

La duodéno-ileostomie versus la gastro-ileostomie magnetique avec aimants lineaires post sleeve gastrectomie.

Michel GAGNER

Résumé

Les anastomoses conventionnelles peuvent causer des saignements ou des fuites/fistules. L'utilisation d'aimants linéaires produisant des anastomoses digestives par compression lente, de façon retardée, est proposé. Pour une duodéno-ileostomie magnetique, le premier aimant linéaire de 30 ou 40 mm est place dans l'iléon par endoscopie et laparoscopie. Le deuxième aimant est placé par gastroscopie dans la première partie duodenale, 2 cm post-pylorique, sans enterotomies. Ces deux aimants sont mis en contact, pour une duodéno-iléostomie ante-colique. La laparoscopie permet de mesurer une distance de 250 cm, de la valvule iléo-cæcale, de s'assurer qu'aucun autre tissu ne s'interpose, puis on ferme l'espace mésentérique.

Dans le cas d'une gastro-ileostomie magnetique, le premiere aimant lineaire de 80mm est place en trans-pylorique par l'endoscope sous sedation. Le deuxième aimant est placé par gastroscopie dans la partie antrale, 2 cm pre-pylorique, sans enterotomies ou gastrotomies. Il est glisse vers l'iléon distal a 250cm. Ces deux aimants sont mis en contact, pour une gastro-iléostomie ante-colique. La laparoscopie permet de mesurer une distance de 250 cm, de la valvule iléo-cæcale, de s'assurer qu'aucun autre tissu ne s'interpose, puis on ferme l'espace mésentérique.

L'anastomose par compression permet une anastomose lente retardée, sans entérotomies. Il y a donc une diminution des risques de saignements et/ou de fuites et fistules. Avec l'anastomose latéro-latérale, il faut rajouter certains avantages comme sa réversibilité, la bipartition permet une duodéno-scopie de type CPRE éventuelle pour des lithiases ou autres pathologies bilio-pancréatiques, ainsi qu' une meilleure absorption des minéraux et vitamines.

Mots clés

- Chirurgie magnetique
- aimants
- duodeno-ileostomie
- gastro-ileostomie
- Obésité
- diabete de type-2