

CHIRURGIE DE L'OBESITE et des Maladies Métaboliques

INFORMATION DES PATIENTS



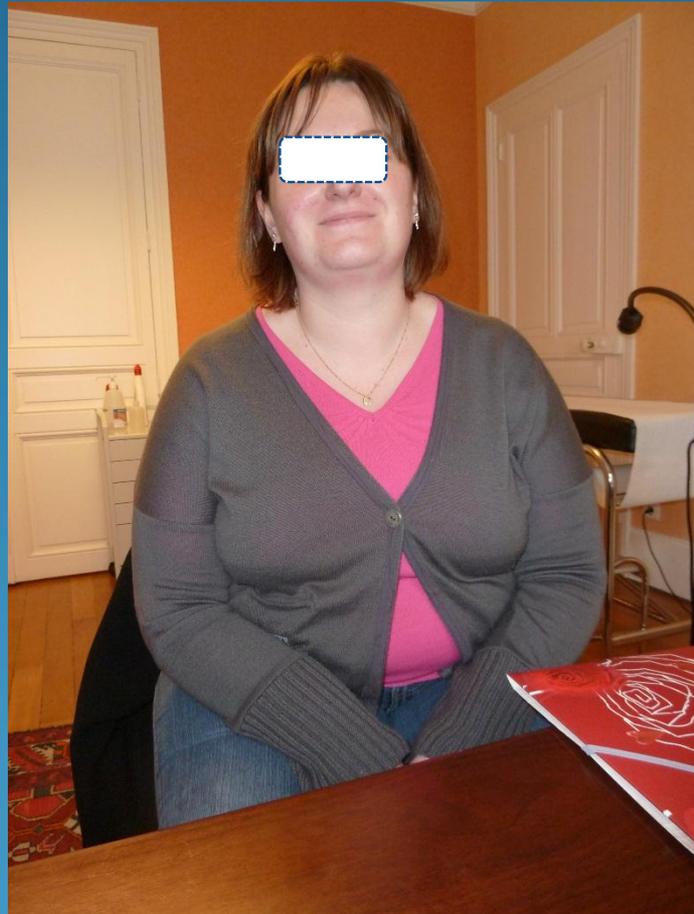
15^{ème} Journée Nationale du Sommeil
Sommeil et Nutrition

Dr Michel AST

Patient type

- Une femme dans 80 % des cas
- 40 ans
- 120 kg / 1,66 m soit un imc de 43
- Chirurgie de rattrapage 10 %
- HTA 24 %
- DNID 17 %
- Dyslipidémie 20 %
- SAS 20 %
- POA 42 %

Mme R.



OBESITE : maladie chronique

- Reconnue par l'OMS depuis 1997
- 15% de la population adulte, soit 7 millions d'adultes
- 20 % des 15-25 ans

Obésité : définition

- Surpoids : IMC compris entre 25 et 30
- Obésité modérée : IMC entre 30 et 35
 - A partir de 92 kg pour un homme de 1.75 m
 - Entre 80 et 90 kg pour une femme de 1.62 m
- Obésité sévère : IMC entre 35 et 40
 - Entre 90 et 100 kg pour une femme
- Obésité massive ou morbide : IMC > 40
 - 122 kg pour un homme
 - 105 kg pour une femme
- Super obésité : IMC > 50 (femme plus 130 kg)
- Super super obésité : IMC > 60 (plus 150 kg)

OBESITE : maladie chronique

- 60.000 morts par an
 - maladies cardio-vasculaires : Infarctus, HTA, diabète, AVC ...
 - Premier cancer, second cancer
- Co-morbidités : rhumatologiques, apnée du sommeil, psychologiques, familial, social...
- Espérance de vie : moins 10 ans

Traitement médical : résultats

- Aucun médicament validé par l' HAS
- Aucun régime validé par l' HAS
- 5 à 10 % de perte de l'excès de poids
- Définition du mot régime : stabiliser la prise de poids

Solution chirurgicale ?

- *Oui dit l'HAS (has-sante.fr)*
- Diminuer le risque d'infarctus avant 60 ans.
- Traiter efficacement au long terme les co-morbidités : diabète, HTA, SAS ...
- Prolonger la vie de l'obèse (récupérer 10 ans d'espérance de vie)
- Respect des conditions définies par l' HAS

HAS

- Age entre 18 et 65 ans
- Obésité ancienne de plus de 5 ans
- Echec de prise en charge multidisciplinaire
- Prise en charge > 6 mois
- IMC > 40
- IMC > 35 si co-morbidité
 - Ostéo-articulaire
 - Apnée du sommeil et troubles respiratoires sévères
 - Syndrome métabolique

Syndrome métabolique :

PA

systolique > à 130 OU diastolique > 85 mm Hg

TOUR DE TAILLE

> 102 cm chez l'homme et > 88 cm chez la femme

GLYCEMIE à jeun > 1.1 g/l

TRIGLYCERIDES > 1.5 g/l

HDL CHOLESTEROL trop bas

< 0.4 g/l chez l'homme ou 0.5 g/l chez la femme

Evaluation et prise en charge pluridisciplinaire

- Chirurgien
- Endocrinologue / nutritionniste
- Psychiatre / psychologue
- Cardiologue
- Pneumologue
- Anesthésiste
- Gastro-entérologue
- Education thérapeutique
 - Diététique
 - Physique
- La décision d'intervention est prise à l'issue d'une discussion et d'une concertation de l'équipe pluridisciplinaire

Chirurgie bariatrique

- 50.000 interventions en 2015

Sleeve Gastrectomie	55 %
By-Pass Gastrique	35 %
Gastroplastie par Anneau	10 %

- Sainte-Marthe : près de 500 patients

Techniques chirurgicales

- Restriction alimentaire
- Malabsorption alimentaire

Techniques restrictives

- Anneau
- Sleeve gastrectomie (gastrectomie longitudinale)

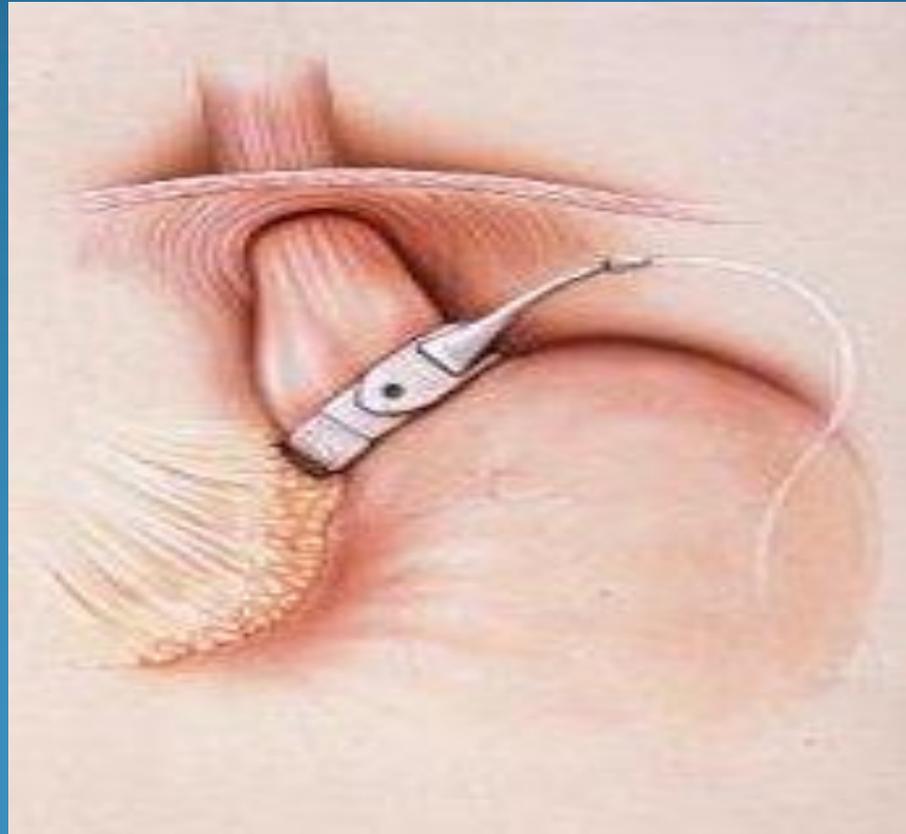
Techniques mal absorptives

- By-Pass Gastrique
 - En Y
 - En Oméga
- Dérivation Bilio-Pancréatique
 - Duodenal Swich
 - Scopinaro

Anneau gastrique

- 1980
- On serre la partie supérieure de l'estomac
- Principe du sablier

Serrer la partie supérieure de l'estomac



Principe du sablier



Aliments passant dans
l'œsophage et remplissant la
poche gastrique supérieure.



Aliments traversant
le canal étroit.

Anneau : technique simple

- Intervention de moins de 30 min
- Se fait maintenant en ambulatoire
- Mortalité 0,1 %
- Morbidité 4 %
 - Perforations œsophagiennes et gastriques
 - Glissement précoce
 - Accidents thromboemboliques et pneumopathies
 - Hématomes et sepsis

Anneau gastrique

- Modulable par gonflage de la chambre interne
- Simplicité
- Satiété retrouvée (en principe)
- Contraintes alimentaires
 - Patients disciplinés : très difficile
 - Mâcher mâcher mâcher mâcher

Anneau : efficacité

- Réduction de l'excès de poids
 - de 40 % à 1 an
 - De 50 % à 2 ans
- - 25 kg à 3 ans

Mais à long terme

- Complications : 10 à 50 %
- Ré interventions pour problèmes majeurs
 - Slippage ou dilatation de la poche
 - Migration intra-gastrique
 - Dilatation œsophagienne
 - Dysphagie
 - Reflux

Moins grave

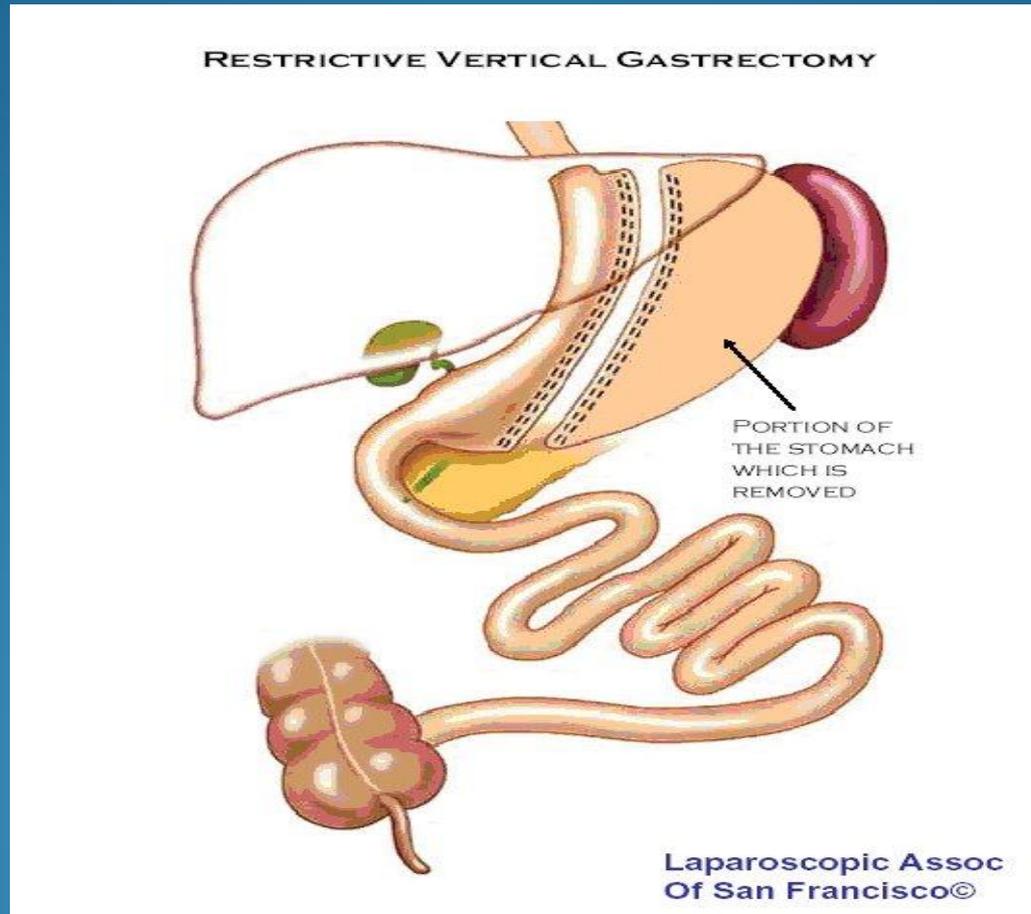
- Ré interventions pour problèmes mineurs
 - Boitier
 - Tubulure
- Complications fonctionnelles
 - Pyrosis
 - Vomissements
 - Retentissement sur la vie sociale...

Sleeve gastrectomie ou Gastrectomie longitudinale

- Chirurgie plus mutilante - Irréversible
- Ablation de la partie gauche de l'estomac (2/3)
- On transforme une partie de l'estomac en tube

Sleeve Gastrectomie :

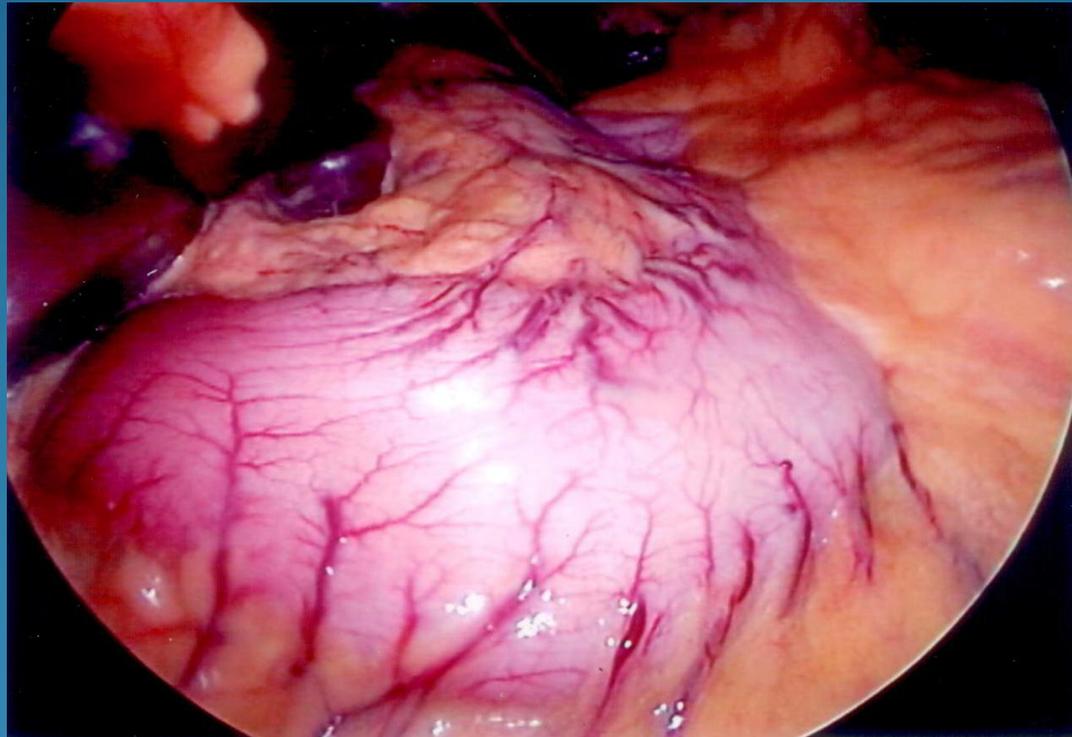
volume de 200 ml, vidange naturelle conservée



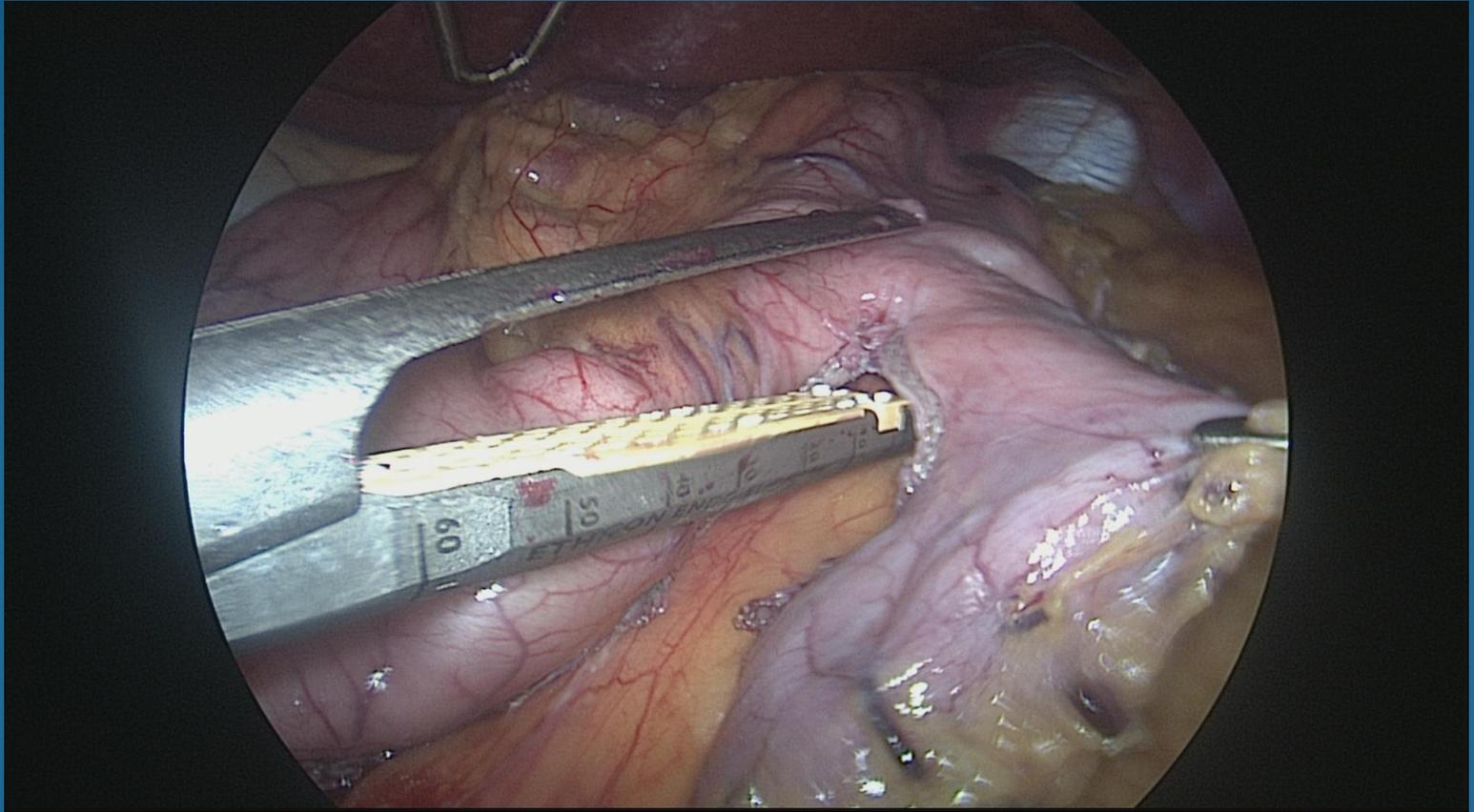
Sleeve

- Première étape avant chirurgie par malabsorption surtout quand $IMC > 50$
- Suffit le plus souvent surtout si $IMC < 50$

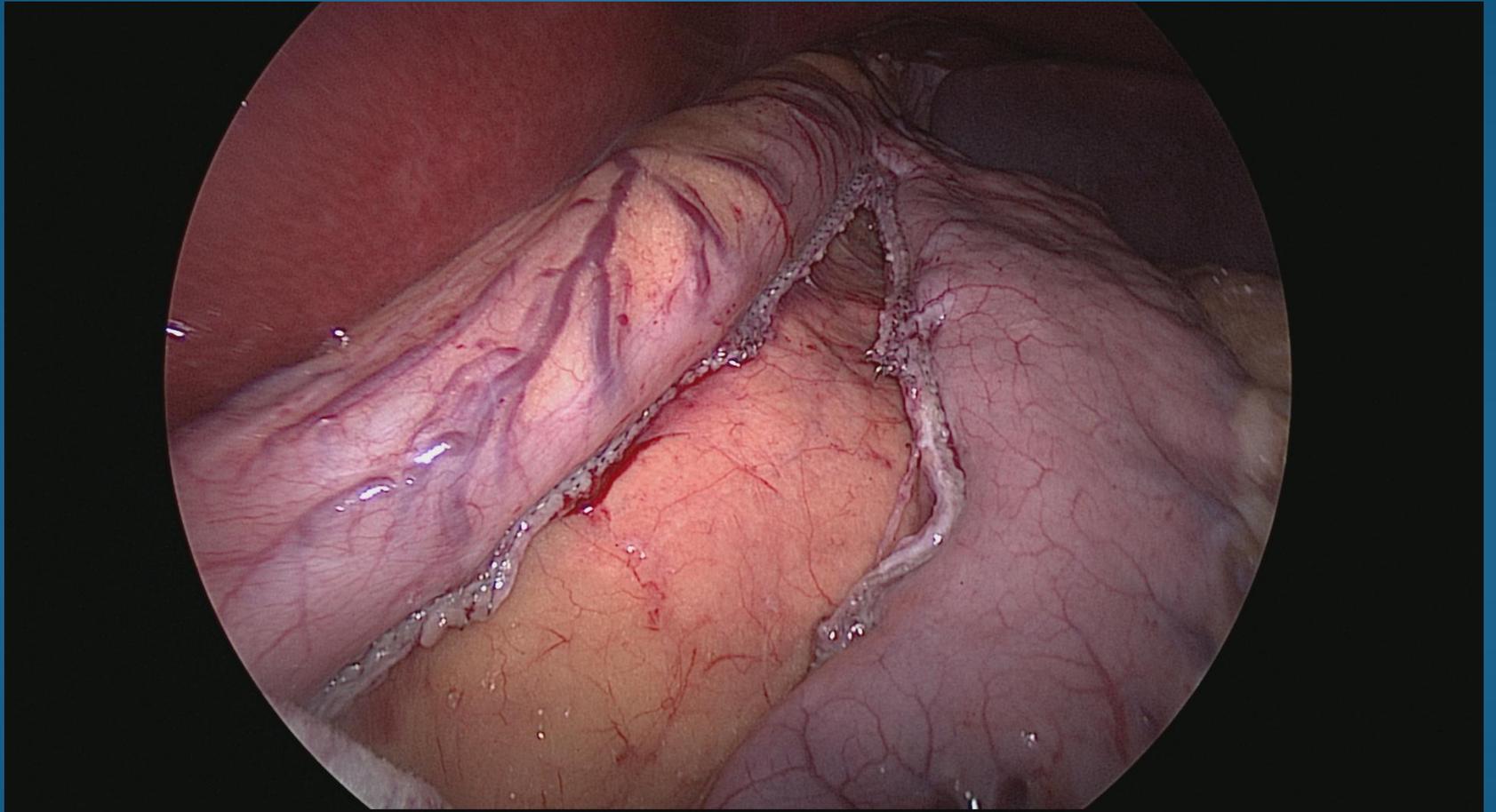
Sleeve



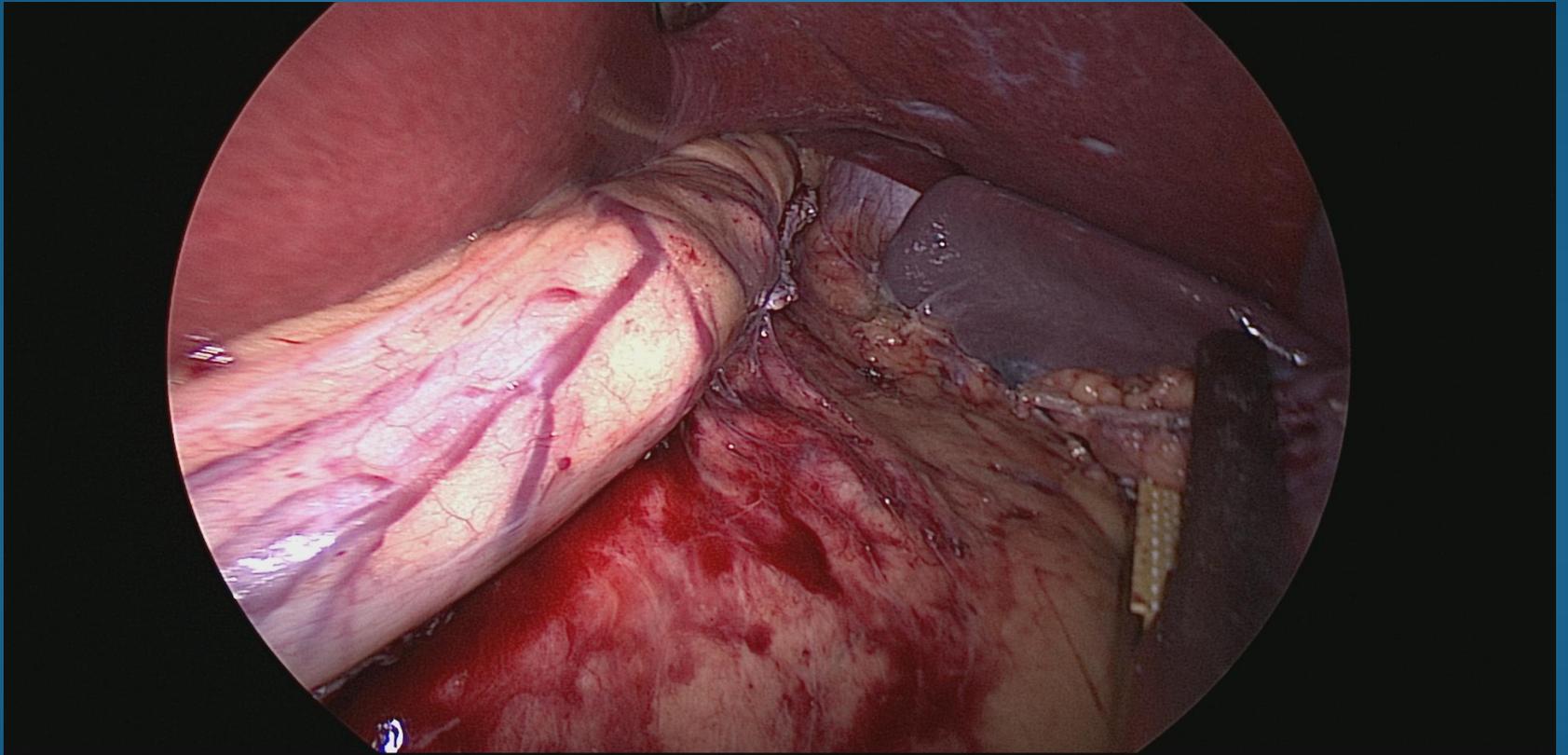
Sleeve



Sleeve



Sleeve



Sleeve



Sleeve

- Moins de 60 min de coelioscopie
- Hospitalisation le matin
- J0, alimentation liquide
- J1 ou J2, sortie
- Convalescence 3 semaines (idéalement en SSR)

Sleeve : complications

- Mortalité faible environ 0.1 %
- Morbidité 5 %
 - Accidents thromboemboliques
 - Pneumopathies
 - Complications chirurgicales

Sleeve : réinterventions

- < 2 % des patients
 - Hémorragies sur la ligne d'agrafage 1 %
 - Occlusions
 - Plaies de foie ou rate
 - Perforations
 - Exploration au moindre doute

Fistule : la gestion

- Rare mais aléatoire < 2 %
- De 6 semaines à 1 an
- Prise en charge multi-disciplinaire
 - Antibiotiques
 - Drainages : échographie, scanner, endoscopique, coelioscopie
 - Endoscopie : sondes d'alimentation, prothèses
 - Chirurgie : ablation du tube gastrique
- En collaboration avec le CHU

Sleeve

- Mais à distance
 - Pas de complications
 - Bon confort alimentaire :
pas de blocage, pas de dumping syndrom, pas de diarrhées graisseuses
 - Modifications hormonales (gréhline, YPP, GLP 1)
perte de la sensation de faim,
perte du besoin de grignoter,
retour de la satiété,

Sleeve : résultats

HTA : 24% des patients

Diminution du traitement	46 %
Arrêt du traitement	51 %

DNID : 17 % des patients

Diminution du traitement	32 %
Rémission	67 %

SAS : 21 % des patients

Amélioration	24 %
Guérison	47 %

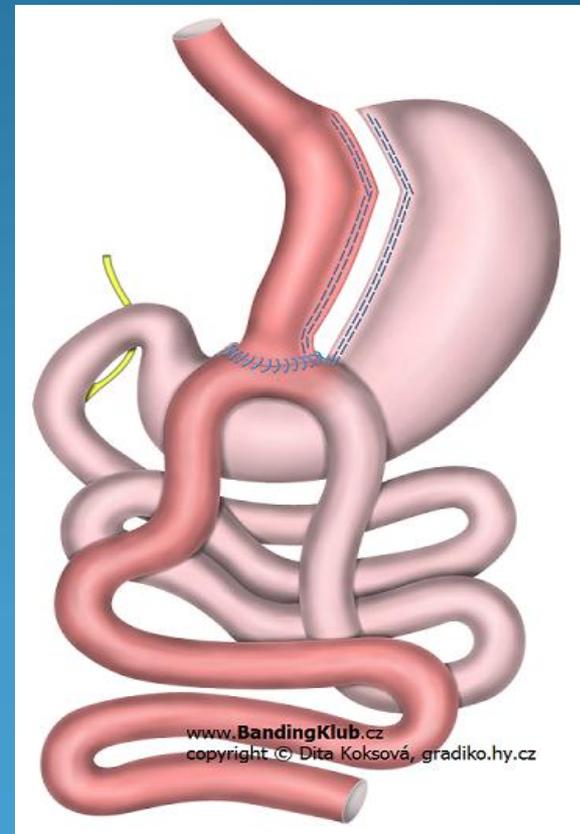
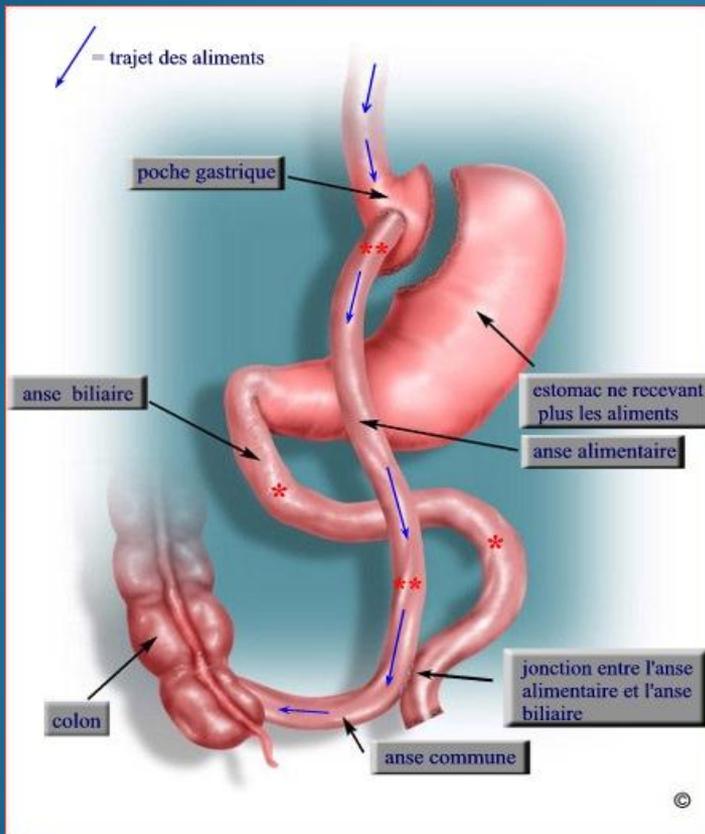
Sleeve : résultats

- Perte excès de poids
 - $35 < \text{imc} < 50$: - 65 %
 - $50 < \text{imc} < 55$: - 60 %
 - $\text{imc} > 55$: - 50 %
- Possibilités de reprise à 4 ans
- Les clés du succès
 - Hygiène alimentaire irréprochable
 - Activité physique régulière
 - Suivi médico-chirurgical : attention aux carences vitaminiques et protéiques

By-pass gastrique

- Mason 1960

Court-circuiter estomac, duodenum et jejunum



By-pass : les résultats

- Efficacité incontestée : recul > 10 ans
- Chute de l'IMC (-40 kg à 2 ans)
 - + 15 points à 1 an
 - + 18 points à 2 ans
- Perte de l'excès de poids
65 % à 2 ans
- Bon confort alimentaire

By-pass : le problème

- Intervention plus longue
- Plusieurs sutures intestinales
- Hospitalisation plus longue

By-pass : morbidité médicale

- Accidents thromboemboliques
- Pneumopathies

By-pass : complications

- Mortalité 0,3 %
 - 21 décès sur 8189 procédures en 2010
 - Surtout si
 - Plus de 50 ans
 - IMC supérieur à 50

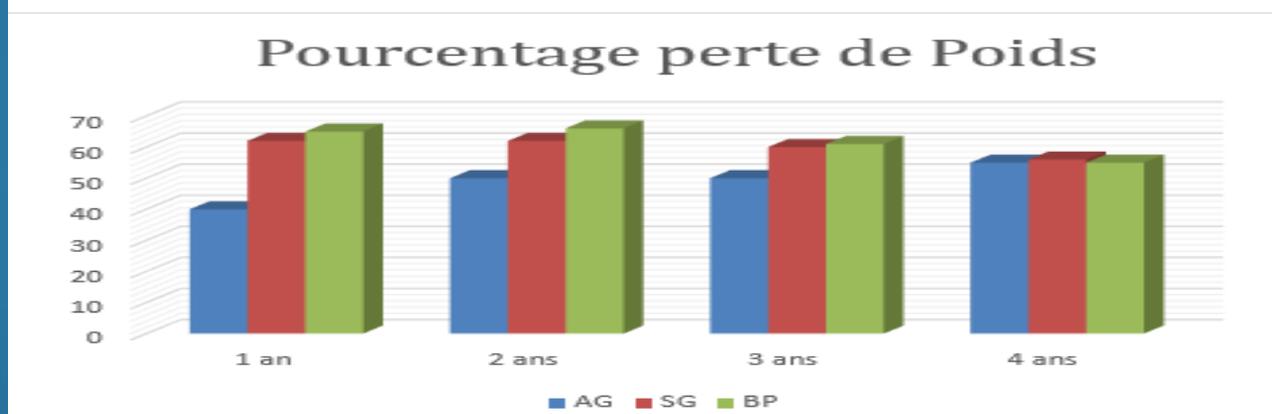
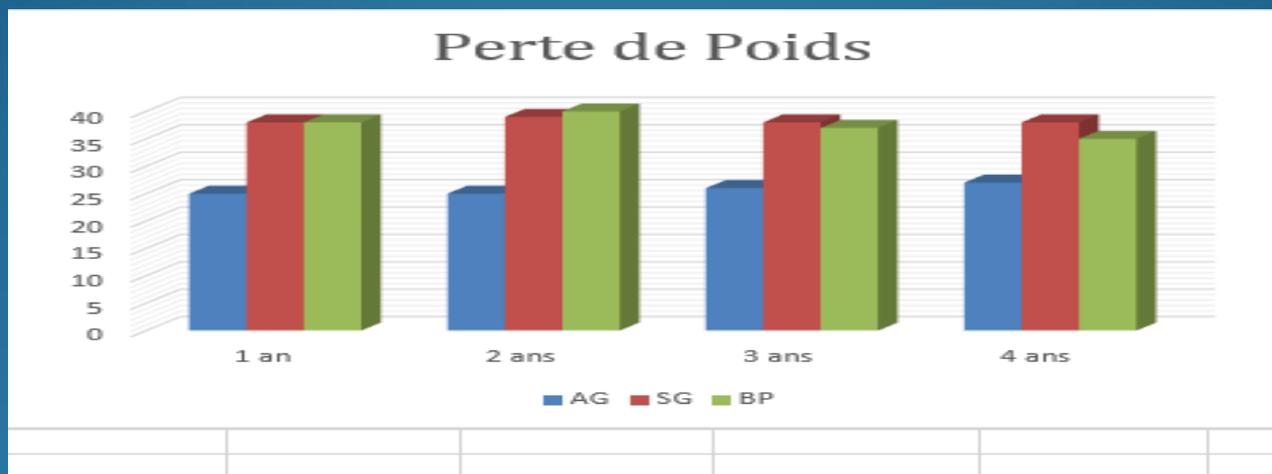
By-pass : réinterventions

- 8 % des patients
 - Fistules 3 %
 - Occlusions
 - Perforations résections du grêle
 - Explorations
 - Hémorragies , plaies du foie et de la rate
 - Drainage de collections

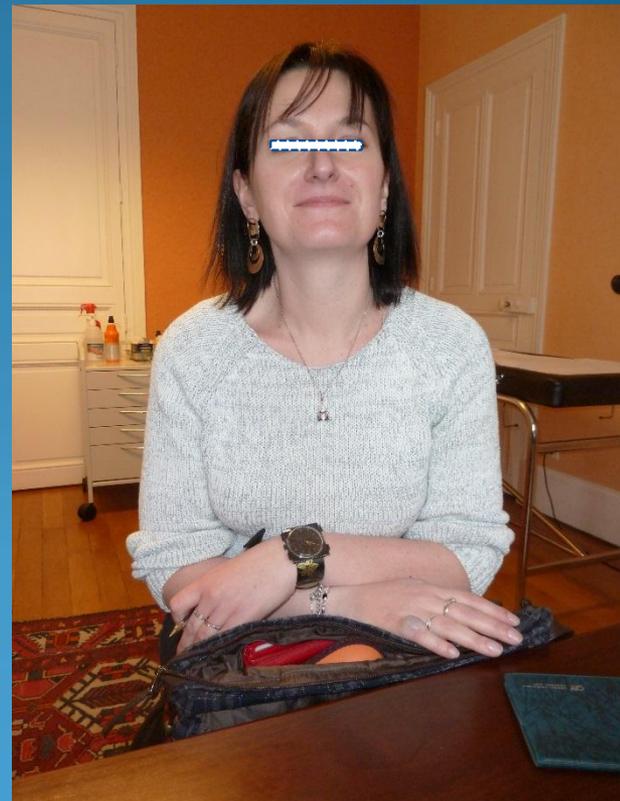
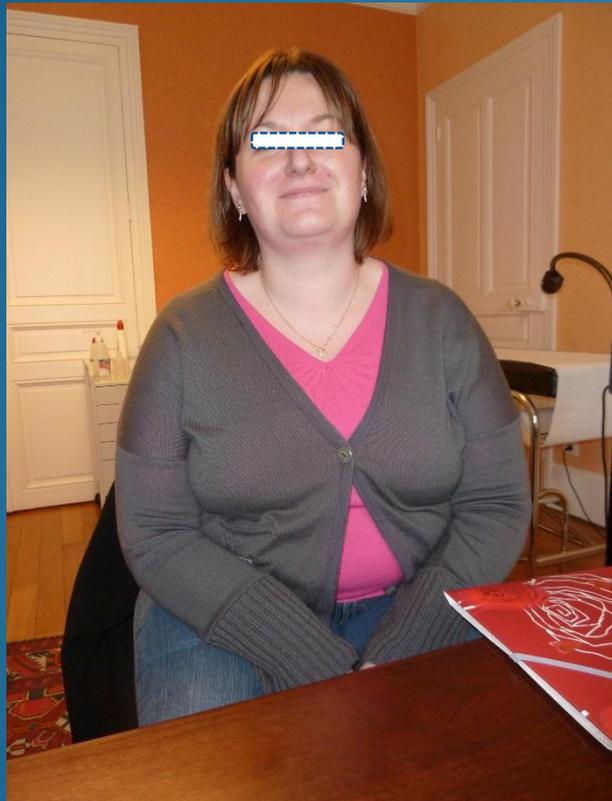
By-pass : et aussi à distance

- Ulcères anastomotiques (IPP)
- Sténoses anastomotiques
- Occlusions
- Troubles nutritionnels
 - Carences vitaminiques, fer, calcium
 - Apports complémentaires à vie
- Diarrhées
- Dumping-syndrome

Résultats du registre



Mme R.



Information du patient

- Principes, risques, bénéfices respectifs des interventions
- Limites de la chirurgie
- Nécessité de modifier le comportement alimentaire
- Activité physique régulière
- Importance du suivi médico-chirurgical à vie
- Possibilités de chirurgie réparatrice
- Réunions d'informations mensuelles
- Association de patients