

Le Pont de la Petite Courbure : Technique de la Gastrojéjunostomie avec Partition Gastrique (GJ-PG)

N. LALLOUTI, M. BELKACEM RAMOUL, T. MERABTI, B. LAZIZI, K N. LARDJANE, R. KEDJEM, A. DJADJOUA, R. BOUZOUAGH, C. BOUZID

Centre de Lutte Contre le Cancer Draa Ben Khedda, Service de Chirurgie Oncologique, Université Mouloud Mammeri, Tizi Ouzou, Algérie
Email : nasdoc85@hotmail.fr

RÉSUMÉ

La gastrojéjunostomie avec partition gastrique (PG-GJ), ou stomach-partitioning gastrojejunostomy (SPGJ), est une technique de dérivation palliative de l'obstruction gastrique maligne (OGM). Elle repose sur une division incomplète de l'estomac, associant une anastomose gastro-jéjunale proximale et la préservation d'un pont étroit le long de la petite courbure. Ce pont constitue la clé de l'exclusion fonctionnelle de l'antrum tumoral tout en assurant le drainage des sécrétions bilio-pancréatiques et le maintien de l'accessibilité endoscopique à l'estomac distal.

Par rapport à la gastrojéjunostomie classique (GJC), la PG-GJ réduit la vidange gastrique retardée (VGR) (3-12 % vs 27-44 %) et permet une reprise plus rapide de l'alimentation orale (4,1 vs 5,7 jours) dans les séries comparatives.

Cet article décrit de façon détaillée la technique opératoire de la PG-GJ, en insistant sur le rôle du pont de petite courbure, les paramètres de la partition, les modalités de reconstruction et les principaux pièges techniques.

Mots-clés : partition gastrique ; gastrojéjunostomie ; obstruction gastrique maligne ; vidange gastrique retardée ; chirurgie palliative.

INTRODUCTION

L'obstruction gastrique maligne (OGM) complique fréquemment les cancers gastriques distaux, les adénocarcinomes céphalopancréatiques et certaines tumeurs duodénales [1]. Elle se manifeste par vomissements postprandiaux, anorexie, dénutrition et altération majeure de la qualité de vie [2].

L'anastomose gastro-jéjunale classique (GJC) reste une option palliative classique, mais son principal écueil est la vidange gastrique retardée (VGR), observée chez 10 à 26 % des patients [5]. Cette complication prolonge l'hospitalisation, retarde la reprise alimentaire et peut compromettre l'initiation de la chimiothérapie palliative [5].

Sur le plan clinique, l'efficacité des dérivations gastriques et la tolérance alimentaire sont le plus souvent évaluées à l'aide du Gastric Outlet Obstruction Scoring System (GOOS). Ce score, gradué de 0 à 3, reflète la capacité de reprise de l'alimentation orale : GOOS 0, aucune prise orale ; GOOS 1, liquides uniquement ; GOOS 2, solides mous ; GOOS 3, alimentation normale ou pauvre en résidus [1-5].

INDICATIONS ET PRINCIPES

La PG-GJ s'adresse à des patients présentant une OGM non résécable, avec une espérance de vie estimée supérieure à deux mois et un statut de performance conservé (ECOG 0-2) [1]. Elle est particulièrement indiquée lorsque l'on souhaite :

- Une dérivation durable,
- Une reprise rapide de l'alimentation,
- Et la possibilité d'introduire ou de poursuivre une chimiothérapie systémique [4].

Le principe technique associe :

1. Une partition incomplète de l'estomac par agrafeuse linéaire, en zone saine, à 5-7 cm en amont de la tumeur ;
2. La préservation d'un pont de petite courbure d'environ 2 cm de diamètre ;
3. La réalisation d'une anastomose gastro-jéjunale latéro-latérale sur la poche gastrique proximale [1,5].

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La PG-GJ peut être réalisée par laparotomie ou par voie laparoscopique. Les étapes décrites ci-dessous s'appliquent aux deux voies d'abord, la différence portant essentiellement sur l'exposition.

Installation du patient et exploration :

Le patient est installé en décubitus dorsal. L'exploration systématique de la cavité abdominale confirme la non-résécabilité (carcinose et sa stadification PCI,

envahissement vasculaire, métastases) et l'absence d'autres obstacles distaux. L'estomac est libéré de ses adhérences éventuelles, et la tumeur antro-pylorique ou duodénale est repérée. On identifie clairement la zone de paroi gastrique saine, située 5 à 7 cm en amont de la tumeur, qui servira de siège à la partition [1].

Mobilisation du corps gastrique :

Après ouverture de l'arrière-cavité des épiploons, la grande courbure est mobilisée de la région antrale vers le corps gastrique, tout en respectant si possible l'arcade gastro-épiploïque. Une légère aspiration du contenu gastrique réduit la distension et facilite la mise en place de l'agrafeuse.

Partition gastrique :

La partition constitue le temps clé de la GJ-PG.

Mise en place de l'agrafeuse linéaire :

- Une agrafeuse de 60 mm est introduite au niveau de la grande courbure.
- L'orientation est dirigée vers la petite courbure, en veillant à garder un segment distal suffisant pour que le pont reste en tissu sain (Fig. 1A).

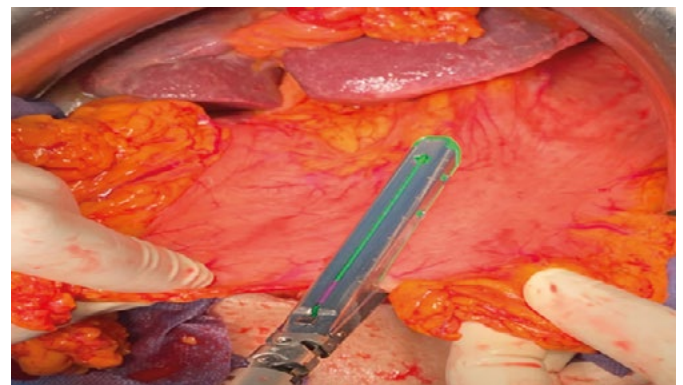


Figure A Mise en place de l'agrafeuse

Réalisation de la partition gastrique :

- L'agrafeuse est fermée puis tirée, créant une section presque complète de l'estomac de la grande vers la petite courbure (Fig. 1B).

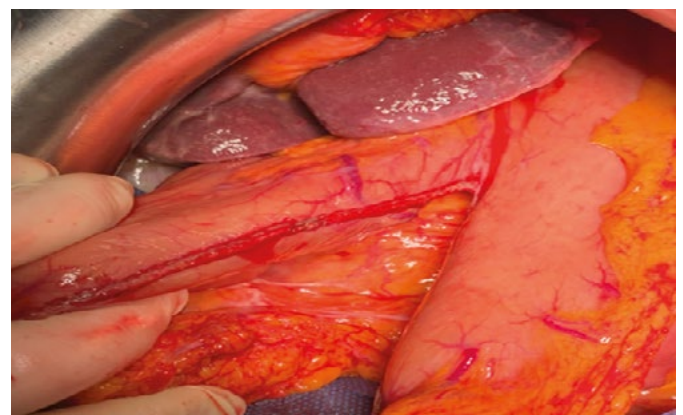


Figure B Partition gastrique

- La section est arrêtée volontairement avant d'atteindre la petite courbure, de manière à laisser un manchon de paroi intacte, futur pont de petite courbure.

Création et calibration du pont de petite courbure :

- On vérifie visuellement qu'il persiste un segment continu de paroi gastrique à la petite courbure.

- Ce pont est calibré à environ 2 cm de diamètre grâce à la bougie ou la sonde gastrique qui sert de guide (Fig. 1C).

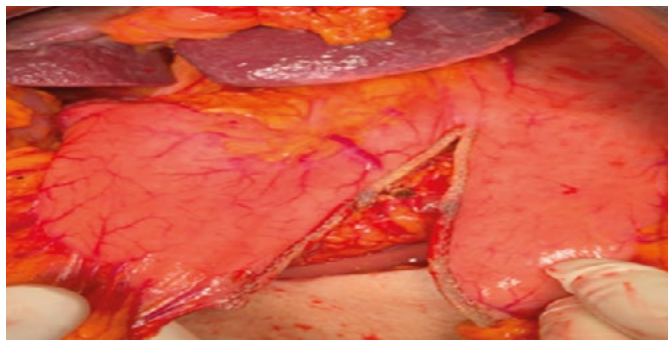


Figure C Pont sur petite courbure calibré à 2 cm

- Un pont trop large favorisera le passage d'aliments vers le segment distal tumoral ; un pont trop étroit exposerait à une mauvaise évacuation des sécrétions et à la stase [1,5].

Le résultat est une poche gastrique proximale bien vascularisée, séparée fonctionnellement de l'antrum tumoral par la ligne d'agrafage, mais reliée au segment distal par le pont de petite courbure.

Choix et préparation de l'anse jéjunale :

Une anse jéjunale est identifiée à environ 20–30 cm du ligament de Treitz. Deux options sont possibles :

- Anse en boucle (antécولية) : simple, rapide, bien tolérée ;
- Y de Roux : préférée dans certaines équipes pour limiter le reflux biliaire, mais non indispensable pour réduire la VGR [2].

L'anse choisie est montée vers la poche gastrique proximale sans tension ni torsion, ce qui est essentiel pour la sécurité de l'anastomose.

Réalisation de l'anastomose gastrojéjunale :

La GJ est latéro-latérale, entre la face postérieure de la poche gastrique et le bord antémésentérique de l'anse jéjunale.

- Une petite gastrotomie est réalisée sur la poche proximale.
- Une entérotomie correspondante est pratiquée sur l'anse jéjunale. [1-4].
- L'anastomose est réalisée soit à la pince agrafeuse linéaire ou manuellement.
- Le montage doit diriger le flux alimentaire vers l'anse jéjunale et non vers le pont : l'orientation de la GJ est donc légèrement oblique vers l'aval jéjunal (Fig. 1D).



Figure D Anastomose GJ

- Une attention particulière est portée à l'hémostase de la ligne d'agrafage gastrique et jéjunale. La fermeture pariétale est réalisée selon les standards de la chirurgie oncologique digestive.

4. POINTS TECHNIQUES CLÉS ET PIÈGES

- Section en tissu sain : la ligne d'agrafage doit être clairement en amont de la zone suspecte pour éviter la contamination tumorale de la poche proximale [1].
- Pont correctement calibré : ≈ 2 cm est un bon compromis entre drainage efficace et exclusion alimentaire ; la bougie est un outil simple et fiable [1,5].
- Orientation de la GJ : une anastomose mal orientée peut annuler le bénéfice de la PG-GJ en laissant une partie du bol alimentaire transiter vers l'antrum.
- Éviter tension et torsion : toute traction excessive sur l'anse ou le pont peut compromettre la vascularisation et favoriser fistules ou stase.
- Reconstruction en Y de Roux : utile en cas de reflux biliaire très symptomatique, mais non obligatoire de première intention [2,6].

5. CONCLUSION

La gastrojéjunostomie avec partition gastrique est une technique palliative efficace de l'obstruction gastrique maligne. La préservation et le bon calibrage du pont de petite courbure en constituent l'élément central, permettant de concilier exclusion fonctionnelle de l'antrum tumoral, drainage satisfaisant des sécrétions et bon confort alimentaire.

Les séries comparatives récentes suggèrent que la PG-GJ :

- Diminue la VGR (≈ 3–12 % vs 27–44 % après GJC) [3,5]
- Permet une reprise plus rapide de l'alimentation selon le score de Gastric Outlet Obstruction Scoring System (GOOS) 2–3 atteint plus précocement [5]
- Offre un taux de succès clinique durable, avec peu de réinterventions [3]

Chez les patients sélectionnés, la PG-GJ réduit la vidange gastrique retardée, accélère la reprise de l'alimentation orale et offre une dérivation durable, en faisant une option de choix lorsque la chirurgie palliative est indiquée [1-5].

RÉFÉRENCE

1. Kudou K, Eiji Oki, Tetsuro Kawazoe et al. Dual-Outlet Stomach-Partitioning Gastrojejunostomy for Malignant Duodenal Obstruction: A Novel Palliative Bypass Technique. Surg Case Rep. 2025.
2. Jeong S.-H. Miyeong Park, Kyung Won Seo et al. Advances in Surgical Management of Malignant Gastric Outlet Obstruction. Cancers. 2025.
3. Tran K.V, Nguyen-Phong, Hung Song Nguyen et al. Palliative procedures for malignant gastric outlet obstruction: a network meta-analysis. Endoscopy. 2024.
4. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition). Gastric Cancer. 2023.
5. Ramos M.F. K, P.Marina A. P, André Roncon et al. Gastric partitioning versus gastrojejunostomy for gastric outlet obstruction due to unresectable gastric cancer: randomized clinical trial. BJS Open. 2025.
6. Sang-Ho Jeong, Miyeong Park, Kyung Won Seo et al. Modified Devine Exclusion for Unresectable Distal Gastric Cancer in Symptomatic Patients. Case Rep Gastroenterol. 2017