



Technique opératoire du by-pass gastrique RY et de l'OAGB dans notre étude prospective à l'hôpital Limmattal.

Bypass gastrique: sans anastomose du pied de l'anse?

Bariatrie Le bypass gastrique Roux-en-Y (RYGB) est l'opération bariatrique la plus pratiquée en Suisse. À l'échelle mondiale et européenne, le bypass gastrique à une anastomose (OAGB), ou mini-bypass, jouit d'une popularité croissante. Quelles sont les différences avec le RYGB? Y a-t-il des avantages? Quels sont les risques?

Dr méd. Thomas Köstler

Les opérations bariatriques les plus fréquemment pratiquées dans le monde entre 2015 et 2018 étaient la sleeve gastrectomie (60%), le RYGB (30%) et l'OAGB (5%). Les préférences varient fortement entre les pays européens. L'opération bariatrique la plus fréquente était l'OAGB (40%) en Autriche, la sleeve gastrectomie (62%) en France et le RYGB (76%) en Suisse [1]. Dans les lignes directrices de l'International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) et de l'American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMB) ainsi que dans les lignes directrices S3 allemandes,

toutes les interventions susmentionnées sont considérées comme équivalentes.

En Suisse, selon les lignes directrices de la Swiss Society for the Study of Morbid Obesity (SMOB), l'OAGB ne doit être réalisée que dans des conditions d'étude, car il n'existe pas assez de données pertinentes sur le plan qualitatif concernant les résultats à long terme, d'une durée de cinq ans ou plus.

Lors du dernier congrès annuel de la SMOB à Berne, nous avons présenté les résultats à trois ans, non encore publiés, de notre étude prospective randomisée comparant le RYGB et l'OAGB.

Avantages et inconvénients de l'OAGB

L'OAGB se distingue du RYGB par la création d'une poche gastrique plus longue que dans le RYGB et par l'absence d'«anastomose du pied de l'anse» (cf. schéma 1).

L'inconvénient de l'OAGB est donc qu'il peut conduire à un reflux biliaire dans l'œsophage. La procédure de Billroth II est une opération similaire à l'OAGB, qui, elle non plus, ne comprend pas d'anastomose du pied de l'anse. Les résultats à long terme de cette intervention de gastrectomie partielle ne montrent pas d'incidence accrue de carcinomes, mais une incidence plus élevée d'œsophage de Barrett court après 15 à 20 ans [2].

Sans anastomose du pied de l'anse, davantage de reflux; avec anastomose du pied de l'anse, davantage d'occlusions intestinales.

Un reflux symptomatique après OAGB est signalé dans 5 à 15% des cas [3]. Dans le cadre de notre étude, au bout de trois ans, nous avons dû convertir un OAGB en RYGB en raison d'un reflux biliaire chez 7,6% des patients, ce qui a permis de corriger le reflux. Après deux ans, ce pourcentage s'élevait à 2,4% dans l'étude française Y-OMEGA [4].

L'avantage de l'OAGB par rapport au RYGB réside dans l'absence de complications au niveau de l'anastomose du pied de l'anse. Le taux d'obstruction postopératoire précoce de l'intestin grêle au niveau de l'anastomose du pied de l'anse après RYGB est de 0,8 à 2,7% [5].

Une étude suédoise a montré un taux de réopération de 3,1% [6] en raison d'obstructions intestinales causées par l'anastomose du pied de l'anse, malgré la fermeture des brèches mésentériques.

Chez nos propres patients, nous avons constaté que 37% des brèches intermésentériques initialement fermées se sont rouvertes [7]. Des études récentes avec une durée de suivi plus longue montrent une incidence des invaginations avec obstructions intestinales au niveau de l'anastomose du pied de l'anse atteignant jusqu'à 4,7% après RYGB [8].

Dans notre étude, 7,6% des patients du groupe RYGB ont dû être réopérés au cours des trois premières années en raison d'obstructions intestinales ou de hernies internes, contre aucun patient du groupe OAGB.

L'OAGB est une opération sûre en termes de morbidité et de mortalité postopératoires.

Le RYGB et l'OAGB ont tous deux démontré leur efficacité à long terme en s'agissant de perte de poids (Excess weight loss, EWL) après plus de cinq ans (RYGB env. 60%, OAGB env. 70%) [9]. Dans notre étude, l'EWL à trois ans était de 97,5% pour l'OAGB et de 80,2% pour le RYGB. Le taux de complications postopératoires précoces des deux interventions est faible.

Résumé pour vous par:

Congrès de la SGED/SSED | 17.-18.11.2022 | Berne

Après trois ans, le taux de réopération dans notre étude était comparable pour les deux opérations, les réopérations ayant été attribuables à une perte de poids insuffisante et à des obstructions intestinales pour le RYGB (10%) et à des reflux pour l'OAGB (7,6%). Nos résultats concordent avec les données d'une méta-analyse [9]. La rémission du diabète est meilleure après l'OAGB par rapport au RYGB.

Notre étude démontre qu'un an après l'opération, la concentration de glucose après un repas test est significativement plus faible et la concentration de GLP-1 significativement plus élevée après l'OAGB par rapport au RYGB. La question de savoir si cet effet est dû à l'absence d'anastomose du pied de l'anse ou à la différence au niveau de la longueur des anses de l'intestin grêle ou de la configuration de la poche gastrique entre les deux opérations reste sans réponse. Le RYGB peut être réalisé avec une longueur de l'anse biliaire et une poche gastrique comparables à celles de l'OAGB.

La qualité de vie, que nous avons évaluée à l'aide de nombreux scores, ne montre aucune différence entre les deux opérations un an après l'intervention.

Conclusion

Le fait de se passer d'une anastomose du pied de l'anse permet d'éviter à long terme des complications telles que des occlusions intestinales ou des hernies internes. En même temps, cet avantage comporte aussi des inconvénients. Les conséquences à long terme pour l'œsophage d'un reflux biliaire non traité restent inconnues. Un taux accru de carcinomes n'a pas été décrit à ce jour, mais des altérations morphologiques des muqueuses de l'œsophage plus fréquentes ont été rapportées. Une sélection minutieuse et des contrôles cliniques et endoscopiques postopératoires réguliers des patients sont très importants après la réalisation d'un OAGB.

Correspondance

Thomas.Koestler[at]spital-limmattal.ch



Références

Liste complète des références sous www.bullmed.ch ou via code QR



Dr méd. Thomas Köstler

Directeur du centre interdisciplinaire de l'obésité à l'hôpital Limmattal. Il est également spécialiste en chirurgie viscérale, en chirurgie générale et en traumatologie.