

# Endoscopie digestive haute après pose d'anneau périgastrique ajustable (AGA)

## Upper digestive endoscopy after Gastric banding

JG Brun [1], Ph Bulois [2], F Castex [2]

1. 22, avenue de Versailles, 75016, Paris

2. Clinique du Croisé-Laroche, 199 Rue Rianderie, 59700, Marcq-en-Barœul

### Mots clés

- ◆ Endoscopie digestive
- ◆ Fibroscopie haute
- ◆ Anneaux périgastriques
- ◆ Erosions gastriques

### Résumé

Une fibroscopie œsophagienne peut être utilement réalisée : d'une part, immédiatement après la pose d'un AGA, sous œlioscopie sur table opératoire même, avant le réveil du patient, en vérifiant ainsi la mise en place correcte du DMI (dispositif médical implanté), cette vérification endoscopique sécurisant une sortie dans le cadre d'une éventuelle chirurgie ambulatoire ; d'autre part, à distance, en dépistant une érosion chronique - déjà suspectée sur des signes cliniques et radiologiques - laissant alors espérer une extraction endoscopique de l'AGA migré.

Sur 722 cas d'AGA, posés sous œlioscopie, en presque 10 ans jusqu'en 2009, une endoscopie haute a été réalisée quasi-systématiquement (650 fois) par l'opérateur lui-même. Ainsi, ont pu être dépistées : immédiatement 9 érosions aiguës, conduisant au retrait immédiat de l'AGA, sans aucun drainage et aux suites opératoires rapides et très simples ; à distance, 12 érosions chroniques, traitées dans un premier temps, par retrait sous œlioscopie associé à un drainage au contact, aux suites digestives, voire pleurales, régulièrement houleuses (sauf dans un cas où l'obturation efficace de la fistule avait été possible techniquement) et, dans un second temps (à partir de 2008), par extraction endoscopique avec des suites rapides et constamment simples (Vidéo).

### Keywords

- ◆ Digestive endoscopy
- ◆ Gastric fibroscopy
- ◆ Gastric banding
- ◆ Digestive ulcerations

### Abstract

An upper digestive endoscopy may be very useful, and can be done: as soon as possible, after the procedure of gastric banding and if successfully authorizing a 1 day surgery...; later, if a chronic ulceration is suspected and then seen and treated by an endoscopic extraction.

In relation to 722 cases under video procedure of gastric banding a routinely upper endoscopy was performed, in most cases by the surgeon himself.

Thereby we have detected: 9 acute ulcerations, with immediate removal of the gastric banding, with a quite very good follow up and 12 chronic ulcerations, treated: in a first time, by surgical video removal, with all very bad follow up and severe digestive and pleural complications; furthermore, by endoscopic removal with a contrariwise very good and rapid evolution (Video).

Au cours, d'un peu moins de 10 ans (2001-2009) d'exercice de la chirurgie bariatrique, en Île-de-France, mi-hospitalier public salarié - mi-privé libéral, 722 AGA ont été posés, sous œlioscopie, par le même chirurgien (JG Brun), selon les critères habituels édicté par la HAS (1).

La plupart de ces A.G.A ont été vérifiés par fibroscopies, entre les mains du même opérateur, qui rapporte ici le fruit de cette expérience.

## Fibroscopie immédiate : technique et indications

### Technique

L'intubation endoscopique sur un patient encore anesthésié (donc très hypotonique), en décubitus dorsal strict au bloc opératoire (et non en décubitus latéral gauche comme en gastro-entérologie), donc encore porteur du tube trachéal, nécessite des précautions qui sont volontiers prodiguées par les cardiologues réalisant des écho-endoscopies trans-

œsophagiennes. Il faut notamment luxer la mandibule en avant et même parfois tracter tout le bloc cartilagineo-musculaire pharyngé en avant, afin « d'ouvrir » la filière oro-œsophagienne à l'endoscope. Des perforations hautes doivent toujours être notre hantise, car elles ont un pronostic redoutable. Cette description correspond à une voie d'abord de l'estomac qui est en cours de développement (notamment à l'IRCAD de Strasbourg) et qui peut exiger le passage de tubes de plus de 9 mm de diamètre (fibroscopie) atteignant et dépassant même celui des coloscopes (12 mm) ! D'où l'intérêt pour le chirurgien digestif de s'approprier, dès à présent, la technique de l'intubation œsophagienne.

### Correspondance :

JG Brun

22, avenue de Versailles, 75016, Paris

E-mail : [jg.brun@ch-gueret.fr](mailto:jg.brun@ch-gueret.fr)

## Indications

Cet enchaînement, pour le moins insolite, d'une endoscopie per-opératoire finale a donc été pratiqué 650 fois, immédiatement la pose effectuée du dispositif médical implanté (DMI).

L'intérêt de réaliser ce contrôle peropératoire, trocarts encore en place... est, à notre avis :

- la vérification du caractère extraluminal strict, tout au long du cheminement périviscéral du DMI, signant formellement l'absence de toute érosion aiguë ;
- et donc, la facilitation d'une éventuelle autorisation de sortie ambulatoire ! Or, nous avons appris, ici même, par la communication de C. Vons qu'en matière de pose d'AGA sous cœlioscopie une sortie pouvait être licitement envisagée dès 2 heures après le réveil !

Sachant qu'au moindre doute d'ulcération muqueuse, l'instillation via les trocarts d'un peu de sérum autour du cardia pourrait objectiver parfois un signe indirect de perforation gastrique, sous la forme d'un éventuel bullage dans le champ opératoire, alors déclenché par l'insufflation gastrique permanente inhérente à l'endoscopie.

C'est ainsi, que neuf érosions aiguës ont été découvertes. C'est 0,12 %, donc peu, mais sûrement neuf craintes de recours en moins pour l'opérateur...

La conduite consiste évidemment dans le retrait immédiat de l'AGA, via les trocarts toujours en place. Un drainage abdominal n'est même plus associé dans notre pratique.

## Fibroscopie de contrôle à long terme

### Indication

L'érosion est plutôt asymptomatique (2).

La fibroscopie est parfois réalisée par un gastro-entérologue (Bulois, Castex), le plus souvent à la demande d'un médecin traitant.

Elle peut être le fait de l'opérateur lui-même qui, lors du suivi régulier des AGA cliniquement et radiologiquement (par TOGD baryté), constate deux signes essentiels, un clinique et un radiologique :

- une colonne barytée excentrée du point médian de DMI ;
- « ça repasse trop bien ! », « Je regressis ! ».

### Résultats

Ont été dès lors mises en évidences 13 érosions chroniques, soit une incidence de 0,18 %. Cependant, le chiffre qui doit être retenu pour cette complication à long terme des AGA s'établirait plutôt à 3,2 % (1, 2).

## Extraction endoscopique de l'AGA érosif

Nos premiers AGA érosifs ont été ôtés par un abord chirurgical le plus souvent cœlioscopique, comme généralement prôné (1). Or, ce qui est frappant ce sont des suites constamment houleuses, notamment marquées par des réactions infectieuses péritonéales sur le trajet de l'extraction, voire pleurales par contiguïté. En effet, on ouvre ainsi deux brèches le plus souvent impossible à suturer et qui restent donc béantes même si plus ou moins drainées.

C'est ainsi que, depuis 2008, une tentative d'extraction endoscopique de l'AGA érosif a été systématiquement privilégiée, dans chacune de nos équipes, car les suites sont beaucoup plus simples et rapides.

Une endoscopie d'évaluation doit cependant précéder la tentative d'extraction, pour s'assurer notamment que la portion

endoluminale de l'AGA érosif est suffisamment sortie dans la cavité gastrique. En effet, elle devra être contournée (puis serrée et enfin sectionnée) par un fil d'acier, qui ne peut être placé par voie endoscopique que s'il y a un espace suffisant entre la paroi gastrique et la partie migrée de l'AGA.

Nous sommes même secondairement convenus que le fibroscope doit pouvoir passer entre AGA et paroi pour autoriser une extraction « en sécurité ».

Sachant que le traitement d'une érosion d'AGA ne représente, a priori, pas une urgence, il peut y avoir parfois une opportunité à attendre que la migration endoluminale progresse encore un peu plus dans la cavité gastrique (video).

## Résultats

Sur une douzaine de cas, émanant de nos deux équipes, il y a eu trois échecs d'extraction endoscopique :

- un très récent lié à une migration immédiatement sous cardia, sans espace, résolu par cœlioscopie (après échec des manœuvres endoscopiques) ;
- un avec un anneau entièrement migré trouvé « tout entier » dans la cavité, qu'il a donc fallu fragmenter, mais se révélant ensuite impossible à retirer en raison d'un rétrécissement du bas œsophage sus jacent d'origine inconnue ;
- un pour lequel le passage insuffisant entre paroi et AGA a incité à mobiliser le DMI dans la cavité gastrique pour tenter d'accroître l'espace disponible, déclenchant une péritonite et obligeant à intervenir chirurgicalement.

## Conclusions

Au-delà, de ce petit point technique, concernant un champ vraiment très étroit de la pathologie postopératoire de l'obésité morbide ayant bénéficié de la pose d'un AGA, je voulais vous communiquer ici tout le fruit de ma réflexion personnelle sur l'intérêt pour un chirurgien digestif d'avoir pu acquérir la pratique de l'endoscopie digestive haute.

## Discussion en séance

Commentaire de Fr Richard

Je félicite l'orateur et confirme l'intérêt de l'ablation endoscopique du matériel prothétique après érosion intracavitaire, évitant toute dissection de l'organe en cause et favorisant ainsi la cicatrisation des orifices fistuleux. Ces techniques sont largement utilisées dans certaines complications érosives en urologie en raison de l'habitude des abords endoscopiques.

Commentaire de Georges Mantion

Félicitations d'avoir rappelé l'intérêt de la maîtrise de l'endoscopie digestive interventionnelle par le chirurgien, en particulier dans ce type d'indications.

Il est également important de rappeler la faible morbidité de l'extraction de ce type de corps étranger (DMI) par voie endoscopique plutôt que par voie intrapéritonéale y compris par cœlioscopie.

## Références

1. HAS. Recommandations de bonne pratique. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Interventions initiales - Réinterventions. Argumentaire. Janvier 2009.
2. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/obesite\\_-\\_prise\\_en\\_charge\\_chirurgicale\\_chez\\_ladulte\\_-\\_argumentaire.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte_-_argumentaire.pdf)
3. Arapis K, Chosidow D, Lehmann M, Bado A, Polanco M, et al. Long-term results of adjustable gastric banding in a cohort of 186 super-obese patients with a BMI  $\geq$  50 kg/m<sup>2</sup>. J Visc Surg 2012 ; 149 : e143-52.

## Légende Video

Vidéo (4 min 30). Extraction endoscopique d'un AGA érosif (équipe lilloise, Drs Ph Bulois et F Castex gastro-entérologues).

Le matériel (distribué par le Laboratoire ALLERGAN USA et la Sté DUFOUR MEDICAL Fr) est restérilisable (sous sachet).

Le film montre l'introduction, dans le canal opérateur du fibroscope, d'un long brin d'acier à bout mousse, qui va « cravater » dans la cavité gastrique le bras d'AGA migré. Le fibroscope secondairement enlevé, on descend alors autour des deux brins, sortis de l'orifice du cale dent, une gaine d'acier (type gaine de câbles de freins de vélo), qui est poussée par un tourniquet d'acier (placé à l'extérieur). L'action de vissage de sa poignée resserre les brins d'acier tout en expulsant la gaine sur l'AGA. Ainsi, le DMI est sectionné nettement par le fil. Ce premier AGA extrait et sectionné, en 2008, au milieu de sa partie « bronzée » par le contact prolongé avec le liquide gastrique - que je vous fais circuler - le montre bien.

Lors de l'avant dernière introduction de l'endoscope, on appréhende alors l'AGA sectionné par le bout le plus approprié (pour ne pas avoir, si possible, à traverser la paroi gastrique avec le segment élargi porteur du verrou fermé) avec une pince ou un lasso. Puis, le DMI ouvert est remonté le long de l'œsophage et sorti à travers l'orifice du cale dent.

Un dernier contrôle endoscopique vérifie l'absence de saignement endoluminal significatif.

Un pneumopéritoine, parfois spectaculaire, demeure régulièrement sans aucune conséquence, car très vite résolutif.