

GASTRECTOMIE LONGITUDINALE CALIBREE OU SLEEVE GASTRECTOMIE : EXPERIENCE ABIDJANAISE.

Calibrated sleeve gastrectomy or sleeve gastrectomy : abidjan's experience.

N'Dri KJ, Blegole OC, Sidibe AM, Moussa B, Keli E, Aboua A G, Yamouso AF, Goho M, Adon A, N'Guessan HA

Tirés à part : Dr N'DRI Konan Jean Assistant Chef de Clinique au Service de Chirurgie Générale, Digestive, Endocrinienne et laparoscopique au CHU de Treichville. BP V3 Abidjan - Côte d'Ivoire. Cel : (225) 05 92 77 55 / 09 21 16 17 E-mail : ndrikonanj@yahoo.fr

RESUME

Introduction : Le but de ce travail a été d'évaluer et d'analyser les 29 premiers cas de sleeve gastrectomie à Abidjan. **Patients et Méthodes :** Nous avons évalué le dossier des patients opérés pour obésité morbide dans 03 cliniques privées d'Abidjan par l'équipe du Pr N'Guessan Alexandre de 2009 à 2014. Ont été inclus tous les patients ayant bénéficié d'une sleeve gastrectomie laparoscopique pour obésité morbide. **Résultats :** 29 patients ont été opérés ; 28 femmes et 1 homme avec un âge moyen de 34 ans. L'indice de masse corporelle (BMI) compris entre 35 et 49 Kg/m² avec des comorbidités. La procédure laparoscopique a été possible dans tous les cas sans conversion. La durée opératoire moyenne était de 3h. Les patients étaient exécutés dans 70% des cas au 2^{ème} jour post opératoire après un contrôle au bleu de méthylène. Quatre (4) complications (1 abcès sous phrénique, 1 occlusion du grêle, 1 sténose gastrique et 1 fistule digestive) ont nécessité une reprise opératoire. La mortalité opératoire était de 6.89%. environ 92,85% des patients avaient une perte d'excès de poids supérieure à 50% sur 4 ans, avec une amélioration des comorbidités. **Conclusion :** La sleeve gastrectomie est une technique réalisable dans nos conditions de travail. Elle nécessite une bonne sélection des patients, une équipe multidisciplinaire. **Mots clés :** Obésité -morbide - sleeve gastrectomie- laparoscopie

SUMMARY

Introduction: The aim of this study was to evaluate and analyze the first 29 cases of sleeve gastrectomy in Abidjan. **Patients and Methods:** We evaluated records of patients operated for morbid obesity in 03 private clinics in Abidjan by the team of Professor Alexandre N'Guessan from 2009 to 2014. Were included all patients who underwent laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity. **Results:** A total of 29 patients were operated; 28 women and 1 man with a mean age of 34 years. Body mass index (BMI) between 35 and 49 kg / m² with comorbidities. The laparoscopic procedure was possible in all cases without conversion. The average operative time was 3 hours. Patients were exeat in 70% of cases in the second postoperative day after checking by methylene blue. Only 4 complications (1 phrenic abscess, 1 small bowel obstruction, 1 gastric stenosis and 1 digestive fistula) required surgical recovery. The operative mortality was 6.89%. Around 92.85% of patients had a loss of excess weight greater than 50% over 4 years, with an improvement of comorbidities. **Conclusion:** The sleeve gastrectomy is a feasible technique in our working conditions. It requires a good patient selection, and a multidisciplinary team. **Key words:** Morbid obesity - laparoscopy- sleeve gastrectomy

INTRODUCTION

L'obésité est une pandémie qui touche 300 millions de personnes dans le monde. Les deux tiers de la population mondiale vivent dans un pays où le surpoids est responsable de plus de décès que l'insuffisance pondérale [1]. En France selon l'estimation Obesi 2012, 6,9 millions de personnes ont un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m² [2]. L'obésité est directement responsable de 44% des cas de diabète, d'un infarctus sur cinq et de 7 à 41% des cas de cancers. Un enfant sur trois né aujourd'hui développera un diabète de type 2.

Depuis l'avènement de la chirurgie laparoscopique, de nombreuses techniques opératoires ont été proposées et présentées comme traitement de choix de l'obésité pathologique en occident et en Amérique. Parmi ses techniques, la Sleeve gastrectomie

ou gastrectomie en manchon, du fait de ses résultats prometteurs à court et moyen terme a été proposé comme le seul et définitif traitement de l'obésité pathologique par plusieurs auteurs [3, 4,5]. La Côte d'Ivoire, s'inscrivant dans cette dynamique mondiale et pionnier de la chirurgie bariatrique en Afrique sub saharienne avec la gastroplastie par anneau ajustable depuis Mars 2002, ne veut pas rester en marge des recommandations internationales pour ne pas rendre virtuel le choix « offert » aux patients [6].

Le but de notre article est de rapporter, d'évaluer et d'analyser les 29 premiers cas de sleeve gastrectomie dans notre pratique de la chirurgie bariatrique à Abidjan.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective basée sur les dossiers des patients opérés pour obésité morbide dans 03 cliniques privées d'Abidjan

par l'équipe du Pr N'Guessan Alexandre de 2009 à 2014.

Ont été inclus tous les patients ayant bénéficié d'une sleeve gastrectomie laparoscopique pour obésité morbide. Il s'agissait de patients ayant un niveau socio-économique moyen, pouvant assurer financièrement leur soins dans une structure hospitalière privée, et ayant compris les avantages et inconvénients de la chirurgie bariatrique, aussi bien au plan psychologique que diététique. Ainsi, après plusieurs séries de consultation de chirurgie, de nutritionniste, de médecine générale, chaque patient a été demandeur de l'opération et de la technique opératoire notamment la sleeve gastrectomie.

Ont été exclus tous les patients opérés par les autres procédés de chirurgie bariatrique et les patients non stable psychologiquement.

La technique opératoire.

Les patient sont installés en position dite « french position » sur une table multi positionnelle, le chirurgien entre les jambes et l'aide opérateur à sa droite.

Le pneumopéritoine est réalisé par open coelioscopie, 4 à 5 trocarts sont utilisés avec une optique de 30°. Un trocart optique de 10 mm à 16 à 18 cm de l'appendice xiphoïde à gauche de la ligne médiane, puis deux autres trocarts opérateurs de 12 ou 15mm sous contrôle de la vue sur un arc de cercle orienté vers l'hypochondre gauche et positionnés en antérieure sous le rebord costal gauche et hypocondre droit. Un trocart de 5 mm en para xiphoïdien gauche pour soulever le lobe hépatique.

La libération de la grande courbure gastrique se fait sur un patient en proclive (15 à 20 degrés), le ligament gastrocolique mis sous tension est ouvert au raz de l'estomac en débutant au milieu de la grande courbure. Cette dissection se fait vers l'antra puis vers le haut en direction du pilier gauche du diaphragme à l'aide de l'ultracision. La fin de la dissection inférieure se fait entre 6 et 7 cm du pylore où se fera la section gastrique. Le deuxième temps est la dissection du ligament gastrophrenique pour libérer le pilier gauche du diaphragme de la partie haute de la face postérieure du fundus. La dissection de cette zone nécessite une attention particulière afin de ne pas sectionner l'artère gastrique gauche qui ressemble à un vaisseau gastrique postérieur.

La section gastrique se fait par agrafage de bas en haut de l'estomac à 6 cm du pylore préservant ainsi l'antra gastrique. La sonde gastrique de 36 Fr préalablement placée dans l'estomac pour éviter une sténose au niveau de l'angle et de la petite courbure. Cette sonde est mobilisée progressivement avant chaque agrafage pour vérifier qu'elle n'a pas été prise dans l'agrafeuse.

Les agrafeuses utilisées étaient de type « Endo GIA » de couleur verte ou bleue. Le nombre de chargeur utilisé est fonction de la taille de l'estomac.

RESULTATS

29 patients ont été opérés ; il s'agissait de 28 femmes et un homme avec un sex ratio H/F de 0.03. L'âge moyen des patients était de 34 ans avec des extrêmes de 29 et 58 ans.

Le poids moyen des patients était de 125 kg avec des extrêmes de 119 à 221 kg.

L'indice de masse corporelle (IMC) était compris entre 35 et 49 Kg/m².

Au niveau des antécédents médicaux ou comorbidités, 8 patients (27,59%) avaient un diabète de type 2 suivis et traités depuis au moins 2 ans, deux cas d'hyperlipidémie (6,7%). L'open coelioscopie a été réalisée chez tous les patients

Trois patients (10,34%) ont bénéficié d'une ablation d'anneau gastrique avec sleeve gastrectomie dans le même temps opératoire pour reprise pondérale.

La procédure laparoscopique a été possible dans tous les cas sans conversion.

Dans deux cas (6,89%) la section gastrique a été réalisée sans tube de calibrage en place.

La durée opératoire moyenne était de 3h avec des extrêmes de 02h 20mn et 4 Heures 45mn.

Les patients étaient admis à rejoindre leur domicile dans 70% des cas au 2^e jour post opératoire après un contrôle au bleu de méthylène.

Les suites opératoires ont été marquées par la survenue de 4 complications :

- un hématome infecté responsable d'un abcès sous phrénique (3,44%) chez une patiente qui a refusé l'antibiothérapie post opératoire. La prise en charge chirurgicale s'est faite à j5 post opératoire par voie coelioscopique pour toilette abdominale au sérum physiologique et drainage,
- une occlusion du grêle (3,44%) sur orifice dans l'arrière cavité des épiploons diagnostiquée et traité avec succès le lendemain de l'intervention,
- une sténose gastrique (3,44%) découverte à 14 jours de l'acte chirurgical. Il s'agissait d'une patiente de 38 ans qui a bénéficié d'une ablation d'anneau gastrique avec sleeve dans le même temps opératoire et chez qui la sonde de calibrage n'a pu être mise en place avant la section gastrique du faite de la fibrose cicatricielle induite par l'anneau gastrique. Le geste chirurgical a consisté à un mini-bypass par laparoscopique.
- une fistule digestive (3,44%) au sommet de la tranche de section sur un estomac non calibré avant la section gastrique. Elle a nécessité une reprise opératoire pour une gastroraphie sans succès.

Deux cas de décès ont été retrouvés, soit une mortalité péri-opératoire de 6,89%. Il s'agissait de la patiente reprise pour fistule gastrique, décédée dans un tableau de choc septique ; et celle ayant la sténose gastrite décédée de dénutrition sévère avec sepsis dans les suites d'un mini bypass gastrique.

Les patients ont été suivis sur une période allant de 6 mois à 4 ans : la perte d'excès de poids (pep) obtenue était supérieure à 50 % chez 92,85% de nos patients, avec une nette amélioration des comorbidités et une meilleure qualité de vie.

DISCUSSION

La sleeve gastrectomie longtemps considérée comme première étape en attendant une intervention définitive [7], s'est vue autoriser comme technique chirurgicale à part entière par l'HAS (Haute Autorité de Santé) en France depuis Février 2008 avec une validation du remboursement de l'acte en septembre 2010 par la CPAM (caisse primaire d'assurance maladie) [8,9]. En Afrique et singulièrement en cote d'ivoire, la chirurgie bariatrique relève encore des cliniques privées et du pouvoir financier des patients. Elle est donc réservée à une frange minime de la population qui peut se payer ce luxe thérapeutique. Cette situation expose ainsi la grande majorité de la population concernée par ce fléau mondiale [9], avec son cortège de comorbidités comme le diabète de type 2, l'hypertension artérielle et les dyslipidémies, faire le lit aux médications quotidiennes de toute nature sans résultat probant.

L'âge moyen de 34 ans de notre population est superposable à ceux de la littérature [11]. Cette jeunesse des patients associée aux comorbidités font projeter selon une dépêche de l'agence France presse de mai 2012, une espérance de vie inférieure à celle des parents [3]. Le sex ratio de 0,03 soit 96,55% de femmes est retrouvé chez certains auteurs [11, 12] respectivement 80% et 75,6%. Ce taux explique le caractère pathologique de cette forme car toute femme aspire à la finesse, à l'équilibre et à l'esthétique. La présence de l'homme dans cette chirurgie à la limite de l'esthétique s'explique surtout par des tares longtemps supportées et incurables en dehors de la chirurgie bariatrique.

Le poids moyen et l'indice de masse corporel moyen respectivement de 125 kg et 38 kg/m² de notre population obéissent aux recommandations américaines de 1991 [12] et de la HAS en France [8].

La sleeve gastrectomie nous a permis comme chez certains auteurs [11,12], une régression sensible des comorbidités associées à l'obésité de 75 % pour le diabète de type 2 et de 50% pour l'hyperlipidémie.

Il n'y a pas de recommandations formelles quant à la réalisation du pneumopéritoine, ainsi pour certains auteurs comme sodji [12], l'aiguille de veress a toujours été utilisée, tandis que Blanc [13] préconise l'open coelioscopique. Nous avons dans notre étude eu recours exclusivement à l'open coelioscopie. Mais il n'existe pas d'arguments formels pouvant justifier telle ou telle pratique.

Comme proposé par Alqahtani et al [14], trois de nos patients (10,34%) ont bénéficié d'une ablation d'anneau avec sleeve gastrectomie dans le même temps opératoire. Mais cette procédure en un temps (ablation d'anneau et sleeve) techniquement réalisable, a été à l'origine de l'un de nos deux cas de décès. Nous proposons comme schneck [15] et d'autres auteurs [10,11] la stratégie en deux temps (ablation de l'anneau puis sleeve trois mois après), afin d'éviter le taux de fistule et de sténose imputable à la fibrose cicatricielle et la vascularisation précaire de l'estomac induite par l'anneau.

L'usage de la sonde gastrique observé dans toutes les séries, doit être considéré comme un dogme. En effet, nos deux patients qui ont subi la section gastrique sans sonde de calibration et immédiatement après ablation d'anneau gastrique, ont été à l'origine de 50% de nos complications. Le non usage de la sonde de calibration n'a pas été volontaire, mais plutôt limité par la fibrose cicatricielle suite à une ablation d'anneau et ceci en début de notre pratique de la chirurgie bariatrique.

La conjonction de ces deux facteurs (ablation d'anneau gastrique et absence de sonde de calibration) explique cette lourde mortalité de 6,89% alors que dans la littérature celle-ci varie entre 0 et 3,3% [11, 13,14].

Notre taux de complications de 14,28% paraît faible et est en accord avec ceux observés dans la littérature [11, 12, 13,14] allant de 3,2% à 14,3%.

La procédure coelioscopique s'est pratiquée intégralement sans conversion. La durée opératoire moyenne a été de 3 heures avec des extrêmes de 2 heures 20 minutes à 4 heures 45 minutes.

Cette longue durée opératoire non retrouvée chez les auteurs occidentaux peut s'expliquer par :

- la petite taille de notre effectif,
- le caractère récent (4 ans) de la pratique de la sleeve. La chirurgie bariatrique étant dominée dans notre pratique depuis 10 ans par l'anneau gastrique,
- et surtout la courbe d'apprentissage ou « learning curve » même si elle ne semble pas exister dans la littérature pour la sleeve gastrectomie contrairement à la cholécystectomie et au bypass gastrique [8, 12,15].

Le retour à domicile des patients était autorisé dans 70% des cas au 2^e jour post opératoire après un contrôle systématique au bleu de méthylène contrairement à sodji [12].

Les patients ont été suivis sur une période allant de 6 mois à 4 ans. La perte d'excès de poids (pep) globalement supérieure à 50 % chez 92,85% de nos patients, était superposable à ceux de la littérature.

Malgré la taille peu importante de notre série et le caractère récent de la sleeve gastrectomie, nos résultats sont comparables aux autres études récemment publiées [5, 11, 12, 14, 15,16] et confirme une fois de plus sa simplicité, sa rapidité, l'absence d'anastomose et de fenêtré mésentérique contrairement au bypass gastrique, l'absence de corps étranger, la possibilité d'une autre chirurgie en cas d'échec, et un tube digestif qui reste accessible à une endoscopie [11].

CONCLUSION

Les résultats encourageant de la sleeve gastrectomie en terme de perte de poids, à moyen et long terme, et de réduction significative des comorbidités, est devenu de nos jours un maillon essentiel de la prise en charge de l'obésité dans l'arsenal thérapeutique dont dispose la chirurgie à l'échiquier mondial. Elle est réalisable dans nos conditions de travail avec une mortalité et une morbidité faible. Sa réalisation doit scrupuleusement obéir aux principes élémentaires et astuces comme définis dans la littérature afin d'éviter certaines complications dramatique telles que la fistule et la sténose qu'elle peu générer.

REFERENCES

1. OMS. Dixfaits sur l'obésité ;2012 [available from;:http://www.who.int/features/factfiles/obesity/fr/index.html].
2. Obepi.obEpi.Roche 2012.enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité ;2012 [available from :http://www.roche.fr/portal/roche.fr/obesi.2012].
3. ARIAS E, MARTINEZ PR, KA MING LI V, SZOMSTEIN S, ROSENTHAL JR. :Mid-term follow-up after sleeve gastrectomy as a final approach for morbid obesity. : Obes.Surg.2009 ;19 :544-8.
4. MENENAKOS E, STAMOU KM, ALBANOPOULOS K, PAPAILIOU J, THEODOROU D, LEANDROS E. : laparoscopic sleeve gastrectomy performed with intent to treat morbid obesity : a prospective single-center study of 261 patients with a median follow-up of one year. : obes. Surg. 2007 ;17 :962-9.
5. FUCKS D, VERHAEGHE P, BEHANT O, ET AL. : results of laparoscopic sleeve gastrectomy : a prospective study in 135 patients with morbid obesity. : surgery2009 ;145 :106-13.
6. MSIKA S, CASTEL B.present indications forsurgical treatment of morbid abesity : how to choose the best opération ? J Visc Surg2010 ;147(5) :E47-51.
7. GAGNER M, DEITEL M, KALBERER TL, et al. : the second International Consensus Summit for sleeve gastrectomy. : Surg. Obes. Relat. Dis.2009 ;5 : 476-485.
8. HAS. : Gastrectomie longitudinale (sleeve gastrectomie) pour obésité. Avis sur l'acte : service évaluation des actes professionnels.
9. CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE. Circulaire : 26/2010. Objet : introduction et suppression d'actes, modifications de prise en charge à la CCAM.
10. CAIAZZO R, PATTOU F. anneau, bypass ou sleeve : que choisir ? Le Journal de chirurgie viscerale (2013) 150,104-115.
11. CATHELINE JM, DBOUK R, KASSEM A, BENDACHA Y, BONNEL C, COHEN R. : Résultats à 7 ans de la sleeve gastrectomie. Le Jour. Coelio-Chir.2014 ;89 :25-30
12. SODJI M, DALMAY F. Les 1000 premières sleeves gastrectomies à la clinique des émailleurs. Le Jour. de coelio-chir. 2014 ; 90 : 11-18.
13. BLANC P, BRETON C, KACZMAREK D, BOURBON M, BURGARD G, HUGONNIER G,REGAIRAZ C. Gastrectomie en manchon : trucs, astuces et controverses techniques. Le Jour. Coelio-chir. 2013 ; 86 :11-17.
14. ALQAHTANI AR, ELAHMEDI M, ALAMRI H, MOHAMMED R, DARWISH F, AHMED AM. : Laparoscopic Removal of Poor Outcome Gastric Banding with Concomitant Sleeve Gastrectomy. : Obes.Surg.2013jun ;23(6) :782-7.
15. SCHNECK AS, NOEL P, IANNELLI A, GUGENHEIM J. : la sleeve gastrectomie laparoscopique après échec de l'anneau gastrique : une série de 300 patients consécutifs. Le jour.Coelio-chir. 2014 ;90 :26-36.
16. CHAZELET C, VERHAEGHE P, PERTERLI R, ET AL. : la gastrectomie longitudinale (sleeve gastrectomie) comme unique chirurgie bariatrique : résultats d'une étude rétrospective multicentrique de446 patients. : J. Chir.2009 ;146 :368-72