

Échographie et hypertension portale

J. TABOURY

*Service de Radiologie du Pr J.M. Tubiana
Hôpital Saint-Antoine, Paris (France)*

Le diagnostic échographique d'hypertension portale (HTP) chez l'adulte repose sur un ensemble de signes morphologiques (échographie) et hémodynamiques (doppler pulsé et colorisation de flux) traduisant la cause et les conséquences de cette HTP.

L'échographie ne peut quantifier précisément l'HTP car il n'y a aucun lien entre la valeur de cette pression intra-portale et le type ou l'importance des anomalies rencontrées.

La surveillance par échographie morphologique et hémodynamique d'une situation d'HTP permet par les modifications constatées, au mieux par un même opérateur, de juger de son éventuelle évolutivité.

Le meilleur indicateur d'une situation d'HTP par restriction de flux est la reconnaissance d'une cause :

— syndrome de Budd-Chiari, anomalies morphologiques hépatiques pathologiques ou tumeurs, anomalies biliaires, par exemple pour les HTP globales ;

— ou encore compression extrinsèque (quelle qu'en soit la cause) et ou thrombose d'une partie du système porte pour les HTP pré-hépatiques, qui sont alors globales par atteinte du tronc porte et/ou des branches principales de division, ou segmentaires par lésion veineuse splénique, splénomésaraïque ou mésentérique.

Une situation particulièrement rare d'HTP résulte d'une fistule artério-portale ou d'un hyper-débit portal créant une HTP d'apport et non plus de restriction.

La traduction directe de l'HTP globale est la modification par augmentation des diamètres veineux (tronc porte, veine coronaire stomacique, veines gastriques) et pour la même raison l'apparition de

veines constituant des shunts porto-systémiques (veine para-ombilicale, varices épiploïques ou veines para-spléniques pour ne citer que les principales) sans oublier l'augmentation possible mais inconstante de la taille de la rate. Mais ces signes sont diversement associés pour chaque cas d'HTP.

L'HTP étant établie, l'étude hémodynamique (avec analyse des vitesses et sens de flux dans les principaux axes du système porte et la mesure précise du diamètre, de la vitesse et du débit dans le tronc porte) permet un meilleur suivi de l'HTP surtout globale et d'origine hépatique pour préciser l'importance de la chute du flux portal s'il est encore hépatopète et reconnaître à l'extrême l'inversion du sens de circulation dans le tronc porte et très souvent aussi dans la veine splénique. Dans ce dernier cas, le diamètre portal est par contre plutôt réduit, l'occlusion complète étant toujours possible à plus long terme alors qu'en situation de reperméation veineuse para-ombilicale le tronc est large avec un très bon débit portal hépatopète apparent dont une grande partie devient hépatofuge, dérivée par le shunt.

Mais toutes les situations d'HTP ne sont pas identifiées par échographie et doppler surtout au début car les étiologies ou leurs conséquences vasculaires morphologiques ou hémodynamiques sont trop discrètes pour être décelés surtout par un opérateur peu rompu à ces situations.

Enfin tout examen destiné à une évaluation portale dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation d'HTP doit comporter la recherche systématique :

— d'une thrombose plus ou moins partielle du système porte, complication assez fréquente ;

— et d'une éventuelle tumeur hépatique compliquant une hépatopathie.

RÉFÉRENCE

- TABOURY J., TUBIANA J.M. — Imagerie du système porte : flux, cartographie veineuse, shunts spontanés, échographie Doppler.
In : Hémorragies digestives de l'hypertension portale du cirrhotique. Monographies de l'association française de chirurgie. Arnette, Paris, septembre 1994, 39-48.

Tirés à part : J. TABOURY, Hôpital Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine. 75571 Paris Cedex 12

Mots-clés : doppler, échographie, hypertension portale.