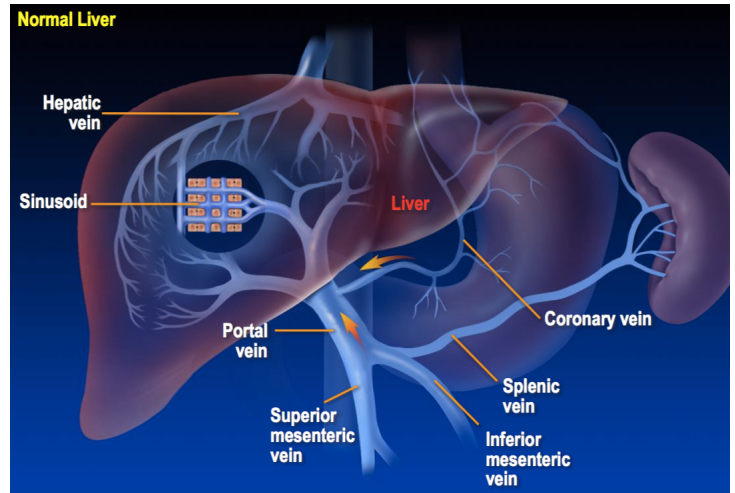


Hypertension Portale

- **Elévation de la pression portale au dessus de 15mmHg (2kPa)**
- **Ou élévation de la différence des pressions portale et cave au dessus de 5mmg (0,7kPa)**
- Définition clinique : présence de signes d'HTP

A - Causes d'HTP

- **Obstacle à l'écoulement du flux sanguin** du système porte vers le système cave :
 - Bloc intra-hépatique (foie)
 - Bloc infra-hépatique (veine porte)
 - Bloc supra-hépatique (veines sus-hépatiques – Syndrome de Budd-Chiari)



Bloc intra-hépatique	Bloc infra-hépatique	Bloc supra-hépatique
▪ Le + fréquent ▪ Causes : cirrhose +++ (1^{ère} cause en France), schistosomiase (1^{ère} dans le monde), HTP idiopathique, hyperplasie nodulaire régénérative...	▪ Rare ▪ Cause principale : thrombose de la veine porte ▪ Forme particulière de bloc infra-hépatique : HTP segmentaire par obstruction de la veine splénique (thrombose, compression)	▪ Très rare ▪ Thrombose des veines sus-hépatiques = syndrome de Budd-Chiari

B - Conséquences d'HTP

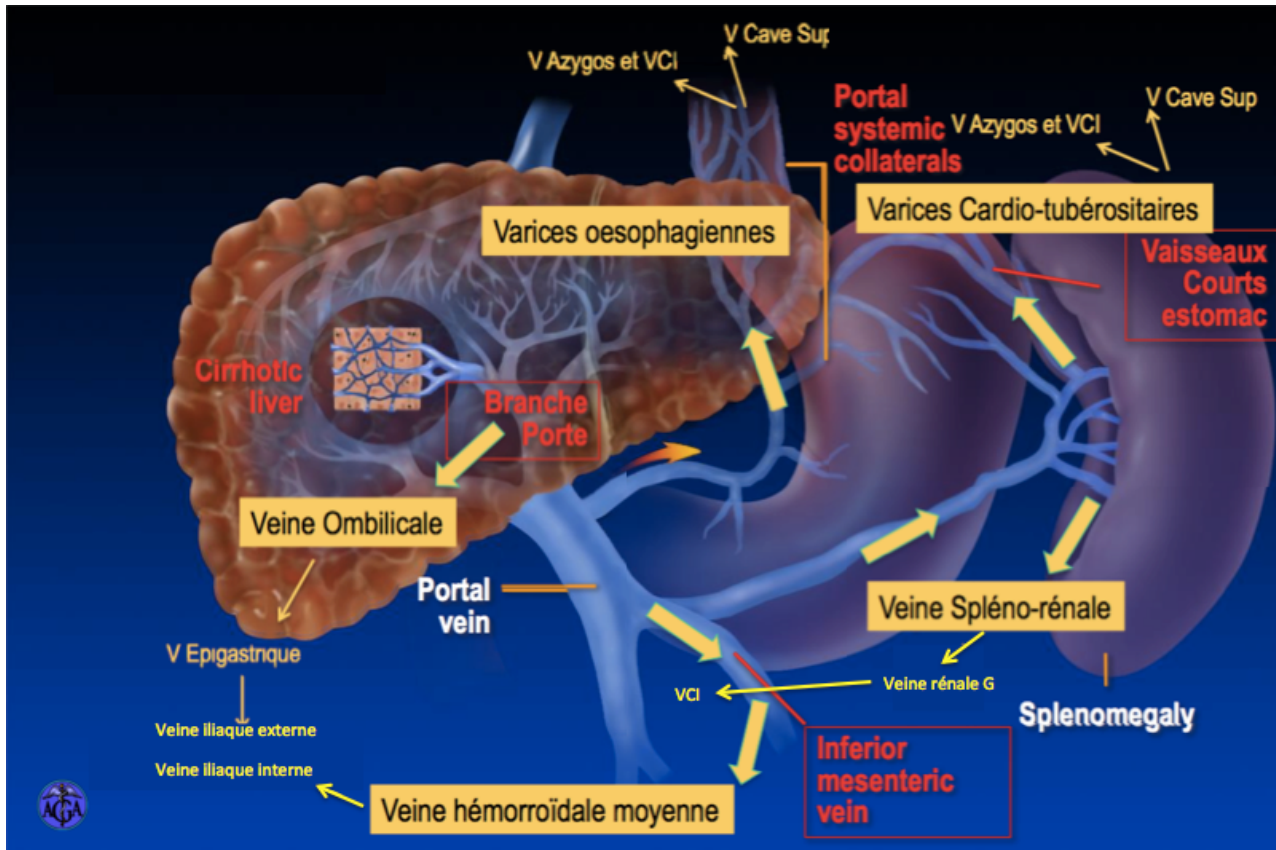
❖ SPLENOMEGALIE :

- Parfois palpable (à gauche)
- Le + souvent **indolore**
- **Hypersplénisme** : séquestration et destruction des plaquettes, PNN, globules rouges
 - ⇒ **Thrombopénie**
 - ⇒ + Rarement anémie, leucopénie

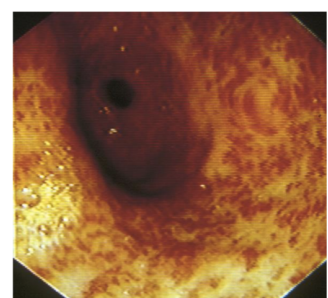
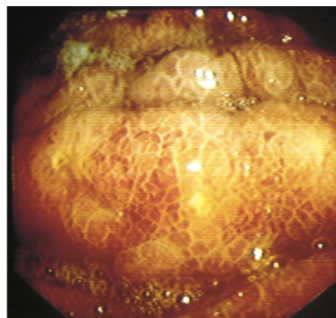
❖ ANASTOMOSES PORTO-SYSTEMIQUES

- Il en existe de plusieurs types : inférieures, supérieures, antérieures, postérieures, sur adhérences post-chirurgicales
- Anastomose inférieure : veine porte communique ->veine mésentérique inférieure -> **veine hémorroïdale moyenne** -> veine iliaque interne. Cette circulation était fermée à la naissance, elle se répermeabilise dans cette situation.
- Anastomoses supérieures : Les + fréquentes. Développement de **varices œsophagiennes** : veine coronaire stomachique -> **varices œsophagiennes** -> veine azygos et VCI.

- Anastomoses antérieures : Branche porte -> **veine ombilicale** -> veine épigastrique -> veine iliaque externe
- Anastomoses postérieures :
 - Veine splénique - > **varices cardio-tubérositaires** -> veine azygos, VCI, VCS
 - Veine splénique - > **veine spléno-rénale** -> veine rénale G -> VCI



- Cas particulier de l'HTP segmentaire par compression splénique : **varices cardio-tubérositaires**
- Manifestations cliniques des anastomoses porto-caves :
 - **Circulation veineuse collatérale abdominale** ; si circulation collatérale péri-ombilicale = **Sd de Cruveilhier-Baumgarten**
 - Varices œsophagiennes et cardio-tubérositaires : **hémorragies digestives** (hématémèse, méléna)
 - **Gastropathie** d'HTP (en mosaïque (photo 1) ou avec ectasies vasculaires antrales (photo 2))
 - Autres varices
- Le diagnostic des varices et de la gastropathie se fait par **endoscopie**. Leur complication est la rupture :
 - **Hémorragie digestive haute** (hématémèse, méléna, anémie/gastropathie)
 - Grave : choc, DC
- Traitement des varices : ligature



❖ ASCITE

▪ Epanchement liquidien dans la cavité péritonéale

▪ 3 mécanismes :

1) Excès de production de liquide péritonéal : causes :

- **Cirrhose +++** (rétention hydrosodée et augmentation P° Hydrostatique/HTP + baisse pression oncotique dans système porte/IHC)
- Insuffisance cardiaque, Sd Budd-Chiari, Sd néphrotique

2) Anomalies de la résorption du liquide péritonéal : TB, carcinose péritonéale

3) Rupture d'un conduit liquidien (lymphatique, pancréas ...)

▪ Diagnostic :

- Distension abdominale
- Augmentation du poids
- Apparition progressive, indolore, très rarement précédée d'un météorisme douloureux
- OMI associés

▪ Examen clinique :

Ascite de faible abondance	Ascite de moyenne abondance	Ascite de grande abondance
▪ Rien ▪ Discrète matité des flancs, déclive ▪ Distension hernie inguinale ou crurale ▪ <u>Diagnostic</u> : ponction exploratrice, échographie	▪ Distension abdominale ▪ Distension d'une éventuelle hernie ▪ Matité des flancs ▪ Tympanisme péri-ombilical ▪ Matité mobile, déclive aux changements de position ▪ Signe du glaçon ▪ Signe du flot (= transmission transabdominale liquidienne d'une pression controlatérale)	▪ Abdomen très tendu ▪ Disparition tympanisme péri-ombilical ▪ Gêne respiratoire par compression diaphragmatique ▪ Eversion ombilic ▪ Ecartement des muscles grands droits ⇒ Ponction évacuatrice urgente

▪ Confirmation du diagnostic de l'ascite :

○ Ponction exploratrice :

→ Aspect du liquide : jaune clair

→ Biochimie :

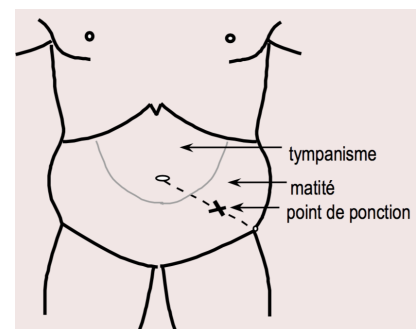
- **Protides < 20g/L**, gradient **sang/albu > 11 g/L**

- Autre (amylase, TG...)

→ Bactériologie : compte des cellules et examen bactériologique (examen direct et culture) : liquide **stérile**, 20-100 cell/MM3, cell mésothéliales <10% PNN

→ Anatomie pathologie : recherche de cellules tumorales

○ Echographie

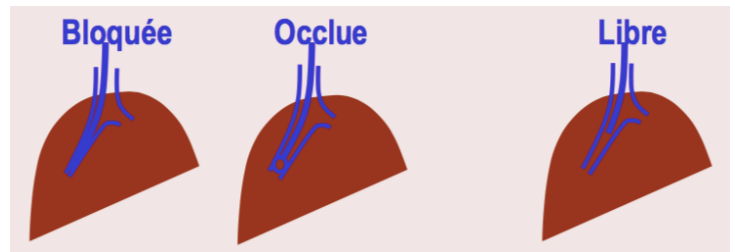


- Diagnostic différentiel de l'ascite : globe urinaire, grossesse, kyste ovaire, grosse tumeur abdominale, obésité
- Complications de l'ascite :
 - **Infection spontanée du liquide d'ascite (ISLA)** :
 - Grave
 - Douleurs, diarrhée, AEG, hypothermie
 - PA en urgence : > 250 PNN/mm³, germes < 50% cas
 - **Rupture de l'ombilic**
 - **Dyspnée, épanchement pleural droit**
 - **Désordres hydro-électrolytiques** : IR, hyponatrémie

C - Exploration de l'HTP

- **Echo-doppler abdominal**
- **Gradient de pression hépatique** :
 $GPH = P^{\circ} \text{ sus-hépatique bloquée } (=P^{\circ} \text{ sinusoïdale}) - P^{\circ} \text{ sus-hépatique libre } (=P^{\circ} \text{ VSH ou VCI})$

Attention : dans une HTP, le GPH n'est pas toujours élevé. Ce n'est élevé que si l'obstacle se situe au niveau des sinusoïdes.



D - Traitement de l'HTP sur cirrhose

- Traitement de l'hépatopathie : traitement cause, traitement spécifique, transplantation...
- Traitement de l'HTP :
 - Médical : **béta-bloquants**
 - Eradication des varices : **ligature**
 - Anastomose porto-cave par **TIPS**
- Traitement ascite : **diurétiques, ponctions...**