

RÉVERSION LAPAROSCOPIQUE D'UN BYPASS GASTRIQUE

M. Sodji

Limoges - FRANCE

Le bypass gastrique est considéré comme le gold standard de la chirurgie bariatrique avec une perte d'excès de poids à quatre ans de plus de 50% chez 71,4% des patients obèses morbides [1]. Il est présenté comme une technique irréversible ou difficilement réversible en opposition aux gastroplasties par anneau [2, 3]. Ce caractère d'irréversibilité est un paramètre important lors du choix de la technique par l'équipe multidisciplinaire et le patient. Son mécanisme d'action reste inconnu et comporte une composante restrictive et malabsorptive. Les conséquences malabsorptives du bypass gastrique sont moins importantes que les composantes restrictives par rapport aux interventions malabsorptives pures (diversion bilio-pancréatique de Scopinaro ou de Marceau) [4]. Nous rapportons un cas de réversion laparoscopique d'un bypass gastrique en Y de Roux chez une patiente souffrant d'une stéatorrhée massive et d'amaigrissement continu.

MOTS CLÉS : Obésité morbide, Chirurgie bariatrique, Bypass gastrique, Laparoscopie, Irréversibilité, Stéatorrhée, Réversion.

□ PATIENTS ET MÉTHODE

En janvier 2005, un bypass gastrique calibré avec anse en Y de Roux [5, 6] était réalisé chez une patiente de 57 ans qui présentait une obésité morbide avec un IMC de 40 kg/m² (100 kg pour 1,60 m) associée à un RGO avec œsophagite stade II et un angor avec des coronaires normales, une dyslipidémie, une intolérance au glucose et une lithiase vésiculaire asymptomatique. La patiente n'avait pas d'antécédents d'éthylisme, ni de troubles digestifs, ni d'intolérance alimentaire quelconque. L'endoscopie digestive était normale et les biopsies muqueuses gastriques n'avaient pas révélé de surinfection gastrique à *Helicobacter pylori*.

L'anastomose jéjuno-jéjunale était latéro-latérale mécanique et l'anastomose gastro-jéjunale linéaire antéro-latérale mécanique. Une cholécystectomie était réalisée dans le même temps opératoire. L'anse biliaire mesurait 40 cm et l'anse alimentaire, 75 cm (Fig. N° 1).

La patiente a présenté plusieurs complications à distance de l'intervention dans la première année postopératoire, toutes opérées par coelioscopie : éventration étranglée, brides, hernie par le trou de Petersen étranglée.

Un an après le bypass, la complication majeure a été une stéatorrhée avec 7 à 8 selles grasses par jour (40 à 60 g de graisses dans les selles par jour).

Le bilan étiologique de cette stéatorrhée à la recherche d'une cause pancréatique ou intestinale ou tumorale (biologie, endoscopie, radiologie, scanner, IRM, octréoscanner) a été négatif. Un régime sans graisses et un traitement symptomatique (extraits pancréatiques) avaient été institués.

Trente-deux mois après l'intervention, la patiente présentait toujours la stéatorrhée, des carences vitaminiques multiples

(hydrosolubles), sans dénutrition protéique, un IMC à 17kg/m² nécessitant des hospitalisations pour réanimation parentérale.

Devant l'apparition des conséquences de la stéatorrhée (incontinence anale, irritation anale et aggravation de l'amaigrissement), nous avons proposé à la patiente une réversion du bypass gastrique en septembre 2007.

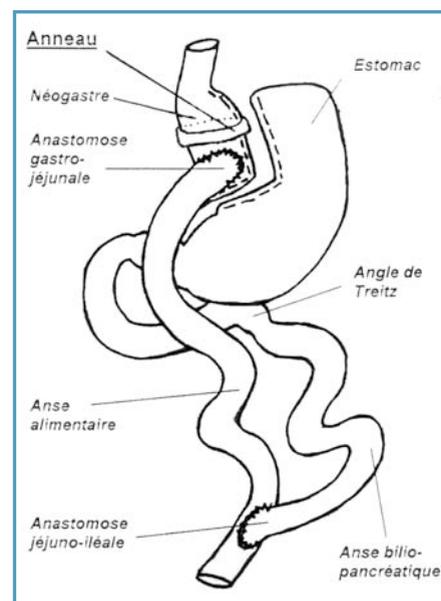


Fig. N° 1 Bypass calibré

□ TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La position opératoire était la "position française". Le chirurgien était positionné entre les jambes avec 2 aides. Après création du pneumopéritoine dans l'hypochondre gauche, 7 trocarts étaient positionnés en 3 rangées. Une adhésiolyse était réalisée pour identifier la région hiatale, l'anse alimentaire, l'anse bilio-digestive et l'anse commune. Aucune anomalie n'a été notée (pas de sténose ni dilatation ni anse borgne). Nous

avons refait toutes les mesures des anses alimentaire, biliaire et commune avec le même matériel que lors de l'intervention initiale (pince marquée et lac) et dans les mêmes conditions (anse non tendue). L'anse alimentaire mesurait 75 cm, l'anse bilio-pancréatique 40 cm et l'anse commune 5,75 m. Les anastomoses étaient intactes sans sténose ni dilatation. L'identification des 2 estomacs (poche gastrique et estomac restant) a été difficile en raison d'une fistule gastro-gastrique débutante.

La procédure de réversibilité (Fig. N°2) que nous avons choisie a comporté :

- une dégastrojéjunostomie au crochet coagulateur avec fermeture du moignon jéjunal,
- une anastomose gastro-gastrique mécanique à l'Echelon 60 recharges vertes avec Seamguard® (Photos 1, 2, 3). Les gastrotomies ont été fermées manuellement par plusieurs surjets de fil non résorbable,
- une exérèse de l'anse alimentaire au-dessus de l'anastomose jéjuno-jéjunale en raison de sa longueur (minimale) 75 cm (Photos 4, 5, 6).

Ainsi le circuit gastro-gastrique et jéjunal a été rétabli. L'intervention a duré 240 min.

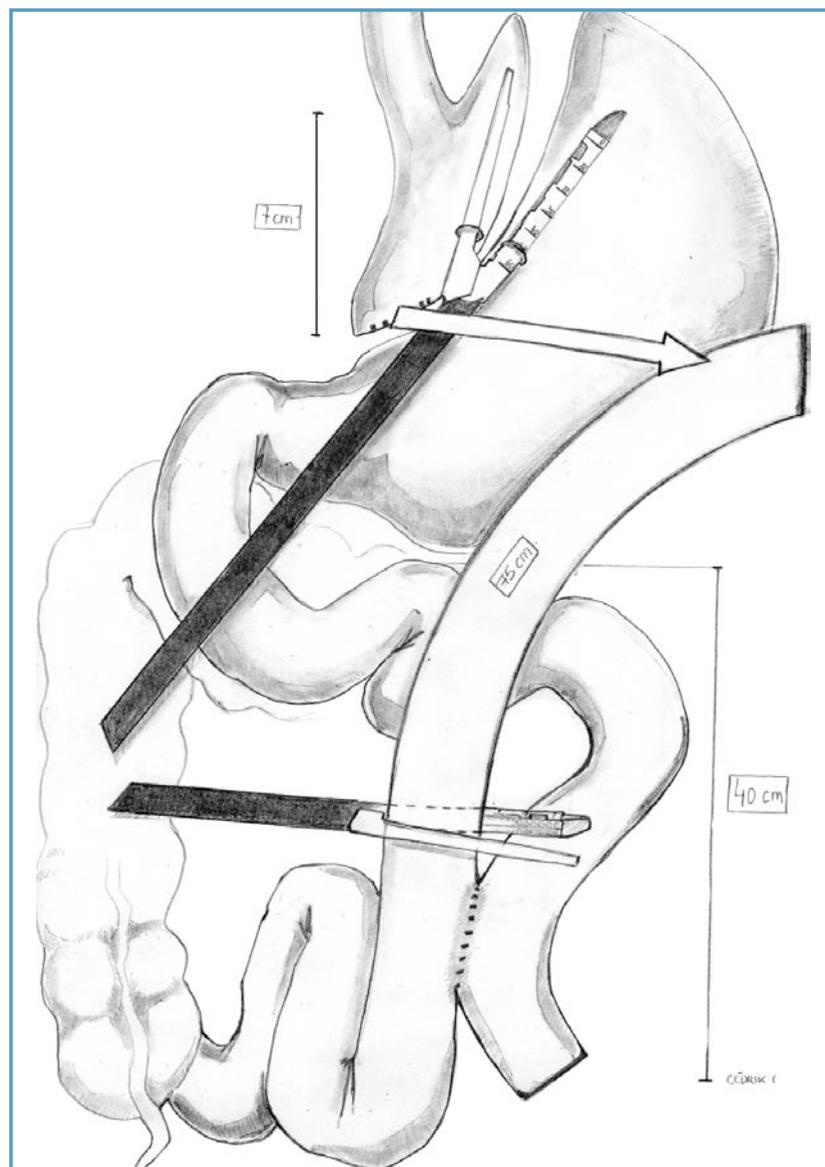


Fig. N° 2 Réversion laparoscopique du bypass gastrique
Illustration : Cédrik Coussy

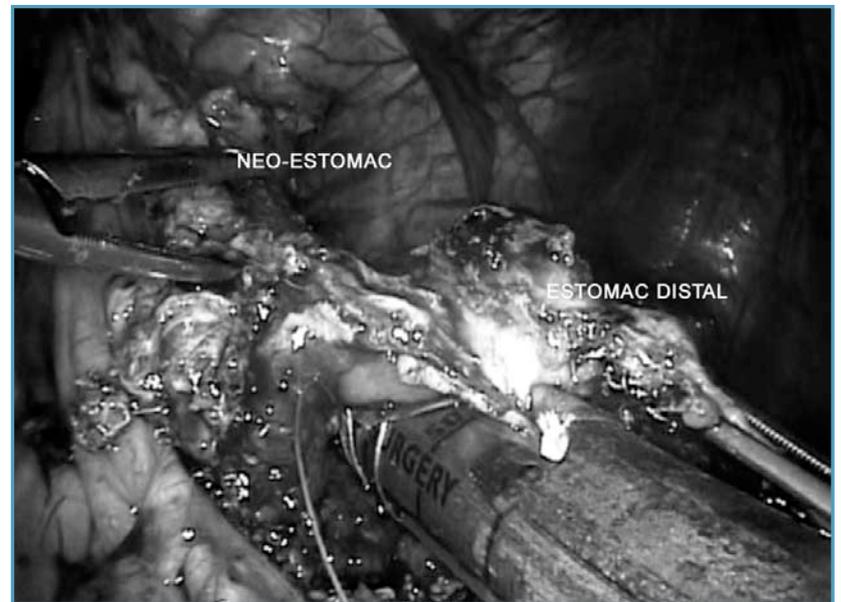


Photo N° 1 Anastomose gastro-gastrique

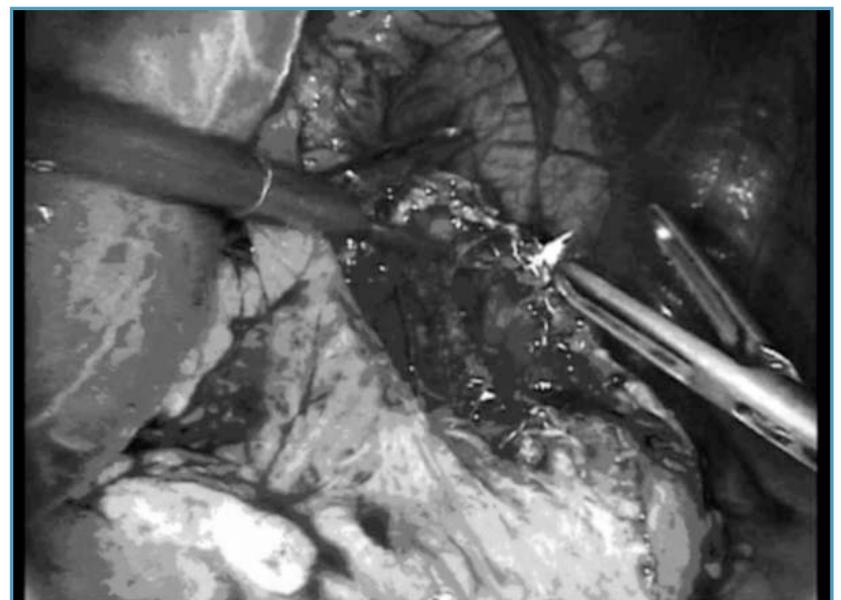


Photo N° 2 Anastomose gastro-jéjunale faite



Photo N° 3 Estomac reconstitué

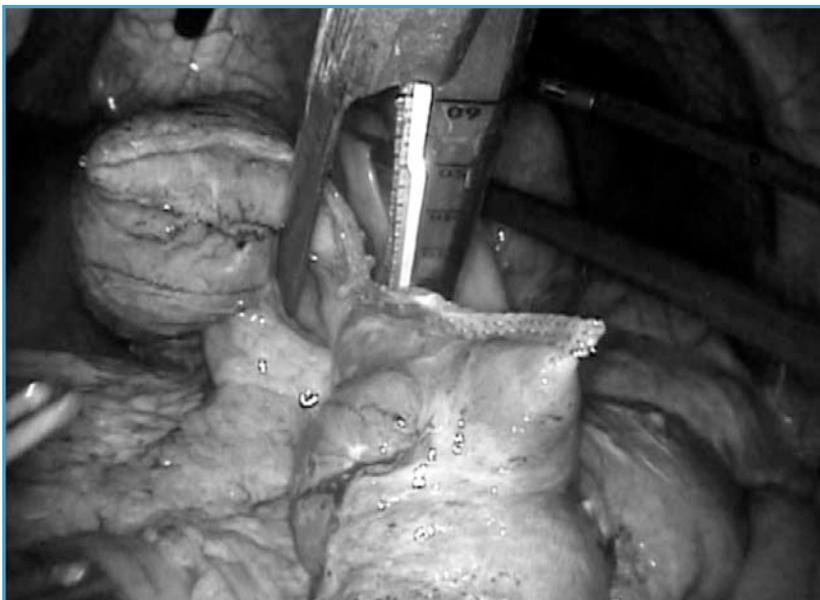


Photo N° 4 Section jéjunale au-dessus de l'anastomose jéjuno-jénale



Fig. N° 3 Radiographie de l'estomac reconstitué

□ RÉSULTATS

Les suites opératoires ont été simples. Le contrôle radiologique à J4 était normal, la normalisation du transit intestinal a été rapide et la stabilisation pondérale immédiate. L'histologie du jéjunum était normale. Cliniquement et biologiquement, il n'y avait plus de stéatorrhée. Après 6 mois de recul, la patiente a repris 10 kg et n'a plus de carences vitaminiques. En mars 2008, son IMC était à 24 kg/m² et elle a bénéficié d'une dermolipectomie abdominale.

□ DISCUSSION

Le bypass gastrique avec anse en Y de Roux est présenté comme une intervention irréversible [1, 2]. Himpens et coll. ont rapporté le premier cas de réversibilité laparoscopique de bypass gastrique [7].

L'indication était un dumping syndrome handicapant. La technique a comporté une section de l'anse alimentaire au-dessous de l'anastomose gastro-jéjunale, une gastrogastrostomie manuelle, une section de l'anse bilio-pancréatique et une anastomose jéjuno-jéjunale [7].

Pour Himpens et coll., les indications de réversibilité d'un bypass gastrique comportent le dumping syndrome handicapant, l'amaigrissement continu, la mauvaise tolérance psychologique du bypass... [7].

Notre indication a été une stéatorrhée massive inexplicée survenue un an après le bypass avec des carences en vitamines hydrosolubles et en oligoéléments sans dénutrition protéique et un amaigrissement continu nécessitant des hospitalisations avec réanimation parentérale. Chez notre patiente, les mesures des anses étaient minimales (40 cm pour l'anse bilio-pancréatique et 75 cm pour l'anse alimentaire). Dans notre série, la longueur de l'anse alimentaire dépend de l'IMC. Elle est de 75 cm, 100 cm, 150 cm pour des IMC compris respectivement entre 30 et 45, 45 et 50 et supérieur à 50. L'anse bilio-pancréatique est de 40 cm pour tous les patients. L'anse



Photo N° 5 Section du mésentère

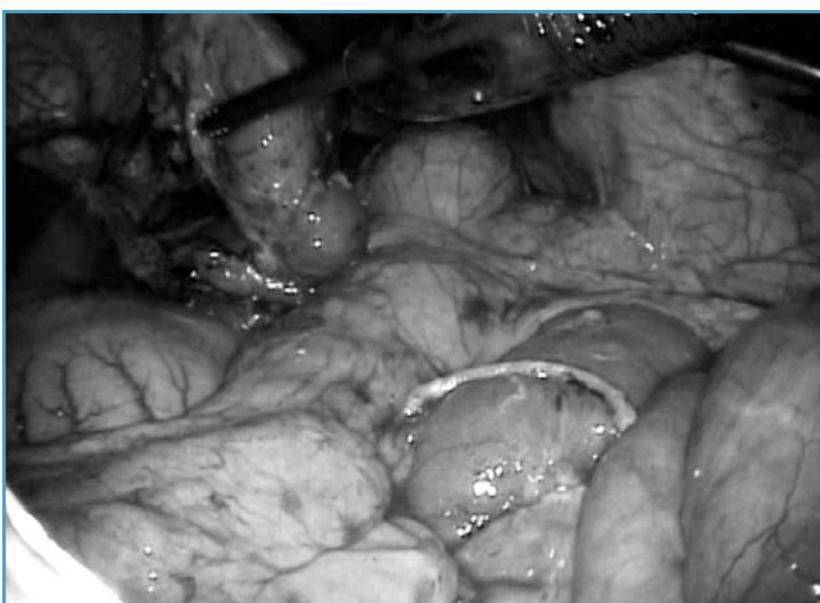


Photo N° 6 Ancienne anastomose jéjuno-jénale

commune mesurée lors de la procédure de réversibilité était de 5,75 m.

Il ne s'agissait donc pas d'un bypass gastrique malabsorptif long ou distal (anse commune mesurée entre 60 à 100 cm) pouvant se compliquer de stéatorrhée [8]. La patiente n'avait pas de grêle court. Il est admis que le syndrome de grêle court ne donne pas de stéatorrhée mais une diarrhée. La patiente n'avait pas de pathologie tumorale (somatostatine) [9, 10] ni de pancréatite chronique. L'insuffisance pancréatique externe n'entraînant de stéatorrhée que si le débit de lipasémie est en dessous d'un seuil de 10% par rapport à la sécrétion normale [11]. Chez les patients n'ayant pratiquement plus de sécrétions pancréatiques, un apport exogène d'extraits pancréatiques, qui ne rétablit qu'une sécrétion duodénale de 5% de la normale, corrige pratiquement la stéatorrhée. Elle n'avait pas non plus d'anomalies intestinales (anse borgne) entraînant une pullulation microbienne. Il reste à apprécier le rôle déclenchant de la hernie de Petersen dans la genèse de cette stéatorrhée. La stéatorrhée a persisté plus d'un an après la cure de la hernie par le trou de Petersen.

Enfin, la normalisation du transit et la disparition de la stéatorrhée après la réversion prouvent que ces troubles inexplicables du transit étaient liés au bypass gastrique malgré les mesures intestinales minimales des anses alimentaire et bilio-pancréatique.

S'agissant de la technique chirurgicale de réversibilité du bypass gastrique, on peut d'ores et déjà isoler deux concepts :

- la gastrogastromie et la jéjunojéjunostomie, c'est-à-dire la technique de Himpens [7],

- la gastrogastromie et la résection de l'anse alimentaire au-dessus de l'anastomose jéuno-jéjunale, notre technique.

Nous avons choisi cette dernière option en raison de la longueur minimale de l'anse alimentaire (75 cm) et de la longueur de l'anse commune (5,75 m).

L'anastomose gastro-gastrique peut être manuelle ou mécanique (circulaire ou linéaire). Il est important de bien individualiser les deux estomacs. Chez notre patiente, une fistule gastro-gastrique débutante a pu être isolée et fermée.

Il en ressort que les conditions de réversibilité du bypass gastrique sont plus ou moins difficiles en fonction de plusieurs paramètres :

- le "micro pouch" gastrique : en l'absence de dilatation, on peut craindre une identification difficile du néogastre et se retrouver avec un moignon gastrique réduit et sous-cardial. On privilégiera une anastomose gastro-gastrique mécanique selon la technique de Gagner,

- l'exérèse du fundus lors du bypass : si cette exérèse est importante, il faudrait prévoir une large dissection et mobilisation de l'estomac distal avec conservation des vaisseaux de la grande courbure,

- le siège de l'anse alimentaire (précolique ou rétrocolique) : on peut imaginer que les adhérences soient plus importantes en rétrocolique qu'en précolique, rendant difficile sa libération.

Sur le plan technique, la facilité et la réussite d'une réversion d'un bypass gastrique en Y de Roux dépendent des choix qui ont été faits lors de la procédure initiale :

- notre néogastre est vertical et est toujours mesuré à 7 cm, le long de la petite courbure pour la réalisation du bypass calibré selon la technique de Fobi [5, 6],

- nous disséquons le néogastre au contact de l'estomac pour éviter de sectionner les nerfs de Latarjet ou de la patte-d'oie et préserver ainsi l'innervation de l'étage sus-mésocolique.

En fait, toute la réversion se réalise donc au niveau de l'estomac. La jéjunojéjunostomie n'est pas indispensable. D'ailleurs, la fistule gastro-gastrique n'est-elle pas un début de réversion puisque les patients consultent pour une reprise pondérale?

Enfin, lors du choix de la technique par les patients, le caractère d'irréversibilité du bypass gastrique joue un rôle important sinon majeur dans leur décision par rapport à la gastroplastie par anneau qui est présentée comme une technique réversible [1, 2]. Ils confondent souvent irréversibilité et radicalité du résultat.

L'obésité morbide est une maladie multifactorielle, chronique avec un versant émotionnel important. La réversion laparoscopique du bypass gastrique règle le problème de l'estomac restant [12], des carences nutritionnelles majeures et de certains effets secondaires handicapants telle l'hypoglycémie sévère [13]. Elle peut être difficile et les risques opératoires importants. Si elle devient courante, elle risque de créer d'autres indications notamment lors d'une mauvaise tolérance psychologique du bypass gastrique avec des problèmes médico-légaux qui sont déjà importants avec le bypass gastrique et qui remettront en cause l'indication initiale.

Toutes les précautions lors du choix et de la réalisation du bypass gastrique seront déterminantes pour la réversion.

Seul le temps est dit irréversible. Or, le poids avec ses conséquences comme l'obésité, l'amaigrissement, le régime, la chirurgie bariatrique tournent autour du temps. Même si toutes les techniques de chirurgie bariatrique deviennent réversibles, il restera quelque "chose d'irréversible" en postopératoire dès lors que l'acte chirurgical sera pratiqué.

CONCLUSION

Le bypass gastrique avec anse en Y de Roux est une intervention réversible en laparoscopie et l'indication de réversibilité doit être objective et exceptionnelle et décidée par une équipe multidisciplinaire.

Clinique des Emailliers
1, rue Victor Schoelcher
87042 Limoges - France
maximesodji@voila.fr

RÉSUMÉ

Le bypass gastrique avec anse en Y de Roux est présenté comme une intervention irréversible ou difficilement réversible. L'auteur rapporte un cas de réversion laparoscopique avec des suites simples, pour une indication de stéatorrhée sévère, un an après un bypass gastrique. La technique décrite comporte une gastrogastrostomie et une résection de l'anse alimentaire au-dessus de l'anastomose jéjuno-jéjunale.

SUMMARY (KEY WORDS : Morbid obesity, Bariatric surgery, Gastric bypass, Laparoscopy, Irreversibility, Steatorrhea, Reversion)

The Roux-en-Y gastric bypass is presented as an irreversible or extremely difficult to reverse intervention. The author reports a case of laparoscopic reversion with simple follow-up, for an indication of severe steatorrhea, one year after a gastric bypass. The described technique includes a gastrogastrostomy and a resection of the alimentary jejunal limb above the jejunum-jejunum anastomosis.

RIASSUNTO (PAROLE CHIAVE : Obesità grave, Chirurgia bariatrica, Bypass gastrico, Laparoscopia, Irreversibilità, Steatorrea, Reversione)

Il bypass gastrico con ansa alla Roux è presentato come un intervento irreversibile o difficilmente reversibile. L'autore riporta un caso reversione laparoscopica con un decorso regolare, per una indicazione di steatorrea severa un anno dopo il bypass gastrico. La tecnica descritta comporta una anastomosi gastro-gastrica e una resezione dell'ansa alimentare al di sopra dell'anastomosi digiuno-digiunale.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - SUTER M, PAROZ A, CALMES JM, GIUSTI V : European experience with laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in 466 obese patients. : *Br. J. Surg.* 2006 ; 93 : 726-32.
- 2 - HIMPENS J, ROGGE F, LEMAN G, SONNEVILLE T : Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass to a silicone inflatable band. : *Le jour. de Cœlio-chir.* 2002 ; 42 : 77-80.
- 3 - ZIMMERMAN JM, BLANC M, MASHOYAN P, ZIMMERMANN P, ZIMMERMANN E : Le gastric bypass réversible par laparoscopie. : *Le jour. de Cœlio-chir.* 2002 ; 42 : 72-76.
- 4 - SCOPINARO N, ADAMI GF, MARINARI GM, GIANETTA E, TRAVERSO E, FRIEDMAN D, CAMERINI G, BASCHIERI G, SIMONELLI A : Biliopancreatic diversion. : *World J. Surg.* 1998 ; 22 : 936-46.
- 5 - FOBI M : Why the operation I prefer is silastic ring vertical gastric bypass ? : *Obes. Surg.* 1991 ; 1, 4 : 423-426.
- 6 - SODJI M : Le bypass gastrique calibré : résultats préliminaires. A propos des 108 derniers patients opérés. : *Le jour. de Cœlio-chir.* 2007 ; 62 : 64-67.
- 7 - HIMPENS J, DAPRI G, CADIÈRE GB : Laparoscopic conversion of the gastric bypass into normal anatomy. : *Obes. Surg.* 2006 ; 16 : 908-912.
- 8 - BROLIN RE, LAMARCA LB, KENLER HA, CODY RP : Malabsorptive gastric bypass in patients superobesity. : *J. Gastrointest. Surg.* 2002 ; 6 : 195-203.
- 9 - HAMY A, HEYMANN MF, LE BODIC J, VISETT J, LE BORGNE J, LE NEEL JC, LE BODIC MF : Le somatostatine duodénale. Etude anatomo-clinique de 12 cas opérés. : *Annales de Chirurgie* 2001 ; 126 : 221-226.
- 10 - SCHILLACI O, ANNIBALE B, SCOPINARO F, DELLEFAVE G, COLELLA AC : Somatostatin receptor scintigraphy of malignant somatostatinoma with Indium 111 pentetreotide. : *J. Nucl. Med.* 1997 ; 38 : 886-7.
- 11 - LEVY P : Histoire naturelle de l'insuffisance pancréatique exocrine. : *Hepato-Gastro.* 2002 ; 9 : 115-22.
- 12 - ESCALONA A, GUZMAN S, IBANEZ L, and al. : Gastric cancer after Roux-en-Y gastric bypass. : *Obes. Surg.* 2005 ; 15 : 423-7.
- 13 - PRELIPCEAN MS, O'NEIL PJ, BELL DS : Hyperinsulinemic hypoglycaemia with nesidioblastosis after gastric bypass surgery. : *South Med. J.* 2005 ; 98 : 726-8.