



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CORRESPONDANCE

Hernie de Petersen après mini-bypass gastrique*

Petersen's hernia after mini (one anastomosis) gastric bypass

Mots clés Mini-bypass gastrique ; Une anastomose bypass gastrique ; Simple anastomose bypass gastrique ; Oméga boucle gastrique bypass ; Hernie interne ; Hernie Petersen ; Espace de Petersen

Keywords Mini-gastric bypass; One anastomosis gastric bypass; Single anastomosis gastric bypass; Omega loop gastric bypass; Internal hernia; Petersen's hernia; Petersen's space

Nous avons lu avec intérêt l'article sur la hernie de Petersen après mini-bypass gastrique [1] publié dans votre revue renommée. Selon les auteurs, leur observation d'un cas de hernie interne par le trou de Petersen pourrait suggérer l'utilité d'une recommandation de fermeture systématique des espaces de Petersen. Cette question est largement débattue par les chirurgiens des centres réalisant le mini-bypass gastrique comme intervention courante. Il nous semble important de partager nos opinions à ce sujet avec les lecteurs du *Journal de chirurgie viscérale*.

D'abord, nous remercions les auteurs d'avoir attiré notre attention sur ce problème car il s'agit d'une complication sérieuse demandant une réflexion approfondie. À notre connaissance, il n'existe qu'un seul autre article dans la littérature rapportant un cas de hernie de Petersen sur mini-bypass gastrique [2]. Cela est significatif considérant les milliers de cas publiés de cette intervention [3,4]. Par ailleurs, nous avons nous-mêmes connaissance de quatre autres cas non publiés de hernie de Petersen sur mini-bypass gastrique. Selon nos estimations, plus de 30 000 de ces interventions ont été réalisées à ce jour. Grosso modo, cela donne une incidence de l'ordre de 2 sur 10 000 cas publiés et de 6 sur 30 000 cas publiés et non publiés, soit une incidence globale de l'ordre de 1 sur 5000. Cette faible incidence pourrait expliquer l'absence d'observation de hernie de Petersen dans les grandes séries de mini-bypass gastrique [3,4]. Nous pensons que l'allongement de la poche, combinée à un grand espace de Petersen, contribue à réduire le risque de hernie de Petersen après mini-bypass gastrique.

Étant donné la rareté de cette situation, nous ne pouvons pas proposer à ce stade une fermeture systématique de l'espace de Petersen après mini-bypass gastrique. Par ailleurs, la fermeture peut être elle-même source de problèmes. Lors d'un bypass gastrique avec anse en Y de Roux, la fermeture du trou de Petersen se fait en général à la partie inférieure de l'espace, la partie située entre l'anse en Y et l'estomac exclu étant laissée ouverte. En réalité, ce type de fermeture, en réduisant l'étendue du trou de Petersen, pourrait même augmenter l'incidence de hernie interne, avec un risque d'infarctus massif du grêle, une possibilité connue après le bypass avec anse en Y mais pas encore rapportée après le mini-bypass. De plus, la fermeture de l'espace pourrait prédisposer aux plicatures ou même aux fuites, avec une conséquence néfaste pour la révision ou réversion éventuelle, considérée comme un des avantages importants de l'intervention. Ainsi, nous estimons qu'actuellement un essai randomisé contrôlé pour étudier la fermeture systématique des trous de Petersen après mini-bypass gastrique serait peu pratique et même éthiquement inacceptable.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Facchiano E, Iannelli A, Lucchese M. Internal hernia after mini-gastric bypass: myth or reality? *J Visc Surg* 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2016.01.003> [pii: S1878-7886(16)00004-7 (Epub ahead of print)] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26926431>.
- [2] Genser L, Carandina S, Soprani A. Petersen's internal hernia complicating a laparoscopic omega loop gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2015;11(5):e33–4.
- [3] Mahawar KK, Jennings N, Brown J, Gupta A, Balupuri S, Small PK. "Mini" gastric bypass: systematic review of a controversial procedure. *Obes Surg* 2013;23(11):1890–8.
- [4] Kular KS, Manchanda N, Rutledge R. A 6-year experience with 1054 mini-gastric bypasses-first study from Indian subcontinent. *Obes Surg* 2014;24(9):1430–5.

K. Singh Kular^a, A. Prasad^b, B. Ramana^c, S. Baig^d, M. Mahir Ozmen^e, M. Valeti^f, R. Ribeiro^g, M. De Luca^h, J. Apersⁱ, K. Kumar Mahawar^{j,*}

^a Kular Hospital, Bija, Punjab, Inde

^b Department of Surgery, Apollo Indraprastha Hospital, New Delhi, Inde

^c Bariatrics and Metabolism Initiative (BMI), Belle Vue Clinic, Kolkata, Inde

^d Bellevue Clinic, Kolkata, Inde

^e Department of Surgery, Hacettepe University, Medical School, Ankara, Turquie

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2016.05.010>.

* Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

- ^f *Asian Bariatrics, Hyderabad, Inde*
- ^g *Bariatric and Metabolic Unit, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisbon, Portugal*
- ^h *Department of Surgery, Montebelluna Treviso Hospital, Italie*
- ⁱ *Department of Bariatric & Metabolic surgery, Franciscus Gasthuis, Rotterdam, Pays-Bas*
- ^j *Bariatric Unit, Sunderland Royal Hospital, Sunderland SR4 7TP, Royaume-Uni*

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : kamal.mahawar@hotmail.com

(K. Kumar Mahawar)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jchirv.2016.03.015>

1878-786X/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.