|  |
| --- |
| **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) : | |