

Chirurgie de l'obésité Indications, critères d'éligibilité et suivi post opératoire

Chirurgie de l'obésité

H. BRAHAM

Service de chirurgie viscérale et digestive

CHSV EAUBONNE

09/02/2023

1

Plan

- . Introduction.**
- . Critères d'éligibilité et indications chirurgicales.**
- . Principes de la Chirurgie.**
- . Différentes techniques.**
- . Principes du Suivi post opératoire.**
- . Surveillance clinique et biologique.**

2

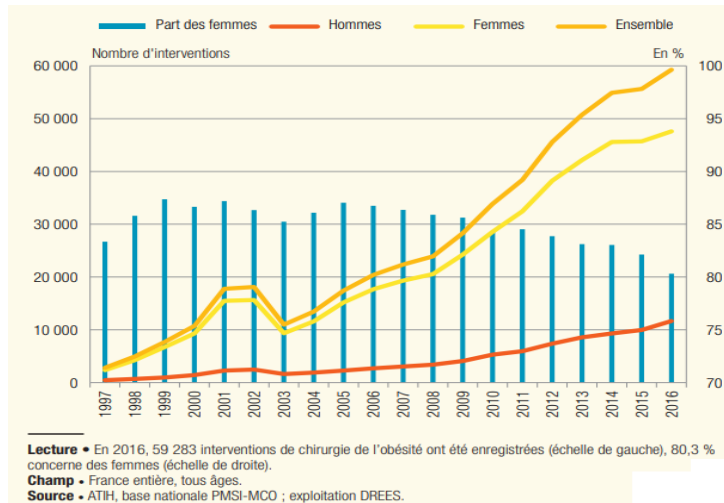
Introduction

3

- La chirurgie bariatrique s'est développée de manière très rapide en France depuis plus de vingt ans.
- Le nombre d'interventions a été multiplié par plus de 20, passant de 2 800 en 1997 à 59 300 en 2016.
- Les femmes représentent plus de 80 % des patients opérés.
- L'âge moyen est de 41,6 ans en 2016 et la plupart des patients ont entre 25 et 54 ans. Au-delà de cet âge, le nombre d'opérés diminue rapidement. Cependant, les taux d'hospitalisation des patients de plus de 64 ans ont presque décuplé en vingt ans.
- Le nombre de patients mineurs opérés chaque année est très faible, mais il a lui aussi tendance à augmenter.

4

Evaluation des interventions de chirurgie de l'obésité de 1997 à 2016



5

Mais Pourquoi??

- L'efficacité de ces nouvelles interventions sur la perte de poids, l'amélioration et même la disparition des comorbidités liées à l'obésité et la diminution de la mortalité dans les années qui suivent (Sjöström et al., 2004, 2007) par rapport aux patients non opérés ont amené l'Organisation mondiale de la santé à considérer la chirurgie bariatrique comme le traitement de référence de l'obésité morbide (OMS, 2003).
- Cela a entraîné un développement rapide de cette chirurgie au-delà des quelques centres précurseurs.
- Dans le même temps, la demande des malades obèses pour ce type de traitement s'est accrue.

6

- Plusieurs instances, sociétés savantes professionnelles ou autorités de régulation, ont édicté des recommandations de bonne pratique.
- La Haute Autorité de santé (HAS) a notamment édité un ensemble de documents précisant les conditions de sélection des patients, la nature du bilan préopératoire et celle de la surveillance postopératoire pour prévenir les complications tardives. Ces documents, destinés aux spécialistes, médecins ou chirurgiens, aux médecins traitants et aux patients datent pour la plupart de 2009

7

Critères d'éligibilité

8

La chirurgie de l'obésité s'adresse aux personnes adultes de moins de 65 ans:

- qui souffrent d'une obésité morbide ($\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$) ou sévère ($\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$) quand elle est associée à au moins une comorbidité pouvant être améliorée grâce à la chirurgie (diabète, hypertension artérielle, syndrome d'apnées du sommeil, troubles articulaires...)
- qui ont déjà tenté, sans succès, de perdre du poids grâce à une prise en charge médicale spécialisée de plusieurs mois (avec suivi diététique, activité physique et prise en charge psychologique)
- et qui ne présentent pas de contre-indications à la chirurgie (ex. : dépendance à l'alcool) et à l'anesthésie générale.

9

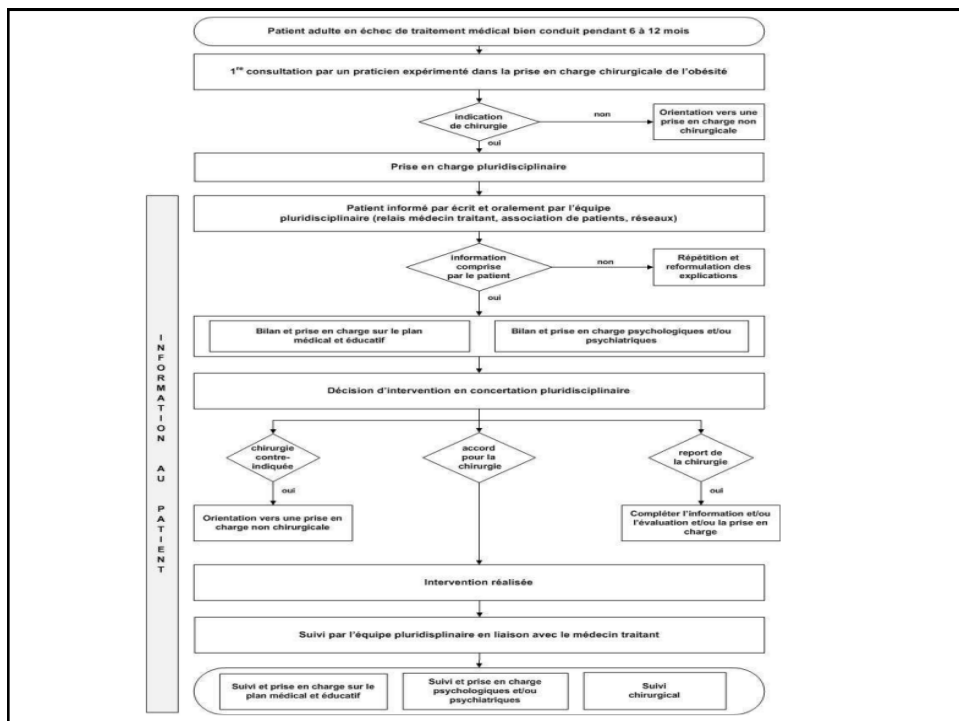
La chirurgie bariatrique est indiquée par décision collégiale, prise après discussion et concertation pluridisciplinaires :

- en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois;
- en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids;
- patients bien informés au préalable ,ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires;
- patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme
- risque opératoire acceptable.

10

- Une perte de poids avant la chirurgie n'est pas une contre-indication à la chirurgie bariatrique déjà planifiée, même si le patient a atteint un IMC inférieur au seuil requis.
- La chirurgie bariatrique pourrait améliorer les comorbidités, en particulier le diabète de type 2, chez des sujets avec IMC entre 30 et 35 kg/m².

11



12

Principes de la Chirurgie

13

- La chirurgie de l'obésité modifie l'anatomie du système digestif. C'est une aide mécanique et métabolique qui permet de diminuer la quantité d'aliments consommée (principe de restriction) et/ou l'assimilation des aliments par l'organisme (principe de malabsorption).
- Il existe deux grands types de techniques chirurgicales :
 - les techniques dites restrictives pures, qui réduisent la taille de l'estomac :
 - * anneau gastrique ajustable
 - * gastrectomie longitudinale (ou gastrectomie en manchon ou sleeve gastrectomy,
 - * gastroplastie verticale calibrée (de moins en moins pratiquée).

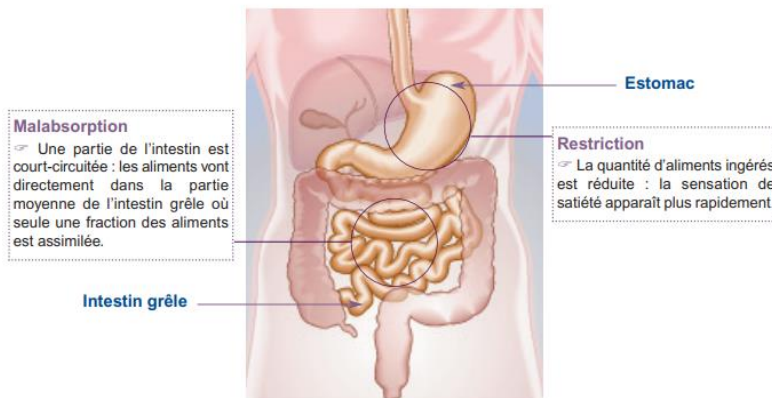
14

-les techniques mixtes dites restrictives et malabsorptives , qui réduisent la taille de l'estomac (restriction) et diminuent l'assimilation de ces aliments par l'organisme (malabsorption) :

- * bypass gastrique (ou court-circuit gastrique)
- * dérivation biliopancréatique .

15

Les deux principes chirurgicaux pour obtenir une perte de poids



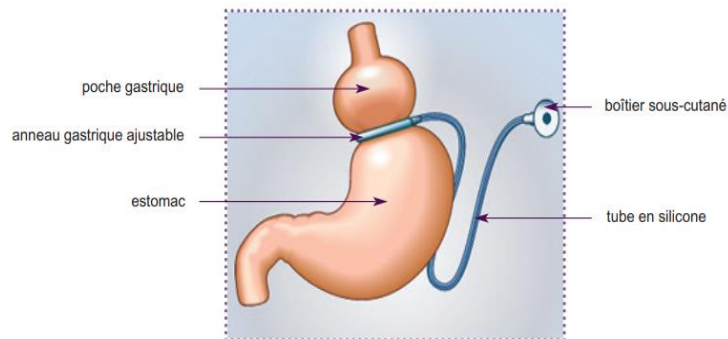
16

Les différentes techniques

17

Technique de

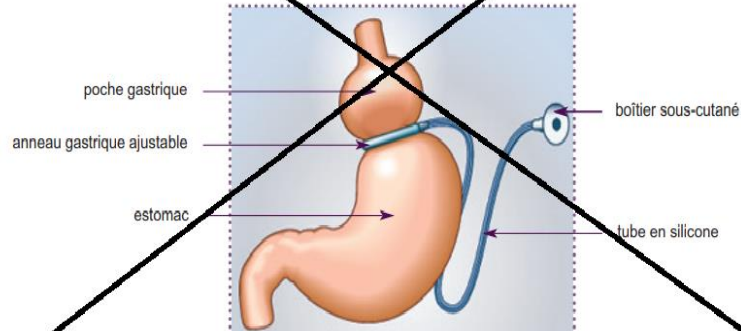
l'anneau gastrique ajustable



18

Technique de

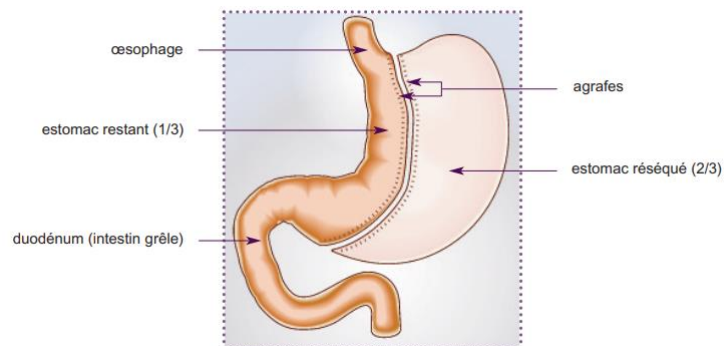
l'anneau gastrique ajustable



19

Technique de la gastrectomie longitudinale

(ou gastrectomie en manchon ou *sleeve gastrectomy*)



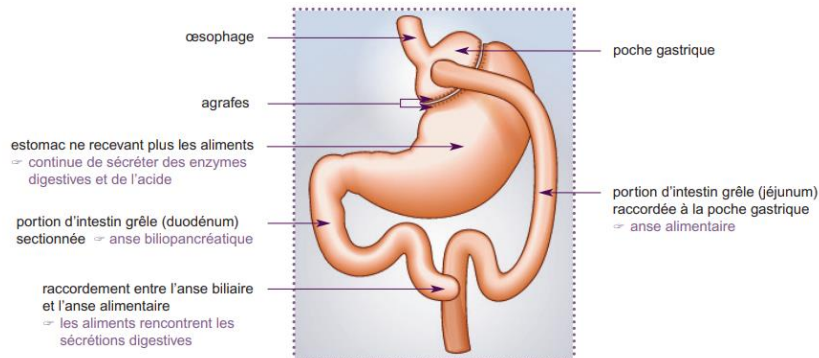
20

Principe	Technique restrictive qui consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac et, notamment, la partie contenant les cellules qui sécrètent l'hormone stimulant l'appétit (ghréline). L'estomac est réduit à un tube vertical et les aliments passent rapidement dans l'intestin. En outre, l'appétit est diminué. Cette technique ne perturbe pas la digestion des aliments. La gastrectomie longitudinale constitue, parfois, la première étape d'une dérivation biliopancréatique (voir technique page 15).
Perte de poids attendue	De l'ordre de 45 à 65 % de l'excès de poids après 2 ans, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 25 à 35 kg ¹ . Le recul sur ces résultats est de 2 ans.
Durée moyenne de l'intervention ²	2 heures
Durée moyenne de l'hospitalisation ³	3 à 8 jours
Mortalité liée à l'intervention	Estimée à 0,2 %
Principaux risques de complications	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de l'estomac restant ; ▶ hémorragies postopératoires précoces ; ▶ carences nutritionnelles possibles (à surveiller) ; ▶ reflux gastro-œsophagien (remontées acides et alimentaires dans l'œsophage) et inflammation de l'œsophage ; ▶ dilatation de l'estomac.

1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m².
2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.
3. En l'absence de complication après l'intervention.

21

Technique du **bypass de Roux-en-Y** (ou court-circuit gastrique en Y)



22

Principe	Technique restrictive et malabsorptive qui permet de diminuer à la fois la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche) et l'assimilation de ces aliments par l'organisme, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin (aucun organe n'est enlevé). Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc assimilés en moindres quantités.
Perte de poids attendue	De l'ordre de 70 à 75 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 35 à 40 kg ¹ . Le recul sur ces résultats est de 20 ans.
Durée moyenne de l'intervention ²	1 h 30 à 3 heures
Durée moyenne de l'hospitalisation ³	4 à 8 jours
Mortalité liée à l'intervention	0,5 %
Principaux risques de complications	<ul style="list-style-type: none"> ▶ complications chirurgicales : ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin, hémorragies, occlusion de l'intestin ; ▶ carences nutritionnelles ; ▶ complications fonctionnelles : hypoglycémie après le repas, <i>dumping syndrome</i>[*], constipation.

1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m².

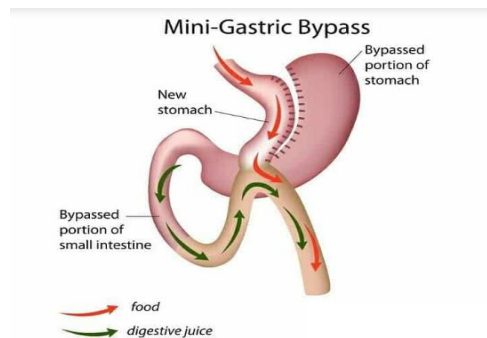
2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.

3. En l'absence de complication après l'intervention.

* **Dumping syndrome** : sensation de malaise (avec palpitations, mal de tête, nausée, diarrhée) qui peut survenir juste après un repas. Ce syndrome est dû à l'arrivée massive et rapide dans l'intestin d'aliments très riches en graisses ou en sucres.

23

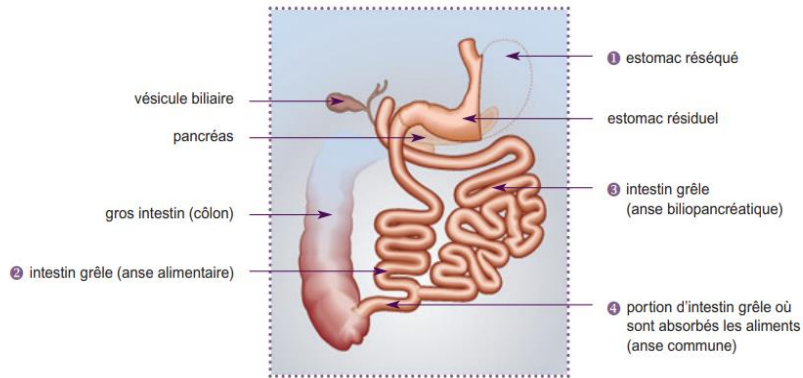
Pas de mini bypass en France



24

Technique de

la dérivation biliopancréatique



25

Principes du Suivi post opératoire

26

- Le suivi et la prise en charge du patient après chirurgie bariatrique doivent s'intégrer dans le cadre du programme personnalisé mis en place dès la phase préopératoire. Il est assuré par l'équipe pluridisciplinaire qui a posé l'indication opératoire, en liaison avec le médecin traitant qui a un rôle primordial au quotidien.
- Ce suivi doit être assuré la vie durant, l'obésité étant une maladie chronique et en raison du risque de complications tardives (chirurgicales ou nutritionnelles dont certaines peuvent conduire à des atteintes neurologiques graves).
- Le patient doit être informé des conséquences potentiellement graves de l'absence de suivi.
- Les patients devraient être vus au moins 4 fois la première année, puis au minimum 1 ou 2 fois par an après. La fréquence des visites devrait être adaptée à la procédure et au patient.

27

1. ADAPTER LES TRAITEMENTS EVENTUELS ET LEUR POSOLOGIE:

- En cas de diabète : risque accru d'hypoglycémies le 1er mois postopératoire : contrôle régulier de la glycémie et adaptation du traitement antidiabétique.
- Penser à réévaluer le SAS.
- La sleeve gastrectomy favorise le reflux gastro-oesophagien et peut amener à poursuivre la prescription initiale d'anti-sécrétoire (esoméprazole).
- Ce traitement pourra être arrêté si la perte de poids est significative et que les symptômes de RGO disparaissent.
- Une anticoagulation par HBPM est prescrite à la sortie du patient pour une durée de 2 semaines postopératoires.
- Du fait d'une alimentation très réduite les premiers mois, le patient peut être gêné par une constipation. Un laxatif pourra être prescrit.
- Il n'existe pas de contre indications médicamenteuses formelles ; il est important d'éviter si possible les médicaments gastrotoxiques (aspirine, AINS, corticoïdes, etc.).

28

2. RECHERCHER DES COMPLICATIONS DU MONTAGE CHIRURGICAL:

- Les principales complications de la sleeve gastrectomy dans les suites immédiates de l'hospitalisation sont la fistule (ou rupture de la ligne d'agrafes) entraînant abcès ou péritonite, et l'embolie pulmonaire qui engagent le pronostic vital. L'examen clinique du patient obèse est difficile. Certains symptômes de survenue précoce doivent conduire à consulter le chirurgien **EN URGENCE : douleur abdominale, tachycardie, dyspnée, hyperthermie, même en l'absence de défense ou de contracture.**
- A plus ou moins long terme, il existe un risque de sténose. En présence des symptômes suivants : douleur abdominale postprandiale, vomissements quotidiens, dysphagie, faire réaliser un TOGD en vue d'une consultation chirurgicale.
- **Toute douleur abdominale aigue après Bypass: pensez à la hernie interne (urgence chirurgicale). Peut survenir quelques mois voire plusieurs années après un Bypass.**
- Si le patient n'a pas été cholécystectomisé, le risque d'apparition d'une lithiase biliaire est augmenté après chirurgie bariatrique
- Une échographie abdominale et une biologie hépatique doivent être réalisées au moindre doute.

29

3. PREVENIR ET RECHERCHER LES CARENCES VITAMINIQUES OU NUTRITIONNELLES:

- Après sleeve gastrectomy (chirurgie restrictive) la supplémentation se fait en fonction du bilan biologique et clinique. Elle est de 6 mois minimum (**Surgiline** 1cp matin et soir ou **WLS optimum** 1cp le matin)
- Après un Bypass la supplémentation est à vie (**Surgiline** 1cp matin et soir ou **WLS fort** 1cp le matin).
- Un bilan biologique doit être demandé à 3 mois, 6 mois, 1 an puis chaque année.
- Ce bilan sanguin comporte au minimum : NFS, calcium, ferritine, vit D, vit B9, vit B12, albumine, pré-albumine.
- Certaines carences peuvent conduire à des troubles neurologiques graves. En cas de vomissements quotidiens, on recherchera en plus une carence en vit B1 et on débutera la supplémentation avant même d'avoir le résultat.

30

4. RENFORCER L'EDUCATION (DIETETIQUE ET ACTIVITE PHYSIQUE) COMMENCEE EN PRE-OPERATOIRE:

- L'activité physique à type de marche peut être débutée dès le premier mois postopératoire.
- L'activité physique et sportive normale peut être débutée dès le 2ème mois postopératoire.
- Des consultations diététiques systématiques sont programmées à 3 mois et à 6 mois.
- S'assurer d'un apport protéique minimal.

31

5. EVALUER LA NECESSITE D'UN SUIVI PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE:

- La perte de poids est une période à risque de décompensation d'un TCA ou d'un syndrome dépressif (risque suicidaire majoré à 18 mois postopératoires) : ne pas hésiter à adresser le patient à un psychiatre ou à un psychologue. Evaluer les addictions en postopératoire (alcool notamment).

32

6. CAS PARTICULIER : LA FEMME EN AGE DE PROCREER

- Une contraception est fortement recommandée pendant au moins 12 mois après l'intervention.
- La grossesse doit être programmée et suivie.
- Une supplémentation en acide folique (SPECIAFOLDINE 5mg) doit être prescrite dès l'arrêt de la contraception ou à défaut au début de la grossesse et poursuivie les 2 premiers mois de la grossesse afin de limiter le risque de malformation chez l'enfant (spina bifida).
- En cas de douleur abdominale chez une femme enceinte après chirurgie bariatrique : la ré-adresser en urgence au chirurgien viscéral.
- Un bilan nutritionnel doit être réalisé dès le projet de grossesse afin de corriger d'éventuelles carences.
- Il est recommandé de programmer un suivi nutritionnel par l'équipe pluridisciplinaire en post partum.

33

7. CHIRURGIE REPARATRICE ET EVENTRATION:

- Il existe parfois des séquelles cutanées (tablier abdominal, ptose cutanée de la face interne des bras et des cuisses, ptose mammaire) pour lesquelles une ceinture de maintien abdominal sur mesure est prescrite en postopératoire.
- Une chirurgie réparatrice peut parfois être nécessaire : elle ne doit être envisagée que chez les patients qui ont stabilisé leur poids, en général 1 à 2 ans après l'opération et préférentiellement lorsque l'IMC est entre 25 et 30 kg/m². Ces actes sont soumis à l'accord préalable de la sécurité sociale.
- Un sevrage tabagique est indispensable avant une chirurgie réparatrice.

34

Surveillance clinique et biologique

35

BILAN À 1 MOIS:

- * Si vomissements : doser la vitamine B1 en urgence+++ .
- *S'assurer d'une alimentation équilibrée en petites quantités.
- *Il faut faire de la marche +++ .
- *Arrêt de travail à réévaluer au cas par cas (3 semaines postop en systématique).
- *Evaluer l'état psychologique.
- *S'assurer d'une contraception efficace si femme en âge de procréer.

36

BILAN À 3 MOIS ET 6 MOIS:

*Si vomissements : doser la vitamine B1 en urgence+++ .

*Bilan systématique :un dosage d'albumine et de préalbumine, NFS, fer sérique, ferritinémie et coefficient de saturation en fer de la transferrine, calcémie, vitamine D, PTH, vitamine A, B1, B9, B12, zinc et sélénium (magnésium et cuivre en fonction de la clinique).

*Consultation diététique ou nutritionnelle systématique.

*Sport+++.

*Evaluer l'état psychologique.

37

BILAN À 1 AN PUIS UNE FOIS PAR AN:

*Bilan systématique :albumine et préalbumine, NFS, fer sérique, ferritinémie, coefficient de saturation de la transferrine, calcémie, vitamine D, PTH, vitamine A, B1, B9, B12, zinc et sélénium.

*S'assurer d'une alimentation équilibrée en petites quantités.

*S'assurer d'une activité physique régulière.

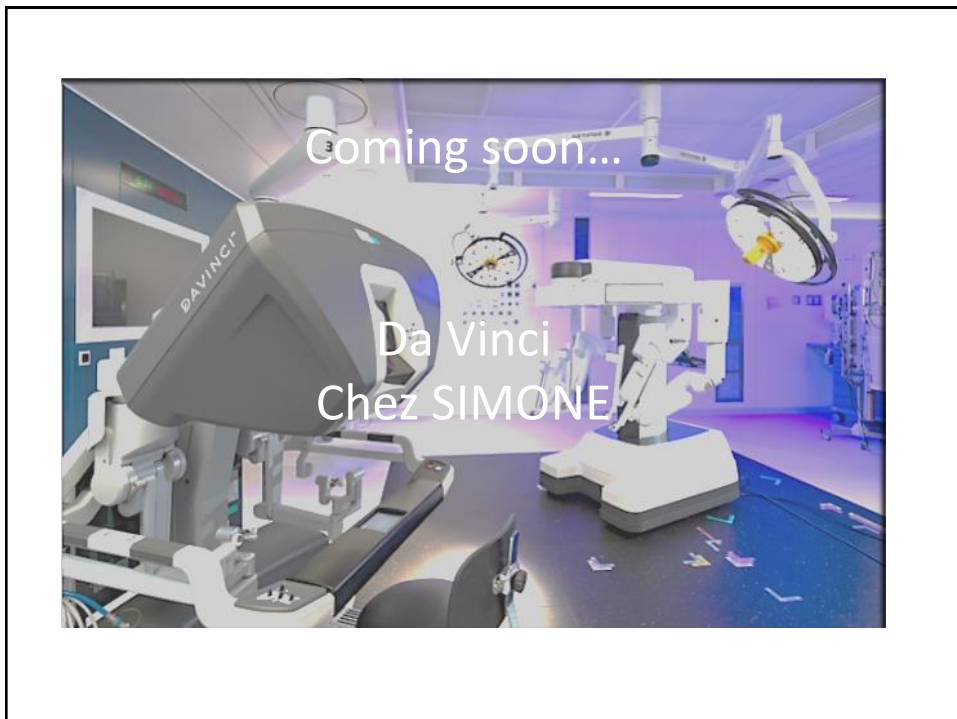
*Evaluer l'état psychologique : risque de décompensation d'un TCA ou d'un syndrome dépressif (risque suicidaire majoré à 18 mois postopératoires).

38

Proposition de traitement de carences en micro-nutriments

- * CARENCE MARTIALE: TARDYFERON® 2 cp/j pendant 3 mois Contrôle à 3 mois : fer sérique, ferritine, coefficient de saturation de la transferrine.
- * CARENCE EN VITAMINE A: A 313® CAPSULES : 1 capsule tous les 10 jours pendant 1 mois Contrôle Vitamine A à 3 mois.
- * CARENCE EN VITAMINE D: UVEDOSE® 1 ampoule par mois pendant 3 mois.
*Contrôle Vitamine D à 6 mois.
- *CARENCE EN VITAMINE E: TOCO® 500 mg : 1 capsule/j pendant 3 mois. *Contrôle vitamine E à 3 mois.
- *CARENCE EN VITAMINE B12: Normalement en cas de By-Pass le patient reçoit une injection mensuelle ou bimestrielle de Vitamine B12 : vérifier la compliance.
VITAMINE B12 1 mg : 1 ampoule par jour pendant 5 jours puis 1 ampoule par mois pendant 6 mois. Contrôle Vitamine B12 à 6 mois.
- *CARENCE EN FOLATES SPECIAFOLDINE® 5 mg : 1 cp/j pendant 1 mois. Contrôle Folates à 3 mois.
- * CARENCE EN ZINC GRANIONS® DE ZINC : 1 ampoule de 15 mg/j pendant 21 jours. Contrôle Zinc à 3 mois

39



40

Merci