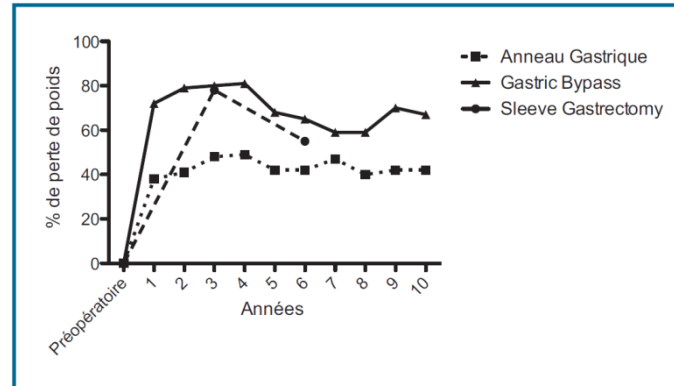


Chirurgie Bariatrique: Vision en Clair / Obscur

Point de vue du Chirurgien

Dr Rachid Chati – Dr Emmanuel Huet
Chirurgie Digestive
CHU de Rouen

Ce qui est Claire !



BPG > SLEEVE > ANNEAU > PEC Médicale



La prise en charge des patients dans le cadre de la chirurgie bariatrique doit être réalisée au sein d'équipes pluridisciplinaires, en liaison avec le médecin traitant. Cette prise en charge s'inscrit dans le cadre d'un projet personnalisé pour le patient.

La chirurgie bariatrique peut être envisagée chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

- patients 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 (notamment hypertension artérielle, syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique)
- 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

HAS : Recommandations
2009 révisées en 2011

Un coin d'ombre ?



Created by Delwar Hossain
from Noun Project

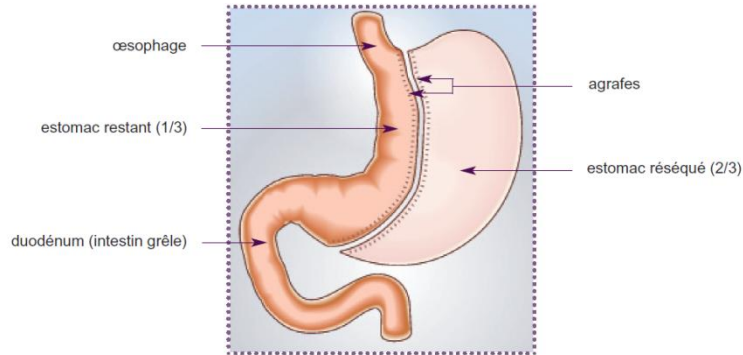
Le choix de la technique chirurgicale doit être fait conjointement par l'équipe pluridisciplinaire et le patient. Il doit prendre en compte un certain nombre de critères en plus du rapport bénéfice/risque de chaque intervention, tels que :

- l'expérience et l'environnement technique du chirurgien et de l'équipe pluridisciplinaire et notamment de l'équipe d'anesthésie (grade B) ;
- l'importance de l'obésité, l'IMC, l'âge (grade B) ;
- les antécédents médicaux et chirurgicaux (grade C) ;
- les pathologies digestives associées (grade C) ;
- la présence d'un diabète de type 2 (accord professionnel) ;
- les traitements en cours (AVK, etc.) (accord professionnel) ;
- les troubles du comportement alimentaire (accord professionnel).

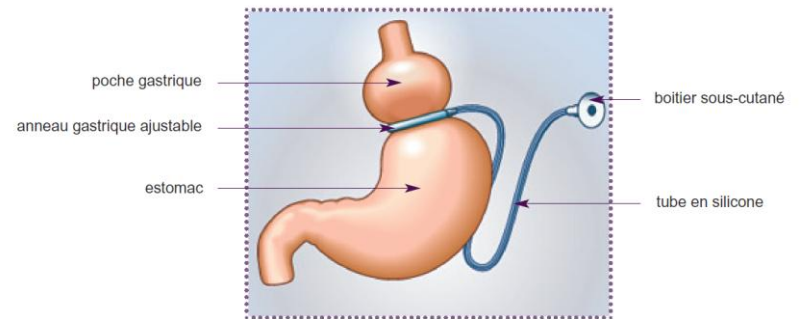
Les techniques

Restrictives

Sleeve Gastrectomie

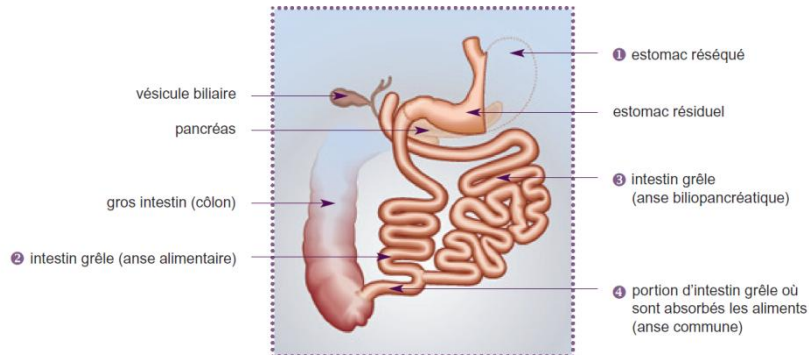


Anneau Gastrique ajustable

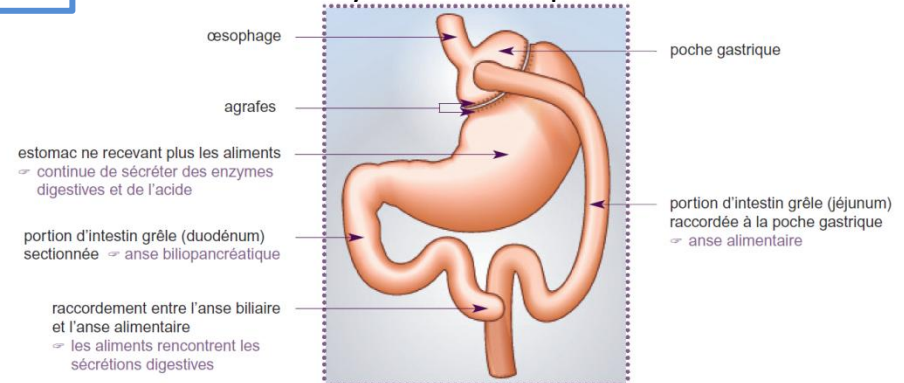


Malabsorptives

Derivation bilio-pancreatique

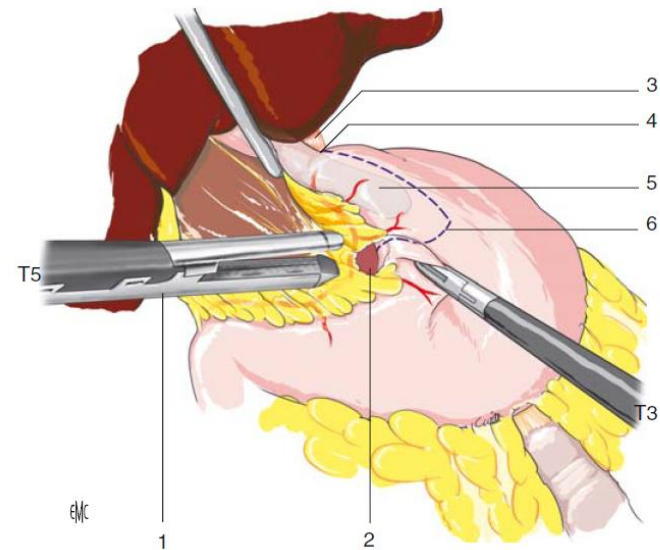
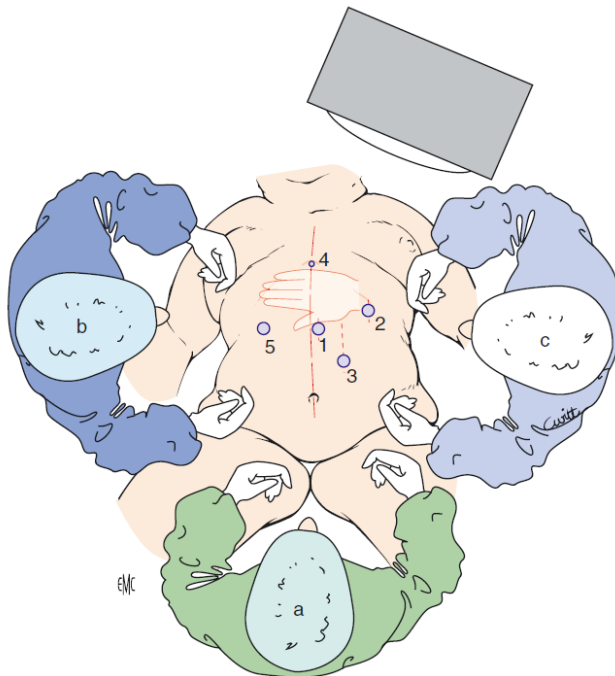


By Pass Gastrique

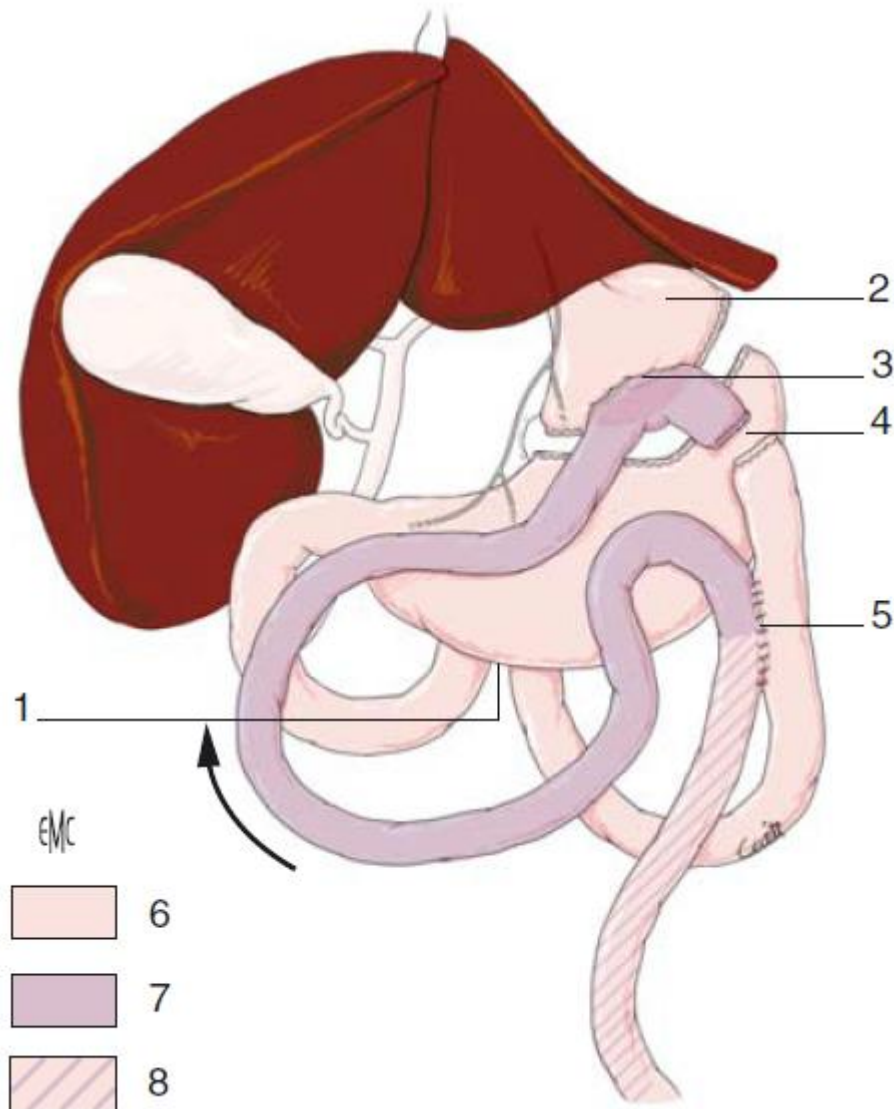


Sleeve gastrectomie

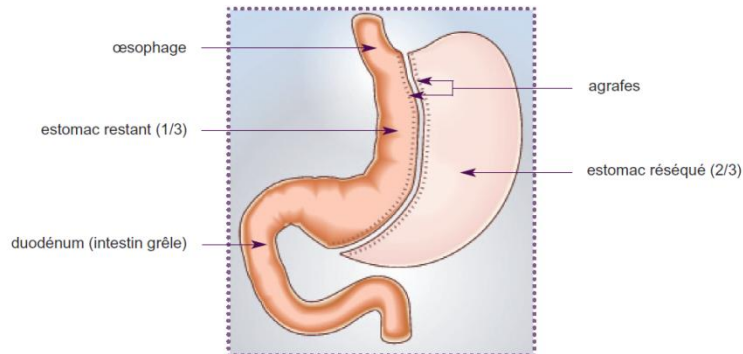
By-Pass Gastrique



By-Pass Gastrique

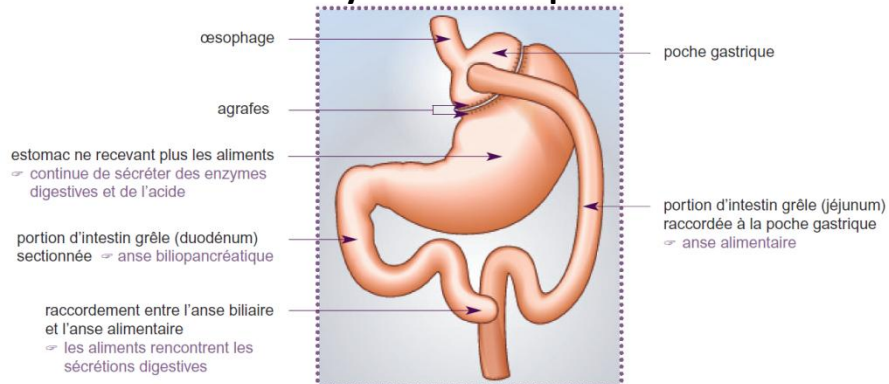


Sleeve Gastrectomie



- 60% des procédures
- Mortalité : 0,08 %
- Fistules : 1%
- Hémorragies: 2-3 %
- Durée opératoire < 1h
- Recul 5 à 10 ans

By Pass Gastrique



- 30% des procédures
- Mortalité: 0,11 %
- Fistules: 1-3 %
- Hémorragies: 2-3%
- Durée opératoire: 1h30-3h
- Recul: > 30 ans

■ Age

- ✓ Jeune femme = Sleeve
- ✓ Risques liés à la grossesse
 - Carences
 - Complications chirurgicales *Petersen L and Al-Obes Surg. 2016*
- ✓ Risque de perdus de vue (sleeve ++)
- ✓ L'obésité une maladie chronique : l'escalade thérapeutique

STUDY PROTOCOL

Open Access



AURORA: bariatric surgery registration in women of reproductive age - a multicenter prospective cohort study

Jans et al. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2016) 16:195
DOI 10.1186/s12884-016-0992-y

■ Antécédents de chirurgie

- ✓ Chirurgie abdominale sous mésocolique par laparotomie
- ✓ Risque de conversion

■ Impact de l'IMC

- ✓ Super obèse (IMC>50) : *Celio AC and Al - Surg Endosc. 2016 Jun 10*
- ✓ Super-Super Obèse (IMC>60) : *Villamere J and Al - Am Surg. 2014 Oct*

n = 40 102	BMI < 50	BMI < 60	BMI > 60
Complications majeures	0,93 %	0,99 %	2,62 %*
Mortalité	0,01 %	0,02 %	0,34 %*

➡ **IMC > 60 = Sleeve (+/- deuxième temps bypass)**

■ Morphotype :

- ✓ répartition androïde de l'obésité: difficulté technique (by pass)

■ Comportement alimentaire

- ✓ Dépistage et stabilisation des TCA
- ✓ Hyperphage : Sleeve
- ✓ Compulsifs et grignoteurs: By Pass

- **Revue systématique et méta-analyse** : *Jianfang Li and Al Obes Surg. 2016*
- N= 18 455 patients
- Comparaison de la rémission des co-morbidités entre sleeve et by-pass

Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass Versus Laparoscopic Sleeve Gastrectomy to Treat Morbid Obesity-Related Comorbidities: a Systematic Review and Meta-analysis

Jianfang Li¹ • Dandan Lai¹ • Dongping Wu¹



Perte de poids

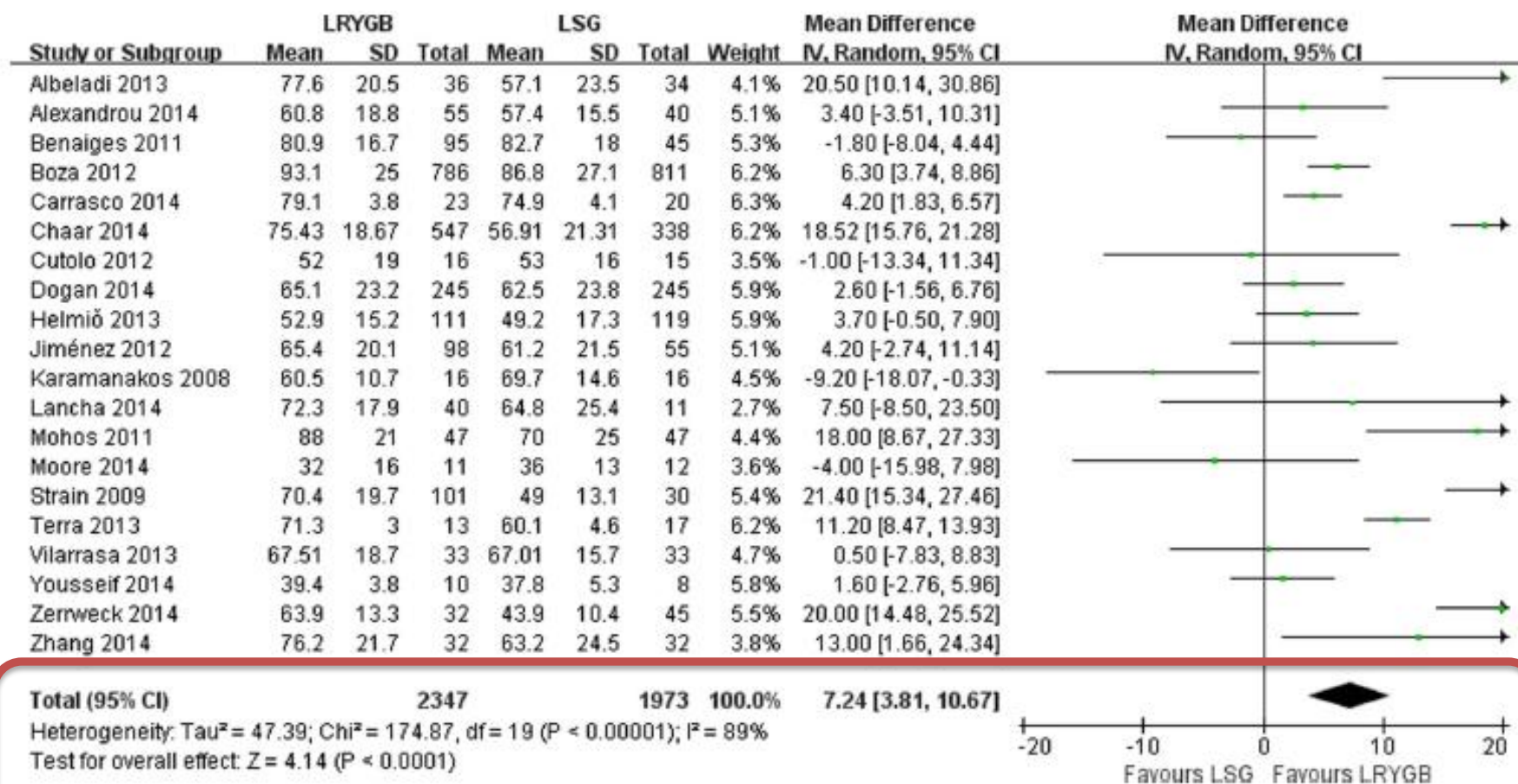


Fig. 2 Meta-analysis of excess weight loss percent (%EWL)

HTA

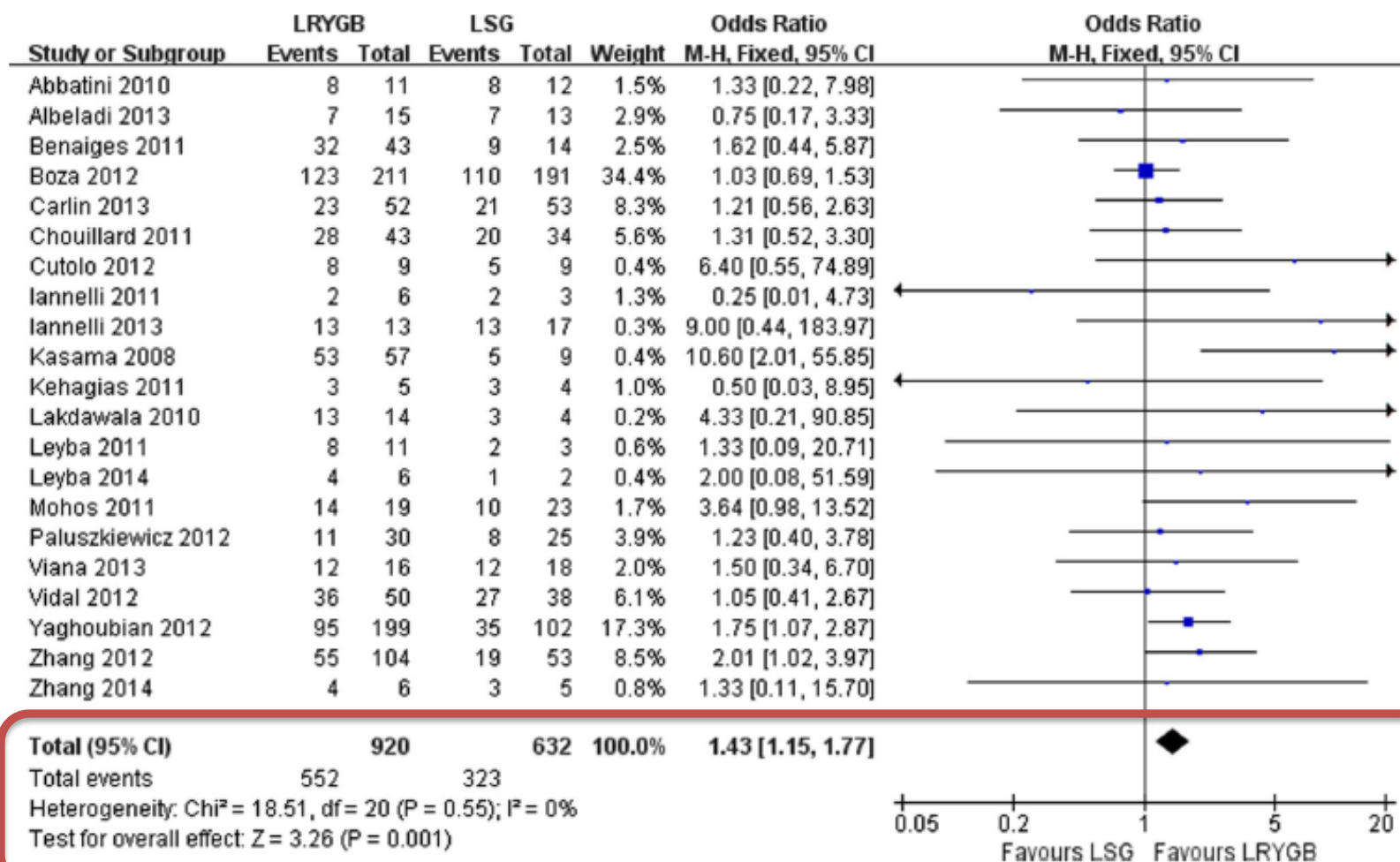


Fig. 4 Meta-analysis of the resolution of hypertension

Dyslipidémies

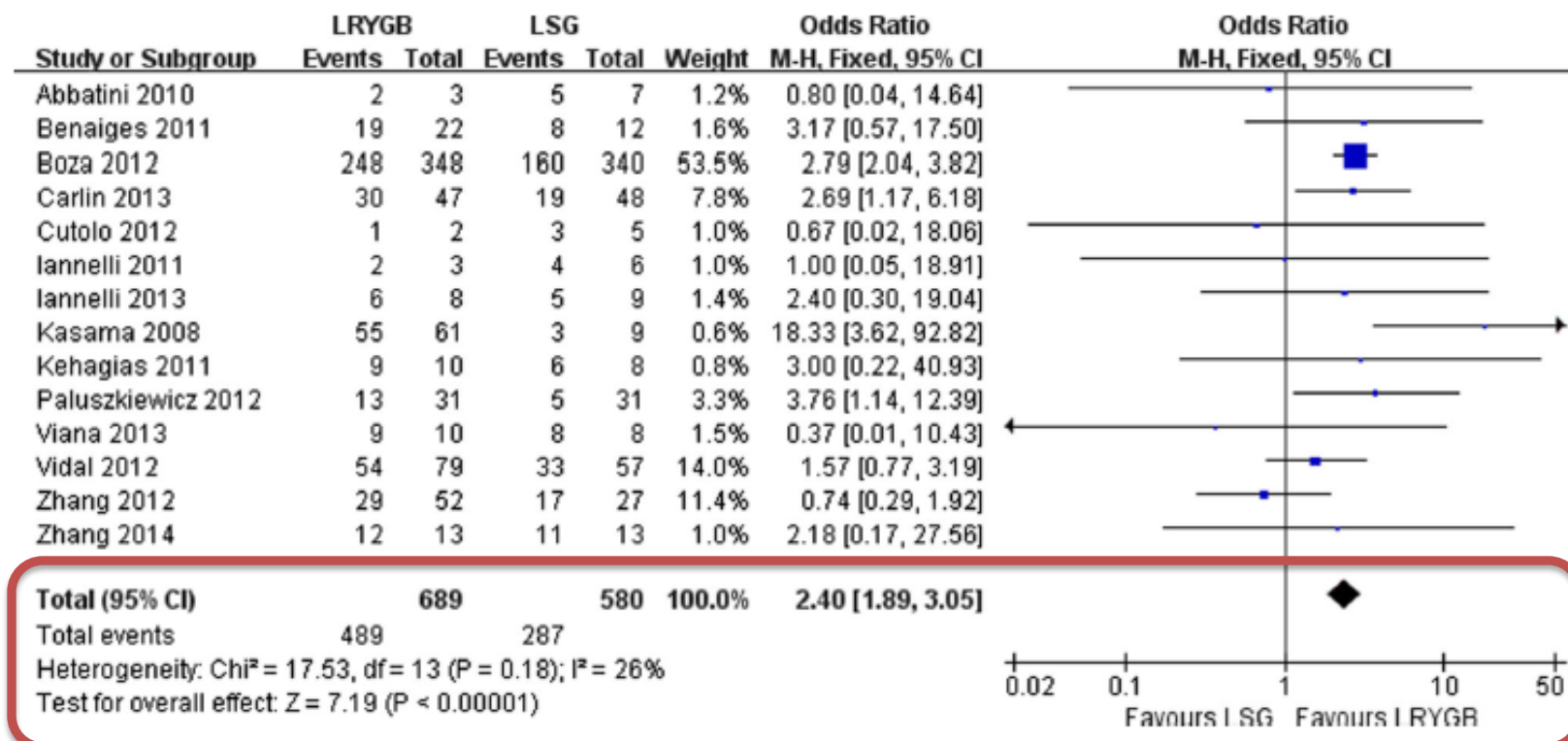


Fig. 5 - Meta-analysis of the resolution of dyslipidemia

SAOS

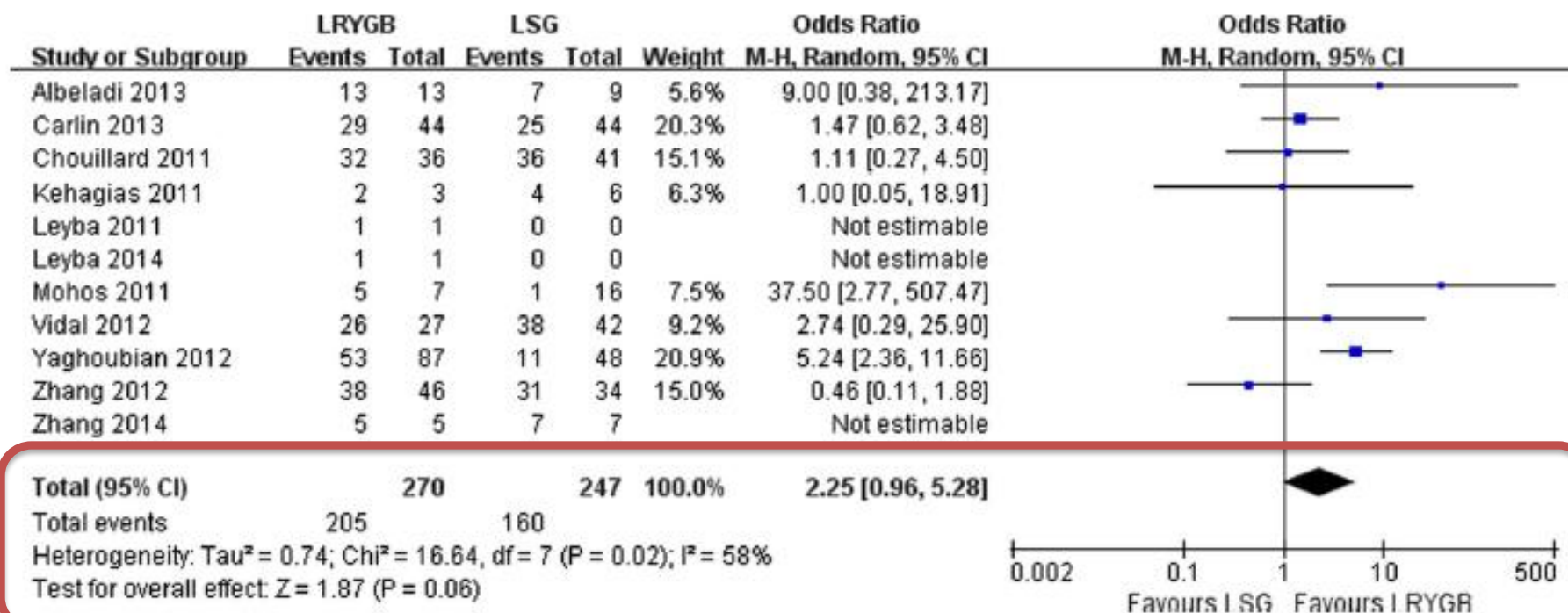
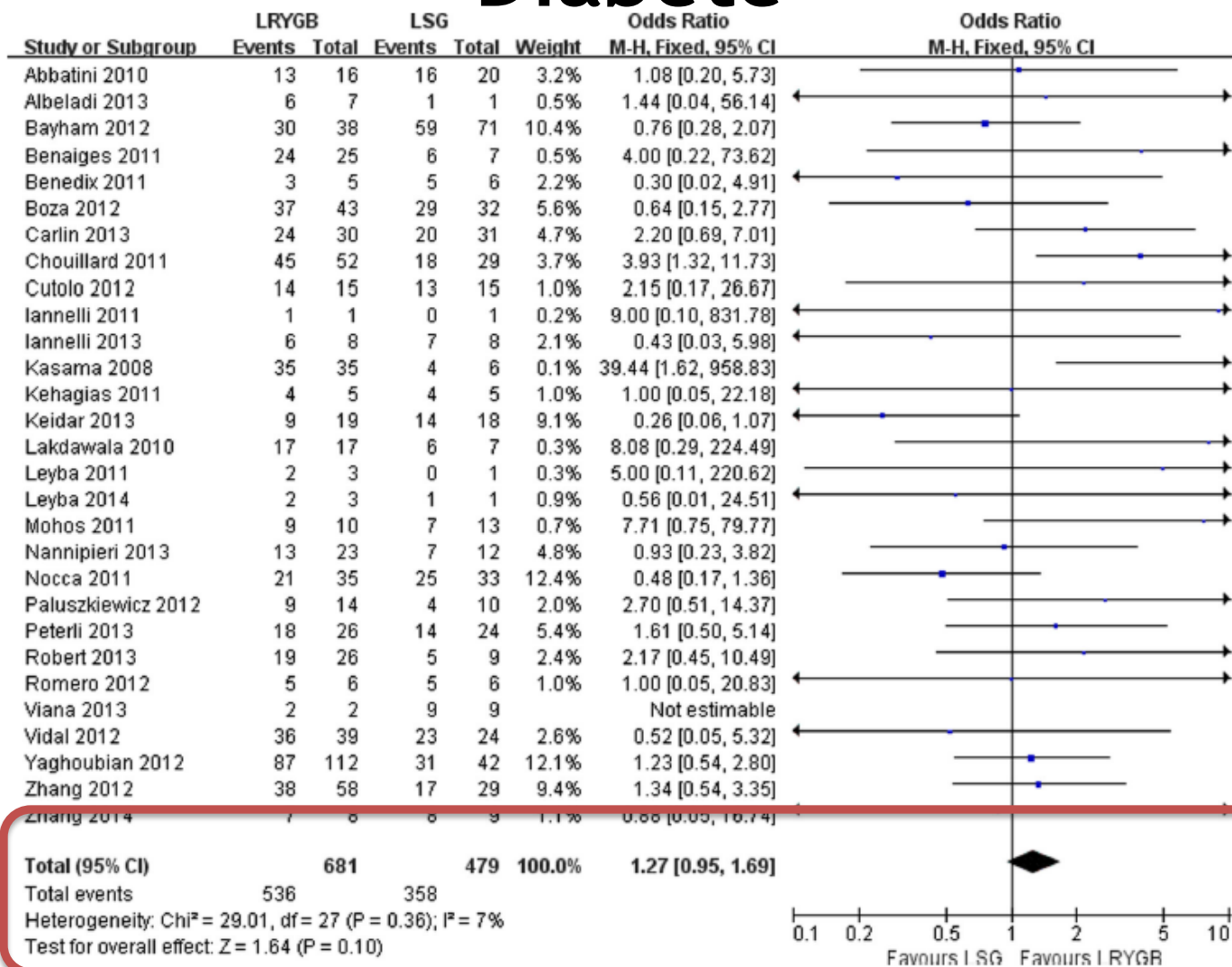


Fig. 8 Meta-analysis of the resolution of sleep apnea

Diabète



Diabète

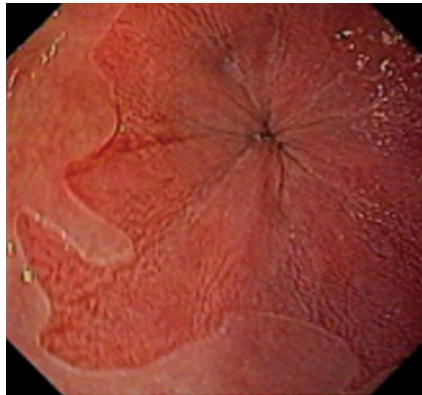
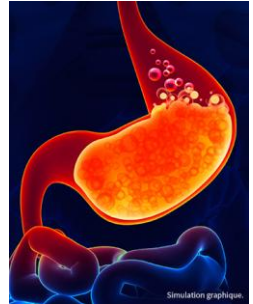
- Efficacité comparable à court terme sur les rémissions (2 ans)
- Les résultats à plus long terme de la SLEEVE sont plus contrastés

% Remissions	5 ans	8-10 ans
By Pass	71 à 88%	40 à 80%
Sleeve	66%	32 à 40%

- Un excès de poids important participe aux effets positifs de la SLEEVE sur les rémissions
- Dans les cas d'obésité moins importante ou l'effet métabolique est attendu on privilégie le BY PASS

Le RGO

- Prévalence du RGO chez les obèses sévères 16%
- La perte de poids participe à l'amélioration post opératoire
- MAIS la SLEEVE (His, hyperpression) est associée à une risque de RGO postopératoire de l'ordre de 20 à 30 % selon les séries.
- FOGD bilan pré opératoire peut faire discuter l'indication de sleeve:
 - ✓ Oesophagite sévère
 - ✓ EBO



- RGO post SLEEVE pouvant nécessiter une conversion en BY PASS: 1%

- Après échec ou complication d'une première procédure de chirurgie bariatrique (anneau).
- Grande hétérogénéité de situation
- En cas d'échec de l'anneau sans défaut technique intervention malabsorptive BY PASS
- Faisabilité et résultats

SLEEVE

Table 3 Comparison of cumulative quantitative data from studies comparing primary and revisional SG

Characteristic	Primary SG	Secondary SG
Number of patients	1,861	541
Mean age	42.7	42.1
Mean BMI	48.6	42.7
Females	74.9 %	90.1 %
Mean operative time (min)	106	133.2
Mean hospital stay (days)	3.6	3.8
Complication rates	5.2 %	10.5 %
Reoperation rates	1.6 %	4.8 %
Leak rates	1.5 %	1.9 %
Mortality rates	0.1 %	0 %

BY PASS

Table 2 Comparison of cumulative quantitative data from studies comparing primary and revisional RYGB

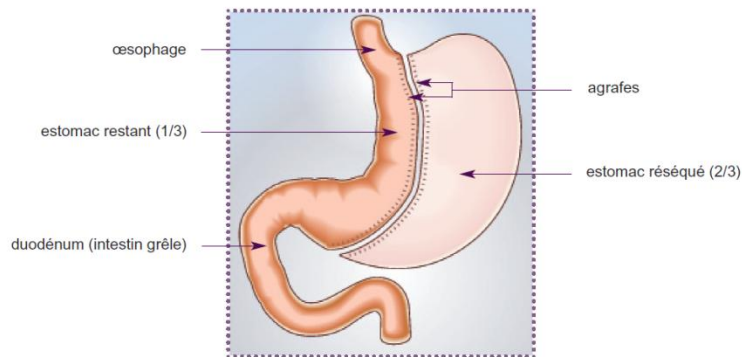
Characteristic	Primary RYGB	Secondary RYGB
Number of patients	4067	986
Mean age	43.5	45.3
Mean BMI	49.8	47.8
Females	79.6 %	87 %
Mean operative time (min)	127	201.6
Mean hospital stay (days)	4.5	5.8
Complication rates	13.9 %	29.5 %
Reoperation rates	8.6 %	8.4 %
Leak rates	1.0 %	5.8 %
Mortality rates	0.2 %	1.3 %



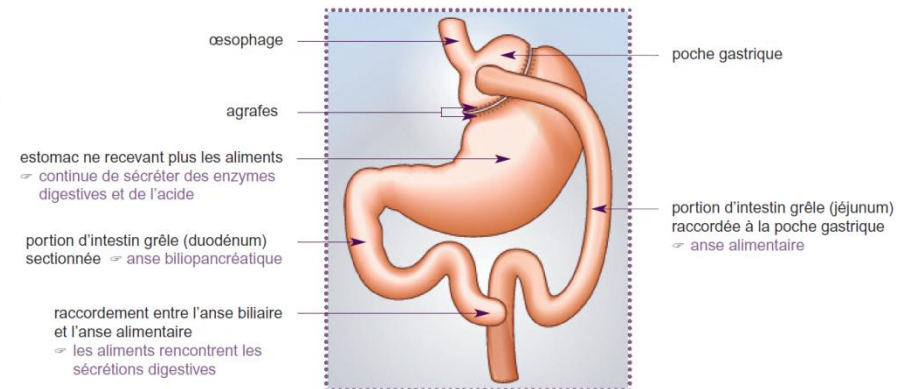
Résultat de perte de poids comparable en première intention ou en recours

- Indication: Echec bariatrique ou RGO post sleeve
- Petites séries de 10 à 50 patients avec bon résultat pondéraux mais avec une morbidité augmentée:
 - ✓ Fistule: 5%
 - ✓ Mortalité: 0,5 %

Sleeve Gastrectomie



By Pass Gastrique



Sexe

Age

IMC > ou < 60

Morphologie

RGO Complicqué ?

Antécédents chirurgicaux

CHOIX DU PATIENT

Diabète

Comportement Alimentaire

Première chirurgie bariatrique?

AVK, Lithium, Anti épileptiques...

- **Choix complexe sans consensus actuellement**
- **2 situations simples:**
 - La femme jeune = SLEEVE
 - Patient âgé avec diabète déséquilibré et $IMC < 50$ = BY PASS



Rôle de la RCP au cas par cas