



Dr Alexandre Chebaro  
Pr Emmanuel Boleslawski

Service de Chirurgie Digestive et Transplantations, CHU de Lille

## *Passive mesenterico-saphenous shunt: An alternative to portocaval anastomosis for tailored portal decompression during liver transplantation*

**Auteurs :** François Faitot, Pietro Addeo, Camille Besch, Baptiste Michard, Constantin Oncioiu, Bernard Ellero, Marie-Lorraine Woehl-Jaeglé, et Philippe Bachellier

**Journal :** Surgery

**Impact factor :** 3.8



**Type :** Article original. Etude de cohorte rétrospective

**Originalité :**

**Mots clé :** Transplantation hépatique ; Techniques chirurgicales ; Hémodynamique splanchnique

L'anastomose porto-cave (APC) temporaire permet de décompresser le territoire splanchnique lors de l'anhépatie. Ses bénéfices sont clairs en l'absence de shunt spontané. Elle n'est pourtant pas systématiquement réalisée dans tous les centres et sa faisabilité est compromise en cas de thrombose portale. Les auteurs proposent une alternative, le shunt mésentérico-saphène (SMS), et comparent son efficacité à l'APC. Les shunts spontanés étaient recensés et classés selon leur territoire anatomique. Différentes stratégies de décompression splanchnique étaient définies : des stratégies jugées « optimales » (décompression dans le territoire d'un shunt spontané), et d'autres « inefficaces » (décompression en compétition avec un shunt de territoire opposé ou pas de décompression en l'absence de shunt spontané).

Dans une cohorte de 213 patients transplantés inclus sur 4 ans, la pression portale per-opératoire a été mesurée chez 51 patients. Les auteurs observaient une équivalence hémodynamique entre les deux techniques de décompression (APC : n = 20, SMS : n = 31). La décompression splanchnique était moins marquée en présence de shunts spontanés, et on observait une moindre efficacité de l'APC en présence d'un shunt distal (par exemple spléno-rénal, p = 0.006), en comparaison avec un shunt proximal (par exemple gastrique gauche), comme s'il existait une compétition hémodynamique entre la dérivation chirurgicale et le shunt spontané. L'évolution post-opératoire était similaire entre les deux techniques de décompression. En cas de stratégie dite « inefficace », le taux de dysfonction précoce du greffon était significativement plus élevé. Un algorithme est proposé afin de choisir l'option de décompression splanchnique la plus adaptée. Les auteurs concluent en l'efficacité similaire des deux techniques, le SMS présentant l'avantage de ne pas nécessiter de dissection portale et rétro-péritonéale extensive, et d'être réalisable même en cas de thrombose portale.

L'intention initiale de l'APC temporaire était de pallier à l'absence de collatéralité en cas de transplantation pour hépatite fulminante. En présence de shunts porto-systémiques, l'indication et les effets de la décompression splanchnique sont mal connus. Dans un essai randomisé, Figueras et al. ont observé des bénéfices accrus de l'APC chez les receveurs atteints d'hypertension portale sévère. L'objectif principal de l'étude de Faitot et al. — équivalence entre le SMS et l'APC — est atteint sans difficulté, malgré un effectif réel faible (pression portale mesurée chez 51 patients). Cette étude est remarquable par son originalité, son recensement méticuleux des shunts et leur classification pertinente, et la mesure en routine de la pression portale. Elle traite d'un problème vaste et complexe que peu d'auteurs ont osé aborder ces vingt dernières années. Mais l'hypothèse avancée par les auteurs d'une compétition territoriale entre la dérivation chirurgicale et les shunts spontanés mérite d'être discutée. Les auteurs observent une moindre décompression splanchnique en cas de shunt distal. Le résultat est significatif en cas APC mais une tendance existe aussi avec le SMS, alors que celui-ci est pourtant réalisé dans le même territoire anatomique que le shunt distal. La moindre efficacité de la décompression splanchnique en présence d'un shunt distal est peut-être due à une meilleure efficacité hémodynamique des shunts spléno-rénaux plutôt qu'à une compétition territoriale. Par ailleurs, il faut souligner dans cet article que seule la variation (delta) de la pression portale en fonction du type de shunt et du type de décompression était rapportée. Or, la pression portale absolue et le gradient porto-systémique sont tout aussi importants pour estimer l'efficacité des shunts spontanés en fonction de leur territoire et éclairer les différences entre les stratégies proposées. Même en cas de shunts à retentissement hémodynamique significatif, la plupart sont des shunts à haute pression et ne se substituent pas à une décompression chirurgicale. Enfin, l'hétérogénéité des groupes empêche de tirer des conclusions sur l'efficacité des deux types de stratégie.

Les auteurs ont toutefois le mérite de décrire une technique nouvelle, réalisable même en cas de thrombose portale et qui partage avec l'APC son efficacité et son innocuité. Ils apportent également des données utiles pour déterminer les indications idéales de la décompression splanchnique. La proposition d'un algorithme décisionnel nous semble en revanche un peu prématurée en l'absence de données supplémentaires issues d'études prospectives comprenant une étude hémodynamique per-opératoire plus complète.

### Qualités et Défauts :

+ : Nouvelle technique ; Littérature récente pauvre sur le sujet ; Description rationnelle des shunts porto-systémiques spontanés ; Explorations hémodynamiques peropératoires.

- : Effectif réel faible ; Groupes non homogènes ; Données hémodynamiques incomplètement rapportées.

1. Tzakis AG, Reyes J, Nour B, Marino IR, Todo S, Starzl TE. Temporary end to side portocaval shunt in orthotopic hepatic transplantation in humans. Surg Gynecol Obstet. 1993;176:180.

2. Figueras J. Temporary portocaval shunt during liver transplantation with vena cava preservation. Results of a prospective randomized study. Liver Transpl. 2001;7:904-911.

3. Pratschke S, Meimarakis G, Bruns CJ, Kaspar M, Prix N, Zachoval R, et al. Temporary intraoperative porto-caval shunt: Useless or beneficial in piggy back liver transplantation? Transpl Int. 2013;26:90-98.