



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Les complications de la chirurgie bariatrique à l'usage du chirurgien non bariatrique[☆]

Post-operative complications of bariatric surgery for non bariatric surgeons: A review

N. Contival*, B. Menahem, T. Gautier, Y. Le Roux, A. Alves

Département de chirurgie digestive, Caen University Hospital, avenue de la Côte-de-Nacre, 14033 Caen cedex, France

MOTS CLÉS

Obésité ;
Court-circuit
gastrique ;
Gastrectomie
longitudinale ;
Anneau gastrique ;
Fistule ;
Hémorragie

Résumé Les complications de la chirurgie bariatrique sont variées et parfois graves mais peu fréquentes. Elles peuvent être d'ordre chirurgical ou non, précoces ou tardives. L'objectif de cette mise au point est d'aider le médecin traitant, l'urgentiste et le chirurgien non bariatrique à prendre en charge les éventuelles complications chirurgicales après anneau gastrique ajustable (AGA), gastrectomie longitudinale (*sleeve gastrectomy* [SG]) ou court-circuit gastrique (*gastric bypass* [GBP]). Les données de la médecine factuelle ont été extraites de la littérature en interrogeant la base de données Medline et en s'appuyant sur les recommandations les plus récentes des sociétés savantes concernées. Les principales complications ont été répertoriées et classées par intervention, avec une distinction entre complications précoces et tardives. Précocement, l'AGA peut se compliquer d'une bascule ou d'une perforation ; la SG peut se compliquer d'une fistule et la BPG de fistule, de sténose et d'hémorragie postopératoire. Tardivement, l'AGA peut se compliquer d'une migration intra-gastrique, de bascule tardive et d'infection ; la SG peut se compliquer de reflux gastro-œsophagien et le BPG d'ulcère anastomotique et de hernie interne. L'analyse de ces données a permis l'élaboration d'algorithmes décisionnels pour la prise en charge de ces complications.

© 2017 Publié par Elsevier Masson SAS.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2017.10.012>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : contival-n@chu-caen.fr (N. Contival).

<https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2016.09.018>

1878-786X/© 2017 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Obesity;
Gastric bypass;
Sleeve;
Gastric banding;
Fistula;
Hemorrhage

Summary Complications in bariatric surgery are varied ; they are severe at times but infrequent. They may be surgical or non-surgical, and may occur early or late. The goal of this systematic review is to inform and help the attending physician, the emergency physician and the non-bariatric surgeon who may be called upon to manage surgical complications that arise after adjustable gastric band (AGB), sleeve gastrectomy (SG), or gastric bypass (GBP). Data from evidence-based medicine were extracted from the literature by a review of the Medline database and also of the most recent recommendations of the learned societies implicated. The main complications were classified for each intervention, and a distinction was made between early and late complications. Early complications after AGB include prosthetic slippage or perforation; SG can be complicated early by staple line leak or fistula, and BPG by fistula, stenosis and post-operative hemorrhage. Delayed complications of AGB include intra-gastric migration of the prosthesis, late prosthetic slippage and infection, while SG can be complicated by gastro-esophageal reflux, and BPG by anastomotic ulcer and internal hernia. The analysis of available data allowed us to develop decisional algorithms for the management of each of these complications.

© 2017 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

La prévalence de l'obésité augmente de manière constante dans le monde [1,2]. Elle a été multipliée par deux en 30 ans et n'est plus l'apanage des pays riches. Aujourd'hui, 500 millions d'adultes sont obèses et la France n'échappe pas à cette pandémie, avec 15 % d'adultes obèses [3].

Depuis 2005, le nombre d'interventions bariatriques réalisées en France a été multiplié par 3,4 avec plus de 42 000 interventions en 2013. L'activité bariatrique est en plein essor et son développement nécessite une bonne gestion des complications de la chirurgie bariatrique.

Les recommandations sont celles établies par la HAS (Haute Autorité de Santé) et mises à jour en 2009 [4]. La chirurgie bariatrique comporte deux grands types d'intervention :

les procédures restrictives pures : il s'agit de l'anneau gastrique ajustable (AGA) (Fig. 1) et de la *sleeve gastrectomy* (SG) (gastrectomie en manchon) (Fig. 2).

les procédures mixtes associant restriction et malabsorption : il s'agit essentiellement du gastric bypass (GBP) (court-circuit gastrique) [4] (Fig. 3) et de la dérivation bilio-pancréatique mais compte tenu du faible nombre d'actes réalisés en France par rapport aux autres procédures, cette dernière n'a pas été détaillée dans cette mise au point.

Aujourd'hui, aucune technique ne peut objectivement prévaloir sur les autres.

L'AGA est l'intervention la moins agressive, la perte de poids est satisfaisante et les résultats dépendent d'un suivi nutritionnel attentif. Il s'agit d'une intervention mini-invasive qui peut être le premier de plusieurs temps chirurgicaux [5].

La SG, qui a connu une expansion importante, offre des résultats intermédiaires entre AGA et GBP pour un taux de mortalité périopératoire également intermédiaire.

Le GBP offre la meilleure perte pondérale et une meilleure stabilité du poids à long terme [6,7]. Le GBP le plus souvent réalisé est le GBP en Y. Il existe en effet, une variante avec une seule anastomose, appelée GBP en Omega ou mini-GBP. Cette procédure n'est, à ce jour, ni validée par la HAS, ni reconnue dans la nomenclature [8].

La chirurgie bariatrique a longtemps été marginalisée, et la mise en place d'enseignements dédiés aux particularités

de cette discipline est récente ; si bien que nombreux sont les chirurgiens méconnaissant les principes de la prise en charge chirurgicale des patients obèses. [9].

Complications postopératoires non chirurgicales**Complications thromboemboliques**

La prévalence de l'embolie pulmonaire (EP) s'établit entre 0 et 0,6 % avec une mortalité allant de 0 à 0,4 %, sous anticoagulation préventive [10–13]. Les écarts constatés entre les auteurs s'expliquent par plusieurs phénomènes :

- certaines procédures sont réalisées par laparotomie, d'autres par coelioscopie ;
- plusieurs procédures sont mélangées (AGA, SG et GBP) ;
- enfin, l'EP est souvent un épiphénomène en cas de complications chirurgicales ;

Les facteurs de risque identifiés sont ;

- l'âge, avec une corrélation linéaire entre âge et risque ;
- l'IMC, avec également une corrélation linéaire entre IMC et risque ;
- un antécédent de maladie thromboembolique ;
- la survenue de complications chirurgicales.

Aucune étude ne permet d'établir des recommandations sur la durée optimale de la prophylaxie postopératoire. La société française d'anesthésie réanimation suggère une durée minimale de 10 jours avec 2 injections quotidiennes sans dépasser 10 000 UI/j. La prophylaxie doit être multimodale avec le lever précoce pour règle. Il a également été suggéré d'y associer la compression pneumatique intermittente (CPI) sans toutefois élément de preuve. De même, le port de bas de contention élastique jusqu'à un mois postopératoire est couramment fait. La prévalence de complications thromboemboliques postopératoires est multipliée par 2 à 3 chez l'obèse. La laparotomie majeure ce risque comparé à l'abord coelioscopique [10,11]. De même, les évolutions multimodales dans la prévention de la maladie thromboembolique ont permis d'abaisser la prévalence de l'embolie pulmonaire à moins de 0,7 % [10,11,14].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8728768>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8728768>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)