



L'estomac : UGD, RGO, mégaoesophage et cancer gastrique (anatomie, pathologie et techniques chirurgicales)

2022

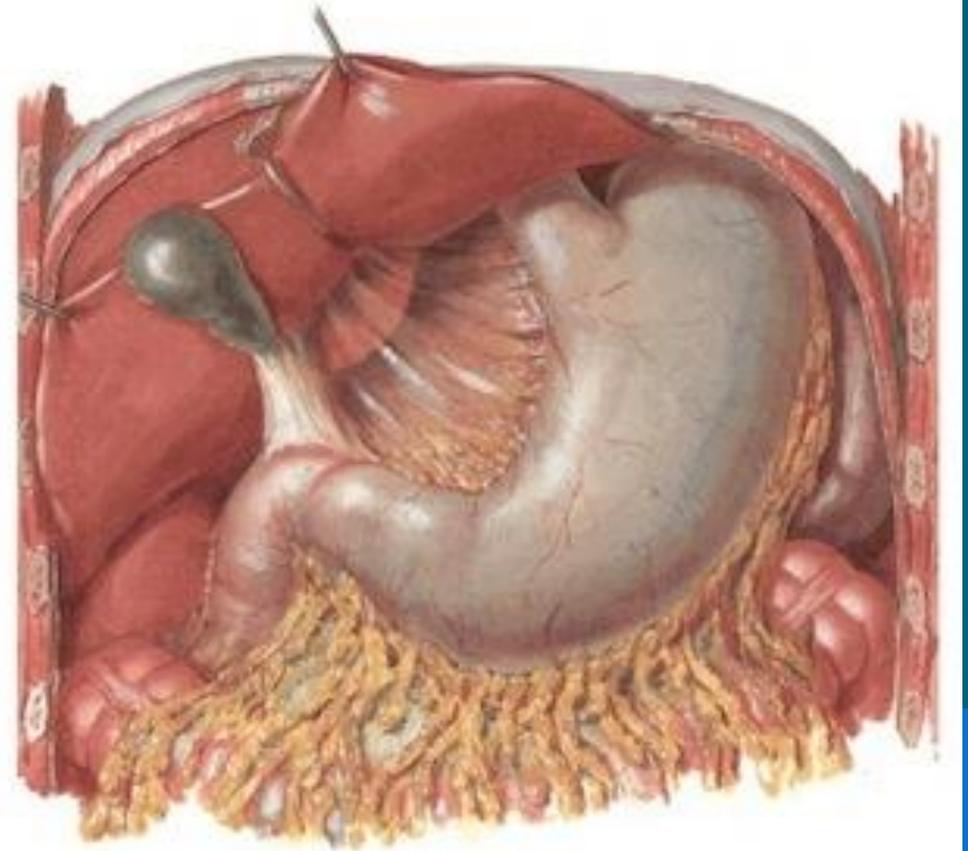
Dr Aure DESPEYROUX
PHC chirurgie digestive
CH Alès - CHU Nîmes

Plan

1. Rappels
 1. Anatomie
 2. Physiopathologie
2. UGD
3. RGO – Hernie hiatale
4. Méga œsophage (Achalasie de l'œsophage)
5. Cancer Gastrique
6. Chirurgie bariatrique

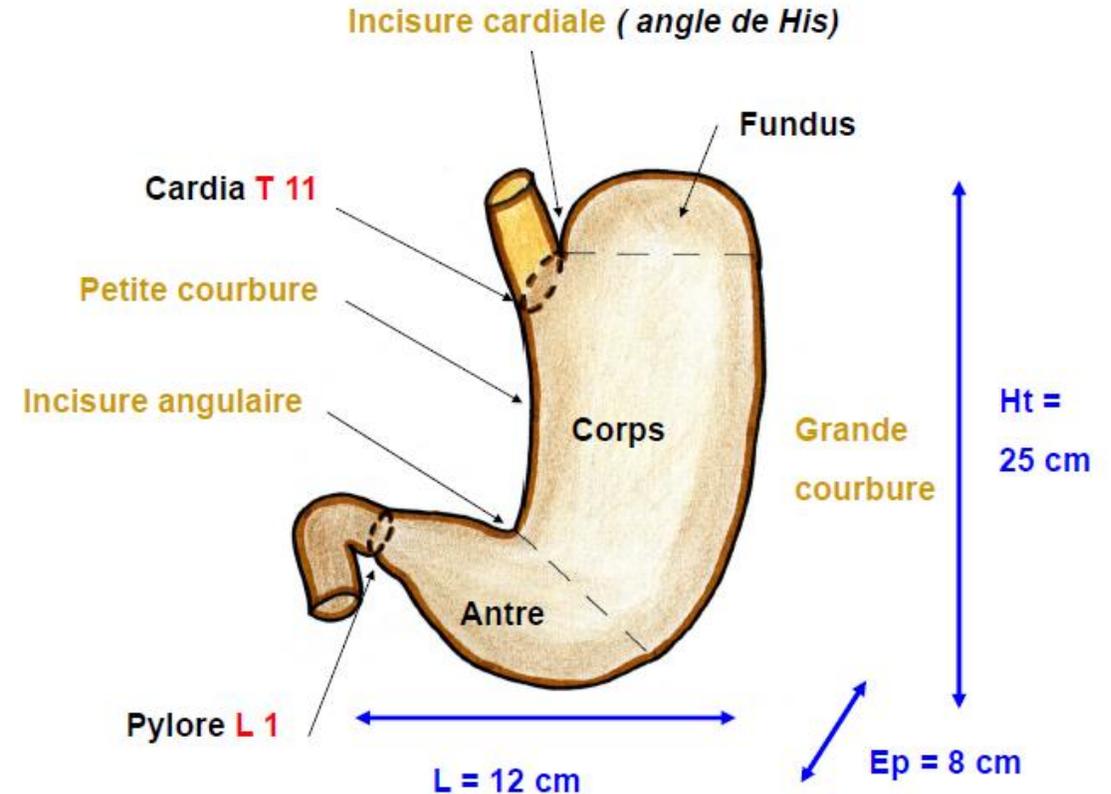


Rappels: Anatomie, Physiopathologie



Rappels: Anatomie

- Forme de J avec 4 parties
 - **Fundus**
 - **Corps**
 - **Antre**
 - **Pylore** (anneau musculaire)
- Dans la **loge sous phrénique gauche** (en partie recouvert par l'auvent costal)
- Action **mécanique et chimique**

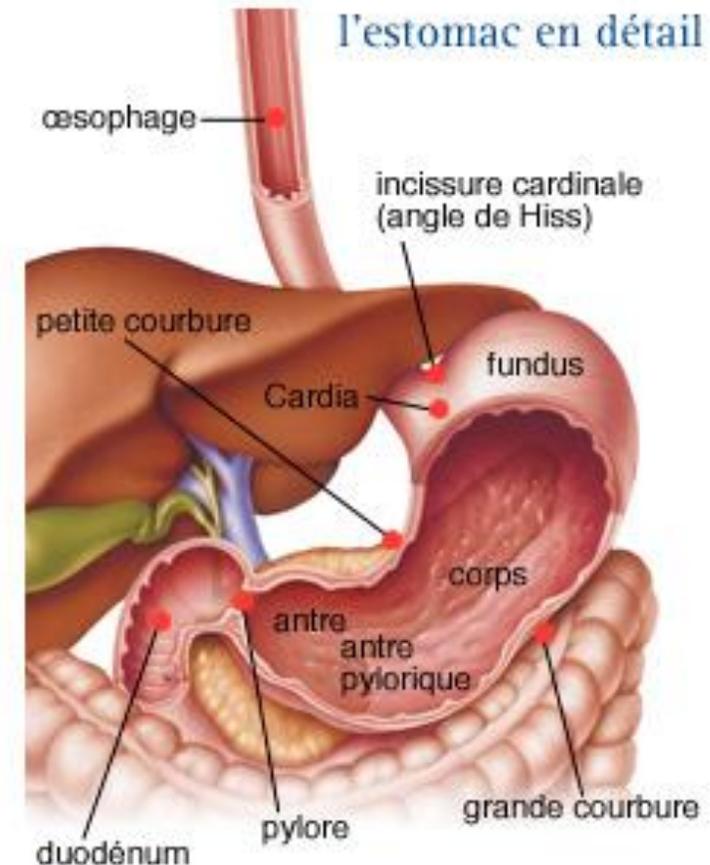


Rappels: Anatomie



Configuration externe:

- **Petite courbure** (bord droit), s'infléchit au niveau de l'antra : incisure angulaire
- **Grande courbure** : bord gauche convexe
- **Cardia, angle de Hiss**
- **Pylore** : anneau musculaire entre estomac et duodénum
- En rapport avec
 - La **coupole diaphragmatique gauche**
 - La **rate** : ligament gastro- splénique
 - Le **foie** : ligament gastro- hépatique
 - Le **colon transverse**
 - **Epiploon** (arrière cavité des épiploons)

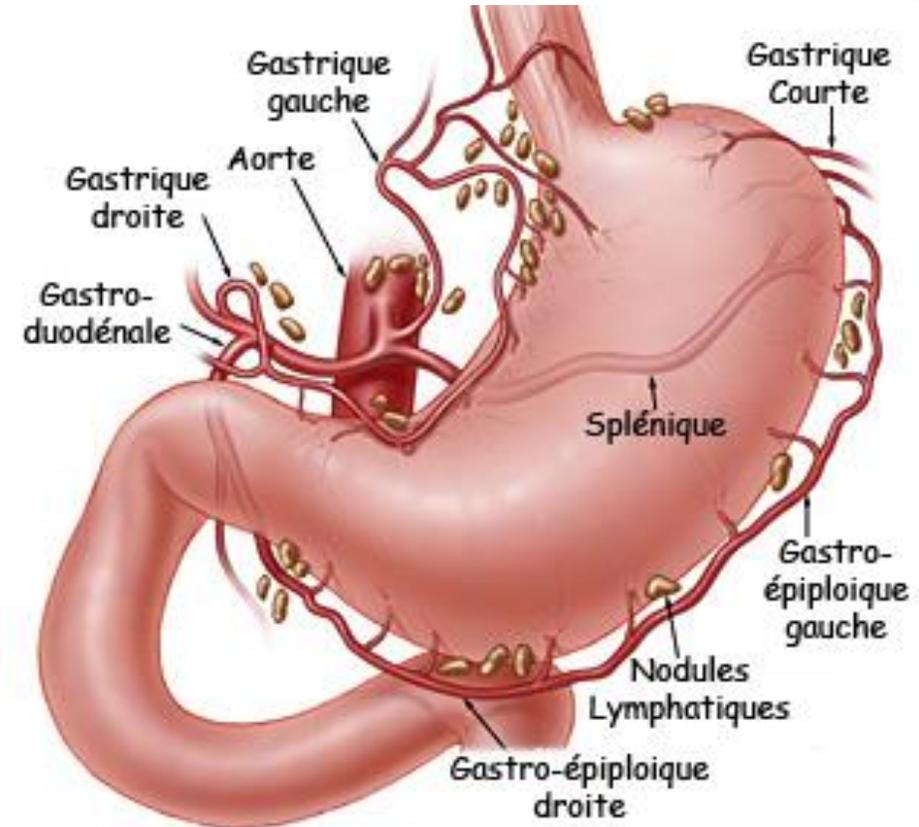


Rappels: Anatomie



Vascularisation artérielle

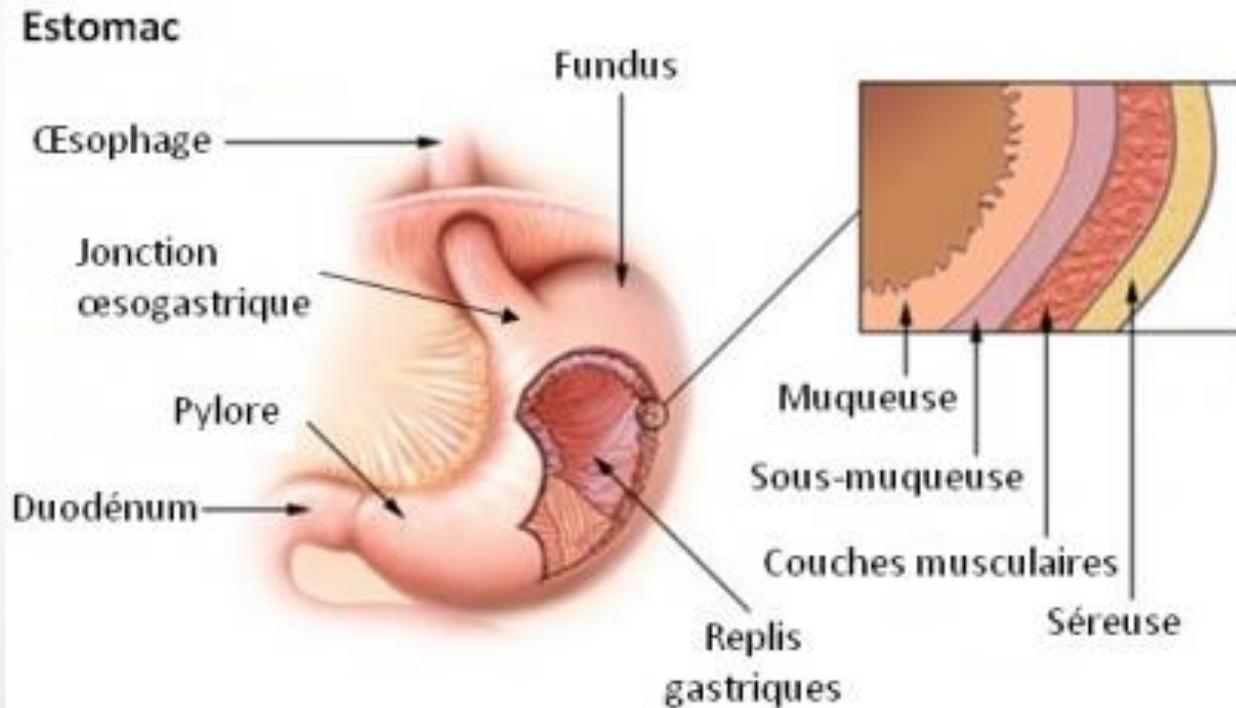
- Petite courbure : Arcade
 - **Gastrique gauche** naît du tronc caelique, anastomose avec la
 - **Gastrique droite (pylorique)** naît de l'hépatique propre
- Grande courbure : Arcade
 - **Gastro-épiploïque droite** naît de l'A. gastro-duodénale branche pour le pylore, l'omentum et la grande courbure anastomose avec la
 - **Gastro-épiploïque gauche** (naît de la splénique)
- **Vaisseaux courts**



Vascularisation veineuse (se superpose à la vascularisation artérielle)

Rappels: Anatomie

Structures de la paroi gastrique



1. Le péritoine
2. La musculuse
 - longitudinale
 - circulaire
 - oblique
3. La sous-muqueuse
4. La muqueuse

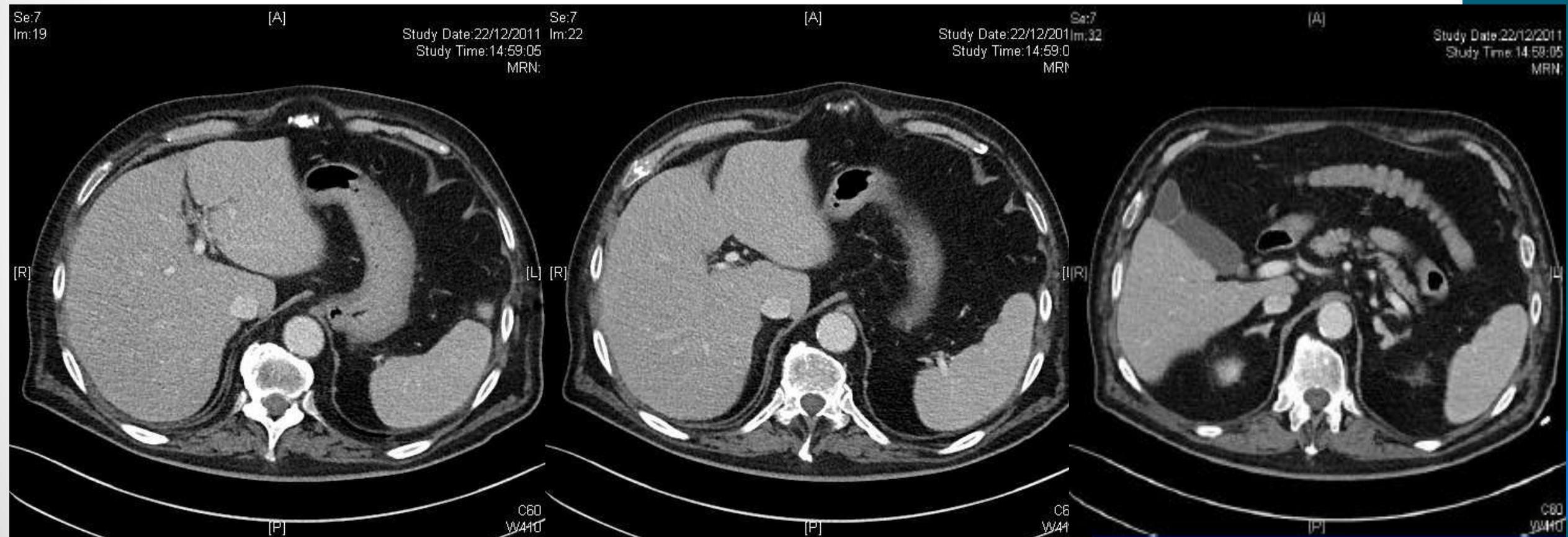
Rappels: Anatomie

Imagerie...



Rappels: Anatomie

Imagerie...



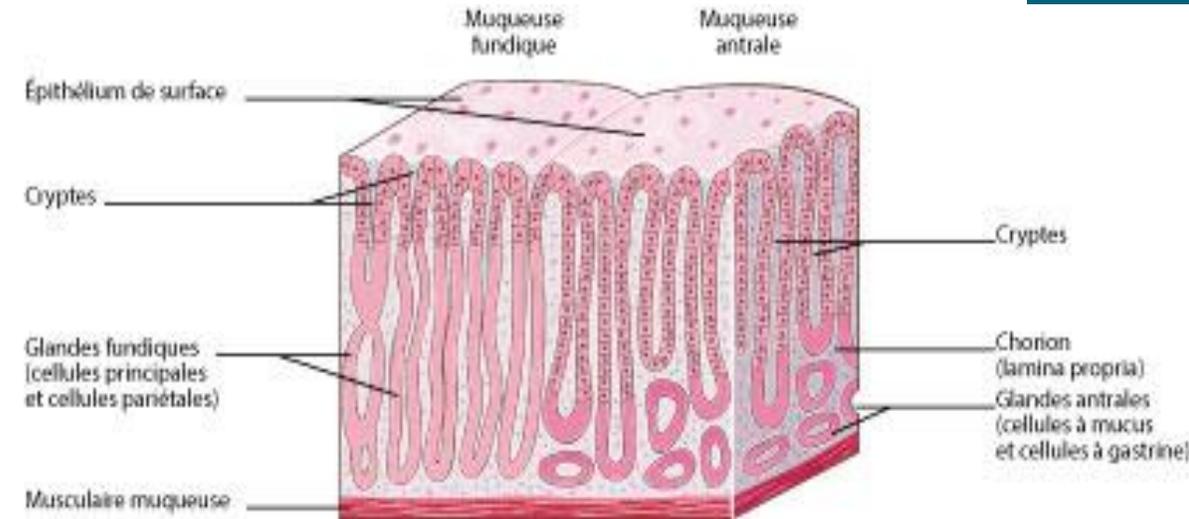
Rappels: Physiopathologie



Histologie, la muqueuse gastrique

2 types de muqueuse gastrique :

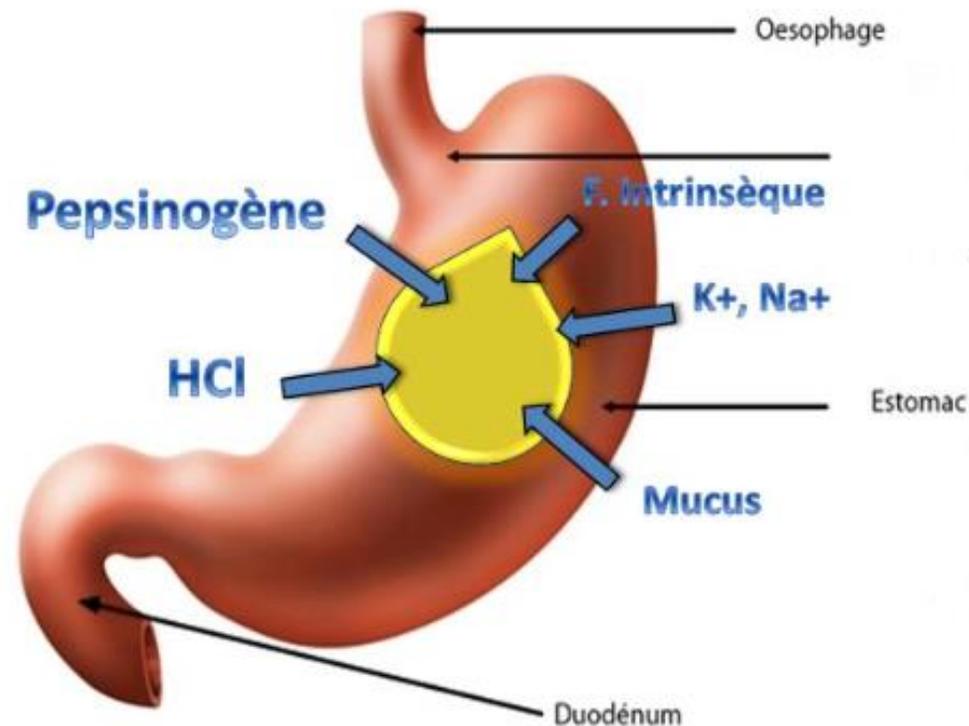
- la **muqueuse fundique** faite de cellules
 - **pariétales** (sécrétion d'HCl et de facteur intrinsèque)
 - **principales** (sécrétion de pepsinogène, enzyme)
 - + **cellules endocrines** produisant de l'histamine : cellules « ECL » (« enterochromaffin like »)
- la **muqueuse antrale ou pylorique** faite de cellules
 - **mucosécrétantes** (sécrétion de mucus)
 - + **endocrines à gastrine** (hormone stimulant la synthèse d'HCl par les glandes fundiques et la prolifération des cellules ECL du fundus)



Rappels: Physiopathologie



- Composition du suc gastrique (1.5L/j)
 - Eau et électrolytes = surtout **HCl**
 - Enzymes protéolytiques = surtout **pepsinogène**
 - Micro protéines formant les **mucus**
 - Le **facteur intrinsèque** (FI)



Rappels: Physiopathologie



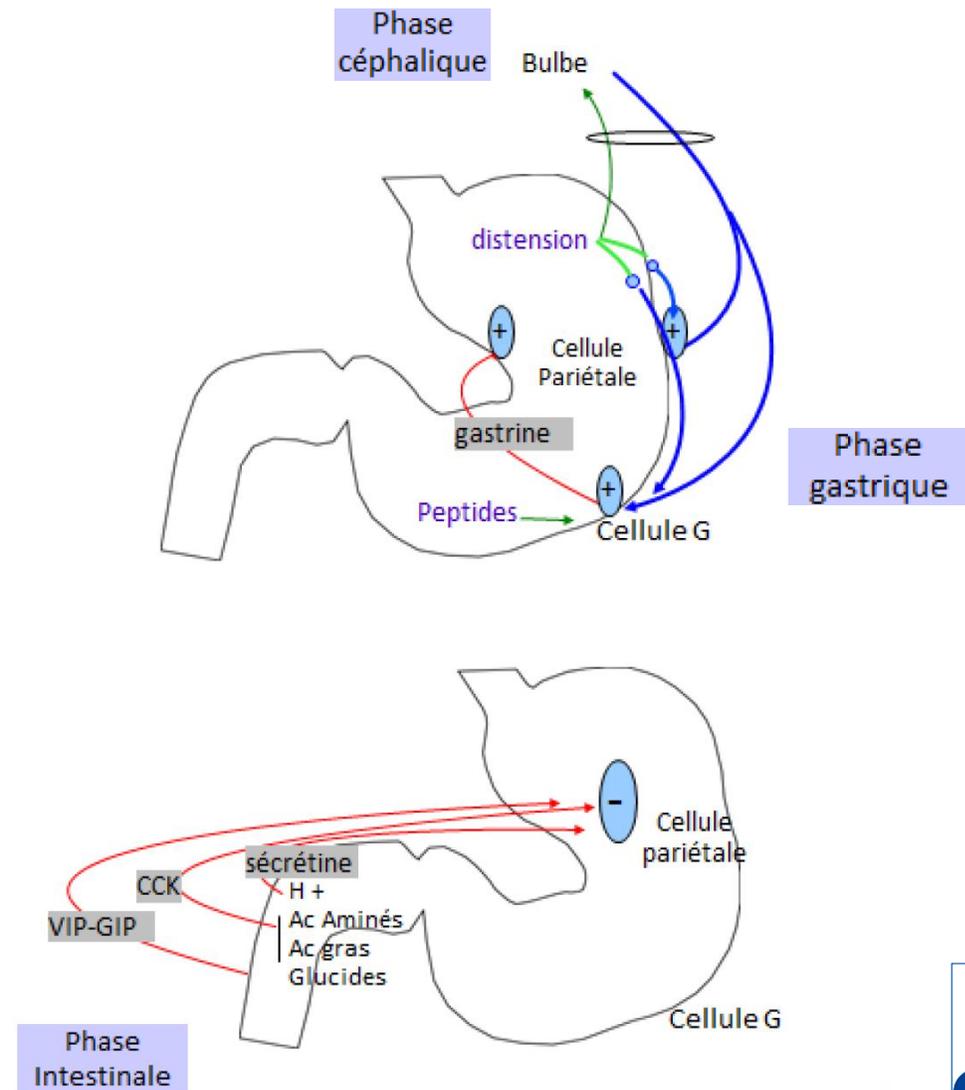
- Mécanismes de régulation

- **STIMULATION** par

- Reflexe céphalique
 - des **facteurs mécaniques** (distension de l'estomac)
 - la **gastrine**

- **INHIBITION** par

- Autorégulation : **pH** dépendante
 - Hormones d'origine intestinale (**sécrétine et gastro-intestinal peptide, GIP**)





Ulcère gastro duodénal

Ulcère gastro-duodénal



1. Définition: Perte de substance creusant plus ou moins la paroi de l'estomac ou du duodénum

2. Epidémiologie

- Pathologie fréquente et invalidante, douloureuse et récidivante
- 5 à 10 % de la population (duodénum >> gastrique)
- Evolution +++
 - **Gastrique** → risque de dégénérescence en **cancer** ++++
 - Duodéal → jamais de cancer

3. Facteurs favorisants

1. Helicobacter pylori (bactérie qui stimule la sécrétion d'HCl)
2. Médicaments: AINS, aspirine
3. Alcool, tabac

Ulcère gastro-duodénal



4. Symptomatologie clinique, douleurs « ulcéreuse »

- Type : crampe
- Siège : épigastrique
- Rythme: post prandial, récidivante
- Calmée par repas ou anti-acides

5. Traitement

- Antisécrétoires (IPP)
- Éradication Hp (antibiotiques)

6. Complication → PEC chirurgicale!

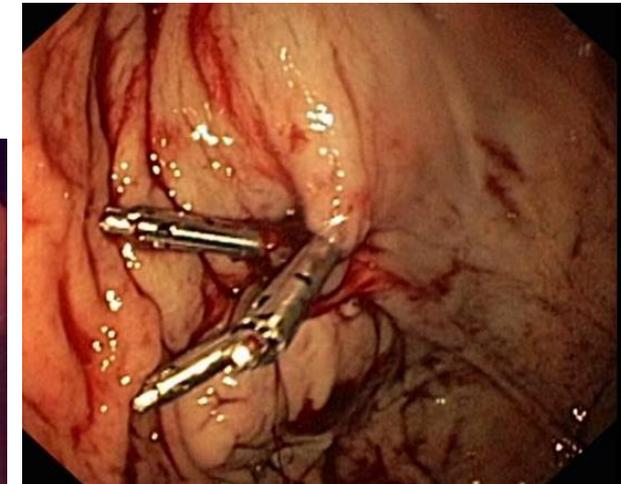
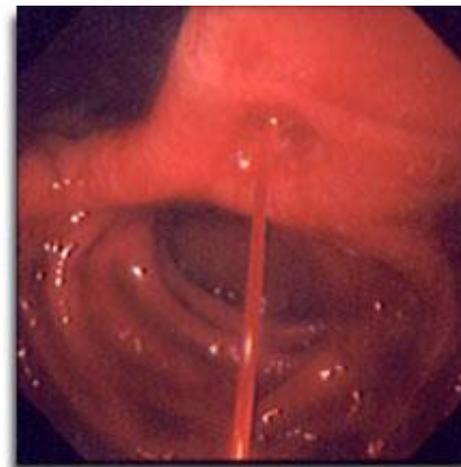
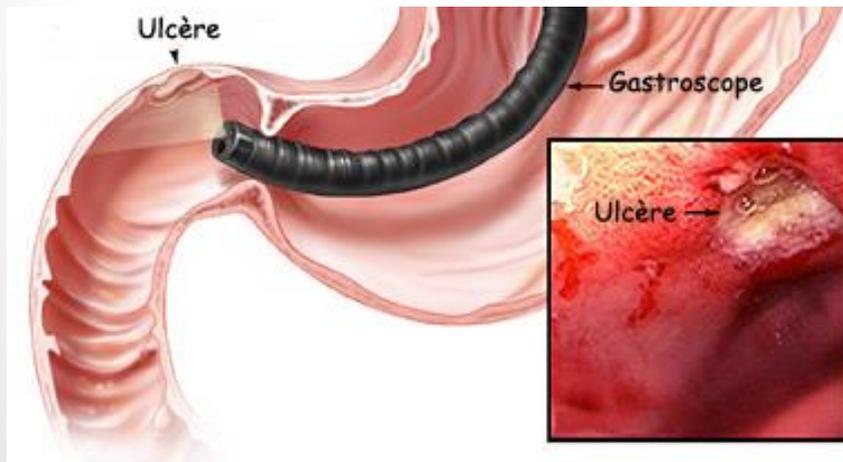
Sténose pyloro-duodénale
Hémorragie digestive
Perforation

Ulcère gastro-duodénal

Ulcère hémorragique (urgence médico chirurgicale)

- Traitement **endoscopique** premier (FOGD)
 - Vasoconstricteur local (adrénaline)
 - Clip hémostatique

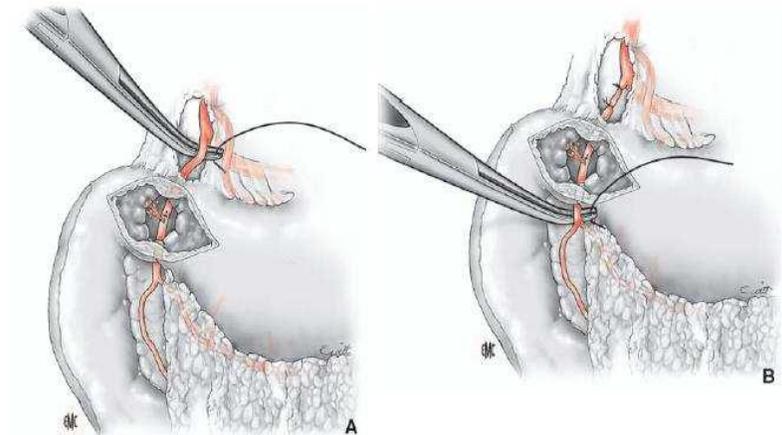
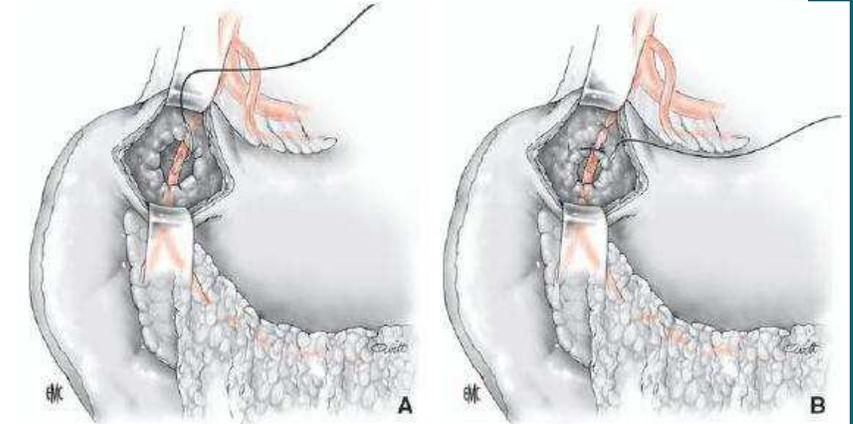
CLASSIFICATION DE FORREST			
Stades	aspect endoscopiqu		prévalence
<i>I a</i>	en jet		10
<i>I b</i>	suintement diffus		10
<i>II a</i>	vaisseau visible		20
<i>II b</i>	caillot adhérent		20
<i>II c</i>	taches pigmentées		10
<i>III</i>	ulcère propre		30



Ulcère gastro-duodénal



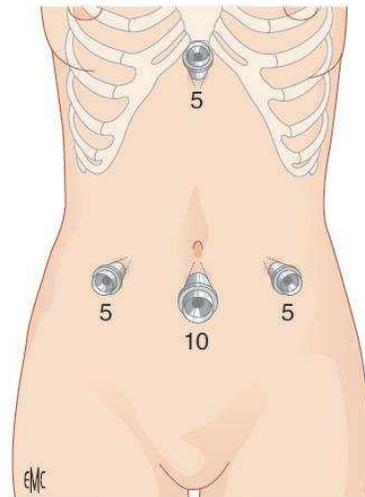
- Traitement **chirurgical** (si échec)
 - Laparotomie médiane
 - Gastrotomie antérieure
 - **Suture de l'ulcère** (le plus souvent ulcère de la face postérieure du bulbe duodéal...)
 - **Ligature de l'artère gastro duodénale**
- + drainage (saalem, blake, lame...)
- Si ulcère gastrique on réalise parfois une résection atypique de l'ulcère



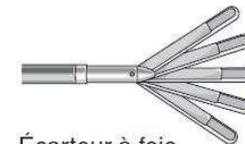
Ulcère gastro-duodénal

Ulcère perforé (urgence **chirurgicale**, péritonite +++)

- Coelioscopie
- Position double équipe + proclive
- Ecran position 1 ou 2 selon le chirurgien...
- Matériel :
- Trocarts: open + 3x5mm (ou 2x5mm + 10mm) +++



Pincette fenêtrée



Écarteur à foie



Écarteur à foie atraumatique



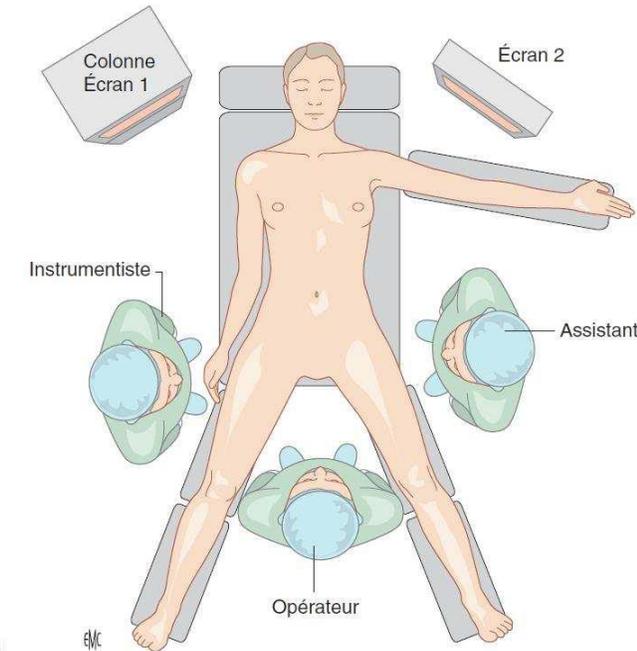
Porte-aiguille



Ciseaux



Lavage/aspiration



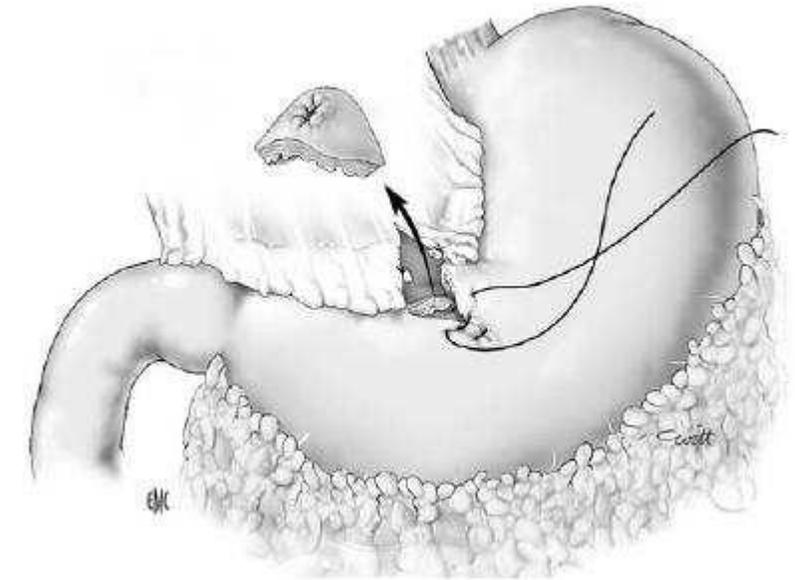
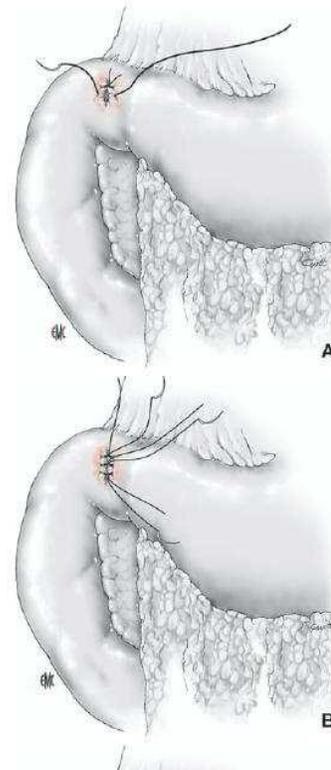
Ulcère gastro-duodénal



Ulcère perforé (urgence **chirurgicale**, péritonite +++)

- Sous coelioscopie +++
- Suture de l'ulcère
- (résection atypique/biopsie si ulcère gastrique ++)
- Drainage (saalem, blake, lame...)

 SNG +++





Reflux gastro œsophagien – hernie hiatale

Reflux gastro œsophagien – hernie hiatale



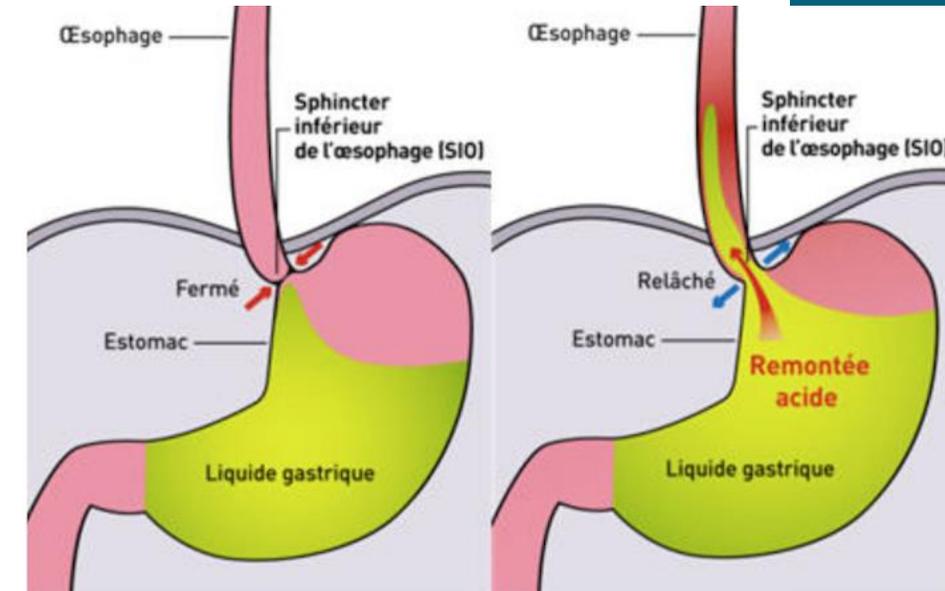
1. **Définition:** Le reflux gastro-œsophagien (RGO) correspond au reflux du contenu gastrique dans l'œsophage; il s'agit le plus souvent d'un reflux acide.

2. Physiopathologie

- **Défaillance du système anti-reflux** (segment abdominal de l'œsophage + sphincter inférieur de l'œsophage)

3. Clinique

- **Pyrosis** : douleur rétro-sternale à irradiation ascendante
- **Manifestations respiratoires** : bronchites récidivantes, bronchites asthmatiformes, toux chroniques
- **Manifestations ORL** : Pharyngites chroniques, otalgies
- **Douleurs pseudo-angineuses**



Reflux gastro œsophagien – hernie hiatale



4. Examens complémentaires

- **Endoscopie haute :**
 - évalue le retentissement du reflux sur la muqueuse œsophagienne
 - Le reflux entraîne une inflammation de l'œsophage plus ou moins grave : Œsophagite simple (érythémateuse), érosive, ulcérée.
- **pH-métrie œsophagienne** confirmation du diagnostic de reflux gastro-œsophagien pathologique.
- **Manométrie œsophagienne :** étudie les contractions œsophagiennes et la pression du SIO

5. Complications

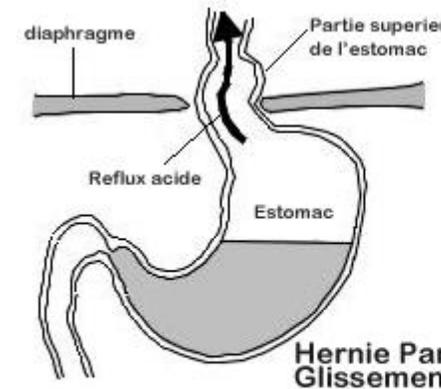
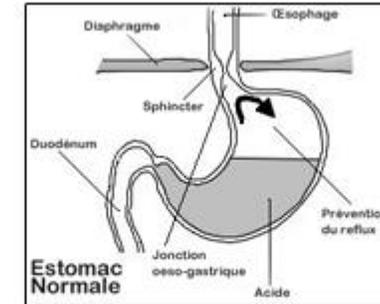
- Ulcère de l'œsophage, hémorragie digestive
- Sténose peptique de l'œsophage
- **Endobrachyoesophage (EBO) et cancer +++**

Reflux gastro œsophagien – hernie hiatale

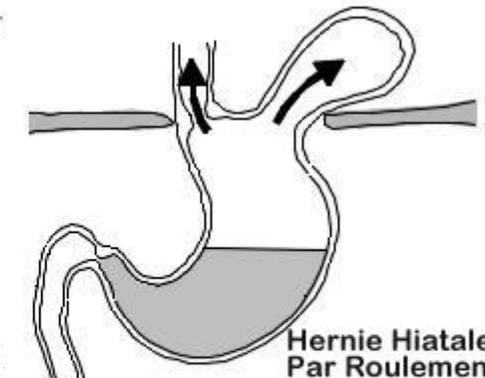


Cas particulier de reflux... la **hernie hiatale**

- Passage d'une partie de l'estomac dans le thorax par le hiatus œsophagien
- 2 types
 - Par **glissement** (90%)
 - Par **roulement** (10%)



Hernie Par Glissement



Hernie Hiatale Par Roulement

© CommentGuerir.com

Reflux gastro œsophagien – hernie hiatale

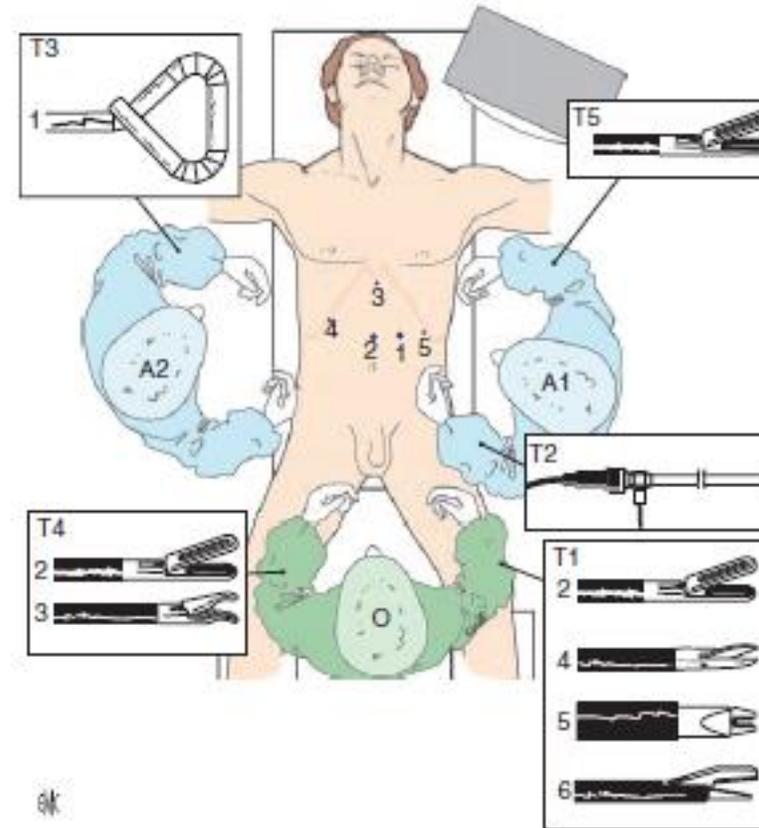


5. Traitements

- Médical: mesures hygiéno diététiques + médicaments anti reflux
- **Chirurgical: Valve anti reflux (Nissen 360° ou Toupet 180°-270°)**

Réalisation d'une valve anti reflux

- Coelioscopie
- Position double équipe + proclive
- Trocarts + matériel:

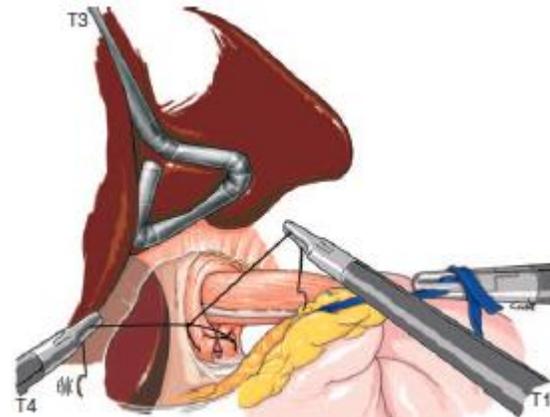
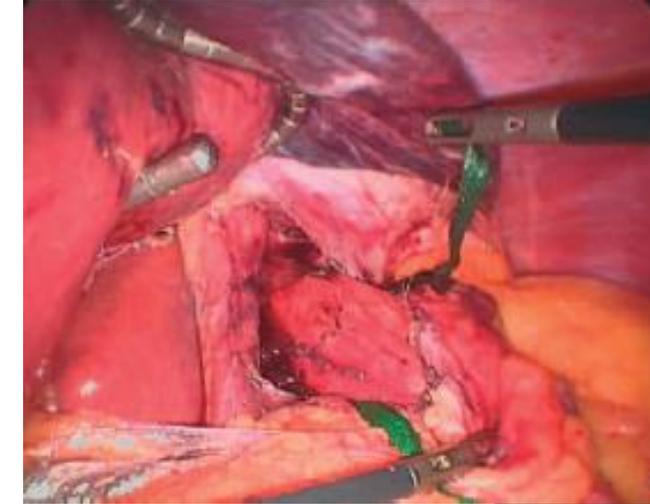
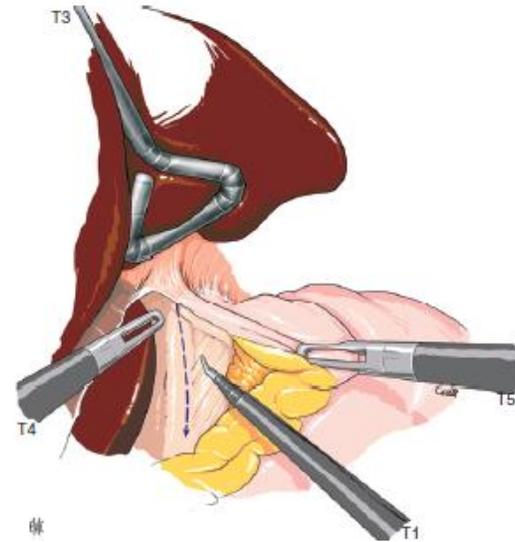


Reflux gastro œsophagien – hernie hiatale



Valve anti reflux: temps opératoires

- Dissection et mobilisation de l'œsophage (dissection des **piliers du diaphragme**)
Si présence d'une HH on commence par réduire la hernie!
- Rapprochement des piliers

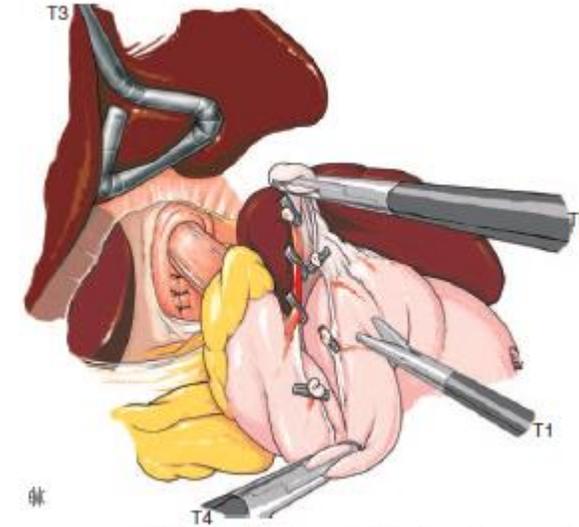
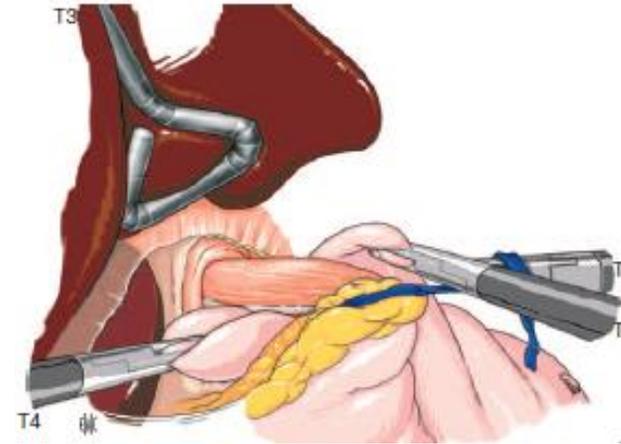


Reflux gastro œsophagien – hernie hiatale



Valve anti reflux: temps opératoires

- Réalisation de la **valve**
 - Mobilisation du fundus
 - Fixation de la valve (Nissen ou Toupet)
- Pas de drainage systématique



Mobilisation de la valve par section des vaisseaux courts.



Procédé de Nissen.



Procédé de Toupet.

Reflux gastro œsophagien – hernie hiatale



Suites opératoires

- SNG non systématique
- Alimentation précoce liquide puis fractionnée

Complication

- Précoces
 - perforation œsophagienne (<1%)
 - hémorragie
- Tardives
 - Dysphagie (Toupet ++)
 - récidence



Méga œsophage - Achalasie

Méga œsophage - Achalasia



- 1. Définition:** trouble moteur primaire de l'œsophage avec
 - absence de péristaltisme oesophagien
 - absence de relaxation du SIO en réponse à la déglutition
 - Hypertonie du SIO
- 2. Epidémiologie**
 - maladie rare avec une incidence annuelle d'environ 1/100 000
 - survient souvent entre 25 et 60 ans
- 3. Clinique**
 - **Dysphagie paradoxale...** aux **liquides** puis aux solides
 - Régurgitations, complications respiratoires, dénutrition...

Méga œsophage - Achalasia

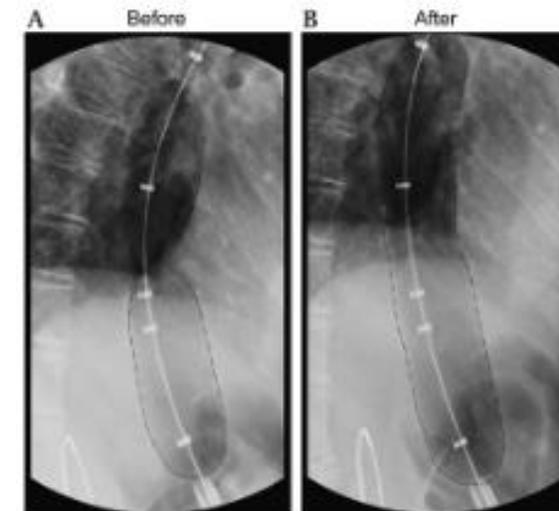
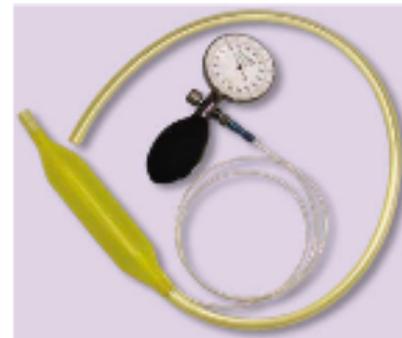


4. Examens complémentaires

- FOGD: normale
- **Manométrie œsophagienne** qui retrouve une absence de péristaltisme œsophagien et hypertonie du SIO

5. Traitements

- Dilatation endoscopique
- Traitement chirurgical: **Myotomie de Heller**

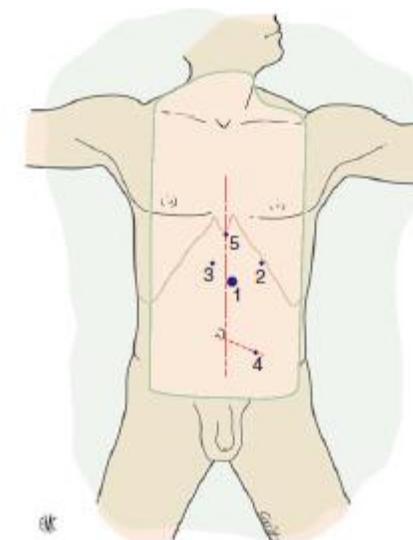
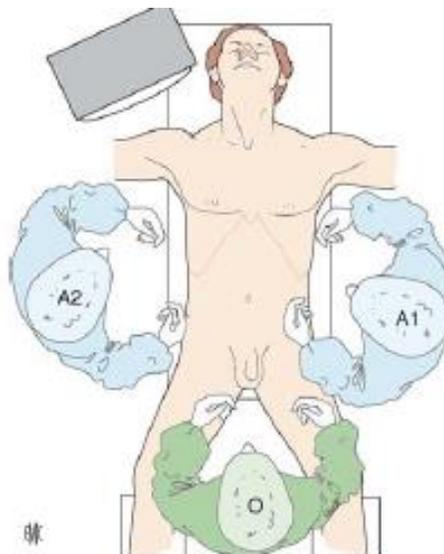


Méga œsophage - Achalasie



Myotomie de Heller

- Cœlioscopie
- Double équipe, proclive
- Trocarts + matériel:
- Temps opératoires
 - Dissection et mobilisation de l'œsophage mis sur lac puis
 - **Myotomie débutant sur l'estomac et remontant sur les derniers cm de l'œsophage**
 - Et réalisation d'une valve anti reflux



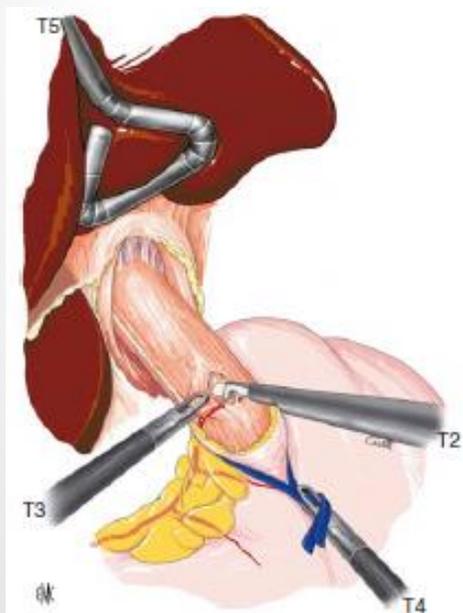
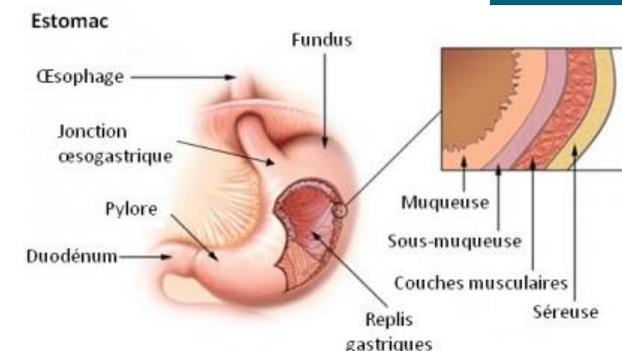
Méga œsophage - Achalasie

Myotomie débutant sur l'estomac et remontant sur les derniers cm de l'œsophage...

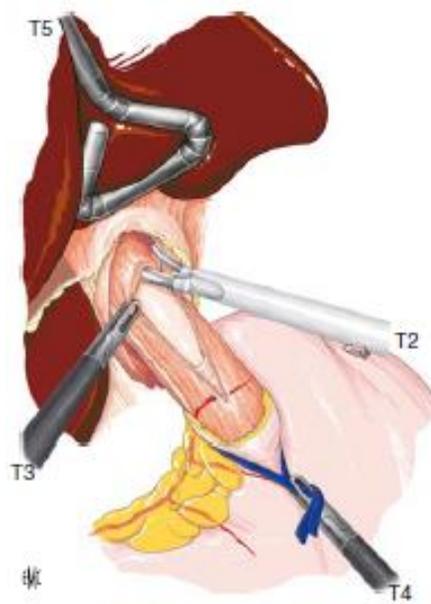
Myotomie jusqu'à la sous muqueuse (sur 6 à 8 cm)

Plan de dissection entre la musculuse et la sous muqueuse

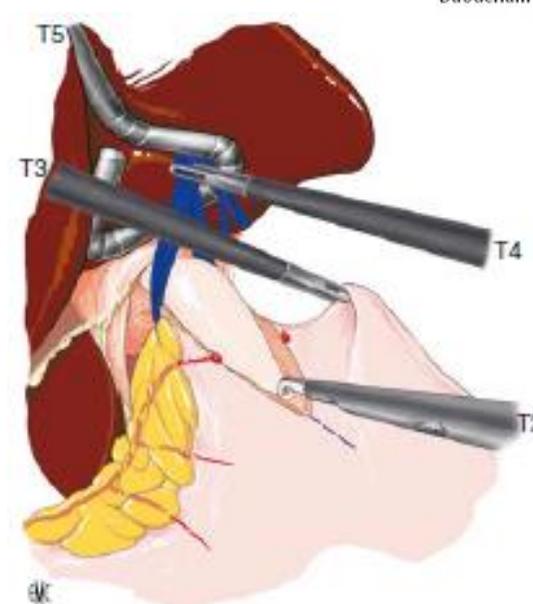
https://www.youtube.com/watch?v=_MneUboZCIA



Début de la myotomie sur l'œsophage abdominal juste au-dessus du cardia.



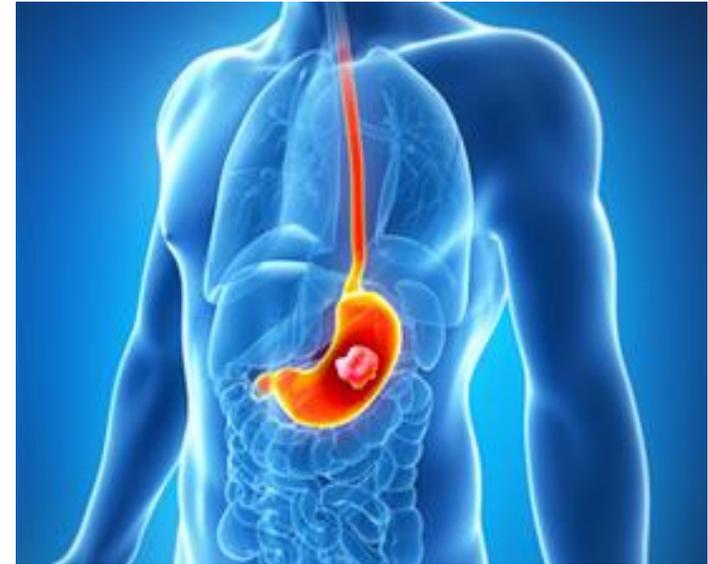
Myotomie œsophagienne poursuivie vers le haut sur 6 cm environ.



Myotomie sur le versant gastrique réalisée de haut en bas.



Cancer gastrique



Cancer gastrique: Epidémiologie



- 3ème cancer digestif en France
 - Rare avant 40 ans
 - Incidences variables
 - France: 9,3/100 000 H > 3,4/100 000 F
 - Japon: 50/100 000
- Mauvais pronostic
 - 10-15% de survie globale à 5 ans
 - 90% pour les limites
- Facteurs de risque
 - Helicobacter pylori +++
 - Facteurs génétiques
 - Alimentation +/-
 - Maladie de Biermer (MAI)
 - Lésion d'endobrachyoesophage post RGO
 - Ulcère gastrique



Cancer gastrique: anapath

- Tumeur de l'estomac
 - **Tumeur maligne**
 - **Adénocarcinome** (90 %)
 - Type intestinal glandulaire (85%)
 - Type diffus : LINITE (pronostic sombre) (5%)
 - GIST (gastro intestinal stromal tumor)
 - Lymphome
 - Tumeur endocrine
 - Tumeur bénigne (indications chirurgicales exceptionnelles)
 - Adénome
 - Polype glandulokystique



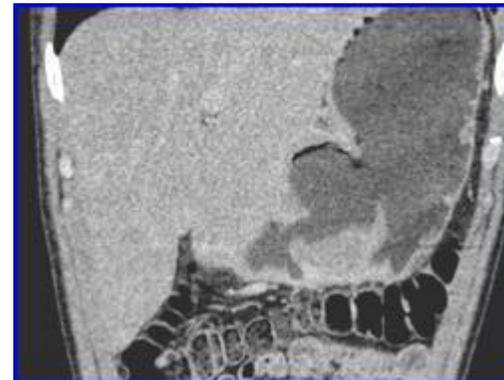
Cancer gastrique: diagnostic



- Symptomatologie clinique
 - Stade **précoce** : rien ou une dyspepsie...
 - Stade **avancé** : plus de 80% des cas
 - Altération de l'état général
 - Amaigrissement
 - Douleurs épigastriques
 - Hémorragie digestive (20%)
 - Métastases...



- Bilan diagnostic
 - Endoscopie, FOGD + Biopsies
 - Scanner TAP pour le bilan d'extension
 - Bilan d'extention local de la tumeur
 - Recherche de métastases



- Bilan pré opératoire: Cs anesth + discussion en **RCP** +++++ + bilan nutritionnel

Cancer gastrique: traitements



- Au terme du bilan
 - Tumeur résécable non métastatique?
 - Tumeur avancée localement non métastatique?
 - Tumeur métastatique?
- Moyens thérapeutiques
 - Chimiothérapie
 - (Radiothérapie)
 - **Chirurgie** +++
 - **Gastrectomie totale**
 - **Gastrectomie 4/5**
 - **Gastrectomie atypique (GIST, TNE)**

En fonction de la localisation de la tumeur +++

Cancer gastrique: Gastrectomie totale et 4/5



Préparation

- Laparotomie / cœlioscopie
- Abord
 - Laparotomie médiane
 - Laparotomie bi-sous-costale
- Dépilation : mamelons – pubis
- Plaque
- Sonde urinaire



Cancer gastrique: Gastrectomie totale et 4/5

La navette

- **Laparotomie :**

- Boîte laparo
- Ecarteurs
 - Olivier : barres...
 - Ricard/Alexis...
- Fils (montés)
- Dissection :
 - Monopolaire
 - Bipolaire
 - Ultrasons
- Clips
- Agrafeuse linéaire
- +/- circulaire
- Aspiration

- **Cœlioscopie :**

- Colonne
 - Ecran au centre
- Boîte coelio
 - +/- optique 30°
 - Aspi/irrigation
 - Tracarts 5, 10 et 12mm
- Dissection :
 - Monopolaire
 - Bipolaire
 - Ultrasons
- Clips
- Agrafeuse linéaire
- Agrafeuse circulaire



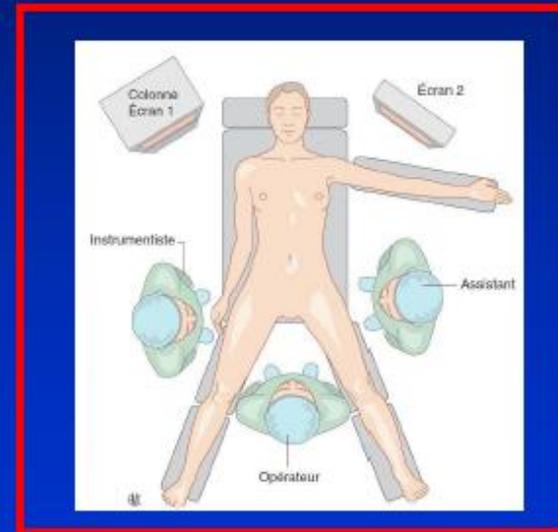
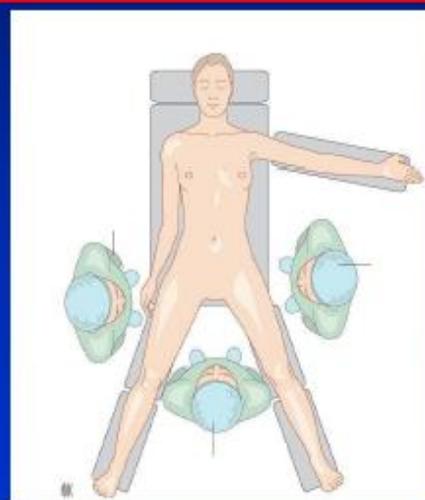
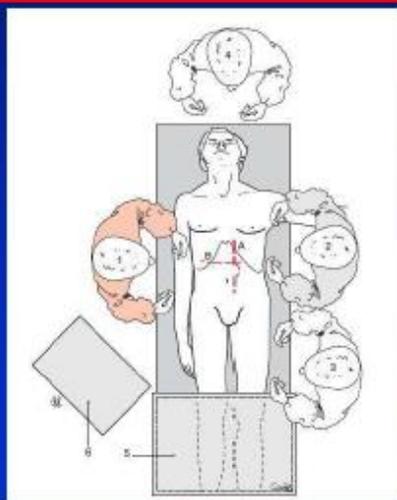
Cancer gastrique: Gastrectomie totale et 4/5



Installation

- Coelioscopie → +/- billot
- Laparo → proclive

• Installation :



OPEN

COELIO

Cancer gastrique: Gastrectomie totale

4/5



Déroulement de l'intervention:

Exploration (éliminer une contre indication...)

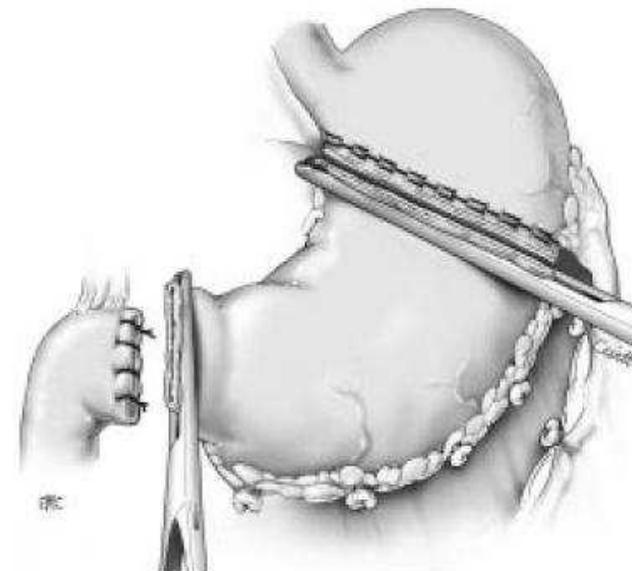
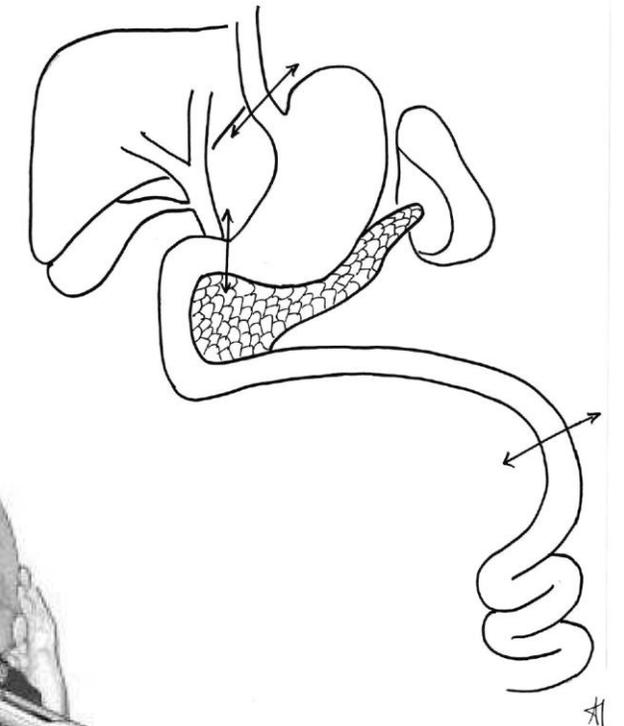
- Métastases
- Carcinose
- Extension de la tumeur

Puis dissection pour

- Sections vasculaires
- Curage ganglionnaire
- Section digestive

Puis rétablissement de la continuité...

GASTRECTOMIE TOTALE



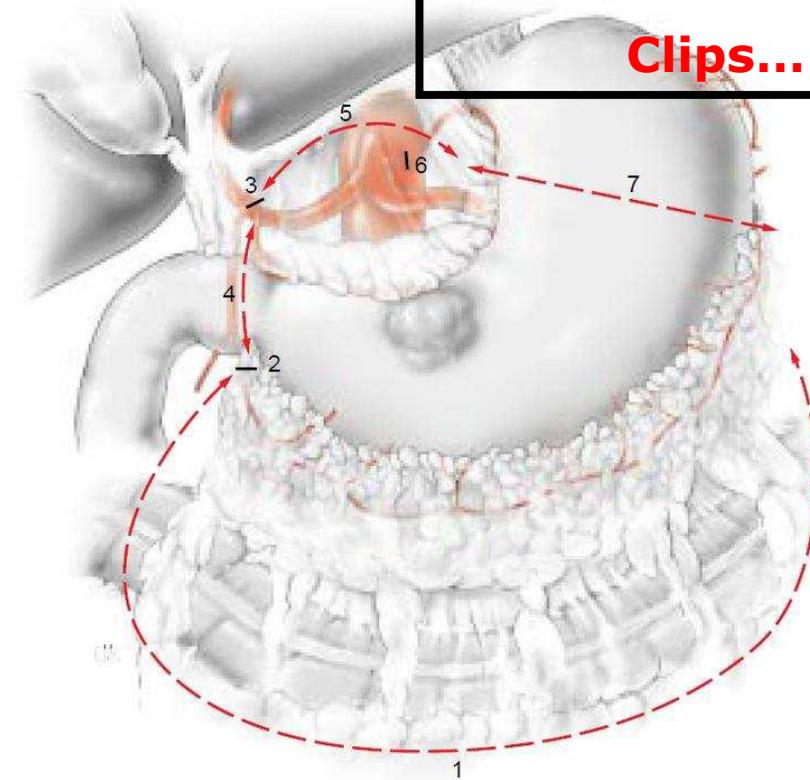
Cancer gastrique: Gastrectomie totale et 4/5



Temps opératoires

1. Décollement colo épiploïque
2. Section pédicule gastro épiploïque
3. Section pédicule gastrique droit
4. Section du duodénum
5. Dissection du petit épiploon
6. Section de l'artère gastrique gauche
7. Section de l'estomac
8. Rétablissement de la continuité

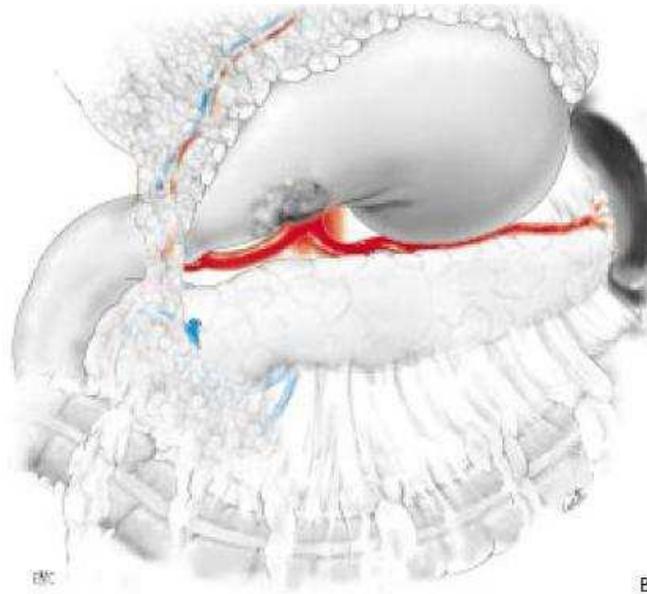
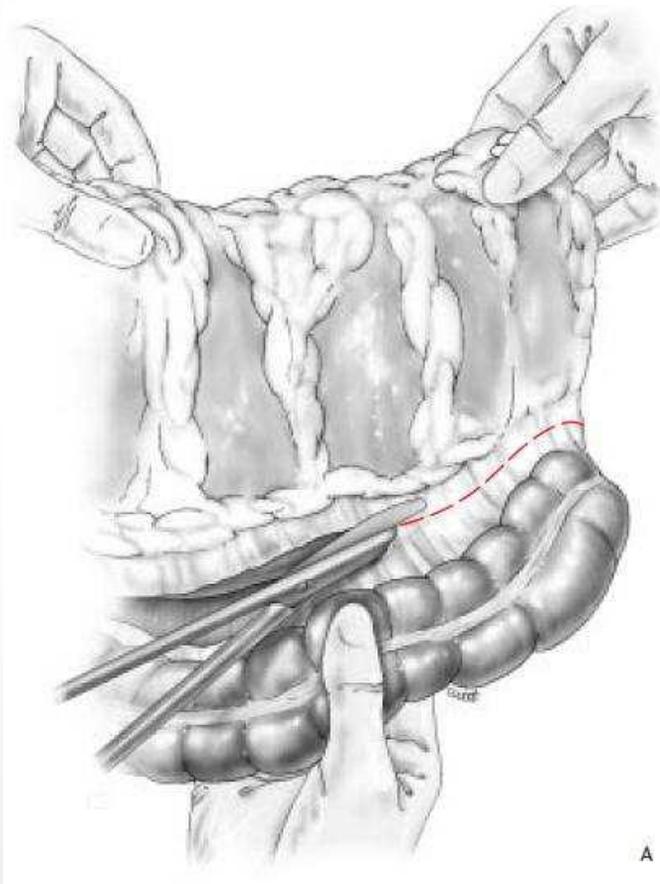
Instrumentation
=
ANTICIPATION:
Dissection, Fils
Clips...



Cancer gastrique: Gastrectomie totale et 4/5



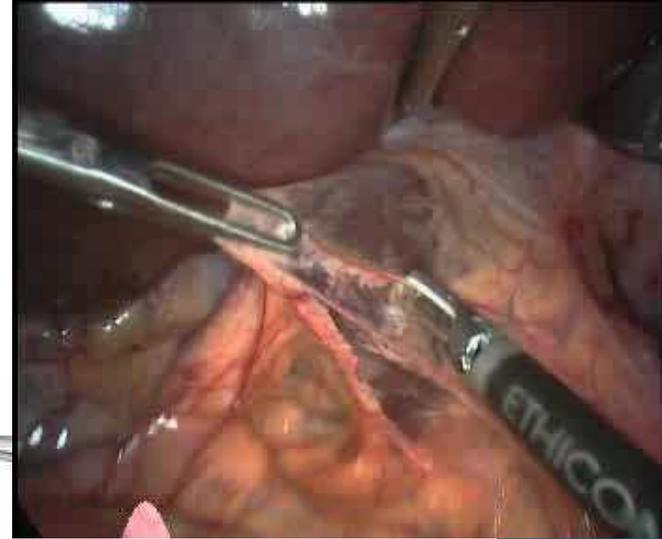
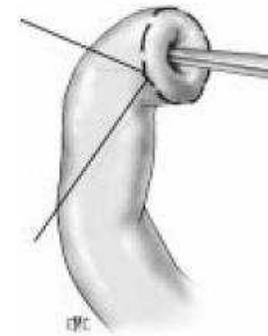
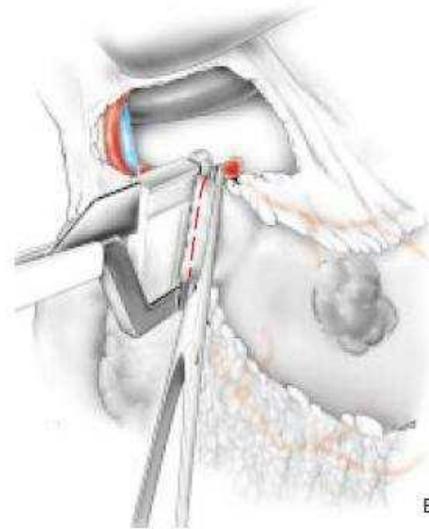
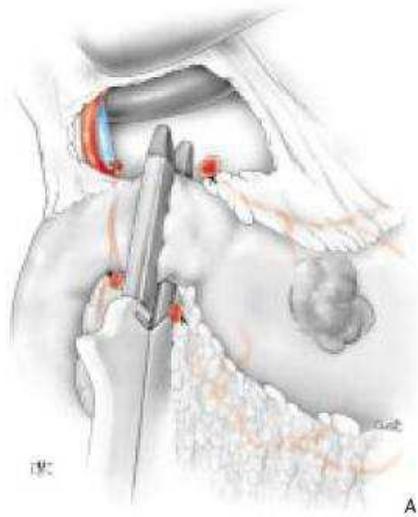
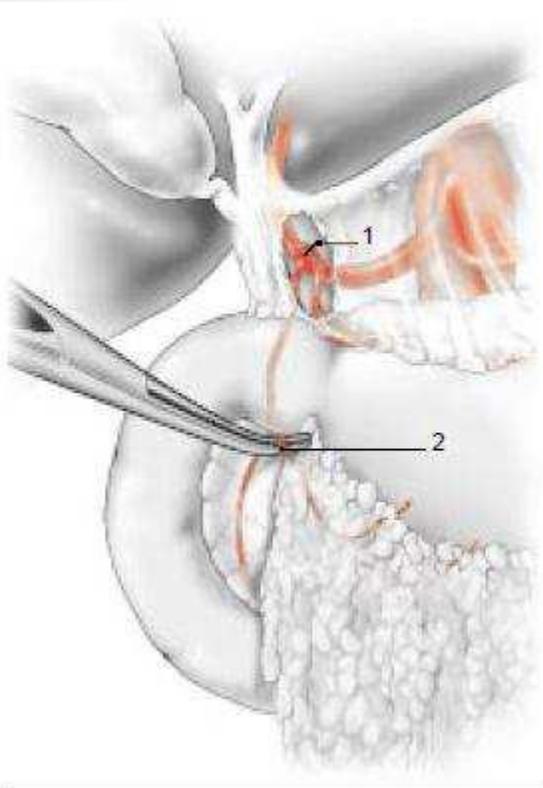
1. Décollement colo épiploïque



Cancer gastrique: Gastrectomie totale

4/5

2. Section pédicule gastro épiploïque
3. Section pédicule gastrique droit
4. Section du duodénum

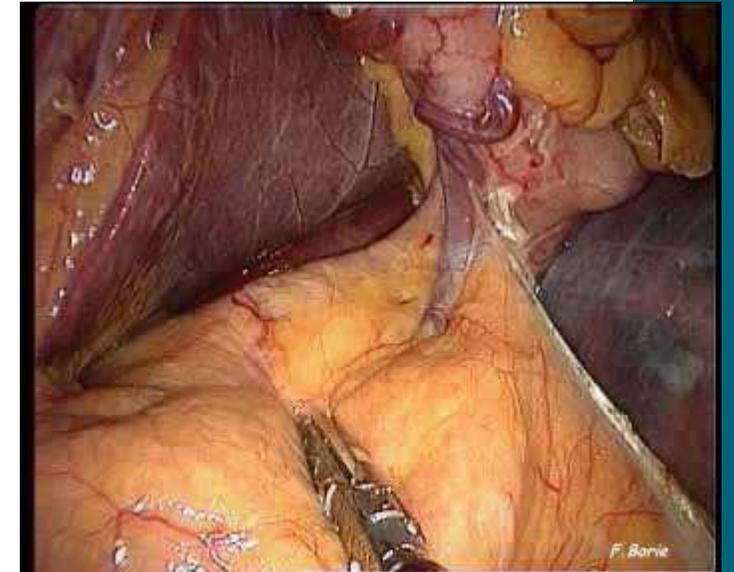
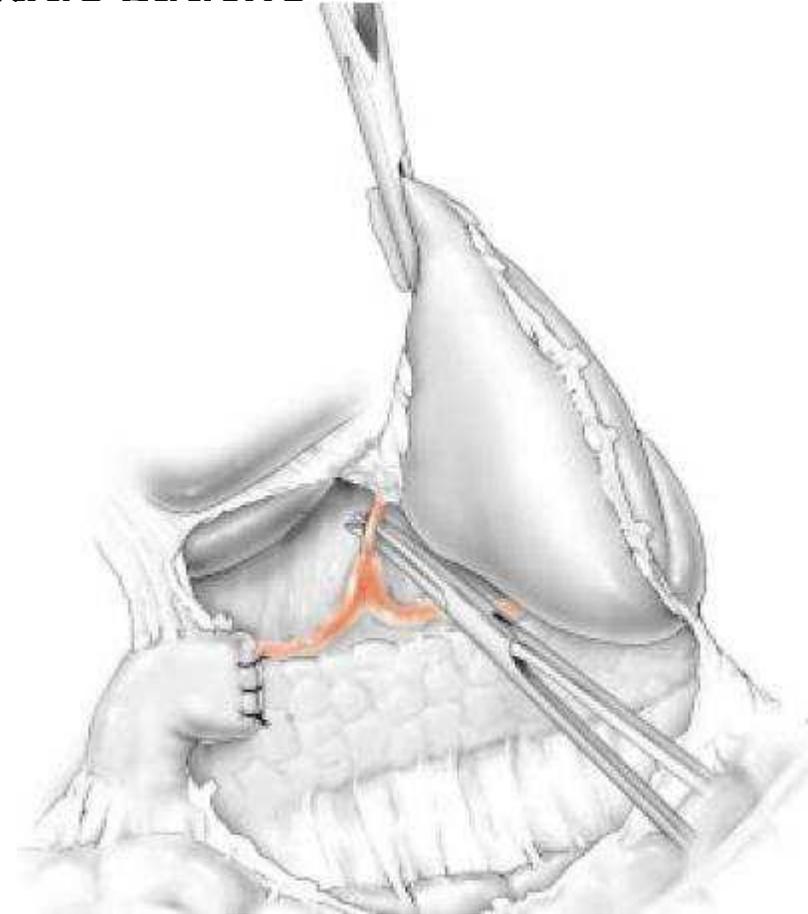
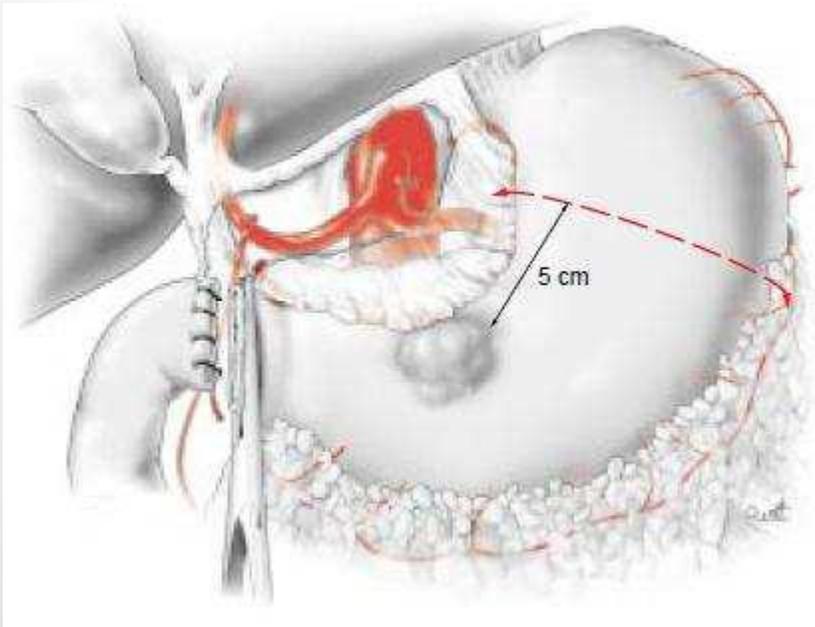


6 Section du duodénum.
A. Pince à agrafage et section linéaire.
B. Pince à agrafage linéaire sans section.
C. Suture manuelle et enfouissement.

Cancer gastrique: Gastrectomie totale

4/5

5. Dissection du petit épiploon
6. Section de l'artère gastrique gauche

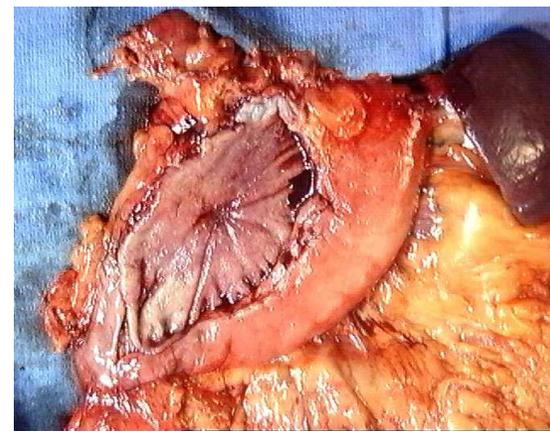
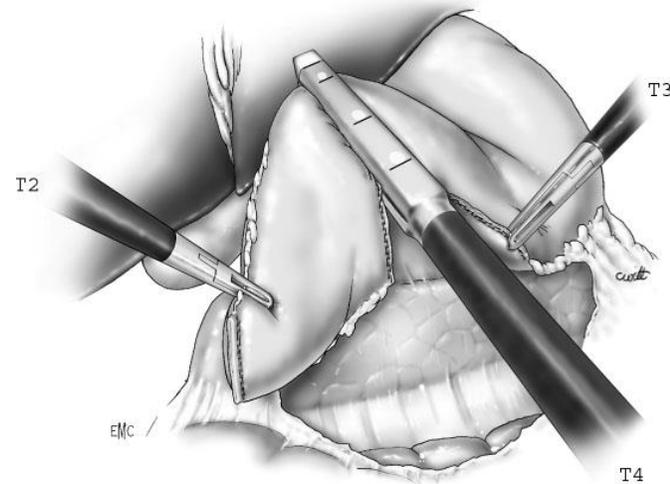
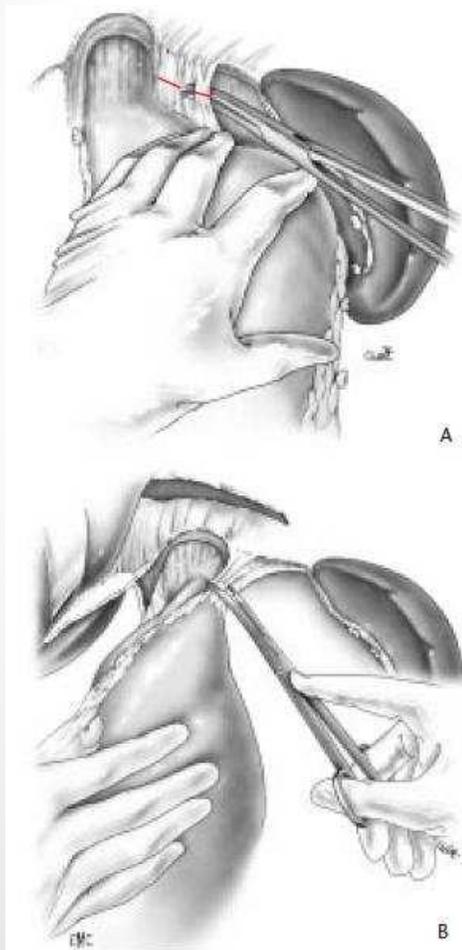


Cancer gastrique: Gastrectomie totale

4/5

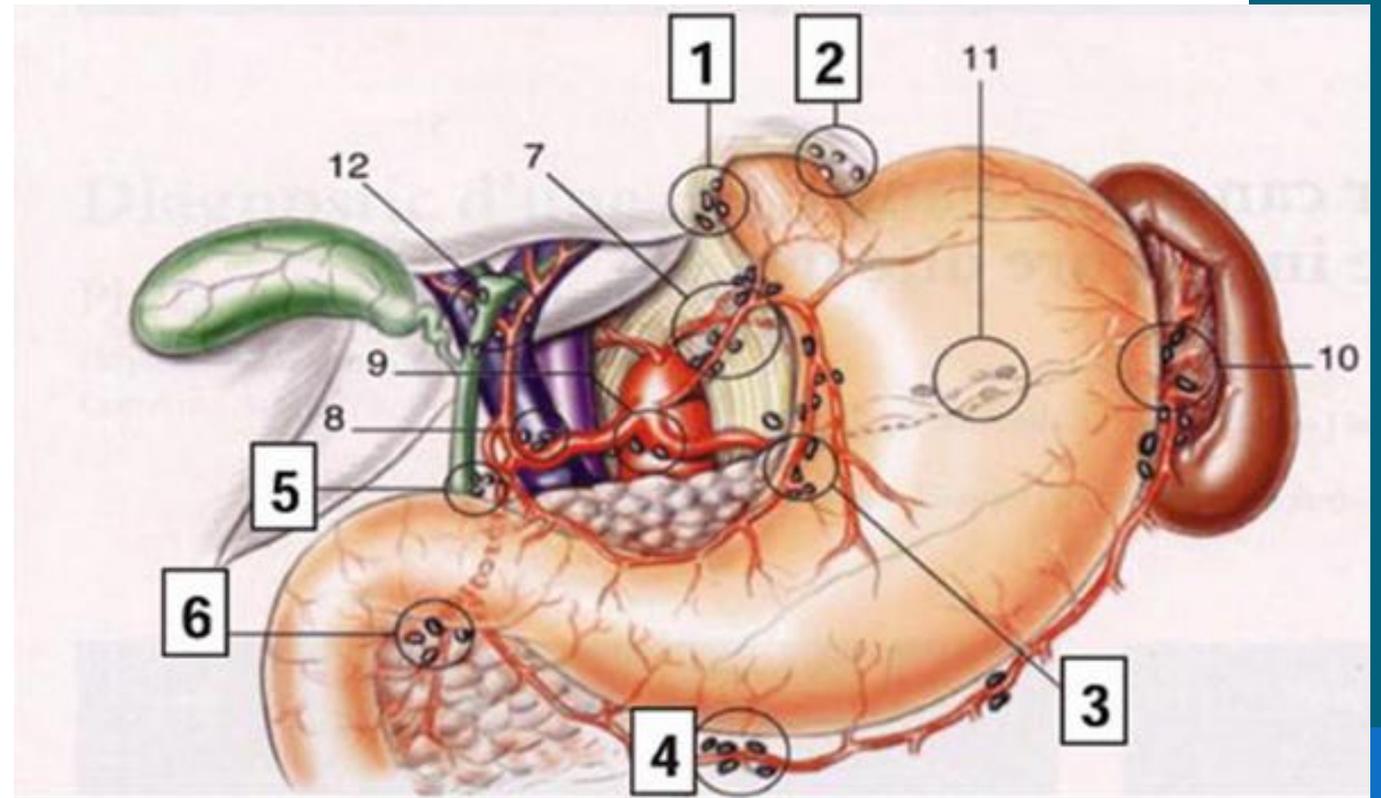


7. Section de l'estomac (4/5) ou œsophage (totale)

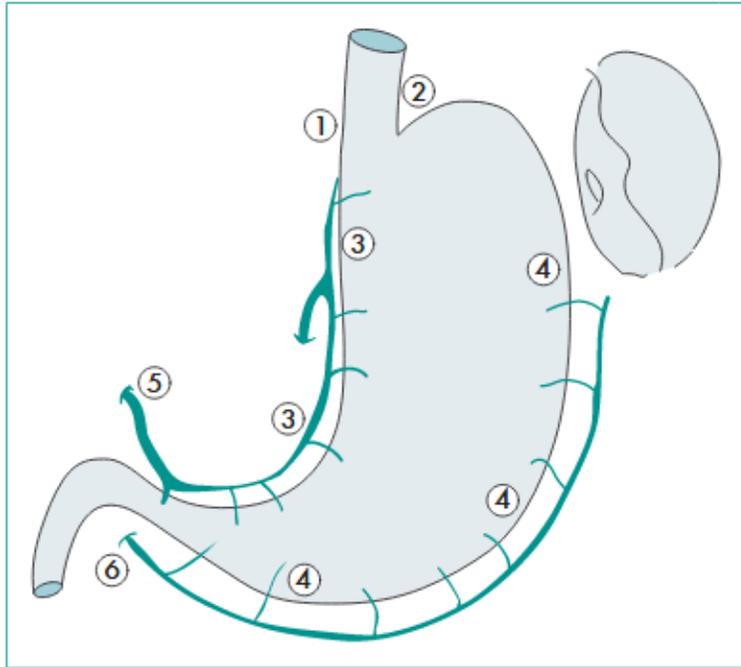


Cancer gastrique: Gastrectomie totale et 4/5

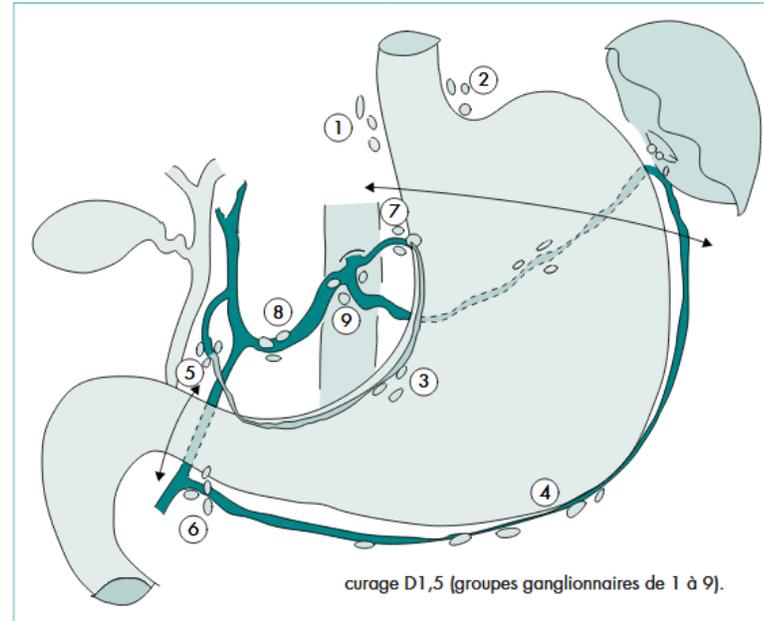
- **7 bis..... Curage ganglionnaire**
- **Classification TNM ++ PEC post opératoire carcinologique**
- Plusieurs type de curage
 - **D1** (1 à 6)
 - **D1.5** (D1 + tronc coeliaque 7 à 9)
 - **D2** (D 1.5 + rate + mésentérique sup 10 à 14)
 - (D3)



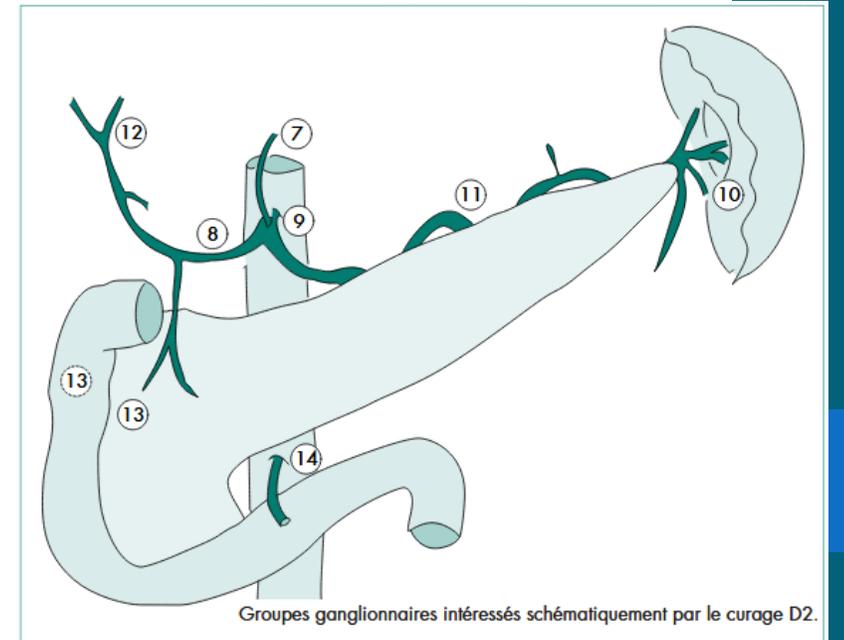
Cancer gastrique: Gastrectomie totale et 4/5



Groupes ganglionnaires intéressés schématiquement par le curage D1



curage D1,5 (groupes ganglionnaires de 1 à 9).



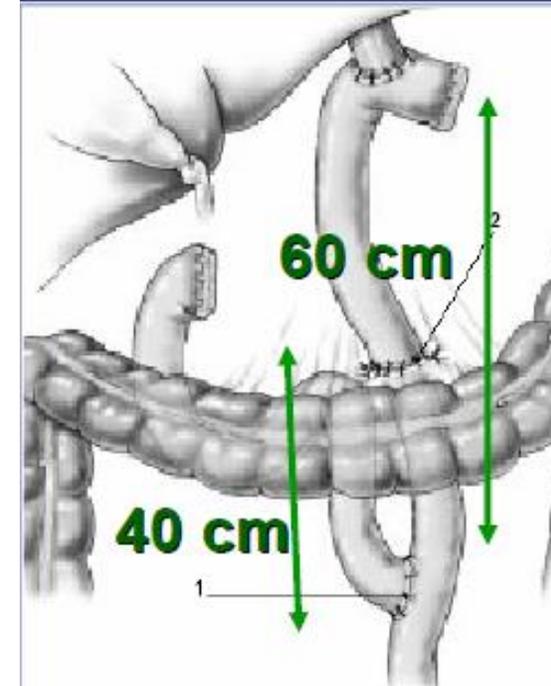
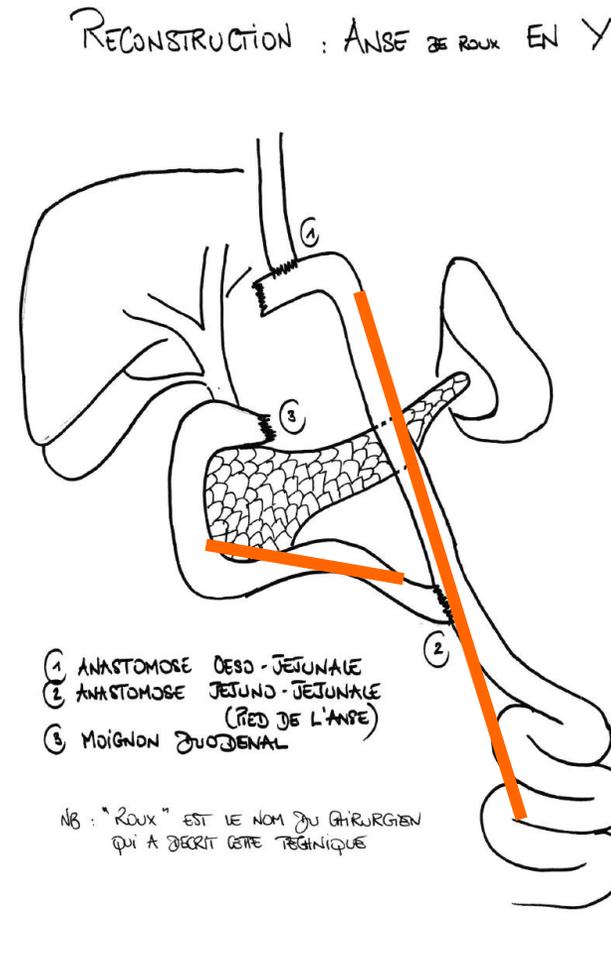
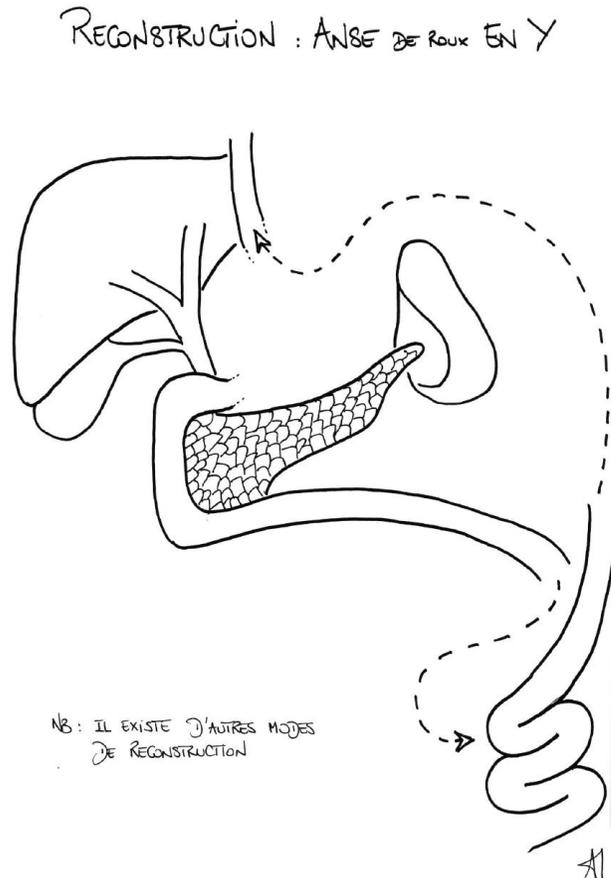
Groupes ganglionnaires intéressés schématiquement par le curage D2.

Cancer gastrique: Gastrectomie totale

4/5

8. Rétablissement de la continuité

- Gastrectomie totale / anse en Y

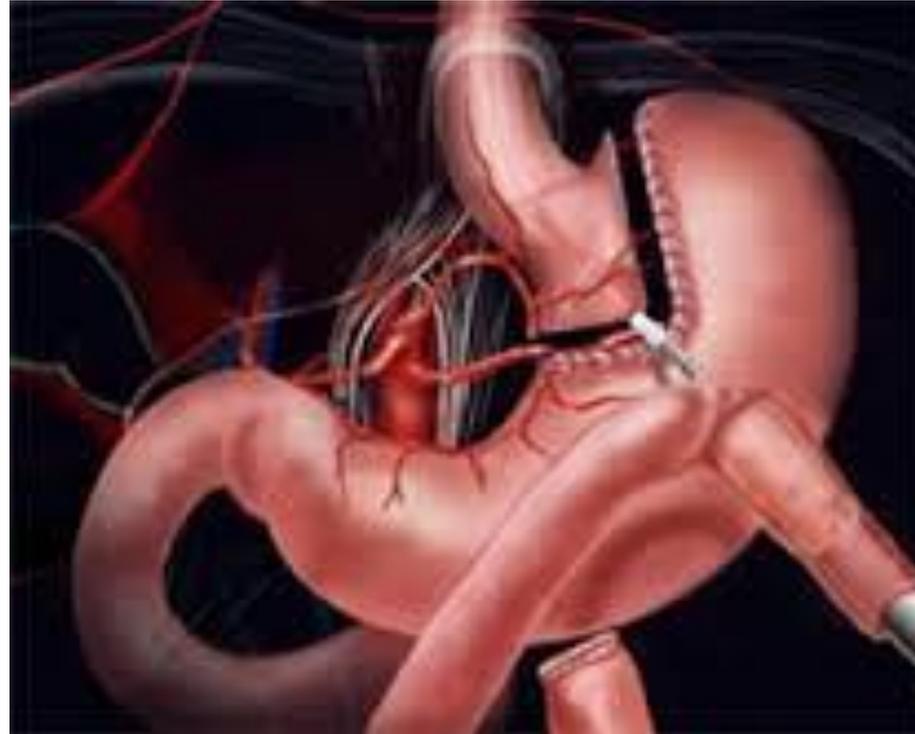


Cancer gastrique: Gastrectomie totale

4/5

8. Rétablissement de la continuité

- **Gastrectomie totale / anse en Y**
- Oeso-jéjunale manuelle
 - A RISQUE et DIFFICILE TECHNIQUEMENT
 - Points séparés
 - Piqués puis noués
 - Compresses / mosquito ou Leriche
 - Plan postérieur puis antérieur
- **Oeso jéjunale mécanique**
 - Pince mécanique
- Pied de l'anse: manuelle



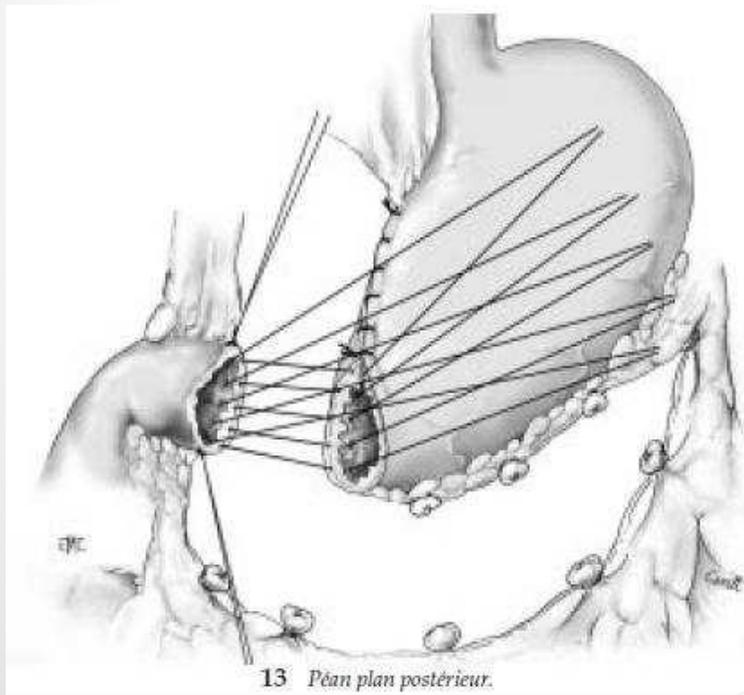
Cancer gastrique: Gastrectomie totale

4/5

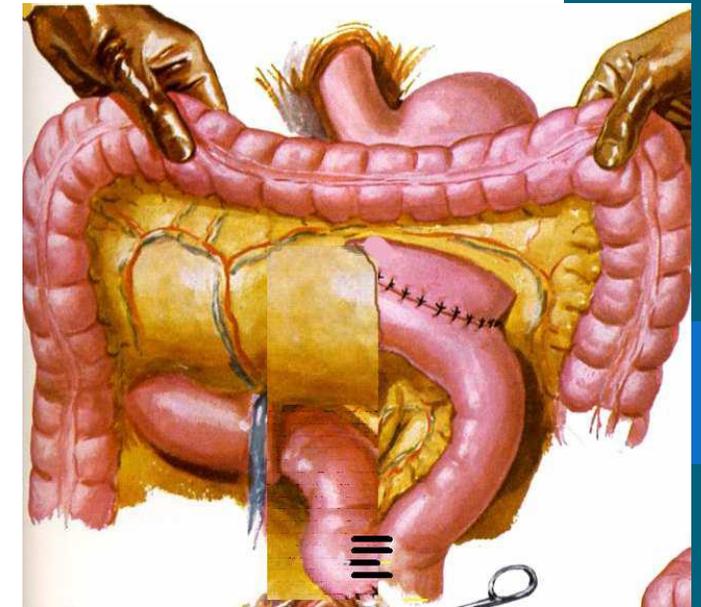
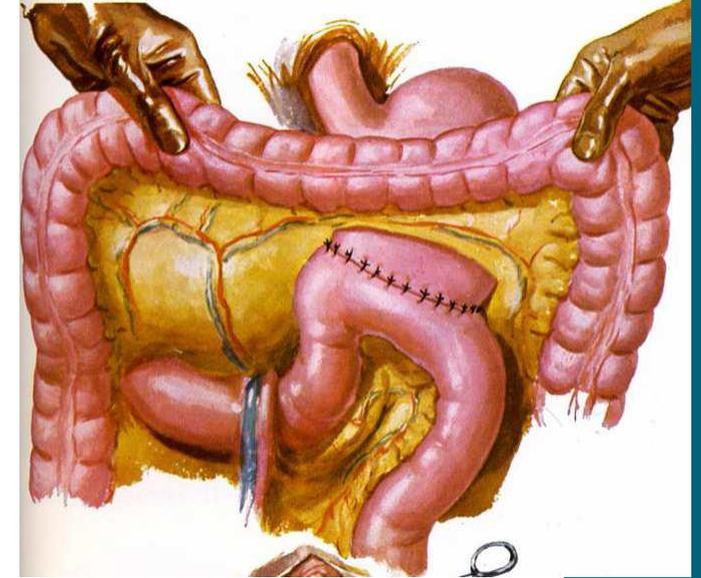
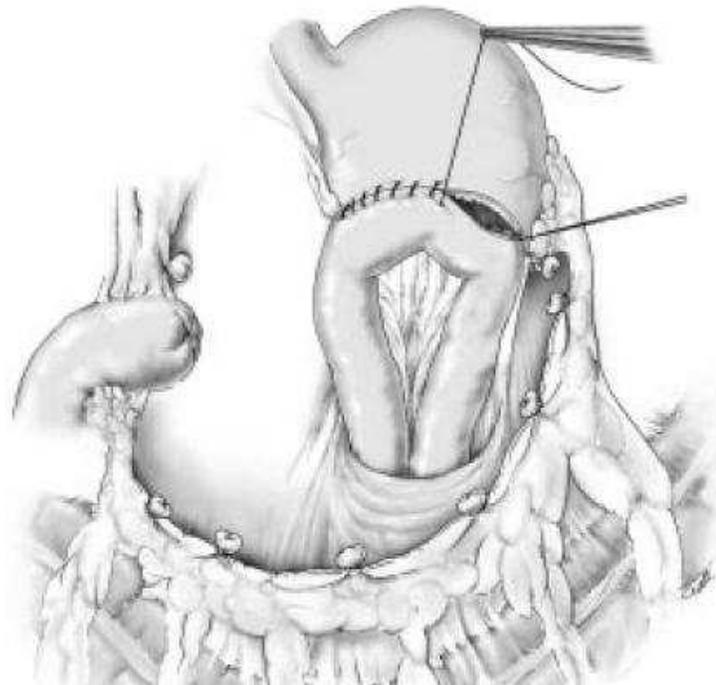
8. Rétablissement de la continuité

- Gastrectomie 4/5 (plusieurs techniques)

Péan



Oméga

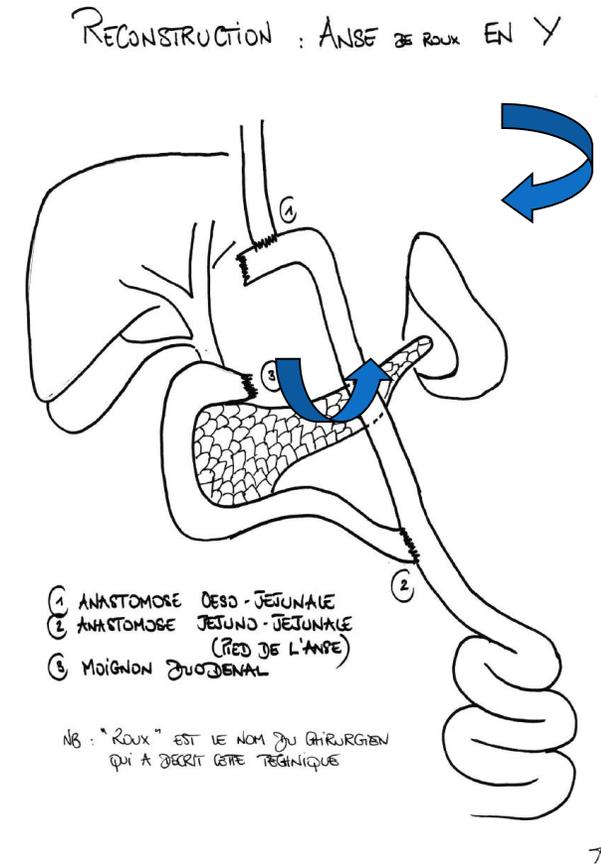


Cancer gastrique: Gastrectomie totale et 4/5



Drainage

- Anastomose
- Moignon duodéal
- Type
 - Lame
 - Drain tubulaire (Redon, Salem, Blake...)
 - Module lame-Salem
- Mobilisation ablation
 - PAS AVANT J3
 - +/- Après TOGD/scanner opacifié



Cancer gastrique: Gastrectomie totale et 4/5



Suivi post opératoire

- Soins continus (ou réanimation)
- A JEUN
- VVC – alimentation parentérale
- HBPM
- Antalgiques
- Mobilisation - fauteuil : précoces !

Alimentation

- Après TOGD/ scanner de contrôle (J5-J8)
- Progressive
- Mixée – FRACTIONNEE
 - Dumping syndrome

Cancer gastrique: Gastrectomie totale et 4/5



Surveillance IDE +++

- Pouls
- PA
- Température
- SpO2
- Douleurs
- Drains
- Biologie

TOGD
SCANNER
**SCANNER +
opacification**



Cancer gastrique: Gastrectomie totale et 4/5



Complications

- Hémorragie
 - Digestive
 - Hémopéritoine / hématome
- Fistule
 - Anastomose
 - Moignon duodéal
- Abscesses
 - Profond
 - Paroi
- Générales / Décubitus
 - Respiratoires, infections urinaires, globe, iléus, infection VV, MTE

Cancer gastrique: Gastrectomie totale et 4/5



Complications

Hémorragie

- Hémopéritoine
 - Lâchage ligature vasculaire
 - Plaie de rate

-Choc : pouls, PA
-Anémie : pâleur, hémocue, NFS
-Douleurs abdominales
-Drainages : +/-

SCANNER



BLOG

- Hémorragie digestive
 - Saignement paroi gastrique
 - Gastrectomie partielle

Cancer gastrique: Gastrectomie totale et 4/5



Complications

Fistule avec péritonite

- Péritonite
 - Fistule brutale, précoce, non (ou mal) drainée
 - Anastomotique/moignon duodénal
 - Rare

-Tachycardie +/-
choc

-Douleurs
abdominales,
contracture

-Drainages : +/-

SCANNER



BLOG

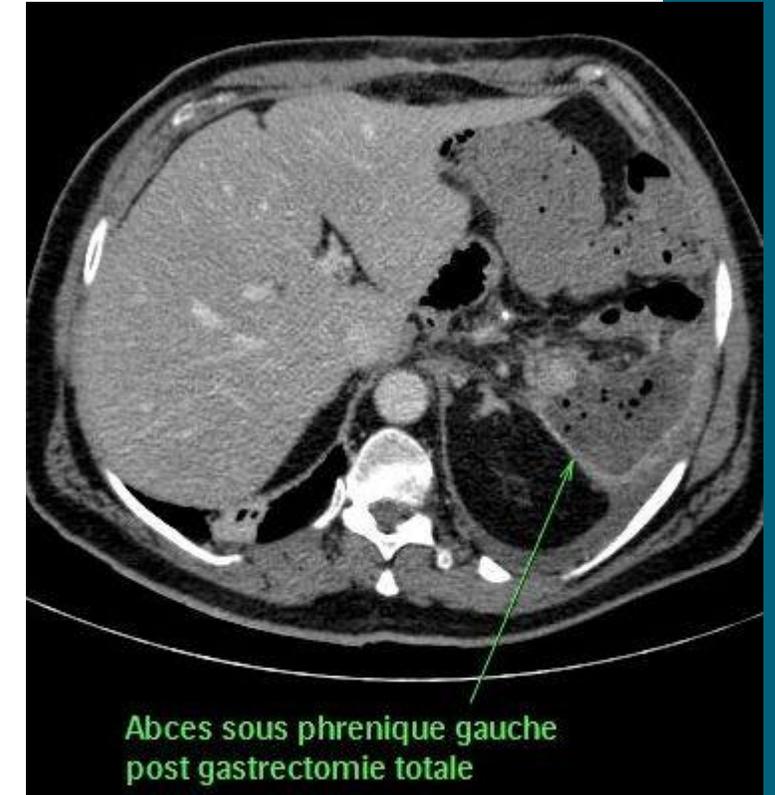
Cancer gastrique: Gastrectomie totale et 4/5



Complications

Fistule localisée →

- **EVITER LA REPRISE CHIRURGICALE**
- Si bien drainée : **TRAITEMENT MEDICAL**
 - Maintien drainage/ drainage radiologique ou endoscopique
 - Jeûne, alimentation parentérale
 - Antibiotiques
 - Sandostatine ?
 - Protection cutanée : APPAREILLAGE
- Echec, gravité d'emblée : **BLOC**
 - Suture en général impossible
 - Optimisation du drainage
 - JEJUNOSTOMIE D'ALIMENTATION



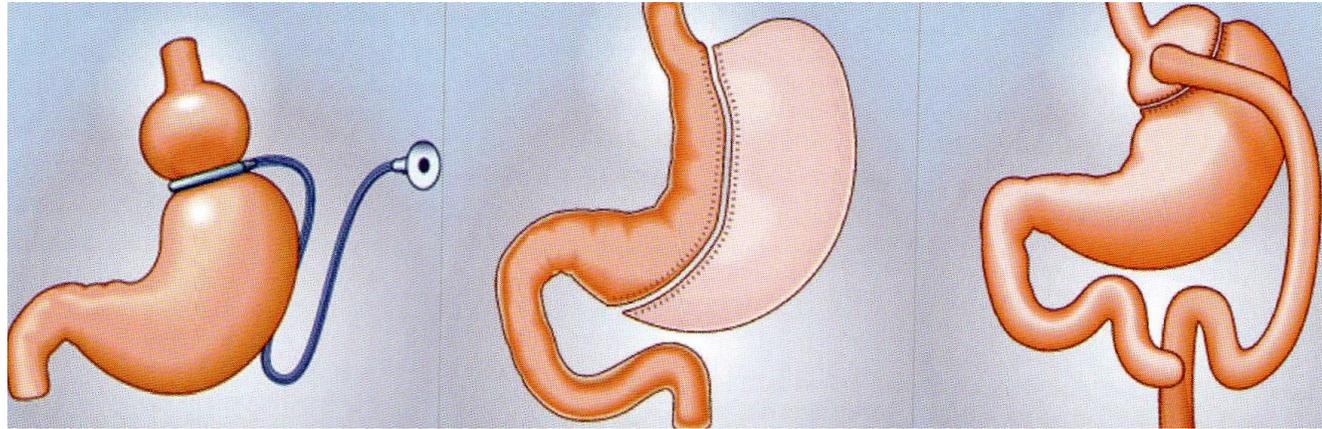
Cancer gastrique: Gastrectomie totale et 4/5



Complications à long termes

- Dumping syndrome
- Dénutrition, perte de poids
- Carences (vit B12) → substitution +++
- Sténose anastomotique (rare)
- Occlusion sur bride
- Eventration

<http://mediatheque.chirurgie-viscerale.org/mediatheque/media.aspx?mediaId=25900&channel=24451>



Chirurgie bariatrique



Chirurgie bariatrique: définition



- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit **l'obésité** comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. Est-ce une maladie ou pas?
- L'obésité est devenue **la première maladie non infectieuse de l'histoire**.
- C'est une véritable **épidémie** qui frappe aussi bien les pays industrialisés que les pays en voie de développement.
- L'OMS place actuellement sa prévention et sa prise en charge comme une priorité dans le domaine de la pathologie nutritionnelle

Chirurgie bariatrique: Indications chirurgicales



IMC

- 18 – 25 poids normal
- 25 – 30 surpoids
- 30 – 35 obésité grade 1
- 35 – 40 obésité grade 2
- ≤ 40 obésité grade 3 ou obésité morbide

• IMC

- 35 avec co-morbidités: *Diabète type 2, HTA, SAS, Maladies ostéoarticulaires, Cholestérolémie*

- >40

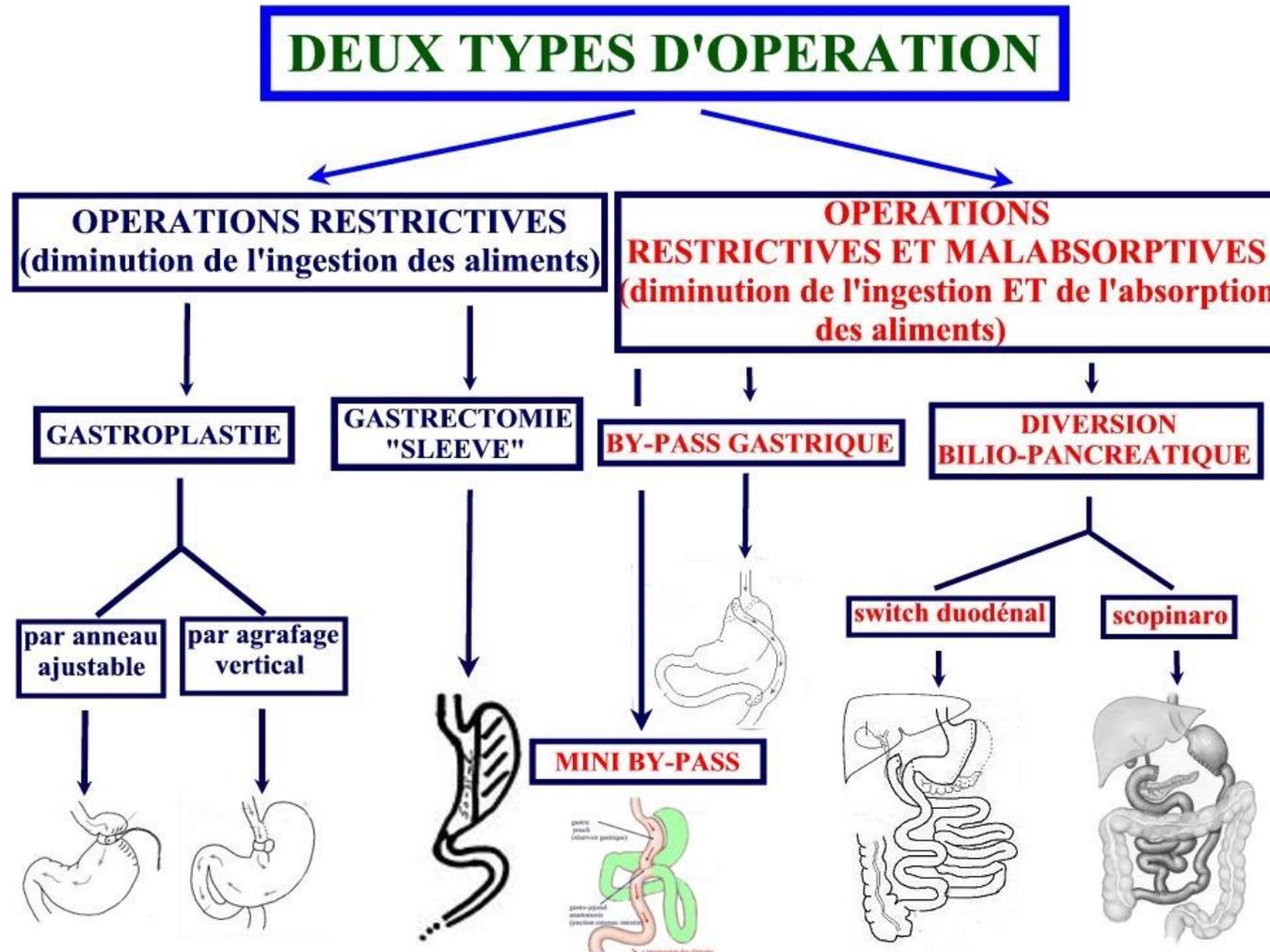
+

• AGE

18 - 65

+ Discussion en RCP obésité +++

Chirurgie bariatrique: techniques opératoires

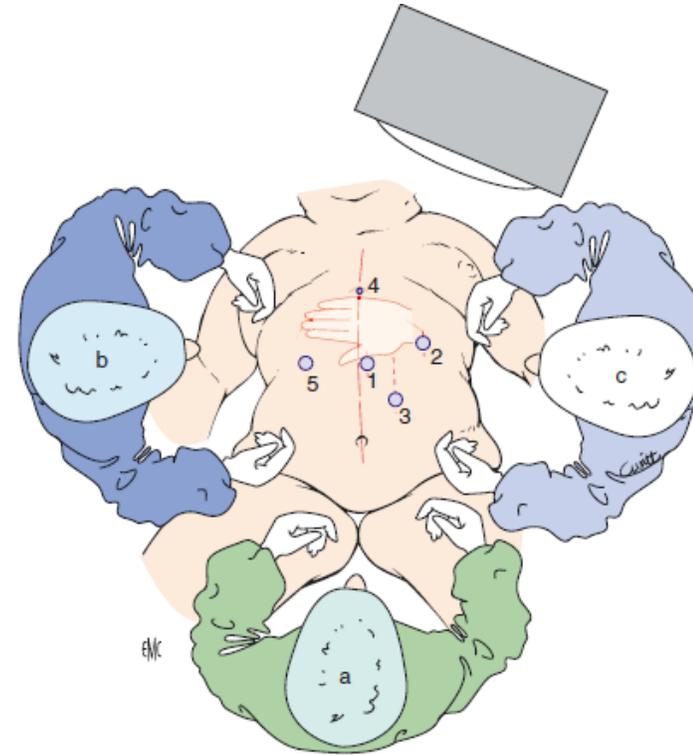


Chirurgie bariatrique: techniques opératoires



Installation

- Double équipe
- Proclive
- Position assise (appuis ++++)
- Tube de calibration gastrique si sleeve gastrectomy

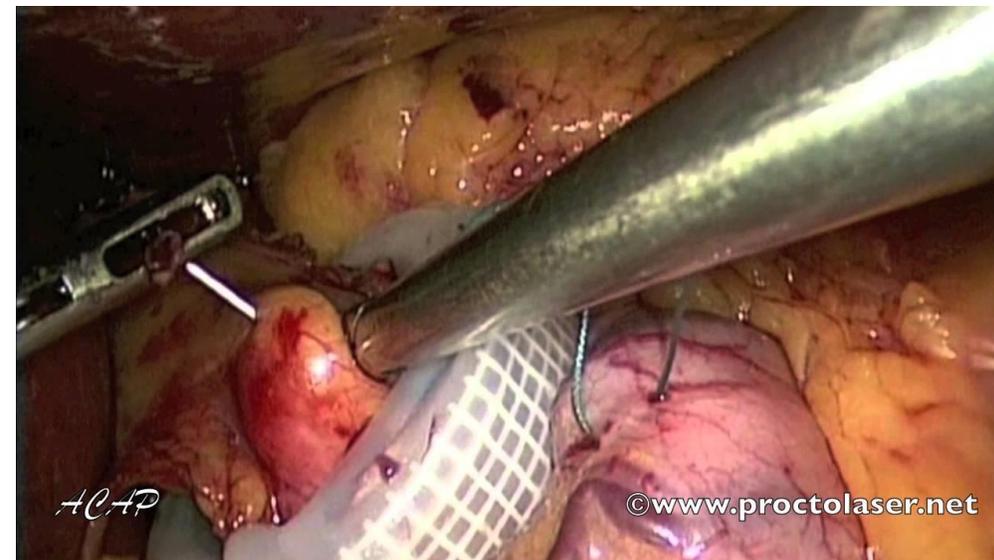


Chirurgie bariatrique: techniques chirurgicales



Anneau gastrique

- **INDICATIONS:**
 - IMC 35-45
 - Hyperphagie
- **DUREE OPERATOIRE / coelio**
30 – 45 min
- **MORBIDITE** 0,5 – 1%
- **MORTALITE** 0,01%
- **PAS DE DRAINAGE**



Chirurgie bariatrique: techniques chirurgicales



Anneau gastrique

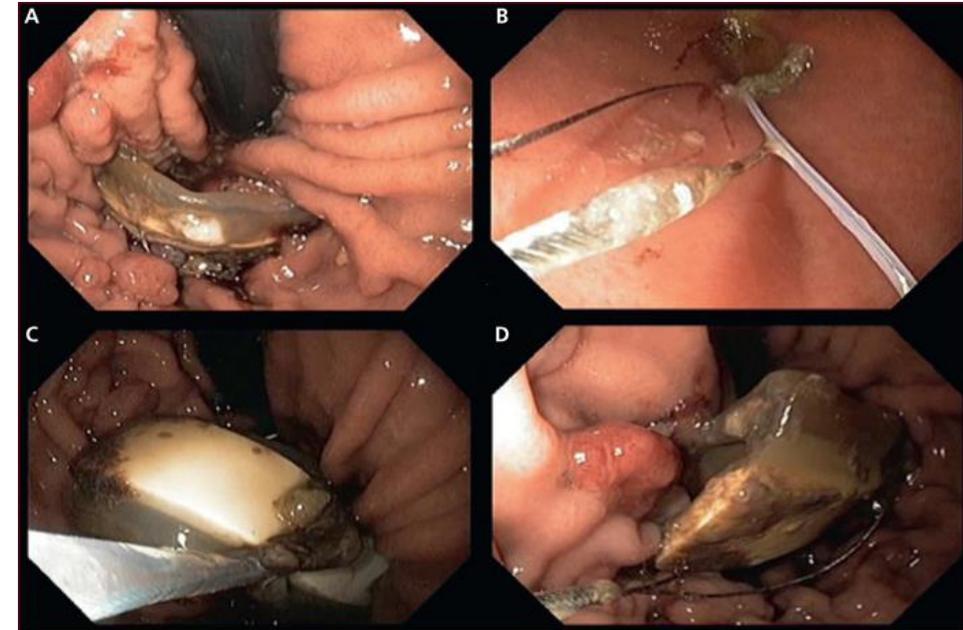
Post opératoire

- LEVER à J0
- Réalimentation
 - J0 – liquides
 - J1 – mixés + TOGD (image de référence)
 - J2 – solides
 - Sortie à J2

Complications

- Glissement
- Migration
- Infection
- Problème de matériel

6-12%



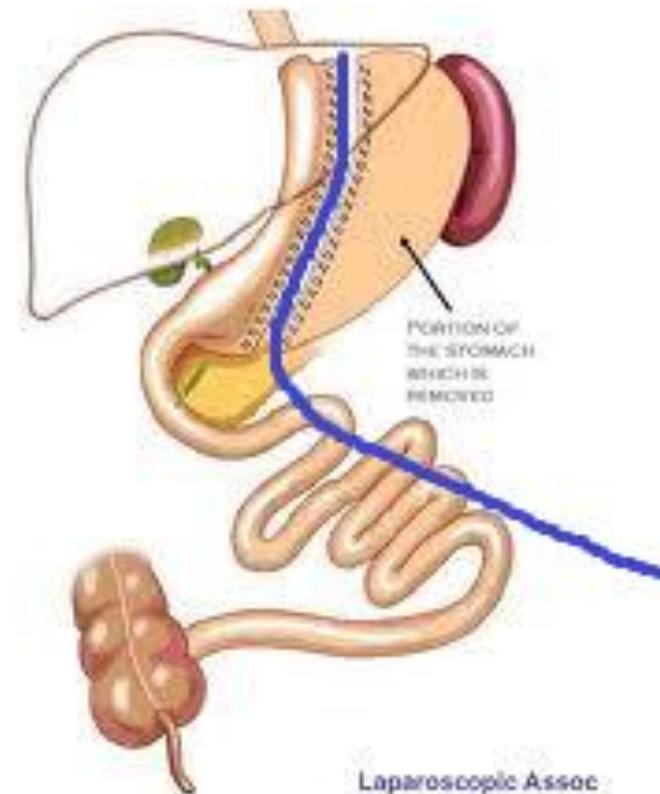
Chirurgie bariatrique: techniques chirurgicales



Sleeve gastrectomie

- **INDICATIONS**
 - IMC > 35
 - hyperphagie
- **CONTRE-INDICATIONS**
 - Grosse hernie hiatale
 - RGO symptomatique
 - Anesthésie
- **DUREE OPERATOIRE /coelio**
45' – 1h30
- **MORBIDITE** 2-3%
 - fistule
 - saignement
- **MORTALITE** 0,1%
- **DRAINAGE** oui/non

RESTRICTIVE VERTICAL GASTRECTOMY



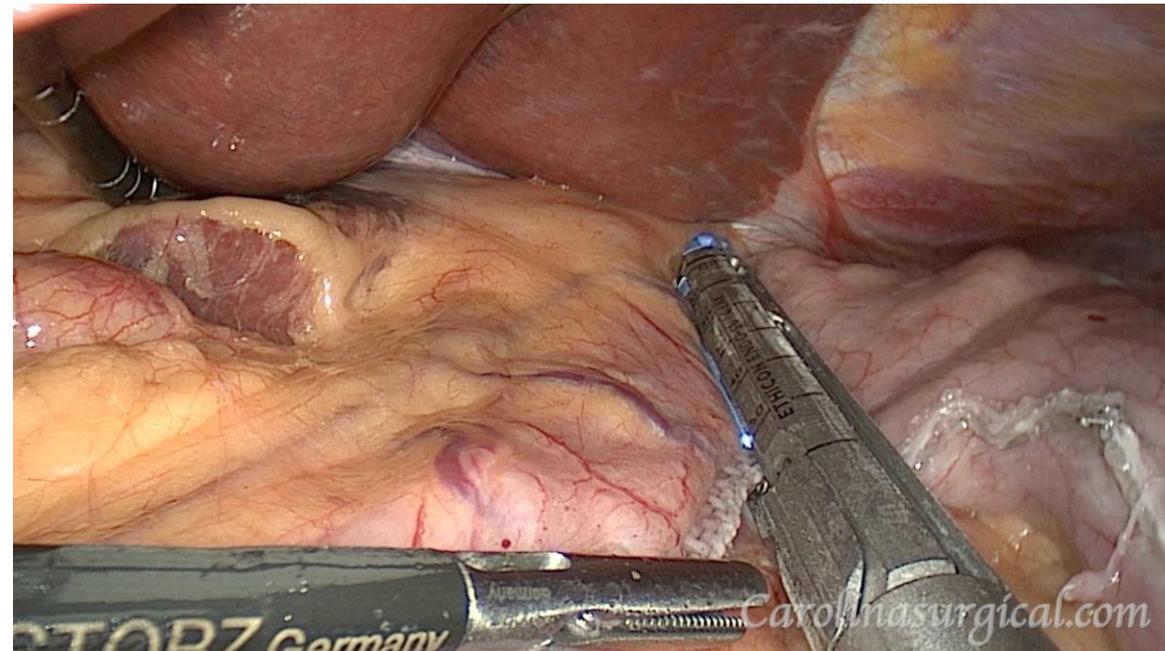
Chirurgie bariatrique: techniques chirurgicales



Sleeve gastrectomy

Post opératoire

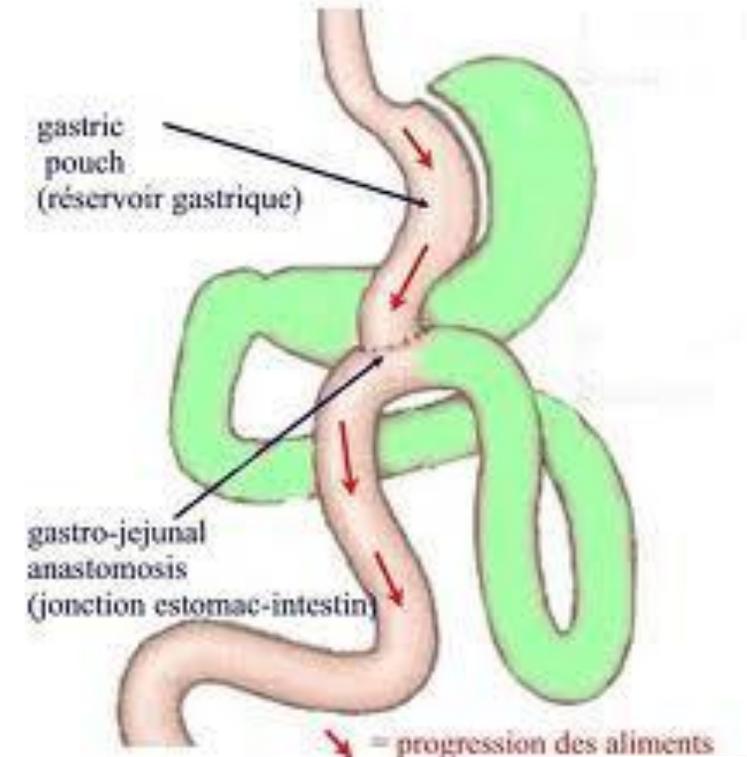
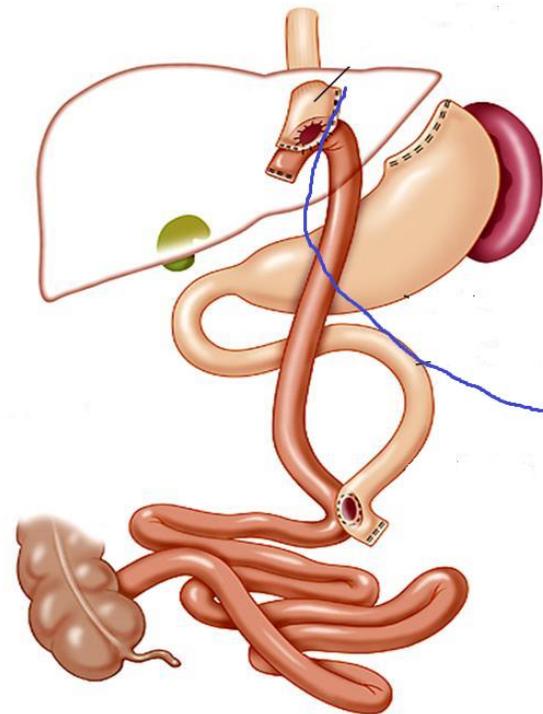
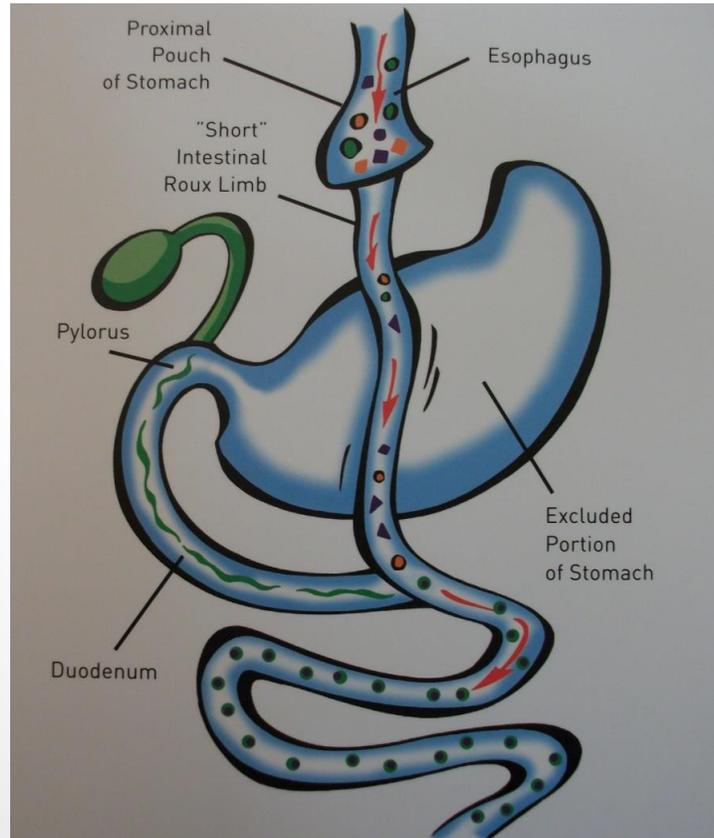
- LEVER à J0
- REALIMENTATION / avis
 - J1 liquides
 - J2 mixes
 - J3 solides
- SORTIE
J3



Chirurgie bariatrique: techniques chirurgicales



By-pass gastrique en Y ou en Ω



Chirurgie bariatrique: techniques chirurgicales



By-pass gastrique en Y ou en Ω

- **INDICATIONS**
 - IMC > 35
- **CONTRE-INDICATIONS**
 - Traitement (corticoïde, immunosuppresseur, anticoag. etc.)
 - Anesthésie
- **DUREE OPERATOIRE/coelio**
 - 2 -4h
- **MORBIDITE 2-3%**
 - fistule
 - saignement
- **MORTALITE 0,5%**
- **DRAINAGE - oui**

Chirurgie bariatrique: techniques chirurgicales



By-pass gastrique en Y ou en Ω

Post opératoire

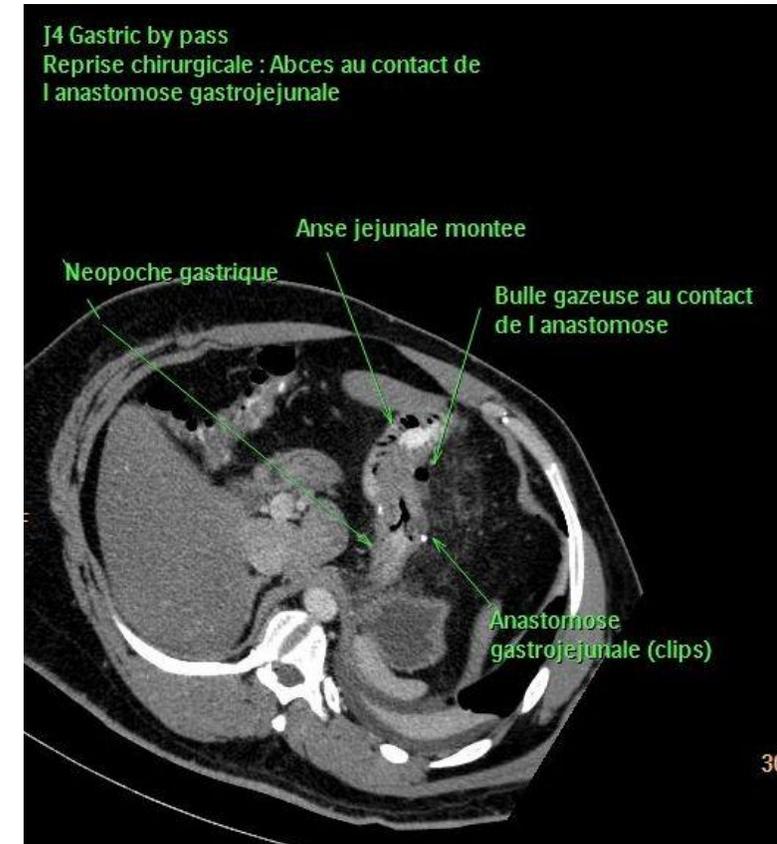
- LEVER à J0
- +/- TOGD à J1
- REALIMENTATION / avis
 - J1 liquides
 - J2, J3 mixés
 - J4 solides
- SORTIE à J4

Chirurgie bariatrique: surveillance



By-pass gastrique / sleeve

- T°C
- DRAINAGE : quantité, aspect
- CICATRICES
- DOULEUR
- GLYCEMIE
- HTA
- **FC: > 80 saignement, embolie pulmonaire
≥ 120 = fistule (80%)**



Scanner TAP avec opacification haute ++++



Merci de votre attention

