



# **GASTRIC BYPASS: TECHNIQUES ET SURVEILLANCE POST-OPERATOIRE**

Journées de DESC de Chirurgie Viscérale, Tours, 18 et 19 juin 2009

C. AUDOUY, CHU de BREST

# Généralités

Gastric bypass ou court-circuit gastrique avec anse Y de Roux.

Laparotomie:

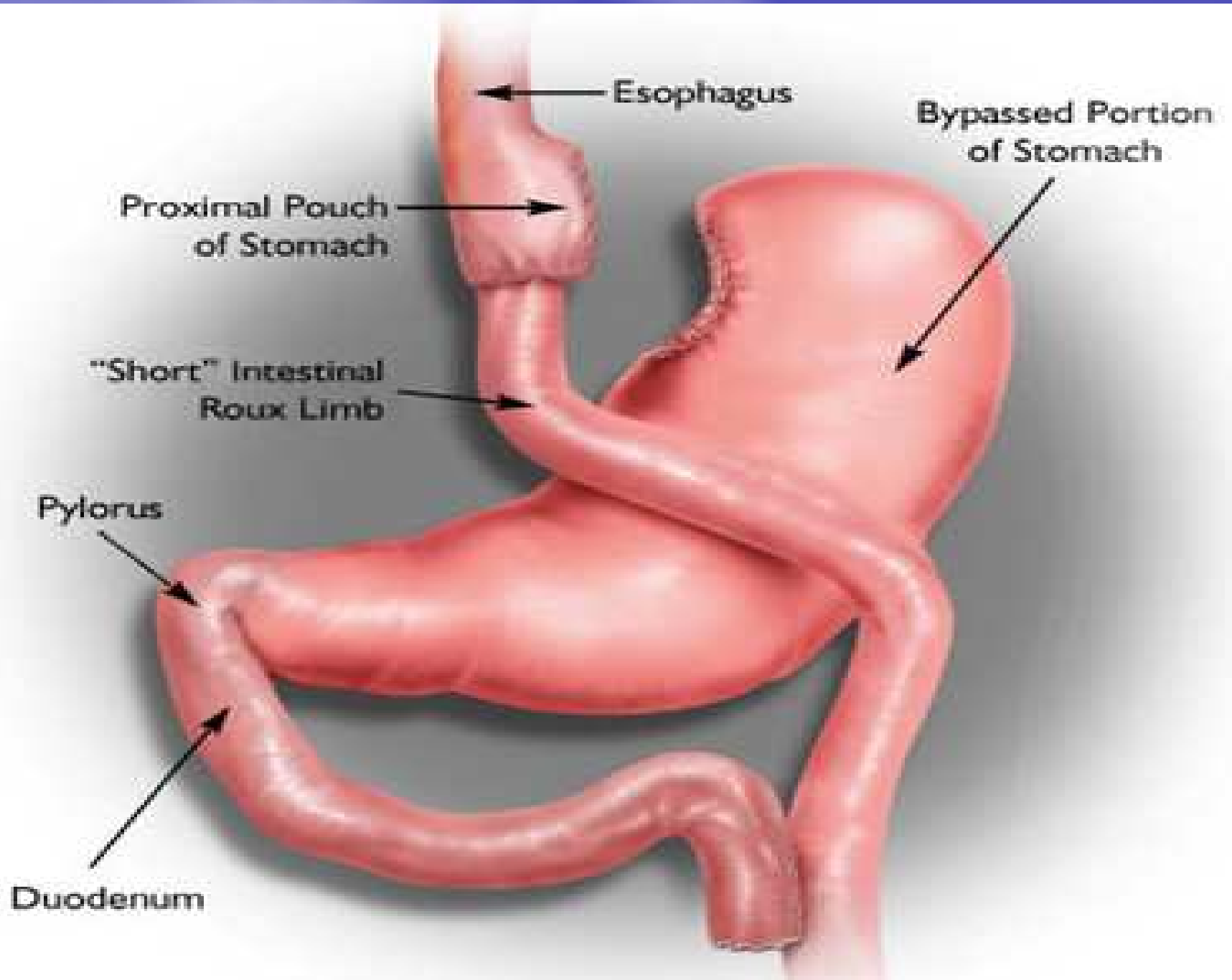
- 1969: Mason, dérivation gastro-jéjunale (anse en omega)
- Griffen: remplacement anse jéjunale par anse de Roux en Y

Laparoscopie

- 1994: Wittgrove et Clark (Etats-Unis)
- 1996: Lönroth (Europe)
  
- Gagner et Higa

# Principe et Physiopathologie

- Technique mixte: restrictive et malabsorptive
- 1/ Création petite poche gastrique proximale: arrivée des aliments.
- 2/ Construction d'une anse en Y
- 3/ Anastomose gastro-jéjunale => court-circuit gastrique
  
- Efficacité se traduit par:
  - Restriction alimentaire (petite poche gastrique)
  - Malabsorption (dépendante de la longueur de l'anse en Y)
  - Dumping syndrome => aversion envers aliments sucrés
  - Anorexie (baisse de sécrétion de ghreline par estomac)

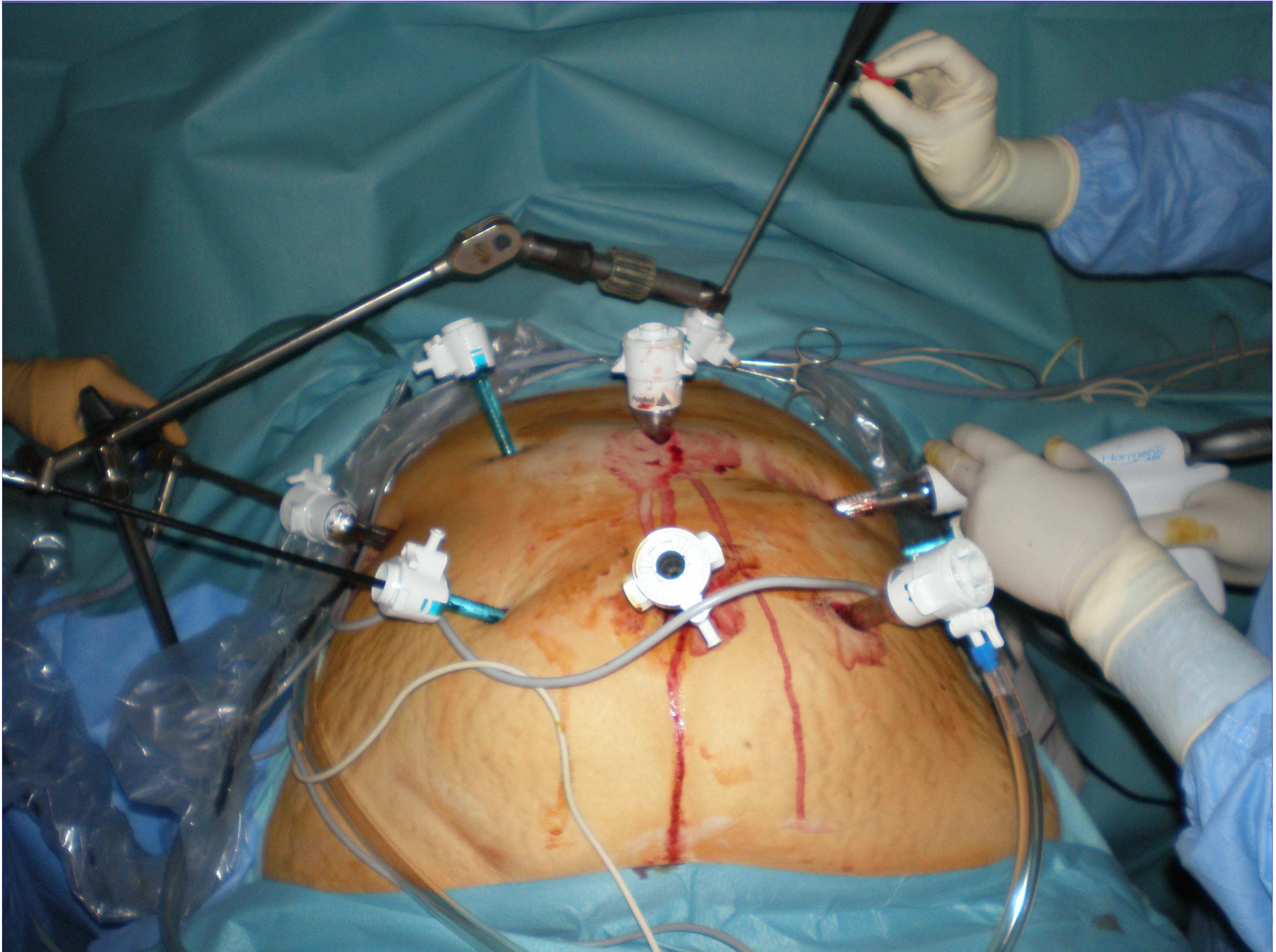


# A/ Techniques chirurgicales

- Laparoscopie=référence
- Wittgrove et Clark:
  - anse en Y montée en transmésocolique,
  - anastomose pied de l'anse: agrafage linéaire,
  - Anastomose gastro-jéjunale: pince circulaire (enclume transorale)
- Variantes: HIGA

# 0/ Installation/Positionnement du patient

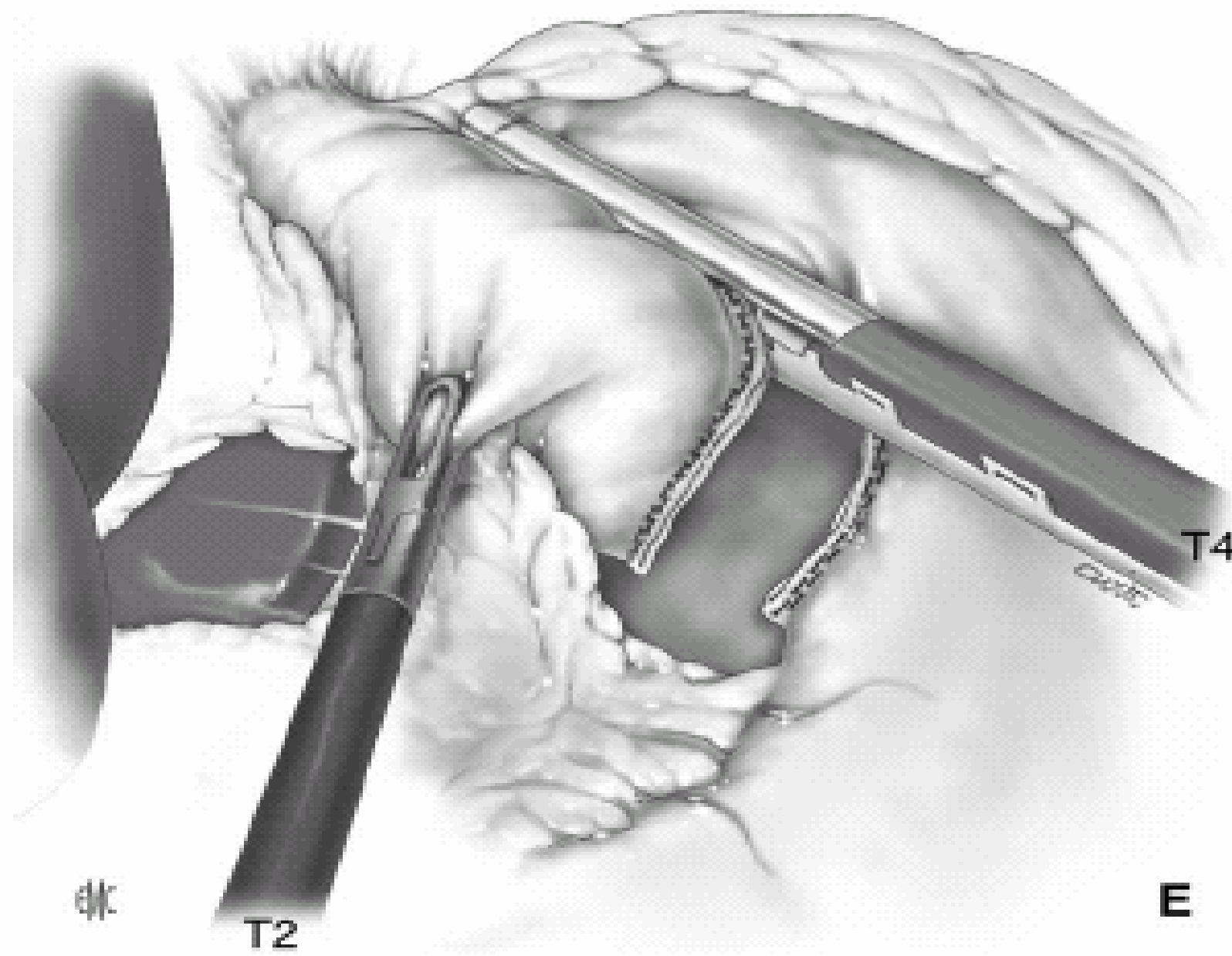
- Installation: table spéciale «obèse », patient assis, Mb < écartés sur jambières, modérément fléchis, protection des zones d'appui
- Pneumopéritoine:
  - Insufflation aiguille de Vérès
  - Pression insufflation maximale 15 mm Hg



# 1/Construction de la poche gastrique

- Dissection hiatus œsophagien, dissection péritoine angle de HIS
- Dissection petite courbure gastrique jusqu'à bourse omentale (ACDE)
- section horizontale 6-7 cm sous le cardia
- Puis verticalement le long du tube de calibrage, jusqu'à angle de His.

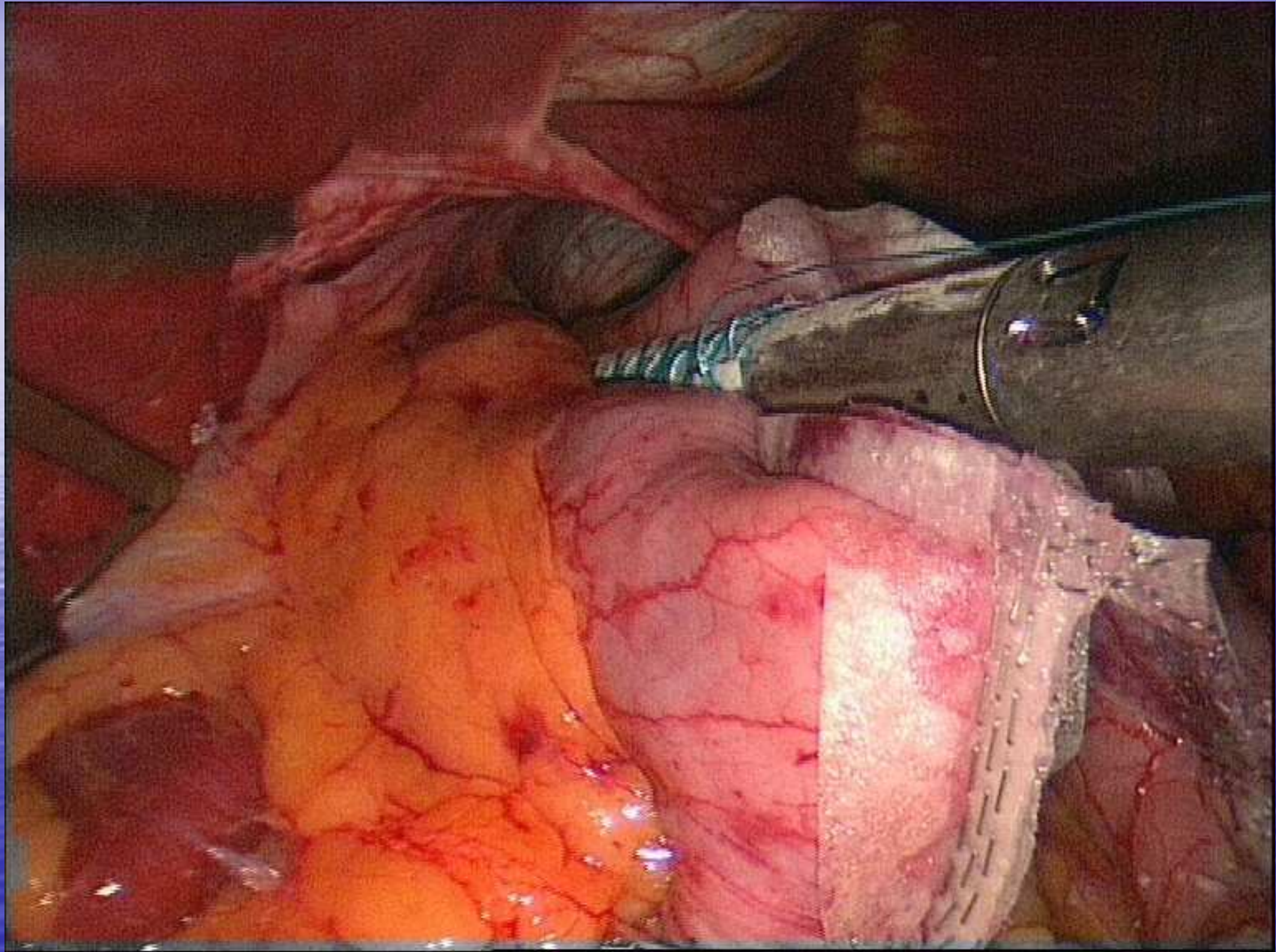
=> Gastroplastie de 20-30mL

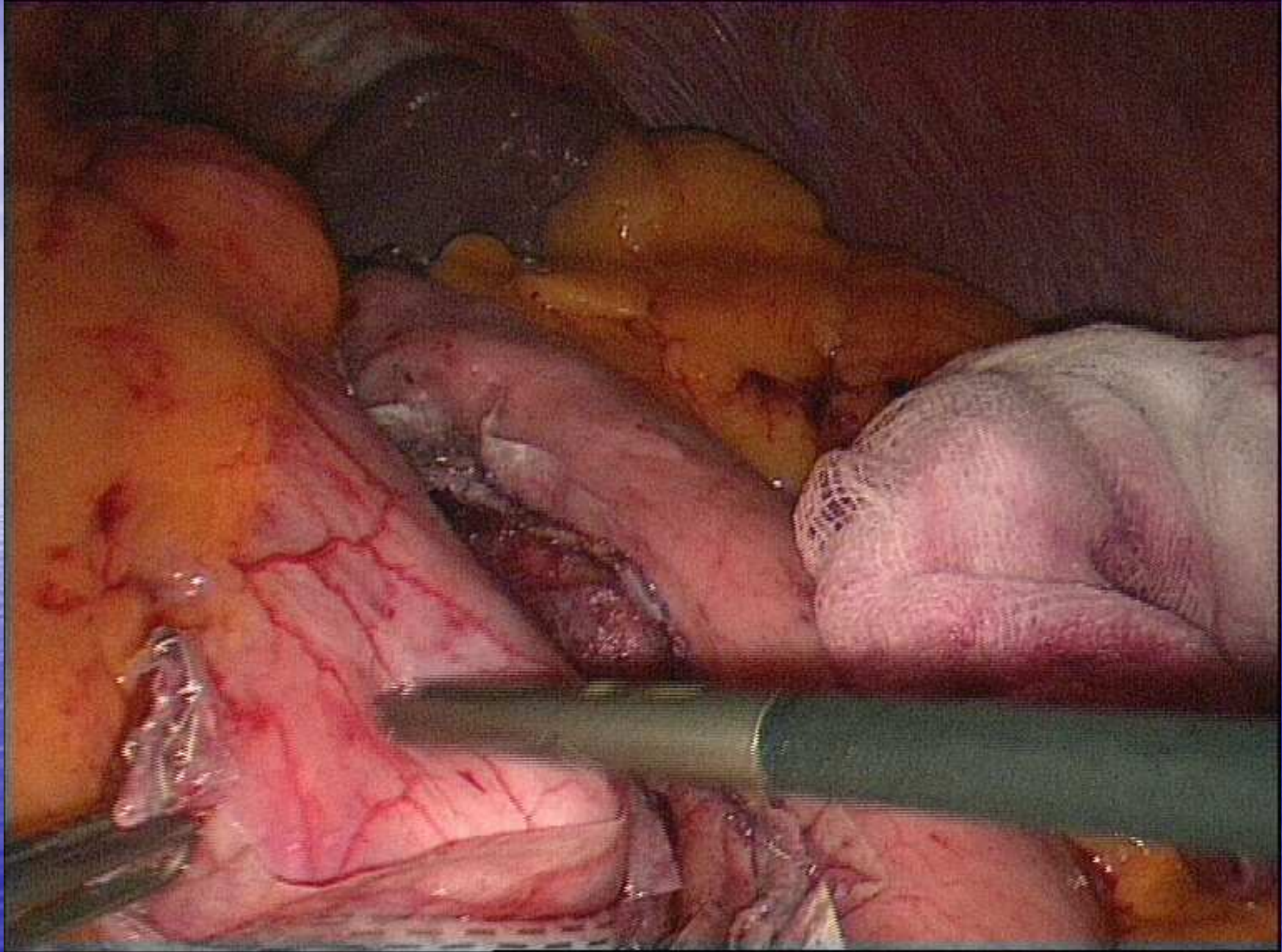


T2

T4

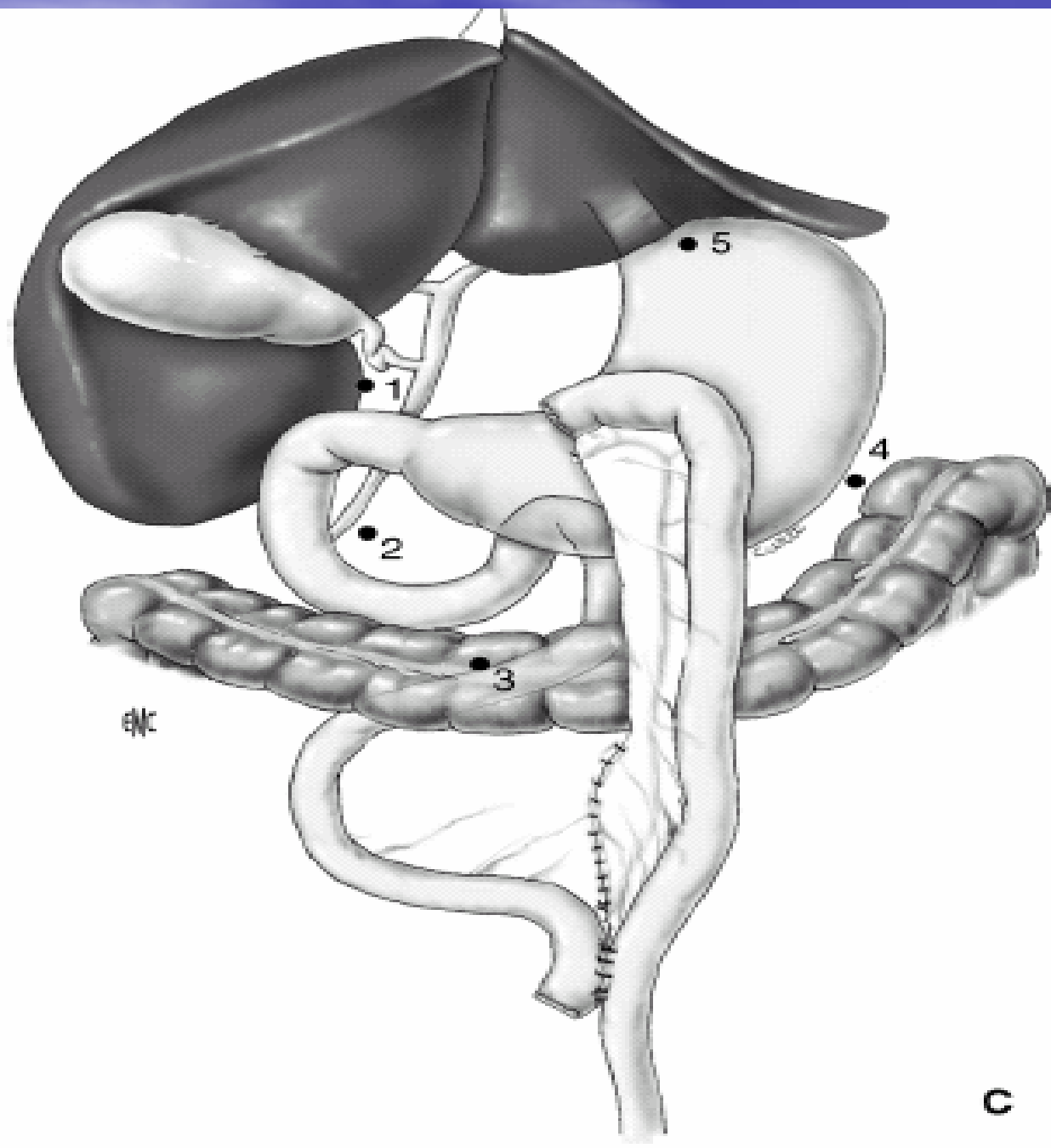
E





## 2/Création de l'anse en Y de Roux

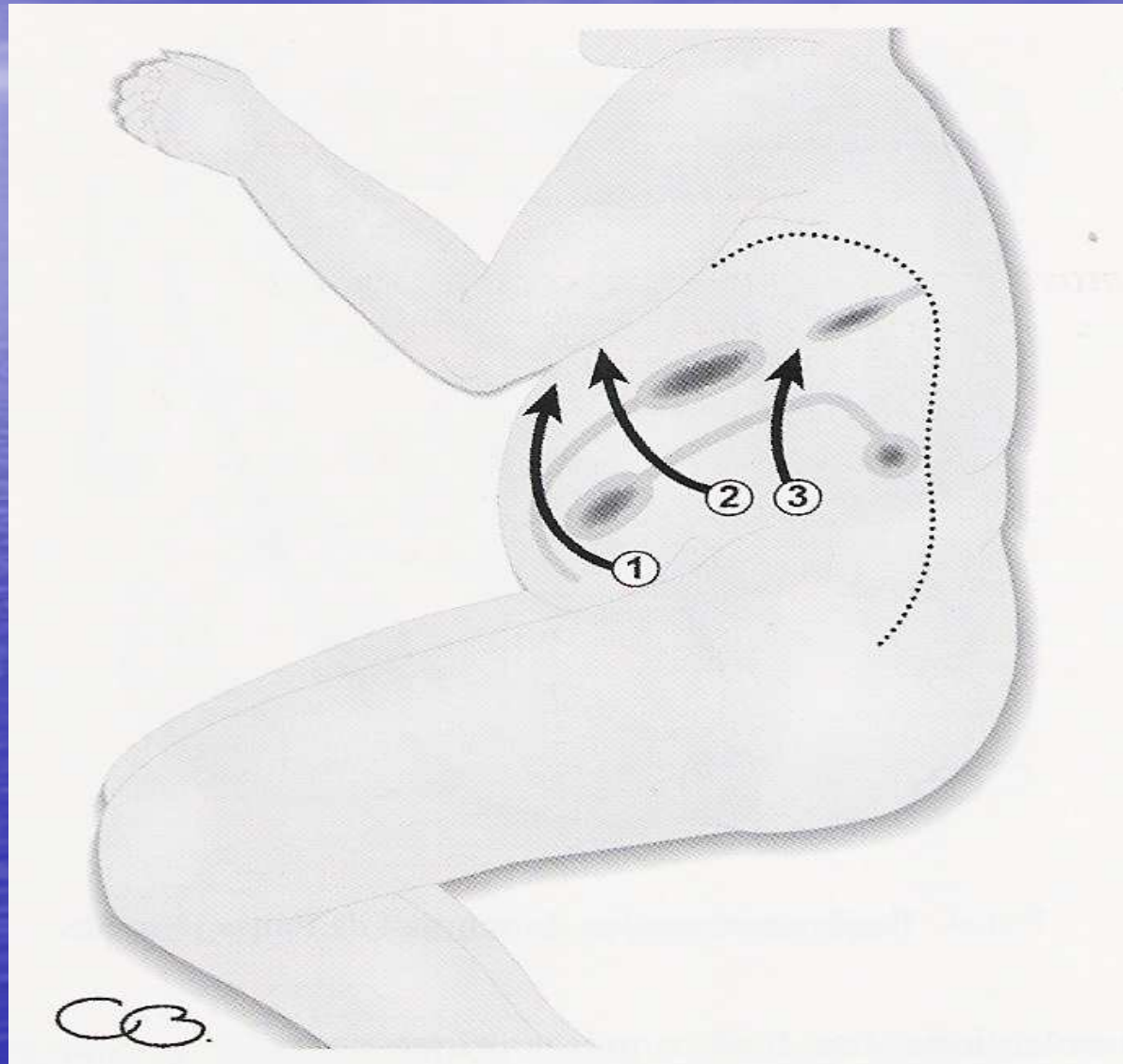
- Partition du grand épiploon pour passage précolique
  - 50 cm en aval de l'angle duodéno-jéjunal (Treitz), section du jéjunum: agrafeuse linéaire (anse bilio-pancréatique en amont et anse alimentaire en aval)
  - Mesure anse alimentaire : 150 cm afin de réaliser l'anastomose au pied de l'anse.
  - anse commune
- => Ascension grêle à l'étage sus-mésocolique.



## 2/Création de l'anse en Y de Roux:

variantes

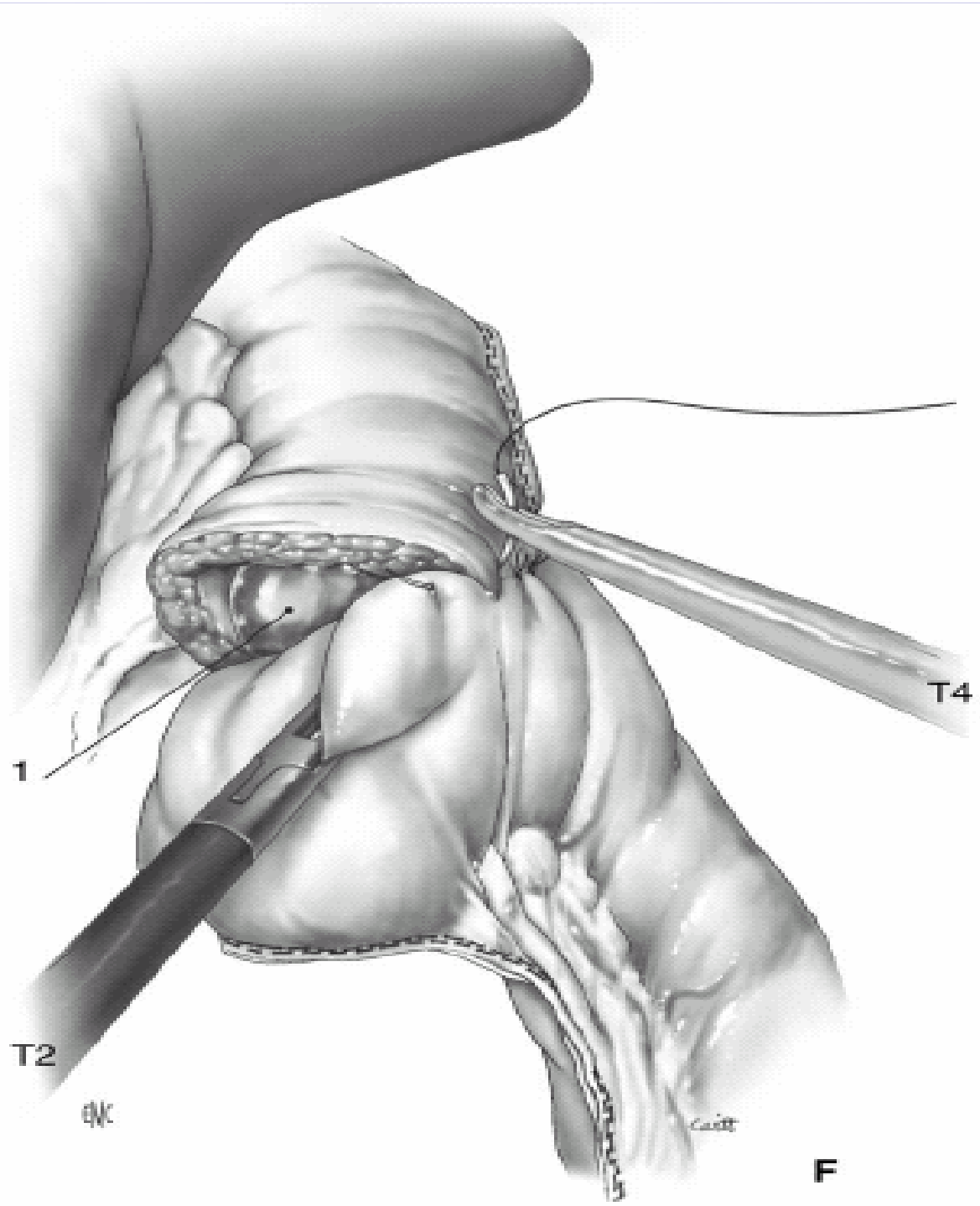
Ascension de l'anse alimentaire:



- 1: voie précolique et antégastrique
  - A: la + simple, la + utilisée
- 2: voie transmésocolique et antégastrique
  - A: + courte que la précédente
  - I: + à risque de hernies internes
- 3: voie transmésocolique et rétrogastrique
  - A: la + courte
  - I: + difficile à réaliser, HI

### 3/Gastrojéjunostomie (ou bypass proprement-dit)

- Entérotomie bord anti-mésentérique
- Gastrotomie face antérieure
- Calibrage anastomose
- Anastomose latéro-latérale (mécanique ou manuelle)
- Test d'étanchéité



### 3/Gastrojéjunostomie (ou bypass proprement-dit): variantes

- Anastomose circulaire avec passage transoral de l'enclume de l'agrafeuse
- Anastomose circulaire avec passage transgastrique de l'enclume
- Anastomose mécanique linéaire
- Anastomose manuelle

# 4/ Fermeture des brèches mésentériques

1 Brèche du  
mésocolon  
transverse

2 Brèche de  
Petersen

3 Brèche  
mésentérique  
au niveau  
anastomose  
du pied de  
l'anse



## 5/Drainage et fermeture pariétale

- Fermeture aponévrotique trocarts  $>$  ou  $=$  à 12 mm
- Drain abdominal au voisinage de l'anastomose gastro-jéjunale
- SNG en aspiration douce

## **B/ Surveillance post-opératoire**

- Surtout durant les 3 à 5 premiers jours post-opératoires
- Clinique+++

=>Complications post-opératoires+++

1/ Complications techniques

2/ Complications générales

# 1/ Complications techniques

## \* **Fistules digestives anastomotiques: 1 à 5%** [3]

Avant le 10<sup>e</sup> jour, Signes trompeurs ++

-angoisse, douleur épaule

-**tachycardie > 120/min+++**

-**polypnée progressive+++**

-Absence de fièvre et des signes péritonéaux

⇒ TDM Thoraco-Abdominal avec opacification+++

⇒ Attention: faux négatifs dans 25% à 50 % des cas

⇒ **Coelioscopie exploratrice +++**

**\* Hémorragies post-opératoires 3% [3]**

H. intrapéritonéales => clinique et drainage ++

H. intra-luminales: hématémèse, moelena

⇒ Sonde naso-gastrique ++

**\* Occlusions précoces 0-20% [3]**

-Obstruction anastomose pied de l'anse (60%):

Ballonnement, hoquet, douleur scapulaire, distension du  
moignon gastrique,

**MAIS PAS DE VOMISSEMENTS**

-Incarcération grêle dans brèches

-Etranglement de l'anse en Y si rétrocolique

## 2/Complications générales [2]

- **Thrombo-emboliques**: EP=1 des causes majeures de DC => prévention post-op par HBPM + bas de contentions et lever précoce
- **Pulmonaires**: détresse respi, pneumopathie => rech fuite anastomotique
- **Suppurations pariétales**: +++à ventre ouvert (incidence moyenne 10%) → 1,6% en coelioscopie

- **Fistules gastro-gastriques** (+++si agrafage sans section 1,5-23% → chutent entre 0 et 3% si section)
- **Ulcères anastomotiques**  
(vomissements, douleur rétro-sternale)
- **Rhabdomyolyse**: dûe à compression prolongée sur table d'opération (Durée > 5h, IMC > 60 + HTA et diabétiques) => clinique, surveillance CPK

# Exemple de protocole de surveillance

**J0** - Clinique +++:

- Saturation, pouls++
- Douleur ++
- HBPM 40mg/j
- Contentions alternatives

**J1, J2** \* Clinique +++ (pouls, TA, sat, T°, douleur)

- \* Ablation SAD
- \* Mobilisation du patient
- \* HBPM 40\*2/j

**J3** -TOGD → si nl: boissons ( éviter sucres rapides !!) et ablation SNG et drain abdominal  
-HBPM

**J4** \*Potage, desserts  
\*HBPM

**J5** Sortie autorisée avec ordonnances,  
anticoagulants, supplémentation vitaminique,  
conseils diététiques,

# Conclusion

- Technique de référence nécessitant courbe d'apprentissage et centres spécialisés
- Surveillance clinique +++
- Résultats très satisfaisants à long terme dans différentes études (Suédoise SOS Study 2007++) sur perte de poids et les co-morbidités (DNID ++)

# Bibliographie

- [1] **DIU chirurgie bariatrique 2007-2009**
- [2] **P. Lointier**, EMC-chirurgie, Chirurgie laparoscopique de l'obésité morbide, 2005
- [3] **J.-M. Chevalier et F. Pattou**, Chirurgie de l'obésité, Rapport présenté au 106<sup>e</sup> congrès français de chirurgie, 2004
- [4] **Recommandation HAS 2009: chirurgie de l'obésité**