

Le « By-pass veineux », ou dérivation veineuse, a été décrit dans les années 1990 par plusieurs auteurs Japonais pour les résections de tumeurs pancréatiques envahissant massivement l'axe veineux mésentérico-porte. La classification angiographique de Nakao a décrit le stade Nakao C (encoche bilatérale de l'axe veineux) et le stade Nakao D (obstruction complète avec développement d'une circulation veineuse collatérale de type cavernome portal et péripancréatique. Pour ces deux stades, lors de la duodéno pancréatectomie, il était recommandé de réaliser une dérivation veineuse transitoire pour éviter notamment les hémorragies massives liées à la dissection dans l'hypertension portale et éviter la congestion veineuse de l'intestin durant la dissection péripancréatique. A l'époque, la publication de taux de survie extrêmement faibles (0% à un an) avec un fort taux de résection R2 a conduit à l'abandon de ces techniques. Au cours de la dernière décennie, l'apparition de chimiothérapies efficaces (FOLFIRINOX), administrées en préopératoire, a donné un regain d'intérêt à la chirurgie de ce qu'il est maintenant convenu d'appeler « les cancers du pancréas localement avancés ». La mortalité postopératoire reste cependant élevée (>10-15%), notamment lorsque la résection pancréatique comporte, en plus de la résection veineuse (Nakao CouD), une résection artérielle (Tronc coeliaque, artère mésentérique supérieure). La toxicité hépatique de la chimiothérapie préopératoire doit alors être prise en compte et représente un risque de décompensation hépatique postopératoire. L'utilisation d'une dérivation veineuse transitoire dans ces résections pancréatiques complexes permet d'éviter un temps d'ischémie portale prolongé lors de la dissection péripancréatique, où les collatéralités veineuses réinjectant le tronc porte en aval de la tumeur sont progressivement supprimés avec la conséquence d'un ralentissement ou d'une interruption du flux portal pendant plusieurs heures. Nous rapportons notre expérience d'une dérivation veineuse transitoire mésentérico-porte, utilisant des prothèses vasculaires, au cours des résections pancréatiques pour cancers localement avancés. Cette technique, qui maintient la perfusion portale durant toute l'intervention, permet de réaliser en toute sécurité une résection/reconstruction artérielle associée et également la résection/reconstruction veineuse. Les complications postopératoires s'en trouvent réduites, ce qui tend à légitimer les résections pancréatiques avec résections vasculaires pour cancer localement avancé ayant bien répondu à la chimiothérapie.