

# Douleurs abdominales après chirurgie bariatrique: que faire?

Drs REZA DJAFARRIAN<sup>a,b</sup>, BENJAMIN BLASER<sup>a</sup>, STYLIANI MANTZIARI<sup>a</sup>, MICHEL SUTER<sup>a,c</sup> et PIERRE FOURNIER<sup>a,b</sup>

Rev Med Suisse 2019; 15: 1209-12

**La chirurgie bariatrique est montrée comme étant le seul traitement efficace pour traiter l'obésité morbide sur le long terme. Les trois interventions ayant été les plus pratiquées ces 30 dernières années en Suisse sont le bypass gastrique en Y selon Roux (RYGB), la gastrectomie longitudinale (SG) et la mise en place d'un cerclage gastrique (CG). Ces chirurgies peuvent amener à des complications à long terme de nature fonctionnelle ou chirurgicale. Une prise en charge rapide en milieu spécialisé est primordiale. Les douleurs abdominales après chirurgie bariatrique sont fréquentes, multiples et difficiles à appréhender. Souvent, elles ne sont pas en lien avec la chirurgie primaire mais elles ne doivent pas être banalisées car les risques de complications sévères en l'absence de prise en charge adéquate et rapide sont importants.**

## Abdominal pain after bariatric surgery: what to do?

*Bariatric and metabolic surgery is the only effective long-term treatment for morbid obesity. The three main practiced surgeries during the last 30 years are the Roux-en-Y gastric bypass (RYGB), the sleeve gastrectomy (SG) and the laparoscopic adjustable gastric banding (AGB). These surgeries can lead to long-term complications of a functional or of a surgical nature. Rapid management in a specialized setting where appropriate investigations can be done is essential. Abdominal pain after bariatric surgery are frequent, multiple and difficult to apprehend. They should not be trivialized because the risks of severe complications without an adequate and quick management are important.*

## INTRODUCTION

Nous comptons environ 50 000 patients opérés de chirurgie bariatrique en Suisse depuis 2000, ce qui équivaut à sept patients par médecin généraliste.<sup>1</sup> Le suivi après chirurgie bariatrique est primordial. Les directives officielles de la SMOB (Swiss society for the study of Morbid OBesity and metabolic disorders), approuvées par l'OFSP, indiquent que le suivi doit être réalisé à vie dans les centres bariatriques. L'absence de suivi postopératoire a montré un taux de complications plus grand, dont une diminution de la perte de poids et une morbidité liée à la chirurgie plus grande.<sup>2</sup> Les patients après chirurgie bariatrique expriment parfois qu'ils préfèrent être suivis par leur médecin généraliste plutôt que par le centre bariatrique référent.<sup>3</sup> En opposition, une étude canadienne a montré que 73% des médecins généralistes

indiquent qu'ils ne sont pas assez formés dans la prise en charge des patients opérés d'une chirurgie bariatrique et plus de 50% ne se sentent pas à l'aise pour la prise en charge de leurs complications.<sup>4</sup> Un peu plus d'un patient sur cinq va présenter des douleurs abdominales après chirurgie bariatrique.<sup>5</sup> En Suisse, les trois principales chirurgies effectuées depuis 2001 sont le bypass gastrique en Y selon Roux (RYGB) dans 75,1% des cas en 2017, la gastrectomie longitudinale (SG pour *sleeve gastrectomy*) (23,2% des cas) et le cerclage gastrique (CG). L'objectif de cet article est de présenter une prise en charge concrète et pratique des douleurs abdominales après ces trois chirurgies et de se focaliser sur les complications chirurgicales.

## «DOCTEUR, J'AI MAL»! QUE FAIRE?

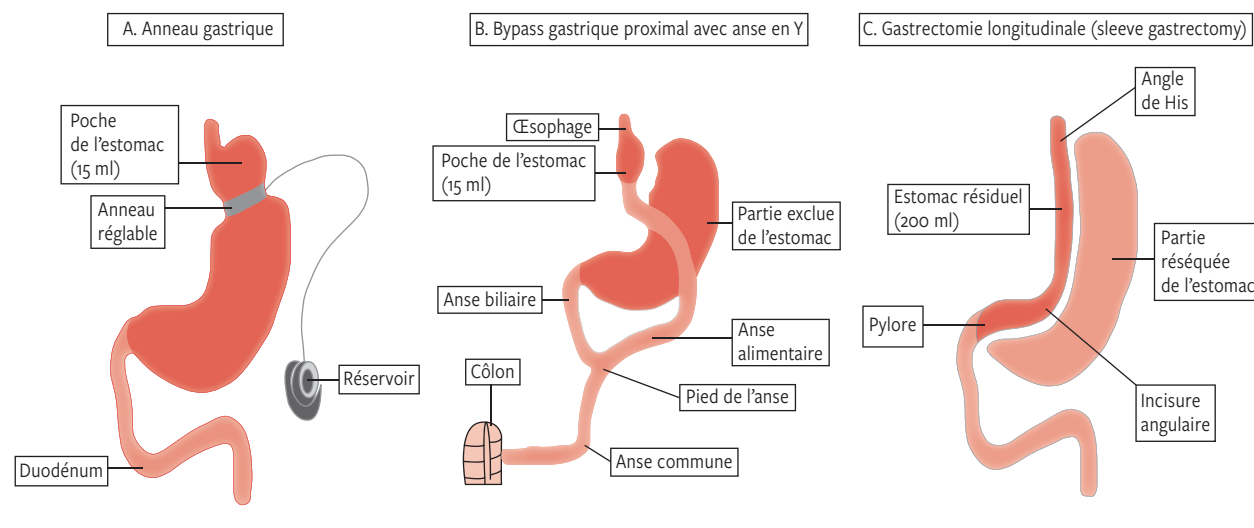
Commencez par définir de quel type de chirurgie bariatrique votre patient a bénéficié. Précisez dans quel centre, par quel chirurgien et en quelle année l'intervention a eu lieu. Demandez si l'opération a présenté des complications, spécifiez si votre patient a été suivi par une équipe bariatrique et quelle a été l'évolution de son poids avant et après l'opération. Clarifiez l'apparition des douleurs: sont-elles nouvelles, d'apparition subite, chroniques ou postprandiales? Détaillez comment évolue la satiété de votre patient ainsi que son régime alimentaire suite à l'intervention.

## QUE FAIRE LORSQU'UN PATIENT PRÉSENTE DES DOULEURS ABDOMINALES APRÈS UN CERCLAGE GASTRIQUE?

Le cerclage gastrique (**figure 1A**) (CG) représente actuellement moins de 5% des interventions réalisées en Europe,<sup>5</sup> mais il a constitué l'intervention la plus fréquente pendant bien des années auparavant. Beaucoup de patients ont encore un anneau en place aujourd'hui. L'opération consiste en la mise en place, autour de l'estomac proximal, d'un anneau ajustable qui limite la capacité de l'estomac. Le taux de complications à dix ans varie de 50 à 78%,<sup>6</sup> avec un taux de réopération de 20 à 68%.<sup>7</sup> Les complications peuvent survenir à n'importe quel moment et pendant toute la vie.

Les patients peuvent présenter des douleurs abdominales, une perte de satiété avec une reprise pondérale, une dysphagie ou un reflux. Les différentes causes sont la dilatation de la poche gastrique dans 1,6 à 18,4% des cas,<sup>7</sup> la migration intragastrique de l'anneau (0,3-2,5% des cas)<sup>8</sup> ou la dilatation de l'œsophage (4,9 et 25% des cas).<sup>7</sup> Dans ce dernier cas, le reflux est le plus souvent le premier symptôme, alors que la dysphagie

<sup>a</sup> Service de chirurgie viscérale, CHUV, et Université de Lausanne, 1011 Lausanne, <sup>b</sup> Service de chirurgie, Groupe hospitalier de l'Ouest Lémanique, 1260 Nyon, <sup>c</sup> Service de chirurgie, Hôpital Riviera-Chablais, 1860 Aigle-Monthey pierre.fournier@chuv.ch

**FIG 1** Schémas des principales opérations de chirurgie bariatrique<sup>20</sup>


est souvent tardive. Lors de l'infection du réservoir, présente dans 0,36% des cas,<sup>9</sup> il faut rechercher activement une migration de l'anneau, une déconnexion du réservoir ou une rupture du cathéter.

Lorsqu'un patient présente des douleurs abdominales aiguës après CG, il faut l'adresser à son chirurgien bariatrique ou au centre SMOB référent.<sup>10</sup> En cas d'absence de prise en charge chirurgicale rapide, il existe un risque de nécrose de la poche gastrique si l'anneau a basculé. Le diagnostic se fait par transit œso-gastro-duodéal (TOGD) ou scanner avec produit de contraste oral en fonction de la suspicion clinique. Le traitement est chirurgical dans les cas aigus.

### QUE FAIRE LORSQU'UN PATIENT PRÉSENTE DES DOULEURS ABDOMINALES APRÈS UN BYPASS GASTRIQUE?

Le bypass gastrique (**figure 1B**) consiste à créer une poche gastrique de 10 à 30 ml sur la petite courbure, séparée de l'estomac exclu, avec une anastomose gastro-jéjunale et une anse montée en Y selon Roux. Le montage présente une anastomose gastro-jéjunale et une anastomose jéuno-jéjunale, dite du pied de l'anse. Les complications à long terme du bypass gastrique requièrent une nouvelle opération chez 10 à 25% des patients.<sup>11,12</sup>

Les complications liées au RYGB sont les suivantes.

#### 1. La hernie interne

Lors du RYGB, des fenêtres dans le mésentère sont créées. Malgré leur fermeture en fin d'intervention, elles peuvent s'ouvrir avec le temps et la perte de poids. Une anse intestinale peut s'incarcérer dans ces fenêtres et créer une hernie interne. Celle-ci peut survenir n'importe quand, même des années après le bypass. Le taux de hernies internes varie de 4,4 à 16,1%.<sup>11</sup> La hernie interne est associée à des douleurs abdominales diffuses, intermittentes ou continues, souvent avec des douleurs en crampes à répétition qui peuvent durer

des mois. Le risque d'incarcération non réductible est toujours présent, avec un risque de nécrose intestinale. La clinique peut être faussement rassurante malgré la présence d'une nécrose intestinale en raison du montage du RYGB et en fonction de l'anse incarcérée. La **figure 2** montre les différentes hernies internes après RYGB.

#### Que faire?

En cas de suspicion clinique de hernie interne, il s'agit d'une urgence chirurgicale. Nous vous recommandons de référer le patient immédiatement au centre de chirurgie bariatrique où il sera vu par un spécialiste et un scanner avec produit de contraste oral sera effectué. Le scanner abdominal a une sensibilité de 85% pour détecter une hernie interne.<sup>13</sup> Il permet de voir un *swirl sign* ou *whirlpool sign*. Un scanner normal n'exclut pas une hernie interne. La prise en charge est chirurgicale.

#### 2. L'ulcère anastomotique

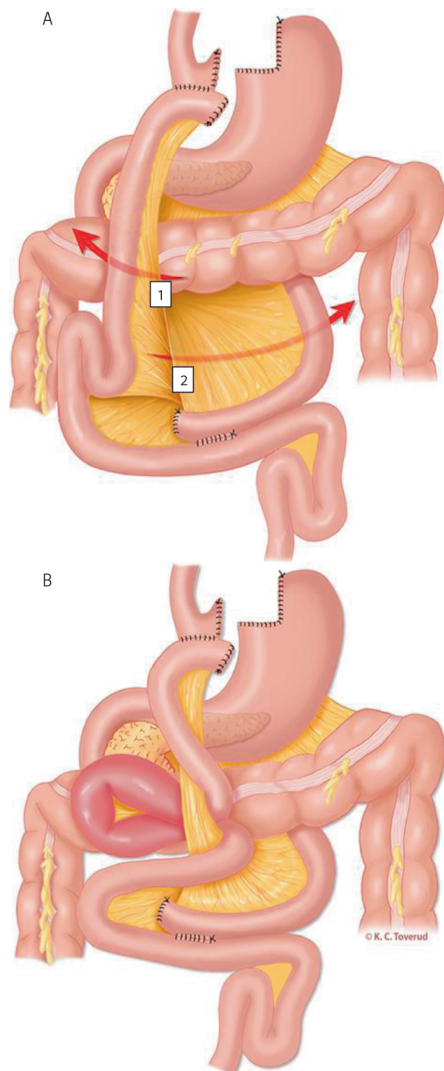
Le taux d'ulcère anastomotique varie entre 0,6% et 16%, dépendant de la définition et du screening.<sup>14</sup> Les symptômes liés à l'ulcère anastomotique gastro-jéjunale sont les brûlures d'estomac, les douleurs abdominales, des nausées, des diarrhées, un méléna, une anémie, et parfois une dysphagie. Les patients peuvent également être asymptomatiques.<sup>15</sup> Les facteurs de risque sont la prise d'AINS, de corticostéroïdes et la consommation de tabac. Le rôle éventuel de la présence d'*Helicobacter pylori* n'est pas clair.<sup>14</sup> Une large poche gastrique créant plus d'acidité est un facteur de risque d'ulcère anastomotique.

#### Que faire?

Un patient présentant des douleurs abdominales compatibles avec un ulcère anastomotique doit être référé au centre de chirurgie bariatrique. Il doit être mis au bénéfice d'un traitement d'inhibiteurs de la pompe à protons et bénéficier rapidement d'une gastroscopie. Il faut éradiquer les facteurs de risque que sont les AINS, le tabagisme et *Helicobacter pylori*.

**FIG 2** Hernies internes après bypass gastrique avec anse en Y selon Roux

1. Fenêtre de Petersen; 2. Fenêtre mésentérique jéjuno-jéjunale.



### 3. L'intussusception

L'intussusception est une cause rare d'occlusion intestinale après RYGB (0,07 à 0,6% des cas).<sup>16</sup> Elle est principalement rétrograde et proche de l'anastomose du pied de l'anse jéjuno-jéjunale. L'intussusception peut survenir à n'importe quel moment après la chirurgie. Elle est plus fréquente chez les malades qui ont perdu beaucoup de poids. En l'absence de réduction spontanée, elle peut conduire à une nécrose intestinale étendue. Les patients présentent des crampes abdominales intermittentes avec nausées ou vomissements depuis quelques heures à quelques mois, correspondant à des obstructions transitoires de résolution spontanée, ou des douleurs constantes en cas de menace intestinale.

#### Que faire?

Le diagnostic de l'intussusception est difficile car il n'y a souvent pas de signe clinique de péritonite. Nous vous recommandons de référer le patient au centre de chirurgie bariatrique. Le diagnostic se pose à l'aide d'un scanner abdo-

minal qui montre une image en cocarde. Le diagnostic précoce est important pour éviter une ischémie mésentérique et une nécrose intestinale. Le traitement est chirurgical si le patient est symptomatique.

### 4. Le syndrome du candy cane

Il s'agit d'une dilatation progressive du segment intestinal borgne en aval de l'anastomose gastro-jéjunale. Les aliments peuvent s'y accumuler et créer des douleurs postprandiales épigastriques, des nausées ou un reflux, soulagés par les vomissements, ainsi qu'une halitose. Une longueur excessive de l'anse borgne afférente avec des douleurs postprandiales soulagées par les vomissements forment le syndrome du candy cane.<sup>17</sup>

#### Que faire?

Le diagnostic se fait par un TOGD, une gastroscopie ou un gastro-scan. Le traitement est chirurgical.

### QUE FAIRE LORSQU'UN PATIENT PRÉSENTE DES DOULEURS ABDOMINALES APRÈS UNE GASTRECTOMIE LONGITUDINALE?

La SG (figure 1C) est une intervention irréversible. Elle consiste en la résection de la plus grande partie de l'estomac, ne laissant qu'un tube étroit le long de la petite courbure gastrique créant un effet de restriction. L'intervention diminue la sécrétion de ghréline, l'hormone de la faim. La SG, acceptée comme intervention bariatrique isolée depuis 2009, n'est pas standardisée (taille de la poche variant de 150 à 250 ml, distance du début de la résection par rapport au pylore).

Si un patient présente des douleurs abdominales dans les premiers jours postopératoires après SG, il faut le référer en urgence à son chirurgien.

Les complications précoces sont le saignement sur la ligne d'agrafes, la fistule, la sténose ou le twist gastrique.

Les douleurs abdominales tardives après SG doivent faire suspecter un reflux gastro-œsophagien (RGO) qui s'explique par la conservation du pylore qui augmente la pression dans l'estomac tubulisé.<sup>18</sup> Après SG, il y a 10 à 30% de nouveaux RGO et une augmentation de 19% des symptômes liés au reflux. Il n'y a pas de corrélation entre les symptômes du patient avec la prévalence de RGO, d'œsophagite ou d'œsophage de Barrett.<sup>19</sup> Un suivi endoscopique régulier est par conséquent primordial chez ces patients, bien qu'il n'y ait actuellement pas de consensus sur la fréquence des examens. Nous proposons d'effectuer une gastroscopie à un an puis à cinq ans après l'opération si la gastroscopie à un an est normale. Un reflux sévère après SG peut nécessiter une conversion en bypass gastrique.

### AUTRES DOULEURS ABDOMINALES

Après chirurgie bariatrique, les patients peuvent également présenter des douleurs abdominales sur des pathologies plus communes: hernie incisionnelle, lithiase vésiculaire, iléus

mécanique sur bride, appendicite, colique néphrétique et autres. Il est important de penser aux autres diagnostics qui ne se limitent pas à la chirurgie bariatrique, car la plupart des douleurs abdominales après chirurgie bariatrique n'ont rien à faire avec l'opération effectuée. Malgré cela, il est essentiel de ne pas rater les quelques complications potentiellement gravissimes décrites plus haut.

## CONCLUSION

Les patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique présentent parfois des douleurs abdominales. Ces dernières dans la plupart des cas ne seront pas en relation avec l'opération pratiquée, mais elles peuvent l'être. Dans ces cas, les risques de complications sévères en l'absence de prise en charge adéquate et rapide sont importants. Les médecins de premier recours peuvent en tout temps adresser leur patient au centre bariatrique référent, et doivent le faire en urgence s'ils ont des raisons de suspecter une complication potentiellement grave.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le nombre de chirurgies bariatriques a plus que triplé au cours des dix dernières années en Suisse, et cette problématique sera de plus en plus fréquente dans les années futures
- Les patients après chirurgie bariatrique peuvent toutefois présenter des pathologies plus communes telles qu'une appendicite, une colique néphrétique ou une lithiase vésiculaire. Ces diagnostics ne doivent pas être écartés et la prise en charge n'est pas différente de celle des autres malades
- Les douleurs abdominales après chirurgie bariatrique ont un nombre de diagnostics différentiels importants. Certaines pathologies peuvent être diagnostiquées à l'aide de gastroscopie, TOGD et scanner
- La laparoscopie exploratrice permet de trouver un diagnostic chez des patients avec des endoscopies et des scanners sans particularité

1 \*Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and metabolic disorders (SMOB) Guidelines. Available at: [www.smob.ch/fr/component/jdownloads/send/1-root/65-smob-bariatrie-ch-2001-2016](http://www.smob.ch/fr/component/jdownloads/send/1-root/65-smob-bariatrie-ch-2001-2016)

2 Wheeler E, Prettyman A, Lenhard MJ, et al. Adherence to outpatient program postoperative appointments after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2008;4:515-20.

3 Aarts MA, Sivapalan N, Nikzad S, et al. Optimizing bariatric surgery multidisciplinary follow-up: a focus on patient-centered care. *Obes Surg* 2017; 27:730-6.

4 Hirpara DH, Cleghorn MC, Kwong J, et al. Perception and awareness of bariatric surgery in Canada: a national survey of general surgeons. *Obes Surg* 2016;26:1799-805.

5 Pierick AS, Coblijn UK, De Raaff CAL, et al. Unexplained abdominal pain in morbidly obese patients after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2017;13:1743-51.

6 \*Himpens J, Dobbelaire J, Peeters G. Long-term results of laparoscopic Sleeve gastrectomy for obesity. *Ann Surg* 2010;252:319-24.

7 \*\* Vinzens F, Kilchenmann A, Zumstein V, et al. Long-term outcome of laparoscopic adjustable gastric banding (LAGB): results of a Swiss single-center study of 405 patients with up to 18 years' follow-up. *Surg Obes Relat Dis* 2017;13:1313-9.

8 Brown WA, Egberts KJ, Franke-Richard D, et al. Erosions after laparoscopic adjustable gastric banding. *Ann Surg* 2013;257:1047-52.

9 Chapman A, Kiroff G, Game P, et al. Laparoscopic adjustable gastric banding in the treatment of obesity: a systematic literature review. *Surgery* 2004;135:326-51. Available at: [www.smob.ch/fr/component/jdownloads/send/1-root/78-zentrumsliste-ab-01-11-2018](http://www.smob.ch/fr/component/jdownloads/send/1-root/78-zentrumsliste-ab-01-11-2018)

11 \*Duvoisin C, Favre L, Allemann P, et al. Roux-en-Y gastric bypass: ten-year results in a cohort of 658 patients. *Ann*

*Surg* 2018;268:1019-25.

12 Higa K, Ho T, Tercero F, Yunus T, Boone KB. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: 10 - year follow-up. *Surg Obes Relat Dis* 2011;7:516-25.

13 \*\*Stenberg E, Szabo E, Ottoson J, Marsk R, et al. Closure of mesenteric defects in laparoscopic gastric bypass: a multicentre, randomized, parallel, open-label trial. *Lancet* 2016;387:1397-404.

14 Rasmussen JJ, Fuller W, Ali MR. Marginal ulceration after laparoscopic gastric bypass: an analysis of predisposing factors in 260 patients. *Surg Endosc* 2007;21:1090-4.

15 Dallal RM, Bailey LA. Ulcer disease after gastric bypass surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2006;2:455-9.

16 Machado A, Carvalho M, Caravana J. Laparoscopic intussusception after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2018;14:1916-8.

17 Singla S, Guenthart BA, May L, Gau-

ghan J, Meilahn JE. Intussusception after laparoscopic gastric bypass surgery: an underrecognized complication. *Minim Invasive Surg* 2012, Article 464853.

18 Mion F, Tolone S, Garros A, et al. High-resolution impedance manometry after sleeve gastrectomy: increased intragastric pressure and reflux are frequent events. *Obes Surg* 2016;26:2449-56.

19 Yeung KTD, Penney N, Ashrafian L, Darzi A, Ashrafian H. Does sleeve gastrectomy expose the distal oesophagus to severe reflux? *Ann Surg* 2019, epub ahead of print.

20 Suter M, Giusti V. Chirurgie bariatrique en 2013, principes, avantages et inconvénients des interventions à disposition. *Rev Med Suisse* 2013;9:658-63.

\* à lire

\*\* à lire absolument