JFHOD
Journées Francophones d'Hépato-gastroentérologie & d'Oncologie Digestive
2016

Chirurgie de l'obésité

Risques et gestion des complications

Dr Maud ROBERT

Centre Intégré de l'Obésité
Hospices Civils de Lyon

Objectifs pédagogiques

1- Connaître les risques de chaque technique

2- Savoir gérer les complications précoces

3- Savoir différencier les complications fonctionnelles des complications mécaniques

4- Savoir prévenir les carences nutritionnelles

CONFLITS D'INTÉRÊT

- Aucun

PLAN

I Complications spécifiques des techniques restrictives et prise en charge

1- anneau gastrique

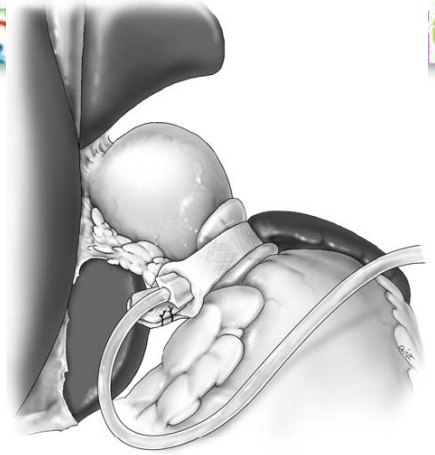
2- sleeve gastrectomy

II Complications spécifiques des techniques mixtes et malabsorptives

1- Bypass gastriques

2- Dérivation Bilio-pancréatique avec diversion duodénale

1- Complications de l'anneau gastrique



12% des procédures en France

Complications chirurgicales précoces

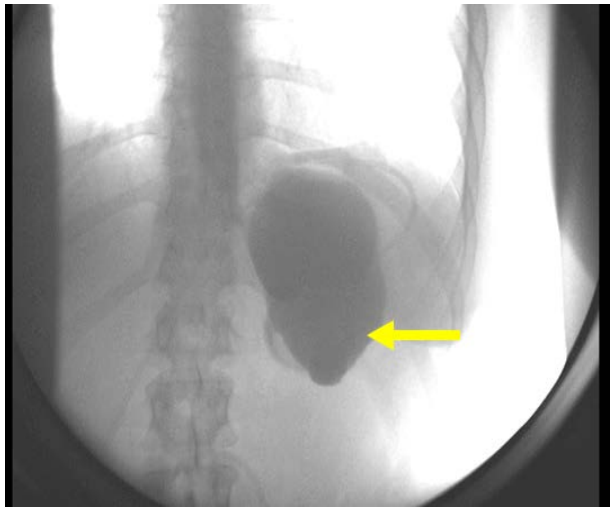
< 1%

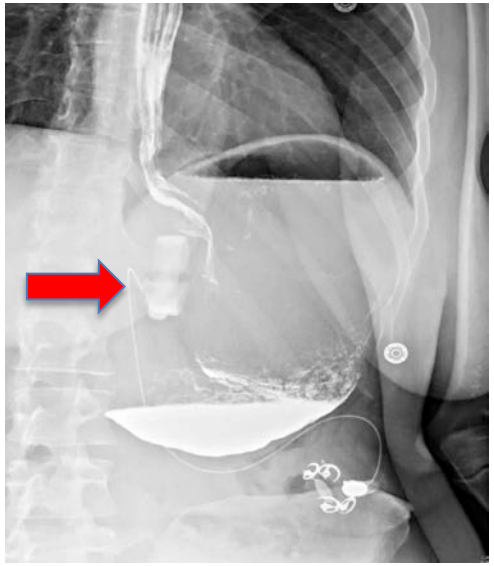
- perforation gastrique postérieure
- hémorragies

Complications chirurgicales tardives (< 5 %)

- **Glissement (slippage) (2%)**

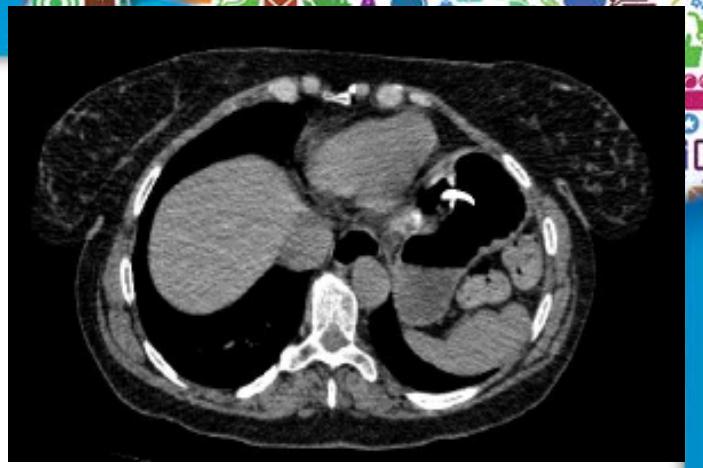
Facteurs de risque: non fixation, BED, serrage excessif





Desserrage en urgence
ablation

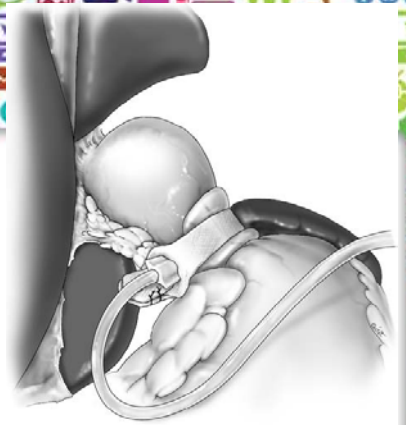
- **Migration intragastrique (1%)**



au-delà de 3 ans
parfois asymptomatique
ou infection du boîtier

Diagnostic: fibroscopie ++

Traitement: - endoscopique
si migration endoluminale > 50%
- chirurgical
si migration partielle
double équipe++

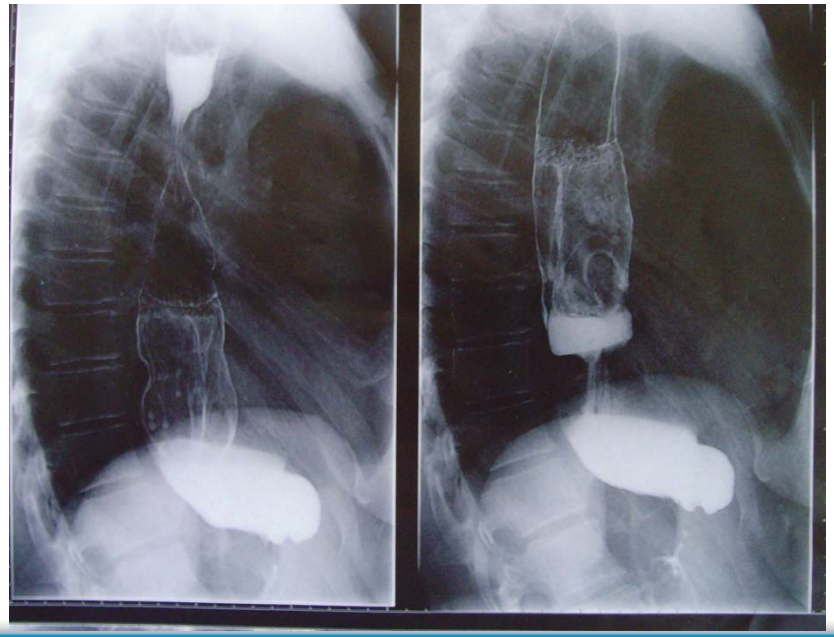


Complications fonctionnelles

+ fréquentes

- **Reflux et dilatation oesophagienne (25%)**

anneau trop serré

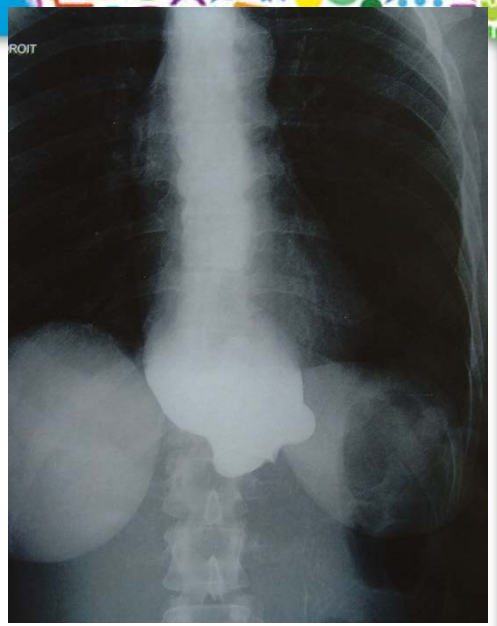


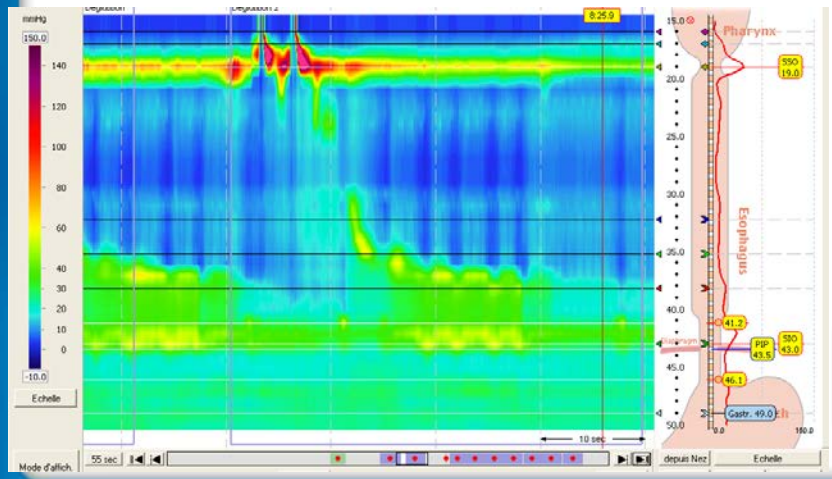
- **Troubles moteurs de l'oesophage**

Pseudo-achalasie secondaire

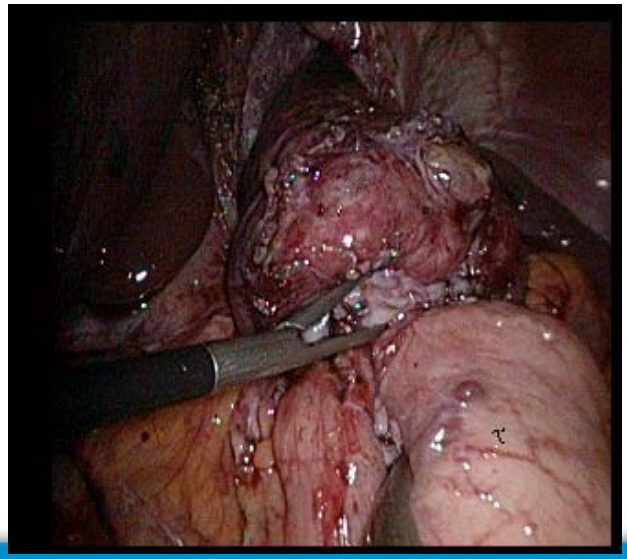
Symptomatologie:
Régurgitations,vomissements,
blocages, dysphagie, épigastralgies

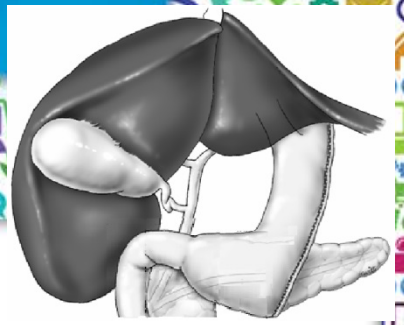
Définition manométrique :
< 20 % de contractions propagées





Ablation





2- Complications de la Sleeve Gastrectomy

Sleeve > 60% des procédures

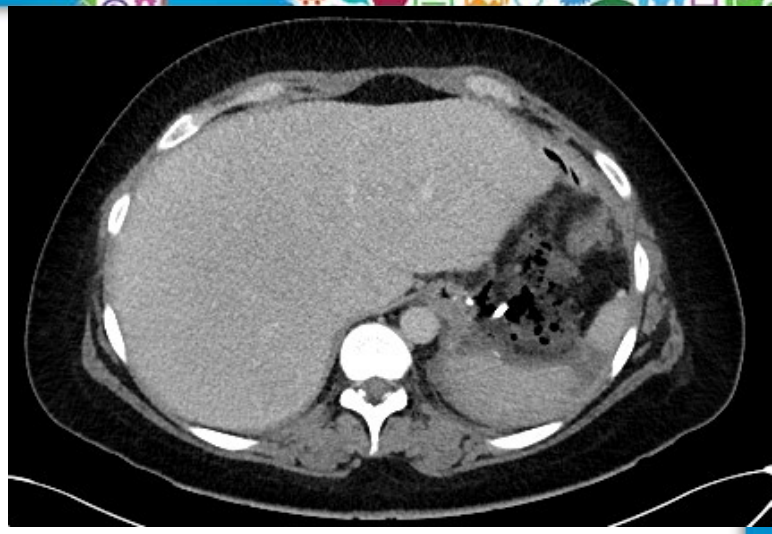
<u>Complications chirurgicales précoces</u> (5%)

- **Fistule gastrique (2 à 3%)**

Précoce
Délai : 5 à 7 jours

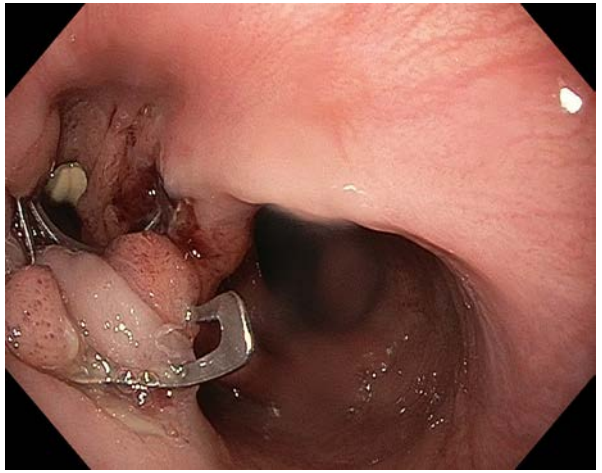
Symptômes:
sepsis avec tachycardie > 120/min
douleur HCG irradiant à l'épaule

Fistules gastriques = GRAVES



Facteurs favorisants??

calibrage trop petit ➔hyperpression
agrafage trop proche de l'œsophage
ATCD de GVC, d'anneau …



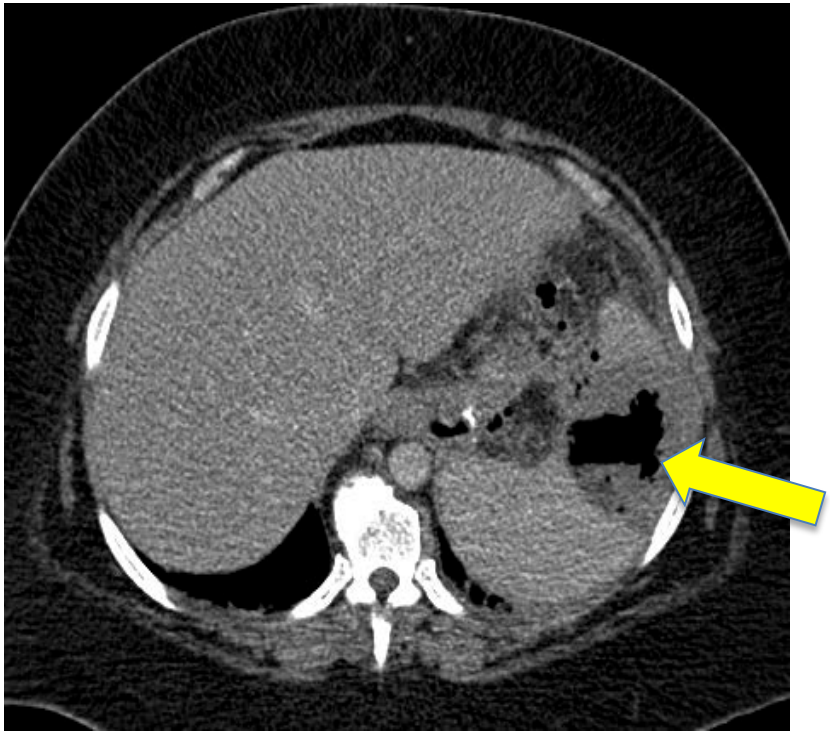
Diagnostic = Scanner

Endoscopie

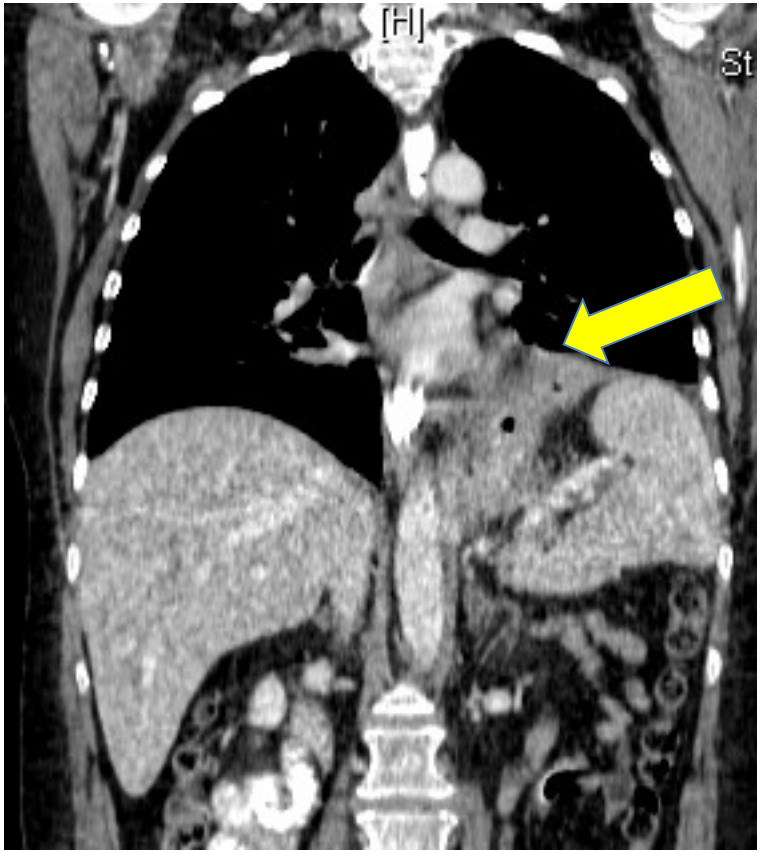
Difficiles à traiter, plusieurs séquences thérapeutiques

Chroniques

Abcès splénique



Fistule gastro-bronchique



CAT: on s'oriente vers un consensus…

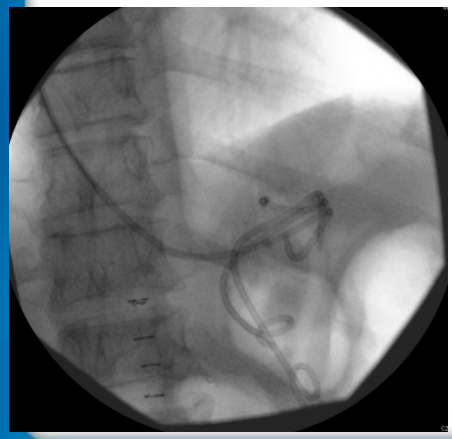
- ***Tableau septique bruyant précoce***

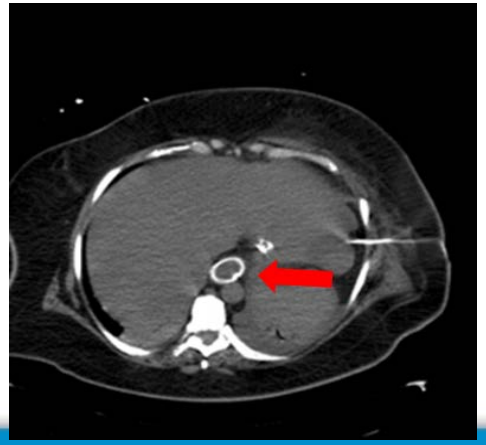
  = reprise chirurgicale : drainage +/- jéjunostomie

- ***Tableau moins bruyant, fistule Type 1 contenue***

Orifice < 1-2 cm → **Pig-tail**

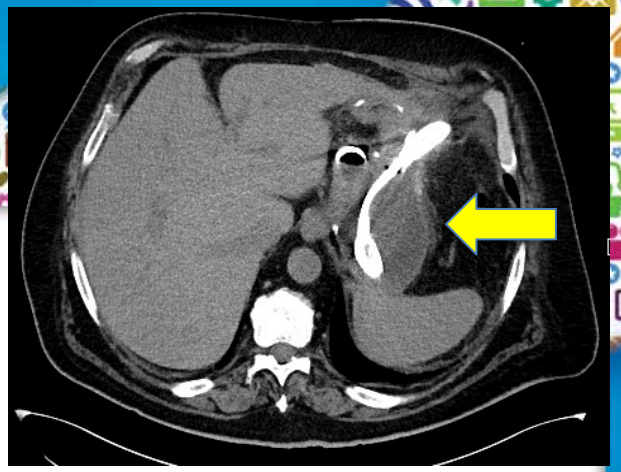
Orifice > 2 cm → **Endoprothèse**



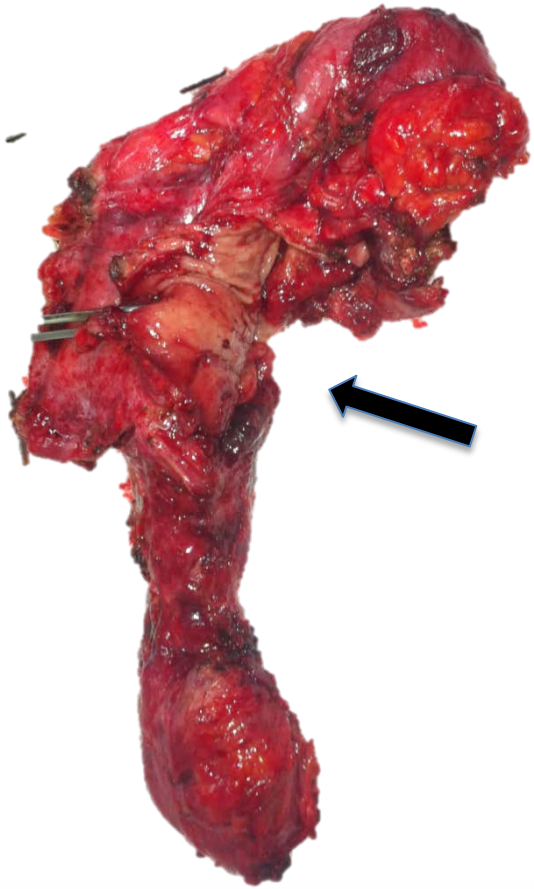


- ***Fistule chronicisée***: pig tail

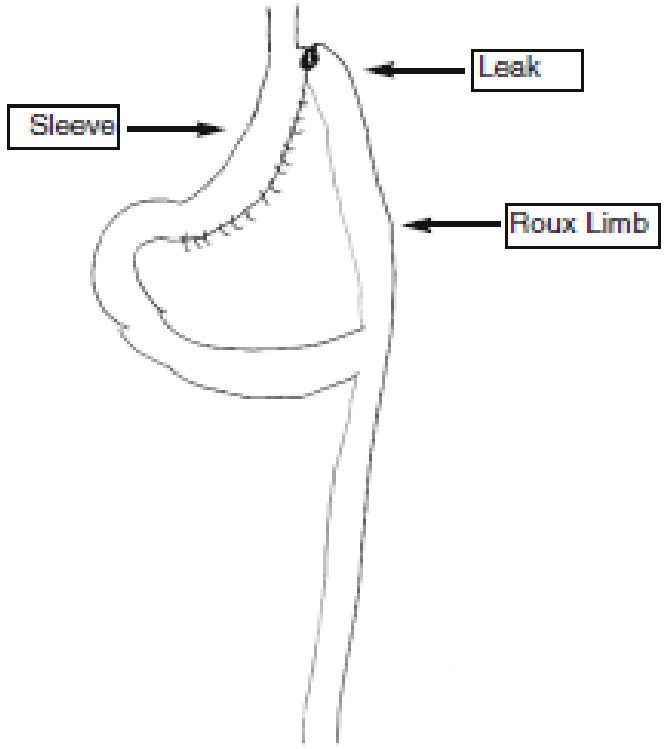
  Risque d'échec ++



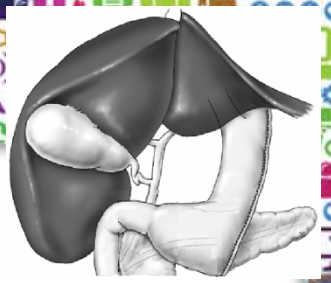
Gastrectomie totale



Anse patchée en Y ?



Rosenthal JR, SOARD 2012
Van de Vrande A, SOARD 2013
Chouillard E, Surg Endosc 2014



Complications chirurgicales précoces (suite)

- **Hémorragie (2 à 4%)**

Tachycardie, douleur, déglobulisation

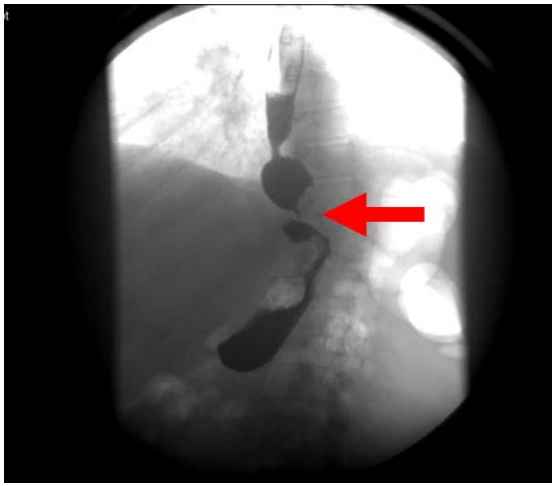
Hémopéritoine précoce = reprise chirurgicale

Renforcer l'agrafage!

GORE SEAMGUARD BIOABSORBABLE STAPLE LINE REINFORCEMENT

Användning av Peri-Strips Dry

Durmush et al Obes Surg 2014



- **Sténose gastrique**

Malfaçon technique

- défaut de calibrage
- Twist

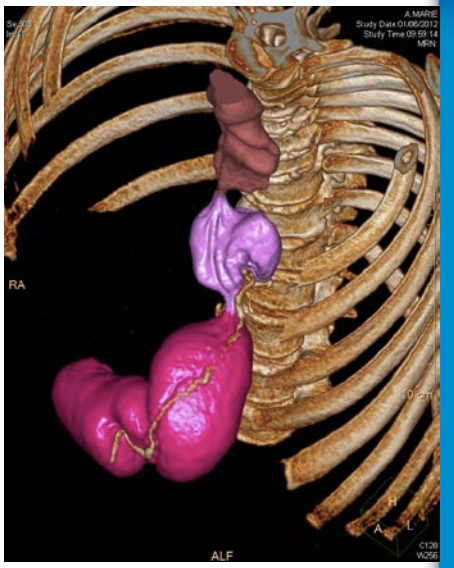
Angulus gastrique ++

Faible efficacité de la dilatation
Conversion en bypass

Complications fonctionnelles

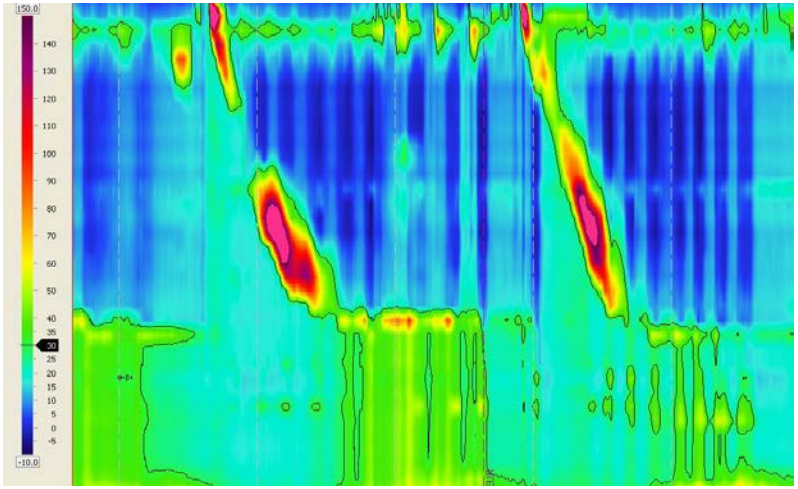
- **Reflux Gastro-Oesophagien: 30 %**

Favorisé par la préexistence d'une hernie hiatale



Braghetto et al Obes Surg 2015

- **Dysphagie / Obstruction fonctionnelle**



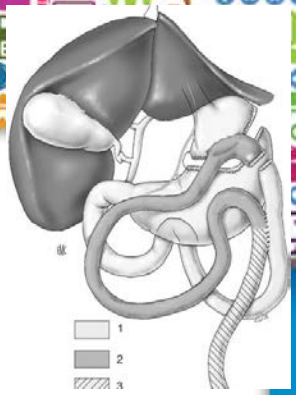
PLAN

I Complications spécifiques des techniques restrictives et prise en charge

1- anneau gastrique
2- sleeve gastrectomy

II Complications spécifiques des techniques mixtes et malabsorptives

1- Bypass gastriques
2- Dérivation Bilio-pancréatique avec diversion duodénale



1- Complications des Bypass gastriques

= 30 % des procédures en France

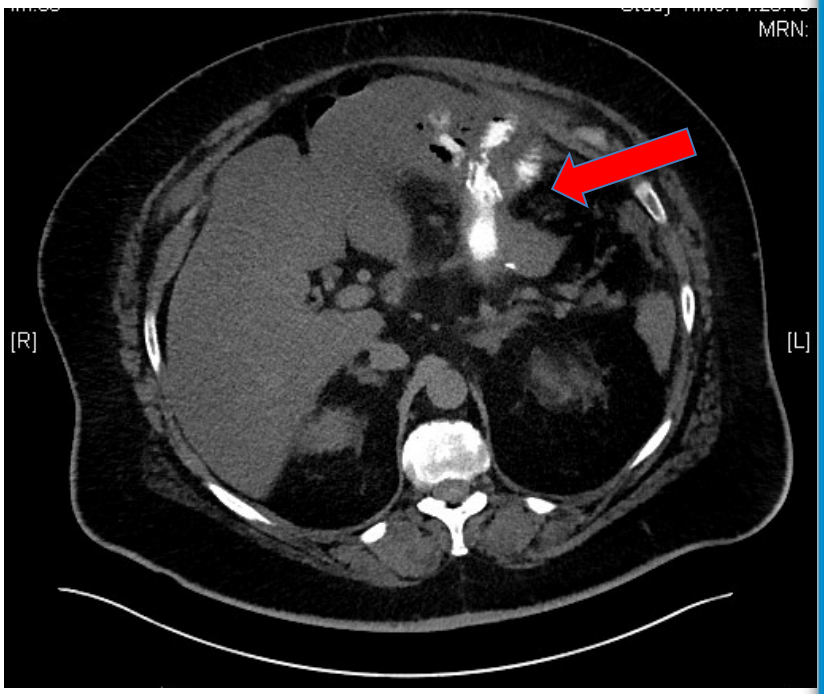
Complications chirurgicales précoces

- **Fistules anastomotiques < 2** %

Fréquence: Gastro-Jèj. **>** jéjuno-Jéj.

Diagnostic: tachycardie ++
subfébrile
douleurs abdominales

Intérêt du Scanner **avec ingestion**



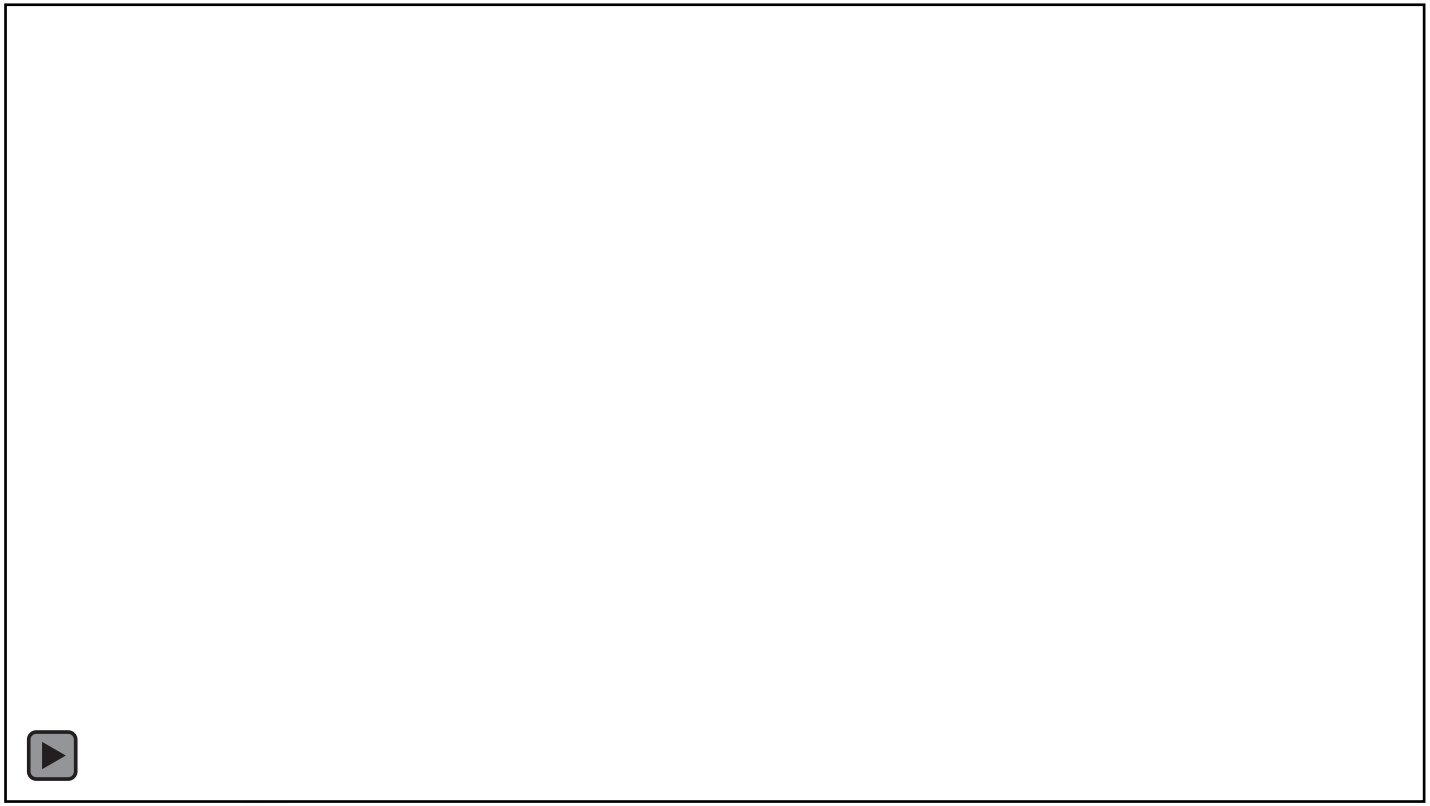
Fistule précoce symptomatique

= Reprise chirurgicale sans délai

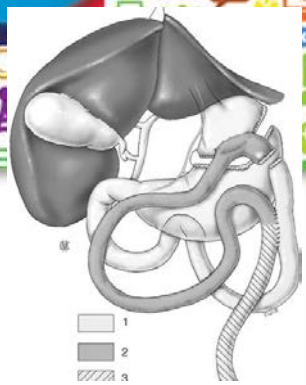
Drainage

↓

cicatrise toujours



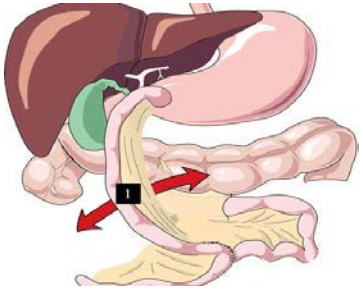
= **50% si retard à la PEC**



Complications chirurgicales tardives

- **Occlusions par Hernie interne (Roux en Y)**

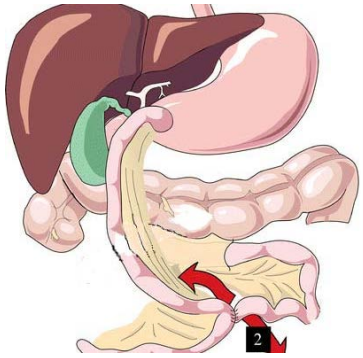
= 1,6 to 4,1 %



Espace de Petersen

Diagnostic **= clinique**

Perte de poids massive
1 à 2 ans après le RYGBP
douleurs abdominales post-prandiales



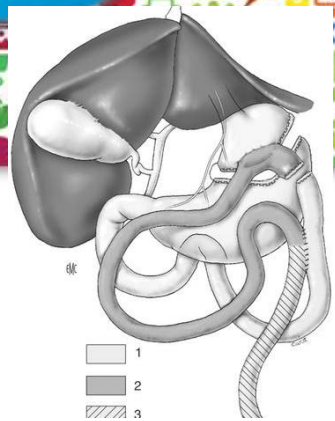
Brèche mésentérique

➔ Scanner = 70% de faux négatifs

➔Difficultés diagnostiques: coelio exploratrice

+/- URGENCE chirurgicale

Complications chirurgicales tardives



- **Ulcères et sténoses anastomotiques**

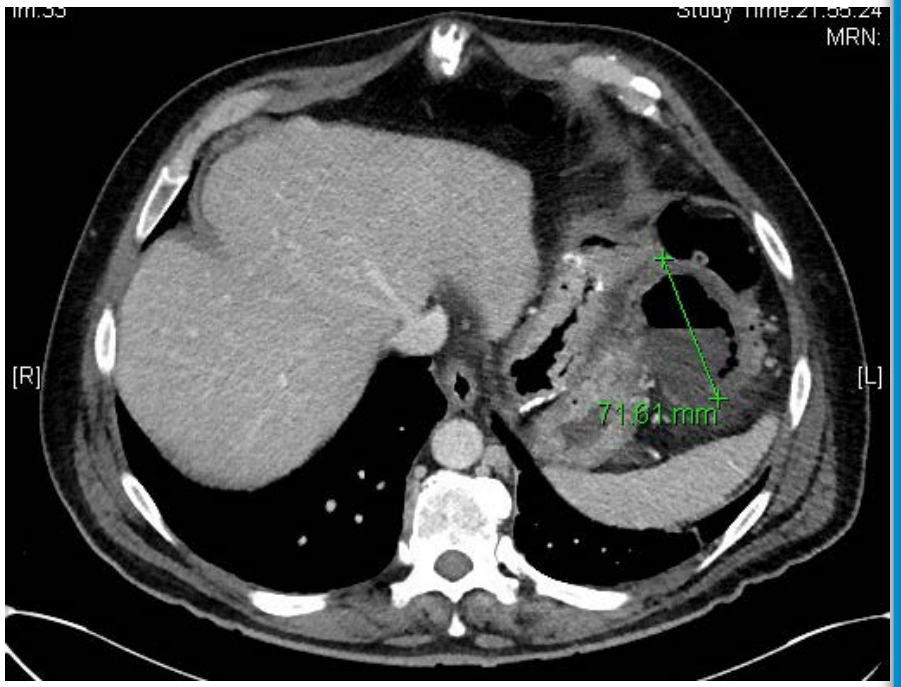
Facteurs de risques:

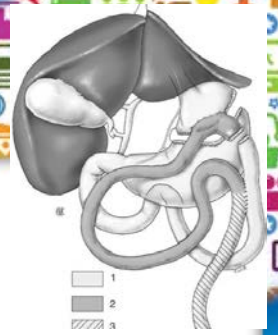
-TABAC +++

-Arrêt des IPP

-Reflux biliaire

(Omega Loop Bypass ++)





Complications fonctionnelles et nutritionnelles

- **Dumping syndrome** (5 à 10%)

  et **hypoglycémies hyperinsulninémiques** (0.5%)

0 15 30 60 120 180 min

Dumping précoce

Signes vasomoteurs
Flush
Palpitations
Sueurs
Tachycardie
Hypotension
Besoin de s'allonger

+

Signes digestifs
Douleurs
Nausées
Borborygmes
Diarrhées

Dumping tardif = hypoglycémie

Signes adrénergiques
Tremblements, sueurs, faim

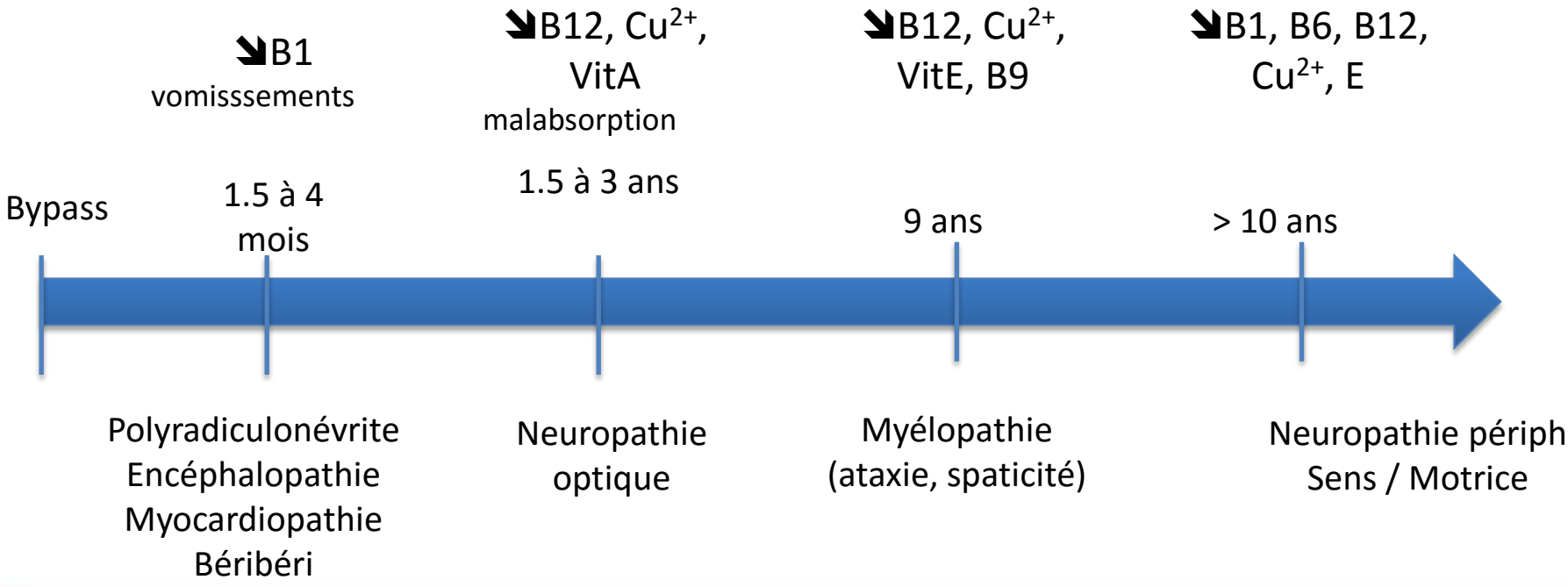
+/_

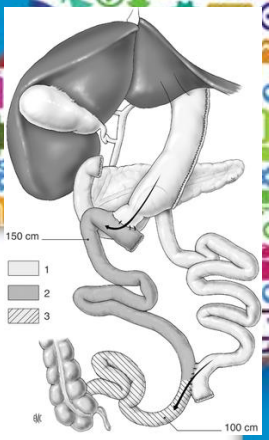
Neuroglucopéniques
Troubles de la vision
Difficultés d'élocution
↘ force

- **carences vitaminiques et dénutrition**

➔ Anémie, ostéoporose, hyperparathyroïdie secondaire

Conséquences neurologiques graves:





2- Complications de la Dérivation Biliopancréatique

< 1% des procédures en France

Complications fonctionnelles:

- **Carences protéiques** (5 à 10%)

précoces, dans les **6 à 12** mois post-op

conseils nutritionnels
enzymes pancréatiques

En cas de **persistance ou récidive tardive (hypoalbuminémie et anasarque):**
allongement de **l'anse commune à 2 mètres**

Conclusion

- Chirurgie bariatrique **> 45 000 / an**
- Complications spécifiques à chaque technique
- Prise en charge **pluridisciplinaire spécialisée**
- **Suivi** pré et post chirurgical +++

Points forts

- 1- Le glissement et la migration intragastrique de l'anneau sont des complications chirurgicales tardives survenant dans moins de 3% des cas. Elles sont moins fréquentes que la dilatation de l'oesophage et les troubles moteurs oesophagiens.
- 2- La fistule gastrique haute après sleeve gastrectomy est une complication chirurgicale précoce survenant dans 2 à 3% des cas, grave, difficile à traiter, nécessitant une prise en charge multidisciplinaire avec gestes endoscopiques parfois itératifs.
- 3- Les fistules après bypass gastrique sont moins fréquentes et cicatrisent mieux qu'après Sleeve gastrectomy. L'occlusion par hernie interne est une complication chirurgicale tardive survenant le plus souvent 12 à 24 mois après le bypass, lors de l'amaigrissement et se manifeste par des douleurs post-prandiales.
- 4-Les deux complications parmi les plus fréquentes du bypass en Oméga (ou minibypass) sont la fistule post opératoire précoce à haut débit avec péritonite biliaire et les ulcères péri-anastomotiques chroniques qui nécessitent toutes deux une reprise chirurgicale, pour conversion en bypass avec anse en Y
- 5- Les carences vitaminiques et nutritionnelles après chirurgie malabsorptive peuvent survenir de façon insidieuse par des manifestations neurologiques graves irréversibles, nécessitant une supplémentation vitaminique systématique préventive et un suivi régulier à vie.