

Transplantation hépatique – qui, quand, comment?

Vanessa Banz, Guido Beldi, Andrea De Gottardi, Jean-François Dufour, Daniel Candinas

Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin, Inselspital Bern, Universität Bern

Généralités

Il y a quelques dizaines d'années encore, la médecine de transplantation était considérée comme expérimentale, les chirurgiens qui la pratiquaient étaient des pionniers cinglés et les patients extraordinairement téméraires. Aujourd'hui encore, c'est un domaine hyperspécialisé. La transplantation hépatique orthotopique (OLT) comme traitement des hépatopathies terminales est actuellement cependant une technique standardisée, sa morbidité et sa mortalité sont très faibles et, avec une indication bien posée, la survie est excellente et la qualité de vie améliorée.

Quelques 5000 OLT sont pratiquées chaque année en Europe, dont env. 100 en Suisse. Alors qu'au début des années 80, la survie à 1 et 10 ans était misérable, soit resp. 29 et 16% (mortalité périopératoire élevée/absence de traitement immunosuppresseur adéquat), elle est actuellement en moyenne de resp. 85 et 63% (www.eltr.org). Le grand problème actuellement est que le nombre de patients qualifiés pour une OLT augmente constamment, surtout ceux ayant une stéatohépatite non alcoolique et un carcinome hépatocellulaire (HCC). Alors qu'en 2004 en Suisse, 197 patients attendaient un nouveau foie, ce nombre a grimpé à 305 en 2013 (fig. 1 [📊](#)). Ce qui a fait que la mortalité sur liste d'attente a elle aussi augmenté, de 7,6% en 2004 à 10,8% en 2013. Cet article non seulement donnera au lecteur un aperçu général sur la situation actuelle de l'OLT, mais répondra en outre à des questions bien précises:

- 1) Qui est qualifié pour une transplantation hépatique?
– Indications en détail
- 2) Quel est le moment optimal pour une transplantation hépatique?
- 3) Le don d'organes est au moins aussi important que la transplantation.
- 4) En tant que médecin traitant, à quoi dois-je être attentif avant et après la transplantation?

Qui est qualifié pour une transplantation hépatique?

L'indication à une OLT est posée avec une abolition des fonctions du foie, typiquement sur cirrhose ou HCC.

Avec les limites des possibilités technico-chirurgicales du début et les acquis de la médecine intensive et de l'anesthésie, les contre-indications absolues jouaient auparavant un rôle beaucoup plus important qu'actuellement. Une thrombose porte ou l'absence de veine cave peuvent compliquer quelque peu l'intervention, mais ce

ne sont plus des contre-indications. Une pathologie tumorale disséminée, une septicémie fongique ou bactérienne, une insuffisance multiorganique, une mauvaise compliance ou la poursuite de la consommation d'alcool restent toujours des raisons de ne pas effectuer d'OLT.

Indications en détail

Une répartition importante, cliniquement et pour le pronostic, des candidats potentiels à la transplantation se fait dans un premier groupe, dans lequel la cirrhose est cause d'insuffisance hépatique et d'une mauvaise qualité de vie, un deuxième, dans lequel une pathologie tumorale est au premier plan, et un troisième d'autres pathologies rares.

Cirrhose

Alors qu'auparavant la cirrhose était considérée comme une maladie terminale, le concept de la modification dynamique est de plus en plus accepté. Concrètement, cela signifie que la cirrhose est réversible jusqu'à un certain point, à condition que ses causes soient éliminées. Des sous-classifications cliniques pronostiques sont proposées, avec des mortalités significativement variables (tab. 1 [📄](#)).

Cirrhose secondaires à l'hépatite C

En Suisse, la cirrhose sur hépatite C (HCV) est l'une des indications les plus fréquentes à une OLT. Après la transplantation, l'infection récidive chez tous les patients. Ce qui donne une survie à 5 ans de 70%, soit un peu moins que pour les patients HCV négatifs. Une cirrhose d'un foie greffé peut évoluer beaucoup plus rapidement à cause de l'immunosuppression, et diminuer significativement la survie. De nouveaux antiviraux vont très nettement améliorer ce scénario dans les années à venir. La récidive postopératoire doit toujours être confirmée par biopsie, vu que les marqueurs biochimiques et sérologiques ne sont pas fiables et qu'une récidive d'HCV ne peut qu'insuffisamment être différenciée d'un rejet. Vu le manque d'organes, des foies HCV positifs sont de plus en plus souvent transplantés à des receveurs eux aussi HCV positifs, et les données actuelles ne révèlent aucune influence sur la survie des organes ni des patients.

Cirrhose alcoolique

Bien que la cirrhose éthylotoxique soit un problème largement répandu dans toute l'Europe, seule une très



Vanessa Banz

Les auteurs n'ont déclaré aucune relation financière ni personnelle en relation avec leur article.

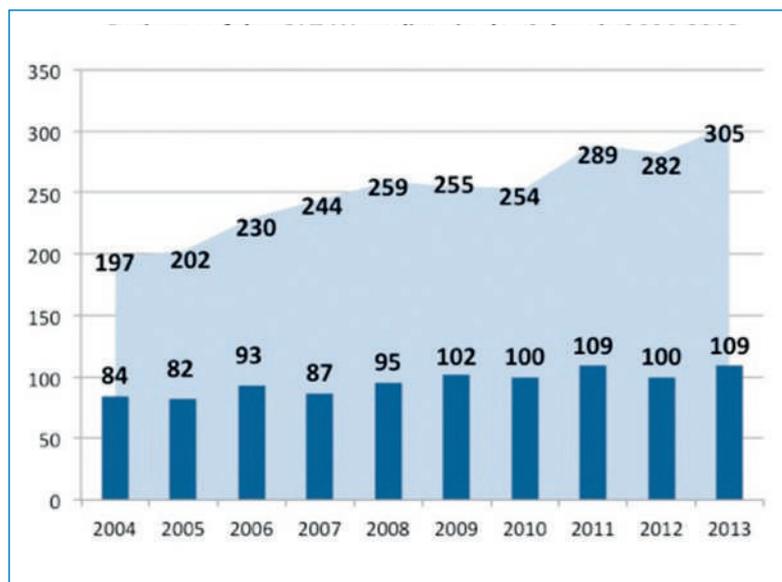


Figure 1
Patients sur la liste d'attente de l'OLT en Suisse 2004–2013. Source: Swisstransplant.

Tableau 1

Mortalité annuelle estimée des patients ayant une cirrhose hépatique connue.

Stade	Symptômes majeurs	Mortalité annuelle estimée
I	Compensée, pas de varices œsophagiennes	1%
II	Compensée avec varices	3,4%
III	Décompensée avec ascite	20%
IV	Décompensée avec hémorragie gastro-intestinale	57%
V	Infections, insuffisance rénale	67%

faible proportion de patients se qualifie pour une transplantation. Selon le stade d'insuffisance hépatique, l'abstinence alcoolique totale peut améliorer significativement aussi bien l'histologie que la clinique de la cirrhose, et prolonger la survie à long terme. Mais avec une cirrhose alcoolique à un stade avancé, les indications à l'OLT doivent être posées. En Suisse, tout comme dans la plupart des centres de transplantation, une abstinence absolue d'au moins 6 mois est exigée avant d'inscrire le patient sur la liste d'attente d'une transplantation. Avec la nosognosie du patient et de ses proches, et une indication soigneusement posée en collaboration avec le psychiatre et l'éventuelle application de mesures de soutien, la proportion de récidives après OLT est inférieure à 10%. Ce pourcentage n'est donc pas différent de celui des patients transplantés pour d'autres indications. Beaucoup moins de foies greffés sont ainsi perdus à cause d'une récidive éthylotoxique que d'une récidive de cirrhose sur hépatite C.

Cirrhose auto-immune

La cholangite sclérosante primitive (PSC), la cirrhose biliaire primitive (PBC) et l'hépatite auto-immune (AIH) sont les 3 plus importantes hépatopathies auto-immunes. Ces 3 entités sont des pathologies complexes résultant d'une association de facteurs environnementaux jusqu'ici inconnus et d'anomalies de très nombreux

gènes. Il n'existe aucun traitement curatif pour ces 3 maladies, et ces patients présenteront en très grande majorité une insuffisance hépatique terminale. Dans ce contexte, l'OLT donne une excellente survie à 5 ans, de plus de 80%. Les indications possibles à l'OLT dans la PSC sont par exemple les cholangites récidivantes, ou dans la PBC une très grande fatigue associée à un prurit marqué. L'OLT permet de traiter surtout la cholangite et le prurit. Dans la PSC, le risque de cholangiocarcinome est également nettement abaissé après OLT. La proportion de récidives après OLT est d'env. 25% pour ces 3 diagnostics, elle est la plus haute chez les patients ayant une PSC et une pathologie intestinale inflammatoire.

Stéatohépatite

Avec le problème «excès pondéral» toujours plus grand et du même fait celui du diabète de type II, l'incidence de la NAFLD, «non-alcoholic fatty liver disease» augmente elle aussi. La NAFLD comporte un large spectre d'anomalies – d'une stéatose isolée à une stéatohépatite non alcoolique (NASH) chez 10 à 20% des patients. Aux Etats-Unis, la NASH est actuellement la troisième indication à une OLT, avec une tendance en nette progression. Nous pensons que de nombreux patients transplantés auparavant pour une cirrhose cryptogénique avaient en fait une NASH non diagnostiquée. La survie post-transplantation des patients NASH semble être équivalente à celle des patients ayant bénéficié d'une OLT en raison d'indications non NASH, mais leur risque d'accidents cardiovasculaires est nettement plus élevé.

Cirrhose secondaire à une hépatite B

Une cirrhose secondaire à une hépatite B et imposant une transplantation est plutôt rare sous nos latitudes, elle concerne typiquement des patients ayant une hépatite B congénitale ou une insuffisance hépatique fulminante. La survie après transplantation a été considérablement augmentée ces dernières années, par l'association d'analogues nucléosidiques/nucléotidiques antiviraux à l'immunoprophylaxie passive par immunoglobulines anti-hépatite B. Le principal problème du traitement à long terme par lamivudine est la résistance virale toujours plus importante (15 à 25% à 1 an, 65 à 80% à 5 ans). Les tout nouveaux analogues nucléosidiques/nucléotidiques tels que l'entécavir ou le ténofovir semblent supprimer quasi entièrement le risque de résistance, mais ils sont chers. Un organe d'un donneur anti-HBc positif, et dont l'histologie est normale, peut être transplanté pratiquement sans risque dans certaines circonstances (questions d'urgence) et avec une prophylaxie adéquate.

Carcinome hépatocellulaire

La cirrhose est le terreau du HCC. Après la cirrhose sur hépatite C, la NASH associée au syndrome métabolique est la deuxième étiologie du HCC.

L'indication à une OLT pour une tumeur ne doit généralement être posée que si la survie à 5 ans est comparable à celle après transplantation pour pathologies non tumorales, qui doit donc dépasser 70%. Si les patients sont opérés

rables (Child A, localisation tumorale favorable), la première étape doit être la résection, avant d'envisager une OLT. Le risque de récurrence de HCC après OLT dépend du stade de progression de la tumeur lors de la transplantation. Il s'est avéré que les critères dits de Milan (1 foyer tumoral d'un diamètre inférieur à 5 cm ou au maximum 3 foyers d'un diamètre maximal de 3 cm) permettent d'atteindre une proportion de récurrences de 10% et une survie à 5 ans de plus de 70%.

Le grand problème du HCC est la progression de la tumeur, qui est cause de «drop-out» de jusqu'au tiers des patients sur la liste d'attente. De nombreux centres effectuent ainsi des traitements dits «bridging» ou néoadjuvants, dans le but de diminuer le volume de la tumeur, ou au moins d'en freiner la croissance. Sont appliquées pour cela des thérapies systémiques, par exemple par sorafénib, ou des méthodes locorégionales telles que la chimio-embolisation transartérielle (TACE), l'ablation par radiofréquence (RFA) ou la radiothérapie interne sélective (SIRT), faisant actuellement l'objet d'études. L'efficacité du traitement néoadjuvant sur la survie globale et le drop-out reste cependant largement inconnue. Les mêmes méthodes peuvent aussi être appliquées pour un dit «downstaging». Le but est alors de réduire le volume de la tumeur des patients sortant déjà des critères de Milan pour le ramener dans lesdits critères. Il n'y a cependant aucune étude prospective randomisée ou de grandes cohortes qui permette de savoir si ces patients ont véritablement les mêmes chances de survie, même à long terme.

Indications rares

Parmi les rares motifs d'OLT figurent les rares pathologies non tumorales et tumorales pouvant dans certains cas être guéries par OLT. Dont des troubles métaboliques tels que l'hémochromatose, le déficit en alpha-1-antitrypsine, la maladie de Wilson, la mucoviscidose, l'hyperoxalurie de type 1 ou la glycogénose. Alors que certaines maladies se manifestent par une cirrhose, d'autres (par exemple les dépôts d'amyloïde généralisés avec atteintes d'organes cibles dans le cadre de la polyneuropathie amyloïde familiale) font d'autres symptômes justifiant une OLT. Des patients ayant un foie et des reins polykystiques sont également transplantés, mais cela est rare.

L'insuffisance hépatique fulminante fait certainement aussi partie du groupe des rares indications, qui selon l'«Acute Liver Failure Study Group» américain est définie par une destruction potentiellement réversible mais progressive des hépatocytes, se manifestant dans les 28 jours suivant la pathologie déclenchante (critères: INR >1,5, encéphalopathie hépatique). Sans entrer dans les détails, l'intoxication au paracétamol et à l'amanite phalloïde, de même que les lésions toxiques idiosyncrasiques (par exemple aux tuberculostatiques tels que l'isoniazide, aux antibiotiques ou phytomédicaments) sont des facteurs déclenchants potentiels d'une insuffisance hépatique fulminante.

A part le HCC, il y a également des résultats hétérogènes pour le traitement par OLT de tumeurs telles que

le cholangiocarcinome, les tumeurs neuroendocriniennes et les métastases d'un carcinome colorectal. L'indication pour ces entités tumorales doit cependant être posée avec prudence, vu que leur risque de progression sous immunosuppression est souvent difficile à évaluer. Tout comme pour les indications précédemment citées, la survie à 5 ans doit être supérieure à 70%. Mais les résultats se limitent actuellement pour la plupart à des analyses rétrospectives.

Pour le cholangiocarcinome, des séries de cas montrent que chez des patients strictement sélectionnés, une survie à 5 ans de 65 à 70% peut être obtenue par radiochimiothérapie néoadjuvante et staging rigoureux (y compris laparotomie exploratrice pour exclure une carcinose péritonéale ou toute autre progression de la tumeur).

Lors de leur premier diagnostic, 85% des tumeurs neuroendocriniennes (NET) gastropancréatiques ont déjà fait des métastases hépatiques. Pour ces tumeurs à croissance très lente, les recommandations sont relatives pour qui est qualifié pour une OLT. Lors de la pose de l'indication à l'OLT, la maladie doit être strictement intrahépatique, la tumeur primitive a déjà été réséquée ou ne peut être démontrée même après examens approfondis. Seuls seront transplantés les patients ayant des tumeurs bien différenciées avec une prolifération très lente.

Quel est le moment optimal pour une transplantation hépatique?

Même avec les possibilités actuelles, il est encore très difficile de répondre correctement à cette question. Idéalement, la transplantation se fait exactement lorsque la probabilité de survie après OLT est plus grande que sans OLT (fig. 2 ). Pas trop tôt, vu qu'avec le manque de donneurs aucun organe ne doit être «cadeau», ni trop tard, car la morbidité péri- et postopératoire peut nettement augmenter et – dans le pire des cas – un organe sera transplanté à un trop grand malade qui ne survivra pas à la phase postopératoire.

En fonction de la complexité du foie et du nombre de complications potentielles d'une cirrhose, il n'y a aucun

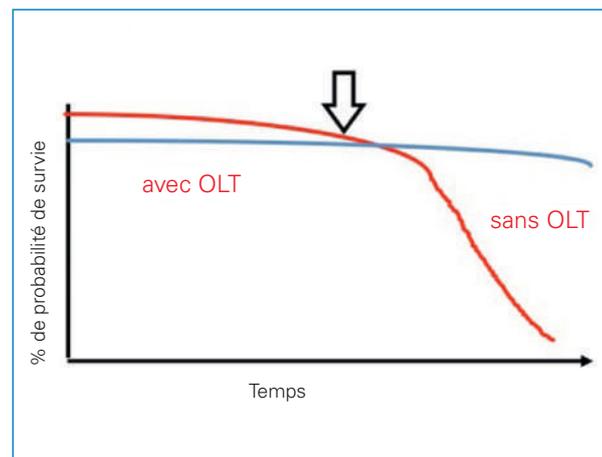


Figure 2
Moment de l'OLT.

paramètre ni symptôme majeur à définir objectivement, qui permette de quantifier aussi simplement que sûrement l'insuffisance fonctionnelle hépatique. Comment évaluer par exemple une fatigue chronique paralysante, une baisse de forme marquée avec perte pondérale, une ascite ou une hémorragie gastro-intestinale récidivante, ou même un prurit réfractaire à tout traitement? L'estimation pronostique de l'insuffisance hépatique chronique selon la *classification de Child-Pugh* est d'une certaine utilité (tab. 2 ). Ce score a été établi à l'origine pour estimer la mortalité périopératoire après pontage portosystémique chirurgical, mais il conserve aujourd'hui encore toute sa validité pour l'estimation du pronostic de l'OLT. Alors que l'indication à l'OLT doit être discutée pour un patient au stade Child B (7–9 points), les patients ayant un Child A (5–6 points) ou C (10–15 points) sont des cas particuliers: l'un est encore «trop sain», l'autre potentiellement déjà «trop malade». Le score *Model for End Stage Liver Disease (MELD)* joue un rôle de plus en plus important dans le monde entier, et depuis 2007 en Suisse aussi, pour la priorité à attribuer les foies de donneurs. Ce score est objectif et ne compte que 3 variables (créatinine, bilirubine et INR). Dans le système d'allocation suisse, plus le score MELD est élevé, plus la probabilité d'une transplantation prochaine est élevée. Les problèmes avec ce score MELD sont cependant multiples. Comme le score Child-Pugh, ce score n'est actuellement plus utilisé comme le prévoyait son inventeur. Comme cela a été décrit en l'an 2000, ce score a été utilisé pour prédire la mortalité d'un shunt portosystémique intrahépatique transjugulaire (TIPSS). Le score MELD a maintenant aussi été validé comme prédicteur de la mortalité à court terme sur la liste d'attente d'une OLT. Le système d'allocation parfait non seulement optimiserait la survie sur liste d'attente, mais augmenterait aussi la survie postopératoire. Il n'est jusqu'ici pas sûr que le score MELD prétransplantation permette de prédire la survie post-transplantation. L'allocation d'organes de donneurs par le score MELD peut s'avérer problématique chez des patients devant être transplantés non pas pour une insuffisance hépatique, mais pour une autre indication, comme le HCC. Dans une telle situation, indépendamment du MELD effectif calculé, le patient HCC reçoit automatiquement un certain nombre de points, qui augmentent continuellement en fonction du temps passé sur la liste d'attente. Dans certaines circonstances, avec le système d'allocation actuel, les patients HCC peuvent ainsi se trouver

préférés à un receveur potentiel présentant une détérioration aiguë de sa fonction hépatique.

Comme d'autres systèmes d'allocation, l'actuel avec le recours au score MELD n'est pas parfait. A la différence d'autres domaines, la matière est limitée dans la transplantation hépatique, l'identification et l'allocation des organes donnés reste un domaine faisant l'objet de recherches actives.

Le don d'organes est au moins aussi important que la transplantation

Les progrès techniques et standardisations de la chirurgie ont fait que la transplantation peut se faire avec une grande sécurité et de bons résultats. C'est bien plus le grave manque de donneurs qui en fixe les limites.

Il faut par principe faire la distinction entre foies de donneurs vivants et décédés, ces derniers étant subdivisés en mort cérébrale et mort cardiaque. En Suisse, le donneur de foie en mort cérébrale est toujours le plus courant. C'est surtout l'âge biologique qui est déterminant pour juger de la qualification du donneur. Le donneur de foie et de reins le plus âgé de Suisse avait 88 ans. Il est également possible de donner des organes VIH et hépatite C positifs, pour autant que le receveur ait la même sérologie. En raison du manque d'organes, plusieurs possibilités sont utilisées pour augmenter le pool de donneurs. Dont l'acceptation d'organes de plus en plus marginaux dit «extended criteria», par exemple des foies présentant une certaine stéatose.

Dans la split transplantation hépatique, le foie du donneur décédé est séparé en deux parties qui seront transplantées chez deux receveurs, typiquement des enfants. Un perfectionnement de cette transplantation est le foie d'un donneur vivant. Dans certains pays, dont l'Inde ou la Corée par exemple, ce sont presque exclusivement des foies de donneurs vivants qui sont utilisés, car le prélèvement d'organes post mortem n'est pas toléré. Le foie gauche est laissé in situ chez le donneur, et le droit est implanté chez le receveur. Le problème avec ce type de transplantation est la morbidité élevée du donneur, pouvant aller jusqu'à 50%, et la mortalité, de 0,5 à 1%. De plus, aussi bien le donneur que le receveur doivent conserver ou recevoir une masse hépatique suffisante pour que la régénération hépatique puisse se faire sans complication. C'est pour ces raisons qu'à l'heure actuelle, les greffes de foies vivants ne sont toujours que rarement effectuées en Suisse.

Une technique particulière est la transplantation en domino (rarement effectuée). L'exemple classique est la transplantation hépatique dans l'amyloïdose familiale. Malgré le trouble métabolique, la fonction hépatique n'est pas diminuée et les dépôts d'amyloïde ne provoquent peut-être une atteinte des organes cibles qu'après 20 à 30 ans. Il est donc possible de transplanter le foie d'un patient ayant une amyloïdose familiale à un receveur plus âgé, et le premier recevra un organe d'un autre donneur, en mort cérébrale par exemple.

Vu le manque d'organes, un élargissement et une optimisation de tout type de don de foie serait certainement souhaitable.

Tableau 2
Classification de Child-Pugh.

Ascite	Aucune	Peu de diurétiques	Réfractaire à tout traitement
Encéphalopathie	Aucune	Stade 1/2	Stade 3/4
Bilirubine ($\mu\text{mol/l}$)	<35	35–40	>50
Albumine (g/l)	>35	28–35	<28
INR	<1,7	1,7–2,2	>2,2
Points	1	2	3

En tant que médecin traitant, à quoi dois-je être attentif?

Lors de la consultation pour examens potentiels en vue d'une OLT

Le plus difficile est d'identifier en temps utile les candidats à une transplantation. Pour chaque hépatopathie progressive, l'indication doit être posée par un hépatologue. Chez tous les patients ayant une hépatopathie à un stade avancé, il est possible de calculer le score MELD (minimum 6 points, maximum 40). Plus il est élevé, plus la mortalité sera élevée. Le score MELD peut être consulté sur le site de l'Association suisse pour l'étude du foie (Swiss Association for the Study of the Liver, SASL), www.sasl.ch, sous la rubrique «calculators». De manière générale, pour les patients ayant un score MELD >16, leur survie à 1 an est meilleure avec une OLT que sans. La règle veut ainsi que l'OLT soit envisagée chez les patients ayant un MELD à partir de 15, moment auquel il s'agit de faire les premières réflexions à ce sujet, seulement si le patient le souhaite naturellement.

Lors du suivi d'un patient sur la liste d'attente

Tout comme pour les patients ne figurant pas sur la liste d'attente d'une OLT, le plus grand défi est de contrôler le mieux possible les complications de l'hépatopathie à un stade avancé. Dont entre autres le traitement des conséquences de l'hypertension portale et la prévention des hémorragies de varices, le traitement de l'ascite, la prévention de l'encéphalopathie hépatique, de la péritonite bactérienne spontanée et la recherche régulière de tumeurs, de manière à diagnostiquer et traiter le plus rapidement possible un HCC. En cas de décompensation aiguë, le centre de transplantation doit être impliqué le plus rapidement possible, pour que la position du patient sur la liste d'attente puisse être adaptée à son score MELD. Il s'agit également d'être prudent avec les médicaments pouvant en plus contribuer à détériorer la fonction rénale; dont surtout les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et diurétiques à hautes doses.

La sous-alimentation est un grand problème de ces patients, avec l'association ascite (et donc moins de «place» pour la nourriture) et inappétence générale. L'idée que ces patients ne doivent consommer que peu ou pratiquement pas de protéines en raison du risque d'encéphalopathie hépatique est malheureusement toujours très répandue. Une restriction de l'apport protéique est cependant associée à une plus grande mortalité, et n'est donc pas recommandée de manière générale, pas même aux patients souffrant d'une encéphalopathie hépatique récidivante. Dans de rares cas, une substitution des protéines animales par des végétales peut s'avérer utile.

Il reste à mentionner en particulier que chez les patients sur liste d'attente d'une OLT, les interventions abdominales ne doivent être effectuées que dans les cas véritablement urgents. Les hernies ombilicales esthétiquement gênantes ne doivent être opérées que si elles sont symptomatiques ou étranglées. La morbidité et la mortalité périopératoires sont nettement augmentées chez les cirrhotiques à un stade avancé, et les adhérences postopératoires peuvent considérablement compliquer l'OLT.

Après la transplantation hépatique

Les contrôles initiaux se font en général en ambulatoire, par l'hépatologue en collaboration avec les chirurgiens ayant effectué la transplantation. Il s'agit d'adapter individuellement l'immunosuppression et de contrôler la fonction du foie, de manière à détecter rapidement les complications post-transplantation (par exemple rejet aigu) et à les traiter. La prise en charge des patients HCC n'est au début pas différente de celle des autres patients. Par la suite cependant, chez les patients ayant un carcinome confirmé, des contrôles réguliers seront effectués par échographie et éventuellement tomographie computerisée, avec dosages de l'alpha-1-fœtoprotéine (AFP). De nombreux centres de transplantation font en outre passer leurs patients d'un inhibiteur de la calcineurine (cyclosporine A/tacrolimus) à un inhibiteur de la mTOR (évérolimus/sirolimus), qui – confirmé dans de grandes études rétrospectives – permettent une meilleure survie globale et sans récidive.

1 an après la transplantation, ce ne sont plus les complications techniques qui sont au premier plan, mais les problèmes médicaux causes de morbidité et de mortalité à long terme. Les causes de décès non hépatiques les plus fréquentes sont les malignomes (22%), maladies cardiovasculaires (11%), infections (9%), troubles de la fonction rénale (6%), hypertension (60 à 70%) et diabète (30 à 40%). Hyperlipidémie (45 à 69%), cardiopathie ischémique (9 à 25%) et insuffisance rénale chronique (8 à 25%) nécessitent le même traitement rigoureux que la population non greffée. Les options thérapeutiques de ces effets indésirables médicamenteux surtout ne sont pas fondamentalement différentes de celles pour les non transplantés.

La manifestation *de novo* de malignomes extrahépatiques mérite une attention particulière, dont la probabilité est multipliée par 3 à 4. La moitié de ces tumeurs *de novo* sont des tumeurs cutanées (basaliome/spinoliome). Des contrôles réguliers chez le dermatologue (1 fois/an) et les mesures de protection usuelles (protection solaire) sont recommandés. Viennent ensuite les tumeurs lymphoprolifératives, très fréquemment (80 à 90%) associées à une réactivation ou primo-infection par le virus d'Epstein-Barr. Pour les autres tumeurs, le respect strict des dernières recommandations pour le dépistage et la prévention (coloscopie, PAP, mammographie) a prouvé avoir un effet positif sur la survie après transplantation.

Si la fonction de la greffe est stable, l'OLT n'est pas une contre-indication à une grossesse. Mais elle doit être planifiée avec le centre de transplantation, de manière à adapter l'immunosuppression (attention: mycophénolate) et à la contrôler. Il est recommandé d'attendre jusqu'à 1 année après la transplantation, car le risque de complications de la greffe est nettement plus faible, et de nombreuses patientes ont encore besoin d'une immunosuppression minimale (monothérapie).

Par ailleurs: à la mi-janvier ont été organisés à La Chapelle d'Abondance, France, les «TranSnoWorld 2014 Winter World Transplant Games», comme les Jeux olympiques d'hiver à Sochi. La Suisse y a été très bien représentée, avec 35 participant(e)s, juste derrière la France, et avec un total de 42 médailles n'a perdu

qu'une toute petite place sur le podium final. Il est vrai qu'un «original sain» est toujours meilleur qu'un «substitut sain», mais tant que nous ne disposerons pas d'une bonne solution pour prévenir efficacement une cirrhose établie avec toutes ses complications, voire pour la faire régresser, la transplantation reste encore et toujours la meilleure solution pour les patients ayant une dysfonction organique irréversible.

Correspondance:

Dr méd. et phil. Vanessa Banz
Department Viszerale Chirurgie und Medizin
Inselspital Bern
CH-3010 Bern
[vanessa.banz\[at\]insel.ch](mailto:vanessa.banz[at]insel.ch)

Références recommandées

- Nusrat S, Khan MS, Fazili J, Madhoun MF. Cirrhosis and its complications: Evidence based treatment. *World J Gastroenterol.* 2014 May 14;20(18):5442-5460.
- Garcia-Tsao G, Bosch J. Management of varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *N Engl J Med.* 2010 Mar 4;362(9):823-32.
- Song AT, Avelino-Silva VI, Pecora RA, Pugliese V, D'Albuquerque LA, Abdala E. Liver transplantation: Fifty years of experience. *World J Gastroenterol.* 2014 May 14;20(18):5363-5374.
- Cauchy F, Fuks D, Belghiti J. HCC: current surgical treatment concepts. *Langenbecks Arch Surg.* 2012 Jun;397(5):681-95.
- Cholongitas E1, Germani G, Burroughs AK. Prioritization for liver transplantation. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2010 Dec;7(12):659-68.