

Traitement chirurgical de l'obésité



Fanelly TORRES, Hélène VERKINDT

Service de Chirurgie Générale et Endocrinienne CHRU Lille

Indications

Techniques chirurgicales

Prise en charge préopératoire

Choix de la technique

Suivi post-opératoire

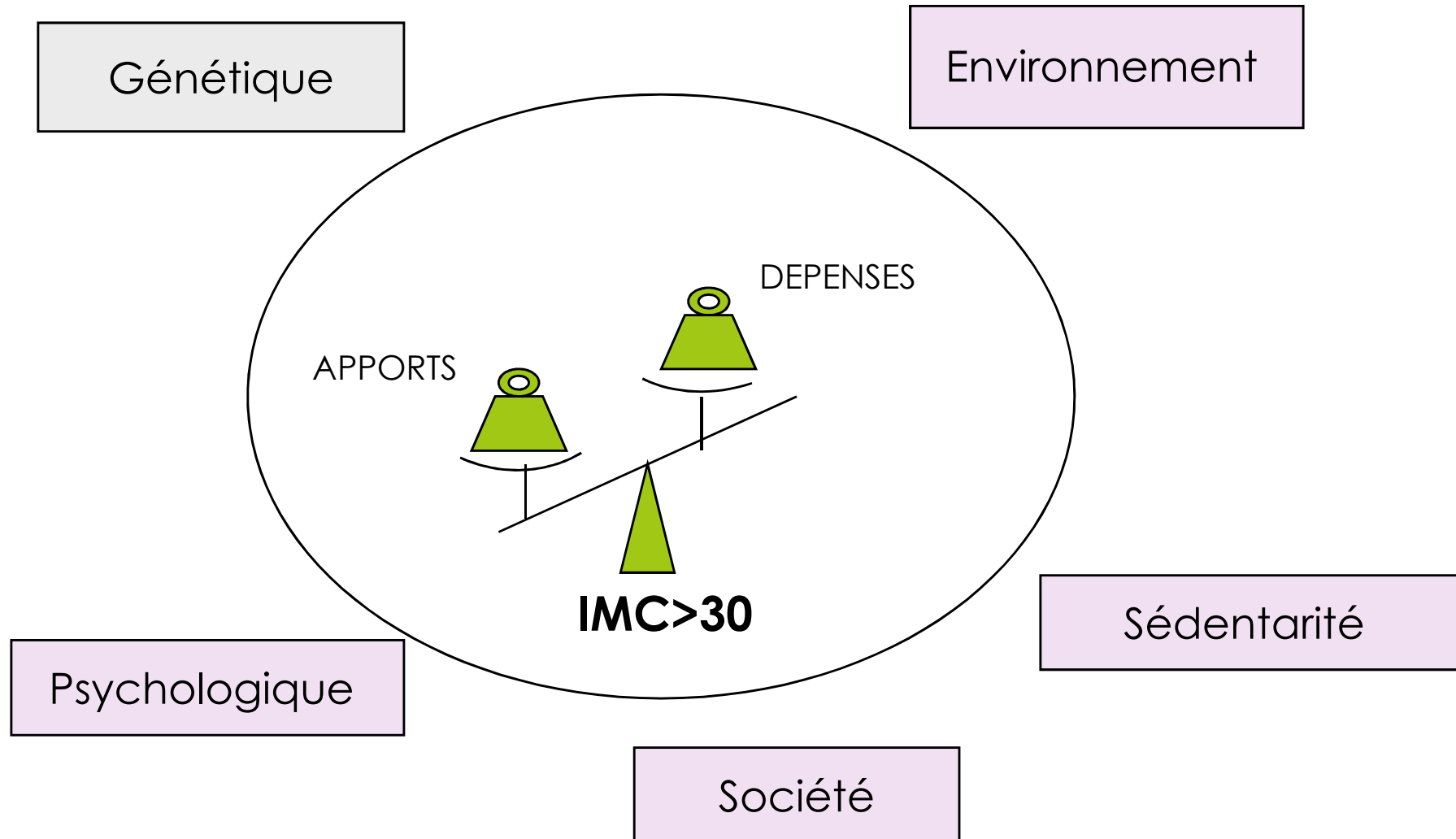
Complications

-nutritionnelles

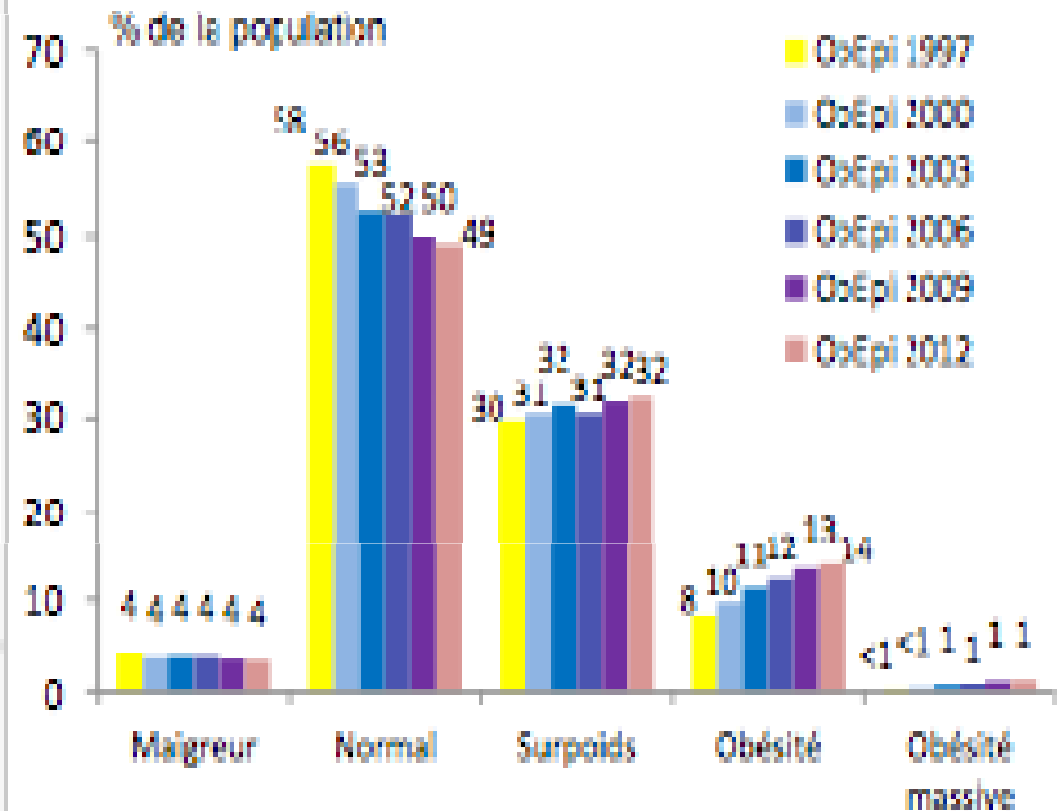
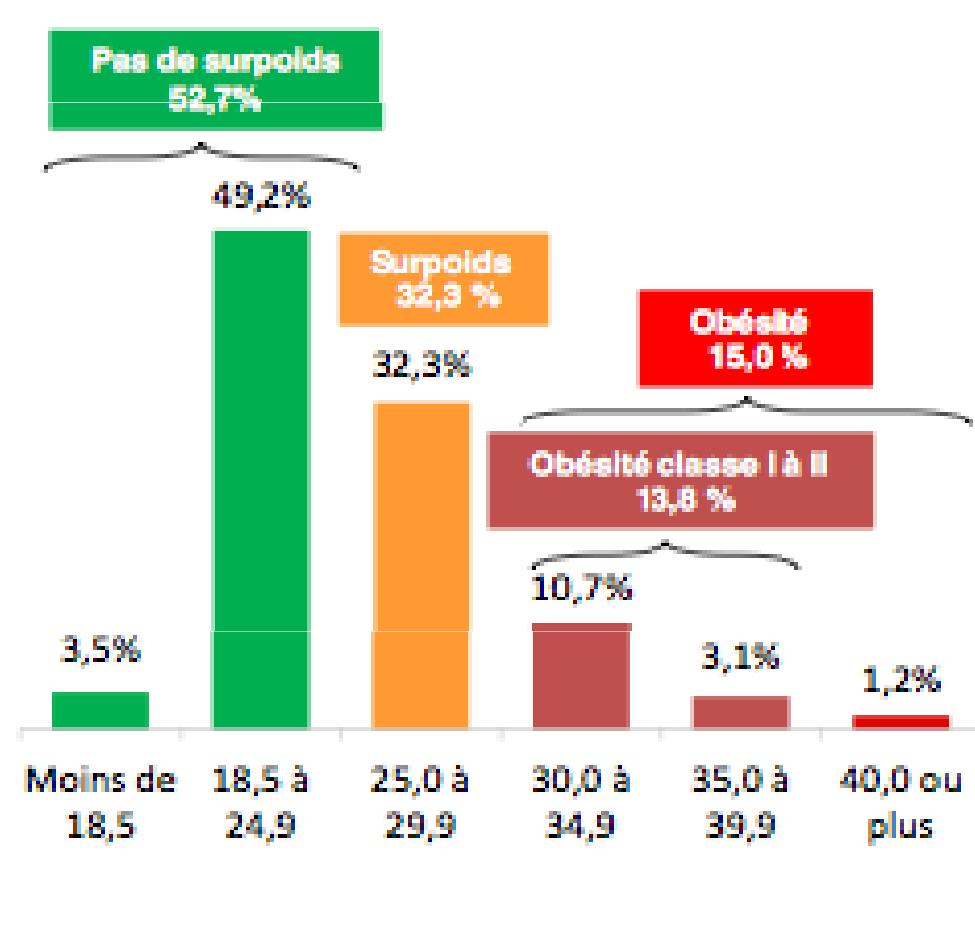
-chirurgicales

Cas cliniques

Maladie chronique et multifactorielle



Obepi 2012

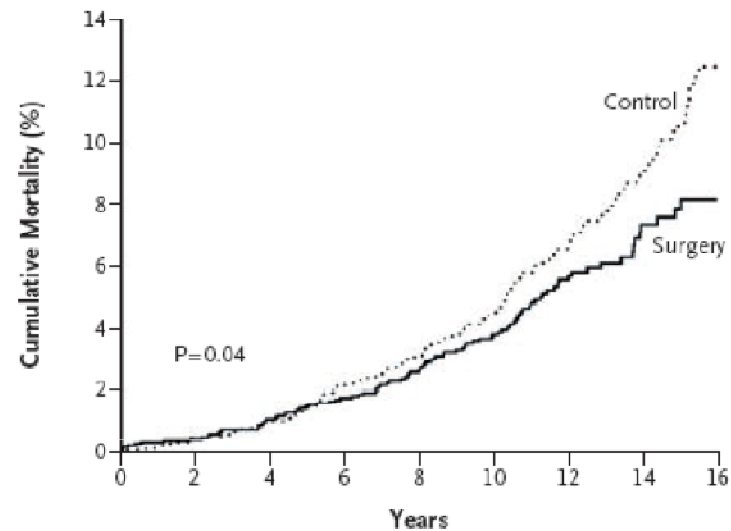
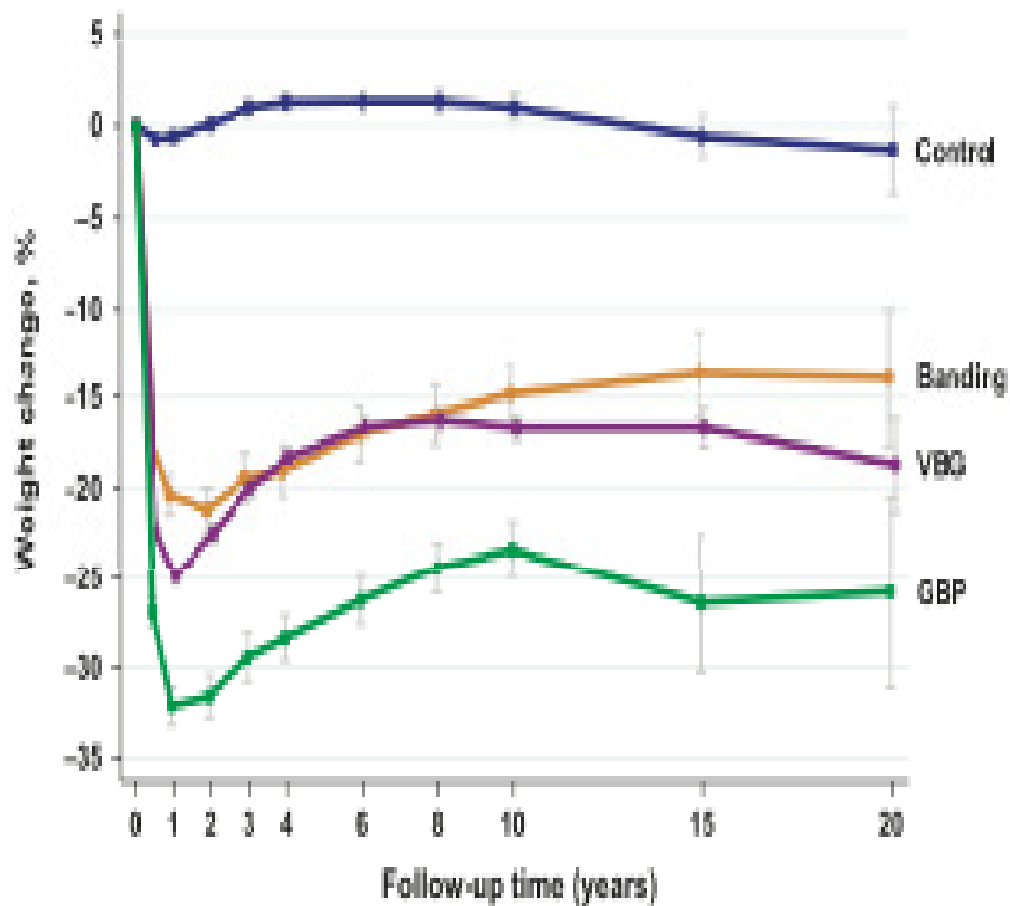


Comorbidités

Obésité sévère Risque relatif / population générale

Hypertension artérielle	1.5 - 5.3
Coronaropathie	7.0 - 35.0
Diabète	8.0 - 20.0
Apnée du sommeil	4 - 5.5
Lombalgies	1.5 - 2.0
Lithiase biliaire	1.5 - 2.5
Mortalité	2.0 - 2.6

SOS Study



No. at Risk

Surgery	2010	2001	1987	1821	1590	1260	760	422	169
Control	2037	2027	2016	1842	1455	1174	749	422	156

DEFINITION DU SUCCES

- ✓ **chirurgien** : notion de perte d'excès de poids
 - excellent: PEP à 2 ans >75%
 - **satisfaisant : PEP à 2 ans > 50 %**
 - modéré : PEP à 2 ans >25%
 - échec: PEP à 2 ans <25% *(Reinhold)*
- ✓ **médecin** : amélioration des co-morbidités (10 %)
- ✓ **patient**: poids « idéal », amélioration de la qualité de vie, de la santé

Autre définition de l'échec : la reprise de poids?

INDICATIONS ET CONTRE- INDICATIONS

INDICATIONS

(HAS 2009)

- IMC \geq **40** kg/m²
- IMC \geq **35** kg/m² + Comorbidités :
 - maladies cardio-vasculaires dont HTA
 - SAS
 - diabète de type 2
 - maladies ostéo-articulaires invalidantes
 - stéato-hépatite non alcoolique...
- **En deuxième intention après une prise en charge multidisciplinaire pendant 6-12 mois**
- **patients informés et ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi sur le long terme**
- âge supérieur à 18 ans

(IMC max documenté)

CONTRE-INDICATIONS

(HAS 2009)

- Troubles cognitifs ou mentaux sévères
- Troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire
- Dépendance à l'alcool et aux substances psycho-actives
- Maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme
- Contre-indications à l'anesthésie générale
- **Incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé**
- **Absence de prise en charge médicale préalable identifiée**

Certaines de ces contre-indications peuvent être temporaires.

TECHNIQUES

Anneau Gastrique Ajustable

Sleeve Gastrectomy

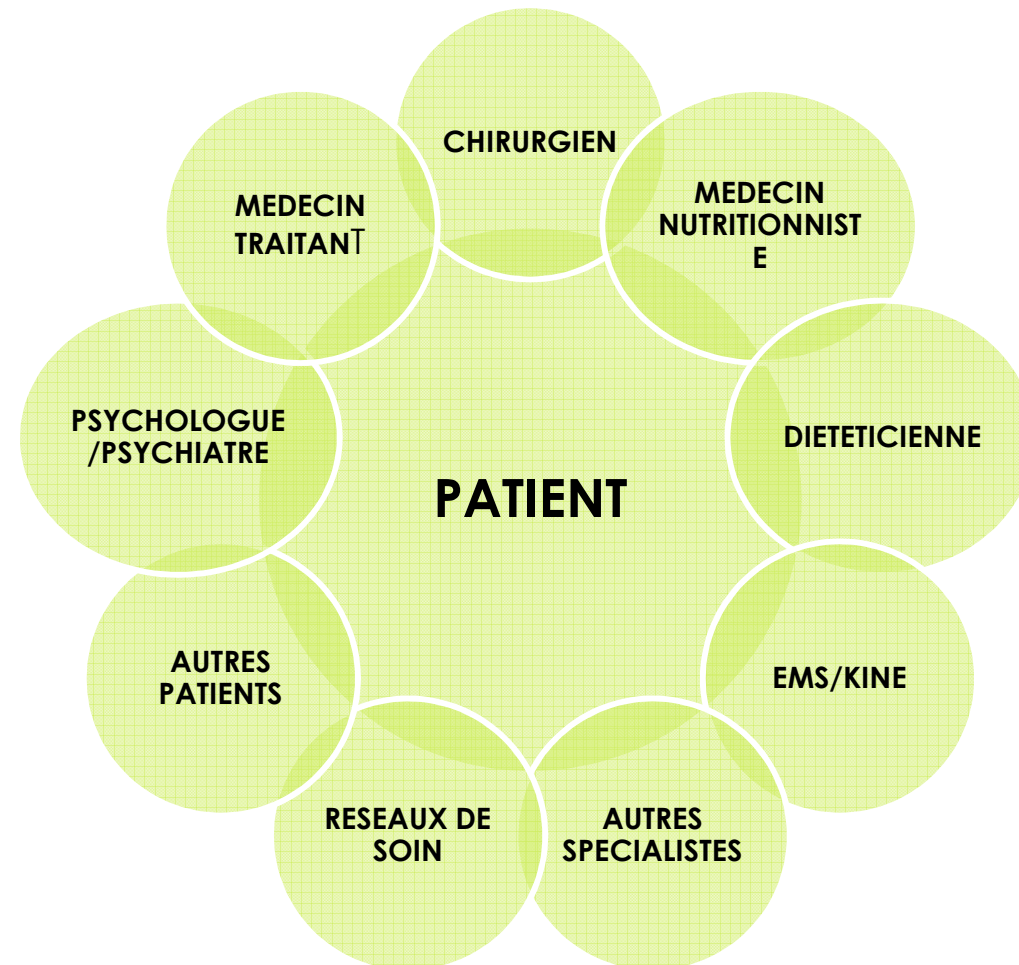
Gastric by pass

PERIODE PRE-OPERATOIRE

INFORMATION

EDUCATION

Prise en charge pluri-disciplinaire



Recommandations HAS

INFORMATION

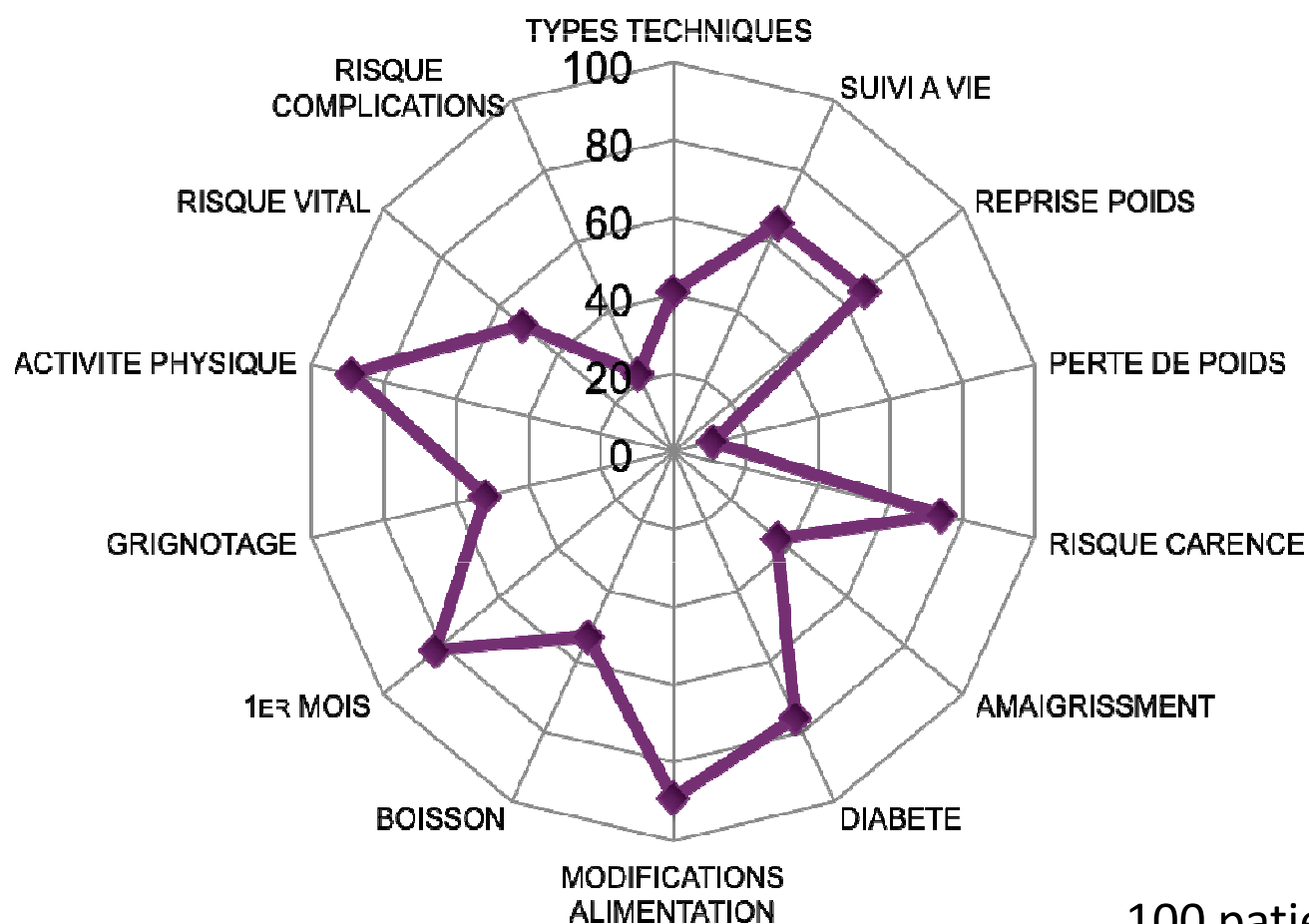
- aider les patients à prendre leur décision concernant la chirurgie (bénéfice/risque)
- d'obtenir une meilleure compliance du patient au suivi
- Dense et complexe

EDUCATION THERAPEUTIQUE

- modifier ses habitudes et son comportement alimentaire
- planifier un programme d'activité physique
- stabiliser le poids
- améliorer l'efficacité et la tolérance de la chirurgie

CONNAISSANCES INITIALES DES PATIENTS

En moyenne : **8,1/14**



100 patients
(novembre 2011-mai 2012)

Prise en charge diététique

- Le moins restrictif possible
- Lutte contre les croyances : *l'eau fait maigrir*
- Alimentation diversifiée
- Connaissances aliments hyperlipidiques et matières grasses d'ajout
- Boissons sucrées



GUIDE DE LECTURE D'ETIQUETTES



- Céréales avec moins de 3 g de lip/100g
- Produits laitiers avec moins de 3,5 g de lip/100g
- Biscuits avec moins de 10 g de lip/100g
- Plats cuisinés avec moins de 5 g de lip/100g

		
1 verre de soda		6
1 pain au choc	2	7
1 cas de nutella	1	3
1 mars	1	6
1 big mac	3 et ½	9

Prise en charge psychologique

- ▣ Dépistage des TCA +++
- ▣ Prise en charge de la dépression
- ▣ Estime de soi
- ▣ Image corporelle

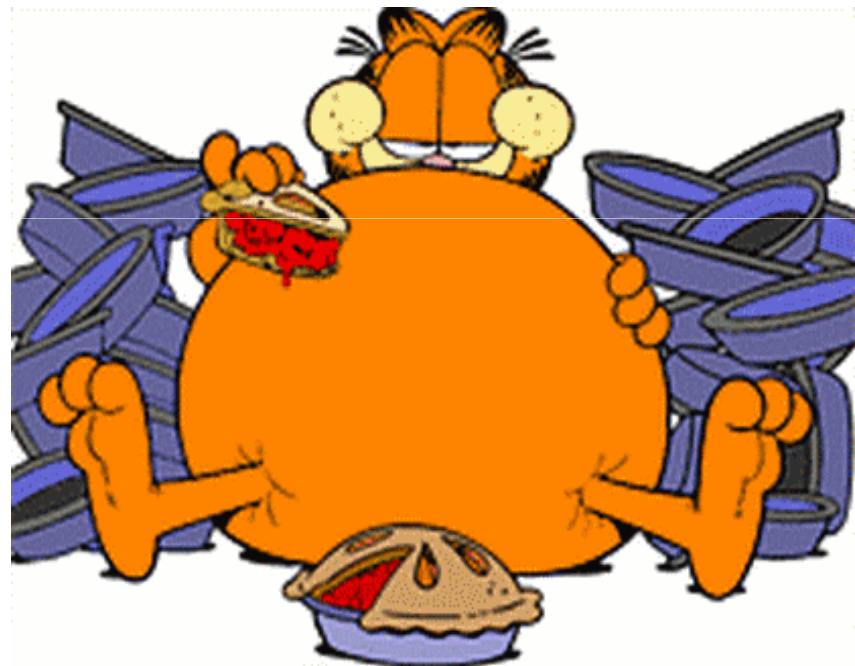
Prise en charge psychologique

Hyperphagie prandiale

Travail sur les sensations physiologiques de faim et de rassasiement

-vitesse ingestion

-repas exercice



Prise en charge psychologique

Alimentation émotionnelle (prise en charge spécialisée)

compulsions, binge eating, binge eating disorders, night eating syndrome



→ grignotages

→ compulsions

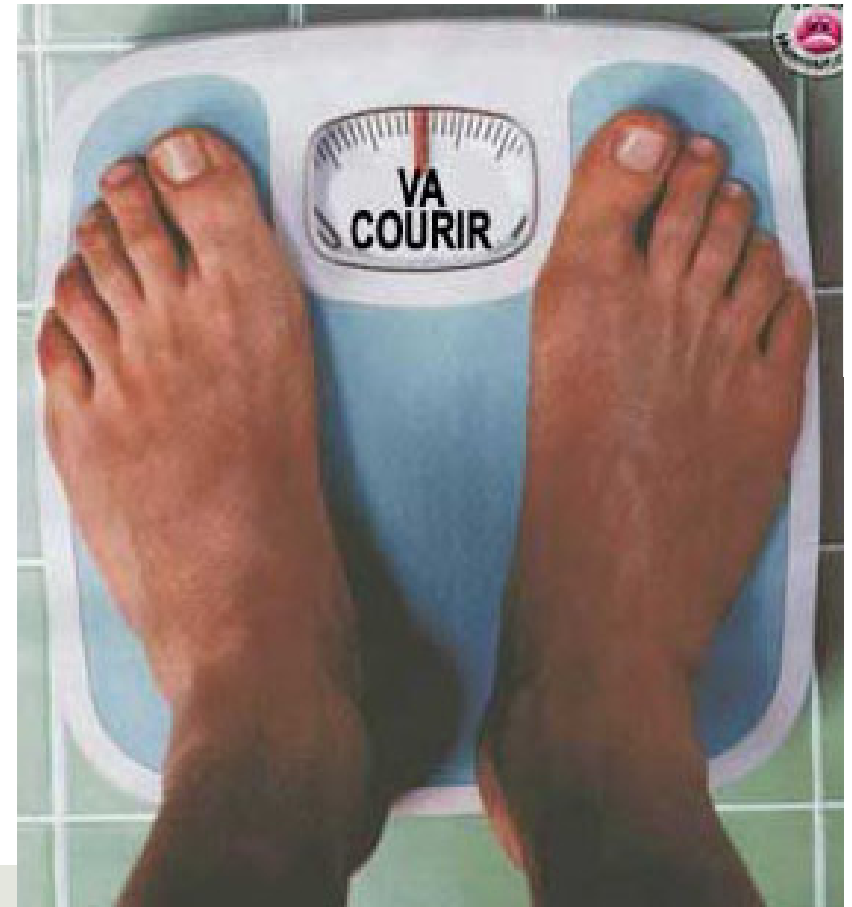
→ restriction cognitive : je me prive (interdits/perte du plaisir) → je craque → je culpabilise → je suis nul etc....

Activité physique

- Freins multiples :

manque de confiance, douleur , regard des autres +++++

- Redonner confiance
- Adaptée, lutte contre sédentarité
- Renforcement musculaire
- Essentielle au maintien du poids



Bilan préopératoire

Morphologique

- FOGD avec recherche Helicobacter pylori
- TOGD
- Echographie abdominale

Bilan des co-morbidites

- Pneumologique (dont dépistage SAS)
- Cardiologique
- Bilan métabolique et hormonal
- Bilan nutritionnel
- Consultation gynécologique
- Consultation dentaire

Exemple au CHRU Lille

Demande motivée

- du patient ou orientation d'un médecin, courrier du MT

SEANCE COLLECTIVE

- En groupe
- Intervention d'un chirurgien, d'un médecin, d'une diététicienne

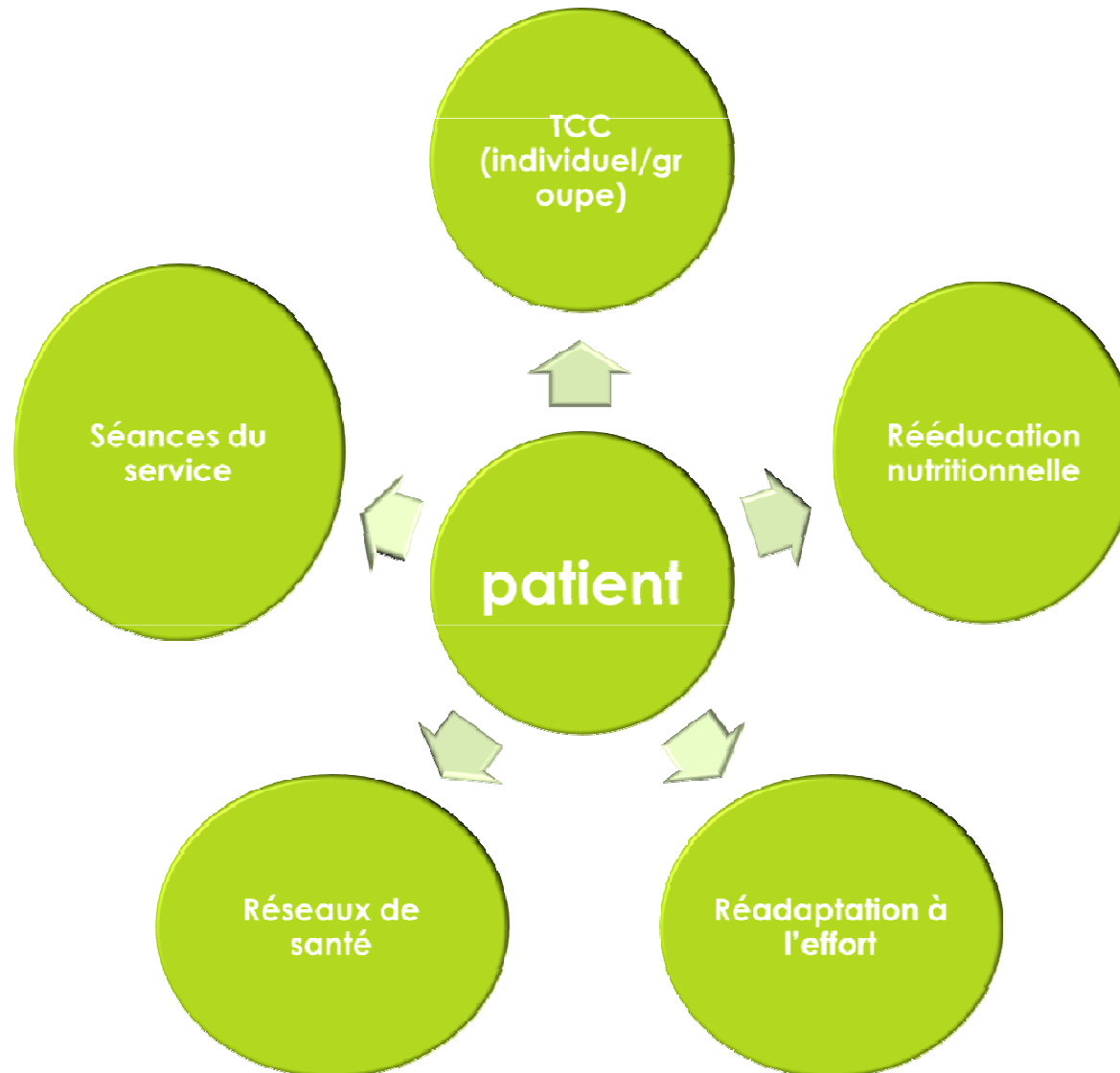
Consultation individuelle médico-chirurgicale

- Diagnostic éducatif
- Evaluer les premiers changements de comportement du patient
- Orientation en fonction des problématiques
- Elaboration de nouveaux objectifs

Consultation de suivi de nutrition

- Evaluation des objectifs et des changements opérés
- Orientation
- Elaboration de nouveaux objectifs

Orientation du patient





**BILAN
PRE-OPERATOIRE**

- Hospitalisation de 3 jours
- Bilan biologique et morphologique
- Consultation anesthésie, psychologique, diététique
- Séances ETP : buffet, séances sur techniques, jeu, yoga
- Partage d'expérience
- Synthèse multi-disciplinaire

RCP bariatrique

Patient ; DDN ; DDN ..././....	
Praticien référent Médecin traitant	- - Médecin traitant (compte rendu envoyé) :	
Antécédents Comorbidités	Médicaux :	
	Chirurgicaux :	
Histoire pondérale	IMC MAXIMAL (poids-taille)	
	IMC ACTUEL (poids)	
Histoire pondérale (dont chirurgie) (Année)	Date de première prise en charge du poids :	
	Histoire pondérale :	
Prise en charge préopératoire	Psychologie :	
	Nutrition (alimentation-activité physique) :	
	Bilan préopératoire :	
Information du Patient	Avis anesthésiste (remarques) :	
	<input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Accord, Risque éventuel :	
Question(s) posée(s)	Le patient a été informé lors d'une consultation des bénéfices attendus, des risques de la chirurgie et du caractère impératif du suivi :	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> information par éducation thérapeutique du patient (ETP)	
Présentation radiographies ?	<input type="checkbox"/> Décision d'orientation la chirurgie bariatrique ? <input type="checkbox"/> Décision de récuser la chirurgie bariatrique ? <input type="checkbox"/> Quelle intervention choisir ? <input type="checkbox"/> Autre : ?	
	<input type="checkbox"/> Sillage <input type="checkbox"/> CD/Radiographies/photos	

Décision du groupe :

Indication de chirurgie bariatrique

- Oui
 Non
 Différée

Technique retenue :

- Anneau gastrique
 Sleeve gastrectomy
 Gastric By-pass
 Autres :

Commentaires :

Conclusion du groupe :

Conformité de la stratégie par rapport aux référentiels utilisés (HAS) :

- Oui
 Non

Le patient sera prochainement convoqué pour que lui soit expliqué les résultats.

Personnes présentes

Chirurgiens : Pr Pattou, Dr Calazzo, Dr Torres, Dr Degremont, Dr Sterkers, Dr

Nutritionnistes : Pr Romon, Dr Pigeyre, Dr Verkindt, Dr Rousseaux, Dr Camard, Dr Lochon, Dr Nesslany, Dr Berkhout, Dr Couster,

Diététiciennes : Cachera L., Fontaine C.,

Psychologues : Benaisa K.,

Autres médecins :

**QUELLE TECHNIQUE POUR
QUEL PATIENT?**

Exemple : choix de la technique en fonction des TCA?

Faut il faire un GBP chez les « *sweet eaters* »?

- Prévalence du Binge eating en préopératoire entre 6 et 64 %!
- Etudes discordantes sur lien entre TCA pré-opératoire et perte de poids mais **facteur prédictif de reprise de poids 18-24 mois après un GBP(?)** (Niego SH *et al* Int J Eat Disord 2007)
- Réapparition d'un BE/pas d'apparition de novo (lune de miel)
- Plus de dilatation oesophagienne après gastroplastie (Busetto *et al.*, 2005) si TCA

CHOIX DE LA TECHNIQUE

- Le rapport bénéfice/risque des différentes techniques ne permet **pas** d'affirmer la supériorité d'une technique par rapport à une autre.
- Le choix de la technique chirurgicale doit être fait conjointement par l'équipe pluridisciplinaire **et** le patient

→ Importance de l'information

LE SUIVI POST-OPERATOIRE

Fréquence

Mode alimentaire

Surveillance clinique

Vitamines

-carences

-surveillance clinique et biologique

-supplémentation

Long terme

Exemple du CHRU Lille

INTERVENTION
CHIRURGICALE

- Conseils diététiques de sortie en individuel et/ou en groupe

1 MOIS

- TOGD/TOGJ
- Bilan biologique
- Séances ETP

3 MOIS

- TOGD/TOGJ
- Bilan biologique
- Séances ETP

6 MOIS

- TOGD/TOGJ
- Bilan biologique
- Séances ETP

1 AN

- TOGD/TOGJ/FOGD
- Bilan biologique
- Séances ETP

Conseils alimentaires postopératoire immédiat

▣ **J1** : alimentation liquide

▣ **Le 1^{er} mois :**

- alimentation mixée (liquide si sleeve)
- fractionnée (6 à 7 prises)
- Privilégier protéines et féculents
- +/- Protifar® ou complément hyperprotidique (Clinutren®, Bariamed®)

Conseils alimentaires postopératoire

- ❑ 1 repas = 1 assiette à dessert = 30 minutes
- ❑ Manger lentement, bien mastiquer
- ❑ 3 repas / 2-3 collations
- ❑ Eviter aliments fibreux
- ❑ Eviter boissons gazeuses
- ❑ Eviter les sucres rapides et graisses : risque de dumping syndrome
- ❑ Boire en dehors des repas, par petites quantités
- ❑ Poursuite travail sensations alimentaires

Surveillance clinique

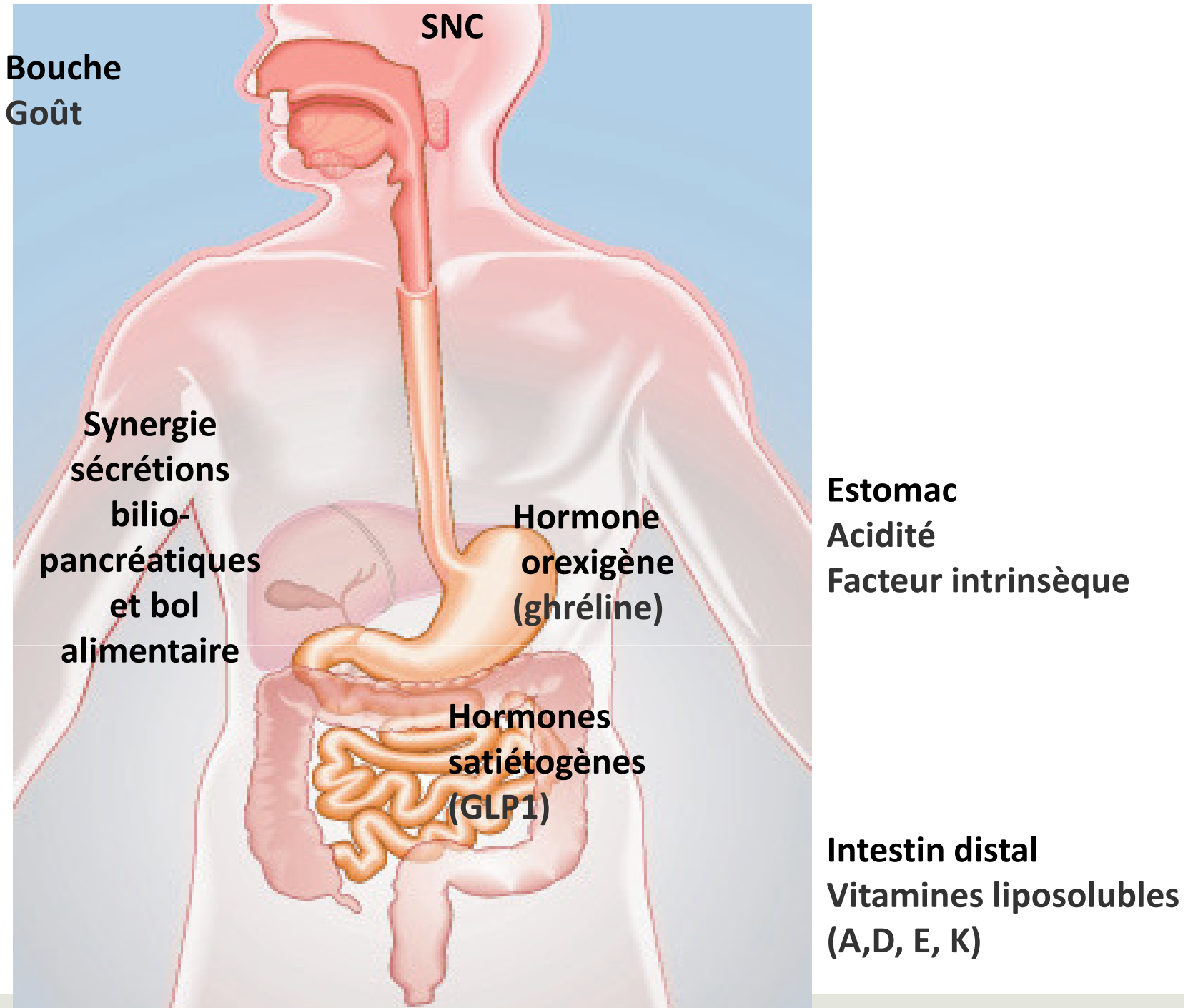
- Poids, IMC, impédancemétrie
- Evaluation des ingesta
- Tolérance digestive
 - nausées, vomissements, reflux gastro-oesophagien, régurgitations, douleurs abdominales,
 - dumping syndrome, hypoglycémies
 - diarrhées, ballonnement : pullulation microbienne
 - Stéatorrhée (insuffisance pancréatique exocrine, fonctionnelle)
- Recherche de signes clinique de carences
 - Asthénie, intolérance au froid
 - fonte musculaire évaluée par le hand grip (dénutrition protéino-énergétique)
 - Chute des cheveux, ongles cassants
 - Paresthésies des membres, dysesthésie
 - Déchaussement dentaire
 - Baisse acuité visuelle
- Retentissement psychologique, qualité de vie

Carences

Complications immédiates et à distance

- ◆ **Fer** : microcytose, anémie, asthénie, ongles cassants
- ◆ **Vit B12** : macrocytose, anémie, neuropathie, sclérose combinée
- ◆ **Calcium, vit D** : ostéomalacie, ostéoporose, fractures
- ◆ **Vit B9 (folate)** : macrocytose, anémie, défaut du tube neural chez fœtus (femme enceinte)
- ◆ **Protéines** : retard de cicatrisation, asthénie, chute des cheveux
- ◆ **Vit B1 (thiamine)** : neuropathie, encéphalopathie de Gayet-Wernicke (vomissements+++)
- ◆ **Zinc** : perte des cheveux
- ◆ **Vit A** : perte vision nocturne
- ◆ **Vit E** : augmentation stress oxydant
- ◆ **Vit K** : trouble de la coagulation
- ◆ **Vit C** : déchaussement dentaire
- ◆ **Oligo-éléments** : neuropathie, troubles immunité

Rappels de physiologie digestive



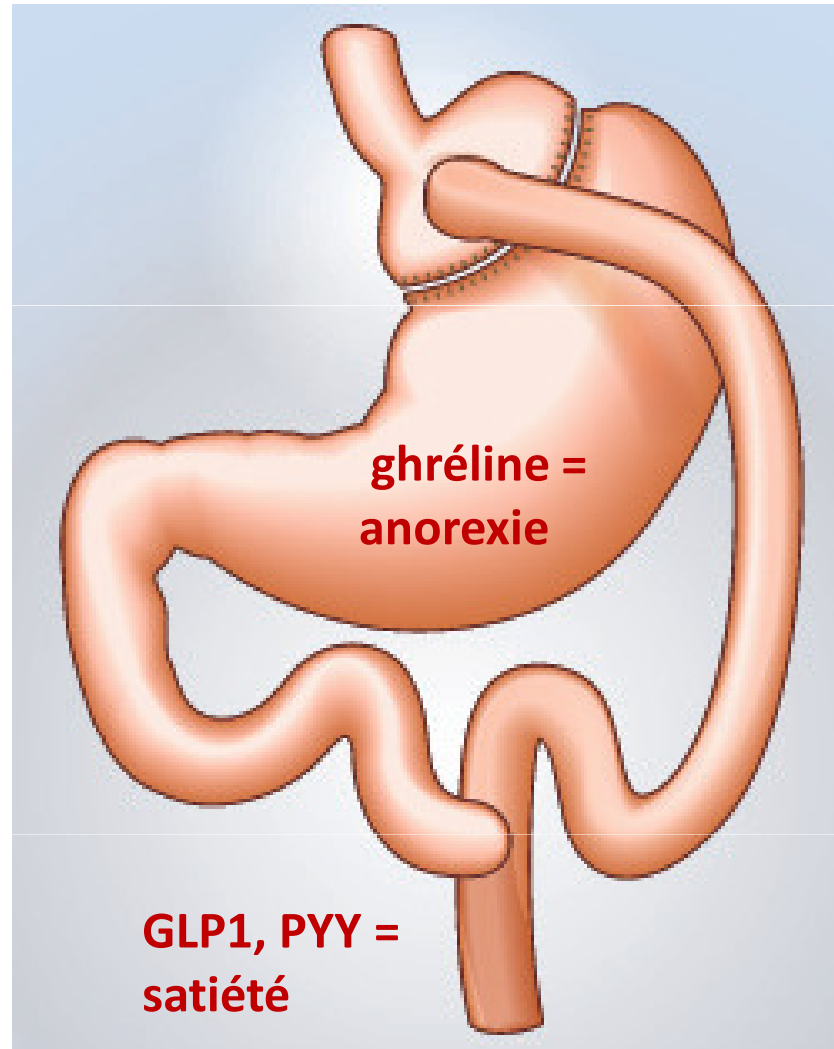
Gastric by pass

Réduction de l'estomac
Inconfort alimentaire
Dumping syndrome
Dégoût
Vomissements



Réduction des apports
protéino-énergétiques

1000 kcal/j le 1er trimestre
1500 kcal/j fin 1ère année
> 2000 kcal/j après 6 ans



- de liaison de la **vit B12**
avec le **facteur intrinsèque**
- de la réduction du **fer**
(**acidité gastrique**)

Défaut d'absorption
Ca, Fe, B1, B9, B12, C,
Zn, Se

Défaut d'absorption
vitamines liposolubles (**vit A,**
D, E, K)

Surveillance biologique - GBP

	Pré-op	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois	18 mois	2 ans	1 fois/an
Bilan standard	X	X	X	X	X	X	X	X
Albumine, pré-albumine	X	X	X	X	X	(X)	X	X
CSS – ferritine	X		X	X	X	X	X	X
Vit B12	X			X	X	(X)	X	X
Folates	X		X	X	X	X	X	X
Ca, vit D	X		X	X	X	X	X	X
PTH	X			X	X		X	X
Ostéodensitométrie	X				X		X	2 – 5 ans

B1 : si vomissements

DMO: patients à haut risque d'ostéoporose

Vit A, E, K, c, Zn, Se : si perte de poids extrême / signes cliniques évocateurs

Supplémentations vitaminiques- GBP

Préventive

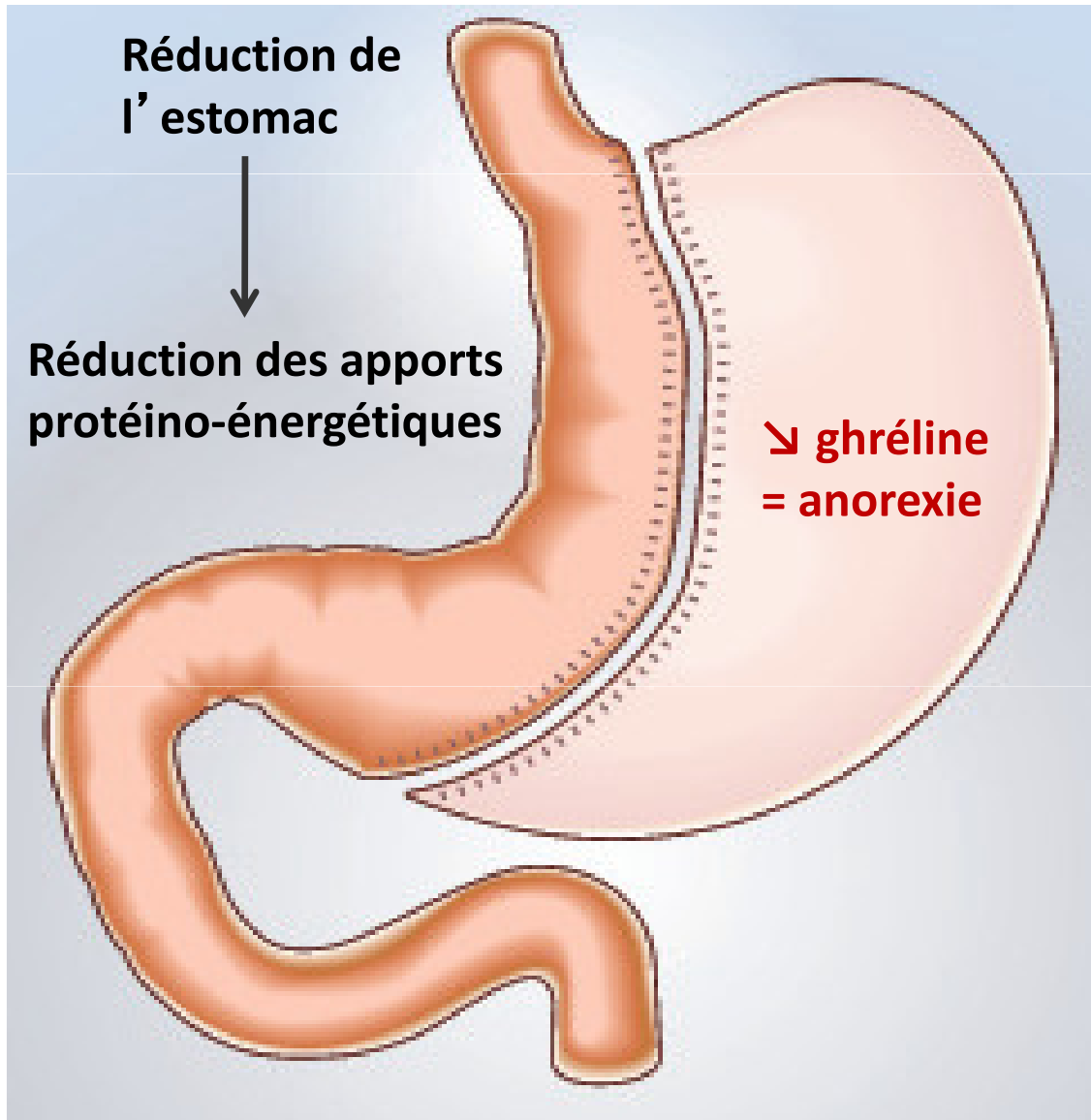
- **Vitamine B12** : 1000µg / semaine per os ou 1000µg IM/3 mois à vie
- **Calcium-vitamine D** : Ca 1000 mg + Vitamine D 800 UI/j (Fixical D3[®]) à vie
- **Vitamine B1-B6** : 1/j 6 mois
- **Zinc** (Rubozinc[®] 15 mg) 2/j 6 mois
- **Fer - folates** : Tardyféron B9 [®] 1/j (femmes réglées)
- **Multi-vitamines** (Surgyline[®], Azinc[®]...)

Curative

En cas de carences : posologie à adapter (voie IV)

En cas de désir de grossesse : posologie à adapter

Gastrectomie longitudinale



Diminution de liaison de la vit B12 avec le **facteur intrinsèque**

Surveillance biologique - SG

	Pré-op	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois	18 mois	2 ans	1 fois/an
Bilan standard	X	X	X	X	X	X	X	X
Albumine, pré-albumine	X	X	X	X	X	(X)	X	X
CSS – ferritine	X		X	X	X	X	X	X
Vit B12	X			X	X		X	X
Folates	X			X	X		X	X
Ca, vit D	X				X		X	X
PTH								
Ostéodensitométrie	X						X	2 – 5 ans

B1 : si vomissements

Ca, vit D, folate : si mauvaise compliance

Supplémentations vitaminiques-SG

Préventive

- Vitamine B12 = 1000µg IM/3 mois
- Vitamine B1 = Benerva 1/jour 6 mois

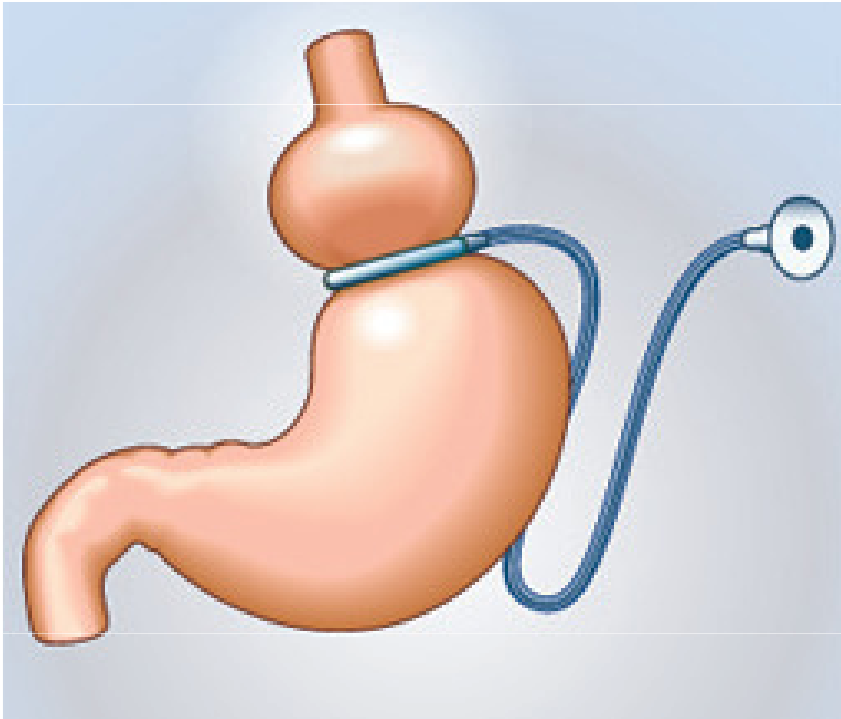
Curative

En cas de carences : posologie à adapter (voie IV)

En cas de désir de grossesse : posologie à adapter

En cas de vomissement : vitamine B1

Anneau gastrique ajustable (AG)



Carence

surtout si

- **vomissements**
- **excès de serrage**
- **glissement de l'anneau**

Surveillance biologique - AG

	Pré-op	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois	18 mois	2 ans	1 fois/an
Bilan standard	X	X	X	X	X	X	X	X
Albumine, pré-albumine	X	X	X	X	X	(X)	X	X
CSS – ferritine	X		X	X	X	X	X	X
Vit B12	X			X	X		X	X
Folates	X			X	X		X	X
Ca, vit D	X				(X)		X	X
PTH								
Ostéodensitométrie	X						X	2 – 5 ans

B1 : si vomissements

Ca, vit D, folate : si mauvaise compliance

Supplémentations vitaminiques-AG

Préventive

- Vitamine B12 = 1000µg per os /mois
- Vitamine B1 = Benerva[®] 1/jour 6 mois

Curative

En cas de carences : posologie à adapter (voie IV)

En cas de désir de grossesse : posologie à adapter

En cas de vomissement : vitamine B1

Adaptation traitement

- ▣ Acide ursodésoxycholique :
 - ▣ prévenir la formation de lithiase vésiculaire (6 mois post-op)
- ▣ Adapter les traitements des comorbidités
 - ▣ HTA, SAS, dyslipidémies, DT2
- ▣ Malabsorption de divers médicaments
 - Surveillance des concentrations plasmatiques : AVK, hormones, antiépileptiques, immuno-suppresseurs
 - Attention aux psychotropes
- ▣ Eviter les médicaments ulcérigènes (aspirine, AINS, corticoïdes)

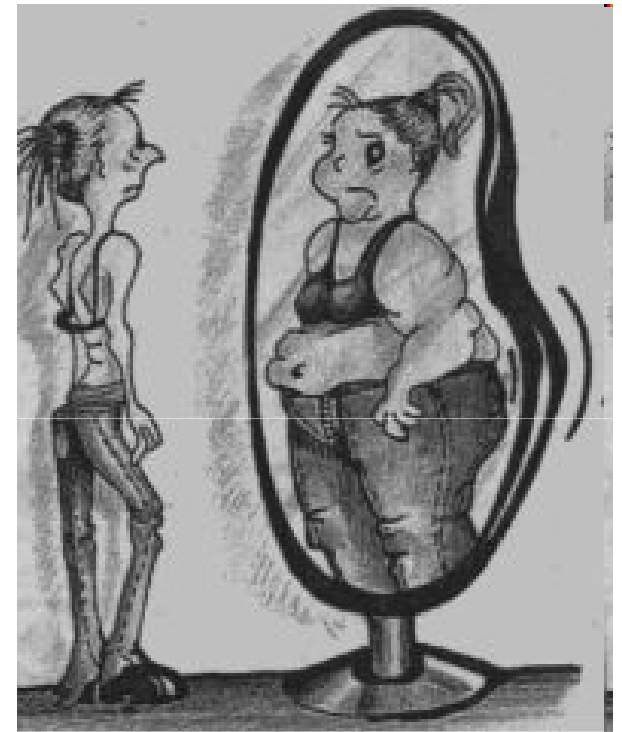
Reprise activité physique

- ▣ Reprise de l'activité physique, dès la cicatrisation
- ▣ Afin de maintenir la masse musculaire et améliorer le résultat pondéral
- Recommandations :
 - 1h de marche par jour, 5 jours/7
 - ou 3 séances de sport par semaine
- Recourir à des séjours de reconditionnement à l'effort, séances de kinésithérapie...



Suivi psychologique

- Amélioration de la dépression, de la qualité de vie avec la perte de poids
- Mais, possible :
 - Rechute des troubles du comportement alimentaire
 - Déplacement/rechute des addictions
 - Trouble de la réappropriation de l'image du corps



Grossesse

- Pas avant les 18 mois suivant la chirurgie (contraception efficace)
- Pas de dégonflage systématique de l'anneau
- Surveillance nutritionnelle et obstétricale attentive
- Supplémentation (acide folique)

Reprise pondérale...

- ▣ Diminution de la malabsorption, dilatation
 - ▣ (Ré)apparition de TCA
 - ▣ Défaut d'AP
 - ▣ Effet de l'âge
 - ▣ Poids « mémoire »
- Nouvelle prise en charge éducative