

COMMENT RÉINTERVENIR APRÈS ÉCHEC DE BYPASS GASTRIQUE

M. Sodji

Limoges - FRANCE

Pour notre part, le bypass gastrique avec ses inconvénients, demeure le gold standard de la chirurgie bariatrique en raison de son recul, de ses résultats à long terme et depuis qu'il a été démontré qu'il rend réversible une des "fatalités" associées de l'obésité, le diabète non insulino-dépendant, chez plus de 70% des patients [1], ouvrant de nouvelles voies de recherche thérapeutiques. Il est présenté comme une intervention irréversible et beaucoup de nos patients l'assimilent à une intervention définitive avec des résultats majeurs et constants.

Or la reprise pondérale après bypass gastrique est fréquente et estimée à 15% chez les patients à long terme et est plus élevée chez les patients dont l'IMC est supérieur à 50 [2]. Dans la revue de la littérature réalisée par les experts de la Haute Autorité de Santé [3], à deux ans, la perte d'excès de poids est de 75% pour les dérivations bilio-pancréatiques, de 68% pour le bypass gastrique, de 53% pour l'anneau, et entre 56 et 83% pour la sleeve gastrectomie. A plus long terme, les données sont contradictoires et ne permettent pas d'affirmer la supériorité du bypass sur l'anneau [3].

Il n'y a pas de définition consensuelle de la réussite ou de l'échec en chirurgie bariatrique. Par ailleurs les objectifs de la chirurgie bariatrique varient suivant les patients. La définition de l'échec du bypass gastrique qui a servi de "fil rouge" de ce travail est celle d'une première perte complète ou quasi complète de l'excès de poids suivie d'une reprise pondérale malgré un suivi multidisciplinaire régulier.

Nous avons vite compris qu'il faut du "temps" pour évaluer les résultats de toute procédure de chirurgie bariatrique qui ne devraient s'apprécier que deux ans après l'opération. La perte d'excès de poids est précisée par l'Indice de Reinhold. Il définit l'échec par une perte d'excès de poids inférieure à 25% et pour d'autres auteurs, lorsque l'IMC est supérieur à 35 [2].

Nous avons réopéré plus d'une vingtaine de patients, de notre propre série ou d'autres équipes, en reprise pondérale après un bypass gastrique avec des résultats initiaux satisfaisants.

L'objectif de ce travail est d'offrir une visibilité des techniques chirurgicales que nous avons proposées aux patients en échec de bypass gastrique avec un minimum de deux ans de recul après l'intervention.

MOTS CLÉS : Obésité morbide, Bypass gastrique, Echecs, Reprise pondérale, Réintervention.

Lorsqu'on a vérifié l'adhésion du patient au système de suivi, la compréhension et la bonne utilisation de l' "outil chirurgical", l'absence de complications psychologiques,... nous débutons notre démarche étiologique de l'échec par la demande d'un TOGD qui précise d'emblée deux causes :

- Une poche gastrique trop grande ou secondairement dilatée (cette dernière éventualité fait encore débat),
- Une fistule gastro-gastrique prédominante avec passage préférentiel dans l'estomac restant.

Puis nous prescrivons une fibroscopie à la recherche d'une dilatation stomiale qui est définie par Catalanon par une anastomose gastro-jéjunale supérieure à 1,2 cm [4].

Le grêle demeure la "variable" difficile à analyser du bypass gastrique. On précise la longueur des anses alimentaire et biliaire avec des risques d'erreur non négligeables (liées à l'outil de mesure, au péristaltisme,...) et on ne mesure pas la longueur de l'anse commune.

S'agissant des réinterventions que nous avons réalisées, notre pratique nous a permis de distinguer quatre cas de figures :

I. DILATATION DU NÉOGASTRE ET OU DILATATION STOMIALE

Il n'existe pas de données précises sur le taux de dilatation de la poche gastrique. C'est parce que les premières poches construites aux dépens de la grande courbure se dilataient que Torres et Oca [5] avaient recommandé dès 1980 de réaliser les poches gastriques des bypass le long de la petite courbure. Il est donc exceptionnel d'observer aujourd'hui une dilatation gastrique secondaire. Pour qu'il y ait dilatation, il faut une sténose ou que la poche primitive soit trop grande ce qu'on observe lors des bypass gastriques réalisés dans le même temps opératoire après ablation d'anneau.

Après quelques premiers cas de réduction isolée de la poche gastrique sans résultats à court terme, nous avons opté pour une réduction secondaire de la poche associée à une calibration.

Le vrai débat se situe au niveau de l'anastomose gastro-jéjunale. Catalano [4] considère qu'il y a dilatation stomiale lorsque l'anastomose gastro-jéjunale est supérieure à 12 mm et propose une sclérose anastomotique au morrhuate de sodium

avec de bons résultats initiaux. Chez ces patients aussi, nous préférons encore une fois proposer une calibration secondaire du néogastre, équivalent d'un néopylore qui aurait l'avantage pour certains auteurs de limiter les effets du dumping syndrome (Fig. N° 1, 2, 3).

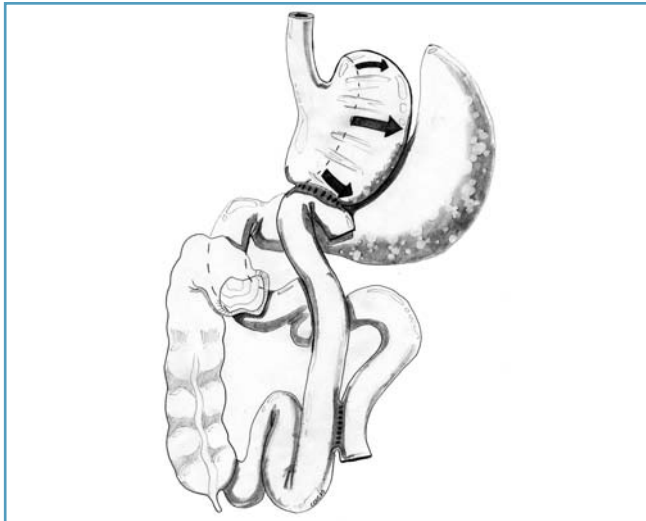


Fig. N° 1 *Dilatation du néogastre*

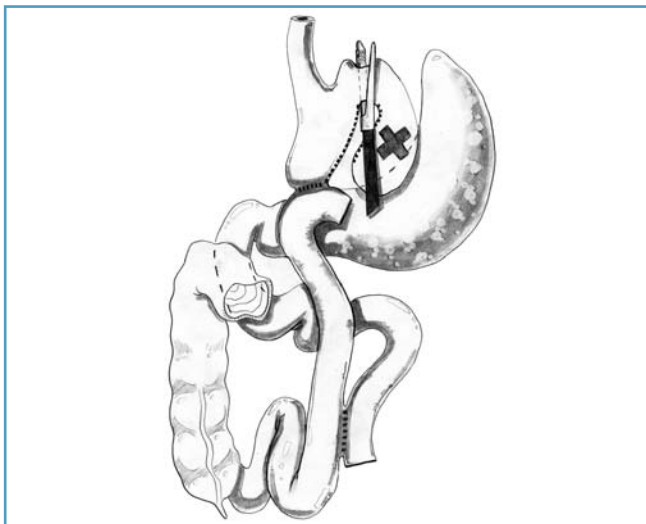


Fig. N° 2 *Résection gastrique*

En première intention, il est maintenant admis par les experts de la HAS [3] que la réalisation d'une poche gastrique de petite taille est recommandée pour avoir un effet restrictif important. Dans le cas contraire, une prothèse peut calibrer la poche gastrique. Des résultats, en termes de perte pondérale, semblent être légèrement supérieurs aux techniques non bandées, et surtout plus stables dans le temps, sont décrits par White et al. (75% de PEP à 10 ans) et par Fobi (72,5% à 8 ans). Ces meilleurs résultats de perte de poids ont été retrouvés dans la méta-analyse d'O'Brien et al. qui retrouvaient pour les techniques bandées, une PEP à 1 an de 75,4% vs 67,3% pour le bypass standard et à 5 ans de 74,7% vs 58,2% pour le bypass standard [3].

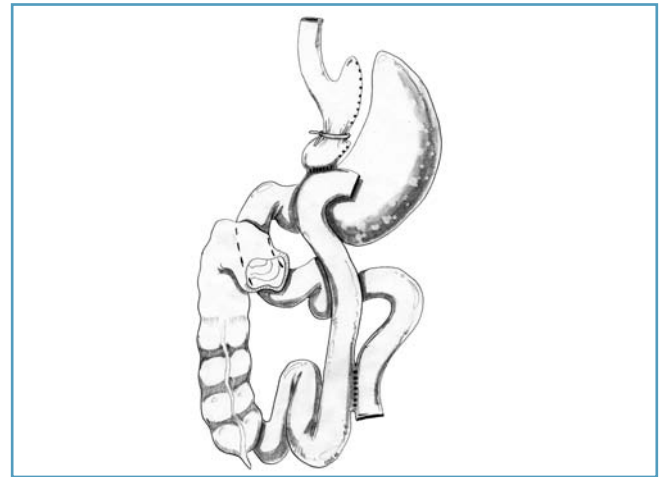


Fig. N° 3 *Calibration secondaire du néogastre*

2. FISTULE GASTRO-GASTRIQUE

Les fistules gastro-gastriques (Fig. N° 4) étaient fréquentes lors des gastropplasties verticales calibrées sans transection gastrique. Leur incidence est de 2 à 10% [6] dans les bypass gastriques, la plupart des cas étant asymptomatiques.

Les causes sont multiples : une rupture de la ligne d'agrafes, un sepsis abdominal, un ulcère marginal, une fistule gastrique chronique qui s'ouvre dans l'estomac exclu, et exceptionnellement une partition incomplète de l'estomac lors de la première intervention,... l'interposition jéjunale éviterait ces fistules.

Toutes les fistules gastro-gastriques ne sont pas source de reprise pondérale. Il faut que la fistule soit grande et que le circuit digestif se refasse préférentiellement dans l'estomac exclu.

L'indication chirurgicale est retenue devant les douleurs chroniques ou la reprise pondérale.

Nous avons proposé trois types d'intervention : la fistulectomie (Fig. N° 5), la fistulectomie avec gastrectomie polaire supérieure de l'estomac exclu (Fig. N° 6) et la fistulectomie avec gastrectomie subtotalaire de l'estomac exclu (Fig. N° 7).

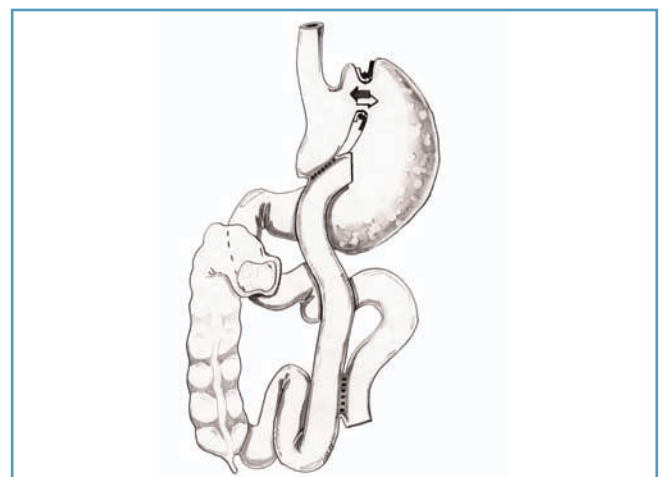


Fig. N° 4 *Fistule gastro-gastrique*

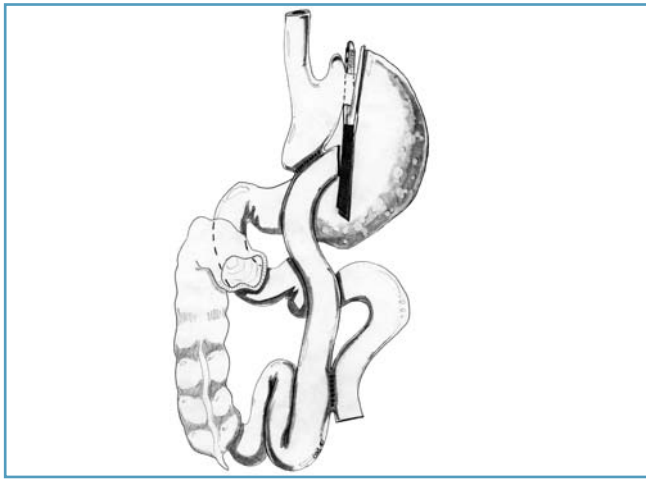


Fig. N° 5 *Fistulectomie*

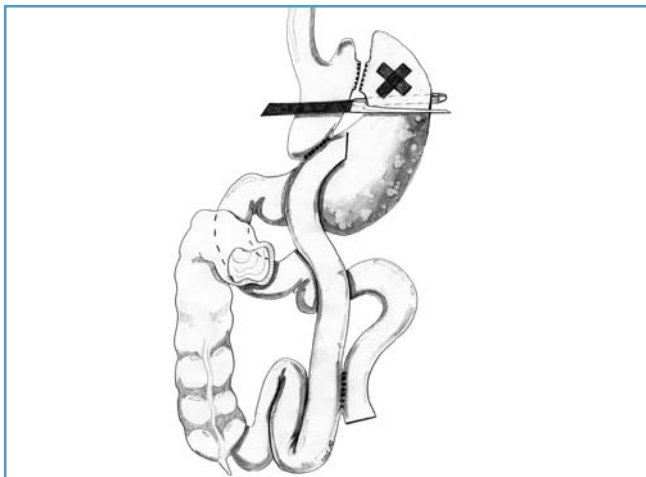


Fig. N° 6 *Fistulectomie avec gastrectomie polaire supérieure*

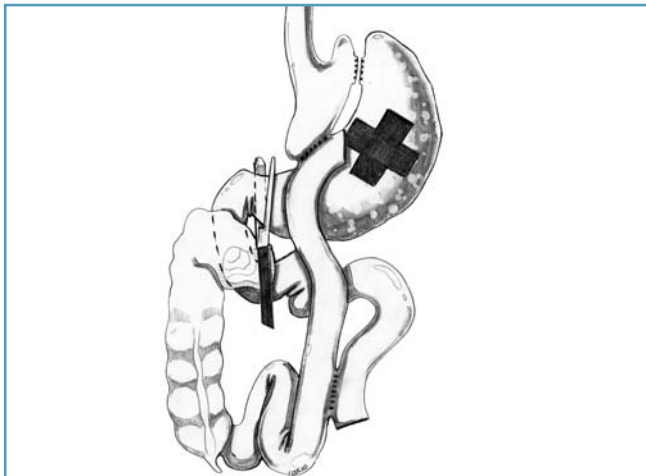


Fig. N° 7 *Fistulectomie avec gastrectomie subtotale (estomac exclu)*

3. INSUFFISANCE DE MALABSORPTION

- Lorsque toutes les conditions de réussite sont réunies, la restriction est vérifiée et le patient continue de prendre du poids, on peut proposer dans des cas bien choisis un "long distal gastric bypass" ou "bypass malabsorptif".

- Quel est l'état des lieux ? Dans une étude prospective randomisée en 1992, Brolin et al. [7] concluaient que si l'IMC est supérieur à 50, l'allongement de l'anse alimentaire semble jouer un rôle sur la perte de poids. Inabnet et Gagner [8] confirment ces résultats et précisent que si l'IMC est inférieur à 50, l'allongement de l'anse alimentaire n'influence pas la perte de poids. La régénération de la surface d'absorption intestinale par hypertrophie des villosités est le facteur limitant l'efficacité dans le temps du bypass gastrique. Plusieurs bypass sont rapportés dans la littérature : Le court bypass gastrique avec une anse alimentaire de 50 à 75 cm et une anse biliaire de 30 à 50 cm, le long bypass avec une anse alimentaire de 150 cm, le bypass décrit par Torres [9] avec une anse alimentaire de 50 cm et une anse commune de 150 à 200 cm, celui rapporté par Leifsson [10] avec 2 m d'anse biliaire et 50 cm d'anse alimentaire, et enfin le "long distal" bypass gastrique (Fig. N° 8, 9, 10) ou bypass "malabsorptif" avec une anse commune de 100 cm [2].

C'est ce dernier que l'on peut proposer aisément en cas d'échec de bypass gastrique. Il est associé à un risque élevé de carences nutritionnelles [1]. Nous l'avons pratiqué chez trois patients avec un suivi rigoureux sans carences nutritionnelles majeures.



Fig. N° 8 *Résection de l'anastomose jéjuno-jéjunale*

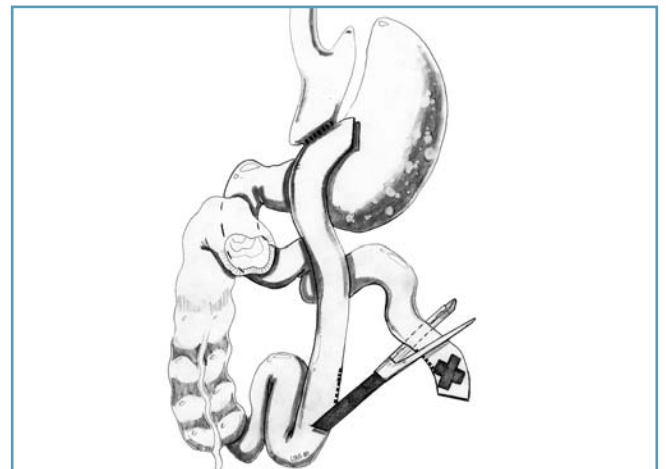


Fig. N° 9 *Résection du moignon jéjunal biliaire*

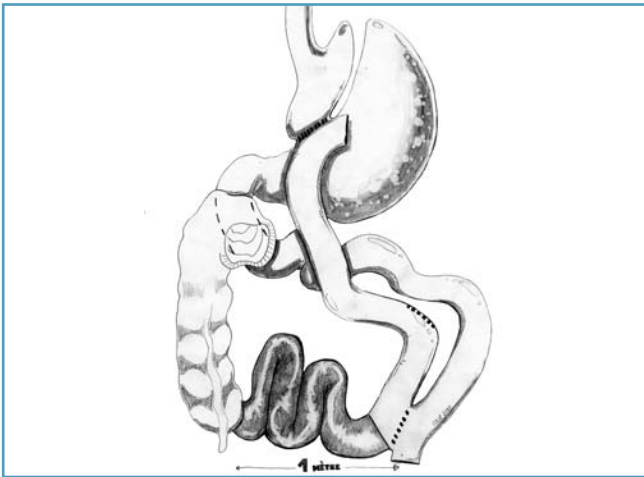


Fig. N° 10 Nouvelle anastomose jéjuno-jéjunale

4. AMAIGRISSEMENT MAJEUR OU CARENCES SÉVÈRES OU AUTRES COMPLICATIONS. LA RÉVERSION LAPAROSCOPIQUE DU BYPASS GASTRIQUE

Himpens et al. [11] ont rapporté le premier cas de réversion laparoscopique de bypass. Nous avons rapporté un cas de réversion [12] chez une patiente en amaigrissement continu avec une stéatorrhée majeure inexplicée. Notre technique était différente et consistait en une gastrogastrostomie mécanique et en une résection de l'anse alimentaire au-dessus de l'anastomose jéjuno-jéjunale conservée (Fig. N° 11). Nous avons proposé cette technique parce que la longueur de l'anse alimentaire était de 75 cm. L'anastomose gastro-gastrique peut être manuelle ou mécanique, circulaire ou linéaire et il est important de bien individualiser les deux estomacs. Plus de deux ans (10 septembre 2007) après la réversion, notre patiente

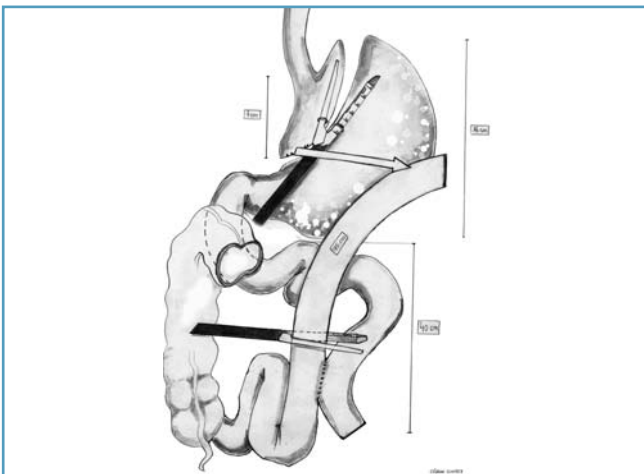


Fig. N° 11 Réversion laparoscopique du bypass gastrique

a repris du poids avec un IMC actuel de 29kg/m² et continue de jouir des bienfaits de son "ex bypass" gastrique par une disparition persistante de son hypertension artérielle, une amélioration de sa dyslipidémie, et un équilibre et un confort alimentaires sereinement retrouvés. Notre système de suivi a certainement joué un rôle. Un véritable message après un "trop grand succès" de bypass gastrique que j'appelle un "pseudo échec".

CONCLUSION

- A l'analyse des avantages et des inconvénients des anciennes et nouvelles procédures de chirurgie d'obésité, le bypass gastrique demeure une "véritable opportunité chirurgicale" d'amaigrissement durable avec un confort et un plaisir alimentaire retrouvés chez la majorité des patients. Il est aussi source d'échecs et certaines de ces complications peuvent entraîner des reprises pondérales. Nous sommes aussi des "thérapeutes de l'échec" comme l'ont été hier les nutritionnistes ou les diététiciens. Notre "philosophie" est que le patient en échec ne doit pas être d'emblée culpabilisé ou abandonné.

- Cet aspect d'échec du bypass gastrique doit être abordé dès la première consultation pour amener le patient à intégrer le caractère "non magique" de la procédure. Des solutions chirurgicales sont possibles lorsque les conditions de réussite sont réunies car le bypass gastrique est une technique évolutive sur ses versants restrictif et malabsorptif. Si le bypass gastrique est une des solutions de "secours" en cas d'échec d'anneau ou de sleeve, il n'est pas le "terminus" ou l' "oméga" de la chirurgie bariatrique. C'est le début d'une "belle aventure" de métamorphose physique et psychique pour la majorité des patients lorsqu'elle est bien soutenue par une diététique équilibrée et une activité physique régulière.

*"Il n'y a pas de réussite facile, ni d'échecs définitifs."
Marcel Proust*

*Mes remerciements à M. Cédric Coussy pour les illustrations.
PS : JLC et DES.*

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

RÉSUMÉ

Le bypass gastrique est le gold standard de la chirurgie bariatrique. Il est aussi source d'échecs. Le but de ce travail est de présenter une visibilité panoramique des techniques que l'on peut proposer en cas d'échec du bypass gastrique qui se définit à deux ans par une perte d'excès de poids inférieure à 25% ou lorsque l'IMC reste supérieur à 35.

SUMMARY (KEY WORDS : Morbid obesity, Gastric bypass, Failures, Weight regain, Redo surgery)

Gastric bypass is the gold standard in bariatric surgery. It is also a source of failures. This study aims at presenting a panoramic visibility of techniques that can be suggested in case of a bypass gastric failure that can be defined at two years by a weight loss below 25% or when the IMC remains higher than 35.

RIASSUNTO (PAROLE CHIAVE : O)

Il bypass gastrico è lo standard della chirurgia bariatrica. Esso è anche una fonte di errori. Lo scopo di questo lavoro è di presentare una panoramica delle tecniche che possono essere offerti in un bypass gastrico fallito, condizione che viene definita da una perdita di eccesso di peso inferiore a 25% o di un indice di massa corporea superiore a 35 dopo due anni.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BUCHWALD H, ESTOK R, FAHRBACH K, BANEL D, JENSEN MD, PORIES WJ, BANTLE JP, SLEDGE I: Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. : *Am. J. Med.* 2009; 122 (3): 248-256.
 - 2 - BESSLER M, DAUD A, DIGIORGI M, OLIVERO-RIVERA L, DAVIS D: Adjustable gastric banding procedure after failed gastric bypass. : *Obes. Surg.* 2005; 15 : 1443-1448.
 - 3 - H.A.S. 2009 : OBÉSITÉ DE L'ADULTE : PRISE EN CHARGE EN CAS D'INTERVENTION DE CHIRURGIE BARIATRIQUE.
 - 4 - CATALANO MF, RUDIC G, ANDERSON AJ, CHUA TY: Weight gain after bariatric surgery as a result of a large gastric stoma: endotherapy with sodium morrhuate may prevent the need for surgical revision. : *Gastro. Intest. Endoscopy* 2007; 66; 240-5.
 - 5 - FOBI MA: Placement of the Gap ring system in the banded operation. : *Obes. Surg.* 2005; 15: 196-201.
 - 6 - TUCKER O, SZOMSTEIN S, ROSENTHAL R: Surgical management of gastro-gastric fistula after divided laparoscopic Roux-en- Y gastric bypass for morbid obesity. : *J. Gastrointest. Surg.* 2007; 11 (12): 1673-9.
 - 7 - BROLIN RE: Long limb Roux en Y gastric by pass revisited. : *Surg. Clin. North Am.* 2005; 85 (4): 807-17.
 - 8 - INABNET WB, QUINN T, URBAN M, POMP A: Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in patients with BMI<50 : a prospective randomized trial comparing short and long limb lengths. : *Obes. Surg.* 2005; 15 (1): 51-7.
 - 9 - TORRES JC: Why I prefer gastric bypass distal Roux-en-Y gastroileostomy. : *Obes. Surg.* 1991; 1 (2): 189-194.
 - 10 - LEIFSSON BG, GISLASON HG: Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass with 2-metre long biliopancreatic limb for morbid obesity: technique and experience with the first 150 patients. : *Obes. Surg.* 2005; 15 (1): 35-42.
 - 11 - HIMPENS J, DAPRI G, CADIÈRE GB: Laparoscopic conversion of the gastric bypass into norman anatomy. : *Obes. Surg.* 2006; 16 (7): 908-12.
 - 12 - SODJI M: Réversion laparoscopique d'un bypass gastrique. : *Le jour. de Cœlio-chir.* 2008 ; 66 : 26-29.
-