

L'IMAGE DU MOIS

Croissance compensatrice du foie après transplantation du lobe hépatique droit prélevé chez un donneur vivant et transplanté chez un receveur adulte

O. DETRY (1), A. DE ROOVER (1), C. COIMBRA (1), J. DELWAIDE (2), J. JORIS (3), D. LEDOUX (3), M. MEURISSE (1), P. HONORÉ (1)

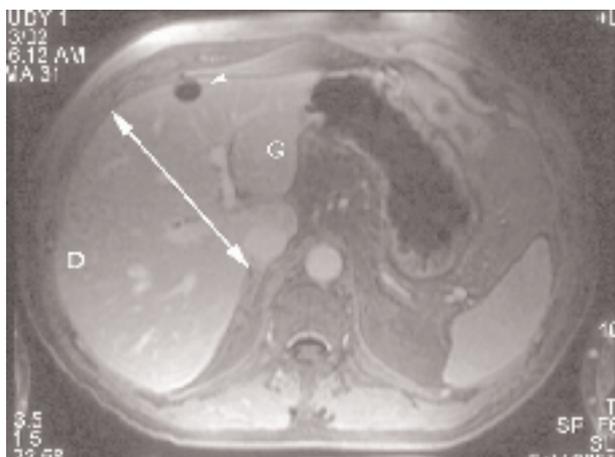


Fig. 1. Résonance magnétique nucléaire hépatique du donneur avant le prélèvement du lobe droit. La flèche à deux points illustre la limite entre les deux lobes hépatiques, indiquant le plan de division chirurgicale nécessaire au prélèvement. La flèche simple indique un kyste biliaire bénin, traité lors de l'intervention (D: lobe hépatique droit; G: lobe hépatique gauche).



Fig. 2. Tomodensitométrie hépatique du receveur, réalisée quatre semaines après la transplantation, et démontrant une croissance compensatrice significative du lobe hépatique droit transplanté.

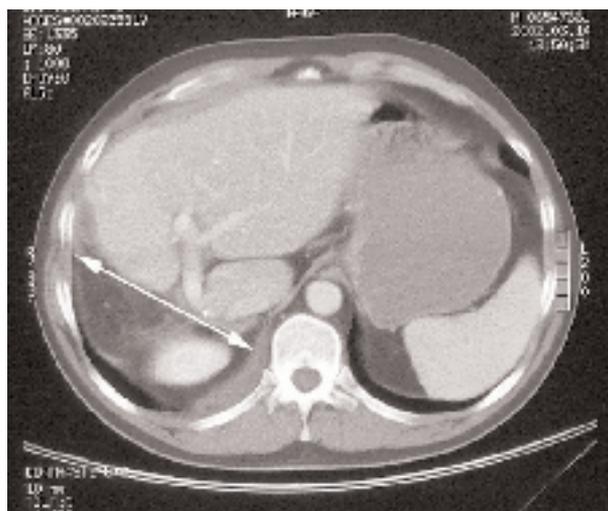


Fig. 3. Tomodensitométrie hépatique du donneur, réalisée quatre semaines après le prélèvement, et démontrant une croissance compensatrice significative du lobe hépatique gauche résiduel.

La transplantation est la thérapeutique de choix de nombreuses maladies hépatiques terminales. Ses résultats sont excellents, tant en termes de survie que de qualité de vie après transplantation, et de plus en plus de malades sont adressés pour transplantation hépatique (1). Cependant le succès de la transplantation hépatique présente un revers de taille, c'est-à-dire une attente de plus en plus longue après inscrip-

tion sur liste, et son corollaire, un taux de décès en liste d'attente en accroissement constant.

L'accès à la transplantation hépatique et le traitement de l'insuffisance hépatique terminale dépendent et dépendront du nombre de greffons hépatiques humains disponibles, tant qu'un support hépatique (bio-) artificiel ou que les xéno-transplantations n'auront pas été développés (2). Le nombre de greffons humains transplantables doit être maximalisé par une meilleure utilisation des greffons d'origine cadavérique (information plus grande du public, prélèvement de donneurs marginaux, prélèvement de donneurs à

(1) Service de Chirurgie Abdominale et Transplantation, CHU Sart Tilman.

(2) Service d'Hépatogastroentérologie, CHU Sart Tilman.

(3) Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU Sart Tilman.

cœur non battant, division des foies prélevés ou “split liver”).

Une solution au manque de greffons hépatiques pour des candidats adultes pourrait être le prélèvement d’une partie importante (deux tiers) du foie chez un donneur vivant apparenté en bonne santé (lobe hépatique droit, segments hépatiques V, VI, VII, VIII) (3). Ce type d’intervention repose sur une caractéristique du foie, sa capacité à compenser une perte de volume, et donc de fonction hépatique, par une croissance rapide, avec retour au volume de départ en 4 à 6 semaines. Cette croissance a également été démontrée après résection partielle du greffon hépatique (4). La figure 1 illustre par résonance magnétique nucléaire le volume du foie d’un donneur potentiel, ainsi que la limite entre les lobes hépatiques droit et gauche, limite utilisée pour le plan de section chirurgicale. Quatre

semaines après l’intervention, le volume du foie du receveur et du donneur s’est quasi normalisé, comme en attestent les tomodensitométries de contrôle (fig. 2 et 3).

BIBLIOGRAPHIE

1. Honoré P, Detry O, Meurisse M, Jacquet N.— Transplantation hépatique: expérience et résultats du programme de l’Université de Liège. *Rev Méd Liège*, 1998, **53**, 735-737.
2. Arkadopoulos N, Detry O, Rozga J, Demetriou AA.— Liver assist systems: state of the art. *Int J Artif Organ*, 1998, **21**, 781-787.
3. Trotter JF, Wachs M, Everson GT, Kam I.— Adult-to-Adult transplantation of the right hepatic lobe from a living donor. *N Engl J Med*, 2002, **346**, 1074-1082.
4. Honoré P, Detry O, Hamoir E, et al.— Right hepatic lobectomy as a liver graft-saving procedure. *Liver Transpl*, 2001, **7**, 269-273.