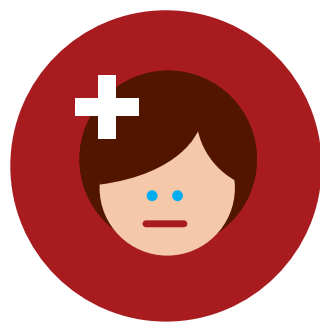


Le patient en situation d'urgence après chirurgie bariatrique et métabolique

Le patient

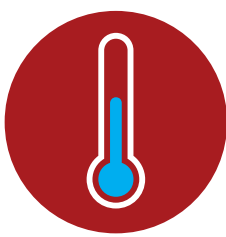


- 1 Peut se présenter avec peu de symptômes, mais développer néanmoins une ou des complications sévères
- 2 Réserves physiologiques réduites, entraînant un choc plus rapide et plus profond
- 3 Les vomissements persistants doivent être considérés comme un signe d'alarme jusqu'à preuve du contraire

Signes d'alarme



Tachycardie
>120/min



≥ 38,5°C, ihypoxie,
hypotension

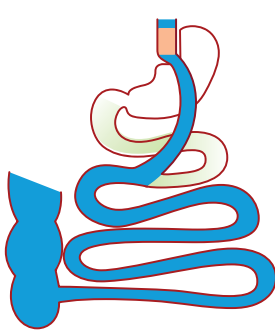


Hématémès
e ou méléna



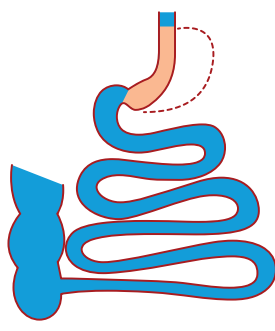
Vomissements
persistants et/ou
douleur abdominale

Les procédures de chirurgie métabolique et bariatrique les plus fréquentes et leurs effets secondaires



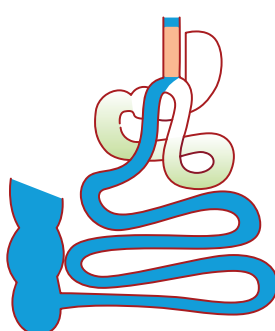
Bypass gastrique en Y de Roux (RYGB)

- Dumping syndrome
- Réduction des apports alimentaires
- Malabsorption
- Inconfort abdominal



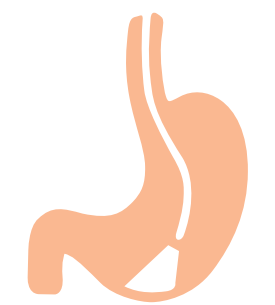
Gastrectomie longitudinale (sleeve) (SG)

- Reflux gastro-œsophagien
- Réduction des apports alimentaires



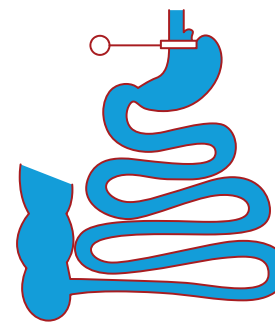
Bypass gastrique à une anastomose (OAGB)

- Reflux biliaire
- Réduction des apports alimentaires
- Malabsorption
- Diarrhée



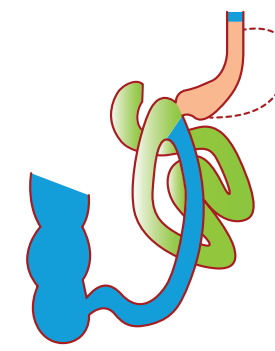
Interventions endoscopiques

- Nausées et vomissements
- Reflux gastro-œsophagien



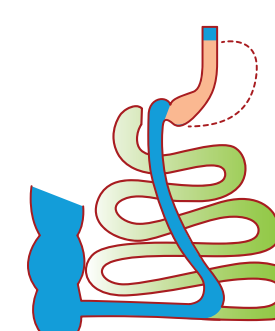
Procédures avec anneau ajustable ou de calibration (Anneau Gastrique Ajustable ; Gastroplastie Verticale Calibrée ; sleeve ou bypass avec anneau de calibration)

- Reflux gastro-œsophagien
- Nausées et vomissements



Bypass duodéno-iléal à une anastomose + sleeve (SADI-S)

- Réduction des apports alimentaires
- Malabsorption (protéines)
- Diarrhée



Dérivation biliopancréatique / switch duodénal (BPD/DS)

- Reflux gastro-œsophagien
- Réduction des apports alimentaires
- Malabsorption (protéines)
- Diarrhée

Images créées et aimablement fournies par le Dr Arnold van de Laar (Spaarne Hospital, Hoofddorp, Pays-Bas)

Complications postopératoires précoces (30 jours) – toujours se référer à un chirurgien bariatrique si possible celui qui a opéré le patient

Hémorragie

Symptômes

- Hématémèse/méléna
- Tachycardie
- Hypotension
- Collapsus
- Hématome de la paroi abdominale

Prise en charge

- Réanimation, hydratation, transfusion de CGR et correction de la coagulation
- **Attention!** Un saignement intra-abdominal peut être un signe de fistule!
- Instable malgré remplissage vasculaire : envisager Coelioscopie/ gastroscopie.
- TDM abdominal uniquement chez les patients stables.
- **Attention!** Après bypass gastrique, l'estomac exclu n'est pas accessible à la gastroscopie standard.

Fistule/Perforation

Symptômes

- « Changement » dans l'évolution postopératoire (ex : CRP élevée)
- Tachycardie
- Fièvre
- Douleur abdominale

Prise en charge

- Réanimation
- Peut nécessiter :
 - Laparoscopie
 - Endoscopie (pigtail/stent/clip)
 - Drainage percutané
- Antibiothérapie IV à large spectre

Embolie pulmonaire

Symptômes

- Dyspnée d'apparition brutale
- Douleur thoracique
- Tachypnée

Prise en charge

- Angio-TDM pulmonaire (CTPA)
- Anticoagulation

Occlusion (précoce)

Symptômes

- Vomissements persistants

- Douleur abdominale

Prise en charge

- Une obstruction peut entraîner une fistule et/ou une strangulation & ischémie
- Éviter la pose de sonde nasogastrique.
- Pas de traitement conservateur sans diagnostic formel !
- Anneau gastrique -> ponctionner le boîtier sous-cutané et dégonfler l'anneau.
- Sleeve -> jeûne (NPO) + TOGD/TDM avec contraste oral
- Bypass gastrique -> TDM abdominal (contraste oral et IV) pour exclure sténose anastomotique ou hernie interne
- TDM négatif avec forte suspicion clinique : laparoscopie
- **Attention!** Estomac exclu dilaté + enzymes hépatiques/pancréatiques élevées = obstruction au niveau de l'anastomose jéjuno-jéjunale!

Complications postopératoires tardives

Douleur abdominale

Diagnostic & prise en charge

Épigastre:

- Éliminer une lithiase biliaire: échographie
- Éliminer un ulcère: gastroscopie
- Éliminer une perforation: TDM abdominal

Mésogastre/hypogastre:

- TDM abdominal pour exclure thrombose portale, sténose anastomotique ou hernie interne
- Des troubles fonctionnels intestinaux peuvent apparaître ou s'aggraver après la perte de poids
- Les excès alimentaires peuvent provoquer une douleur abdominale
- Les causes organiques doivent être exclues

Occlusion (tardive)

Prise en charge

- Éviter la pose de sonde nasogastrique.
- Pas de traitement conservateur sans diagnostic formel !
- Bypass gastrique -> strangulation intestinale (hernie interne). La TDM peut montrer un signe de tourbillon et un estomac exclu dilaté. Laparoscopie urgente!
- Anneau gastrique -> dégonfler l'anneau + TOGD
- Sleeve gastrique -> jeûne (NPO) + TOGD
- TDM négatif avec forte suspicion clinique : laparoscopie

Hypoglycémie

- Dumping (après trop de calories/glucides) : vertiges, « bouffées de chaleur », somnolence, inconfort abdominal, tachycardie

- Tachycardie

Prise en charge

- Corriger l'hypoglycémie
- Dumping : adaptation diététique (consultation diététicien(ne) bariatrique), traitement médicamenteux (consultation endocrinologue bariatrique)

Malnutrition et carences

- Des carences peuvent survenir après toute procédure bariatrique : doser vitamine B1, B12, D, Hb, Ca, Fe, protéines
- Après bypass gastrique/diversions : doser aussi vitamines A, E et K ; dénutrition protéique sévère.
- **Attention** au « syndrome de renutrition inappropriée »
- **Attention** au risque accru de syndrome de Wernicke-Korsakoff après vomissements – supplémentation en thiamine (ne pas attendre le résultat du dosage de B1, il n'existe pas de risque de surdosage en B1)

Ulcère

Prise en charge

- Arrêt du tabac
- IPP double dose (+ sucralfate)
- Pyrosis sévère ne répondant pas aux IPP peut évoquer un reflux biliaire : exclure hernie interne!
- **Attention** : H. pylori

Perforation

- Anastomose

- Estomac exclu

Prise en charge

- Antibiothérapie IV à large spectre
- Une laparoscopie en urgence devrait être envisagée

Calculs biliaires / calculs rénaux

- La perte de poids peut entraîner une lithiase vésiculaire et/ou des calculs rénaux

Prise en charge

- **Attention!** Après bypass gastrique, SADI-S et BPD/DS, le duodénum n'est pas accessible à une ERCP transorale standard ; envisager une Bili -IRM et des techniques d'accès alternatives
- Calculs du cholédoque : envisager un cathétérisme de la papille par abord hybride (coelio et endoscopie) ou un drainage biliaire percutané transhépatique, avec +/- extraction de calculs papillotomie

Les complications bariatriques postopératoires doivent être de préférence prises en charge dans le centre bariatrique d'origine ou après avis de ce centre