4).

### 6.4.6. Quels examens peuvent donner une image du système porte ?

Ce sont l'échographie-Doppler, l'imagerie par résonance magnétique et la scanographie avec injection de produit de contraste vasculaire.

### 6.4.7. Quel est le traitement médical de la rupture des varices œsophagiennes ?

Il s'agit d'une urgence. Le traitement des hémorragies digestives dues à la rupture de varices œsophagiennes ou gastriques est essentiellement représenté, en dehors des transfusions sanguines, par l'administration d'agents vaso-actifs (vasopressine et ses dérivés, somatostatine et ses dérivés), par la sclérose, l'obturation ou la ligature endoscopique (figure 5) des varices œsophagiennes et par le tamponnement des varices par une sonde à ballonnets.

### 6.4.8. Que signifient les termes prophylaxie primaire et secondaire pour les varices œsophagiennes ?

Avant toute hémorragie, une prophylaxie est indiquée lorsque les varices œsophagiennes sont de taille moyenne ou grosse car le risque d'hémorragie est alors élevé (prophylaxie primaire).

Après hémorragie digestive due à l'hypertension portale, une prophylaxie est indiquée quelle que soit la lésion (varice œsophagienne, gastrique, ou gastropathie congestive) car le risque de récurrence est élevé (prophylaxie secondaire).

#### 6.4.9. Quelles sont les méthodes pour éviter la rupture des varices œsophagiennes ?

La prévention primaire repose sur l'administration d'agents bloquant les récepteurs bêta-adrénergiques sans spécificité cardiaque (propranolol ou nadolol) qui abaissent la pression portale.

La ligature endoscopique a récemment paru efficace.

#### 6.4.10. Quelles sont les méthodes de prévention secondaire des hémorragies de l'hypertension portale ?

Cela dépend de la lésion initialement en cause.

En cas de rupture de varice œsophagienne ou gastrique, elle est représentée par l'administration de propranolol ou de nadolol, et/ou par la ligature endoscopique ou la sclérose des varices. En cas de gastropathie congestive, elle est représentée par l'administration de propranolol ou de nadolol.

En cas d'échec de ces méthodes, on peut proposer la confection d'anastomose porto-systémique chirurgicale ou transjugulaire intrahépatique (TIPS, voir 6.4.12).

#### 6.4.11. Est-il dangereux d'arrêter brutalement un traitement par bêta-bloquants ?

L'arrêt brutal du traitement bloquant les récepteurs bêta-adrénergiques est suivi d'un risque très élevé d'hémorragie digestive due à l'hypertension portale pendant les 8 à 10 premiers jours.

#### 6.4.12. Quel est le principe du traitement chirurgical ou par TIPS (Transjugular intrahepatic porto-systemic shunt) ?

Le traitement chirurgical de l'hypertension portale (hormis les blocs sous-hépatiques) était représenté par les dérivations porto-caves tronculaires ou radiculaires. Le TIPS consiste à anastomoser sous contrôle radiologique une grosse branche portale à une veine sus-hépatique, par une prothèse intra-hépatique posée par voie transjugulaire. Ces méthodes ne sont cependant possibles que si les fonctions hépatocytaires ne sont pas trop altérées. Elles sont compliquées, dans environ 20 % des cas par une encéphalopathie hépatique, parfois invalidante.

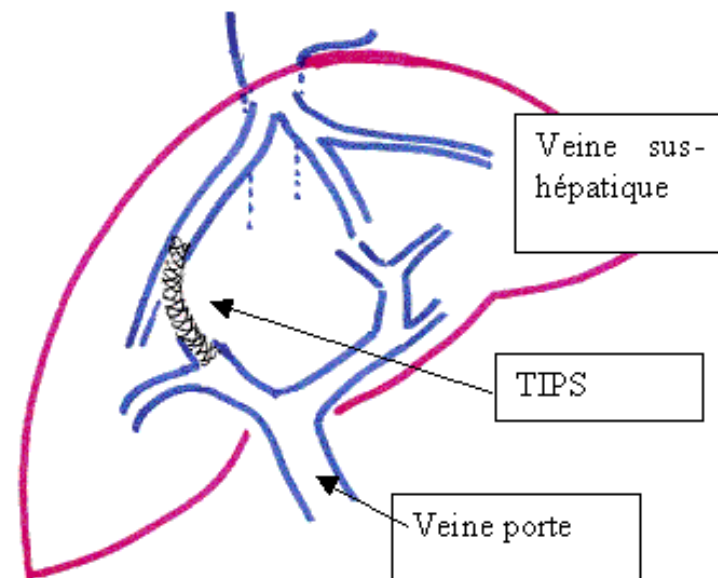


Schéma du TIPS