

Les dérivations bilio-pancréatiques

Duodenal Switch (DS), Intervention de Scopinaro



Les dérivations bilio-pancréatiques comprennent une composante restrictive et de malabsorption et sont associés aux meilleurs résultats à long terme en matière de perte de poids. Donc, il s'agit de loin de la meilleure intervention si la perte de poids était l'unique critère de jugement.

La composante restrictive

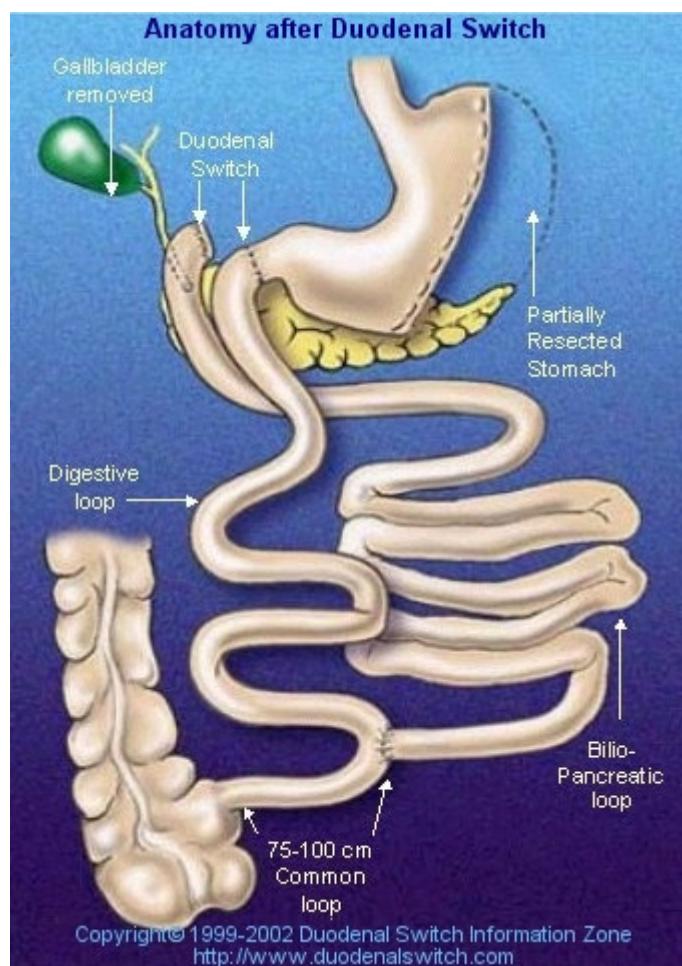
Les dérivations bilio-pancréatiques comportent une gastrectomie partielle (sleeve gastrectomy) pour le Duodenal Switch et une gastrectomie distale pour l'intervention de Scopinaro). Le volume gastrique est ainsi réduit en ne gardant la motricité et le pylore qu'en cas de Duodenal Switch (et non pas avec l'intervention de Scopinaro qui nous paraît trop lourde et à abandonner en pratique courante).

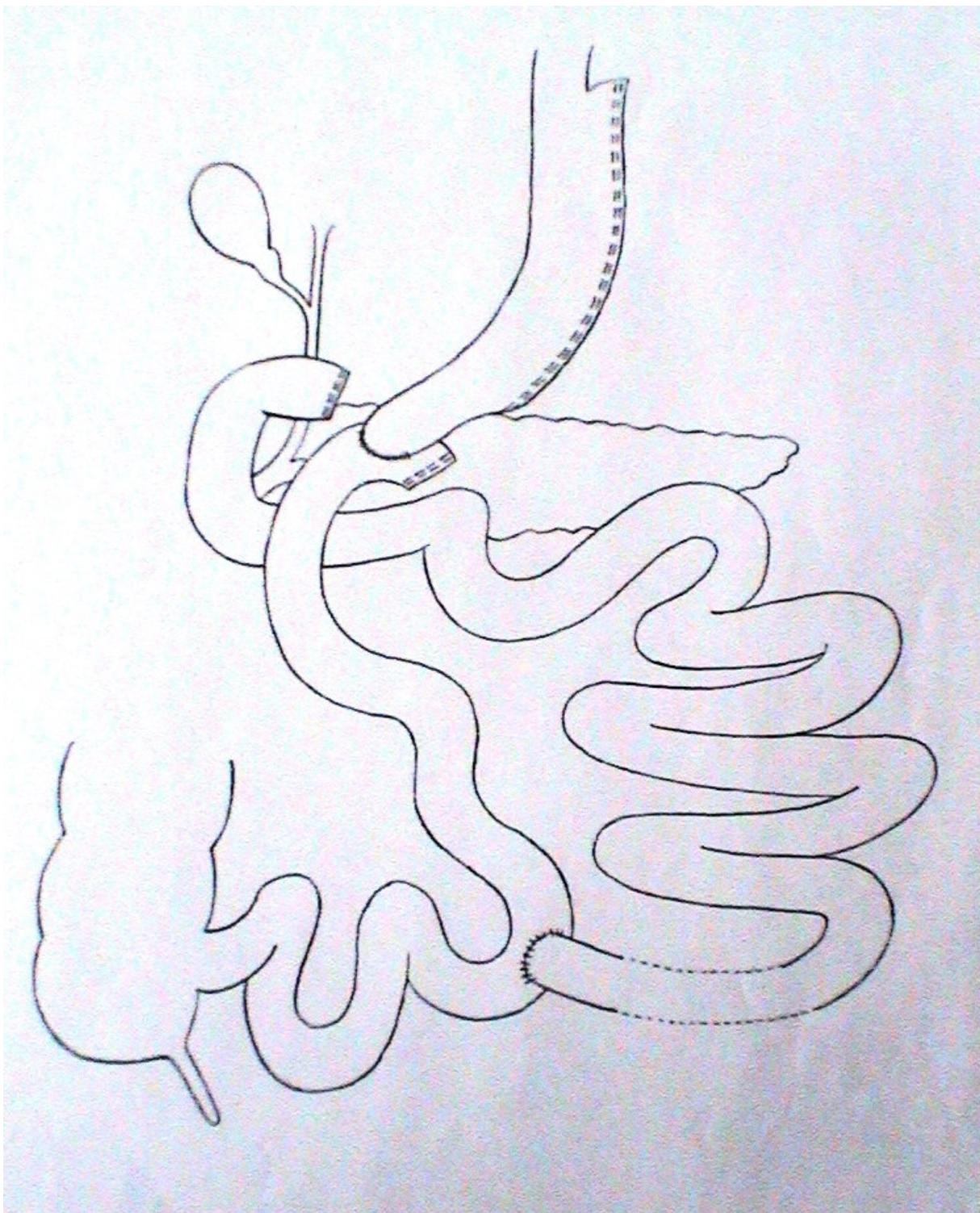
En cas de Duodenal Switch, le risque de dumping syndrome, ulcères anastomotiques, et occlusion intestinale sont drastiquement réduits.

En plus, le Duodenal Switch conserve la totalité du pylore, la fonctionnalité de l'estomac et une partie du duodenum en contact avec le flux alimentaire. Ainsi, les aliments sont normalement mélangés et transformés dans l'estomac avant d'être vidangés dans l'intestin. Par conséquent, le Duodenal Switch assure une absorption plus ou moins normale de plusieurs nutriments comme les protéines, le Calcium, le Fer and la vitamine B12.

La composante de malabsorption

L'intestin grêle est redisposé pour séparer le flux alimentaire du flux bilio-pancréatique. Ceci entrave l'absorption des calories et de plusieurs nutriments. Plus loin, les deux segments intestinaux se rejoignent pour permettre une absorption distale contrôlée par la longueur du segment commun.



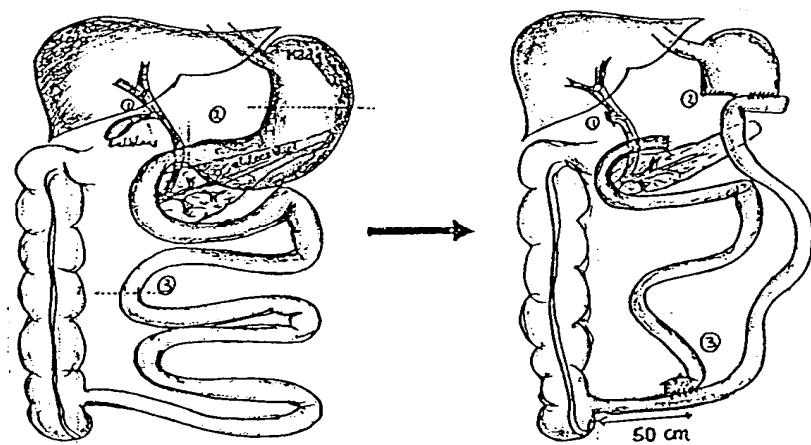
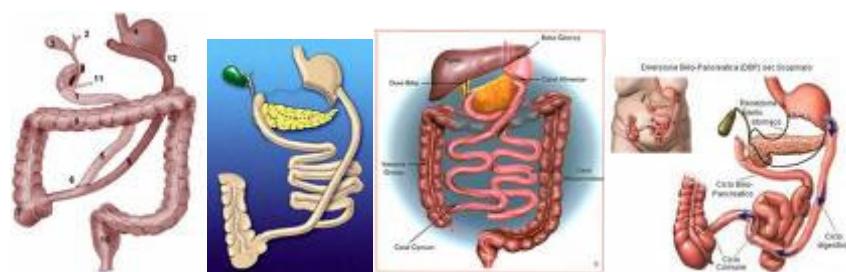


Il s'agit des opérations les plus complexes et les plus sérieuses de la chirurgie de l'obésité. Elles sont à la fois anciennes (plus de 25 ans) et "modernes" car sous une forme renouvelée, elles occupent le devant de la scène, particulièrement chez les patients souffrant d'obésité massive ($IMC > 55 \text{ Kg/m}^2$).

Le by-pass bilio-pancréatique est né en 1979 sous l'impulsion du chirurgien italien Nicola Scopinaro, pour pallier aux graves inconvénients des dérivations intestinales pures, dont les carences multiples étaient la conséquence la plus sévère. Dans cette

intervention, on combine une restriction gastrique (gastrectomie partielle) et une malabsorption: les aliments ne sont au contact des sécrétions biliaires et pancréatiques que sur une portion limitée de tube digestif (intestin grêle). Le nom de "court-circuit bilio-pancréatique" doit donc être compris comme l'absence de digestion ou absorption efficace des aliments riches en graisses, faute d'être suffisamment longtemps mélangés aux enzymes issues de la bile et du pancréas qui permette leur absorption à travers la muqueuse de l'intestin grêle (jéjunum et iléon). Le problème principal, et la dangerosité de ces interventions, vient de ce que d'autres nutriments sont mal ou pas absorbés également: calcium, vitamines du groupe B et D, fer, protéines, oligo-éléments, etc. D'où, surtout les premières années, la nécessité d'une surveillance métabolique stricte (prises de sang régulières) et d'une supplémentations systématique en fer, vitamines, calcium... Les patients doivent se soumettre à une discipline assez contraignante et souffrent d'effets secondaires potentiellement très ennuyeux, au premier rang la diarrhée graisseuse.

C'est à ce prix que l'on obtiendra les meilleurs résultats de toute la chirurgie en terme de perte de poids, surtout très stables dans le temps contrairement aux autres techniques comme le bypass "simple" ou l'anneau gastrique et avec un confort digestif bon dans l'ensemble: il n'y a pas ou très peu de restriction alimentaire à moyen terme. Les variantes décrites sont au nombre de trois: le BPD "classique" ou original qui comporte une gastrectomie partielle (de moitié ou des deux-tiers), le Duodenal Switch qui, lui, associe une sleeve gastrectomy, et l'intervention hybride qu'est le bypass gastrique sur anse longue, assez populaire aux Etats-Unis. L'actualité de ces interventions, que l'on peut, malgré tout, considérer comme lourdes, tient à un degré de "résistance" d'une certaine catégorie d'obèses (les plus importants, dont l'IMC dépasse 55 Kg/m² et surtout 60 Kg/m²) aux interventions plus traditionnelles.



Ces interventions ont été conçues pour la laparotomie, mais comme les autres opérations, elles sont aujourd'hui régulièrement réalisables par l'abord coelioscopique.

Le principe général fait appel à deux temps opératoires. Le premier temps consiste à créer un certain degré de restriction gastrique au moyen d'une résection (c'est-à-dire une gastrectomie), qui peut être soit 'classique', horizontale, en manchette, et il s'agit alors de la fameuse 'sleeve gastrectomie' à laquelle nous avons consacré une précédente newsletter. Cette dernière option offre l'avantage important de conserver le pylore, donc une meilleure vidange gastrique à long terme et une meilleure tolérance fonctionnelle. En outre, nous avons vu qu'elle était à présent souvent réalisée lors d'une première opération 'préparatoire' chez un patient fragile ou bien en échec d'une autre technique (anneau).

Le second temps opératoire consiste donc à pratiquer le court-circuit à proprement parler, en amenant directement l'intestin grêle sur l'estomac (au moyen d'une suture ou anastomose) est surtout en dérivant les sécrétions biliaires et pancréatiques du flux alimentaire principal, pour ne le rejoindre qu'après une grande distance (de plus de 2m) si bien que la partie d'intestin où les aliments sont réellement au contact de ces sécrétions (ce que l'on appelle 'anse commune') est très courte (moins de 1 m). L'anastomose porte sur l'estomac (court circuit classique) ou bien sur le duodénum qui a été conservé (c'est donc le 'duodenal switch': voir schéma). Il existe bien sûr des variantes décrites en termes de longueurs des anses intestinales. Mais une autre variante vient compliquer le sujet. En effet le by-pass gastro-jéjunal classique qui répond à une autre anatomie, est jugé insuffisant par certains chirurgiens, lesquels réalisent alors un 'bypass sur anse longue', où il n'y a pas à proprement parler court-circuit bilio-pancréatique, mais l'effet est cependant proche car l'anse 'alimentaire' est très rallongée au delà des 1m50 habituels...

Les résultats sur la perte de poids sont certainement les plus efficaces dans ce domaine: 85% de perte de l'excès de poids initial avec un taux de succès de 95% à 2 ans, même chez les patients les plus obèses. De plus, ces résultats se maintiennent à 8 et 10 ans sans reprise de poids. Les effets sont tout aussi spectaculaires sur les maladies associées, comme les troubles des lipides sanguins ("dyslipidémie") et le diabète. De plus, les patients conservent l'important avantage de contraintes alimentaires très faibles, puisqu'ils s'aliment presque normalement. Malgré des selles malodorantes, le rythme de la diarrhée s'estompe avec le temps, pour se stabiliser à 2-4 selles par jour.

Il s'agit d'opérations délicates sur un terrain fragile, donc grevées de complications post-opératoires plus fréquentes et potentiellement graves: la morbidité (taux de complications) est de 15 à 30%, la mortalité de 1 à 2%, les principaux problèmes étant les fistules ou désunions des anastomoses et les embolies pulmonaires. A moyen terme, il faut craindre les carences nutritionnelles en protéines, vitamines et oligo-éléments, ce qui nécessite une surveillance très stricte. Le Duodenal Switch reprend les grandes lignes du by-pass bilio-pancréatique et donc présente les mêmes complications potentielles; néanmoins il semble que les taux de carences

vitaminiques ou protéiques soient plus faibles du fait de la conservation du pylore et d'une anse commune intestinale plus longue (1m). Chez les très grands obèses, le chirurgien canadien Michel Gagner a proposé avec succès une stratégie en deux temps par l'approche coelioscopique, combinant la sleeve gastrectomy suivie du Duodenal Switch - ou bien, ce qui fait son originalité, un by-pass gastro-jénunal typique - après 6 à 12 mois (une fois le poids stabilisé).