|  |
| --- |
| **QUESTIONNAIRE :****Transplantation hépatique orthotopique avec hémitransposition cavo-porte ou réno-porte pour thrombose extensive veineuse splanchnique.** **Analyse du registre français des greffes. Résultats et recherche de facteurs pronostiques de survie.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Centre participant**: **Numéro CRISTAL du patient** **:**       | **Date du recueil de données** (JJ/MM/AAAA) :       |
| 1. **PATIENT**
 |
| * **Civilité :**

NOM :       Prénom :     Sexe : [ ] Femme [ ] Homme Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :       Âge :  Groupe sanguin :      Poids (kg) :      Taille (cm) :      BMI(kg/m2) :      *(Au moment de la transplantation)** **Terrain :**

|  |  |
| --- | --- |
| * Tabac :

🡪 Si oui, nombre de paquet année (PA):       * Alcool :
* HTA :
* Dyslipidémie :
* Diabète :
 | [ ] Oui [ ] Non[ ] Oui [ ] Non[ ] Oui [ ] Non[ ] Oui [ ] Non[ ] Oui [ ] Non |

* **Antécédents de chirurgie abdominale :**[ ] Oui [ ] Non

 🡪 Si oui, précisez :     * **Antécédents de maladie thrombogène:**[ ] Oui [ ] Non

🡪 Si oui, précisez :     * **Antécédents cardio-vasculaire:**[ ] Oui [ ] Non

🡪 Si oui, précisez :      |
| 1. **PATHOLOGIE**
 |
| * **Indication de la transplantation hépatique**:

 🡪 Si Autre, précisez :      * **Cirrhose**: [ ] Oui [ ] Non

🡪 Si oui, précisez :  - la(les) cause(s): [ ] Alcoolique [ ] Métabolique [ ] Virale [ ] Autre, précisez :       - les scores suivants : MELD :   CHILD-PUGH :* **Statut Sérologique du receveur :**

|  |  |
| --- | --- |
| * CMV :
* VIH :
* Hépatite B :
* Hépatite C :
* Hépatite A :
* Hépatite E :
* Hépatite D :
* Toxoplasmose :
* Aspergillose :
* Syphilis :
* Tuberculose :
 | [ ] + [ ] -[ ] + [ ] -[ ] + [ ] -[ ] + [ ] -[ ] + [ ] -[ ] + [ ] -[ ] + [ ] -[ ] + [ ] -[ ] + [ ] -[ ] + [ ] -[ ] + [ ] - |

* **Complications de l’hypertension portale pré-opératoire :**

 [ ] Aucune [ ] Hémorragie - précisez :      - nombre d’hémorragie pré-opératoire :  - prise en charge thérapeutique : [ ] TIPS [ ] Chirurgie :  Si autre, précisez :       [ ] Sclérose ou ligature [ ] Autre, précisez :      [ ] Ascite [ ] Encéphalopathie hépatique, précisez le stade :  [ ] Splénomégalie [ ] Thrombopénie * **Ancienneté de la thrombose splanchnique**au moment de l’inscription sur liste de transplantation hépatique (en mois) :
* **Présence de dérivation porto-systémiques spontannées :** [ ] Oui [ ] Non

🡪 Si oui, précisez : [ ] Spléno-rénale [ ] Dérivations péri-œsophagiennes [ ] Dérivations gastriques [ ] Reperméabilisation de la veine ombilicale [ ] Reperméabilisation des veines épigastriques [ ] Autre, précisez :     * **Statut lors de la transplantation hépatique :**
* **Etat général lors de la transplantation hépatique :**

 **-** Performance status : **-** Complications de la cirrhose : [ ] Ascite [ ] infection de liquide d’ascite [ ] Dénutrition [ ] Ictère [ ] Syndrome hépato-rénal [ ] Syndrome hépato-pulmonaire [ ] Carcinome hépatocellulaire* **Anti-coagulation pré-opératoire :** [ ] Oui [ ] Non

 [ ] HBPM [ ] AVK [ ] Autre, précisez :     * **Date d’inscription en liste d’attente** (JJ/MM/AAAA) :
* **Complication pendant l’attente**: [ ] Oui [ ] Non

 Si oui, précisez :      * **Si transplantation pour CHC, traitement d’attente :** [ ] Oui [ ] Non

🡪 Si oui, précisez :      * **Biologie pré-opératoire :** *(Dernier bilan avant la transplantation)*
	+ - ASAT (UI/L) :
		- ALAT (UI/L) :
		- GGT (UI/L) :
		- PAL (UI/L) :
		- Bilirubine :

- totale (µmol/L) :      - conjuguée (µmol/L) :      - libre (µmol/L) :      * + - Créatinine (mmol/L) :
		- Albumine (g/L) :
		- Facteur V (%) :
		- INR :
		- TP (%) :
		- Hb (g/dL) :

  |
| 1. **GREFFON**
 |
| * **Âge du greffon**:       **Poids du greffon** :
* **Groupe sanguin du donneur:**
* **Type de prélèvement**:

 🡪 Si autre, précisez :      * **Type de greffon :**

**[ ]** Total[ ] Droit[ ] Gauche* **Variation anatomique artérielle :**

 [ ] Vascularisation modale [ ] Artère hépatique droite (AHD) [ ] Artère hépatique gauche (AHG) [ ] AHD + AHG [ ] Autre, précisez :      * **Durée d’ischémie froide** (min) :
* **Greffon marginal**: [ ] Oui [ ] Non

 🡪 Si Oui, précisez : [ ] Âge du donneur >65ans [ ] Séjour en réanimation >7jours [ ] IMC > 30kg/m2 [ ] Natrémie > 155mmol/L [ ] ASAT > 150 UI/L [ ] ALAT > 170 UI/L [ ] Arrêt cardio-respiratoire récupéré avant le prélèvement [ ] Stéatose macrovésiculaire (prouvée histologiquement) > 30% [ ] Greffon avec fracture hépatique [ ] Greffon issu d’un prélèvement à cœur arrêté (Maastritch III) [ ] Autre, précisez :      * **Statut Sérologique du donneur** :

|  |  |
| --- | --- |
| * CMV :
* VIH :
* Hépatite B :
* Hépatite C :
* Hépatite A :
* Hépatite E :
* Hépatite D :
* Toxoplasmose :
* Aspergillose :
* Syphilis :
* Tuberculose :
 | [ ] + [ ] -[ ] + [ ] -[ ] + [ ] -[ ] + [ ] -[ ] + [ ] -[ ] + [ ] -[ ] + [ ] -[ ] + [ ] -[ ] + [ ] -[ ] + [ ] -[ ] + [ ] - |

 |
| 1. **TRANSPLANTATION HEPATIQUE**
 |
| * **Date de la transplantation hépatique** (JJ/MM/AAAA) :
* **Type d’hémitransposition :**
* **Si hémitransposition cavo-porte, type de fermeture de la VCI en aval de l’implantation porte :**

 [ ] Ligature  [ ] Agrafage* **Remplacement cave :** [ ] Oui [ ] Non
* **Ligature de shunt spontanés porto-systémiques :** [ ] Oui [ ] Non

 🡪 Si oui, précisez :      * **Splénectomie :** [ ] Oui [ ] Non
* **Transfusion per-opératoire :** [ ] Oui [ ] Non

🡪 Si oui, précisez le nombre : [ ] CGR :      [ ] PFC :      [ ] Pool plaquettaire :     * **Durée de l’intervention** (min) :
 |
|  |
| 1. **PERIODE POST-OPERATOIRE (J0 – J90)**
 |
| * **Biologie**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **J1** | **J2** | **J3** | **J4** | **J5** | **J6** | **J7** | **A la sortie** |
| Lactates (mmol/L) |       |       |       |       |       |       |       |       |
| ASAT (UI/L)  |       |       |       |       |       |       |       |       |
| ALAT (UI/L)  |       |       |       |       |       |       |       |       |
| PAL (UI/L)  |       |       |       |       |       |       |       |       |
| GGT (UI/L)  |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Bilirubine totale (µmol/L) |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Bilirubine conjuguée (µmol/L) |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Bilirubine libre (µmol/L)  |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Créatinine (mmol/L)  |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Albumine (g/L) |       |       |       |       |       |       |       |       |
| TP (%)  |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Facteur V (%) |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Hb (g/dL)  |       |       |       |       |       |       |       |       |

* **Perméabilité vasculaire (Echo-doppler ou scanner):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **J1** | **J7** |
| Veine cave | [ ] Normale[ ] Thrombose [ ]  Sténose | [ ] Normale[ ] Thrombose [ ]  Sténose |
| Veine porte du greffon | [ ] Normale[ ] Thrombose [ ]  Sténose | [ ] Normale[ ] Thrombose [ ]  Sténose |
| Artère du greffon | [ ] Normale[ ] Thrombose [ ]  Sténose | [ ] Normale[ ] Thrombose [ ]  Sténose |

* **Immunosuppression :**

|  |  |
| --- | --- |
| **J1** | **A la sortie** |
| [ ] Tacrolimus, PROGRAF[ ] Tacrolimus, ADVAGRAF[ ] Mycophénolate Mofétil, CELLCEPT[ ] Basiliximab, SIMULECT[ ] Corticoïdes[ ] Ciclosporine, NEORAL[ ] Evérolimus, CERTICAN[ ] Autre, précisez :       | [ ] Tacrolimus, PROGRAF[ ] Tacrolimus, ADVAGRAF[ ] Mycophénolate Mofétil, CELLCEPT[ ] Basiliximab, SIMULECT[ ] Corticoïdes[ ] Ciclosporine, NEORAL[ ] Evérolimus, CERTICAN[ ] Autre, précisez :       |

 🡪 Si changement d’immunosuppresseurs au cours de l’hospitalisation, précisez la cause :      * **Anticoagulants**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Au cours de l’hospitalisation** | **A la sortie** |
| [ ] Oui[ ] Non🡪 Si Oui, précisez : - le type :       - l’indication :       | [ ] Oui[ ] Non🡪 Si Oui, précisez : - le type :       - l’indication :       |

* **Complications post-opératoires (J0 – J90)**:[ ] Oui [ ] Non

**🡪 Si oui, précisez le type de complication :**[ ]  **Complication en lien avec les anastomoses vasculaires :**  [ ] Artère hépatique : [ ] Thrombose de l’artère hépatique [ ] Sténose de l’artère hépatique [ ] Autre, précisez :       🡪 Précisez la prise en charge thérapeutique :       [ ] Anastomose cavo-porte ou réno-porte :  [ ] Thrombose  [ ] Sténose  [ ] Autre, précisez :       🡪 Précisez la prise en charge thérapeutique :       [ ] Anastomose cavo-cave :  [ ] Thrombose  [ ] Sténose  [ ] Autre, précisez :       🡪 Précisez la prise en charge thérapeutique :      [ ] **Complication en lien avec l’anastomose biliaire :** [ ] Sténose biliaire, précisez la prise en charge :       [ ] Biliome, précisez la prise en charge thérapeutique :       [ ] Autre, précisez :      **[ ] Complication en lien avec le greffon :** [ ] Non fonction primaire [ ] Retard à la reprise de fonction [ ] Rejet aigüe, précisez : - le délai de survenu (J post-op) :      - la prise en charge :      [ ] Autre, précisez :      [ ] **Complication en lien avec l’hypertension portale :** [ ] Ascite, précisez la prise en charge :       [ ] Hémorragie, précisez : - la localisation du saignement :       - la prise en charge :       [ ] Encéphalopathie hépatique, précisez la prise en charge :       [ ] Thrombose veineuse, précisez la localisation :       [ ] Autre, précisez :      [ ]  **Complication en lien avec les immunosuppresseurs (IS) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de complications** | **IS suspecté** | **Prise en charge** |
| [ ] Neurotoxicité |       | [ ] Diminution de dose [ ] Arrêt[ ] Switch pour un autre IS, précisez :       |
| [ ] Néphrotoxicité |       | [ ] Diminution de dose [ ] Arrêt[ ] Switch pour un autre IS, précisez :       |
| [ ] Diabète |       | [ ] Diminution de dose [ ] Arrêt[ ] Switch pour un autre IS, précisez :       |
| [ ] Leucopénie |       | [ ] Diminution de dose [ ] Arrêt [ ] Switch pour un autre IS, précisez :       |
| [ ] Thrombopénie |       | [ ] Diminution de dose [ ] Arrêt[ ] Switch pour un autre IS, précisez :       |
| [ ] Autre, précisez :       |       | [ ] Diminution de dose [ ] Arrêt[ ] Switch pour un autre IS, précisez :       |

[ ] **Complication infectieuse**, précisez le type d’infection et la prise en charge à chaque fois :      [ ] **Complication rénale :** [ ]  Insuffisance rénale aigüe fonctionnelle [ ]  Insuffisance rénale aigüe organique [ ] Dialyse post-opératoire [ ] Autre, précisez :      [ ] **Complication cardio-vasculaire** [ ] Décompensation cardiaque, précisez :       [ ] Thrombose veineuse profonde, précisez :       [ ] Accident vasculaire cérébral, précisez :       [ ] Autre, précisez : [ ] [ ] **Complication pulmonaire :** [ ] Détresse respiratoire aigüe [ ] Œdème aigüe pulmonaire [ ] Embolie pulmonaire [ ] Pneumopathie, précisez :       [ ] Autre, précisez :      [ ] **Complication pariétale :** [ ] Eviscération [ ] Abcès de paroi [ ] Désunion cicatricielle [ ] Autre, précisez :       [ ] **Décès <90J**, précisez la cause :      [ ] **Autres complications**, précisez :      * **Au total, complications selon Clavien et Dindo :**[ ] Oui [ ] Non

Si oui, précisez le stade : * **Transfusion post-opératoire :** [ ] Oui [ ] Non

🡪 Si oui, précisez : [ ] CGR (nombre) :       [ ] PFC (nombre) :       [ ] Pool plaquettaire (nombre) :      * **Reprise chirurgicale (<J90) :** [ ] Oui [ ] Non

🡪 Si oui, précisez : - le délai de la reprise (J) :       - Le motif de la reprise :      * **Retransplantation hépatique :** [ ] Oui [ ] Non

🡪 Si oui, précisez : - l’indication :       - les suites opératoires :       - la date (JJ/MM/AAAA) :      * **Durée d’hospitalisation initiale (J) :**
* **Sortie :**

🡪 Si autre, précisez :      * **Réhospitalisation dans les 90 premiers jours post-opératoires :** [ ] Oui [ ] Non

🡪 Si oui, précisez : - le motif :       - la prise en charge :       - l’évolution :       - la durée d’hospitalisation :      * **Commentaires éventuels :**
 |
| 1. **SUIVI**
 |
| * **Complications chroniques (>J90) :** **[ ]** Oui [ ] Non

🡪 Si oui, précisez le(s) type(s) de complication : [ ]  **Complication en lien avec les anastomoses vasculaires :**  [ ] Artère hépatique : [ ] Thrombose de l’artère hépatique [ ] Sténose de l’artère hépatique [ ] Autre, précisez :       🡪 Précisez la prise en charge thérapeutique :       [ ] Anastomose cavo-porte ou réno-porte :  [ ] Thrombose  [ ] Sténose  [ ] Cavernome portal [ ] Autre, précisez :       🡪 Précisez la prise en charge thérapeutique :       [ ] Anastomose cavo-cave :  [ ] Thrombose  [ ] Sténose  [ ] Autre, précisez :       🡪 Précisez la prise en charge thérapeutique :      [ ] **Complication en lien avec l’anastomose biliaire :** [ ] Sténose biliaire, précisez la prise en charge thérapeutique :       [ ] Cholangiopathie portale, précisez la prise en charge :       [ ] Angiocholites, précisez le nombre d’épisodes et la prise en charge:       [ ] Autre, précisez :      **[ ] Complication en lien avec le greffon :** [ ] Rejet chronique, précisez la prise en charge :       [ ] Récidive de la pathologie initiale, précisez :       [ ] Autre, précisez :      [ ] **Complication en lien avec l’hypertension portale :** [ ] Ascite, précisez la prise en charge :       [ ] Hémorragie, précisez : - le nombre d’épisodes :       - la localisation du saignement :       - la prise en charge :       [ ] Encéphalopathie hépatique, précisez la prise en charge :       [ ] Thrombose veineuse, précisez la localisation :       [ ] Autre, précisez :      [ ]  **Complication en lien avec les immunosuppresseurs (IS) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de complications** | **IS suspecté** | **Prise en charge** |
| [ ] Neurotoxicité |       | [ ] Diminution de dose [ ] Arrêt[ ] Switch pour un autre IS, précisez :       |
| [ ] Néphrotoxicité |       | [ ] Diminution de dose [ ] Arrêt[ ] Switch pour un autre IS, précisez :       |
| [ ] Diabète |       | [ ] Diminution de dose [ ] Arrêt[ ] Switch pour un autre IS, précisez :       |
| [ ] Syndrome métabolique |       | [ ] Diminution de dose [ ] Arrêt[ ] Switch pour un autre IS, précisez :       |
| [ ] Leucopénie |       | [ ] Diminution de dose [ ] Arrêt [ ] Switch pour un autre IS, précisez :       |
| [ ] Thrombopénie |       | [ ] Diminution de dose [ ] Arrêt[ ] Switch pour un autre IS, précisez :       |
| [ ] Cancer, précisez :       |       | [ ] Diminution de dose [ ] Arrêt[ ] Switch pour un autre IS, précisez :       |
| [ ] Autre, précisez :       |       | [ ] Diminution de dose [ ] Arrêt[ ] Switch pour un autre IS, précisez :       |

[ ] **Complication infectieuse**, précisez le type d’infection et la prise en charge pour chaque complication infectieuse :      [ ] **Complication rénale :** [ ] Insuffisance rénale chronique [ ] Dialyse post-opératoire [ ] Autre, précisez :      [ ] **Complication pariétale :** [ ] Eventration [ ] Autre, précisez :       [ ] **Autres complications**, précisez :      * **Réintervention (>J90) au cours du suivi**: [ ] Oui [ ] Non

🡪 Si oui, précisez le motif, la date et les suites opératoires pour chaque réintervention :      * **Retransplantation hépatique :** [ ] Oui [ ] Non

🡪 Si oui, précisez : - l’indication :       - les suites opératoires :      * **Patient décédé :** [ ] Oui [ ] Non

🡪 Si oui, précisez la date du décès (JJ/MM/AAAA) :      * **Date de dernières nouvelles** (JJ/MM/AAAA) :

  |