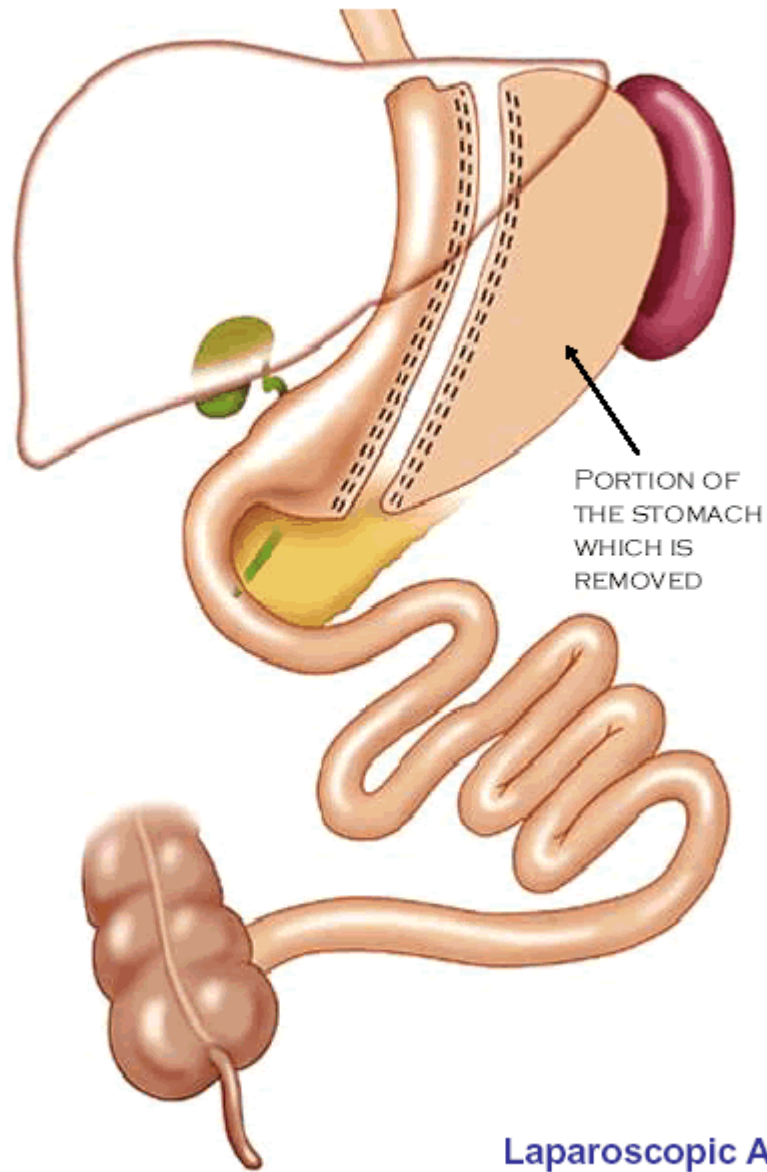


## LA GASTROPLASTIE VERTICALE CALIBREE AVEC RESECTION GASTRIQUE OU SLEEVE GASTRECTOMIE

Sleeve signifie manche ou manchette. C'est ainsi que l'on nomme cette résection (ablation) de l'estomac qui enlève environ les deux tiers de la poche gastrique en laissant un estomac en forme de tube par le biais d'un long agrafage sur toute la hauteur de l'estomac (environ 20 à 25 cm) avec également section de l'estomac.

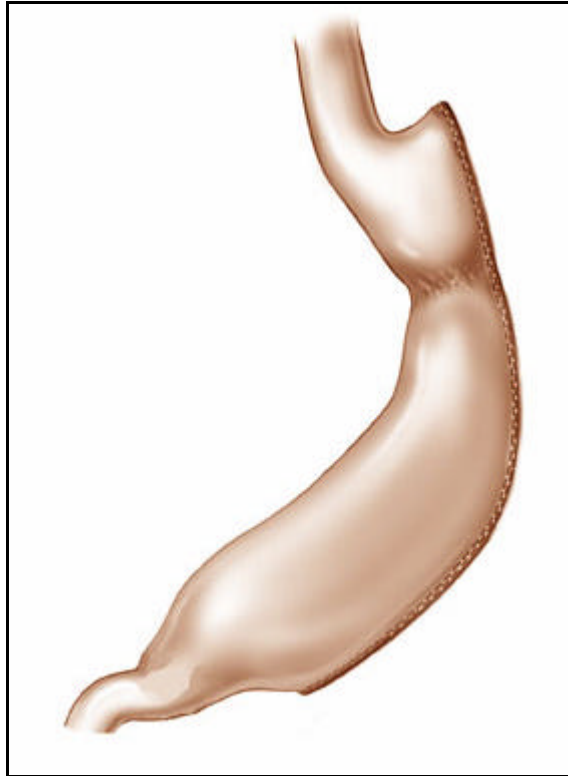
La sleeve gastrectomie est l'évolution directe de deux autres opérations similaires et qui l'ont précédée, à savoir l'opération de Mason modifié Mc Lean encore appelé gastroplastie verticale calibrée à laquelle on se réfère souvent sous le vocable « agrafage gastrique », l'autre opération, moins connue est celle de Magenstrasse et Mill surtout connue en Angleterre. La sleeve gastrectomie reprend le principe de ces deux précédentes interventions, à savoir la réduction du volume gastrique, c'est-à-dire un effet qui est comparable à l'anneau, d'ailleurs d'introduction beaucoup plus récente que ces techniques. En même temps, comme le montre les illustrations, la sleeve gastrectomie va plus loin que les opérations de Mason et de Magenstrasse et Mill en ce sens ou non seulement l'estomac est agrafé et sectionné mais les deux tiers de l'estomac qui sont exclus du circuit digestif sont enlevés. La pièce opératoire est confiée pour analyse.

### RESTRICTIVE VERTICAL GASTRECTOMY

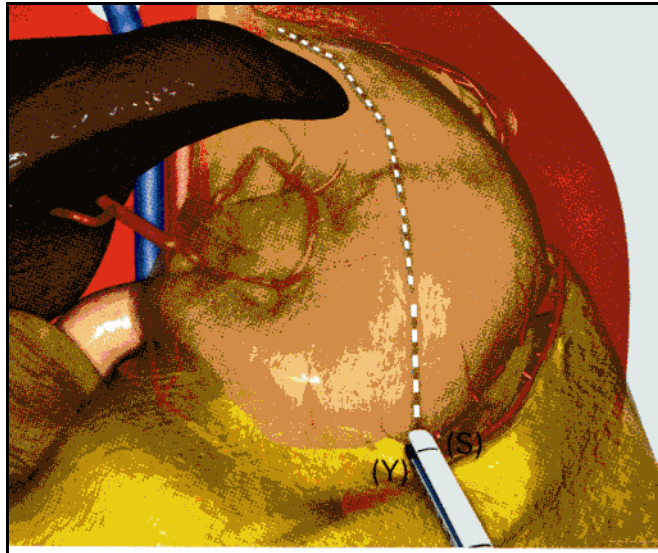


Laparoscopic Assoc  
Of San Francisco©

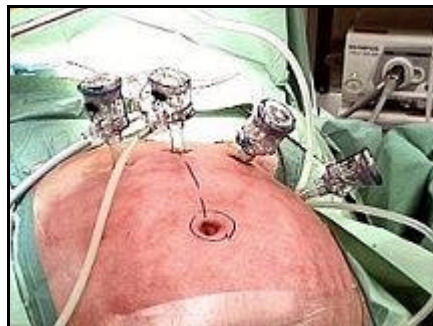
La taille de l'estomac qui est laissé en place est variable en fonction des chirurgiens. D'une manière générale le tube gastrique est confectionné sur une « bougie », c'est-à-dire un tube qui est introduit au cours de l'opération par la bouche dans l'œsophage et dans l'estomac par les anesthésistes. Ce tube est d'un calibre variable, la plupart du temps aux alentours de 2 cm de diamètre. Il assure le calibrage de la poche gastrique dont la contenance généralement est de



l'ordre de 100 ml après l'opération. Il assure également un maximum de régularité dans la confection de la ligne d'agrafage pour laquelle on ne dispose en coelioscopie que d'instrument de 60 mm de long alors que le nombre d'applications est d'environ six pour l'agrafage complet de l'estomac.



L'opération est, dans l'immense majorité des cas, réalisée par coelioscopie avec six incisions : trois de 5 mm, deux de 1 cm et une de 2 à 3 cm permettant notamment l'extraction de la pièce de résection gastrique.



Il n'y a que de rares situations où on pourrait être amené à réaliser une ouverture classique sur la ligne médiane de 15 à 20 cm de long notamment dans le cas où il serait nécessaire de contrôler un saignement qui n'est pas accessible par coelioscopie. Cela peut-être également le cas lorsque un anneau gastrique ou une autre opération de l'estomac a été réalisée préalablement à la sleeve gastrectomie. Des adhérences peuvent alors rendre le geste difficile et nécessiter une ouverture classique et l'abandon de la coelioscopie.

Les suites post opératoires sont généralement rapides. Aucune sonde n'est laissée en place à l'issue de l'opération. Les boissons sont reprises le lendemain de l'intervention chirurgicale et si tout se passe bien l'alimentation le surlendemain. Généralement le retour à domicile peut s'effectuer au cours de cette deuxième journée suivant l'opération.

Comme dans toute chirurgie d'obésité, une prévention des phlébites est proposée pour une durée de 10 jours avec une injection sous cutanée par jour d'anticoagulant.

Les conseils diététiques sont proposés au cours de l'hospitalisation et généralement un suivi diététique est également offert durant les premiers mois qui suivent l'opération.

En résumé, la sleeve gastrectomie reprend le mode de fonctionnement des opérations dites de « restriction » dans lesquelles on trouve les opérations traditionnelles tel que le Mason Mc Lean, opération beaucoup moins répandue, de Magenstrasse et Mill et ce qui est devenu une sorte de référence, du moins en Europe, en terme de chirurgie de l'obésité, à savoir l'anneau gastrique.

La perte de poids ne se fait donc que par diminution des apports alimentaires. La perte de poids est d'autant plus significative que les personnes opérées observent un équilibre alimentaire strict avec limitation des graisses et des sucreries et reprennent une activité physique régulière.

Il y a à l'heure actuelle relativement peu d'informations concernant la sleeve gastrectomie utilisée de manière isolée pour traiter l'obésité morbide. En effet, si on en parle depuis quelques années seulement et que son utilisation de manière isolée remonte simplement à environ trois ou quatre ans, la sleeve gastrectomie est un procédé bien connu car elle était utilisée jusqu'à lors dans le cadre d'une intervention plus complexe dite de malabsorption, à savoir la dérivation bilio-pancréatique avec duodenal switch, opération mise au point au début des années 90. La pratique de la sleeve gastrectomie remonte donc à une quinzaine d'années, même si effectivement elle est utilisée de manière isolée beaucoup plus récemment.

La plupart des études d'ailleurs se réfèrent à la sleeve gastrectomie en tant que première étape d'une intervention ultérieure chez des patients dont l'index de masse corporelle est très élevé, au-delà de 60, et pour lesquels il est de notoriété que les interventions chirurgicales comportent plus de complications. L'idée est de proposer dans un premier temps une intervention dont les risques de complications sont faibles, mais la sleeve gastrectomie peut aussi constituer une vraie alternative à l'anneau gastrique pour tous les malades atteints d'obésité morbide.

## COMPLICATIONS

Les principales complications de la sleeve gastrectomie dans les suites immédiates de l'opération, en dehors des complications habituelles de la chirurgie de l'obésité (phlébite, embolie pulmonaire, problèmes liés au diabète ou aux apnées du sommeil) sont la rupture de la ligne d'agrafes (fistule) entraînant abcès ou péritonite d'une part et d'autre part des saignements sur la ligne d'agrafes et ce malgré l'utilisation d'un matériel sophistiqué et d'une grande sécurité.

Un certain nombre de publications récentes estime le risque de rupture de la ligne d'agrafes à moins de 2 % et le risque de saignement à moins de 1 %.

A plus long terme, c'est-à-dire dans les semaines qui suivent l'opération, le risque de sténose ou rétrécissement de l'estomac a été bien identifié. Il est estimé à environ 4 % et malgré l'utilisation de la bougie dans l'estomac, la ligne d'agrafes peut présenter des irrégularités. Une rupture de la ligne d'agrafes minime et passée inaperçue peut également favoriser l'apparition de la sténose, de même qu'une inflammation ou une réaction aux agrafes qui sont pourtant des agrafes utilisées depuis plusieurs dizaines d'années en chirurgie digestive. Alors que les problèmes de rupture de ligne d'agrafes ou saignement sur la ligne d'agrafes nécessitent généralement la réintervention chirurgicale dans les 24 à 48 premières heures, les problèmes de sténose qui se manifestent par des vomissements quotidiens nécessitent des

dilatations par fibroscopie. Le cas échéant ces dilatations peuvent ne pas être suffisantes. Dans ce cas une réintervention chirurgicale à distance s'avère nécessaire.

A ce jour même dans des populations à risque comme des patients avec un index de masse corporelle supérieur à 60, aucun décès n'a été rapporté dans les suites d'une sleeve gastrectomie et l'on estime à l'heure actuelle que cette opération présente un niveau de sécurité comparable à l'anneau gastrique.

Dans une étude récente consacrée à 216 patients opérés entre 2002 et 2005 les auteurs rapportent en effet 6,3 % de complications après sleeve gastrectomie contre 7,1 après anneau gastrique.

### RESULTATS SUR LA PERTE DE POIDS

Très peu de données sont disponibles concernant la sleeve gastrectomie. Ceci est dû au fait que le maximum de perte de poids est atteint deux ans après une chirurgie d'obésité quelle que soit la technique utilisée. La véritable valeur d'une chirurgie de l'obésité sur la perte de poids s'apprécie généralement cinq ans après l'opération ou davantage.

Du fait de son introduction récente en utilisation seule, la sleeve gastrectomie ne présente des résultats qu'à deux ans.

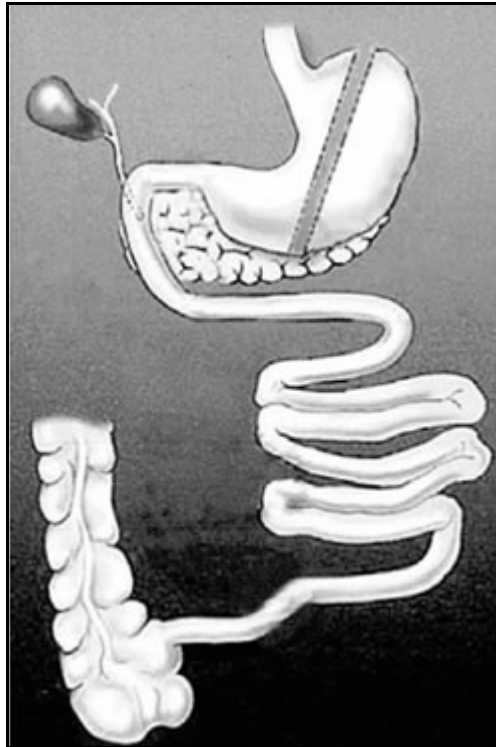
Une étude récente publiée au printemps rapporte 216 patients opérés entre 2002 et 2005 avec un recul moyen de deux ans. On rapporte une perte d'excès de poids de 58,5 % à un an et 83% à deux ans. Les auteurs mettent sur le même plan les résultats de la sleeve gastrectomie avec le bypass gastrique ou la dérivation bilio-pancréatique. Par comparaison la perte d'excès de poids moyen après un anneau gastrique est de 50 %. Dans la plupart des cas la gastroplastie verticale calibrée, opération de Mason, atteint 65 % de perte de l'excès de poids, le bypass gastrique 75 %, la dérivation bilio-pancréatique de 85 à 90 %.

Les chiffres qui sont donnés doivent être pris avec précaution même si il apparaît assez clairement que la sleeve gastrectomie procure des résultats qui sont supérieurs à l'anneau en terme de perte de poids avec un risque équivalent.

**EN CONCLUSION**, il convient de retenir certains points clés concernant la gastroplastie verticale calibrée avec résection gastrique ou sleeve gastrectomie.

I - Son mode d'action est comparable à l'anneau gastrique ou à l'opération de Mason. Il s'agit d'une diminution du volume gastrique avec donc réduction des apports alimentaires.

II – L'opération ne fait intervenir aucun processus de malabsorption. Il n'y a pas de modification du reste du tube digestif ni de la digestion. La sleeve gastrectomie ne génère donc pas de carence en vitamine. Cet effet est comparable à l'anneau gastrique.



III – Contrairement à l’anneau gastrique, la sleeve gastrectomie ne fait pas appel à la mise en place d’un corps étranger. Les agrafes qui sont utilisées sont identiques à celles utilisées dans d’autres chirurgies, intestin grêle, côlon, et son bien généralement bien intégrées en l’espace de quelques semaines à quelques mois.

IV – Le confort alimentaire est en théorie meilleure par rapport à l’anneau gastrique à condition bien sûr qu’il n’y ait pas de phénomène de sténose de l’estomac. En effet, l’anneau gastrique entraîne un blocage avec des vomissements qui sont relativement fréquents alors qu’ici la réduction du volume de l’estomac se fait de façon régulière et n’entrave pas en principe le retour à une alimentation normale bien qu’en quantités réduites. Toutefois, aucune étude à ce jour ne compare le confort alimentaire après anneau gastrique ou sleeve gastrectomie.

V – L’opération de sleeve gastrectomie s’effectue dans des conditions comparables à l’anneau gastrique, c’est-à-dire en coelioscopie avec le recours à une grande cicatrice de manière tout à fait exceptionnelle. D’une manière générale le taux de complications est similaire à celui de l’anneau gastrique et le taux de réopérations ne semble pas plus élevé.

VI – Les résultats en terme de perte de poids apparaissent prometteurs, apparemment supérieurs à ceux que peut procurer l’anneau gastrique et même comparables aux opérations les plus sophistiquées de la chirurgie de l’obésité.

VII – Toutefois certaines précautions sont à prendre dans l’analyse des résultats. L’opération est d’utilisation récente de manière isolée. Les résultats affichés à deux ans sont forcément des résultats d’efficacité maximum et le volume restant de l’estomac est extrêmement variable d’une équipe chirurgicale à l’autre. Ce volume a probablement une incidence à la fois sur le confort alimentaire et sur les résultats en terme de perte de poids.

VIII – Il est important de noter que même si à terme l'évolution du poids reste incertaine, l'opération de sleeve gastrectomie est évolutive, au moins autant que l'anneau gastrique, car on peut lui adjoindre en cas de reprise de poids ou de perte de poids insuffisante soit un bypass gastrique, soit une dérivation bilio-pancréatique. La perspective de mise en place d'un anneau gastrique est même tout à fait envisageable, de même la reprise de la sleeve gastrectomie pour réduire à nouveau le volume de l'estomac au cas où celui-ci demeure trop important ou fait l'objet d'une augmentation de volume.