

# Les tips sur le TIPSS

CUSL 20-11-20

Lacomblez Douglas

# Question 1

- Parmi les constatations suivantes, lesquels sont des signes de dysfonction d'un TIPPS :
  - Un flux porte droit inversé
  - Une vitesse moyenne intra TIPPS de 150 cm/s
  - Une absence de flux visible en post implantation immédiate
  - Aucune de ces réponses

# Question 1

- Parmi les constatations suivantes, lesquels sont des signes de dysfonction d'un TIPPS :
  - Un flux porte droit inversé
  - Une vitesse moyenne intra TIPPS de 150 cm/s
  - Une absence de flux visible en post implantation immédiate
  - Aucune de ces réponses

## ECHO DOPPLER HEPATIQUE :

Motif: Cirrhose toxique. Vérification de la perméabilité du TIPSS.

### Résultat:

**Foie :** Dysmorphie hépatique avec hypertrophie du foie gauche. Surcharge hépatique.

Aspect hétérogène des segments VI et VII.

TIPSS perméable mais présentant des vitesses proches de 200 cm/s : Sténose.

Quantité modérée à moyenne d'ascite.

Épanchement pleural bilatéral.

Rate de grand axe limite de 13 cm d'aspect biconvexe.

Empièchement vésiculaire.

Pas de dilatation des voies biliaires.

### Conclusion:

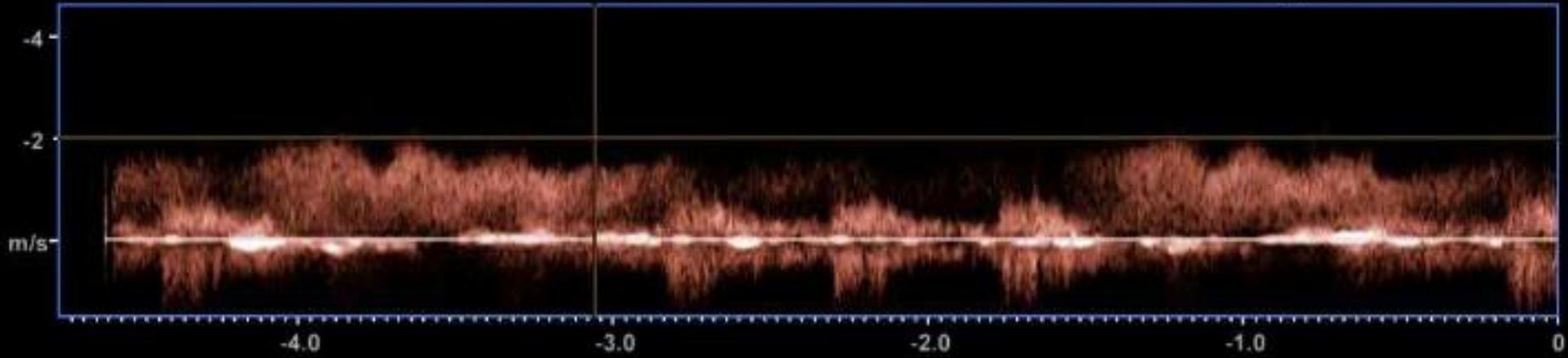
**TIPSS perméable mais présentant des vitesses élevées, témoignant d'un certain degré de sténose.**

IR(Ved) A	0.00
Vmax A	197.6cm/s
Ved A	0.0cm/s

Precision+ A Pure

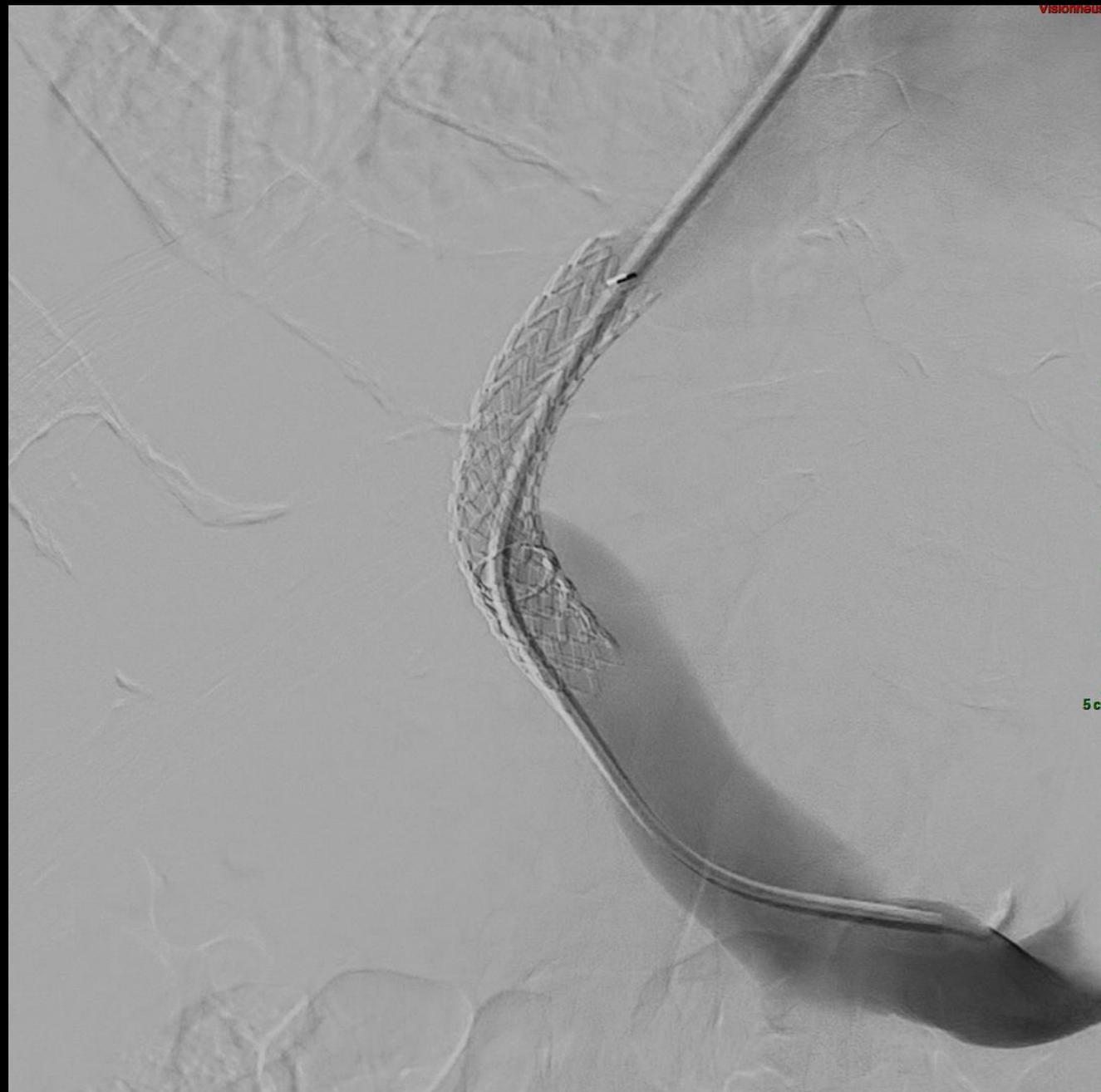


67.3  
 67.3  
 cm/s  
 MI:(0.4)  
 i8CX1  
 d5.5  
 11 fps  
 Qscan  
 G:76  
 DR:65  
 CF 2.0  
 CG:44  
 F:5  
 3.0  
 60°  
 10.8cm

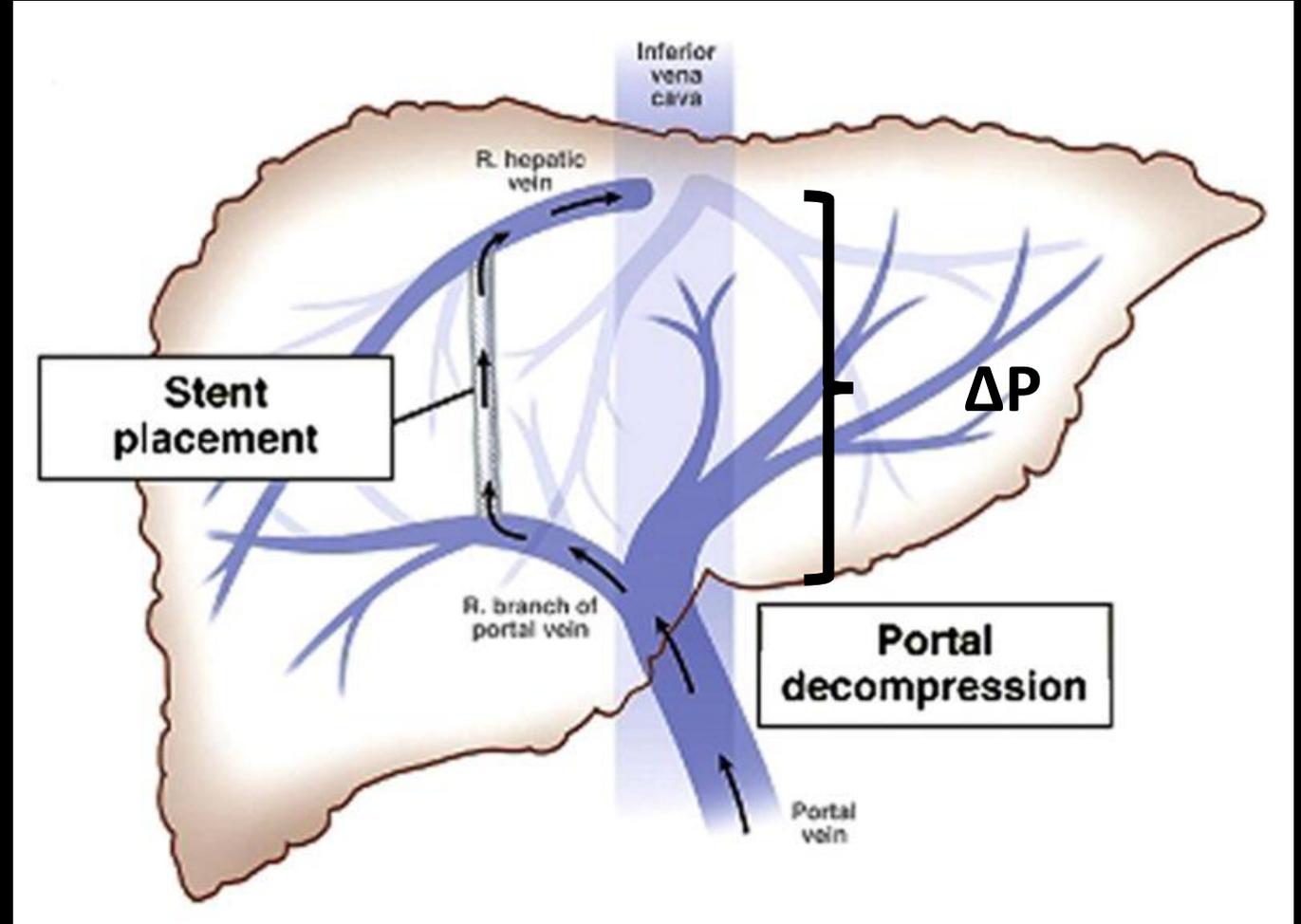
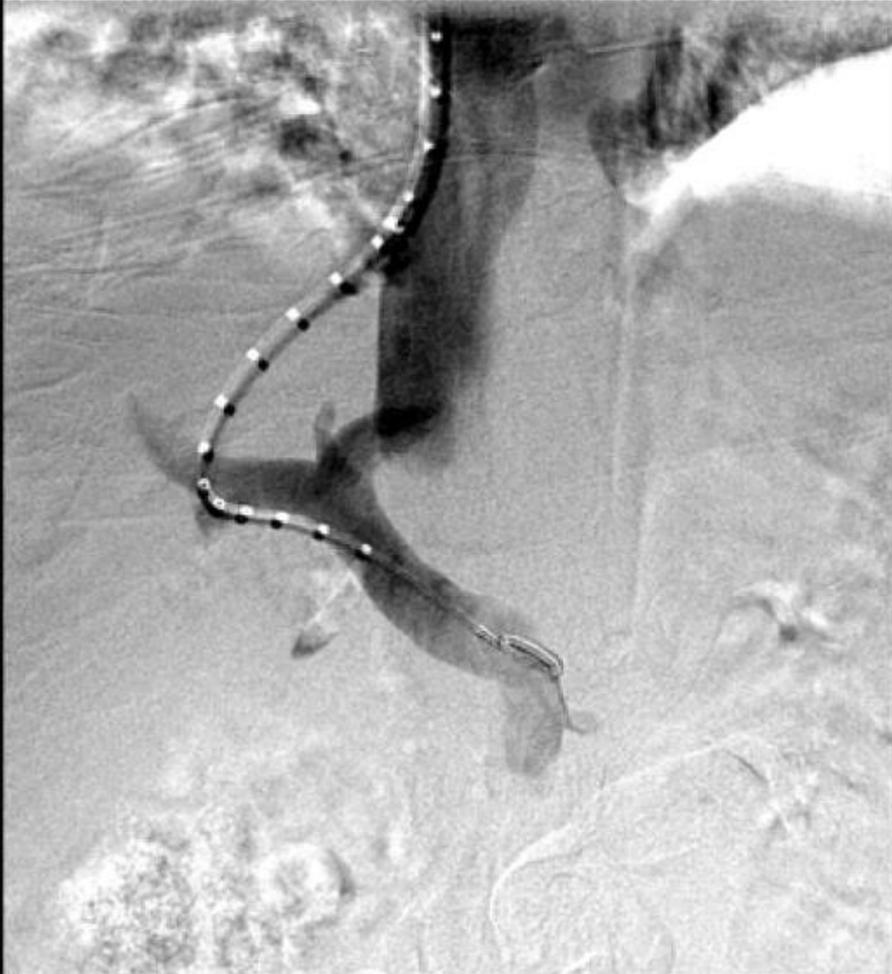


DG:21 / 10.0k / F:469





# TIP(S)S : transjugular intrahepatic portosystemic shunt



# Définition

- Traitement de l'hypertension portale, via la création d'une communication directe entre une branche d'une veine sushépatique et une branche de la veine porte, permettant à une partie du flux porte de contourner le foie
- Le gradient portosystémique visé après la procédure est de  $< 12$  mmHg

# Le rôle du radiologue :

- Mise en place du TIPPS

- Contrôle du TIPPS

- En post procédure
- Suivi rapproché
- Contrôle à distance

- Reprise du TIPPS

# En pratique

« contrôle d'un TIPPS »

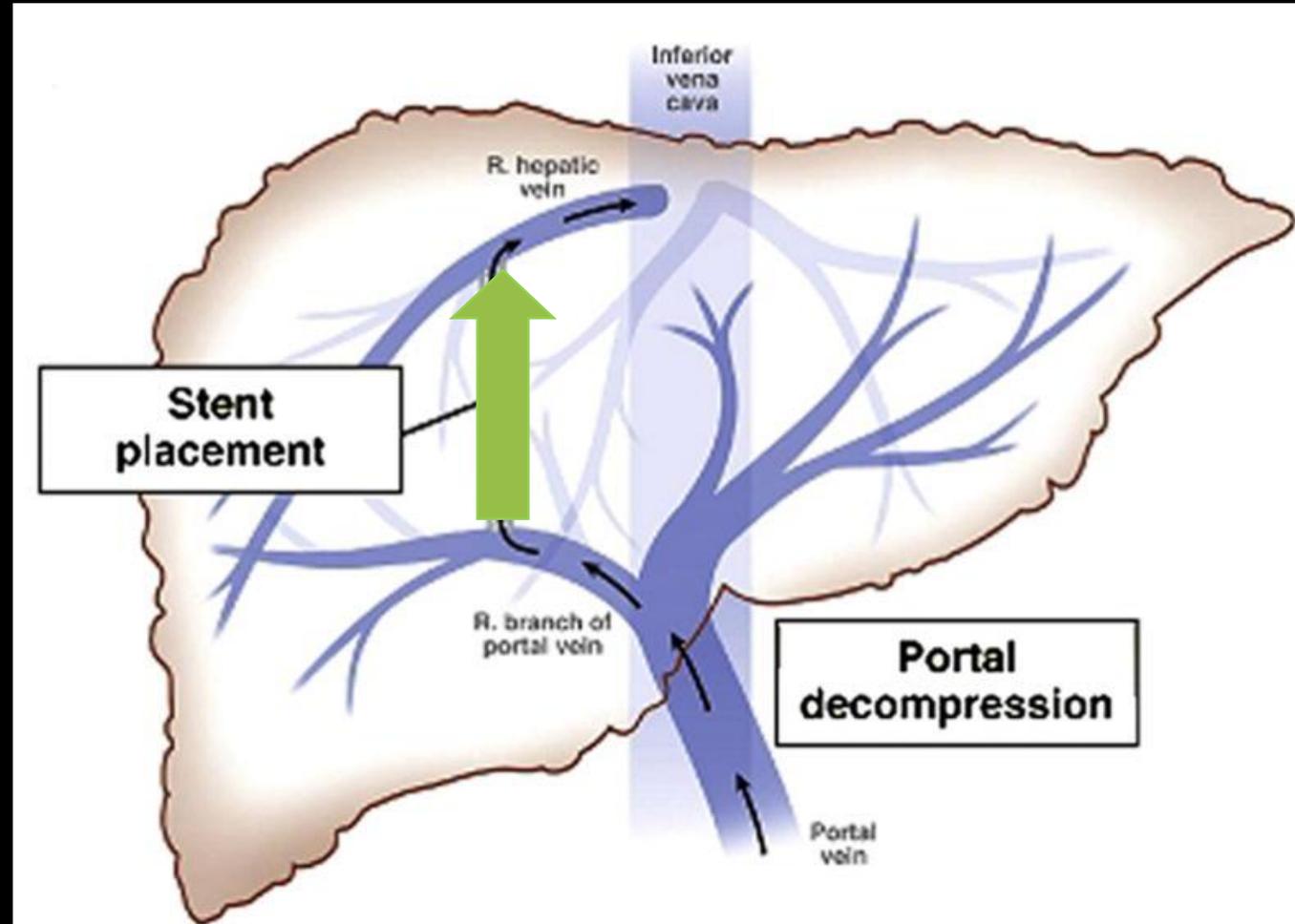
1. Vérifier les examens précédents/examens pré TIPPS
2. Echographie doppler hépatique classique + évaluation du TIPPS



Critères de  
fonctionnement/dysfonctionnement

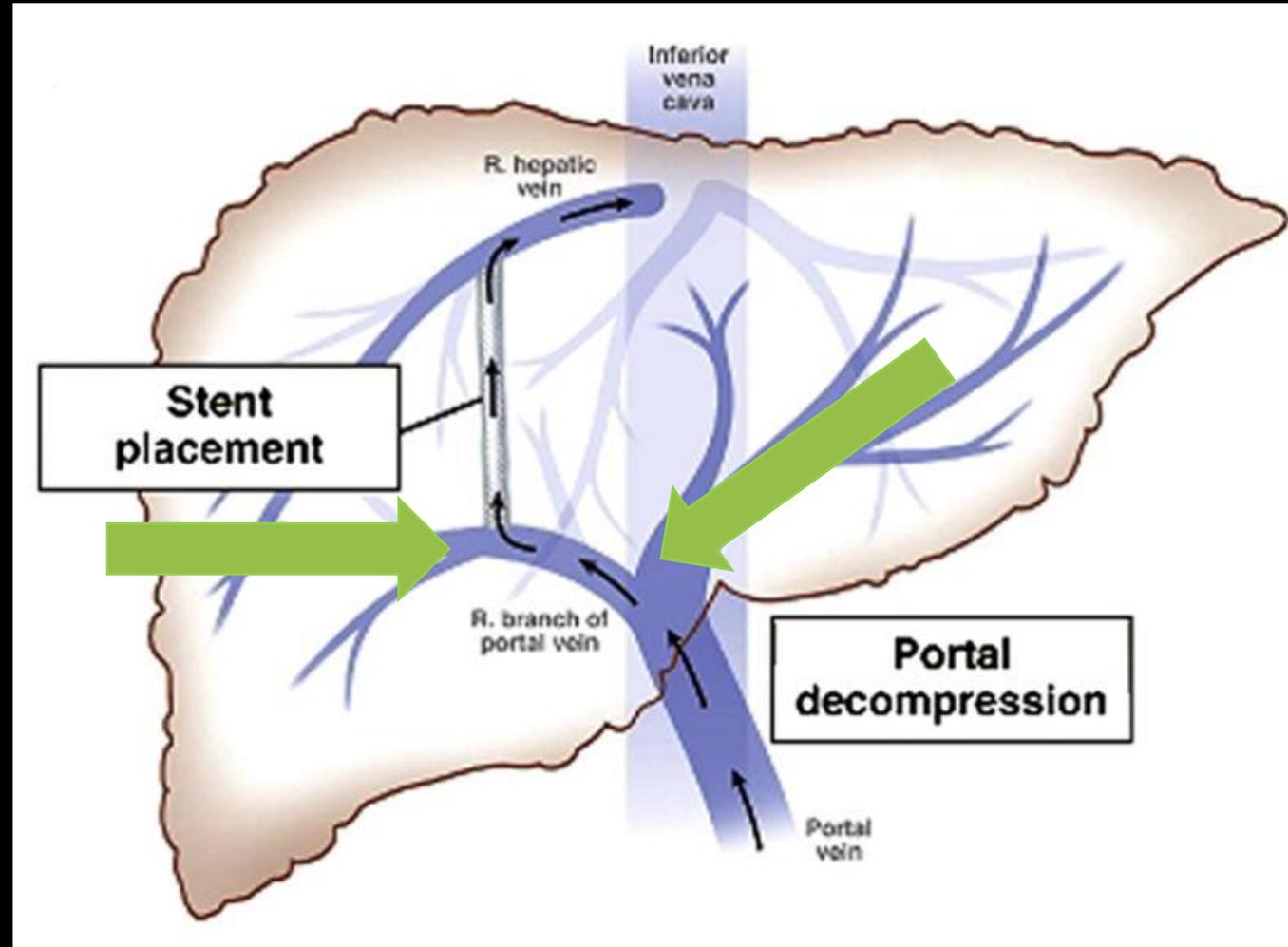
# Critères de fonctionnement

- Stent perméable
  - Trajet incurvé (PAS kinké)
  - Calibre uniforme
  - Pas d'anomalie en mode B



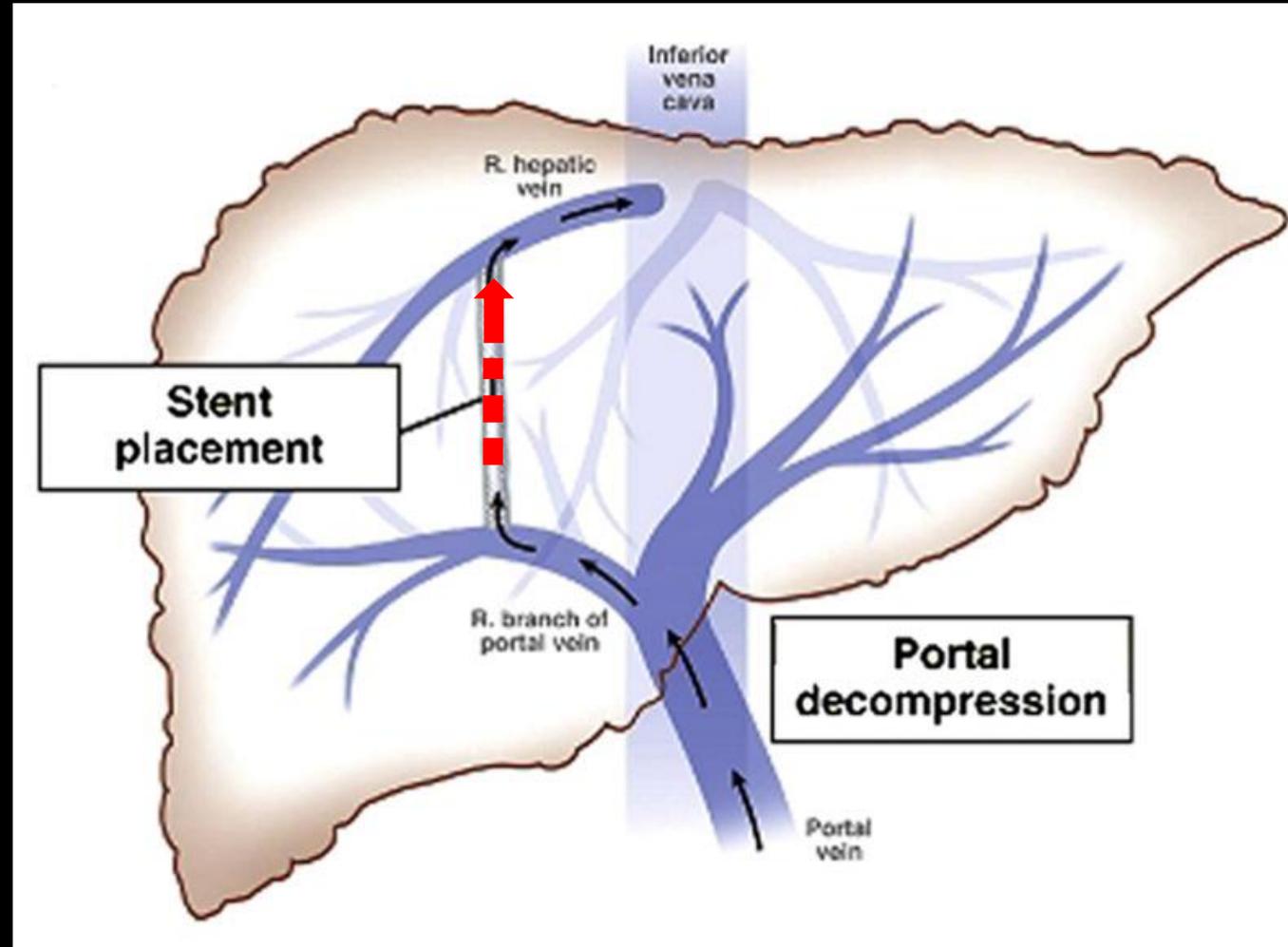
# Critères de fonctionnement

- Flux portale (en partie) dirigé vers le TIPPS
  - Au moins une des 2 branches (Drt > Gch)
  - Stable dans le temps !



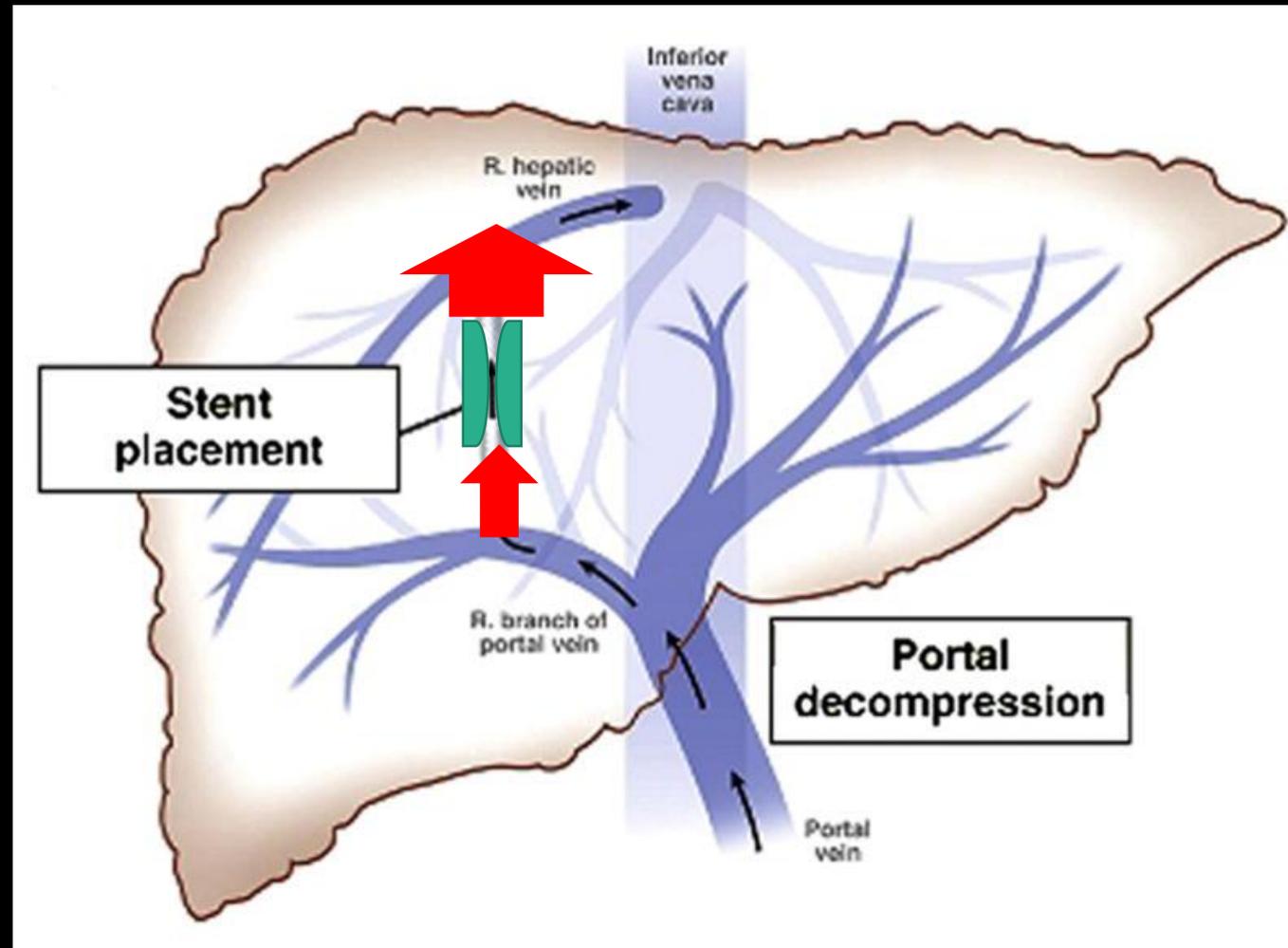
# Critères de dysfonctionnement

- Vitesses pathologiques
  - $< 50$  cm/s



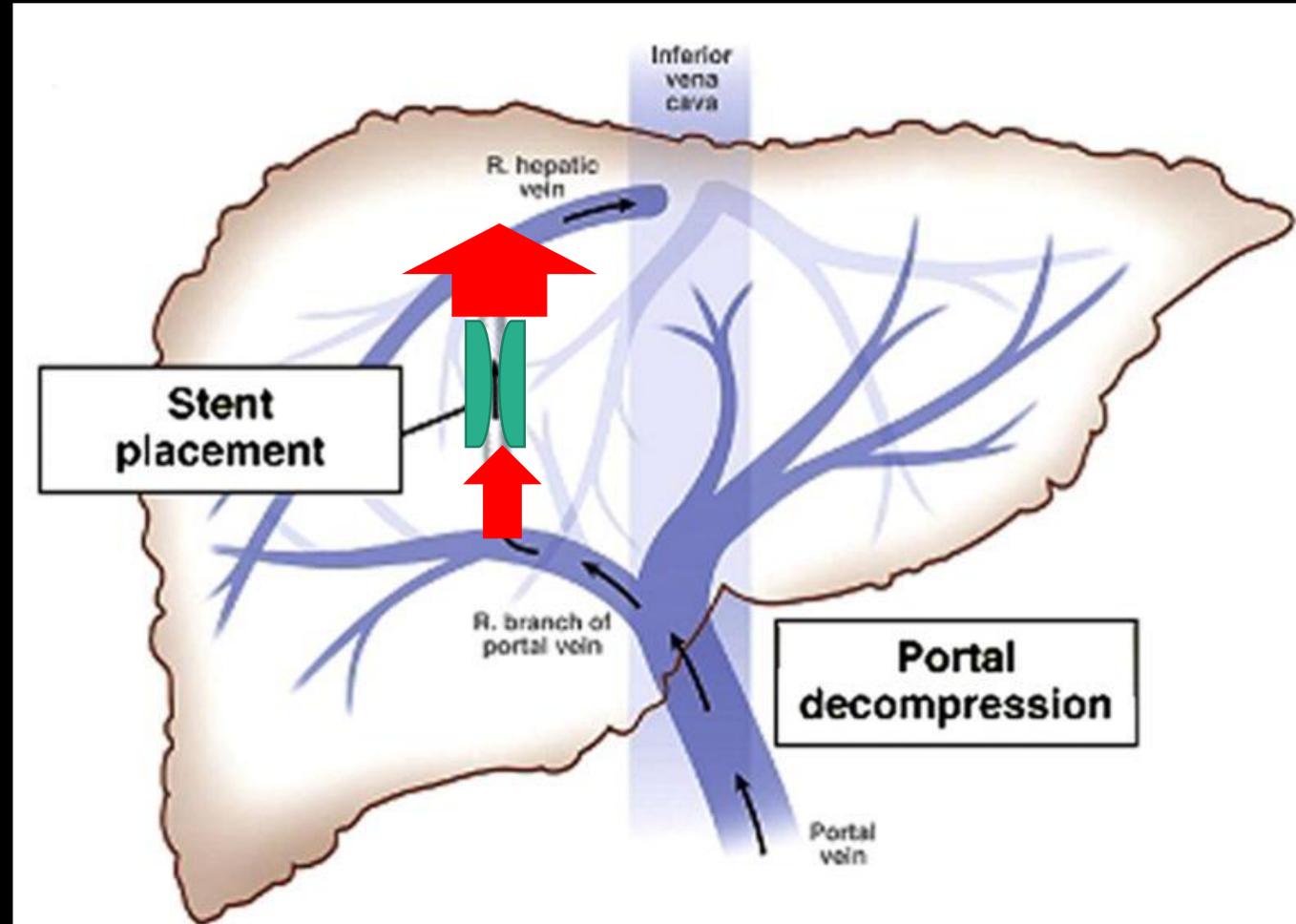
# Critères de dysfonctionnement

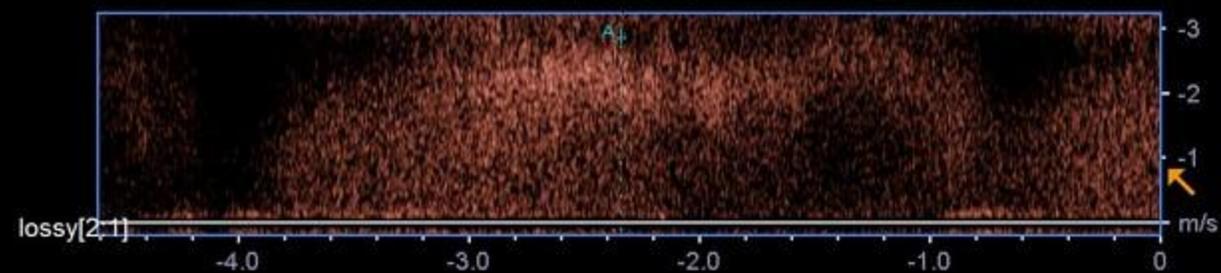
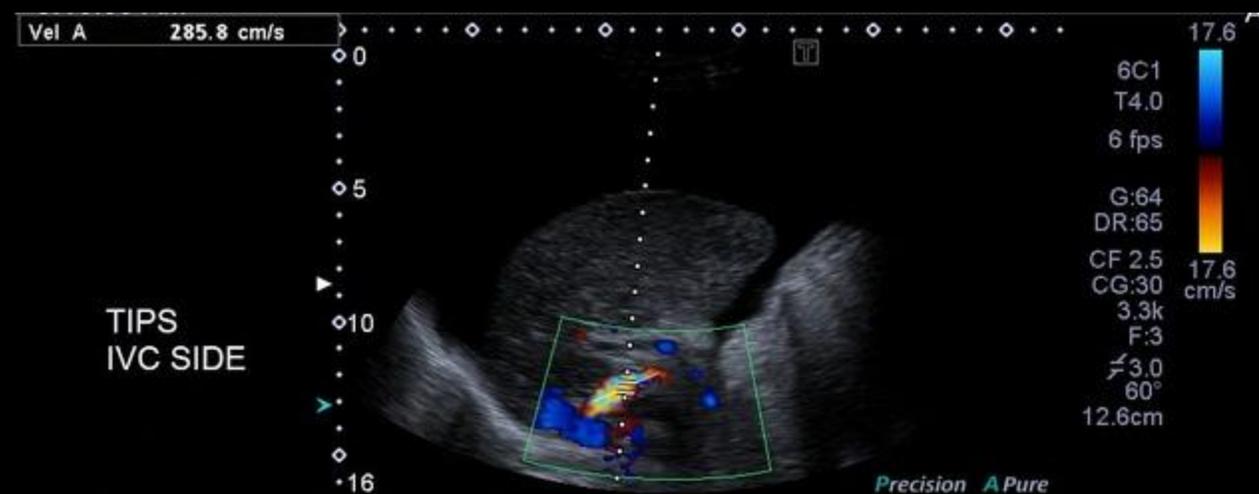
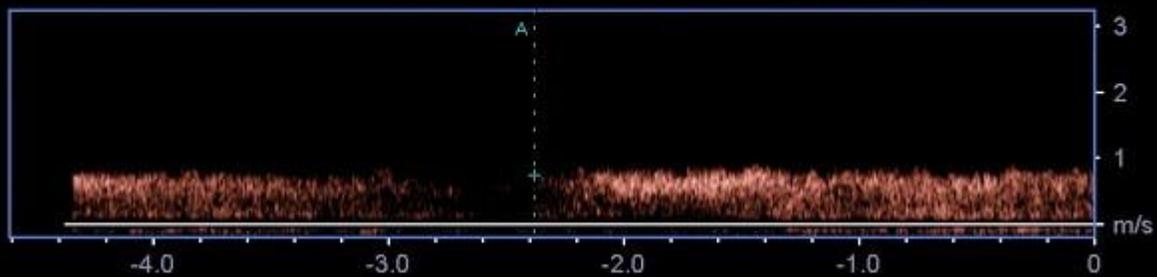
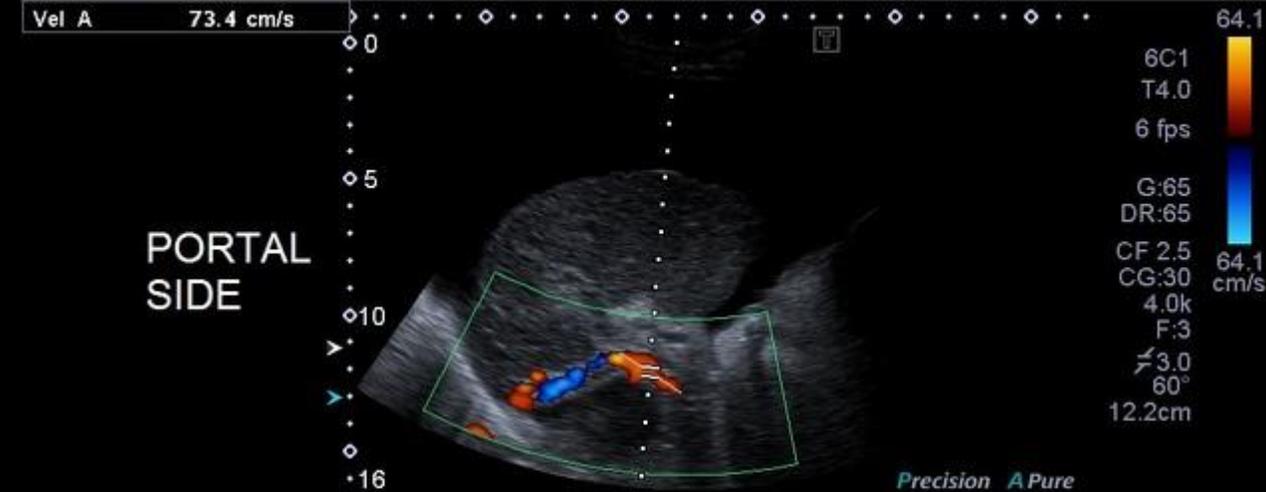
- Vitesses pathologiques
  - **Accélération**
    - Pas de cut off supérieur ( 100...190...250 cm/s)
    - Accélération focale (> 2x V)
    - Aliasing



# Critères de dysfonctionnement

- Vitesses pathologiques
- Modification significative ( $>50$  cm/s) des vitesses % contrôle précédent

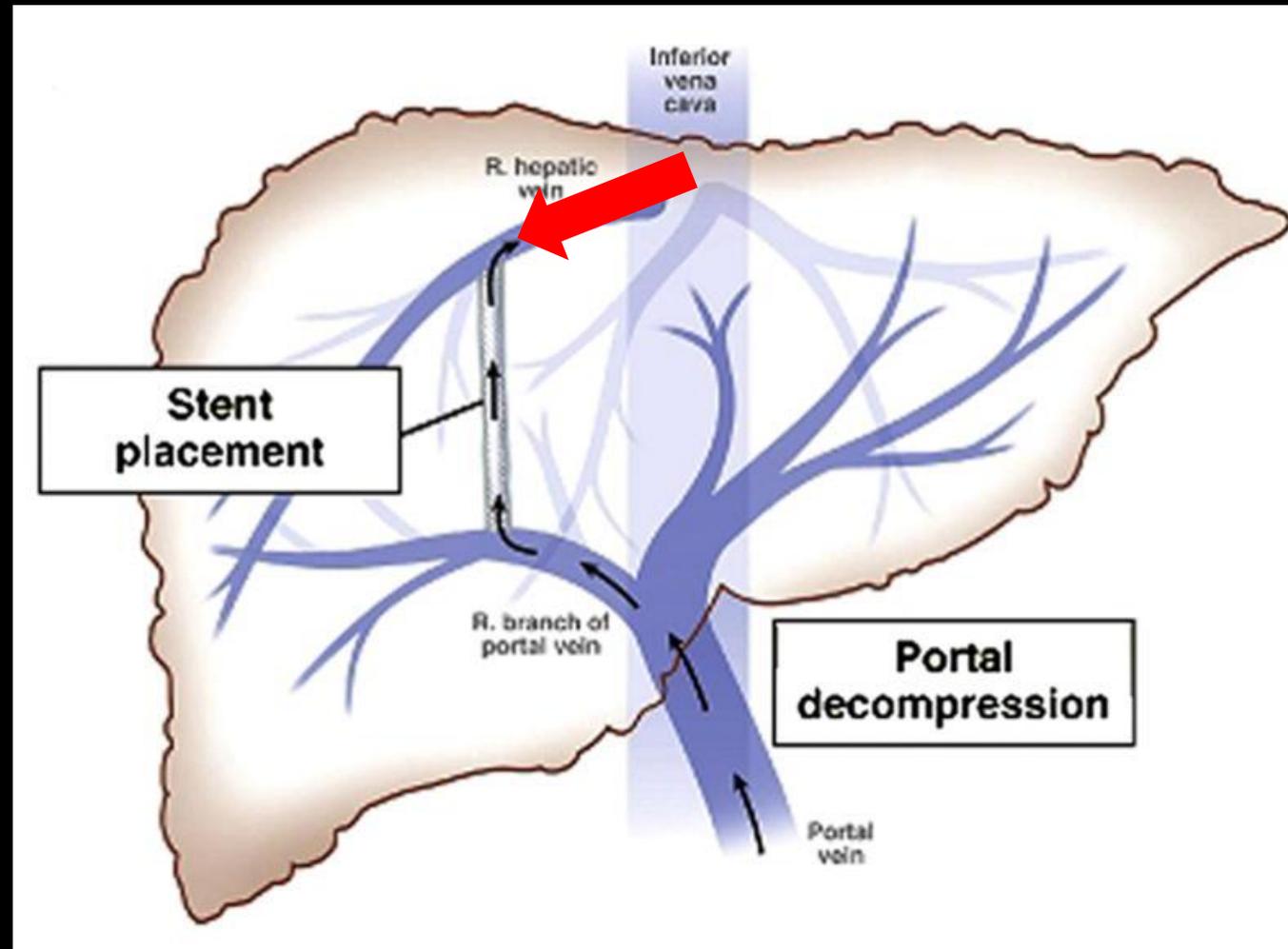




La vitesse dans la portion portal est à 73 cm/s, et dans la portion distale est à 280 cm/s, avec aliasing ( $> \times 2$ )  $\rightarrow$  stenose

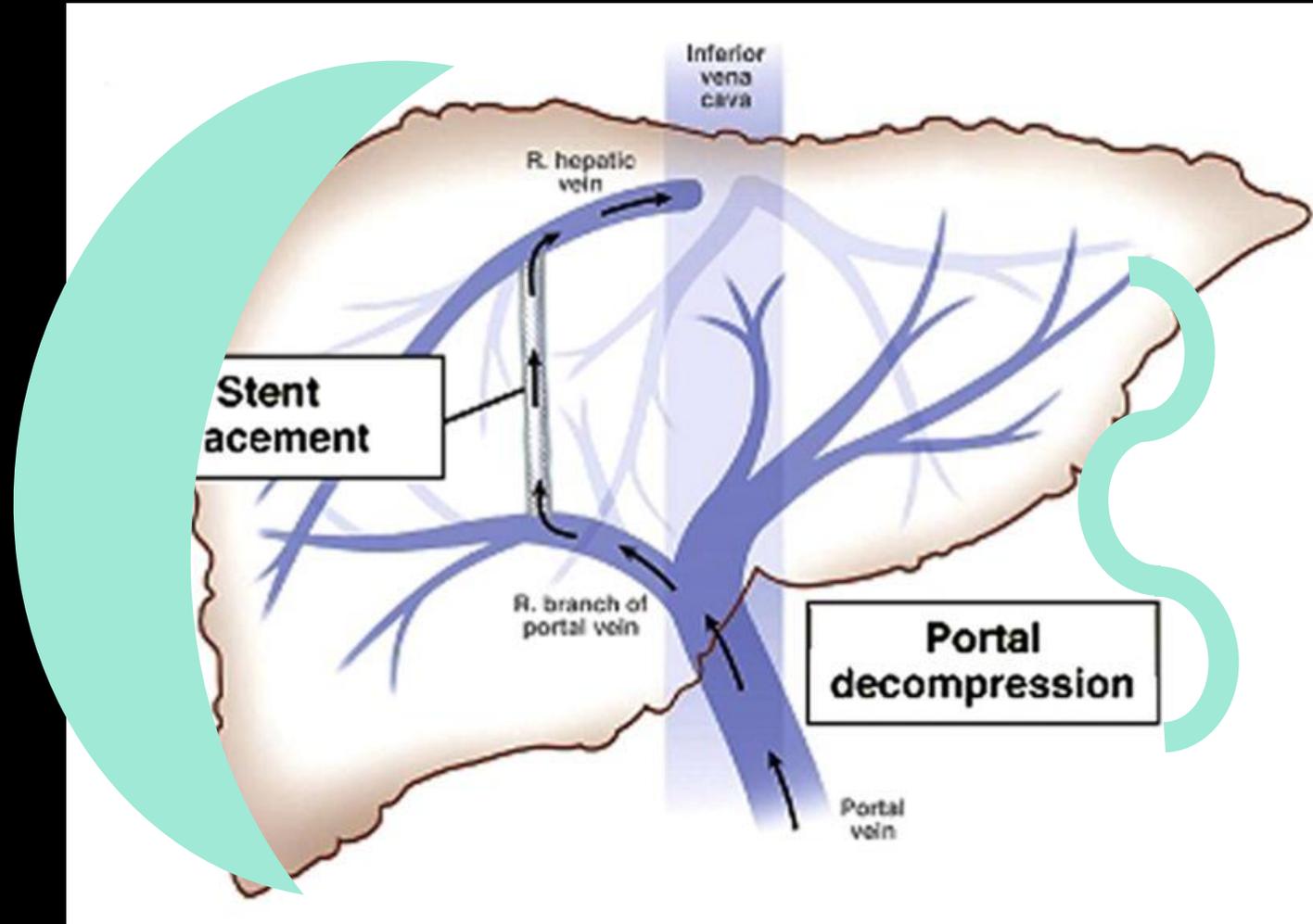
# Critères de dysfonctionnement

- (Reflux au sein de la VSH de drainage) (rare)



# Critères de dysfonctionnement

- Réapparition d'ascite / collatérales / splénomégalie



# Quelques petits points pratiques

- Ne pas se « jeter » sur le TIPPS → echo-doppler hépatique systématique et complet
- Faire très attention à bien « dérouler » le TIPPS en échographie couleur et corriger la mesure de vitesse en fonction de l'angle
- Présence de bulles de gaz dans les jours post placement (trappé dans la porosité du matériel qui couvre le stent) → cône d'ombre durant les premiers jours

# Take home message

- Rester systématique, ne pas se jeter sur le TIPPS
- Pas de limite supérieure pour les vitesses intraTIPPS → rechercher une accélération
- Se référer au premier contrôle et rechercher des modifications (inversion d'une branche porte, ascite, ...)
- Absence de flux visible les premiers jours → différer le premier contrôle

# Références

- Patidar KR, Sydnor M, Sanyal AJ. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt. *Clin Liver Dis*. 2014;18(4):853-876. doi:10.1016/j.cld.2014.07.006
- <https://radiologykey.com/transjugular-intrahepatic-portosystemic-shunt-tips/>
- <https://radiopaedia.org/articles/tips-evaluation>
- Danse, Etienne. (2017). Echographie abdominale de l'adulte, Sauramps Eds