

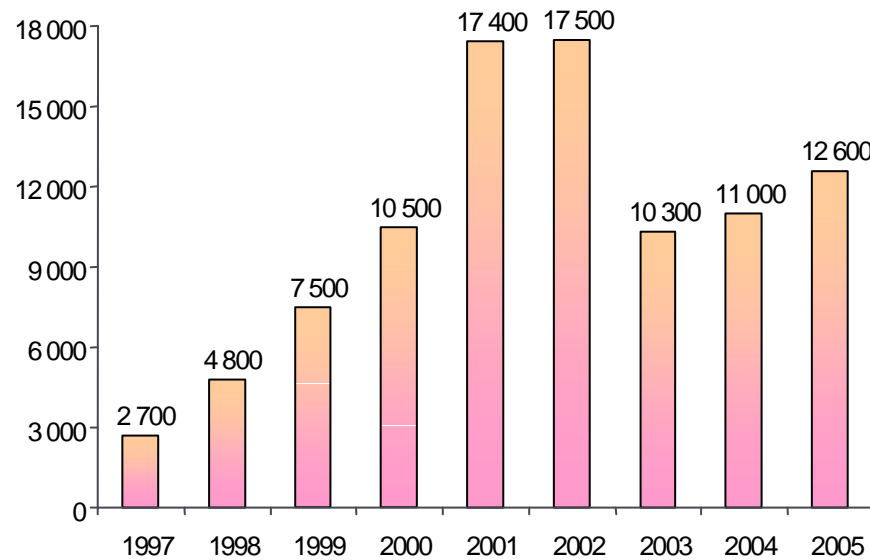
Urgences bariatriques à l'usage du chirurgien de garde

Dr Bourbao-Tournois CHU Tours

Non merci ...

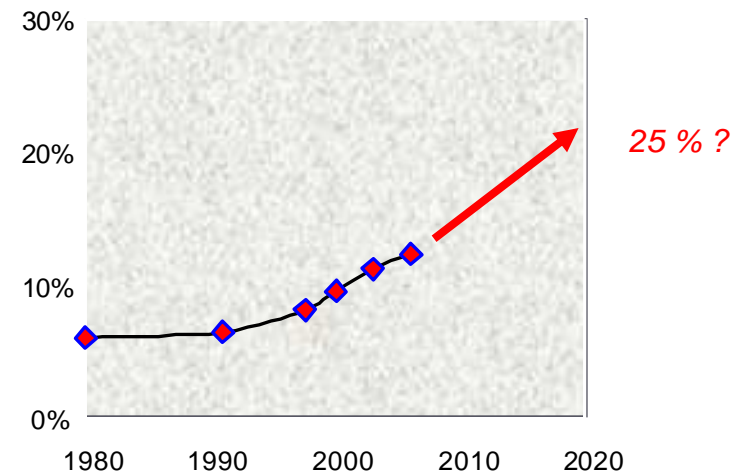


Il va falloir s'y faire...



Données PMSI, Oberlin 2007

> 100 000 patients opérés / 2008



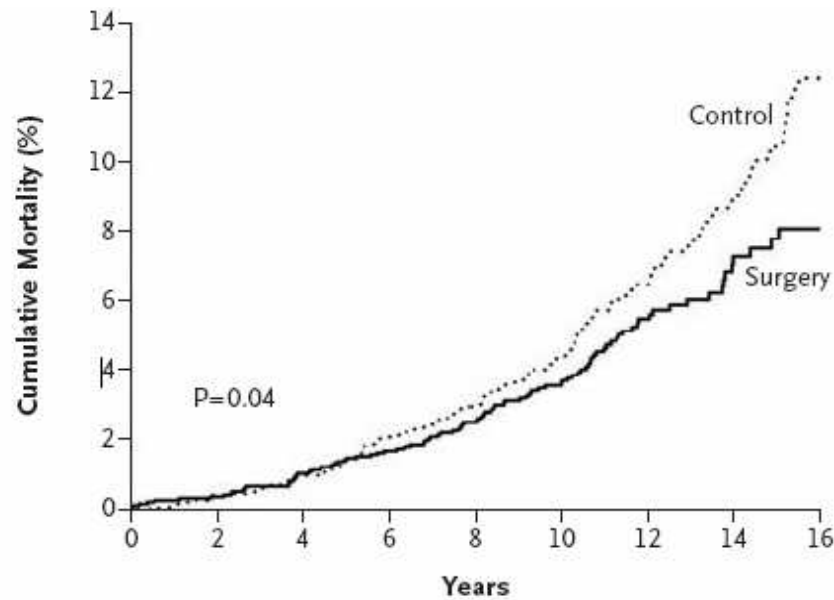
Etude OBEPI, Basdevant 2007



Mortalité après chirurgie bariatrique

SOS Study

Sjostrom *New Engl J Med* 2007



Gastric Bypass / 7 ans

Adams *New Engl J Med* 2007

Mortalité globale - 40 %

Diabète - 92%

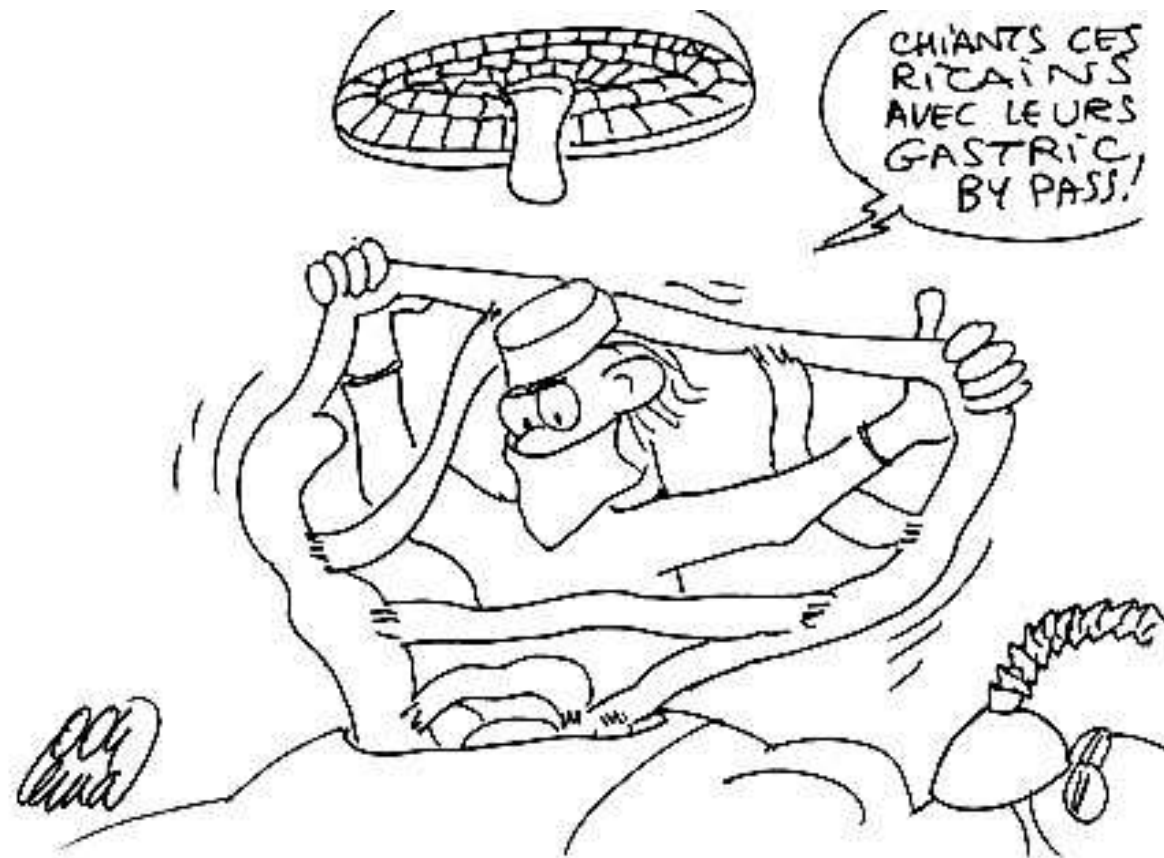
Cardio-vasculaire - 56%

Cancer - 60%

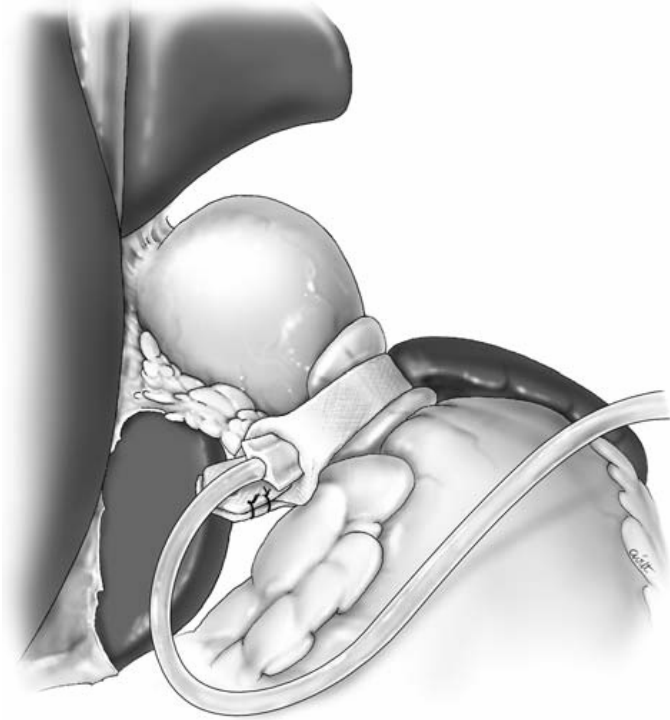
Causes accidentelles + 58%

(complications, réinterventions ...)

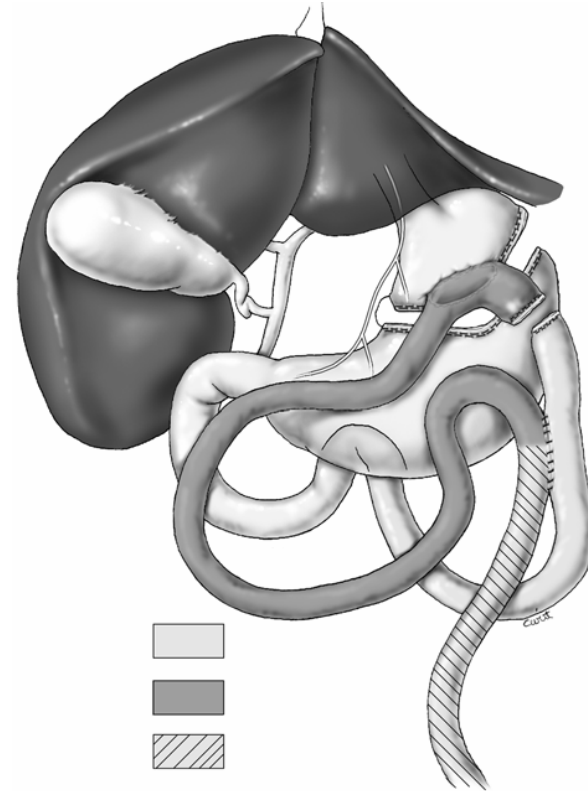
Prérequis : quelques connaissances en chirurgie bariatrique



En pratique



Anneau de gastroplastie
modulable



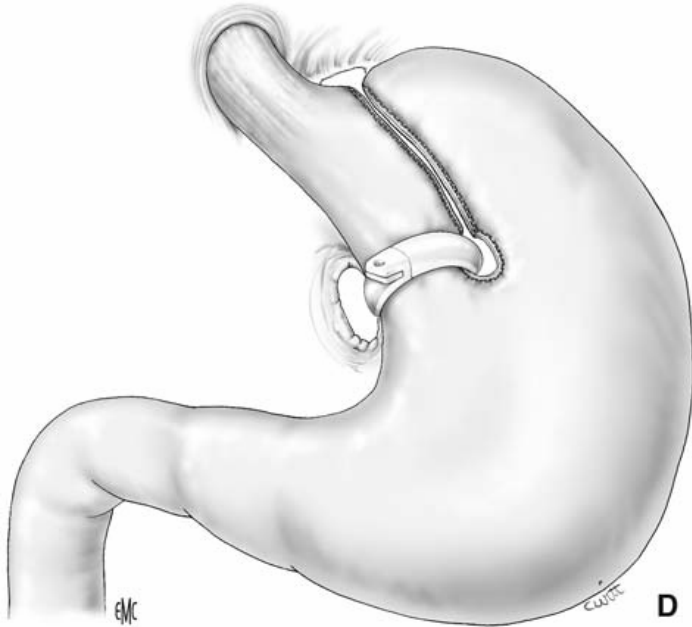
Gastric by pass (Loröth)



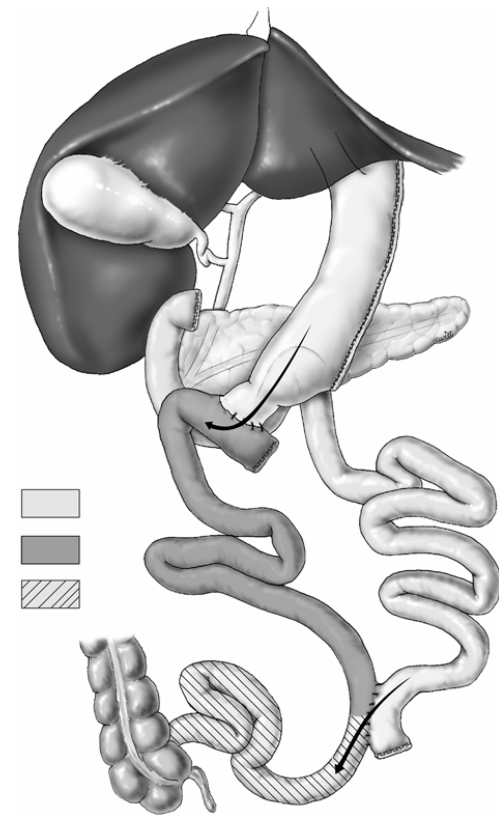
En pratique



En pratique



Gastrectomie
verticale calibrée de
Mason



Duodenal switch (Gagner)



Principes chirurgicaux

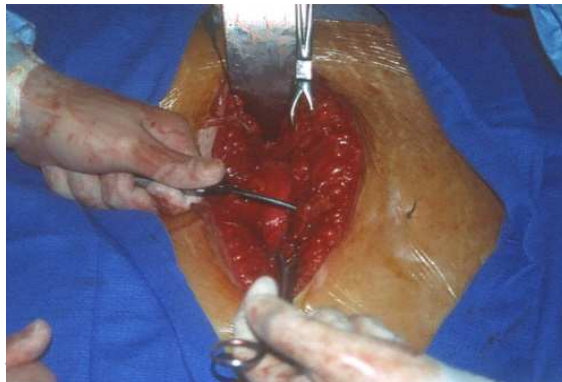
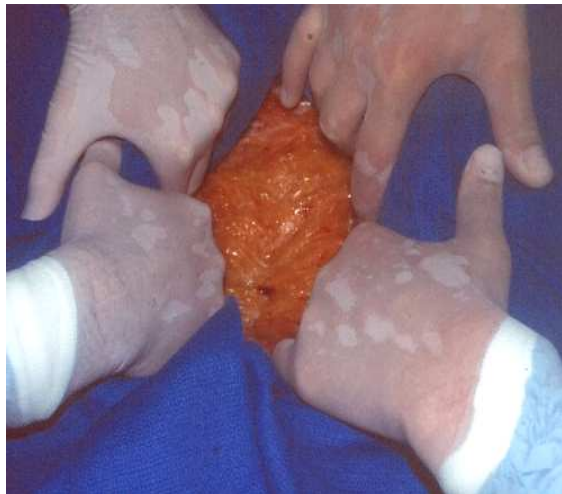
- ▶ Installation semi-assise avec table et appuis adaptés
- ▶ Attention aux points d'appui, risque majoré de rhabdomyolyse
- ▶ Abord chirurgical sous xyphoïdien sus ombilical
- ▶ Open coelio difficile : utilisation de l'aiguille de Veress après prise de contact avec l'aponévrose
- ▶ En cas de reprise chirurgicale précoce : reprise des orifices de trocards
- ▶ Utilisation de trocards et instruments longs peut être nécessaire





Laparotomie / obèse sévère

- médiane sous xyphoïdienne (± sous costale transverse)
- surinfection fréquente



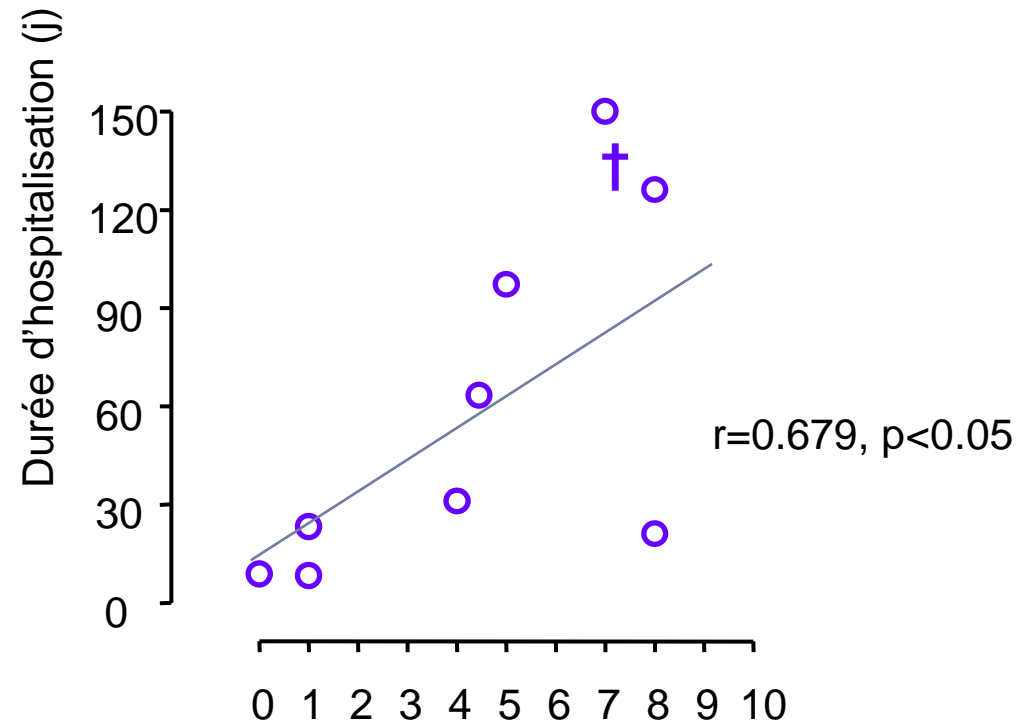
Plusieurs situations

- ▶ Urgences en rapport avec chirurgie bariatrique dépendantes du type de procédure réalisée
 - ▶ Complications postopératoires
 - ▶ Complications à distance
- ▶ Urgences sans rapport avec la chirurgie bariatrique chez un patient obèse :
 - ▶ Pathologie pariétale
 - ▶ Pathologie digestive classique
- ▶ Attention à la dénutrition et carences vitaminiques (VitB1)



Complications postopératoires

- ▶ Prise en charge urgente devant signes d'appel « bénins » tel que tachycardie ou polypnée
- ▶ Du délai de prise en charge de la complication dépend le pronostic
- ▶ Recommandations HAS avril 2009



Prise en charge des complications postopératoires précoces

Signes d'alerte en postopératoire :

- ▶ TACHYCARDIE,
 - ▶ Polypnée
 - ▶ Douleur
 - ▶ Tardivement fièvre et état septique
-
- ▶ Si possible en fonction de l'IMC du patient et son état clinique :
 - ▶ TDM recherche d'un abcès +/- drainage percutané
 - ▶ Sinon coelioscopie exploratrice
 - ▶ Test au bleu et TO : faux négatifs +++



Prise en charge des complications post-opératoires - fistule

- ▶ Au moindre doute coelioscopie exploratrice pour recherche de fistule et/ou abcès :
 - ▶ Installation semi assise
 - ▶ Reprise des orifices de trocards
 - ▶ test au bleu peropératoire
 - ▶ Drainage au contact d'une fistule de l'anastomose gastro-jéjunale (GBP) ou fistule gastrique (sleeve)
 - ▶ Réfection de l'anastomose jéjuno-jéjunale + gastrostomie de décharge sur l'estomac exclu

- ▶ Ablation d'anneau avec suture perforation



Prise en charge des fistules postopératoires

- ▶ La place du traitement endoscopique de la fistule après sleeve gastrectomy est à réserver au traitement d'une fistule bien drainée (drain chirurgical ou percutané) avec patient stable
- ▶ Se poser la question de la réanimation postopératoire car gravité +++
- ▶ Attention à la dénutrition sous-jacente



Hémorragie post-opératoire

- ▶ Après anneau ou sleeve gastrectomy : reprise pour hémostase et drainage (vaisseaux courts ou ligne d'agrafes)
- ▶ Après GBP :
 - ▶ Saignement intraabdominal : reprise pour drainage
 - ▶ Saignement endoluminal
 - ▶ Hématémèse provient de la poche gastrique ou anastomose gastro-jéjunale : hémostase endoscopique possible mais risque de perforation
 - ▶ Mélénae peut provenir de l'estomac exclu ou de l'anastomose jéjuno-jéjunale
 - ▶ Peut nécessiter reprise chirurgicale , risque de fistule par dilatation de la poche gastrique ou de l'estomac exclu
 - ▶ TDM pour évaluation estomac exclu



Occlusion postopératoire précoce

- ▶ Penser à l'éventration étranglée sur orifice de trocard de diagnostic clinique difficile
- ▶ Hernie interne (espace de Petersen)
- ▶ Volvulus ou twist ou sténose (défaut technique) de l'anastomose jéjuno-jéjunale dans le GBP



Complications post-opératoires

- ▶ Recommandations HAS 2009
- ▶ Tachycardie = signe d'alerte majeur
=> TDM voire coelio explo d'emblée
- ▶ Prise en charge urgente accessible au chirurgien de garde
- ▶ Réanimation post-opératoire fréquente



Urgences tardives selon les procédures

- ▶ Anneau modulable
 - ▶ Glissement
 - ▶ Migration intragastrique
- ▶ GBP
 - ▶ Occlusion sur hernie interne
 - ▶ Ulcère anastomotique
 - ▶ Sclérose mésocolique



Urgences après anneau modulable

- ▶ **Situations cliniques**

- ▶ Vomissements / intolérance alimentaire aigue
- ▶ Problème de boitier

- ▶ **Complications spécifiques**

- ▶ Glissement : 1 - 5 %
- ▶ Migration intragastrique : 1% à 3 ans avec incidence qui augmente avec le temps



Vomissements après anneau

- ▶ **Impaction alimentaire** : FOGD en urgence + éducation
 - ▶ **Glissement d'anneau**
 - ▶ Dégonfler l'anneau en urgence +/- sous repérage radio du boitier (asepsie ++)
 - ▶ Réalisation d'un TODG si suspicion de glissement
 - ▶ Chirurgie en urgence pour ablation d'anneau si volvulus non résolutif après dégonflage de l'anneau +/- FOGD :
 - ▶ sous coelioscopie, réduction du volvulus , ablation de l'anneau en le sectionnant sans chercher à le visualiser dans sa totalité
 - ▶ Gastrectomie totale en urgence décrite dans la littérature si prise en charge tardive avec nécrose
-



Glissement d'anneau



Dilatation de poche



Volvulus poche gastrique avec absence de passage du produit de contraste

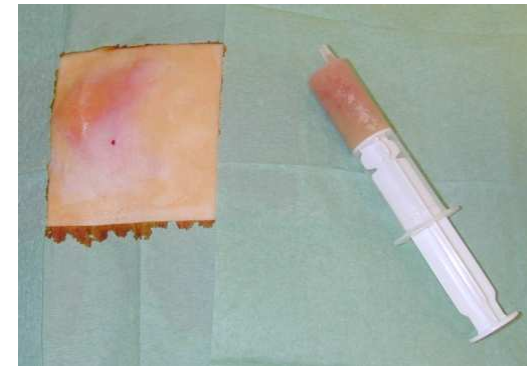


Migration intragastrique

- ▶ Complication tardive (à 3 ans en moyenne)
- ▶ Point d'appel est souvent l'infection du boitier de gonflage , prise de poids , disparition de la restriction
- ▶ Exploration par FOGD qui peut permettre l'ablation de l'anneau par voie gastrique si migration importante + geste conjoint pour ablation du boitier et de la tubulure
- ▶ Rarement une urgence vitale
- ▶ Peut se présenter avec péritonite généralisée : ablation d'anneau en urgence par section de la boucle ou gastrotomie à distance



Surinfection boitier



ponction
± ablation boitier
FOGD



Migration intragastrique



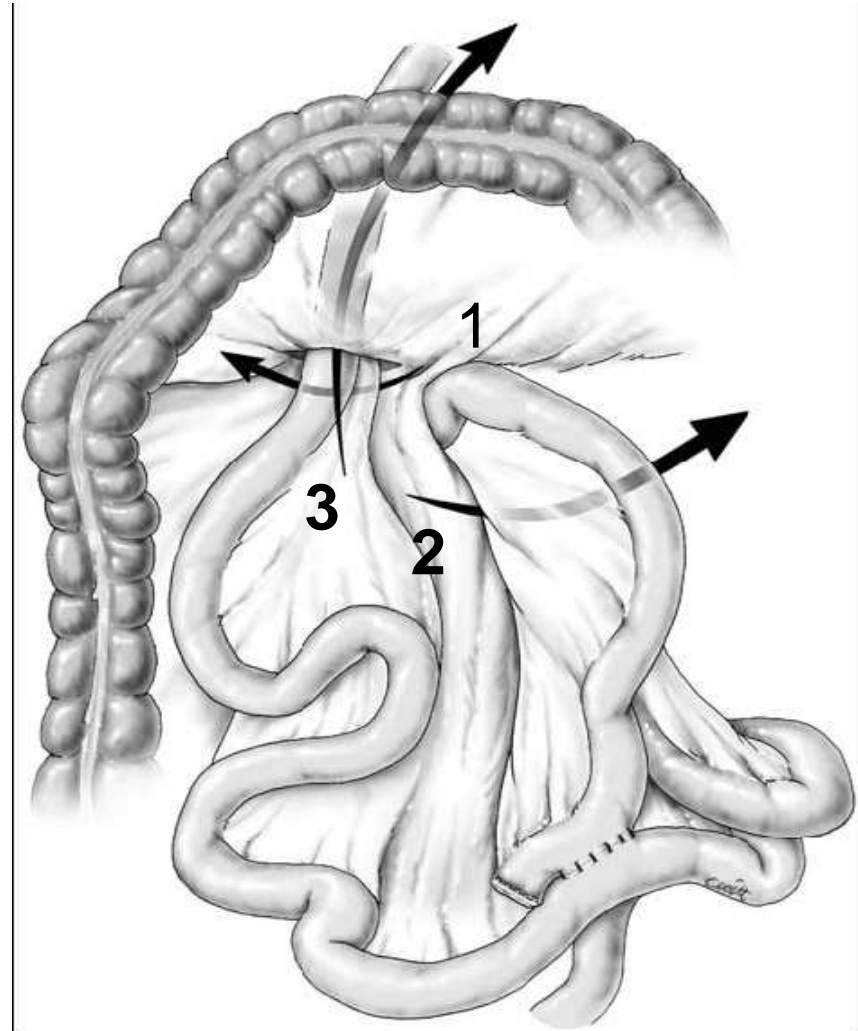
Douleurs abdominales après GBP

- ▶ Occlusion par torsion de l'anse biliopancréatique (kinking) en amont de l'anastomose jéjuno-jéjunale
 - ▶ Diagnostic difficile car douleurs isolées, hoquet, douleur scapulaire
 - ▶ ASP : distension gastrique avec niveau hydroaérique
 - ▶ Dilatation de l'estomac exclu vue au TDM pouvant aboutir à une perforation nécessitant prise en charge chirurgicale urgente
 - ▶ Réalisation d'une gastrostomie de décharge +/- réfection de l'anastomose jéjuno-jéjunale



Douleurs après GBP

- ▶ Occlusion par hernie interne :
 1. Espace de Petersen
 2. Fenêtre mésentérique au niveau de l'anastomose jéjunale au pied de l'anse
 3. Fenêtre mésocolique (anse rétrocolique)
- ▶ Survient le plus souvent tardivement, après amaigrissement



Douleurs après GBP

- ▶ Diagnostic difficile si occlusion de l'anse biliopancréatique
- ▶ Vomissements bilieux signent une occlusion de l'anse commune
- ▶ Diagnostic sur TDM : grêle plat/grêle dilaté , torsion des vaisseaux mésentériques
- ▶ Intervention en urgence pour réduction de la hernie interne et fermeture des brèches péritonéales sous coelioscopie

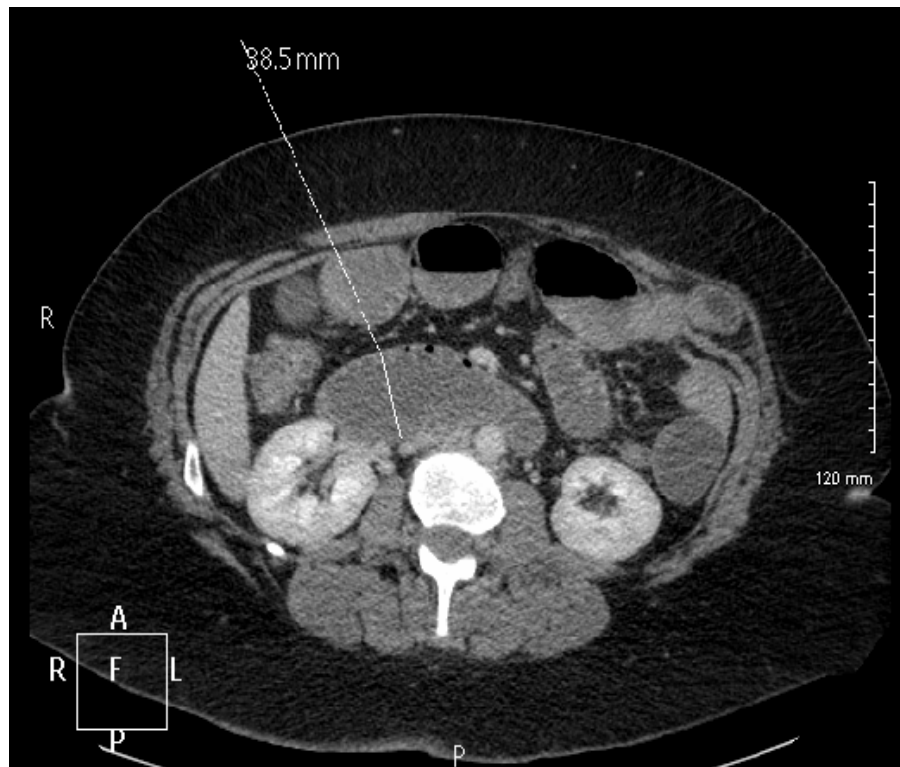


Événtration étranglée sur orifice de trocard

- ▶ Diagnostic clinique difficile chez l'obèse
- ▶ Expression clinique variable selon le segment digestif concerné
- ▶ Intervention en urgence pour désincarcération +/- résection



Événtration étranglée sur orifice de trocard



Douleurs après GBP

- ▶ Sclérose rétractile du mésocolon :
 - ▶ occlusion de l'anse alimentaire rétro-colique au niveau du passage transmésocolique avec vomissements alimentaires
 - ▶ Survient le plus souvent dans les 5 premières semaines postopératoires
 - ▶ TODG ou TDM avec opacification : sténose de l'anse lors de son passage transmésocolique
 - ▶ Intervention pour résection fibrose



Ulcère de l'anastomose gastro-jéjunale

- ▶ Vomissements sans arrêt du transit, douleurs rétrosternales voire hématemèse survenant dans les premiers mois postopératoires
- ▶ Diagnostic par FOGD
- ▶ Peuvent être le signe d'une fistule gastro-gastrique (reperméabilisation de l'agrafage)
- ▶ Peuvent évoluer vers une sténose anastomotique
- ▶ Évolution favorable avec IPP sauf si fistule gastro-gastrique (reprise chirurgicale difficile)



Douleurs ou sd occlusif après GBP

- ▶ TDM en urgence avec opacification digestive haute
- ▶ Traitement chirurgical en urgence :
 - ▶ Si possible sous coelioscopie
 - ▶ Levée de l'obstacle
 - ▶ Fermeture des brèches
- ▶ Ulcère : FOGD



Urgences de chirurgie générale

- ▶ Symptomatologie souvent frustrée
- ▶ Pathologie pariétale fréquente et de diagnostic difficile si éventration de petite taille chez patient encore obèse
- ▶ Pathologie lithiasique favorisée par modification de la physiologie de digestion (GBP et DS) et amaigrissement
- ▶ Problème de l'accès de la voie biliaire principale après GBP +++ : technique du rendez vous avec reperméabilisation chirurgicale du cul de sac jéjunal permettant la réalisation d'un KTR



Conclusion

- ▶ Des patients pas tout à fait comme les autres mais qui sont une part grandissante de la population générale
- ▶ Essor important de la chirurgie bariatrique qui ne peut plus être ignoré
- ▶ Piège principal : patients souvent paucisymptomatiques avec examen clinique peu contributif mais nécessitant une prise en charge chirurgicale urgente

