Chirurgie bariatrique :

Quel patient opérer ?

J. Gugenheim

Université de Nice - Sophia Antipolis
Service de Chirurgie Digestive, Vidéo Chirurgie
et Transplantation Hépatique
Hôpital Archet 2 - Nice France

Objectifs pédagogiques

- Comment sélectionner les patients, pour quelles interventions,
- Connaitre les modalités du bilan pré-opératoire,
- Connaitre la prise en charge péri-opératoire des co-morbidités

CONFLITS D'INTÉRÊT

- ETHICON
- COVIDIEN

L'épidémie de l'obésité

- **<u>Obepi</u>: 8,5% en 1997, 14,5 % en 2009**

- **Développement de l'obésité morbide:** *1% en Europe*, *5% aux USA*

- **Développement de la chirurgie bariatrique :**

  . 20 000 en France (3 000 GBP)

  . 200 000 aux USA (112 000 GBP)

  en 2008

Indications de la chirurgie bariatrique

- **Patients adultes avec un IMC ≥ 40 kg/m² ou bien avec un IMC ≥ 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie**
- **En deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6 à12 mois**
- **Patients bien informés au préalable, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires et ayant compris la nécessité d'un suivi médicochirurgical à long terme**
- **Risque opératoire acceptable**

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

Interdisciplinary European guidelines. Obes Surg 2007; 17:260-70

Contre-indications de la chirurgie bariatrique

- 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
- Absence de prise en charge médicale préalable identifiée
- Maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme
- Contre-indications à l'anesthésie générale

Contre-indications pouvant être temporaires → à réévaluer après prise en charge

Choix de l'intervention

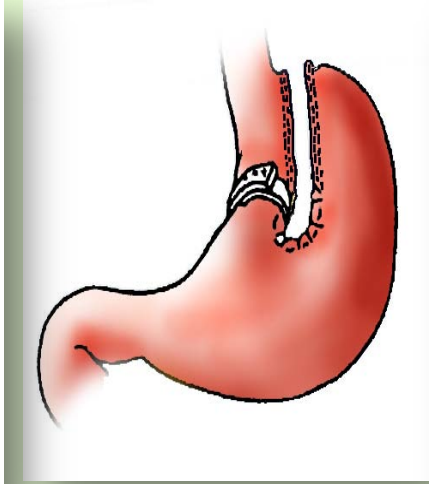
Restriction

Mixte

Malabsorption

Anneau

VBG

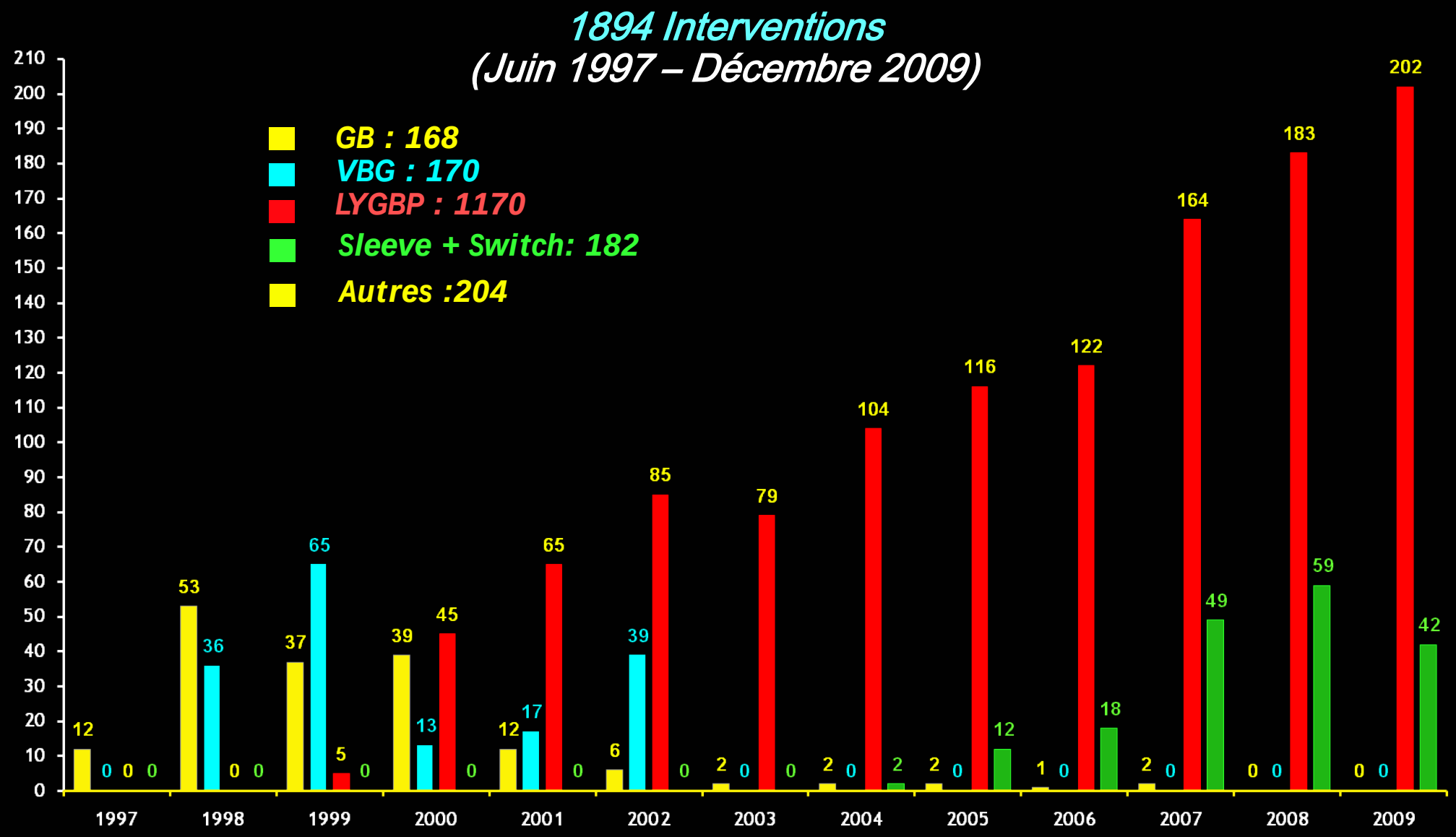


Sleeve

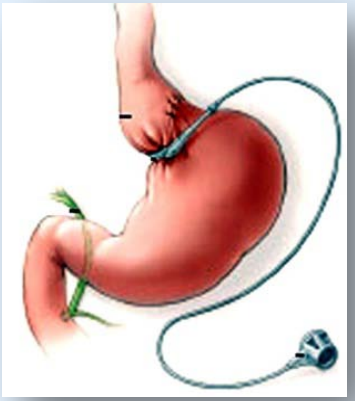
GBP

SD

Chirurgie Bariatrique - CHU de Nice



Surgical procedures

	Restrictive		Mixte	Malabsorptive
	LAGB	Sleeve G	GBP	BPD
				
France *PMSI 2007 (18877 pts)*	59,7 %	7,5 %	13,8 %	1,4 %
Buchwald: *Metaanalysis 2008, 36 pays*	42,3%	5,3%	49 %	2 %

Choix de l'intervention

- Expérience du chirurgien et du Centre

- Facteurs de gravité du malade

- Analyse du rapport bénéfices/risques

Choix de l'intervention

- Bénéfices

Efficacité

- poids

- comorbidités

- espérance de vie

- Risques

- mortalité 1%

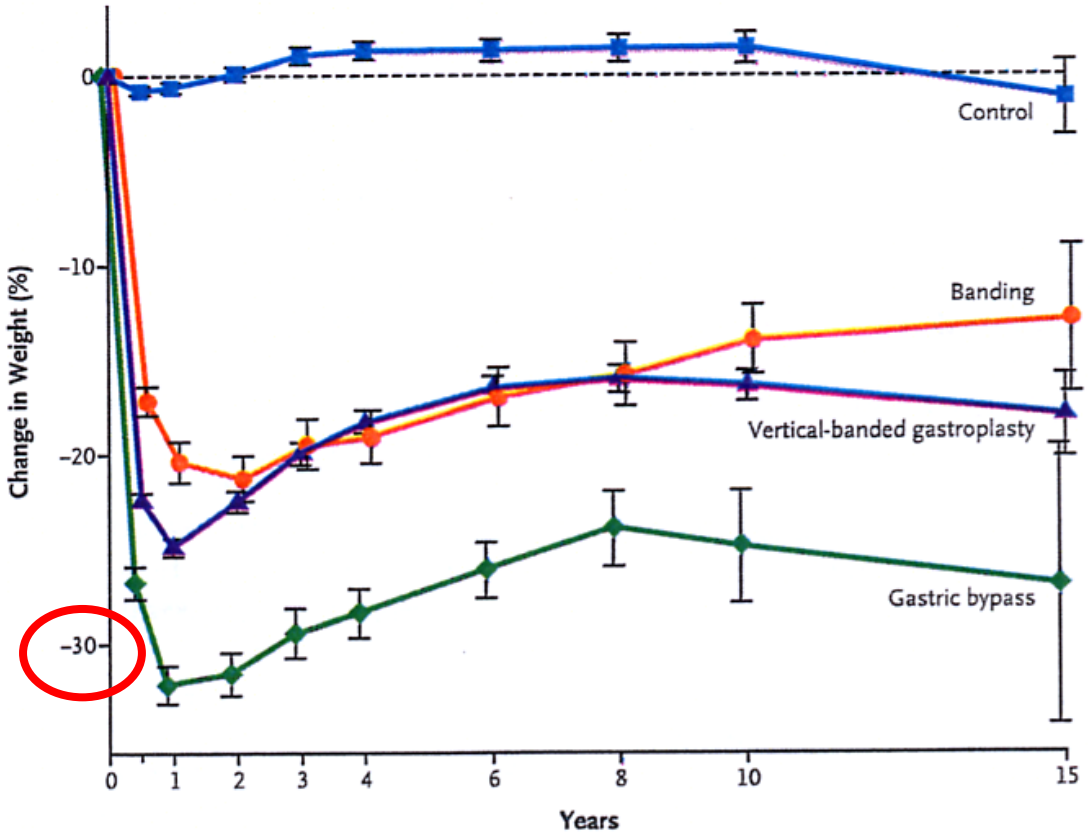
- morbidité 13%

Morbidité et mortalité après chirurgie bariatrique

	Anneau	Sleeve	Gastric Bypass	Switch duodénal
Mortalité	0,1 %	0,39 %	0,5 %	1,1 %
Morbidité				
. précoce	3 %	5 %	8 %	10 %
. secondaire	25 %	12 %	14 %	8%
. tardive	30 %	30 %	10 %	5%

Buchwald :Jama 2004;292:7724
Frezza Obes Surg 2009;19:684

Évolution pondérale



No. Examined									
Control	2037	1768	1660	1553	1490	1281	982	886	190
Banding	376	363	357	328	333	298	267	237	52
Vertical-banded gastroplasty	1369	1298	1244	1121	1086	1004	899	746	108
Gastric bypass	265	245	245	211	209	166	92	58	10

S.O.S. study (Sjorstrom, N. Eng. J. Med, 2007, 357:741)

Efficacité des différentes interventions

Évolution pondérale à 5 ans

	Anneau	Sleeve	GBP	Switch duodénal
EWL	- 50%	- 50%	- 60 à 70%	- 80%
Maintien à long terme	50%	?	90%	95%

Choix de l'intervention

- Analyse du comportement alimentaire
  - . hyperphage
  - . grignoteur
  - . compulsif : *"binge eaters"*
  - . "sweet eaters"
- Analyse du risque opératoire lié au patient
  - . 5 facteurs de risque

Facteurs de risque préopératoires

OS-MRS: Obesity Surgery Mortality Risk Score

1- sexe masculin

2- âge > 45 ans

3- IMC > 50 kg/m2

4- HTA

5- Facteurs de risque d'embolie pulmonaire

De Maria, Surg Obes Rel Dis, 2007;3:34

Classes de risque

Classe	Facteurs de risque	Mortalité après GBP
A	0-1 *e*	0,3%
B	2-3	1,5%
C	4-5	7,5%

(4431 GBP)

De Maria, Ann Surg, 2007;246:578

Facteurs prédictifs de succès des anneaux gastriques

1- Age < 40 ans

2- IMC < 50 kg/m^2

3- Activité physique

4- Changement des habitudes alimentaires

5- Volume d'activité (> 15/mois)

Chevalier, Ann Surg 2007;246:1034
Obes. Surg. 2007;17:39

Indications du GBP

- Efficacité
  - 70% de perte d'excès de poids
  - ↘ 18 d'IMC
  - ↘ 30% de poids
- Sécurité : mortalité = 0,5 %

  morbidité = 13%
- Reproductibilité

Indications du GBP

1. **De première intention**

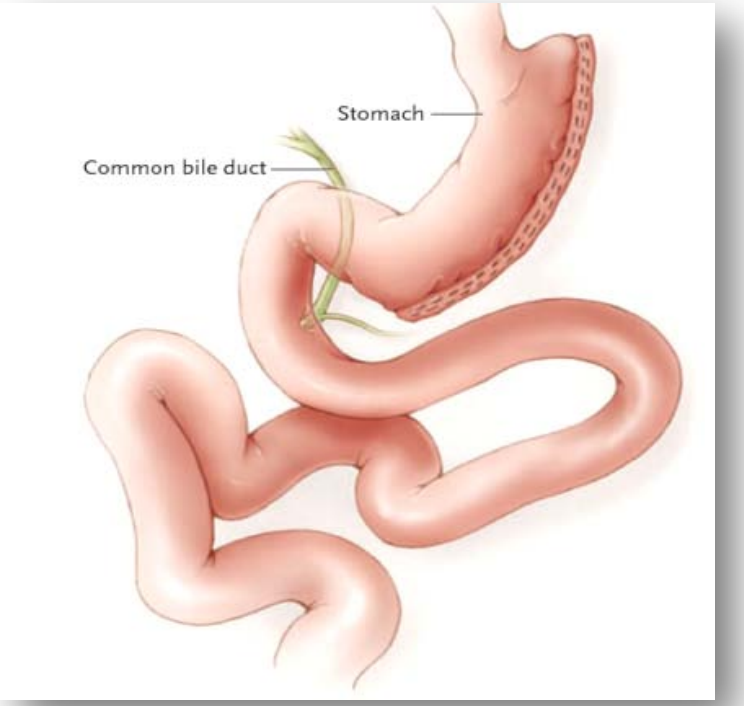
   - Echec prévisible de l'anneau
   - Désordre métabolique associé
     - diabète
   - Reflux gastroesophagien (+++)

2. **Après échec d'une technique restrictive**

   (anneau, GVC, Sleeve Gastrectomie)

Avantages de la *"Sleeve gastrectomy"*

SG	GBP
- pas d'anastomose: pas de fistule anastomotique	2 %
- pas de hernie interne	3 %
- pas d'estomac exclu	
- pas de malabsorption *(sauf la vit B12)*	
- conservation du pylore *(dumping syndrome)*	



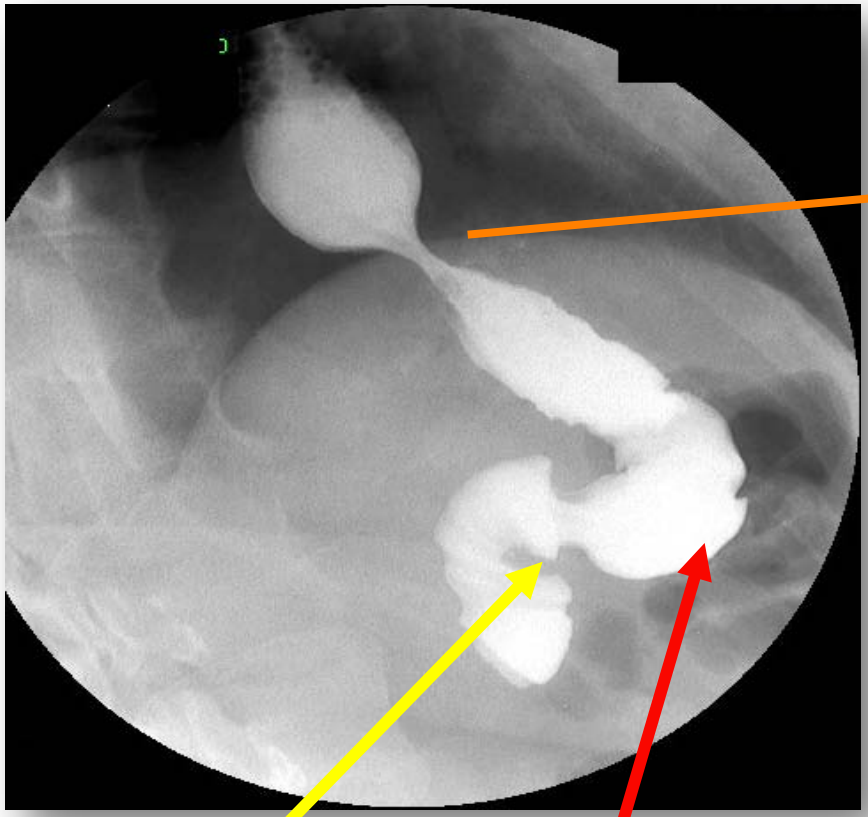
Résultats

	SG	GBP
Durée opératoire	90 min	120 min
Mortalité	0,33 %	0,5 %
Complications - précoces	3 %	5 %
- secondaires	12 %	11 %
- tardives	?	10 %

Buchwald :Jama 2004;292:7724 (29 000 patients)
Frezza Obes Surg 2009;19:684

Améliorations techniques

The whole fundus
is removed



The angle
of His

The pylorus and the antrum are preserved

Inconvénients de la *"Sleeve gastrectomy"*

1- A court terme : fistule

2- A long terme : reprise de poids ?

RGO

IMC > 50 kg/m2

- GBP
  - . difficile
  - . résultats ?
- SD
  - . difficile
  - . efficace

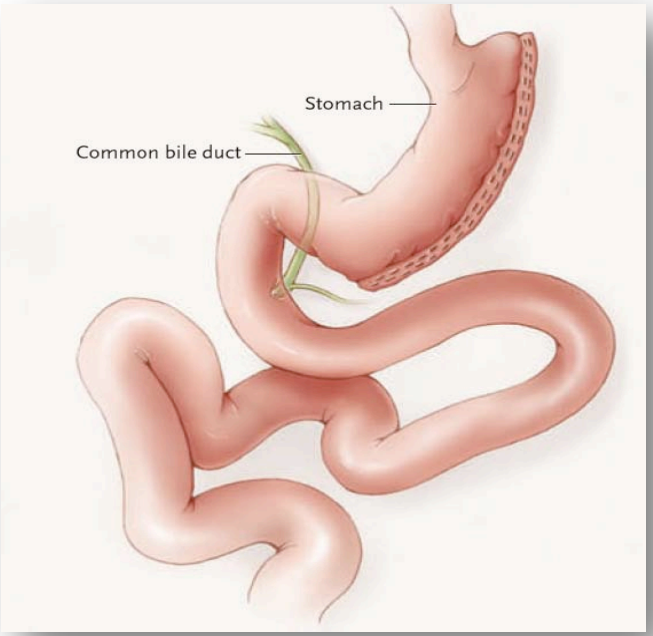
Søvik TT et al. Br J Surg. 2010 ;97:60-6

- SG
  - . plus facile
  - . si inefficace → **conversion** *(GBP, Switch duodénal)*

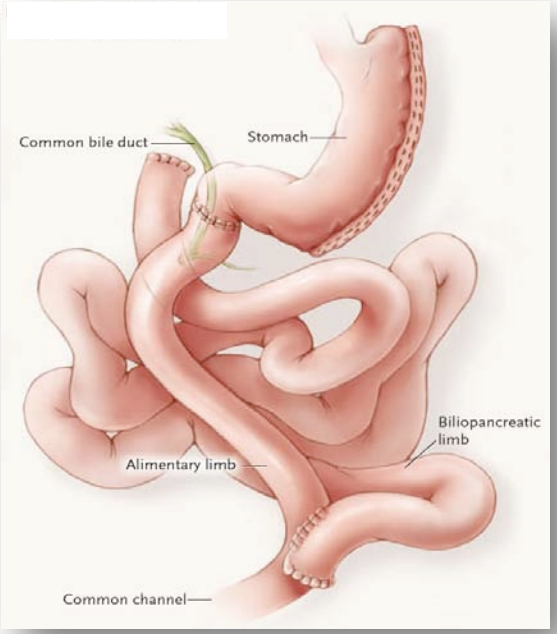
Two-step laparoscopic duodenal switch for superobesity: a feasibility study

Antonio Iannelli · Anne Sophie Schneck · Moucef Dahman · Chiara Negri · Jean Gugenheim

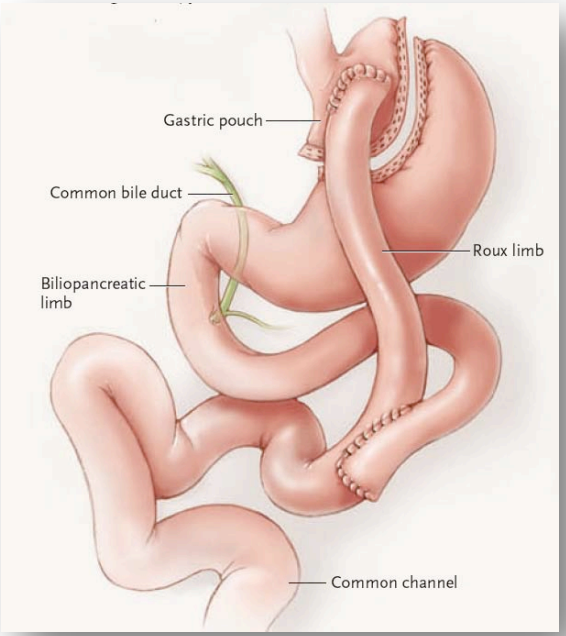
Surg Endosc
DOI 10.1007/s00464-009-0363-0
Received: 18 June 2008 / Accepted: 15 January 2009
© Springer Science+Business Media, LLC 2009



SG



SD



RYGBP

Prise en charge des comorbidités

Avant l'opération

- Dépister et traiter les comorbidités
  - HTA
  - diabète
  - dyslipidémies
  - SAS
  - NASH
- Fibroscopie OGD :
  - HP (40%)
  - Biopsies
- Manométrie oesophagienne
- Echographie hépato biliaire : LV (25%)

Prise en charge des comorbidités

Après l'opération

- Amélioration :
  - progressive avec l'anneau
  - rapide avec le GBP
- Risque d'accident :
  - hypoglycémique
  - hypotenseur
- Disparition du SAS en 6 mois

Traitement post opératoire

- Acide UDC : 1 an
- IPP : 3 à 6 mois
- Surveillance nutritionnelle : Albuminémie
  Pré albuminémie
- Supplémentation vitaminique à vie
  - Vit B1 (Gayet-Wernicke)
  - Vit B9 (+++ si grossesse)
  - Vit B12 (IM)
  - Fer (Anémie)
  - Calcium, Vit D (ostéoporose)
  - Vit A, K et E (+++ si SD)

Conclusions

1- Qui opérer ? : IMC ≥ 40 kg /m^2

IMC ≥ 35 kg /m^2 + comorbidités

2- Quelle opération ? :

. Anneau → SG → GBP → SD } ↗ efficacité ↗ risque

. Analyse du rapport bénéfice / risques
. Importance du bilan psychologique
. " des troubles du comportement alimentaire

3- Prise en charge pluridisciplinaire

. En pré opératoire : des comorbidités
. En post opératoire : surveillance et supplémentation vitaminique à vie

Les points forts

- L'indication opératoire est discutée en cas d'IMC ≥ 40 kg/m2 ou d'IMC ≥ 35 kg/m2 associé à des comorbidités (HTA, diabète de type 2, SAS, arthrose invalidante, etc.).
- Un bilan psychologique et le dépistage des troubles du comportement alimentaire sont nécessaires.
- La décision finale de chirurgie bariatrique est une décision multidisciplinaire. Parmi les différents procédés chirurgicaux :
  - l'anneau gastrique est le plus sûr, mais le risque d'échec à long terme impose une sélection rigoureuse des patients ;
  - le court-circuit gastrique est très efficace même en cas de troubles du comportement alimentaire ;
  - la gastrectomie longitudinale semble efficace à moyen terme ;
  - le « switch » duodénal est indiqué chez les patients super-obèses.

Les points forts suite

- Le bilan préopératoire gastro-entérologique doit comporter une fibroscopie oeso-gastro-duodénale (dépistage et traitement d'une infection à *Helicobacter pylori).*
- Une surveillance et une supplémentation nutritionnelle et vitaminique à vie sont systématiques.