
Le rôle de l'École française dans la mise en œuvre de la transplantation du foie du Département de chirurgie générale, de transplantologie et de chirurgie du foie de l'Académie de médecine de Varsovie

Marek Krawczyk**, Paweł Nyckowski*, Krzysztof Zieniewicz*

**Chaire et département de chirurgie générale, de transplantologie et de chirurgie du foie de l'Académie de médecine à Varsovie, membre de l'Académie nationale de chirurgie.

*Chaire et département de chirurgie générale, de transplantologie et de chirurgie du foie de l'Académie de médecine à Varsovie.

Adresse pour correspondance : Department of liver transplant and liver surgery, Medical University of Warsaw, 1 a, Babacha Street, 02-097 Warsaw, Poland.

Discours prononcé à l'Académie nationale de chirurgie lors de la séance du 17 mai 2006.

Résumé

Les transplantations du foie, parmi toutes les greffes, sont les plus difficiles à réaliser. Elles sont liées très étroitement à la nécessité de pratiquer de difficiles anastomoses vasculaires et biliaires. L'étape la plus compliquée est la réalisation de l'hépatectomie. À l'heure actuelle nous pouvons dire, qu'après avoir réalisé près de 500 transplantations, nous avons acquis une grande expertise dans cette chirurgie. Nous n'oublions pas nos collègues Français qui nous ont aidés dans notre démarche et transmis leur éminent savoir-faire dans ce domaine.

L'Académie de médecine de Varsovie, la Société des chirurgiens Polonais et le ministère de l'Éducation Nationale ont honoré trois chirurgiens français qui ont beaucoup apporté à la mise en œuvre de la transplantation du foie en Pologne.

En 2001, l'Académie de médecine de Varsovie a remis au professeur Henri Bismuth, en hommage à tous ses mérites, le diplôme de Docteur *Honoris Causa de notre Alma Mater*.

Le professeur Daniel Jaeck a reçu en 2003 l'honorariat de la Société nationale des chirurgiens Polonais, tandis que le professeur Yann Revillon a eu le prix du ministère de l'Éducation Nationale.

Les chirurgiens polonais et surtout les chirurgiens qui font partie de l'équipe de notre département n'oublieront jamais celui qui fut leur « Tuteur », le docteur Stanislas Lucas devenu membre honoraire de la Société nationale des chirurgiens Polonais.

En conclusion, je voudrais souligner que toutes ces années passées à étudier aux côtés des chirurgiens français, se sont transformées en collaboration très étroite et fructueuse. Nous pouvons ainsi échanger nos idées, nos expériences et nos observations cliniques.

Mots clés

Foie, transplantation, formation.

Key words

Liver, transplantation, medical education.

-
- Professeur Adam Gruca de Varsovie – en 1938
 - Professeur Leon Manteuffel de Varsovie – en 1964
 - Professeur Jan Nielubowicz de Varsovie – en 1985
 - Professeur Marek Krawczyk de Varsovie – en 1998

Le 17 mai 2006 a eu lieu une séance à l'Académie nationale de chirurgie organisée et présidée par l'un des plus grands chirurgiens hépatobiliaires de notre temps, Monsieur le professeur Henri Bismuth. Cette séance a réuni un grand nombre d'éminents chirurgiens aussi bien français qu'étrangers.

Le discours, au nom des chirurgiens polonais, a été prononcé par le professeur Marek Krawczyk, membre de l'Académie nationale de chirurgie. Les co-auteurs de l'exposé sont le professeur Paweł Nyckowski et le professeur agrégé Krzysztof Zieniewicz. Le titre de l'exposé est « *Le rôle de l'École française dans la mise en œuvre de la transplantation du foie au sein du département de chirurgie générale, de transplantologie et de chirurgie du foie de l'Académie de médecine de Varsovie* ».

Historique

L'histoire de la transplantation du foie en Pologne débute avec la publication en 1972 de l'article de W. Olszewski et al. (1) dans lequel ont été présentées les études expérimentales concernant la transplantation de cet organe.

Les premiers essais cliniques de la transplantation du foie en Pologne ont eu lieu, presque simultanément, en décembre 1987 dans les centres de Szczecin et de Katowice. Ces deux tentatives ont échoué. Deux ans plus tard, le 30 décembre 1989, nous avons effectué une première greffe hépatique au sein de notre département. Elle fut rapidement un échec. À partir de ce moment, l'équipe de notre département a décidé de continuer à parfaire ses connaissances dans des centres hautement expérimentés en la matière à l'étranger, et surtout en France.

L'Académie nationale de chirurgie a été créée en 1731. C'est une société savante dont le statut comprend l'activité scientifique dans toutes les spécialités de la chirurgie. Parmi ses membres, nous pouvons citer d'éminents chirurgiens, aussi bien français qu'originaires d'autres pays du monde entier. Ainsi, des chirurgiens polonais ont eu l'honneur d'être élus membre de l'Académie nationale de chirurgie :

- Professeur Stefan Wesolowski de Varsovie – en 1931
- Professeur Antoni Jurasz de Poznań – en 1934
- Professeur Antoni Leśniowski de Varsovie – en 1938
- Professeur Wiktor Dega de Poznań – en 1938

Stage dans le service de chirurgie hépatobiliaire de l'hôpital Paul-Brousse de Villejuif (AP-HP, France)

Entre 1990 et 1994, 8 chirurgiens, 2 anesthésistes et 1 anatomopathologiste ont travaillé dans le service du professeur Henri Bismuth.

Les premiers stages à Villejuif se déroulaient dans le service qui était alors situé dans les locaux centraux du vieux bâtiment de l'hôpital Paul-Brousse. Cette même équipe a, par la suite, créé à Varsovie le premier centre de transplantation du foie.

Cependant, la plupart d'entre nous n'ont connu que les nouveaux locaux du service du professeur Henri Bismuth, locaux qui pourraient servir d'exemple de centre de traitement des malades souffrant de pathologies hépatiques.

Le séjour de chaque stagiaire a duré 6 mois. Le stage de 3 chirurgiens (les docteurs Nyckowski, Zieniewicz et Paczkowski) entrainé dans le cadre des bourses attribuées par l'association « Le Pont Neuf » présidée par Bernadette Chirac. Notons et soulignons que Bernadette Chirac s'est vivement intéressée à l'idée de la mise en œuvre de la transplantation du foie en Pologne. Les docteurs Nyckowski et Zieniewicz se trouvaient, en 2001, parmi ses invités, à l'occasion de l'anniversaire de l'Association et ont eu la possibilité de présenter, lors de la séance solennelle, la naissance de la transplantation du foie en Pologne.

Les stages des autres médecins étaient financés par le gouvernement français.

Les médecins de chaque spécialité participaient au travail quotidien des services respectifs. Comme ils faisaient partie des équipes médicales, ils commençaient leur journée par une réunion obligatoire du personnel et la finissaient après avoir assisté aux réunions scientifiques et de qualification des patients qui avaient lieu en fin d'après-midi. Il était extrêmement important que les chirurgiens apprennent les finesses de la technique chirurgicale du prélèvement et de la transplantation du foie. Tous faisaient partie des équipes chirurgicales lors des prélèvements, des hépatectomies et des transplantations. Le traitement des malades présentant une insuffisance hépatique ne se limitait pas seulement à la chirurgie. La formation comprenait également la participation aux examens de qualification et le suivi des malades en attente d'une greffe. Après la transplantation, chacun de nous prenait en charge les malades dans la première phase postopératoire et les suivait ensuite en ambulatoire. Nous avons appris l'immunosuppression, l'antibiothérapie, l'apport de liquide : du sang, des sérums de substitution.

La formation des chirurgiens ne se limitait pas seulement à la transplantation du foie. Nous avons profité de l'occasion pour participer aux traitements de tous les patients et à toutes les interventions chirurgicales qui se déroulaient dans le service. Nous nous sommes concentrés plus particulièrement sur les pathologies hépatiques, et notamment le traitement des maladies néoplasiques hépatobiliaires, et sur les lésions traumatiques des voies biliaires.

Les anesthésistes participaient à la qualification anesthé-

siologique des malades qui allaient subir une transplantation, à l'anesthésie du patient pendant l'intervention et enfin au suivi en salle postopératoire. Ils ont assisté aux soins donnés en thérapie intensive.

La formation de l'anatomopathologiste était liée à la spécificité de sa profession. Elle comportait aussi bien l'analyse du matériel de biopsie hépatique lors de la qualification des patients pour la transplantation que l'examen des greffons prélevés et de leur évolution après implantation. Lors de ces examens très complexes, il fallait souvent recourir aux examens histochimiques. La surveillance du foie greffé à l'aide de biopsies répétées a nécessité, pour l'anatomopathologiste, un enseignement spécifique. Il s'agit là de bien connaître les éléments de différenciation du rejet avec d'autres aspects à l'origine du dysfonctionnement du greffon.

J'ai déjà mentionné que la première transplantation du foie qui a eu lieu en 1989 dans notre département a rapidement échoué. En 1993, nous avons à nouveau transplanté un foie, la survie a été de quelques jours.

Stage dans le service de chirurgie hépatique et endocrinienne, CHU Hautepierre, hôpitaux universitaires de Strasbourg, université Louis-Pasteur (France)

Nous savions qu'à Strasbourg, existait une école renommée de chirurgie hépatique et des greffes. Lors de nos participations à des congrès internationaux, nous avons apprécié la qualité des nombreuses interventions du maître de cette école, le professeur Daniel Jaeck. Par ailleurs, nous avons étudié avec grand intérêt les multiples publications de haut niveau émanant de cette école.

Après notre premier séjour en 1995, nous avons été confortés dans notre choix et nous étions alors sûrs d'être en présence d'une école et d'un maître dont le renom n'avait pas été usurpé. Le professeur Daniel Jaeck est un admirable chef d'équipe, à forte personnalité, d'une droiture exemplaire et extrêmement chaleureux.

Le séjour dans le service du CHU Hautepierre de l'université Louis-Pasteur à Strasbourg nous a permis, à toute mon équipe et moi-même, d'acquérir le savoir-faire nécessaire à la mise en œuvre de la transplantation du foie. Pendant nos séjours, aussi bien courts que longs, nous avons essayé de recueillir le maximum de données qui pouvaient nous être utiles dans notre travail. Dans ce service, j'ai eu l'opportunité d'assister, pour la première fois, à une transplantation du foie chez un enfant à partir d'un donneur vivant.

Ainsi pendant 2 années consécutives, 5 chirurgiens et 1 anesthésiste ont participé à la formation complémentaire en transplantologie organisée par ce CHU.

Stages effectués dans d'autres hôpitaux français

Dans notre exposé concernant le rôle de l'École française dans la mise en œuvre de la transplantation du foie à Varsovie, puis en Pologne, nous ne pouvons oublier de mentionner d'autres relations qui ont aussi apporté leur

contribution.

Entre 1992 et 1993, l'un de nos chirurgiens a travaillé dans le laboratoire de l'hôpital Cochin (professeur Chappuis). Ce stage lui a permis de nouer d'autres relations très avantageuses et très fructueuses.

Au cours des années suivantes, 5 de nos chirurgiens sont allés d'abord à Bordeaux pour visiter le service de chirurgie hépatobiliaire de l'hôpital Saint-André dirigé par le professeur J. Saric qui travaillait alors avec le professeur Jean Carl, puis au CHU de Rennes dans le service du professeur Bernard Launois. Nous attirons votre attention sur le fait qu'aucun de ces séjours n'avait d'autres buts que l'acquisition de nouvelles méthodes de travail et de pérenniser de nouvelles relations. Nous n'avons jamais considéré ces stages comme étant un moyen de faire du tourisme.

En évoquant notre formation dans les hôpitaux français, nous sommes dans l'obligation de mentionner à présent le nom du docteur Stanislas Lucas grâce à qui nous avons pu réaliser nos séjours de travail en France. Chef du service de chirurgie générale et digestive de l'hôpital François-Maillot de Briey, il est né en France et originaire de Pologne (ses parents ont émigré de Pologne en 1923). Boursier de l'immigration polonaise, il a terminé une première fois ses études de médecine à Varsovie en validant l'équivalent de l'internat en chirurgie. De retour en France, il a refait toutes ses études à Lille. Après avoir travaillé pendant 7 ans aux côtés du professeur Gautier-Benoit à Lens, il a dirigé les services de chirurgie de Berck-sur-Mer puis de Péronne. En janvier 1985, il a pris la direction du service de chirurgie générale et digestive du centre hospitalier de Briey. Il n'a jamais renié ses origines et a été une aide précieuse pour les premières générations d'immigrés polonais qui parlaient peu le français.

Bien qu'il n'ait jamais pu être dans un contexte lui permettant de pratiquer les greffes hépatiques, il s'est toujours intéressé à ce problème. Cette connaissance l'a fortement aidé dans la réalisation d'une chirurgie du foie de très haut niveau. À ses côtés nous avons pu nous enrichir en la matière. Cela a été une grande perte pour l'hôpital de Briey et pour la population de toute la région lorsque l'administration hospitalière a mis fin à son activité d'une façon exécrationnelle et inhumaine.

Pour finir, il a ramené en Pologne le savoir-faire français dans le domaine de la cœliochirurgie. Il est venu maintes fois donner des cours, participer à des ateliers et même assister dans les hôpitaux polonais à la mise en route de cette technique.

La formation dans la transplantation du foie à partir du donneur vivant

En résumé de la partie consacrée à l'historique de notre formation, il nous semble opportun de nous référer à l'influence de l'École française dans la mise en œuvre de la transplantation du foie en Pologne à partir du donneur vivant. En 1998, nous avons entrepris, en collaboration avec le département de chirurgie infantile et de transplantation des organes de l'Hôpital Central pour les enfants à Varsovie, des travaux pour pouvoir commencer à effectuer ce type de transplantations. Les séjours dans deux

centres à Paris : le premier à l'hôpital Necker dans le service de chirurgie infantile, dirigé par le professeur Yann Revillon, et le deuxième dans le service de chirurgie du foie de l'hôpital Beaujon, dirigé par le professeur J. Belghiti, nous ont permis de bien nous préparer à la mise en œuvre de cette technique. Le 12 octobre 1999, dans notre département et en compagnie du professeur O. Farges, nous avons prélevé des segments II et III à partir d'un père dont l'enfant de 4 ans avait une atrésie des voies biliaires. La transplantation de ce fragment de foie a eu lieu au département de chirurgie infantile et de transplantation des organes de l'Hôpital Central pour les enfants. Le professeur Yann Revillon a participé à cette intervention. C'est à cette date qu'a commencé en Pologne la réalisation de la transplantation du foie à partir du donneur vivant.

Nous devons souligner que nous avons rendu visite à d'autres centres que ceux existant en France. Nous avons eu l'opportunité de nous rendre en Angleterre, en Allemagne et au Japon. Ces derniers stages font suite à la formation acquise en France.

Le programme de la transplantation du foie dans le département de chirurgie générale, de transplantologie et chirurgie du foie de l'Académie de médecine de Varsovie

Après une intense formation de toute notre équipe, nous avons décidé de mettre en pratique tous nos acquis. Le 30 décembre 1994, nous avons effectué avec succès une première transplantation. La patiente vit toujours et est en bon état de santé. En 1996, nous avons effectué 6 transplantations. Les années suivantes, aussi bien le nombre des transplantations que les résultats positifs ont considérablement progressé. Fin 2005, nous avons effectué dans notre département 450 transplantations de foie (en 2005 : 102 transplantations).

Notons également que nous avons effectué 4 transplantations à partir d'un donneur vivant adulte (les segments V, VI, VII et VIII) pour un receveur adulte et des prélèvements des segments II et III ou II, III et IV à partir de 90 donneurs adultes pour des receveurs enfants.

La figure 1 illustre la mise en œuvre et l'évolution de la transplantation du foie des personnes adultes. Elle représente le progrès réalisé dans cette chirurgie dans notre département. Tout ceci dépend essentiellement, pour la Pologne comme dans tous les pays d'Europe, de la possibilité d'obtenir des greffons hépatiques.

Les indications de la transplantation du foie chez les adultes sont très proches de celles retenues par l'équipe du service de chirurgie hépatobiliaire de l'hôpital de Villejuif (2) ou par le Registre européen des greffes du foie (3).

Pour 49% des malades, l'indication d'une transplantation du foie est la cirrhose secondaire à l'hépatite C (75 malades) [16,7%] ou l'hépatite B (50 malades) [11,1%] et parmi lesquels 2,5% étaient infectés aussi bien par le vi-

rus C que par le virus B. La cirrhose alcoolique est une indication pour 14,5% des patients (65 malades) et parmi ceux-ci 3% avaient un deuxième facteur à l'origine de la lésion du foie ; le plus souvent il s'agit d'une infection par le virus C. La cirrhose auto-immune constitue une autre indication pour 21 malades (4,7%). Nous pouvons également retrouver dans ce groupe, des malades (1,8%) présentant un deuxième facteur déclenchant.

Les maladies cholestatiques représentent l'indication pour 23,1% des malades (dont la CBP : 58 malades, la CSP : 38 malades et la CBS : 8 malades). La maladie de Wilson constitue l'indication pour 24 malades (5,3%) et les carcinomes hépatocellulaires – pour 37 malades (8,2%). La maladie polykystique du foie est une indication pour 11 malades. L'intoxication par des champignons représente l'indication pour 7 personnes et l'intoxication médicamenteuse pour 5 personnes.

La liste complète de toutes les indications nécessitant une transplantation du foie dans notre département est présentée dans le tableau I.

Pour 68 malades (15,2%), des facteurs déclenchant s'associaient. Par exemple, l'infection par le virus C concernait une partie des malades atteints de la cirrhose alcoolique ou de la cirrhose auto-immune.

La liste ne présente pas le groupe de malades souffrant d'une hépatite fulminante et qui figurent dans le groupe d'indications. Notons que ces malades constituent 9% de toutes les transplantations. Nous n'avons pas mentionné les 24 retransplantations qui constituent 5% de toutes les transplantations.

Nous avons fait à deux reprises, et avec un résultat positif, une transplantation simultanée du foie et du rein. Dans les deux cas, la maladie polykystique du foie et du rein

constituait une indication de choix pour une telle transplantation. Les patients sont toujours en vie et en très bonne santé.

La technique opératoire employée à l'époque reposait sur les données publiées dans la littérature spécialisée. Lors des premières greffes, nous avons recours à l'emploi temporaire d'un shunt veino-veineux. Au fur et à mesure de notre expérience, nous avons pu utiliser la technique Piggy-back. L'anastomose entre la veine cave du receveur et du donneur est réalisée en latéro-latérale. La technique classique, où la veine cave rétrohépatique était ré-séquée, concernait 166 patients, soit 36,9%, tandis que la technique Piggy-back était réalisée chez 284 patients, soit 63,1%. Pour les 200 derniers patients, nous avons eu recours à la technique classique, par exemple dans les cas où le carcinome envahissait la veine cave rétrohépatique, chez les patients avec un syndrome de Budd-Chiari ou dans les cas de retransplantation. Actuellement nous gardons la veine cave rétrohépatique, quand cela est possible.

À présent, je voudrais attirer votre attention sur les complications biliaires liées à la technique classique. Ces complications constituent selon Sir Roy Calne le fameux talon d'Achille (4) des transplantations du foie. En observant le travail du service de chirurgie hépatobiliaire de l'hôpital de Strasbourg, nous avons pu constater que les voies biliaires étaient drainées de façon systématique à l'aide d'un drain transcystique. Nous réalisons d'une façon habituelle des anastomoses termino-terminales. Dans les cas d'un durcissement de la paroi biliaire par des phénomènes inflammatoires ou lors des retransplantations, nous avons recours aux anastomoses hépato-jejunaux sur une anse en Y selon Roux. Au début de notre expérience, nous drainions les voies biliaires à l'aide d'un drain de Kehr. Lors d'une anastomose bilio-digestive, le drainage biliaire ressortait par le jéjunum à la Volker. Le nombre de complications (fistules, sténoses) des voies biliaires était de l'ordre de 20,5% (5). Cela nous a incités à changer d'attitude. Nous avons renoncé au drainage systématique des voies biliaires, et ceci indépendamment du type d'anastomose effectué. Le tableau II présente les types d'anastomoses réalisés et les complications recensées selon qu'il y ait eu ou non un drainage. Au moment de la mise en application de la méthode sans drainage des voies biliaires, le nombre de complications a baissé jusqu'à 8,6% (6).

La plupart des malades victimes d'une sténose biliaire étaient traités par dilatation endoluminale à l'aide d'une sonde de Foley introduite par voie endoscopique ou par la pose d'un stent.

Tableau I – Indications de la transplantation du foie

| Indications étiologiques | Chiffres | % |
|--|------------|-------|
| 1 Cirrhose HCV | 75 | 16,7% |
| 2 Cirrhose HBV | 50 | 11,1% |
| 3 Cirrhose alcoolique | 65 | 14,5% |
| 4 Cirrhose | 21 | 4,7% |
| 5 CBS | 8 | 1,8% |
| 6 CBP | 58 | 12,9% |
| 7 CSP | 38 | 8,5% |
| 8 Maladie de Wilson | 24 | 5,3% |
| 9 Syndrome de Budd-Chiari | 13 | 2,9% |
| 10 Carcinomes hépato-cellulaires | 37 | 8,2% |
| 11 Maladie polykystique du foie | 11 | 2,5% |
| 12 Intoxication par des champignons | 7 | 1,6% |
| 13 Intoxication médicamenteuse (paracétamol) | 5 | 1,1% |
| 14 Hémochromatose | 4 | 0,9% |
| 15 Échinococcose | 3 | 0,7% |
| 16 Amyloïdose | 1 | 0,2% |
| 17 Mucoviscidose | 1 | 0,2% |
| 18 Angiome hépatique | 1 | 0,2% |
| 19 HELPP | 1 | 0,2% |
| 20 Étiologie inconnue | 27 | 6,0% |
| TOTAL | 450 | |

Tableau II – Complications biliaires après la transplantation du

| Type d'anastomoses des voies biliaires | Nb. malades | Nb. complications | % avec les complications |
|--|-------------|-------------------|--------------------------|
| Anastomose avec drainage externe | 196 | 40 | 20,5% |
| Anastomose sans drainage | 254 | 22 | 8,6% |
| Nombre total d'anastomoses | 450 | 62 | 13,7% |

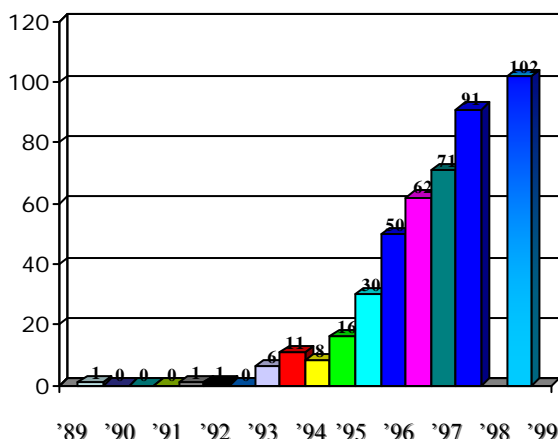


Figure 1 – Mise en œuvre de la transplantation du foie.

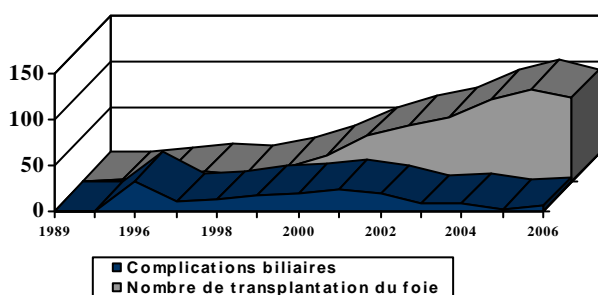


Figure 2 – Diminution du nombre des complications biliaires.

La figure 2 présente une courbe décroissante des complications biliaires en fonction de l'expérience acquise par l'équipe.

L'analyse des complications vasculaires est non moins intéressante à étudier.

La figure 3 montre que la plupart de ces complications concernait la première période de la transplantation. Nous pouvons y trouver des complications artérielles du système porte et des veines sus-hépatiques. La thrombose de l'anastomose artérielle est à présent assez rare, près de 1% dans le dernier groupe des 200 malades. Avant, ce pourcentage était un peu plus élevé, mais ne dépassait jamais les 3% pour tout le groupe de patients. La thrombose du système porte ne concernait que quelques malades. L'un de ces malades, à qui nous avons transplanté un foie de taille relativement petite et provenant d'un grand enfant décédé, a eu une thrombose du système porte. Dans ce cas, nous avons réalisé une fibrinolyse à l'aide du rt-PA et nous avons introduit un stent vasculaire dans le but de maintenir un passage correct au niveau de l'anastomose. Le nombre total de complications liées au système porte est inférieur à 0,5%. Les complications au niveau de l'anastomose de la veine cave inférieure étaient très rares. Ceci depuis le début de nos transplantations. Signalons que seul un malade a présenté un syndrome de Budd-Chiari à la suite d'une sténose de l'anastomose. Dans ce cas, nous avons procédé à une retransplantation d'urgence.

La mortalité précoce (dans les 30 jours qui suivent l'inter-

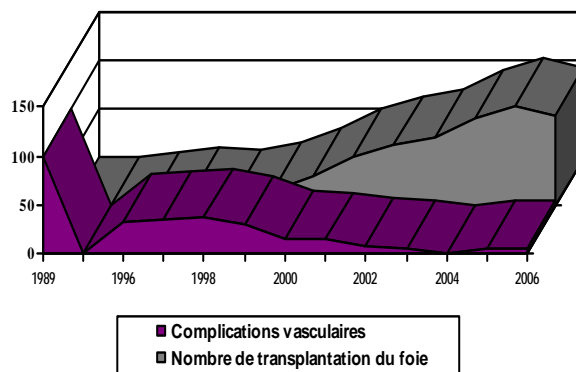


Figure 3 – Diminution du nombre des complications vasculaires.

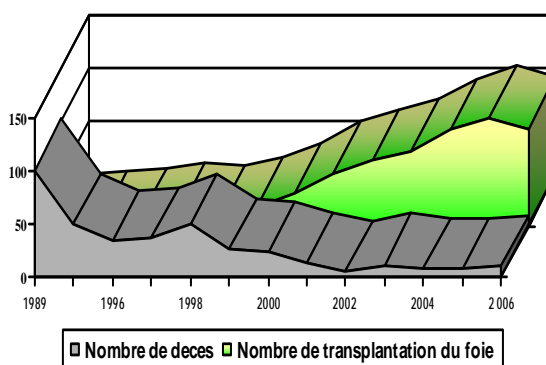


Figure 4 – Diminution du nombre de décès.

vention) était de l'ordre de 12,2% en 2001, tandis qu'en 2005 elle n'était plus que de 4,8%. La figure 4 présente la diminution du nombre de décès après transplantation dans notre Département.

La survie des malades après la transplantation du foie dépend, chez nous comme chez d'autres équipes, des indications à la transplantation (3). Dans le cas de la cirrhose biliaire primitive, la survie à 1 an est de 90,2% des malades, tandis que la survie à 5 ans est de 84,1%. Dans le cas de la cholangite sclérosante primitive, la survie à 1 an concerne 87,8% et celle à 5 ans est de 81,7%. Les résultats beaucoup moins satisfaisants ont été obtenus dans la cirrhose biliaire secondaire : la survie à 1 an est de 71,9% et celle à 5 ans est de 67,1%.

Nous tenons à respecter les critères de Milan (7) dans la qualification de patients souffrant d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) pour une transplantation hépatique. Les malades ayant un CHC représentaient 77% de tous les malades ; 81 % de ces malades ont eu une survie à 2 ans.

Les malades ayant une hépatite fulminante posent de très graves problèmes pour le thérapeute. Nous n'avons pas en Pologne de protocole d'urgence qui pourrait nous faciliter l'accès aux greffons. Nous nous efforçons d'améliorer la situation de ces malades en attente d'une transplantation. Pour cela nous réalisons une dialyse hépatique (Appareil « Promété »). Parmi ces malades 57,9% ont une survie à 3 ans.

C'est en 1999, que la transplantation du foie à partir de donneurs vivants a été introduite dans notre département. Cette même année, nous avons prélevé les segments laté-

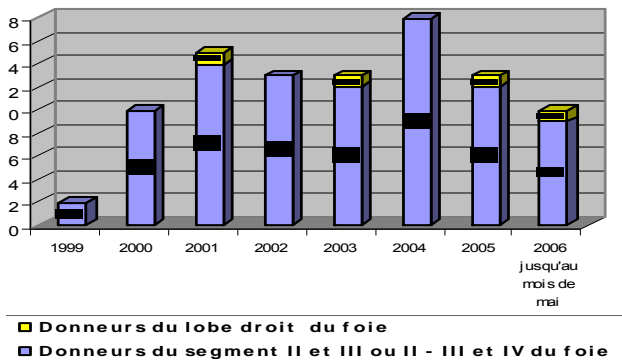


Figure 5 – Nombre de prélèvements du foie chez les donneurs

raux gauches du foie de deux parents et ils ont été transplantés chez des enfants victime d'une atrésie des voies biliaires. Cette transplantation a eu lieu dans le service de chirurgie infantile et de transplantation des organes de l'Hôpital Central pour enfants.

La figure 5 présente les progrès dans ce domaine au cours des années. Jusqu'à mai 2006, nous avons réalisé des prélèvements hépatiques chez 94 adultes.

La figure 6 présente les liens de parenté entre les donneurs et les receveurs. Les parents constituent 89,4% des donneurs de foie aux enfants.

La figure 7 présente l'âge des donneurs. Les donneurs entre 25 et 29 ans constituent la tranche d'âge (35,1%) la plus importante de tous les donneurs.

Les prélèvements des segments gauches prédominaient et concernaient 90 donneurs (95,7%). La figure 8 présente ces données.

Nous voudrions rappeler ici que les transplantations de segments gauches du foie sont pratiquées dans le service de chirurgie infantile et de transplantation de l'Hôpital Central pour les enfants.

Quatre transplantations du foie droit ont été réalisées, aussi bien le prélèvement que la greffe, sur des adultes. Parmi les receveurs figurait une hépatite fulminante. Trois de ces malades vivent toujours, avec un très bon état de santé. Le quatrième patient est décédé malgré un bon fonctionnement du greffon, ceci en raison de lésions irréversibles au niveau du système nerveux central.

Les donneurs vivants n'ont pas eu de complications significatives. Nous avons constaté chez 24 d'entre eux (25%), à la coupe de leur foie, des petites cavités contenant du

Figure 6 – Liens de parenté entre les donneurs vivants et les

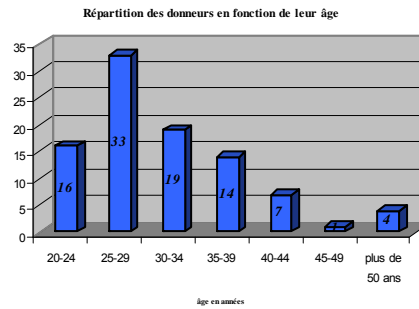
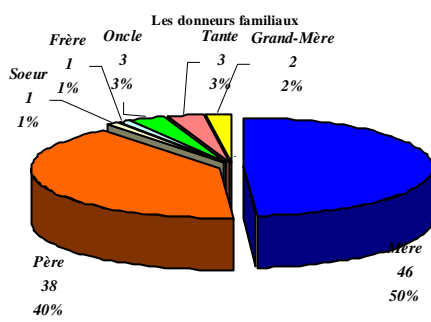


Figure 7 – Âge des donneurs vivants.

sérum. Dans la plupart des cas, elles étaient cliniquement muettes et ne nécessitaient pas de suivi thérapeutique. Seul un patient (1,1%) a eu un gros kyste biliaire ayant nécessité une ponction et un drainage percutané réalisé sous échographie

Deux malades ont eu un syndrome sub-occlusif du jéjunum. Chez l'un d'eux (1,1%), quelques mois après la greffe, une laparotomie a permis de sectionner une bride à l'origine de l'obstacle intestinal.

Aucun décès postopératoire n'est à signaler

Références

- Olszewski W, Polański J, Sawicki Z, Machowski Z, Rosnowska M. Cechy wczesnego odrzucania wątroby u psów. Pol Przegl Chir (La Revue Polonaise de Chirurgie) 1972;44:87-92.
- Bismuth H, Castaing D, Ericzon BG, et al. Hepatic transplantation in Europe. First Report of the European Liver Transplant Registry. Lancet 1987;2:674-6. Erratum in: Lancet 1987;2:1414.
- Adam R, McMaster P, O'Grady JG, et al; European Liver Transplant Association. Evolution of liver transplantation in Europe: report of the European Liver Transplant Registry. Liver Transpl 2003;9:1231-43.
- Calne RY. A new technique for biliary drainage in orthotopic liver transplantation utilizing the gall bladder as a pedicle graft conduit between the donor and recipient common bile ducts. Ann Surg 1976;184:605-9.
- Krawczyk M, Nyckowski P, Zieniewicz K, et al. Biliary complications following liver transplantation. Transplant Proc 2000;32:1429-31.
- Alsharabi A, Zieniewicz K, Patkowski W, et al. Assessment of early biliary complications after orthotopic liver transplantation and their relationship to the technique of biliary reconstruction. Transplant Proc 2006;38:244-6.
- Mazzaferro V, Regalia E, Doci R, et al. Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis. N Engl J Med 1996;334:693-9.

Figure 8 – Répartition des prélèvements de segments du foie à

