

Angélique K., 33 ans

Cas clinique – Chirurgie de l'obésité

DESC Nantes 2012

G. BOULANGER



Demande de chirurgie.

- Patiente de 30 ans (Turc)
 - P : 131kg / T :1.58m / IMC 51kg/m²
 - ATCD personnels :
 - G2P2
 - Ligamentopathie des 2 genoux
 - Migraines non traitées
 - SAOS appareillé
 - ATCD familiaux :
 - Obésité chez la sœur.

INDICATION CHIRURGICALE ?

D'EMBLEE ?

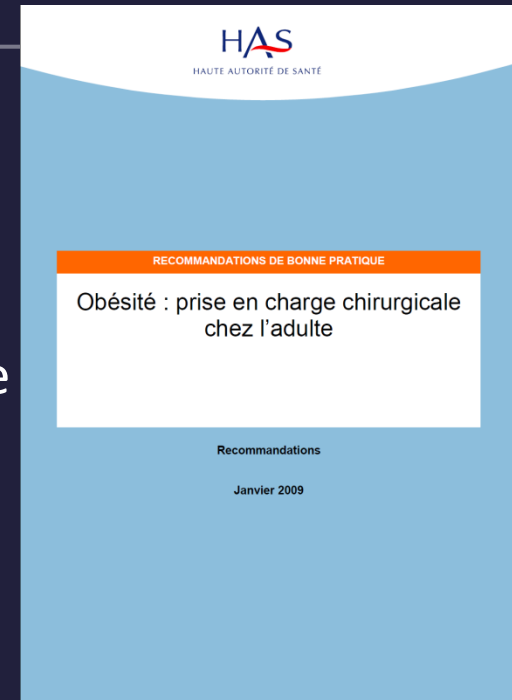
Demande de chirurgie - Indication.

OUI : ■ Car :

- IMC > 40Kg/M2
- Age > à 18 ans.
- Comorbidité susceptible d'être améliorée par la chirurgie (Genoux).

NON : ■ Prise en charge multidisciplinaire :

- Endocrinologique (2002): Echec
- Evaluation psychiatrique et nutritionnelle : pas de contre-indications



Demande de chirurgie.

■ Bilan métabolique :

- Vitamino-calcique
- Hépatique
- Lipidique et nutritionnelle
- Thyroïdien
- B HCG

Sans particularités

■ Sus mésocolique :

- FOGD : recherche *H. pylori* (-) / biopsie : oesophagite B
- TDM : stéatose hépatique

Demande de chirurgie - Indication.

- Ph métrie :
 - Pathologique, reflux acide.
- Au total :
 - ♀ 30 ans, échec de prise en charge médicale d'une obésité sans complications métaboliques avec un reflux acide non symptomatique.
 - RCP : avis favorable.

Au terme de ce bilan, quelle technique proposez-vous à cette patiente ?

Gastric Bypass (GBP)

Table 3. FOLLOW-UP DATA

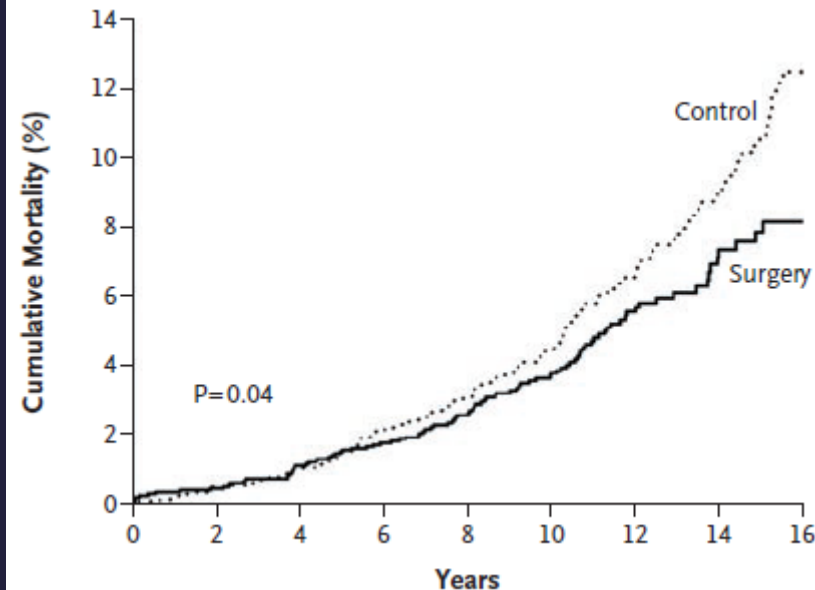
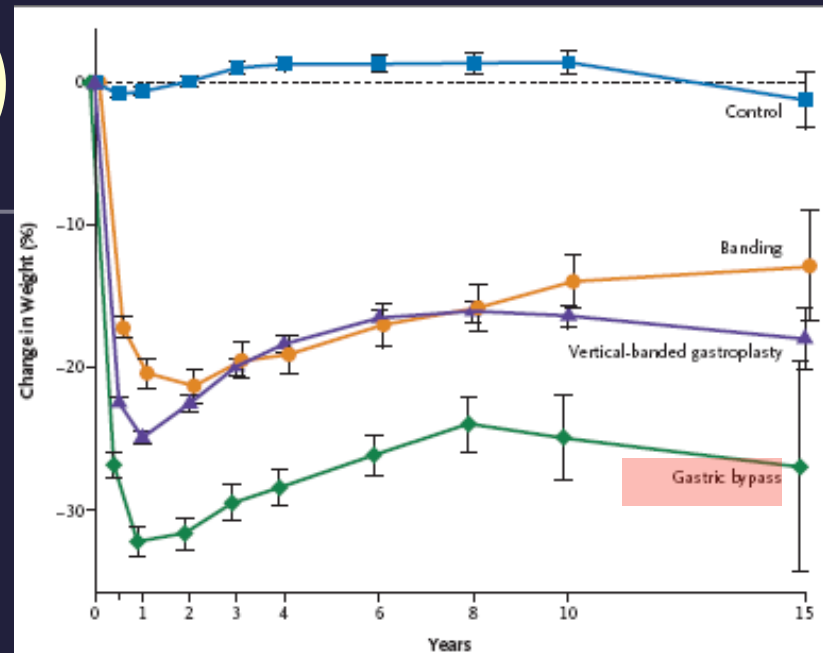
	Preop.	1 Year Postop./ (resolution rate)
Weight	285 ± 35	180 ± 30
Body mass index	48.3 ± 5.2	30.5 ± 5.1
% excess weight loss	—	70 ± 15
Hypertension	27	13/(52%)
Diabetes requiring medication	15	1/(93%)
Gastroesophageal reflux disease	42	2/(95%)
Orthopedic problems	55	13/(76%)
Stress urinary incontinence	33	4/(88%)

DeMaria *et al* – Ann Surg 2002

Table 9. CHANGE IN QUALITY OF LIFE

	%
Greatly improved	58
Improved	37
No change	5
Diminished	0
Greatly diminished	0

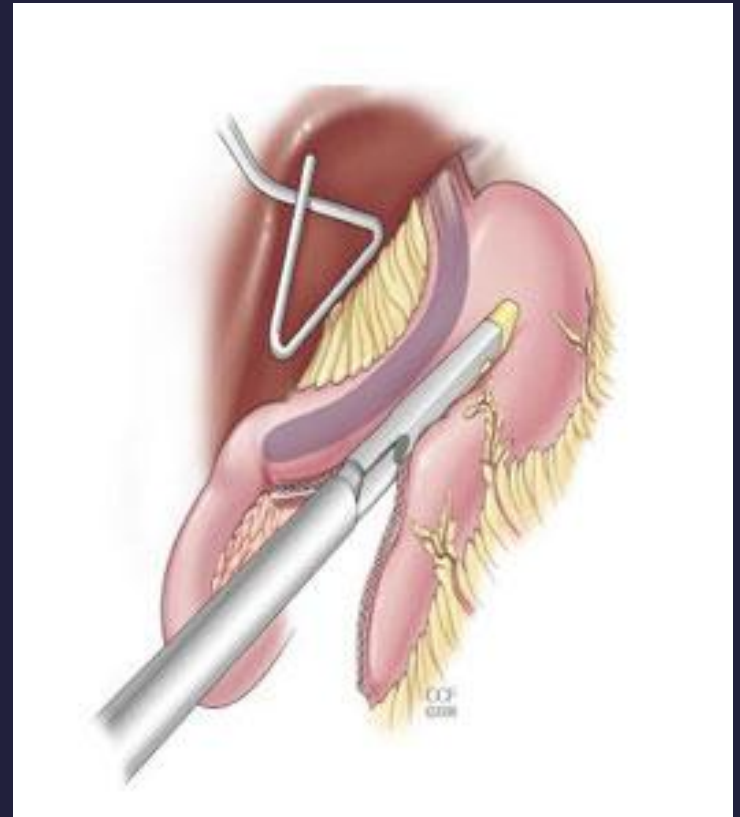
Schauer *et al* – Ann. Surg. 2000



SOS study – NEJM 2007

Chirurgie :

- J0 (01/02/2010):
 - P : 141kg (+10kg), T : 158cm, IMC à 55,07Kg/m² → +10%
- Per-opératoire :
 - Chirurgie difficile (méso++)
 - Changement de stratégie :
 - **SLEEVE-GASTRECTOMY**
- Suites simples :
 - Sortie J4



Suivi post-opératoire.

- Quelle précaution devez-vous prendre ?

Supplémentation vitaminique et suivi nutritionnel à vie

- Consultation de suivie :

- **J15** : douleurs de reflux, IPP doubles doses.

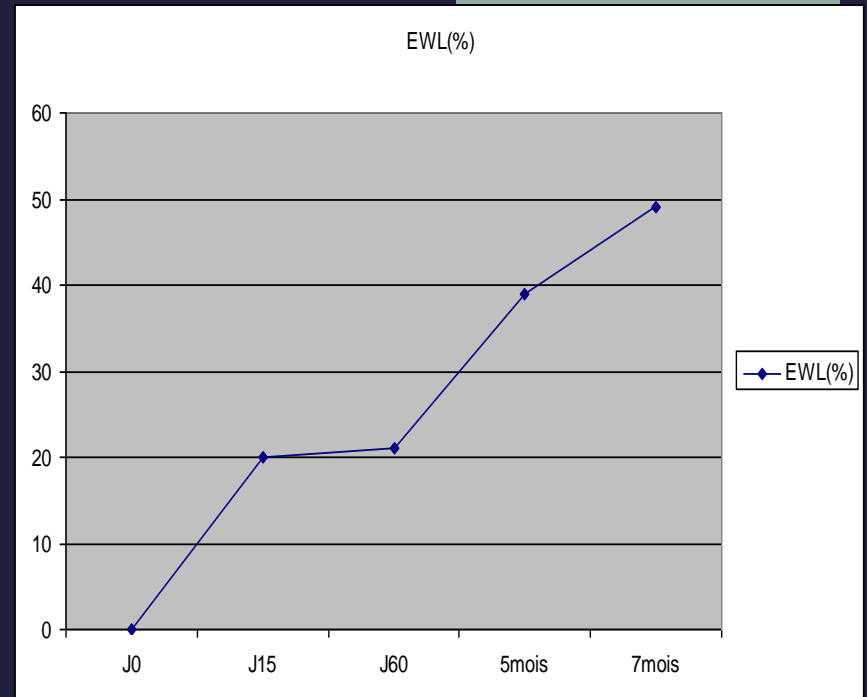
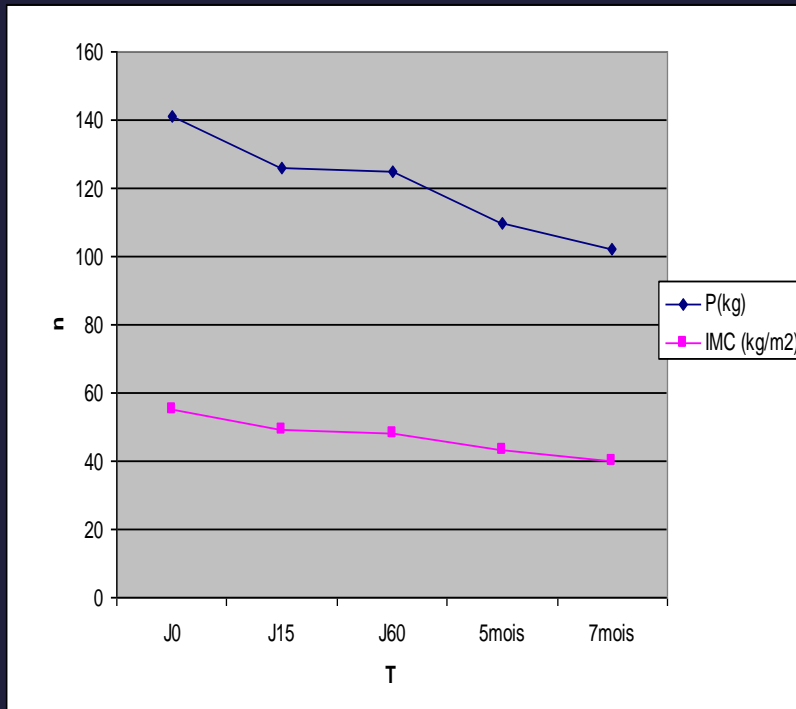
- **J 90** : persistances des douleurs de reflux contrôlées, IPP dépendantes

- **HDJ à 5 mois** :

- Manométrie : Hypotonie SIO et hypocontractilité 1/3 inf. œsophage.

- Ph métrie : non exploitable, pb électrode.

Evaluation à 5 mois :

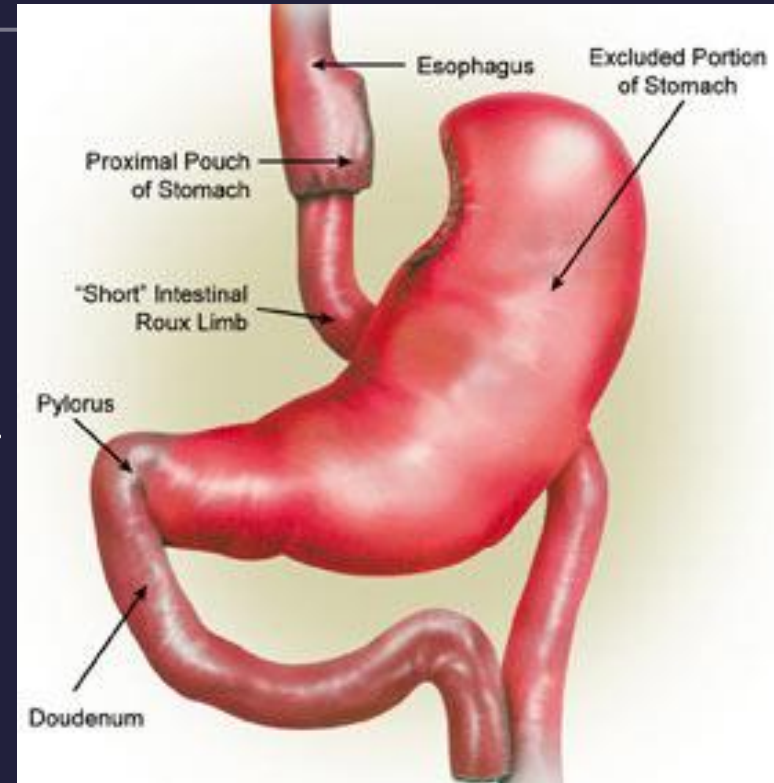


- Qu'en pensez-vous ?
- Que décidez-vous ?

1. EWL≈50%, pas d'échec : indication chirurgicale valide
2. Gastric By-Pass (GBP)

GBP (2éme tps) :

- Intervention (28/10/2010):
 - P : 103kg, IMC à 40.5Kg/m²
 - Per op :
 - Anse alimentaire de 1m
 - Pied de l'anse à 50cm α duodéno-jéjunal.
 - Anastomoses manuelles
- Suites opératoires :
 - J 2 : Douleur de l'hypocondre gauche isolée
 - pas de tachycardie
 - pas de fièvre, pas de syndrome occlusif, pas de vomissements).



GBP suites :



GBP suites :

- TDM :
 - Pas de collection.
 - Lame EIP pelvien.
 - Dilatation de l'anse alimentaire sans signes de souffrance.
- FOGD :
 - Ulcère anastomotique.
- Quels diagnostics évoquez-vous et que faites-vous en première intention ?
 - Sténose de l'anastomose au pied de l'anse en Y .
 - Ulcère anastomotique.
 - A jeun, SNG en aspiration douce, IPP

GBP suites :

- Suites résolutives sous traitement médical
- Sortie sous traitement anti-secrétoire (IPP)
- Suivi :
 - J15 : P=93.7kg / IMC=36.6kg/m² / EWL 61.4%
 - **Disparition des douleurs de reflux.**
 - Persistances des douleurs HCG postprandiales
 - Alimentation difficile.
- Que faites-vous ?

Douleurs post-GBP :

- Révision du montage sous Laparoscopie (J30)
 - P=93kg / IMC=36.3kg/m² / EWL=62.3%
 - Exploration :
 - Pas de hernie interne
 - Pas de collection
 - Anastomose gastro-jéjunale RAS
 - Pied de l'anse :
 - Addhérence épiploïque : ***Viscérolyse péri-anastomotique.***

Douleurs post-GBP :

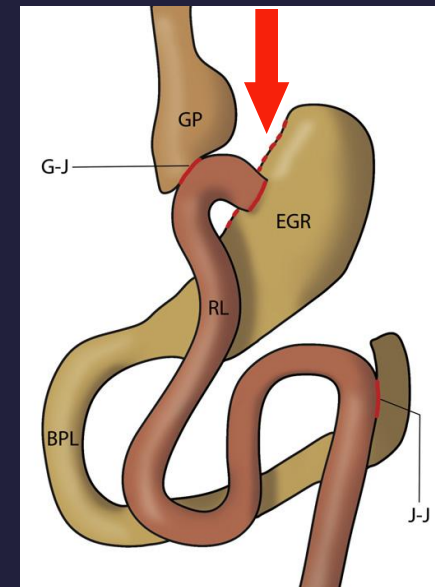
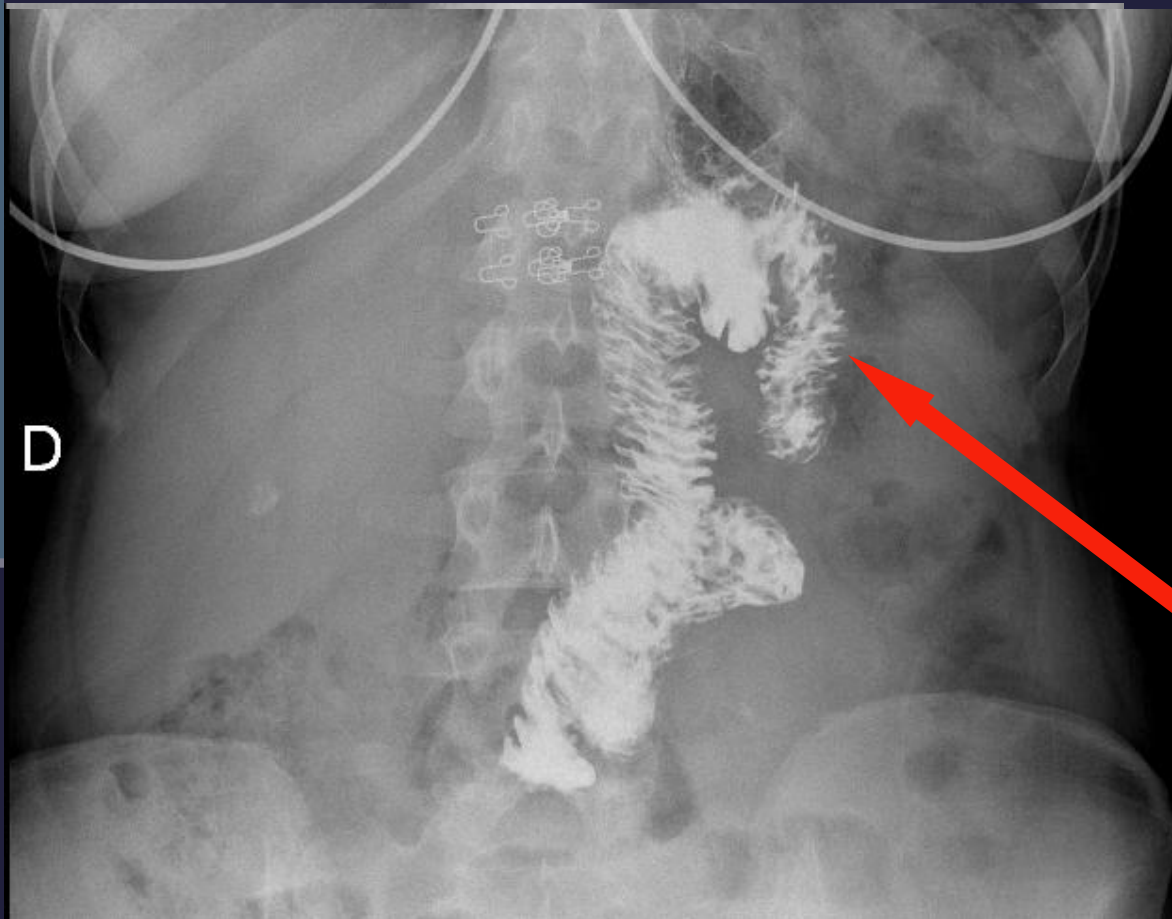
- Persistance des douleurs (J90 GBP):
 - Que faites –vous ?
- Bilan pluridisciplinaire :
 - Gastro-entérologique :
 - Syndrome de l'intestin irritable
 - Entéroscopie sous AG
 - Médecin de la douleur
 - Nutritionniste

Négatif



Douleurs post-GBP :

- Revu en consultation (6 mois) – TOGD : Re-sténose ?



Anse jéjunale borgne :

Stase acide

Vidange en 2 tps

Laparoscopie (07/2011, 9 mois GBP)

- Per-opératoire :
 - Présence de l'anse borgne avec un trajet déclive rétrogastrique
 - Résection de l'anse sous coelioscopie,
 - Contrôle endoscopique.

- Suites simples.

Conclusion :

- Cs à 3 mois de la dernière reprise :
 - Disparition des douleurs
 - P=72kg / IMC=28.2 / EWL=89.6%
- Reprise activité en mi-temps thérapeutique.



Discussion

Généralités :

- GBP :
 - Mortalité 0.5%
 - Morbidité 13%

- Sleeve gastrectomy :
 - Mortalité 0.3%
 - Morbidité 9.4%

- Place de la laparoscopie dans la prise en charge des complications.

Sleeve Gastrectomy/RGO

■ Pas de consensus :

- Revue de la littérature (petite étude, TOGD).

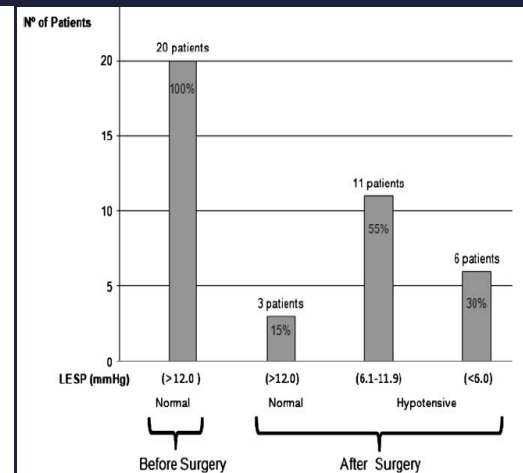
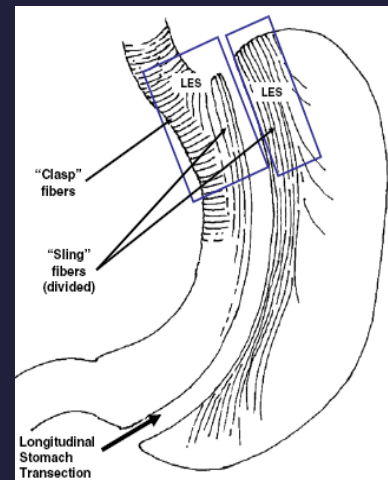
Chiu *et al* – Surg Obes Relat Dis 2010

■ Mais :

- Manométrie : ↓ pression SIO
- Section des fibres de la cravate (ouverture α Hiss).

Braghetto *et al* – Obes Surg 2010

■ Pas de recommandation mais préféré GBP si RGO



Sténose de l'anastomose au pied de l'anse

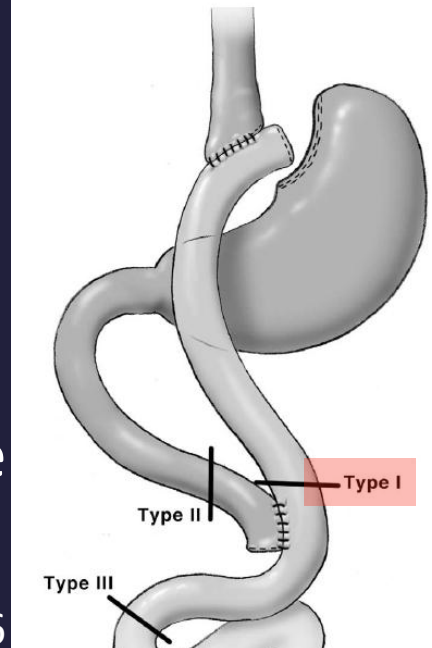
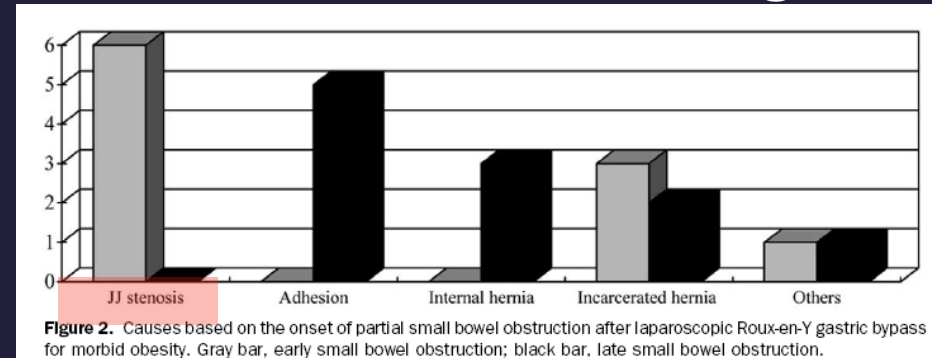
- Cause fréquente de syndrome sub-occlusif sub-aiguë (1mois)

- Diagnostic difficile :

- Douleur /vomissement.
- Fonction des répercussions d'amont.

- Prise en charge :

- 84% chirurgicale dt 93% par laparoscopie



GBP - Ulcère Anastomotique

- Incidence entre 1 et 16%

Vasquez et al - Surg Endosc 2009

- Physiopathologie mal connue:

- Non protection du jéjunum monté au suc acide.
- Phénomène ischémique locaux.

Daniel C Steinemann et al – BMC 2011

- Nombreux facteurs de risques :

- Matériels non résorbables
- Longueur et orientation de la poche gastrique
- Diabète, tabagisme, H pilori

D. E. Azagury et al - Endoscopy 2011

GBP - Ulcère Anastomotique (Suite)

■ Prise en charge :

■ Médicale :

- contrôle pré-opératoire des facteurs de risque.
- IPP si non compliqué.

■ Chirurgicale :

- 32%
- Si complication +++
- Excision de l'ulcère, diminution de la poche gastrique, réfection de l'anastomose, vagotomie



Merci de votre attention