

Complications de la sleeve gastrectomie

Reflux gastro-œsophagien et risque d'endobrachyœsophage

La sleeve gastrectomie est devenue l'intervention de chirurgie bariatrique la plus pratiquée en France. Le reflux gastro-œsophagien est une des complications postopératoires tardives classiques de cette chirurgie exposant au risque de développement d'un endobrachyœsophage. L'objectif de cet article est d'évaluer la prévalence du reflux gastro-œsophagien après sleeve gastrectomie, d'en appréhender les mécanismes, de connaître les indications d'une surveillance endoscopique vis-à-vis du risque de développement d'un endobrachyœsophage et les principes du traitement.

Dr Maël Chalret du Rieu (Service de Chirurgie générale et digestive, CHU Purpan, Toulouse, chalretdurieu.m@chu-toulouse.fr)

Introduction

Le nombre d'actes de chirurgie bariatrique réalisés chaque année en France est en très forte augmentation, passant de moins de 15 000 à 42 815 interventions entre 2006 et 2013 selon les données de la Caisse nationale d'Assurance maladie. Parmi les interventions pratiquées, la sleeve gastrectomie ou gastrectomie en manchette ou gastrectomie longitudinale (Fig. 1) suscite un engouement important se traduisant par le plus fort taux de progression. Elle représente, en 2013, 56 % de l'ensemble des actes de chirurgie bariatrique. Une des principales complications tardives de cette intervention est le reflux gastro-œsophagien dont la prévalence est très variable dans la littérature mais expose à un risque de développement de lésions d'endobrachyœsophage. Étant donné l'absence de recul à long terme de cette intervention, il n'existe aujourd'hui aucune donnée rapportée vis-à-vis de ce risque ni sur celui de dégénérescence de l'endobrachyœsophage en adénocarcinome. Pourtant cette complication est importante à prendre en considération car, au stade d'adénocarcinome invasif, la prise en charge chirurgicale est le traitement de référence. Or, après sleeve gastrectomie, la morbi-mortalité est majorée d'une part par

le fait que la seule option chirurgicale serait une œsophagectomie avec rétablissement de continuité digestive par coloplastie (l'estomac n'étant pas utilisable comme transplant) (1) et d'autre part que la chirurgie s'adresse à des patients qui gardent un excès de poids résiduel de 38 % environ (2).

Ainsi, la place de la surveillance endoscopique se discute, le dépistage précoce de lésions superficielles permettant de proposer à ces patients un traitement endoscopique, de moindre morbi-mortalité (3).

L'objectif de cette mise au point est donc d'évaluer la prévalence du reflux gastro-œsophagien après sleeve gastrectomie, d'en appréhender les mécanismes, de connaître les indications d'une surveillance endoscopique vis-à-vis du risque de développement d'un endobrachyœsophage et les principes du traitement.

Reflux gastro-œsophagien et sleeve gastrectomie

Dans la population générale, la prévalence du reflux gastro-œsophagien (RGO) a été évaluée dans une revue de la littérature entre 10 et 20 % (4). Au sein de la population obèse, la prévalence du reflux est significativement supérieure. Jacobson et al.

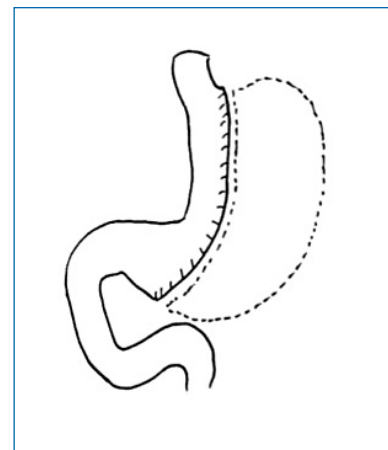


Figure 1 - Illustration de sleeve gastrectomie.

(5) rapportent un risque relatif de reflux de 2,92 (IC 95 % 2,35-3,62) en présence d'une obésité comparativement à la population normo-pondérée. Cette augmentation du RGO au sein de la population obèse est directement corrélée à l'adiposité centrale, transcrite par le diamètre abdominal (6).

Dans la population de patients ayant bénéficié d'une sleeve gastrectomie, la prévalence rapportée du RGO est assez variable, de 2,1 à 34,9 % selon Laffin et al. (7) dans une revue de la littérature publiée en 2013. Cette variabilité peut s'expliquer par la

définition du RGO, selon la classification de Montréal (8) « *un reflux de l'estomac vers l'œsophage provoquant des symptômes ou des complications* », et peut donc manquer de précision. Cette revue rapporte des résultats discordants avec huit études montrant une prévalence du RGO augmentée (variant de 2,1 à 34,9 %) et cinq études une prévalence du RGO diminuée (de 2,8 à 20 %) ne permettant pas aux auteurs de conclure en faveur d'une augmentation ou d'une diminution du reflux après sleeve.

➔ Mécanismes impliqués dans le reflux gastro-œsophagien après sleeve gastrectomie

Plusieurs mécanismes favorisant le reflux gastro-œsophagien après sleeve gastrectomie ont été décrits. De façon non exhaustive, ont été incriminés l'augmentation de la stase gastrique et des régurgitations postprandiales, le démontage de la jonction œsogastrique et la section des fibres de la cravate d'Helvetius, la diminution du tonus du sphincter inférieur de l'œsophage, etc.

Parallèlement, les mécanismes expliquant une diminution du reflux après sleeve gastrectomie sont une accélération de la vidange gastrique, une diminution de l'obésité abdominale, une amélioration à long terme de la compliance gastrique, etc.

Au total, les mécanismes impliqués après sleeve gastrectomie dans le RGO sont nombreux, intriqués et de chronologies successives rendant leur analyse complexe. Il n'en demeure pas moins une prévalence non nulle exposant au risque de développement d'un endobranchyœsophage (EBO).

➔ Reflux gastro-œsophagien et endobranchyœsophage

Dans la population générale, la prévalence du reflux gastro-œsophagien est donc d'environ 10 à 20 % parmi lesquels 9 % développeront un endobranchyœsophage (4, 9). Dans cette population, le risque de

dégénérescence en adénocarcinome est évalué de 0,3 à 0,6 % patients/années (10). Ce risque justifie un dépistage individuel chez les patients présentant un EBO prouvé selon les modalités de surveillance définies par la SFED en 2007 (11).

➔ Surveillance endoscopique après sleeve gastrectomie

Après sleeve gastrectomie, il n'existe à notre connaissance qu'un seul cas rapporté d'adénocarcinome du bas œsophage développé sur EBO (12). Celui-ci, survenu quatre mois après l'intervention, peut difficilement être imputé aux conséquences de l'intervention mais surtout à un défaut d'évaluation endoscopique préopératoire.

Le problème du RGO est suffisamment significatif, quelle que soit sa prévalence, pour que certains patients nécessitent une conversion de leur montage en by-pass gastrique. Ainsi, Van Rutte et al. (13) ont rapporté très récemment 1,2 % de conversions de sleeve gastrectomie en by-pass en Y pour RGO invalidant dans leur large série de patients.

Le problème est donc surtout celui de l'absence de données à long terme concernant les malades ayant eu une sleeve gastrectomie. Diamantis et al. (14) rapportent en 2014 dans une revue de la littérature les résultats à long terme de la sleeve gastrectomie, revue qui ne porte au total que sur 492 patients au-delà de cinq ans et seulement 34 au-delà de huit ans. Cette absence de recul ne permet donc clairement aucune analyse par rapport au risque de dégénérescence d'un potentiel EBO.

Toutefois, il est raisonnable de penser qu'en raison de la moindre morbi-mortalité du traitement endoscopique par rapport au traitement chirurgical d'œsophagectomie et coloplastie médiastinale, l'intérêt du patient est dans un dépistage précoce de ses lésions (3).

Ainsi, en dehors de toute recommandation par des sociétés savantes, il nous paraît légitime de proposer,

dans le suivi des patients ayant bénéficié d'une sleeve gastrectomie, une endoscopie œso-gastro-duodénale de dépistage en cas de RGO non ou mal contrôlé par les inhibiteurs de la pompe à protons et en cas de symptomatologie atypique.

➔ Traitement

En cas de symptomatologie de reflux gastro-œsophagien après sleeve gastrectomie, il est important de s'assurer de l'éviction de tous les facteurs favorisants (alcool, tabac, épices, café...). En cas d'échec des règles hygiéno-diététiques, un traitement symptomatique par inhibiteurs de la pompe à protons doit être instauré. En cas de résistance au traitement médical optimisé, la conversion de la sleeve gastrectomie en by-pass gastrique en Y doit être envisagée.

Conclusion

Le RGO est une complication classique de la sleeve gastrectomie dont la prévalence est variable en fonction des études et du mécanisme multifactoriel. Il peut être sévère et invalidant, exposant théoriquement au développement d'un endobranchyœsophage pouvant secondairement dégénérer en adénocarcinome.

En présence de reflux significatif en préopératoire, d'œsophagite ou d'EBO, le by-pass gastrique en Y sera donc privilégié (15-17). En cas de RGO non ou mal contrôlé par les IPP en postopératoire, une endoscopie œso-gastro-duodénale nous paraît justifiée, permettant de dépister des lésions d'EBO et d'inclure les patients dans le schéma de surveillance protocolisé par la SFED. En cas de résistance au traitement optimisé, la conversion de la sleeve en by-pass gastrique en Y peut être indiquée. ■

Mots-clés

Chirurgie bariatrique, Sleeve gastrectomie, Reflux gastro-œsophagien, Endobranchyœsophage

Bibliographie

1. Chirica M, Veyrie N, Munoz-Bongrand N et al. Late morbidity after colon interposition for corrosive esophageal injury: risk factors, management, and outcome. A 20-years experience. *Ann Surg* 2010 ; 252 : 271-80.
2. Chang SH, Stoll CR, Song J et al. The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. *JAMA Surg* 2013 ; 149 : 275-87.
3. Sun F, Yuan P, Chen T et al. Efficacy and complication of endoscopic submucosal dissection for superficial esophageal carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *J Cardiothorac Surg* 2014 ; 9 : 78.
4. Dent J, El-Serag HB, Wallander MA et al. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 2005 ; 54 : 710-7.
5. Jacobson BC, Somers SC, Fuchs CS et al. Body-mass index and symptoms of gastroesophageal reflux in women. *N Engl J Med* 2006 ; 354 : 2340-8.
6. El-Serag H. The association between obesity and GERD: a review of the epidemiological evidence. *Dig Dis Sci* 2008 ; 53 : 2307-12.
7. Laffin M, Chau J, Gill RS et al. Sleeve gastrectomy and gastroesophageal reflux disease. *J Obes* 2013 ; 2013 : 741097.
8. Vakili N, van Zanten SV, Kahrilas P et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006 ; 101 : 1900-20.
9. Rubenstein JH, Mattek N, Eisen G. Age- and sex-specific yield of Barrett's esophagus by endoscopy indication. *Gastrointest Endosc* 2010 ; 71 : 21-7.
10. De Jonge PJ, Van Blankenstein M, Grady WM et al. Barrett's oesophagus: epidemiology, cancer risk and implications for management. *Gut* 2014 ; 63 : 191-202.
11. Boyer J, Laugier R, Chemali M et al. French Society of Digestive Endoscopy SFED guideline: monitoring of patients with Barrett's esophagus. *Endoscopy* 2007 ; 39 : 840-2.
12. Scheepers AF, Schoon EJ, Nienhuijs SW. Esophageal carcinoma after sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis* 2011 ; 7 : e11-2.
13. van Rutte PW, Smulders JF, de Zoete JP et al. Outcome of sleeve gastrectomy as a primary bariatric procedure. *Br J Surg* 2014 ; 101 : 661-8.
14. Diamantis T, Apostolou KG, Alexandrou A et al. Review of long-term weight loss results after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis* 2014 ; 10 : 177-83.
15. Deitel M, Gagner M, Erickson AL et al. Third International Summit: Current status of sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis* 2011 ; 7 : 749-59.
16. Patterson EJ, Davis DG, Khajanchee Y et al. Comparison of objective outcomes following laparoscopic Nissen fundoplication versus laparoscopic gastric bypass in the morbidly obese with heartburn. *Surg Endosc* 2003 ; 17 : 1561-5.
17. Varela JE, Hinojosa MW, Nguyen NT. Laparoscopic fundoplication compared with laparoscopic gastric bypass in morbidly obese patients with gastroesophageal reflux disease. *Surg Obes Relat Dis* 2009 ; 5 : 139-43.