

Cas Clinique

Mlle P. 32 ans

ROBERT Pierre Emmanuel
Interne en chirurgie viscérale
CHU de Tours
DESC SCVO Juin 2009

Mme P. 32 ans

- Obésité morbide
 - 140 kg 1m63
 - IMC 52 kg/m²
 - Tour de taille 126 cm
- Mode de vie :
 - Agent d'entretien scolaire
 - Célibataire vit seul sans enfant

Antécédents

- Familiaux :
 - père : obèse, DNID
 - mère : décédée d'un cancer du sein métastatique
- Personnels :
 - Syndrome d'apnée du sommeil
 - Syndrome dépressif en 2005 traité par Laroxyl
 - Thyroïdite d'Hashimoto en 96, hypothyroïdie substituée
 - Douleur chronique de cheville gauche suite à un accident de travail en 2003
 - Pas d'antécédent chirurgical

Histoire de la prise de poids

- Debut du problème de poids en 2004
- Poids initial 64 kg
- Prise en charge par un nutritionniste depuis un an, sans perte de poids
- Phase ascendante de prise de poids
- Retentissement : Isolement social

Indication chirurgie bariatrique ?

- Réalisation d'un bilan préopératoire en vue d'une possible chirurgie bariatrique

Bilan pré opératoire

- Co morbidités :
 - SAS : index apnée hypopnée 22 par h ;
appareillage par ventilation PPC nocturne
 - Pas d'HTA ni de diabète
 - Douleur cheville Gauche chronique

Bilan pré-opératoire

- FOGD : antrite, pas d'helicobacter pylori.
- Echographie abdominale normale, vésicule non lithiasique.
- Pas de contre indication psychiatrique.

Indication chirurgie bariatrique

- oui
 - Obésité morbide IMC à 52 kg/m²
 - Co-morbidités associées
 - SAS
 - Atteinte ostéo-articulaire chronique
 - Prise en charge médicale par nutritionniste depuis plus d'un an sans perte de poids.

Indication chirurgie bariatrique

- Pas de contre indication
 - Somatique
 - Psychiatrique
 - Indication d'une chirurgie bariatrique retenue en réunion pluridisciplinaire.

Quelle procédure chirurgicale ?

- Anneau gastrique
- Sleeve gastrectomy
- Gastric by-pass
- Duodéanal switch

Pour / contre

- Anneau gastrique :
 - pas d'indication pour BMI > 50 kg/m²
- Sleeve gastrectomy:
 - technique récente toujours en cours d'évaluation
 - Chirurgie en 2 temps possible
 - Risque opératoire moindre
- Gastric bypass et duodénal switch :
 - indiqués mais risque opératoire élevé.

Indication retenue

- Sleeve gastrectomy
 - IMC > 50 kg/m²
 - 1er temps d'un éventuel gastric bypass

Intervention le 13/08/08

- **Sleeve gastrectomy par voie coelioscopique**
 - Calibration par tube de Faucher de 33 Fr
 - Résection à 8 cm du pylore
 - Difficultés techniques per opératoires responsables d'un changement d'agrafeuse

Intervention

- Résection par Echelon gold® (3,8mm) puis endo GIA® agrafe bleu (3,5mm)
- Test au bleu négatif en fin d'intervention.(120ml)
- Durée opératoire 180 min
- Drainage aspiratif au contact ligne d'agrafe
- Anatomopathologie normale de la tranche de section gastrique

Post opératoire

- Quelle est votre surveillance ?
 - clinique : **pouls**, tension, température, douleur
- Réalisation d'examen avant réalimentation ?
 - Test au bleu
 - Transit oesophagien
 - Rien

J1 post opératoire

- Post op prévu en réa devant ATCD respiratoires
 - Sortie de réa J1
- Patiente tachycarde 120 bpm
- Non douloureuse
- Apyrétique
- Drain 45cc séreux

TOGD J1

- Pas de fuite de produit de contraste observée.
- Bonne vidange gastrique.



Que faites vous ?

- Débuter la réalimentation ?
- Réalisation d'un scanner ?
- Reprise chirurgicale immédiate ?

Post opératoire

- Réalimentation débutée selon protocole Sleeve (fractionné mixé) : bonne tolérance
- Toujours tachycarde > 90 bpm
- Apyrétique Non douloureuse
- Ablation du drain à J4

Post opératoire

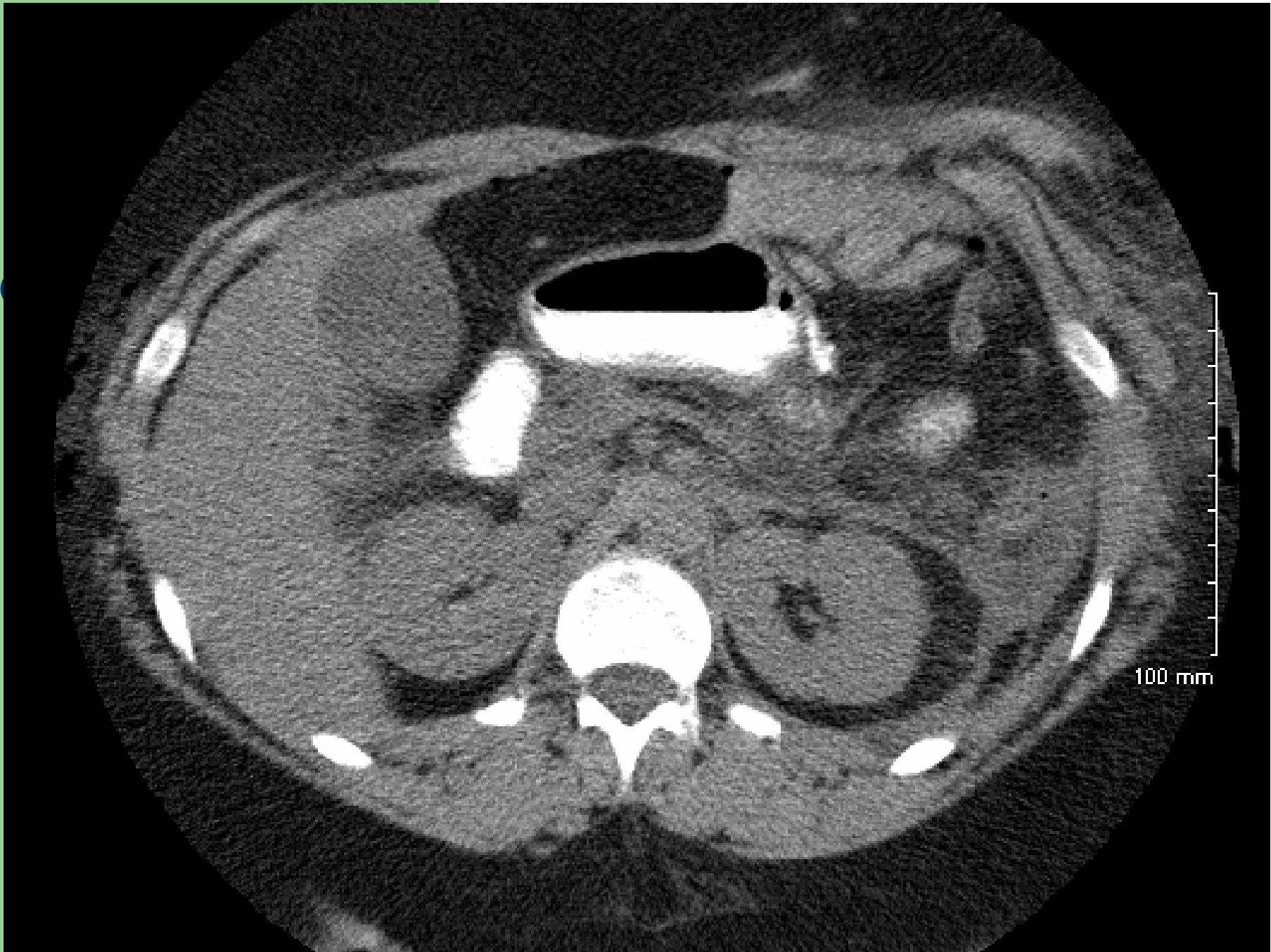
- J4 à 20h : apparition d'une douleur de l'épaule gauche
- Initialement apyrétique puis Fièvre à 38.5°C
- Tachycardie à 116 bpm
- Abdomen souple.

Qu'évoquez vous ?

- Fuite gastrique : fistule +/- abcés.
- Hémorragie de la tranche de section
- Saignement d'origine splénique
- Autres
 - Embolie pulmonaire
 - Pneumopathie base gauche
 - Origine cardiaque

Que faites vous ?

- Scanner en urgence
- Reprise chirurgicale immédiate
- Traitement médicale par antibiotique
- Surveillance clinique





TDM avec opacification digestive haute

- Pneumopéritoine
- collection périsplénique
- pas de fuite de produit de contraste visible
- Epanchement pleural gauche réactionnel

Que faites vous?

- Traitement chirurgical
- Traitement médical : antibiotique et mise à jeun
- Drainage percutané écho-guidé de l'abcès
- Traitement endoscopique d'une possible fistule

Reprise chirurgicale à J6

- Reprise par voie coelioscopique : abcès sous phrénique gauche juxta cardinal : drainage, pas de fuite visualisée
- Épreuve au bleu de méthylène de 120 ml per opératoire : négative
- Drainage par Shirley

Suites

- Hospitalisation en réanimation pendant 48 h, réalisation drainage épanchement pleural gauche
- 25/08/08 :
 - Réalisation d'un test au bleu au lit avant réalimentation : fuite au niveau du shirley

Quelle est votre prise en charge ?

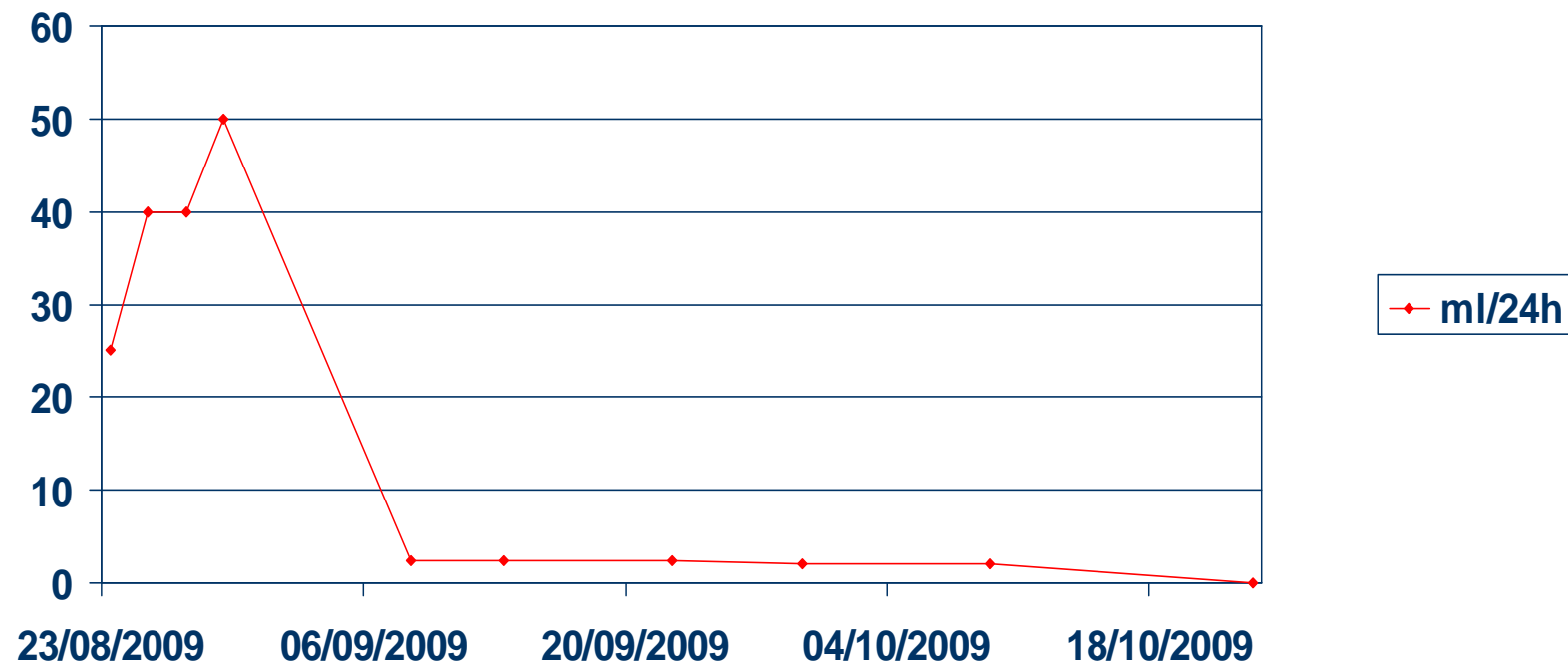
- Reprise chirurgicale
- Mise en alimentation parentérale exclusive
- Traitement endoscopique de la fuite gastrique
- Reprise de l'alimentation

Traitement médical

- Mise en place nutrition parentérale exclusive
- Fistule bien drainée, cliniquement bien tolérée
- Sortie du service le 30/08/08, sous antibiothérapie adaptée pendant 3 semaines
- Débit fistule : 50 ml /24h

Septembre 2008

- Débit de la fistule constant de 2,5ml/jour

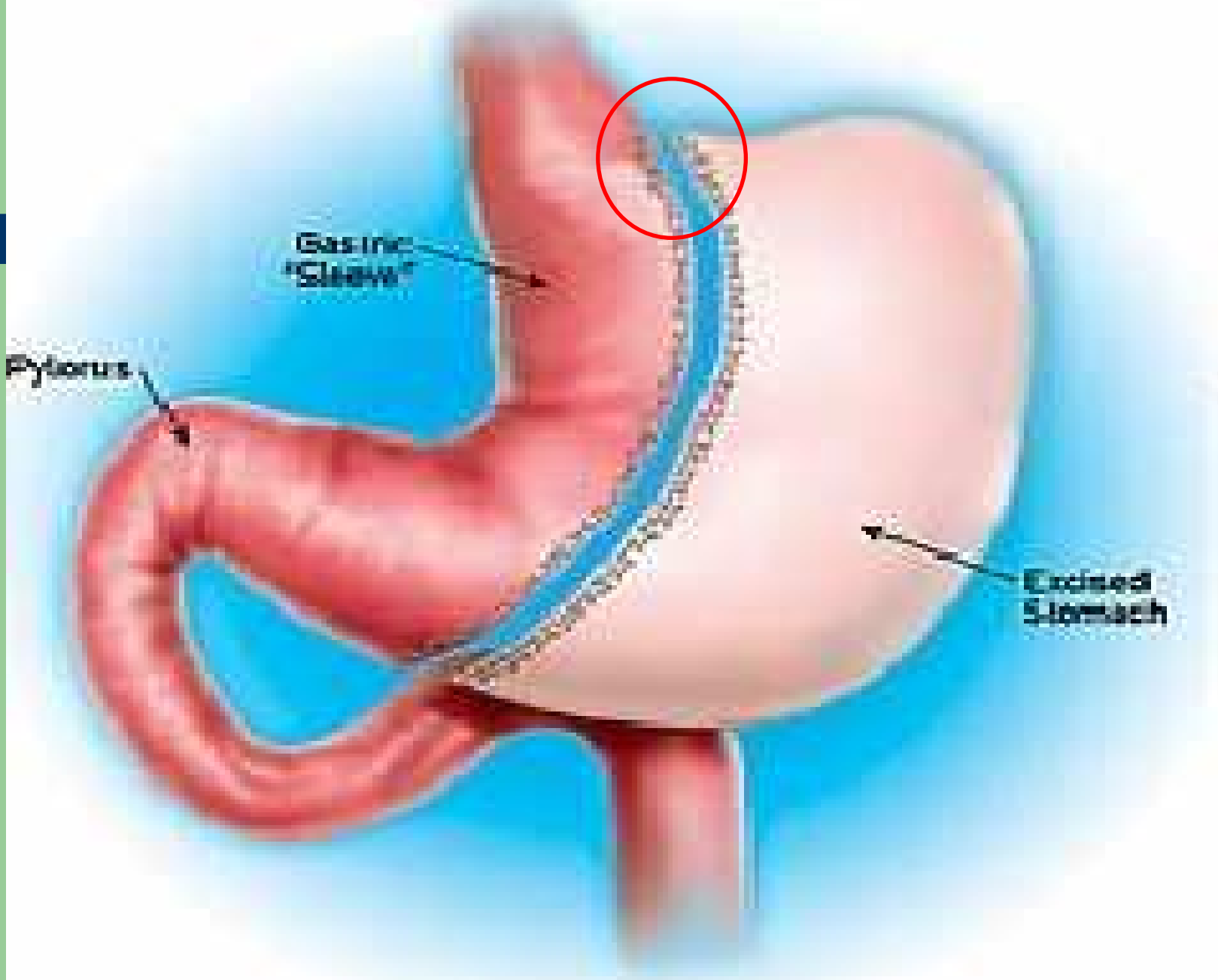


Que proposez vous ?

- Attendre
- Réintervention par voie coelioscopique
- Traitement par voie endoscopique
 - Clip
 - Colle
 - prothèse

Traitement endoscopique

- FOGD : début octobre 2008 (J+46)
 - fistule de la partie haute de la cicatrice à la jonction oesogastrique
 - tentative de traitement endoscopique sous AL
Echec devant mauvaise tolérance-
 - puis tentative sous AG : 4 clips + colle Glubran®
 - Test au bleu à J1 : Persistence fuite



Gastric Sleeve

Pylorus

Excised Stomach

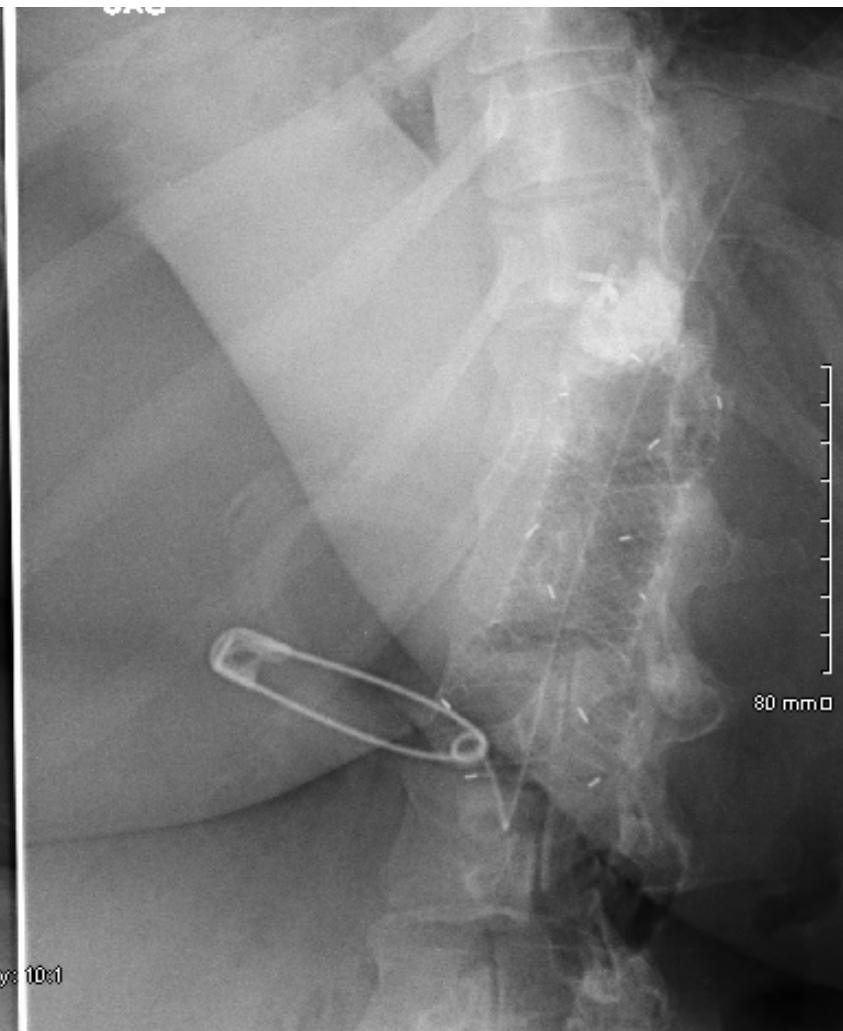
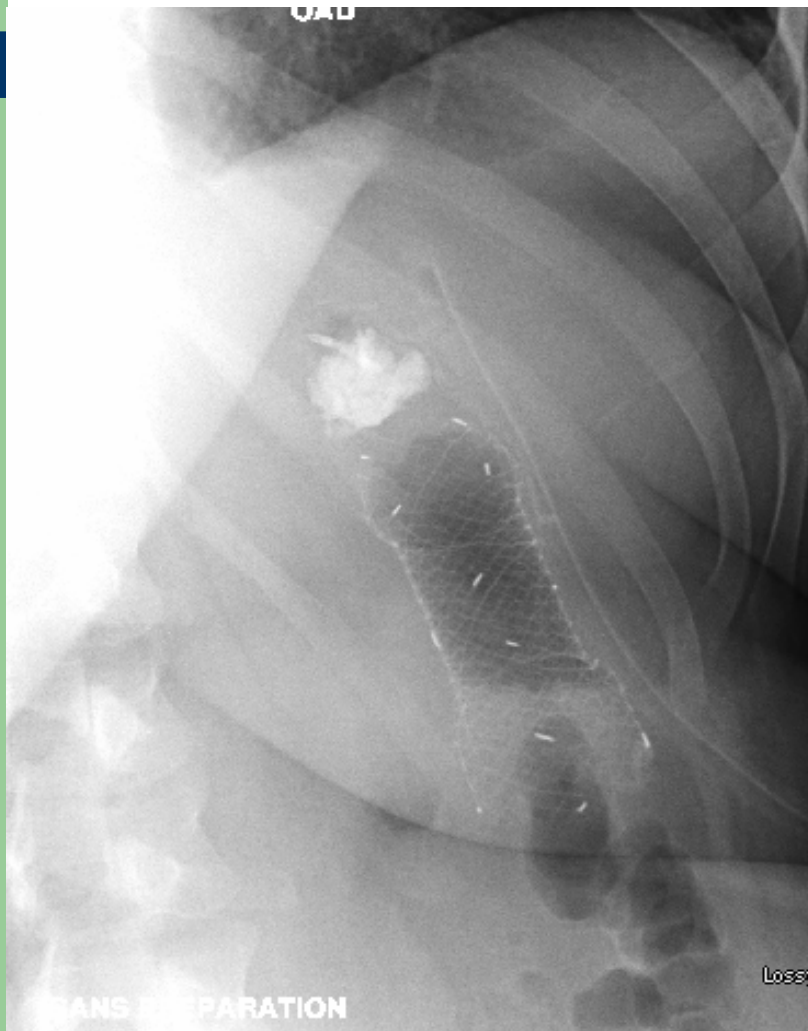
Que faites vous?

- Attendre
- Réintervention par voie coelioscopique
- Traitement par voie endoscopique
 - Clip
 - Colle
 - prothèse

Traitement endoscopique

- Fin octobre 2008 nouvelle tentative
 - Mise en place prothese couverte de 8 cm de hauteur
 - Epreuve au bleu négative
 - Transit oesophagien J1 : pas de fuite
 - Reprise alimentation per os bien tolérée

Prothèse couverte



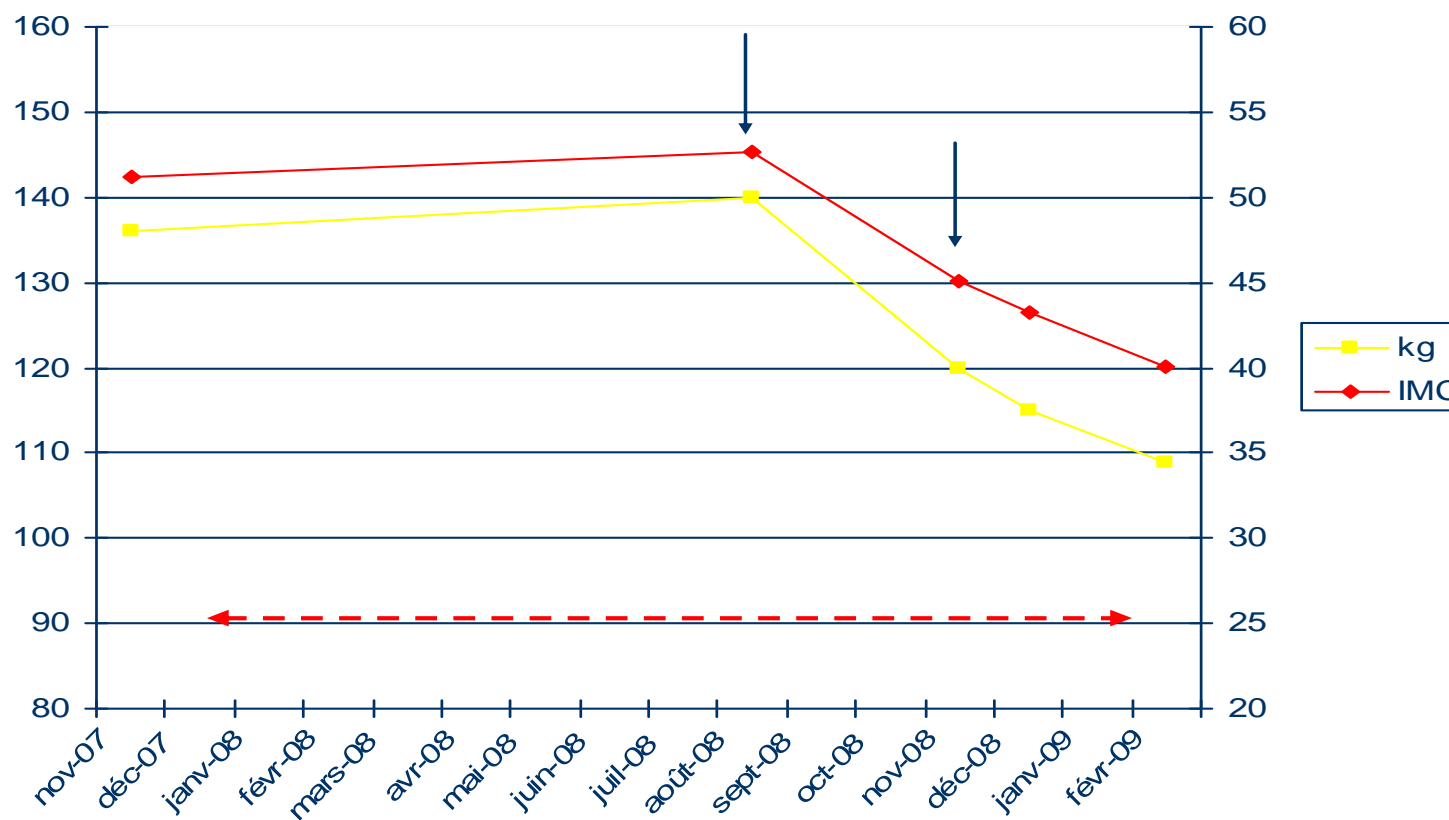
Prothèse couverte



Suites

- Fin novembre 2008 :
 - Ablation de la prothèse
 - Pas de pertuis visualisé à l'endoscopie
- Décembre 2008 : pas de récurrence de la fuite
 - Alimentation per os bien tolérée, malgré quelques épisodes de vomissements.
 - Poids 115kg
- Février 2009
 - 108,8 kg, perte 30 kg, IMC 40,9
 - Amélioration de la qualité de vie, du moral

Courbe de poids / IMC



Perte de poids à 6 mois

- 30 kg
- Soit 42 % de son excès pondéral
- IMC à 40.9
- En phase de perte pondérale

Littérature : perte de poids à 6 mois est d'environ 40 à 50%

- Nocca D, and all. A prospective multicenter study of 163 sleeve gastrectomies : results at 1 and 2 years. Obes Surg. 2008

Perspectives ultérieures ?

- Procédure unique
- Gastric By-pass ?
- Duodéanal switch ?

A posteriori

- La reprise chirurgicale aurait-elle dû être plus précoce, dès J1 devant la tachycardie à 120 ?
 - Faut-il faire de façon systématique un TOGD avant réalimentation ?
- Le traitement endoscopique doit-il être entrepris plus tôt ? Dès la constatation de la fistule.
- Nécessité d'une équipe médicale formée à la prise en charge des complications précoces de la chirurgie bariatrique et d'un matériel adapté à disposition.

Complications précoces de la Sleeve Gastrectomy

- Chirurgicales : (diminue avec l'expérience des équipes)
 - Fuites (0.8 à 5 %)
 - Abscesses (0.2 %)
 - Hémorragies de la ligne d'agrafe (0.4%)
 - Atteintes d'organes du voisinage : rate, foie.
- Frezza EE, and all. Complications after sleeve gastrectomy for morbid obesity. Obes Surg. 2009
- Burgos AM, and all. gastric leak after laparoscopic-sleeve gastrectomy for obesity. Obes Surg. 2009

Complications précoces de la sleeve gastrectomy

- Liée aux sites de trocart (0.2%)
 - Infections
 - Événtrations, occlusions post opératoires précoces
- Médicales
 - Thrombo embolique (0.2%)
 - Syndrome des loges, rhabdomyolyse, Insuffisance rénale

Traitement des fuites gastriques

- Pas de consensus
- Préventif
 - Renforcement de la ligne d'agrafe
 - Surjet
 - Points séparés
 - Membrane synthétique type SEAMGUARD®

Traitement des fuites gastriques

- Curatif
 - Ré intervention chirurgicale précoce pour drainage pour éviter une évolution dramatique (fistule gastro-pleurale, gastro-bronchique)
 - Traitement endoscopique
 - Colle
 - Clips
 - Prothèse couverte

Colle chirurgicale synthétique



Haut pouvoir adhésif et hémostatique. Barrière antiseptique. Haut coefficient d'élasticité, imperméabilité totale aux liquides.

Renfort des sutures chirurgicales.

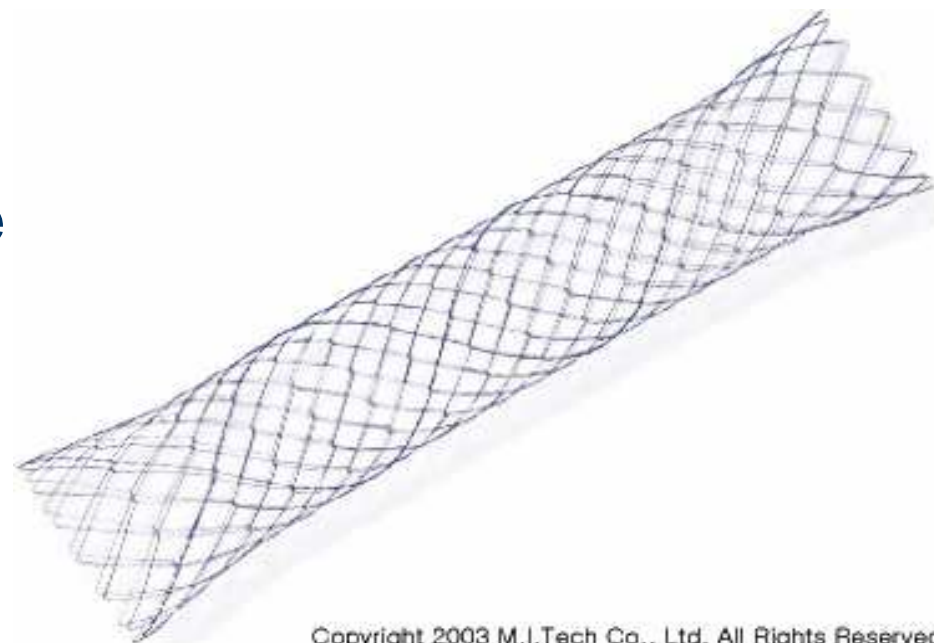
Prothèse Couverte

Stent non résorbable

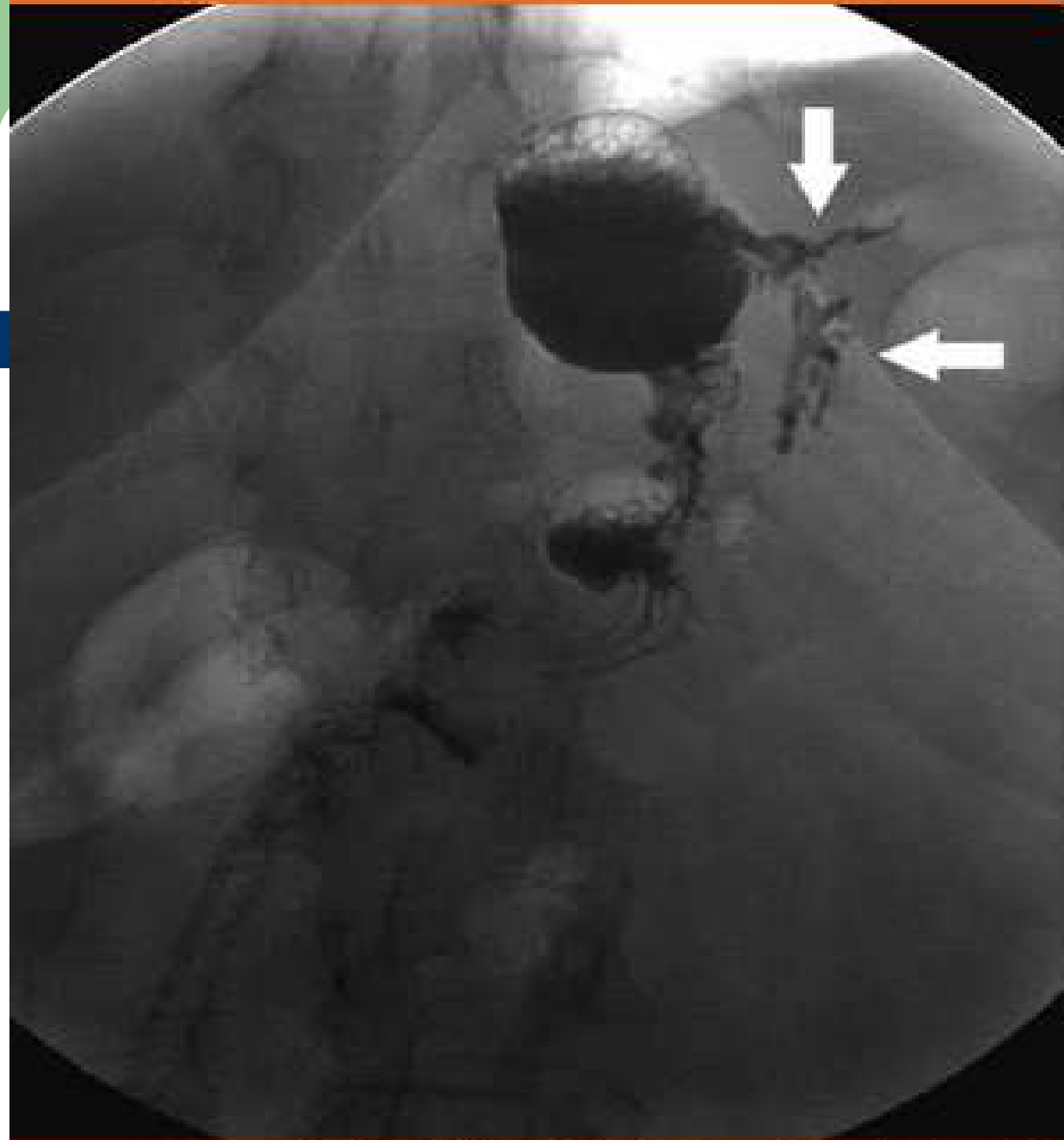
22 mm de diamètre

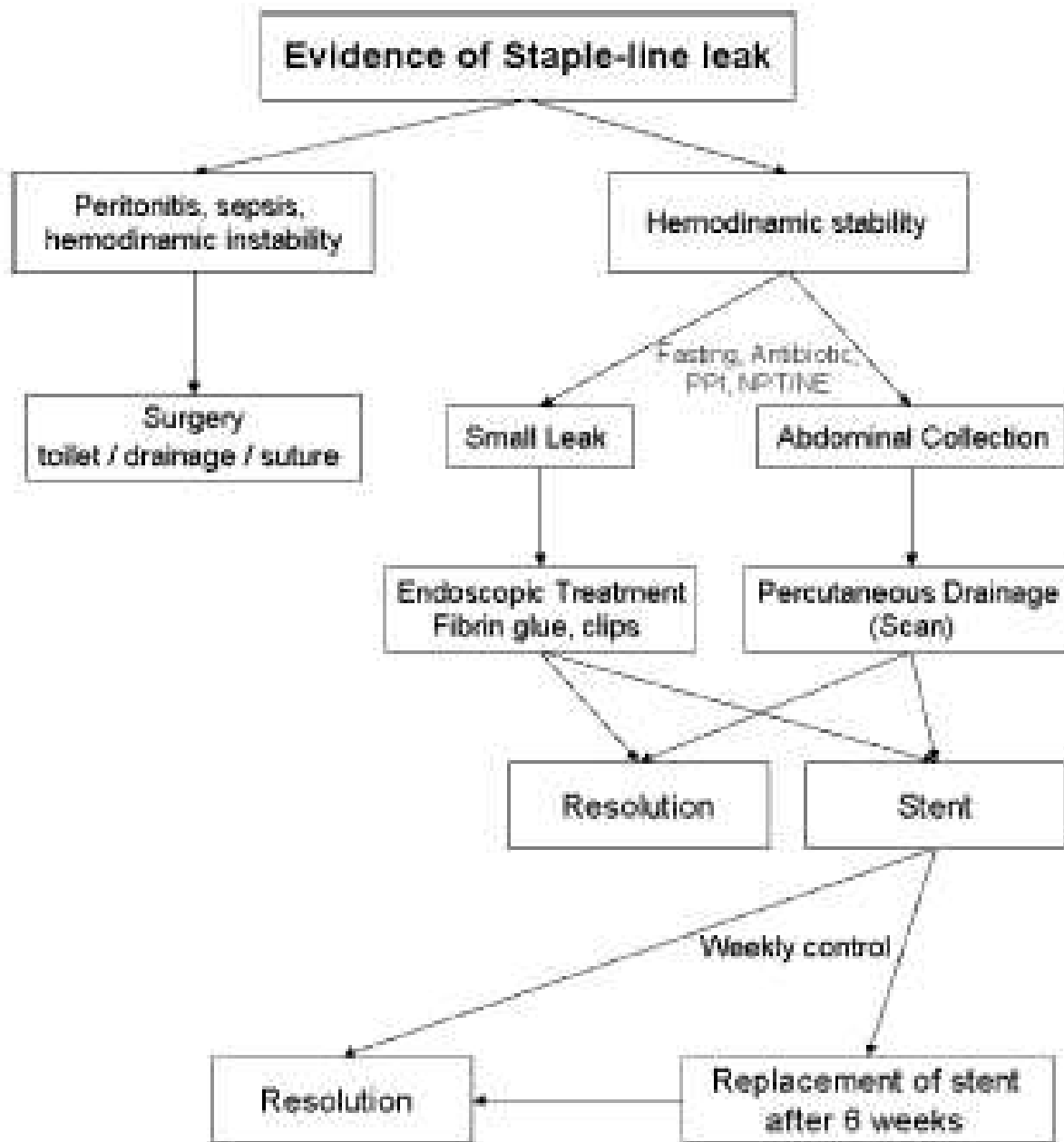
8 mm de long

Hanarostent®



Copyright 2003 M.I.Tech Co., Ltd. All Rights Reserved.





Références

1. Frezza EE, and all. Complications after sleeve gastrectomy for morbid obesity. *Obes Surg.* 2009 Jun;19(6):684-7.
2. Burgos AM, and all. gastric leak after laparoscopic-sleeve gastrectomy for obesity. *Obes Surg.* 2009 online.
3. Nocca D, and all. A prospective multicenter study of 163 sleeve gastrectomies: results at 1 and 2 years. *Obes Surg.* 2008 May;18(5):560-5
4. krekas G, and all. One year after laparoscopic "tight" sleeve gastrectomy: technique and outcome. *Obes Surg.* 2008 Jul;18(7):810-3.
5. Casella G, and all. Nonsurgical Treatment of Staple Line Leaks after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg.* 2009 Apr 21.
6. Akkary E, and all. Deciphering the sleeve: technique, indications, efficacy, and safety of sleeve gastrectomy. *Obes Surg.* 2008 Oct;18(10):1323-9.
7. Serra C, and all. Treatment of gastric leaks with coated self-expanding stents after sleeve gastrectomy. *Obes Surg.* 2007 Jul;17(7):866-72.