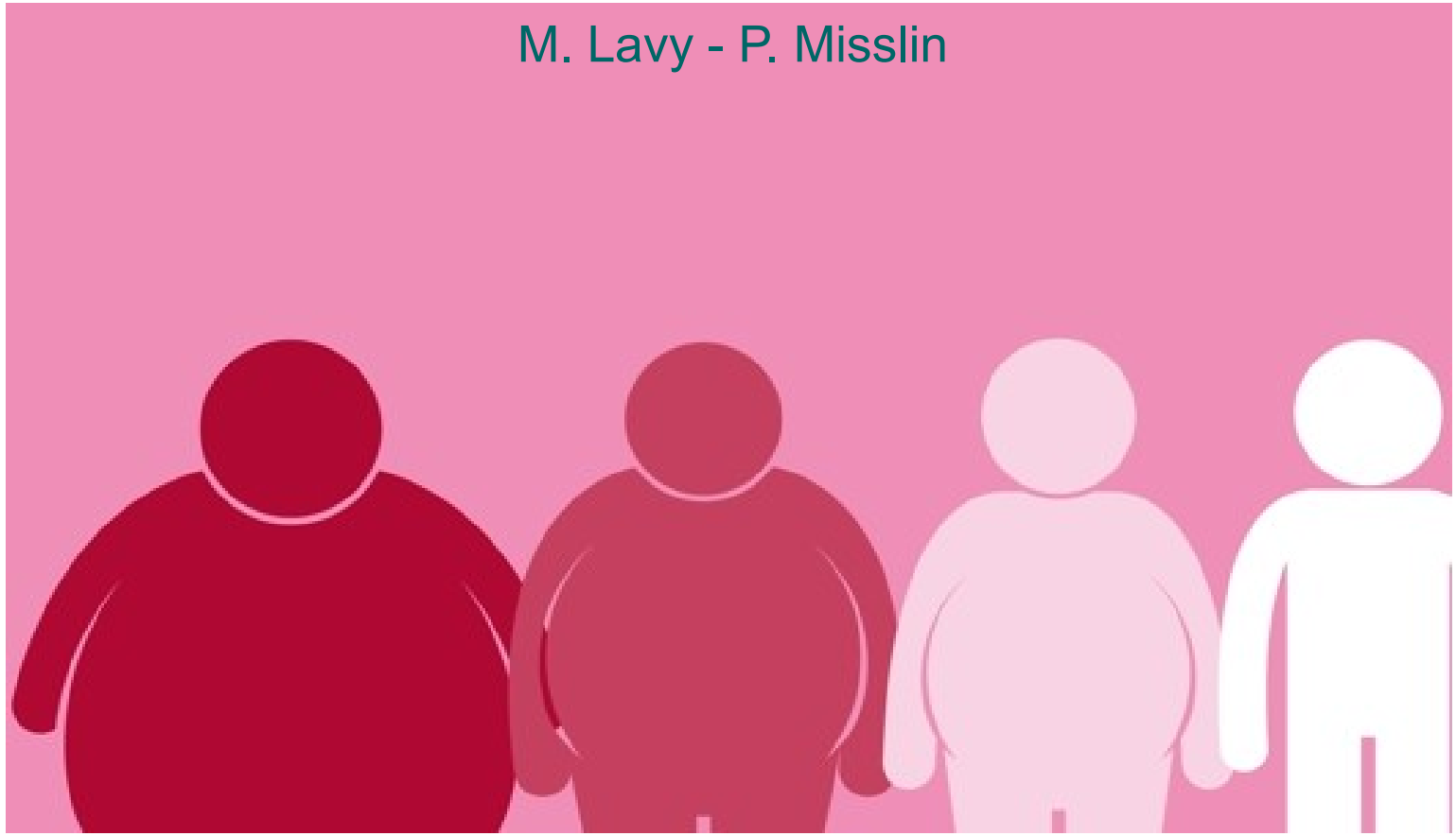
OBESITE : PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DE L'ADULTE

M. Lavy - P. Misslin



CENTRE HOSPITALIER
Saint Joseph • Saint Luc

Indice de Masse Corporel

IMC : repères

Formule (pour les adultes)
IMC = poids/taille²
Calcul automatique pour adultes
et enfants sur www.imc.fr

	Indice de masse corporelle (kg/m²)	Risque de maladies
Maigreur extrême	Moins de 16	Élevé
Maigreur	Moins de 18,5	Accru
Poids normal	18,5 à 24,9	Faible
Surpoids	25,0 à 29,9	Accru
Obésité modérée	30,0 à 34,9	Élevé
Obésité sévère	35,0 à 39,9	Très élevé
Obésité classe 3 (morbide)	40 ou plus	Extrêmement élevé

Pourquoi prendre en charge l'obésité ?

- Favorise survenue de nombreuses pathologies
  - Diabète type 2
  - Artériopathie des MI
  - Insuffisance respiratoire
  - Cancers digestifs et gynécologiques
  - Maladies cardio-vasculaires
  - Arthrose lombaire / gonalgies
- Comorbidités corrélées à l ’intensité de l ’excès pondéral

1er Objectif du traitement: diminuer la morbi-mortalité

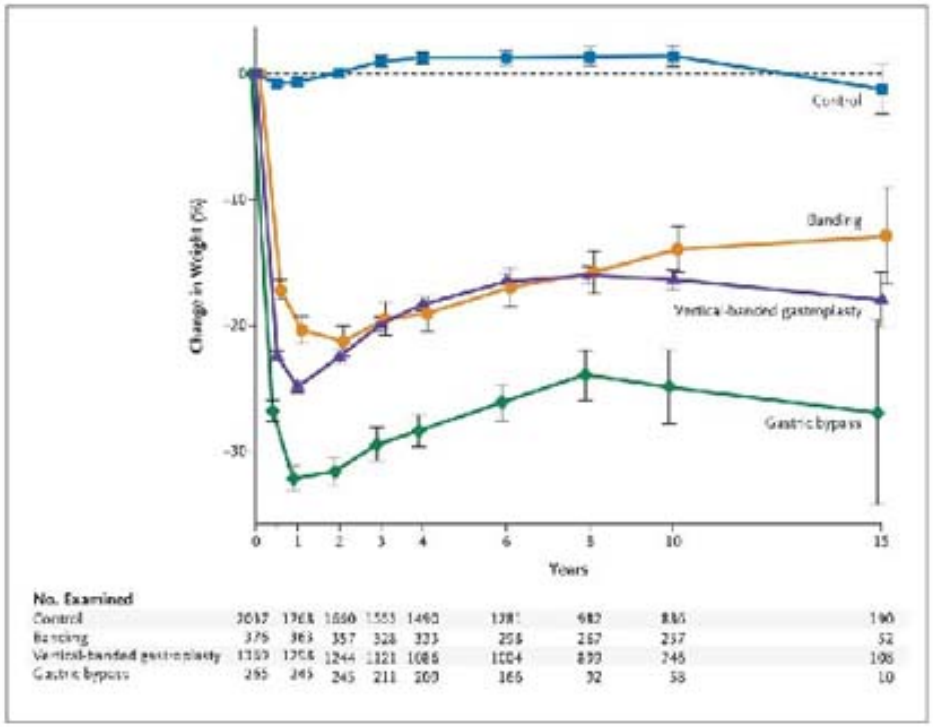
Résultats sur la mortalité :

La chirurgie = seul traitement qui a pu montrer un bénéfice sur la mortalité chez le sujet obèse

Swedish Obese Subjects study

Etude prospective sur 15 ans

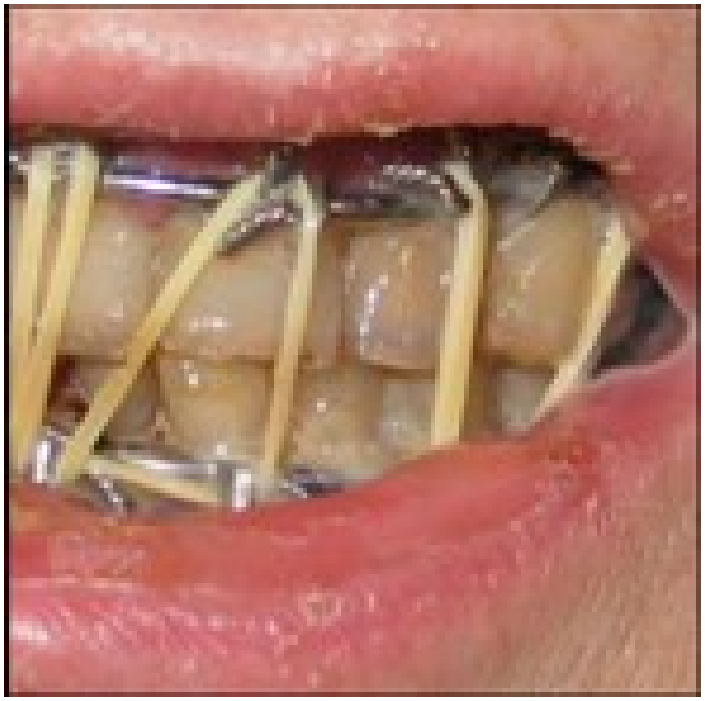
- 4047 sujets
  - Chirurgie bariatrique
  - Traitement conventionnel



Sjostrom L et al. N Engl J Med 2007;357:741-752

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Autres solutions ?



Population cible

- 12 % de français obèses
- 40.000 patients/an en France
- 1% des patients français dans 5 ans

IMC ≥ 40 kg/m² = obésité morbide

ou

IMC ≥ 35 kg/m² + au moins une comorbidité améliorable par la chirurgie :

- **HTA**
- **SAS** et autres troubles respiratoires sévères
- Désordres métaboliques sévères, en particulier **diabète de type 2**
- Maladies **ostéo-articulaires** invalidantes
- Stéatohépatite non alcoolique

- **Après échec d'un traitement médical** pendant **6-12 mois**

- Nécessité d'un **suivi médical et chirurgical à long terme**

- Age physiologique < 65 ans

Les complications post-opératoires immédiates

- Chirurgicales :
  - Fistules anastomotiques
  - Hémorragies

- Médicales : cardiologique-vasculaire, respiratoire…

- Prise en charge chirurgicale, réanimatoire, radiologique, gastro-

Recrutement

- Consultation chirurgie viscérale
  - Demande directe du patient (via le MT ou non)

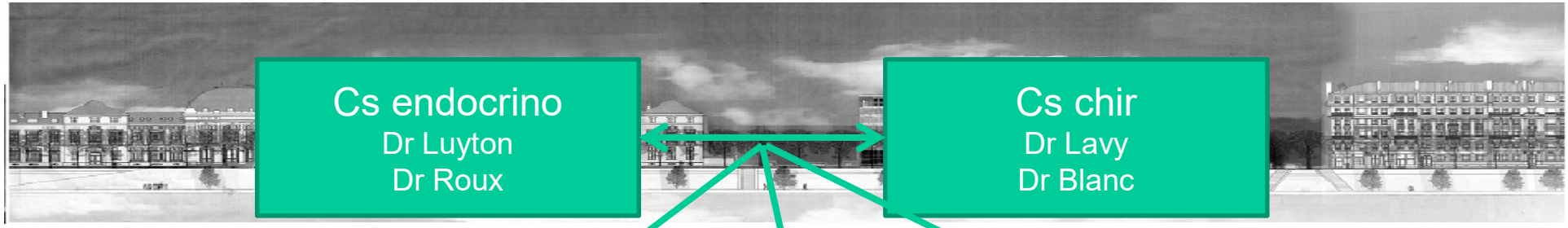
- Consultation d'endocrinologie
  - Contrôle métabolique (diabète notamment)
  - Adressé par autre spé

Avant l'intervention

- Bilan et prise en charge des comorbidités :
  - **cardio-vasculaires**
  - **Métaboliques :** diabète, NASH…
  - **Respiratoire :** SAS, tabagisme…
- Education diététique : trouble du comportement alimentaire (**TCA**)
- Education à **l'activité physique**
- Bilan **nutritionnel** et **vitaminique**
- Capacités de **mastication**
- **FOGD** + recherche d'Helicobacter pylori
- Evaluation **psychologique** et **psychiatrique**

Contre indications

- Troubles cognitifs ou mentaux sévères
- Troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire
- Incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé
- Dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites et illicites
- Absence de prise en charge médicale préalable
- Contre-indications à l'anesthésie générale.



Cs endocrino
Dr Luyton
Dr Roux

Cs chir
Dr Lavy
Dr Blanc

Hôpital de jour

Cs psychologue ou psychiatre
Mme Frenay
Dr Martinand

Cs diététicienne
Mme Guillet-Deslandes
Mme Grarre

[redacted]

RCP :
- (anneau gastrique ajustable)
- Sleeve ++
- By pass (HH, GVC, atcd anneau)

Cs chir
+
Cs anesth

Contenu de l'HDJ endoc

- Biologie :
  - NFP, Ionogramme, urée, créat, calcémie
  - Bilan hépatique, TP
  - TSH
  - Bilan lipidique
  - Microalbuminurie/créatininurie sur miction
  - Glycémie, HbA1c, HGPO (sauf si patient diabétique connu)
  - Vitamine B1, B6, B9, B12, A, D, Sélénium, Zinc, Ferritine, albumine, Acide urique
  - Testostérone totale, Œstradiol, SBP, LH, FSH, écho ovarienne (si trouble des règles)
  - Testostérone totale, SBP, LH, FSH (si trouble libido chez l'homme)
  - sérologie hépatite B et C, CPK, anticorps anti-mitochondrie/anti-LKM1/anti muscle lisse et fibrotest (si cytolyse hépatique)

- Echographie abdominale
- EFR – Gazo +/- Polysomnographie (en ambu)
- ETT + Epreuve d'effort
- Gastroscopie
- Si diabète : DTSA, FO

- Avis psychologue
- Avis diététique

Information du patient

- Les différentes techniques chirurgicales :
  - Principe
  - Bénéfices
  - Risques et inconvénients
  - Limites de la chirurgie

- Nécessité d'une **modification du comportement alimentaire** et du mode de vie

- Nécessité d'une **activité physique** régulière avant et après l'intervention

- Nécessité d'un suivi médico-chirurgical **à vie**

- Possibilité de recours à la **chirurgie réparatrice**

Evaluation psy

- Identifier les **contre-indications** psychiatriques
- Evaluer la **motivation** du patient :
  - changements comportementaux
  - suivi postopératoire à long terme
- Déterminants et conséquences psychologiques de l'obésité
- Evaluer les connaissances du patient (en matière d'obésité et de chirurgie). Le patient doit avoir les **ressources intellectuelles** suffisantes pour fournir un consentement
- Déterminer les facteurs de stress psychosociaux, la présence et la qualité du soutien sociofamilial
- Prises en charge adaptées **avant** chirurgie et d'orienter le suivi **en postopératoire**

RCP obésité

- Discussion pluridisciplinaire en prévision d'une chirurgie
- Inscription du patient à l'issu des 6 mois de prise en charge

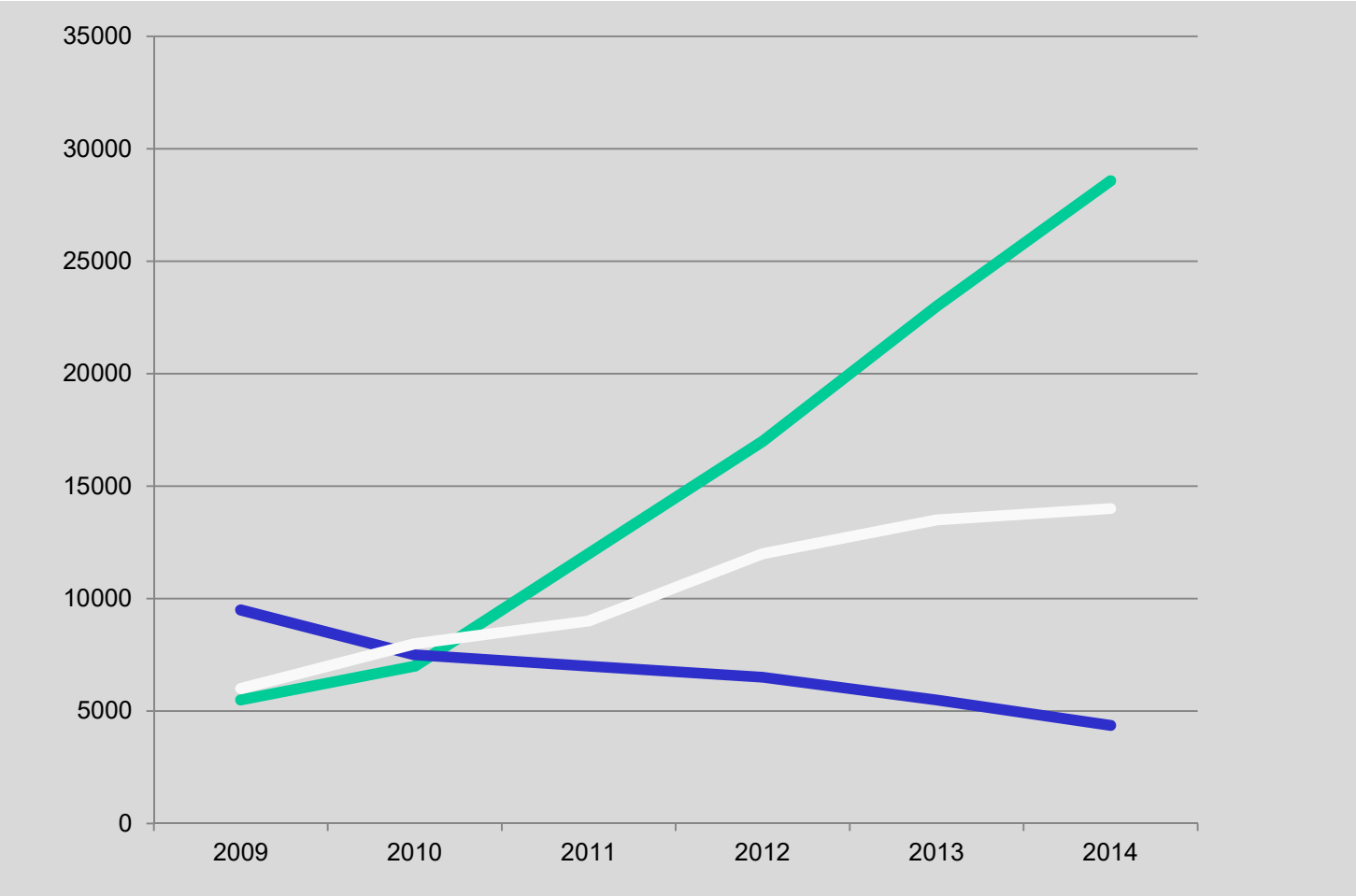
Choix de l'intervention

Table 3 Benefits and risks of each procedure according to the literature.

	AGB	GBP	SG	Reco
Objective criteria				
Low mortality	+++	+	+	B
Durable weight loss	+	++	+	A
Improvement of co-morbidities				
Early T2DM	++	+++	+++	A
Sever T2DM	±	++	+	A
Reversibility	+++	+	0	
Avoids reoperation for				
Early complications	+++	±	+	B
Late complications	±	++	+++	B
Failure (insufficient weight loss)	±	+++	+	B
Subjective criteria				
Previous abdominal surgery	++	±	+++	C
Learning speed	+++	±	++	C
Particular indications				
Adolescents*	+++	±	+	C
BMI > 50; BMI > 60	±	++	+++	C

Caiazzo et al: J Chir Visc 2013

Evolution des actes



Sleeve

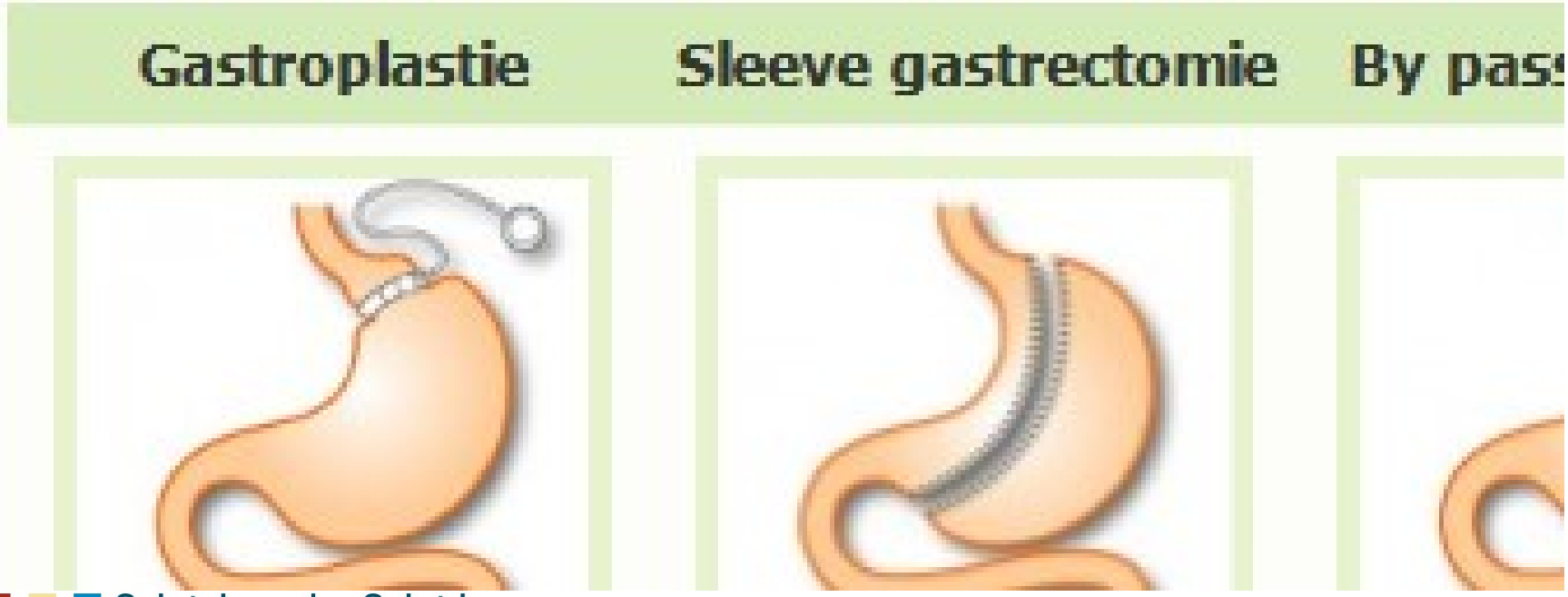
GBP

Anneau

CENTRE HOSPITALIER
Saint Joseph • Saint Luc

Chirurgies

- Restrictive
  - Anneau
  - Sleeve
- Malabsorptive
  - By pass



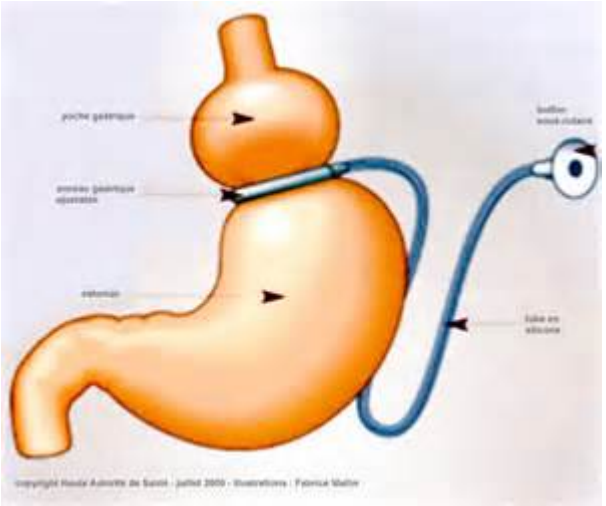
Installation en salle

- cœlioscopie
- insufflation à l'aiguille de Veress

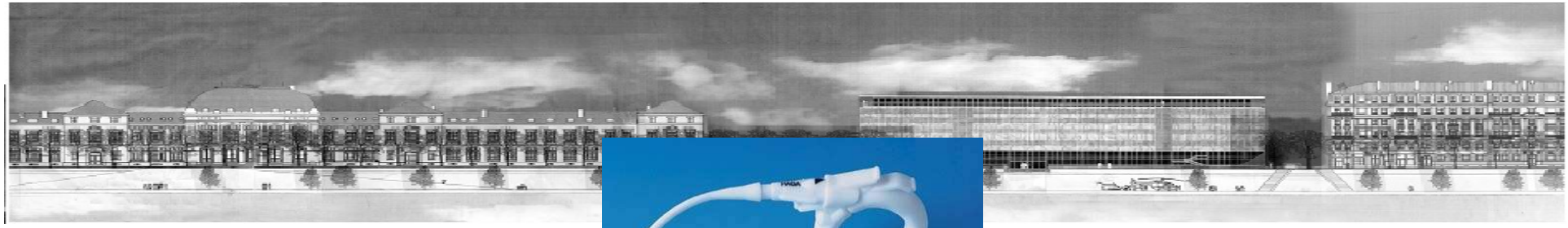
GVC

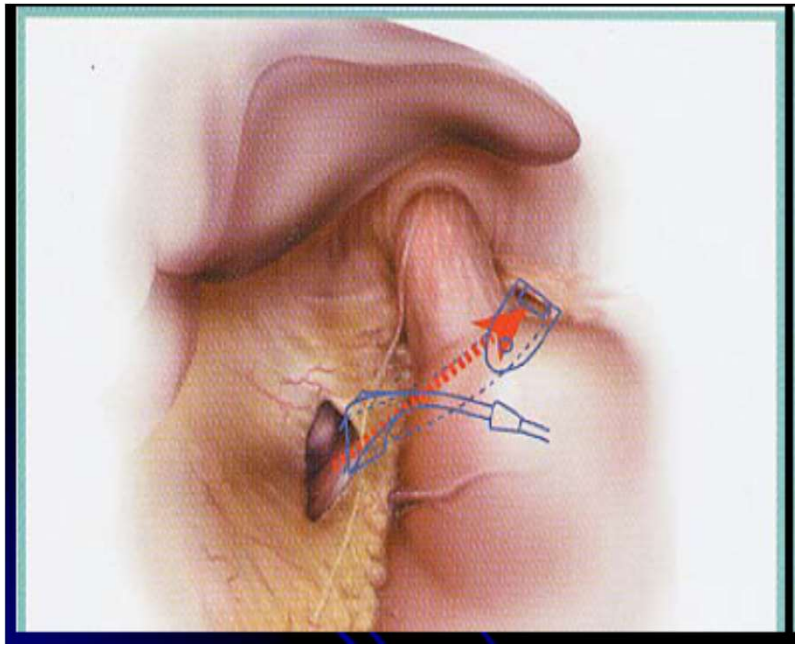
- Gastroplastie Verticale Calibrée
- Technique abandonnée
  - Moins efficace
    - Reperméabilisation des agrafes
  - Morbidité plus importante

Anneau



- Durée intervention : 1/2h
- Hospitalisation : ambulatoire ou J+1
- Perte excès de poids : 45 %
- Moins bonne efficacité sur les comorbidités

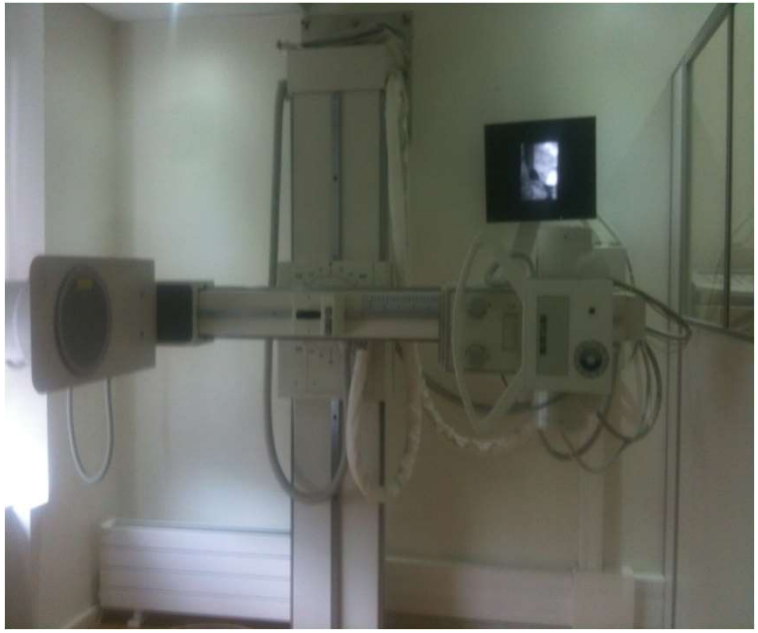




CENTRE HOSPITALIER

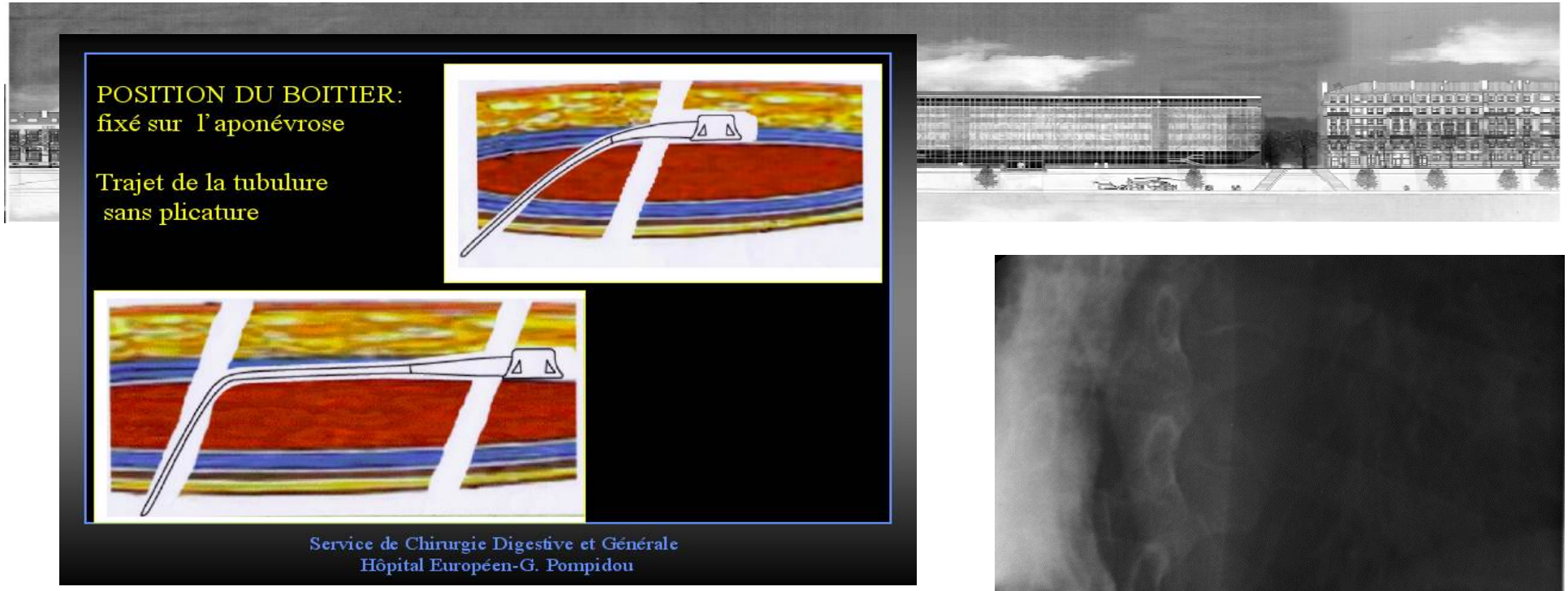
Saint Joseph • Saint Luc

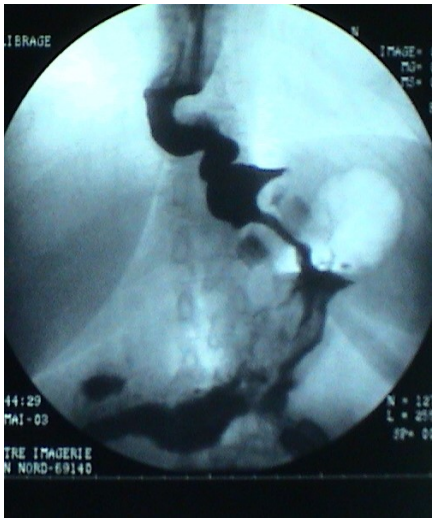
Réglages

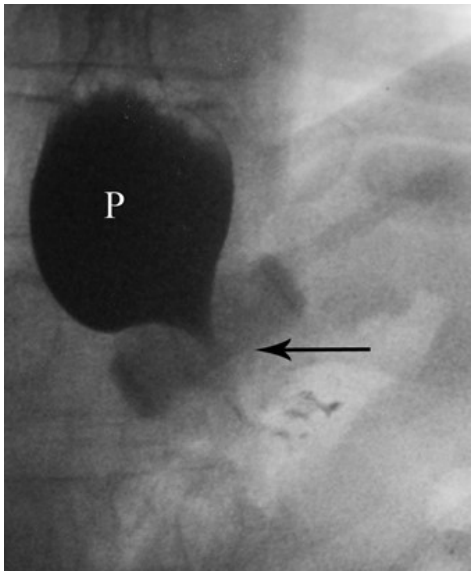


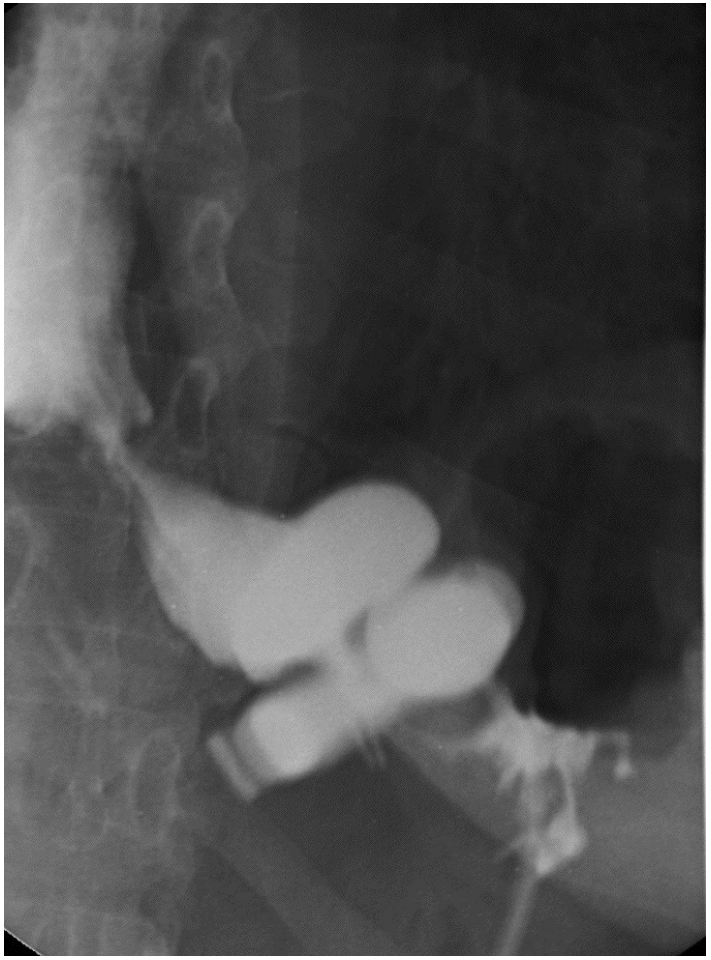
Complications de l'anneau

- Glissement / dilatation estomac sur anneau : 38 %
- Blocage alimentaire (attention aux carences en B1 si vomissements)
- Migration intragastrique 5%
- Mortalité : 0%
- Ablation anneau : 34 % à 10 ans, séquelles sur l'estomac qui complique une chir ultérieure
- 99% de reprise poids si nécessité ablation anneau

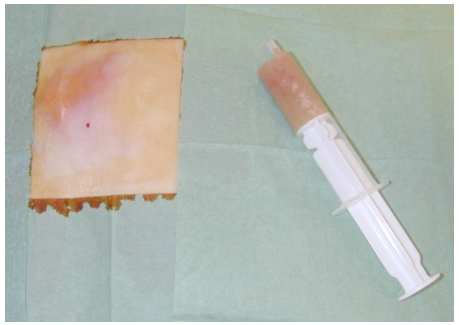


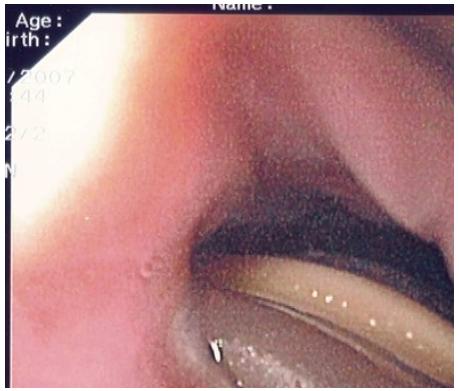






Hernie du ballon

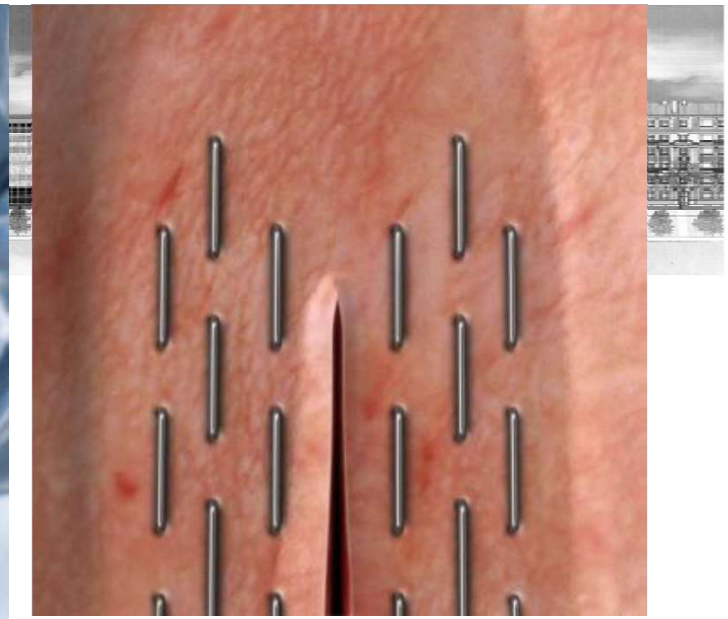




CENTRE HOSPITALIER
Saint Joseph • Saint Luc

Sleeve

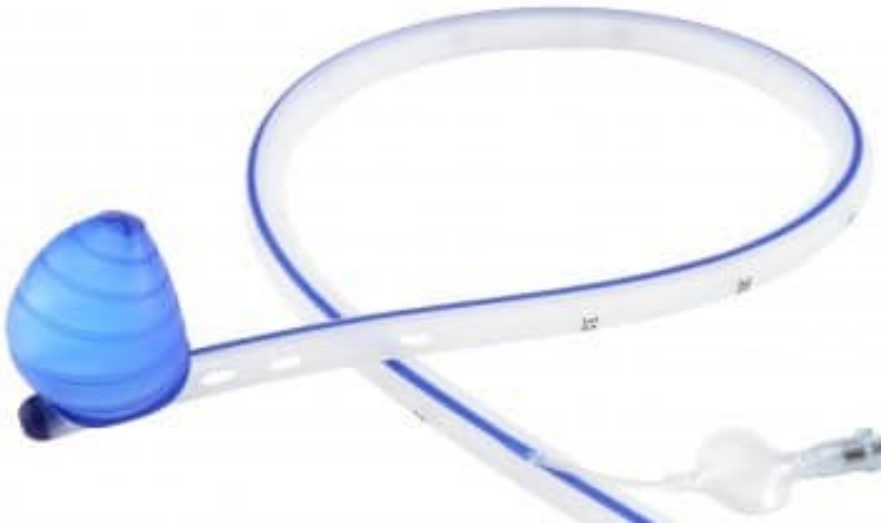
- Durée 1h30
- Hospitalisation 3 à 4 jours
- Irréversible
- Perte excès poids : 60 %
- Mortalité : 2/1000
- Contre-indication :
  - hernie hiatale
  - GVC

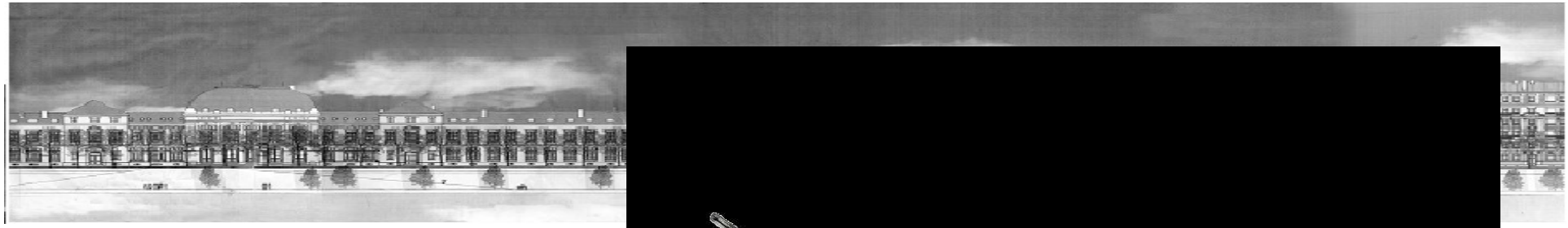


- Agrafeuse linéaires coupantes pour laparoscopie

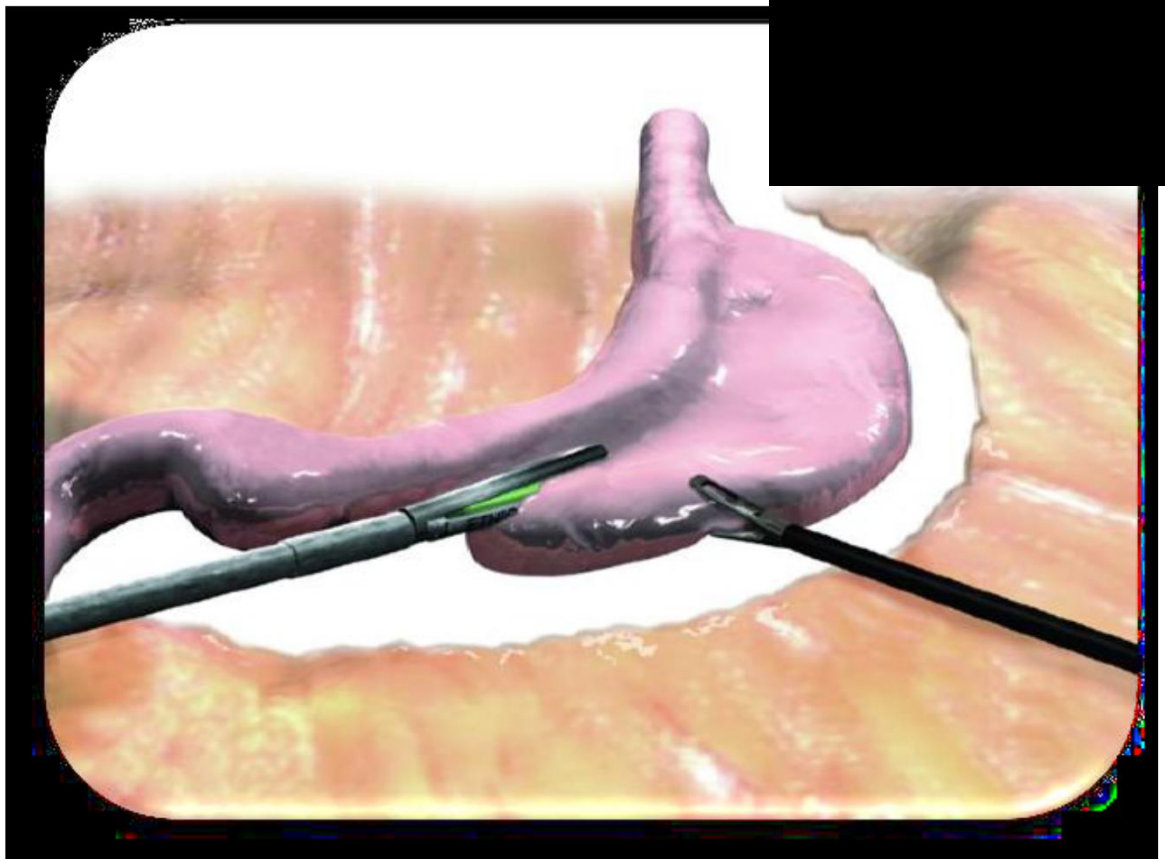
CENTRE HOSPITALIER
Saint Joseph • Saint Luc

Tube de calibration





echelon flex xpo



CENTRE HOSPITALIER
Saint Joseph • Saint Luc

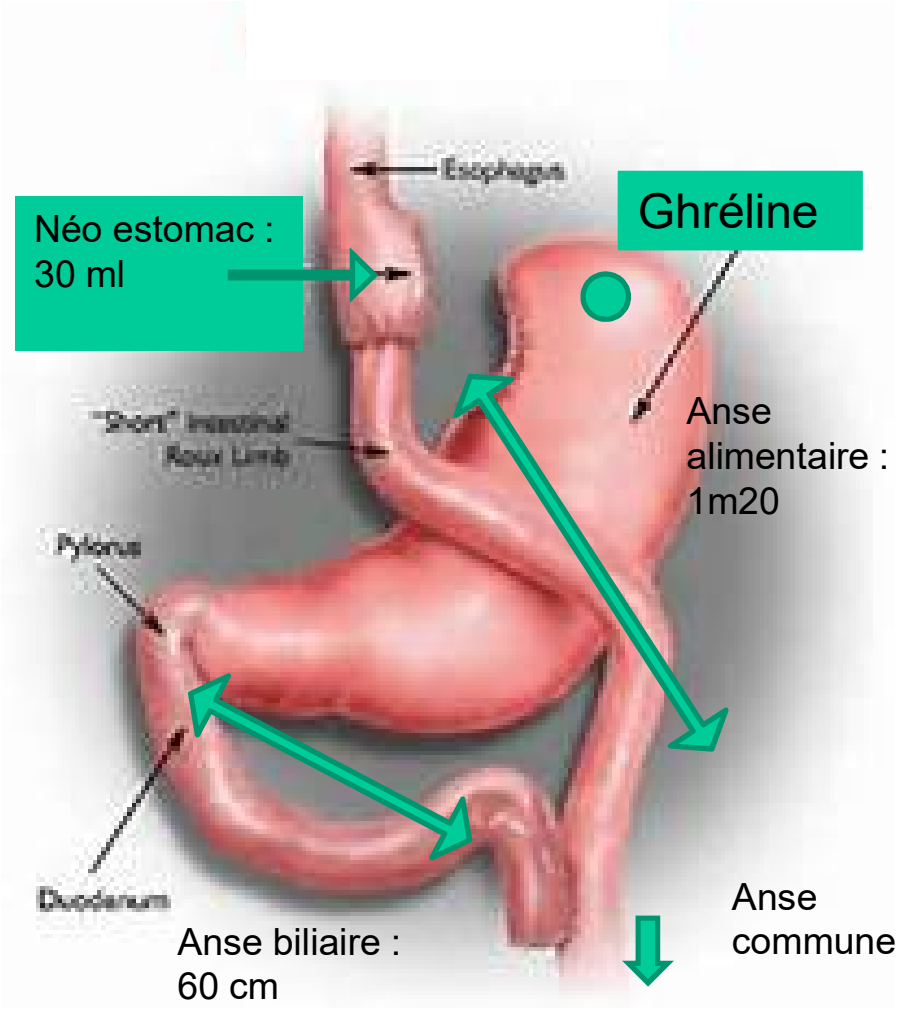
Complications

- Hémorragies : 2%
- Fistules : 3 à 4%
- Sténose : 0,5 %

- Carences : peu fréquentes, B12
- RGO : jusqu'à 30%. Transformation en by pass si besoin

By pass

- Durée 3h
- Hospitalisation 4 à 5 jours
- Perte excès poids : 65 à 70 %
- Réversible
- Mortalité : 2/1000

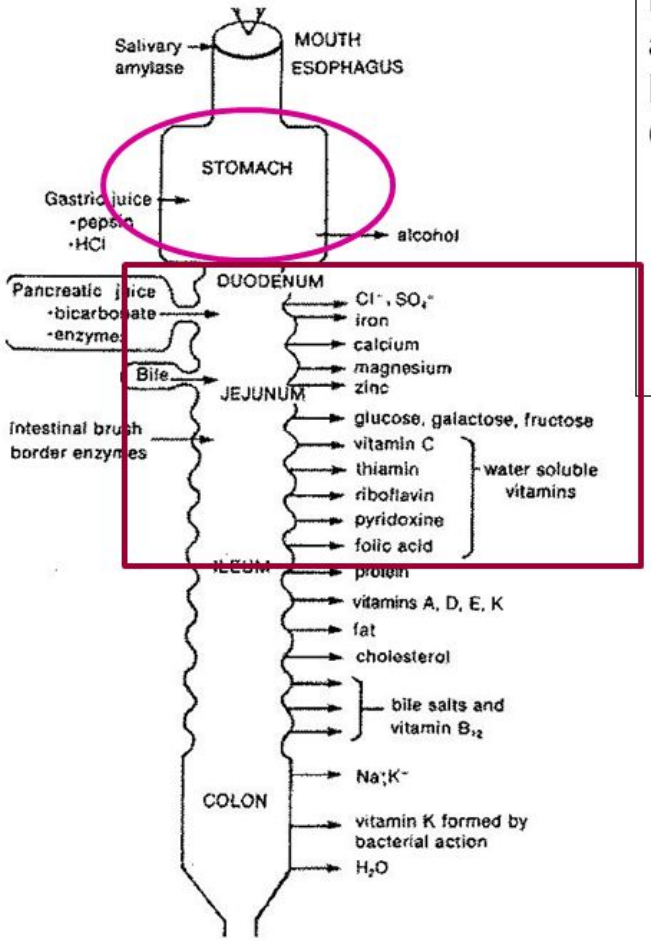


Complications

- Fistule anastomotique : 3%
- Hémorragies

- **Ulcère** anastomotique
- Sténose anastomotique
- **Occlusions** : 2,5 à 10 %
- Dumping syndrome
- **Carences** ++ : fer, Ca, vit D, B1, protéines, B12, folates…

Laparotomie chez l'obèse



Diminution du liquide gastrique acide,
Diminution du facteur intrinsèque,
Conséquences sur l'assimilation :

- **fer**
- **zinc**
- **vitamine B12**
- **protéines**

Malabsorption :

- **fer**
- **zinc**
- **magnésium**
- **vitamine C, B1, B9**
- **± protéines**

Figure 1. Sites of absorption of common vitamins and nutrients in the gastrointestinal tract.
Adapted from: Mahan and Escott-Stump: *Krause's Food, Nutrition and Diet Therapy*, 9/e, p. 13, ©1996, with permission from Elsevier.

Ordonnance de sortie GBP

Vitamine B1-B6 : 1 comprimé par jour pendant 6 mois (en l'absence d'allergie)

VITAMINE B 12 ROCHE ® 1000 µg : 1 ampoule par trimestre à vie par voie intramusculaire (en l'absence d'allergie et sous réserve d'un bilan de coagulation normal) à vie

TARDYFERON B9 ® : 1 comprimé par jour pour les femmes en âge de procréer jusqu'à la ménopause

FIXICAL 800/10000 : 1 comprimé à sucer par jour à vie

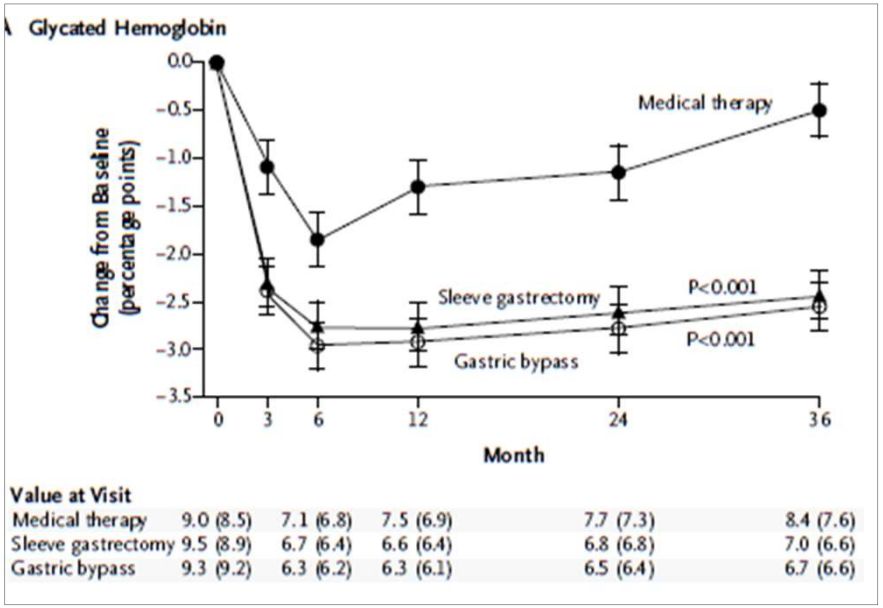
INEXIUM ® 20 mg : 1 comprimé par jour pendant 3 mois

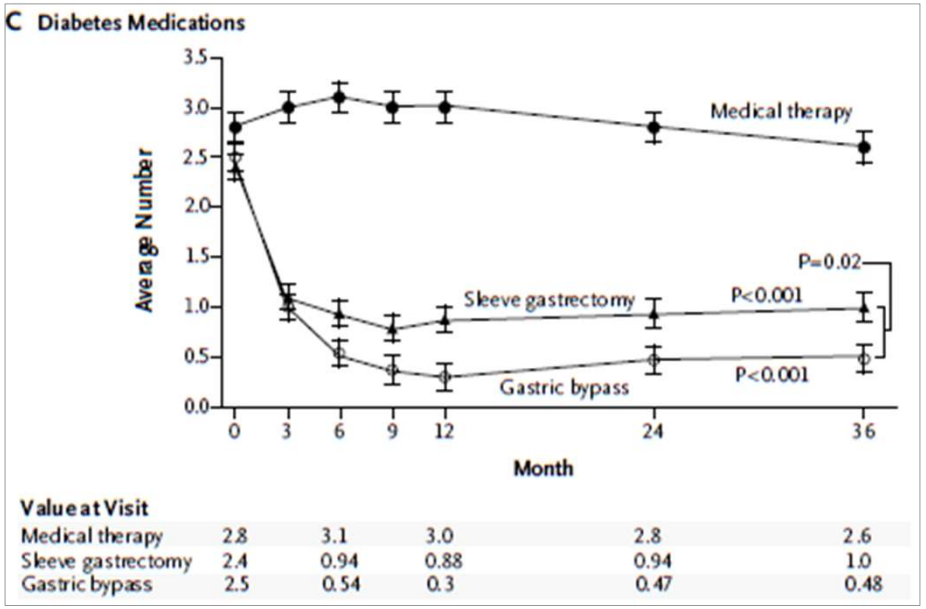
CHOLURSO® : 1 cp/jour pendant 6 mois

Après l'intervention

- À vie
- Au moins 4 fois la première année, 1ou 2 fois par an après
  - **carence** vitaminique ou nutritionnelle
  - dysfonctionnement du montage chirurgical.
  - traitement des comorbidités : cardio-vasculaires, métaboliques, respiratoires…
  - **traitements en cours pouvant faire l'objet d'une malabsorption** après chirurgie malabsorptive : anti-vitamines K, hormones thyroïdiennes, antiépileptiques...
- Suivi **diététique** et de **l'activité physique**
- Suivi **psychologique** et **psychiatrique**
- **Chirurgie réparatrice** est possible après stabilisation de la perte de poids, 12 à 18 mois après chirurgie bariatrique
- Préparation aux éventuelles grossesses

Résultats sur le diabète

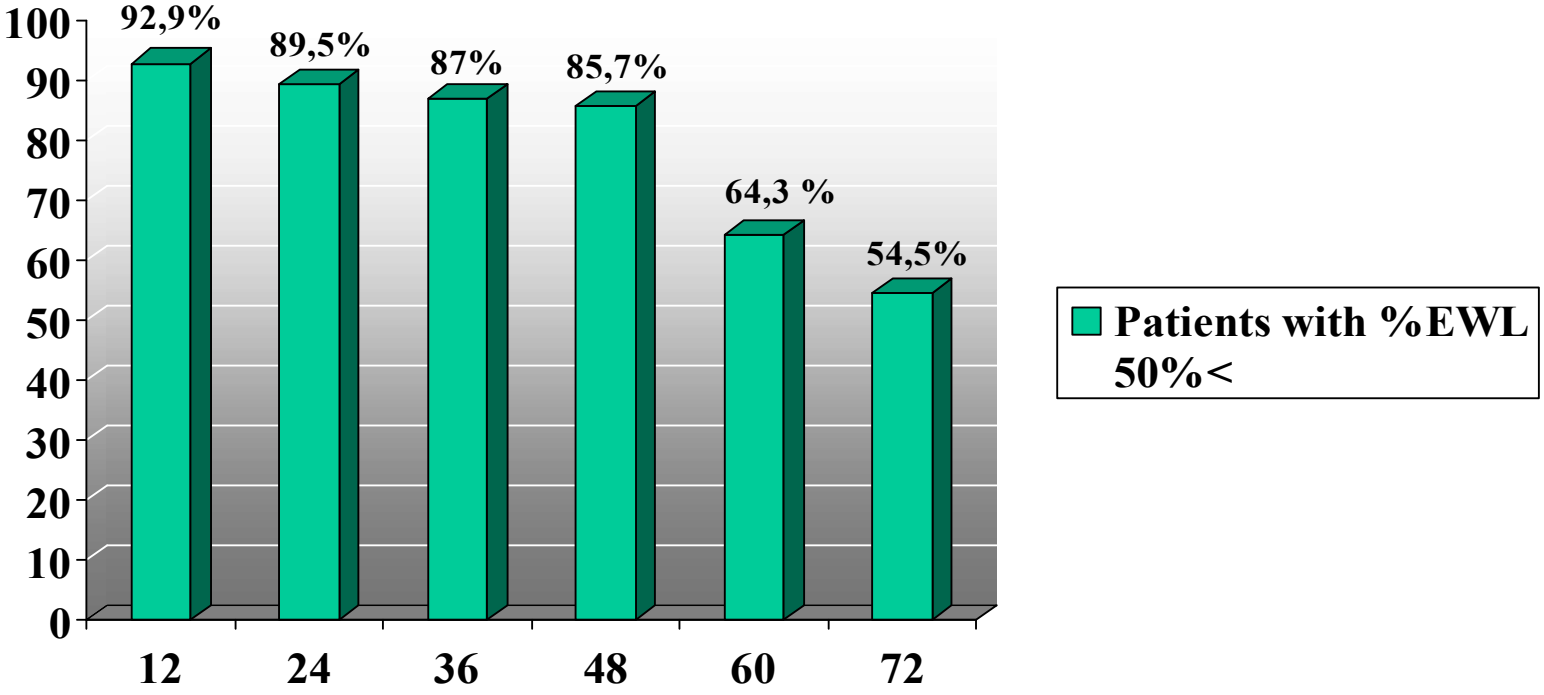




Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes - 3-Year Outcomes

Schauer et al. *NEJM- March 2014*

Resultats à long terme de la sleeve



D'Hondt et al :Surg endosc 2011

Chirurgie reconstructrice

- Dermolipectomie
- Cruroplastie
- Brachioplastie
- Reconstruction mammaire

Ballon intragastrique

- Ballon en silicone
- Voie endoscopique
- Durée 6 mois

Parcours post-chirurgie

M0	CHIRURGIE					
M1	Consultation de chirurgie viscerale	+	Consultation Diététique			
M3	Consultation d'endocrinologie	+	Consultation de pycho	+	Consultation Diététique	+ bilan de dénutrition
M6	Consultation d'endocrinologie	+	Consultation Diététique	+ bilan de dénutrition		
M12	Consultation de chirurgie viscérale	+ bilan de dénutrition				
M18	Consultation d'endocrinologie	+	Consultation de chirurgie réparatrice	+ bilan de dénutrition		
M24	Consultation d'endocrinologie	+ bilan de dénutrition				
>M24	Suivi endoc *(annuelle)*	+ bilan de dénutrition				

CENTRE HOSPITALIER
Saint Joseph • Saint Luc

Ce qu'il manque actuellement

- Une consultation psychiatrique
- Temps dietétique
- Mobilier adapté aux obèses (notamment en consultation)
  - Pour des raisons technique on se limitera à des patients de 160 kg
- Matériel adapté : brassard à tension, balance adaptée
- Examen à développer : fibroscan, impédancemetrie

- Les conclusions de la concertation pluridisciplinaire doivent être formalisées et comporter (accord
- professionnel) :
- • les coordonnées du patient ;
- • les coordonnées du coordinateur et du médecin traitant ;
- • les noms et spécialités des participants à la concertation ;
- • les antécédents médico-chirurgicaux du patient, l'IMC maximal et actualisé, les traitements de l'obé-
- sité mis en oeuvre auparavant, les risques anesthésiques ;
- • la date de consultation initiale ;
- • les modalités de l'information sur le bénéfice attendu, les risques de la chirurgie et le caractère impé-
- ratif du suivi ;
- • le résultat de l'évaluation et de la prise en charge préopératoires ;
- • les stratégies proposées : stratégie chirurgicale (indication ou non de chirurgie, type d'intervention) et
- autres prises en charge (nutritionnelle, diété́tétique ou psychologique, reconditionnement à l'activité
- physique, etc.) ;
- • la conformité ou non de la stratégie proposée par rapport aux référentiels utilisés ;
- • la date de la décision