Journal de Chirurgie Viscérale (2010) **147**, 71—74

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

CAS CLINIQUE

Traitement d'une fistule chronique post-sleeve gastrectomie par une anse en Y

Treatment of a chronic fistula after sleeve gastrectomy by a Roux-en-Y limb

F. De Dominicis[a], A. Dhahri[a], P. Verhaeghe[a], D. Fuks[a], F. Holot[a], R. Delcenserie[b], T. Yzet[c], V. Pautot[d], J.-M. Regimbeau[a,*]

[a] *Service de chirurgie viscérale et digestive, CHU de Nord, place Victor-Pauchet, 80054 Amiens cedex 1, France*
[b] *Service de gastroentérologie, CHU de Nord, place Victor-Pauchet, Amiens cedex 1, France*
[c] *Service de radiologie, CHU de Nord, place Victor-Pauchet, 80054 Amiens cedex 1, France*
[d] *Service de chirurgie viscérale, clinique Saint-Brice, route des Éparmailles, 77160 Provins, France*

Disponible sur Internet le 29 mars 2010

MOTS CLÉS
Obésité ;
Gastrectomie longitudinale ;
Fistule gastrique persistante ;
Anse montée en Y

Résumé La gastrectomie longitudinale est une intervention validée en chirurgie bariatrique. La complication postopératoire la plus grave est la fistule gastrique. En cas d'échec de la prise en charge chirurgicale, certaines fistules deviennent chroniques et sont traitées par des procédures endoscopiques (endoprothèse, clips, colle biologique). Un traitement chirurgical radical à type de gastrectomie totale est indiqué après échec du traitement endoscopique interventionnel bien conduit. Cette réintervention est effectuée dans des conditions difficiles et les séquelles fonctionnelles ne sont pas négligeables. Une alternative à la gastrectomie totale est la réalisation d'une anastomose de l'orifice fistuleux sur une anse montée en Y. Nous rapportons le cas d'une patiente traitée par cette technique pour une fistule gastrique chronique.
© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Sleeve gastrectomy;
Gastric fistula;
Roux-en-Y jejunal

Summary Sleeve gastrectomy, a new restrictive bariatric procedure, is being performed with increasing frequency for the treatment of morbid obesity. The most serious complication after this procedure is gastric fistula. If the fistula cannot be corrected with re-operative closure, conservative management of chronic gastric fistula includes external drainage, endoprosthesis, and fibrin glue tract obliteration. If these lesser approaches fail to control the fistula, total

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : regimbeau.jean-marc@chu-amiens.fr (J.-M. Regimbeau).

1878-786X/$ — see front matter © 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.jchirv.2010.02.007

limb;
Bariatric surgery;
Complications

gastrectomy has been proposed as a radical surgical approach; this procedure is usually technically difficult and has significant functional consequences. Internal drainage of chronic gastric fistula by a Roux-en-Y gastrojejunostomy has been proposed as an alternative to radical gastric resection. We report the case of a patient successfully managed in this way.
© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La gastrectomie longitudinale (GL) est une intervention validée en chirurgie bariatrique [1—2]. La complication postopératoire la plus grave de cette technique est la fistule gastrique (FG) qui est observée dans 0,6 à 4,3 % des cas [3—4]. Celle-ci siège le plus souvent au sommet de la ligne d'agrafes, à hauteur de la jonction œsogastrique [3—5].

La FG est principalement diagnostiquée dans les cinq premiers jours postopératoires. En cas de mauvaise tolérance clinique (irritation péritonéale, fièvre, défaillance viscérale), le traitement est chirurgical et comporte un lavage de la cavité péritonéale associé à un drainage de la FG (intubation ou non par une sonde de Pezzer) et une jéjunostomie d'alimentation.

Si la FG est bien tolérée d'emblée, ou en cas d'échec de la prise en charge chirurgicale, certaines fistules deviennent chroniques. Le recours à des procédures endoscopiques telles la mise en place d'une endoprothèse, de clips, l'injection de colle biologique dans le trajet fistuleux permet dans 64 à 84 % des cas d'éviter une nouvelle réintervention [6—8]. Un traitement chirurgical radical reste indiqué après échec d'un traitement endoscopique interventionnel bien conduit [4—5,8]. Le plus souvent, une gastrectomie totale est effectuée mais les conditions de réalisation sont difficiles et les séquelles fonctionnelles ne sont pas négligeables [4—8].

Nous rapportons le cas d'une patiente traitée par anastomose de l'orifice fistuleux sur une anse montée en Y.

Observation

Une femme de 54 ans sans antécédent particulier était prise en charge dans un autre centre pour une obésité sévère (poids : 107 kg ; taille : 1 m 65, index de masse corporelle-IMC- : 39,3 kg/m^2 ; excès de poids : 39 kg). En 2001, après échec de régimes alimentaires et après un bilan médico-psychologique, un anneau de gastroplastie (AG) était mis en place. La patiente perdait 34 kg mais devant l'apparition d'un *slippage*, l'AG a dû être retiré en octobre 2003, engendrant une reprise de poids progressive jusqu'à 115 kg (IMC : 42,2 kg/m^2). En mars 2008, une GL était effectuée sous cœlioscopie. Au premier jour postopératoire, l'index à la gastrographine mettait en évidence une fistule au niveau de la ligne d'agrafe. Une réintervention était décidée en raison d'une mauvaise tolérance clinique. Elle était menée par cœlioscopie et permettait de trouver la fistule à hauteur de la jonction entre la première et la deuxième rangée d'agrafes avec une péritonite localisée. Un lavage de la cavité abdominale et une suture de l'orifice fistuleux étaient associés à un drainage au contact par un drain et une lame de silicone. Un traitement par antibiothérapie, inhibiteurs de la pompe à protons et sonde nasogastrique était instauré. Devant la persistance de la FG, la patiente était transférée dans notre service à J3. À l'arrivée, la patiente était apyrétique, ses paramètres hémodynamiques étaient stables, il n'y avait pas de défense abdominale. Il existait à la biologie un syndrome inflammatoire et une hypo-albuminémie. Devant l'absence de défaillance viscérale, il était décidé de poursuivre le traitement conservateur initial, ajoutant une nutrition parentérale totale, des analogues de la somatostatine ainsi qu'un soutien psychologique. Devant la persistance de la FG (Fig. 1), quatre procédures endoscopiques ont été conduites, avec mise en place de prothèses couvertes, de clips, d'un implant à base de collagène et l'injection répétée de colle (histoacryl). Ces traitements n'ont pas permis de tarir la FG et après un traitement conservateur de 79 jours, une réintervention a été envisagée. La FG persistante a été traitée par une anse jéjunale montée sur l'orifice fistuleux. L'intervention a débutée par une laparotomie médiane sus-ombilicale puis la dissection du trajet fistuleux jusqu'à l'estomac. Il existait d'importants remaniements inflammatoires dans l'hypochondre gauche, sans péritonite. Une anastomose gastrojéjunale latérolatérale sur l'orifice fistuleux a été faite avec une anse montée

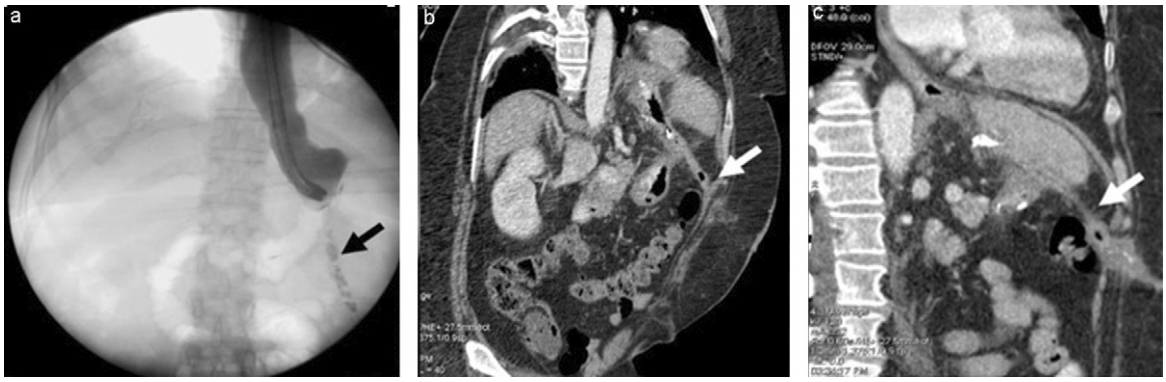

Figure 1. a : radiographie de face au cours d'une séance d'encollage : trajet fistuleux à la partie moyenne de la ligne d'agrafes (flèche). b : tomodensitométrie abdominale injectée (reconstruction frontale oblique) : trajet fistuleux, après ablation de la deuxième endoprothèse (flèche). c : tomodensitométrie abdominale injectée (reconstruction sagittale oblique) : trajet fistuleux (flèche).

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3312402

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3312402

Daneshyari.com