

# CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ

Quel rôle pour le médecin traitant dans le parcours pré-opératoire ?



# CRITÈRES DE CHOIX DES PATIENTS



- IMC supérieur ou égal à 40 kg/m<sup>2</sup>
- IMC supérieur ou égal à 35 kg/m<sup>2</sup> avec un facteur de co-morbidité susceptible d'être amélioré après la chirurgie chez des patients : HTA, SAS, maladie métabolique : DT2, NASH, maladies ostéo-articulaires invalidantes
- En 2ème intention après échec des prises en charges médicales validées de leur obésité durant 6 à 12 mois
- Patients bien informés ayant bénéficié d'une évaluation
- Patients ayant compris la nécessité d'un suivi à long terme
- Risque opératoire acceptable.

# FACTEURS DE CO-MORBIDITÉ

- HTA
- DT2 NON ÉQUILIBRÉ
- SAS
- PROBLÈMES OSTÉO-ARTICULAIRES  
INVALIDANTS
- NASH

# CONTRE-INDICATIONS DE LA CHIRURGIE

- Les troubles cognitifs ou comportementaux sévères
- Les troubles sévères du comportement alimentaire
- L'impossibilité du patient à un suivi prolongé
- La dépendance à l'alcool ou aux substances psychoactives licites ou illicites
- L'absence de prise en charge médicale antérieure
- Les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme
- Les contre-indications à l'anesthésie générale

# OBÉSITÉ MASSIVE

Selon l'enquête Obépi-Roche 2006 :

- 380 000 patients souffrent d'une obésité massive
- seulement 4% de la population-cible a été opérée

# CONTRE-INDICATIONS DE LA CHIRURGIE

- IMC inférieur à 40 kg/m<sup>2</sup>
- IMC supérieur ou égal à 40 kg/m<sup>2</sup> sans prise en charge médicale antérieure
- Les patients de moins de 18 ans et ceux de plus de 60 ans (indications au cas par cas)
- Les femmes enceintes
- Les interventions antérieures sur l'estomac
- Les maladies inflammatoires du tube digestif : Crohn, RCH pour le Bypass
- La hernie hiatale pour l'anneau

# PRISE EN CHARGE PRÉ-OPÉRATOIRE

Elle doit être réalisée au sein d'une équipe pluridisciplinaire en liaison avec le médecin traitant et , si possible, avec une association de patients

L'équipe sera constituée au minimum d'un chirurgien ,  
D'un médecin spécialiste de l'obésité ( nutritionniste, endocrinologue ou interniste ), d'une diététicienne, d'un psychiatre ou d'un psychologue et d'un anesthésiste-réanimateur.

Cette équipe peut prendre l'avis d'autres professionnels de santé autant que de besoins : gastro-entérologue, pneumologue, cardiologue...

Un coordonnateur doit être désigné au sein de l'équipe

# LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE

1-Réaliser les mesures anthropométriques : IMC et Tour de taille

2-Préciser le statut nutritionnel et vitaminique des patients

3- Evaluer le comportement alimentaire et vérifier l'absence de troubles mentaux

4- Prendre en charge les comorbidités cardiovasculaire Et métabolique : HTA, DT2 et dyslipidémies

5-Réaliser un bilan hépatique



6- Faire pratiquer une endoscopie oeso-gastroduodénale afin de dépister et de traiter une infection à *Helicobacter Pylori*, de rechercher une hernie hiatale et de pratiquer systématiquement des biopsies à la recherche de lésions préneoplasiques .

7- Evaluer l'état musculosquelettique et articulaire .

8-Evaluer le coefficient masticatoire.

# LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- . Dosage albumine
- . Hémoglobine
- . Ferritine et coefficient de saturation de la transferrine
- . Calcémie
- . Vitamine D
- . Vitamine B1, B9, B12

En cas de déficits , ceux-ci seront corrigés avant l'intervention

# EDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Toujours réalisée avec l'équipe pluridisciplinaire afin  
D'aider le patient :

- A acquérir de nouvelles habitudes alimentaires avec l'objectif de stabiliser le poids avant l'intervention
- De planifier un programme d'activité physique

# LES TECHNIQUES CHIRURGICALES

Les différentes techniques chirurgicales recommandées sont :

- L'anneau gastrique ajustable ( AGA )
- La gastrectomie longitudinale : sleeve (GL)
- Le bypass gastrique ( BPG)
- La dérivation bilio-pancréatique ( DBP )

La gastroplastie verticale calibrée tend à ne plus être pratiquée .

Le rapport bénéfice / risque des différentes techniques ne permet pas d'affirmer la supériorité d'une technique par rapport à l'autre.

# Le traitement chirurgical de l'obésité dite chirurgie bariatrique du grec « baros » gros

En France plus de 12 000 patients sont opérés chaque année :

- 9000 anneaux de gastroplastie
- 2500 bypass gastriques
- 500 gastrectomies longitudinales ( sleeve gastrectomie )
- Aux Etats Unis : 100 000 personnes

# LES TECHNIQUES RESTRICTIVES

Elles sont au nombre de deux :

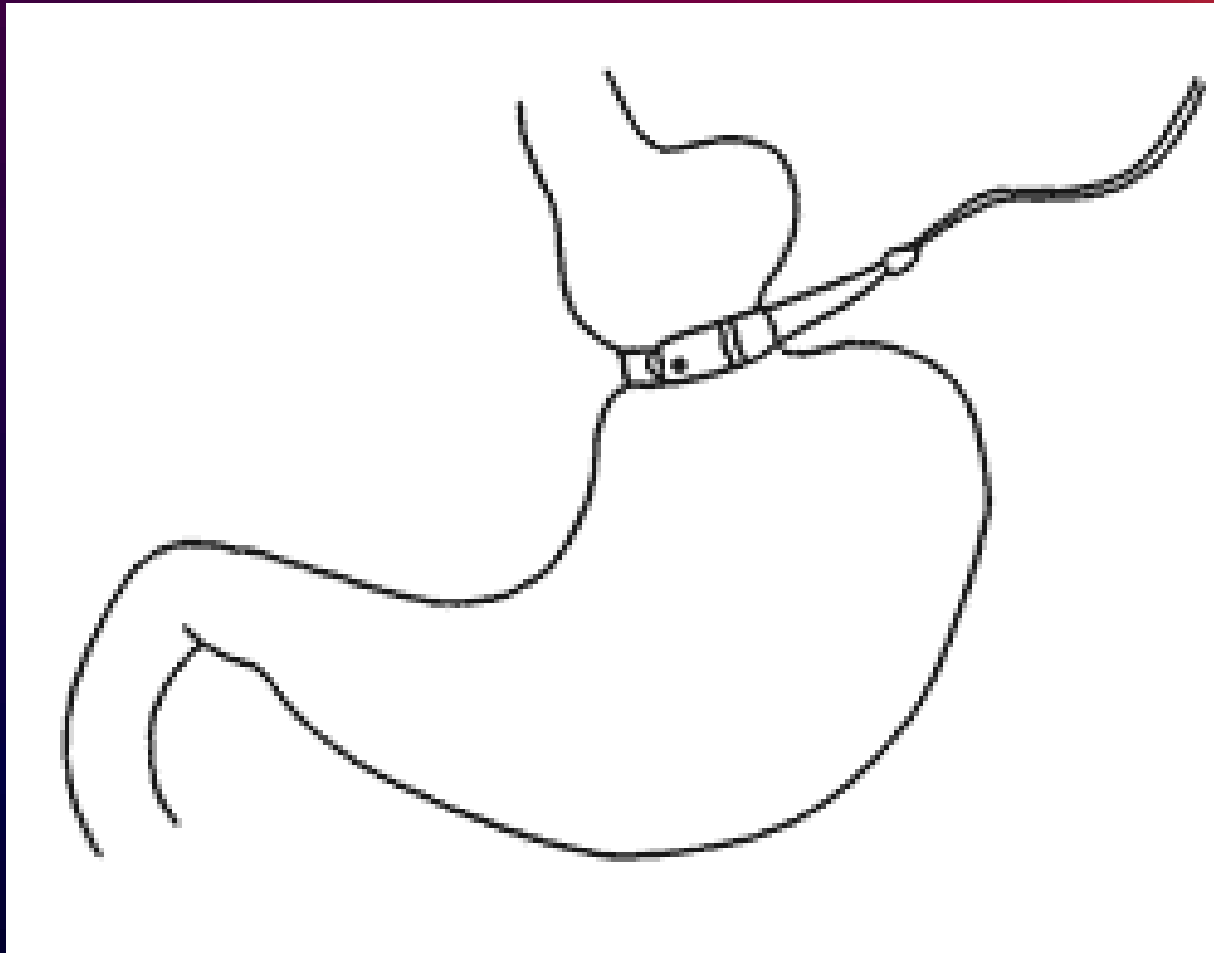
- 1- Les gastroplasties par anneau modulable
- 2- Les gastroplasties verticales calibrées pour mémoire :
  - le Mason standard
  - le Mason modifié ou opération de Mc Lean

# LE CERCLAGE GASTRIQUE PAR ANNEAU

*- C'est la première technique de chirurgie de l'obésité à pouvoir être réalisée par coelioscopie en 1994.*

*- Il y a plusieurs types d'anneau mis sur le marché : avant 1999 et depuis 2000 la technique s'est standardisée.*

# GASTROPLASTIE PAR ANNEAU





# LA TECHNIQUE

- Il s'agit de la confection d'un bandage circulaire autour de la partie haute de l'estomac au moyen d'un anneau ajustable de silicone délimitant un compartiment gastrique d'une contenance de 15 à 20 ml qui constitue le petit estomac .
- La particularité de ce dispositif est d'être réversible et ajustable

# LE RÉSERVOIR

- Le diamètre intérieur de l'anneau est modulé par un ballonnet extensible relié à une chambre d'injection sous-cutanée placée sous la face antérieure du muscle grand droit de l'abdomen.
- On peut, ainsi, après repérage radioscopique, ponctionner la chambre et remplir d'eau stérile l'anneau par simple ponction en adaptant de la sorte la vitesse d'évacuation du petit estomac

# EFFICACITÉ DES ANNEAUX SUR LA PERTE DE POIDS

La perte de poids est maximale lors de la première année de 20 à 30 % de l'excès pondéral.

Ensuite, de la 2<sup>e</sup> à la 6<sup>e</sup> ou 7<sup>e</sup> année, il y a une reprise de poids .

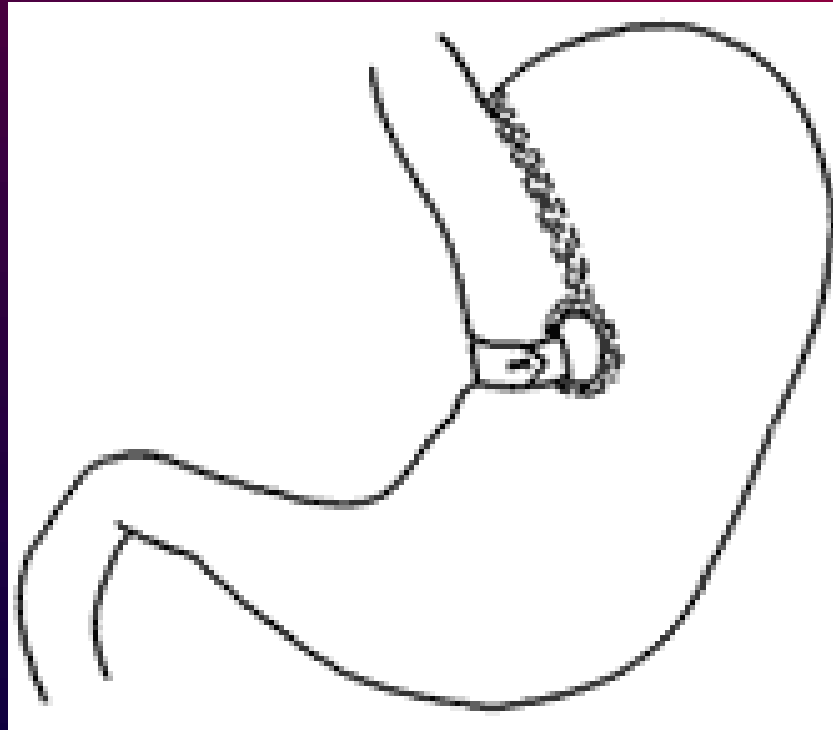
Enfin, il y a une stabilisation au bout d'une dizaine d'années

Ce phénomène est jusqu'à présent un peu occulté et très variable d'un patient à l'autre .

Néanmoins, la chirurgie est le seul traitement qui donne à 10 ans 20% de perte de poids .

# LES GASTROPLASTIES VERTICALES CALIBRÉES

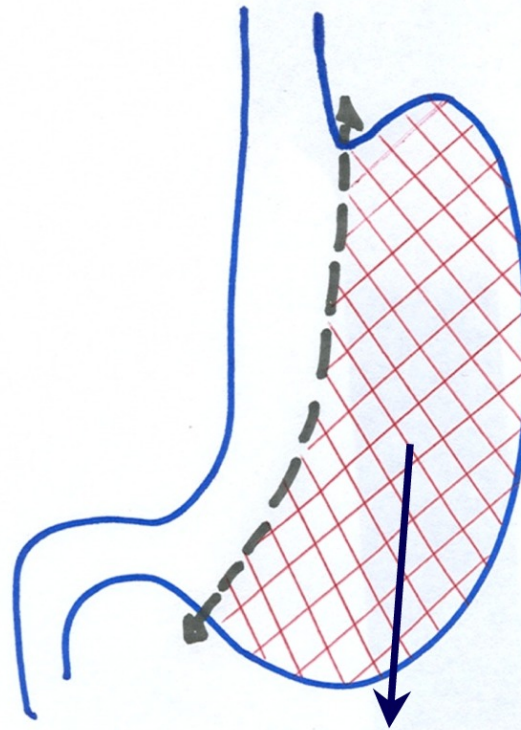
Le Mason :



# SLEEVE GASTRECTOMIE OU GASTRECTOMIE LONGITUDINALE

- Son principe :
  - il s'agit d'une résection verticale de la grande courbure de l'estomac
  - elle restreint 75% du volume gastrique sans interrompre la continuité digestive

# SCHÉMA DE LA SLEEVE GASTRECTOMIE

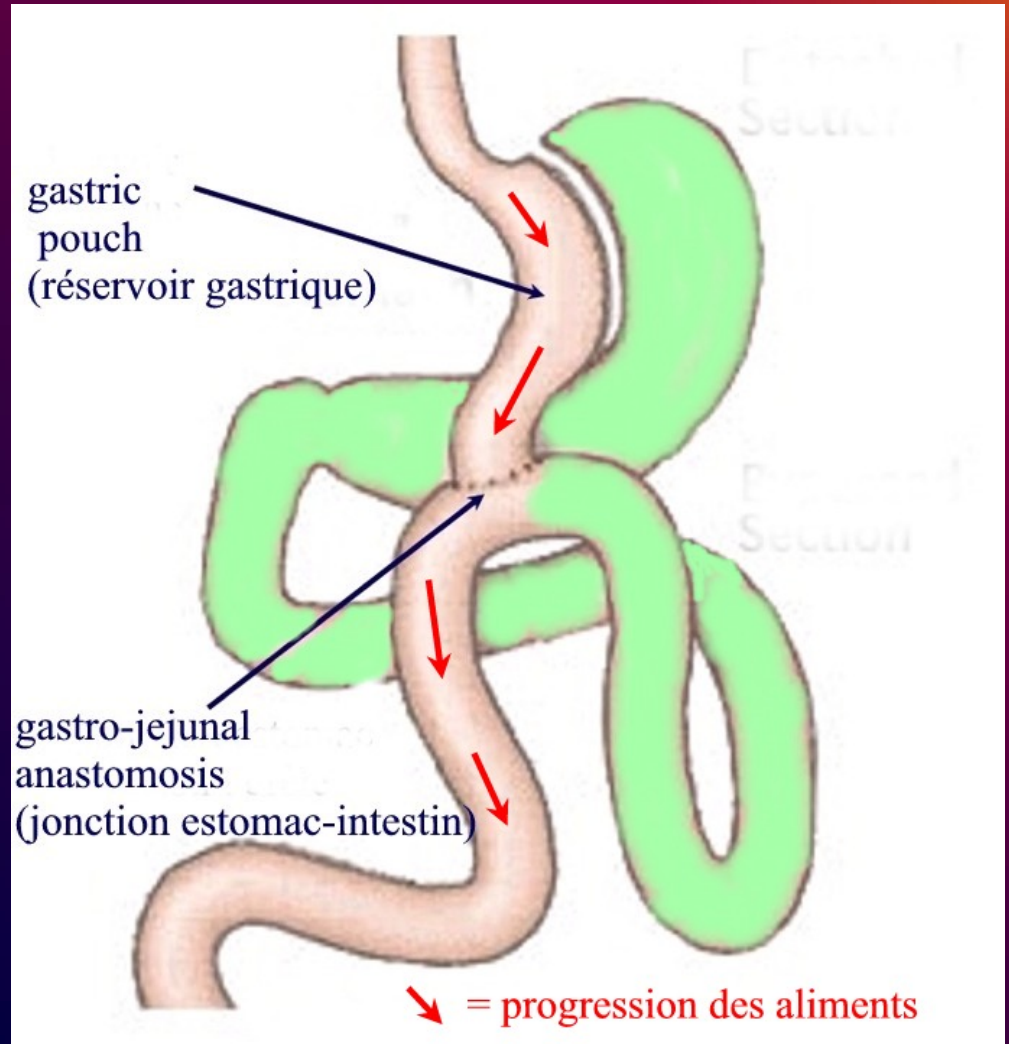
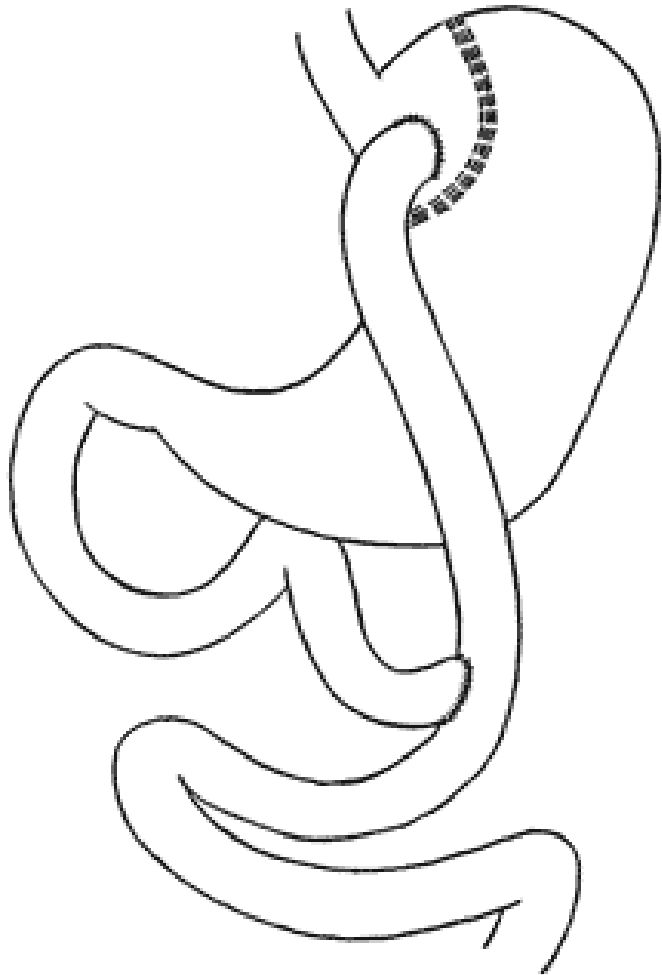


ablation de plus des 2/3 de l'estomac

# TECHNIQUES MIXTES

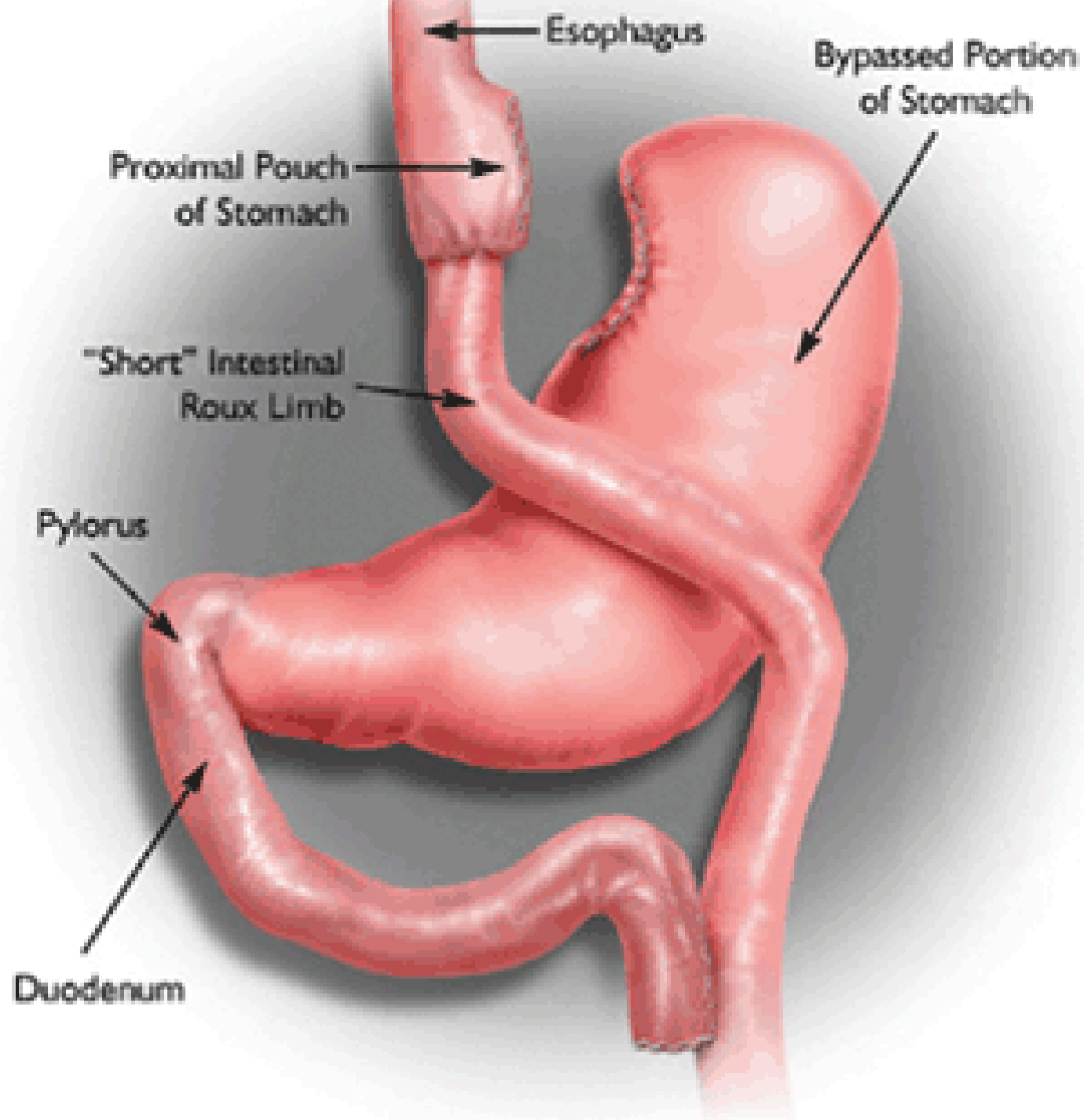
- Le Bypass gastrique est une technique mixte : restrictive et malabsorptive.
- Son concept repose sur l'observation habituelle d'une perte de poids après gastrectomie subtotale , d'où l'idée d'une gastrectomie *virtuelle* pour induire les mêmes conséquences.

# PRINCIPE DU BYPASS GASTRIQUE ET DU MINI-BYPASS





- Le principe est la création d'une petite poche gastrique proximale où arrivent les aliments .
- Celle-ci est ensuite directement reliée au jéjunum par l'intermédiaire d'une anastomose gastro-jéjunale sur *une anse en Y* ou *en oméga* dans le mini-bypass qui peut être plus facilement réversible .
- Les aliments passent ainsi directement dans l'intestin en court-circuitant non seulement, tout le reste de l'estomac mais, également le duodénum et le jéjunum proximal .



# CONSÉQUENCES

1- RESTRICTION DE LA PRISE ALIMENTAIRE EN RAISON DU PETIT COMPARTIMENT GASTRIQUE

2-MALABSORPTION DES ALIMENTS AVEC RISQUE DE CARENCES VITAMINIQUES ET MINÉRALES NÉCESSITANT UN SUIVI MÉDICAL À VIE

# LA DÉRIVATION BILIO-PANCRÉATIQUE

Le principe repose sur la combinaison de trois modifications physiologiques :

1-la réduction de la surface utile d'absorption intestinale

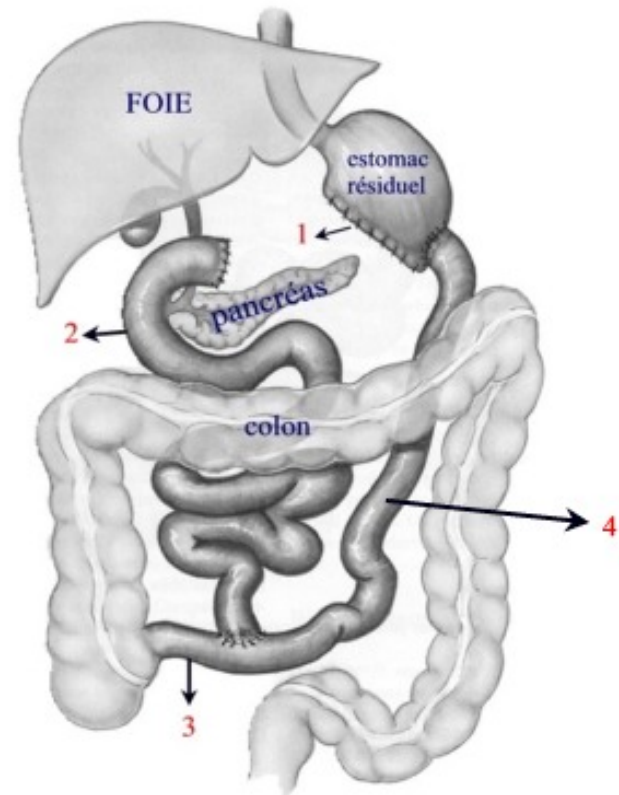
2-La diminution du contact entre le bol alimentaire et les sécrétions biliopancréatiques

3-Et enfin,l'altération de la physiologie gastrique

# LE PRINCIPE

- Cette technique a été décrite par le chirurgien italien Scopinaro en 1979 : c'est l'intervention malabsorptive type .
- Le fait que la grande majorité de l'intestin grêle se trouve privé des sécrétions biliaires et pancréatiques crée une mauvaise absorption des graisses .
- Les patients maigrissent sans restriction alimentaire mais avec un risque accru de carences calciques et vitaminiques notamment A,D,E, K et de dénutrition protéique massive

# SCHÉMA DE SCOPINARO



1) résection des plus des 2/3 de l'estomac

2) portion d'intestin ne véhiculant que les sécrétions venant du foie et du pancréas

3) intestin grêle distal (entre 75 et 100cm de longueur) où les aliments rencontrent les sécrétions digestives venant du foie et du pancréas et où se réalise l'essentiel de la digestion et de l'absorption des aliments

4) portion de l'intestin ne véhiculant que les aliments venant de l'estomac résiduel

# DÉRIVATION BILIO-PANCRÉATIAQUE

- Elle est réalisée par laparotomie médiane :

1er temps : Réalisation d'une gastrectomie distale qui emporte le pylore avec risque de dumping syndrome;

2ème temps : section de l'iléon à 250 cm de la valvule de Bauhin. L'extrémité proximale de la portion distale de l'intestin grêle est alors montée dans l'hypochondre gauche pour la réalisation d'une gastro-entéro-anastomose;

3ème temps : il consiste en une anastomose entre l'extrémité distale du segment intestinal d'amont et l'iléon terminal à 50 cm de la valvule de Bauhin.

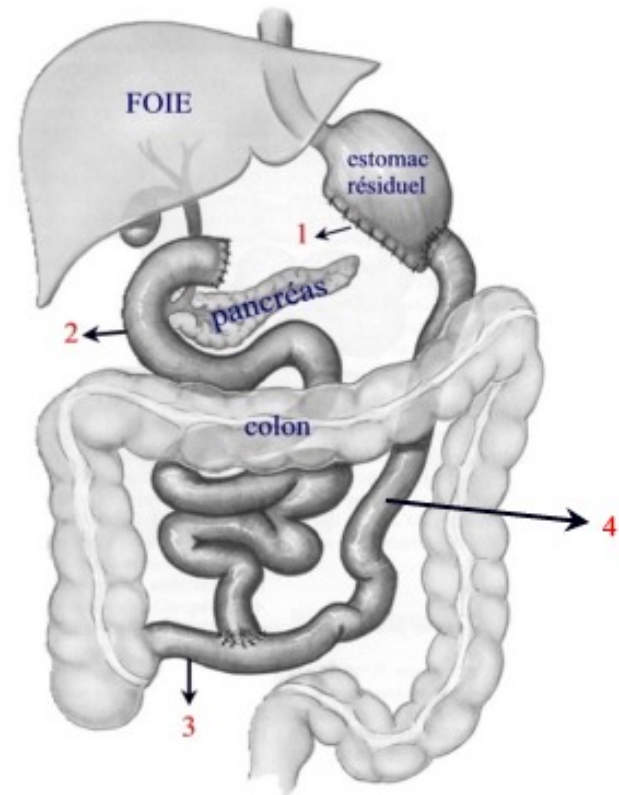
# AU TOTAL

Trois anses peuvent être individualisées :

- L'anse commune constituée par l'iléon terminal entre l'entéro-anastomose et la valvule de Bauhin dans laquelle circule le bol alimentaire et les sécrétions bilio-pancréatiques
- L'anse alimentaire dans laquelle chemine le bol alimentaire
- L'anse bilio-pancréatique qui comprend le reste de l'intestin grêle entre le duodénum et l'entéro-anastomose



# SCHÉMA DE SCOPINARO



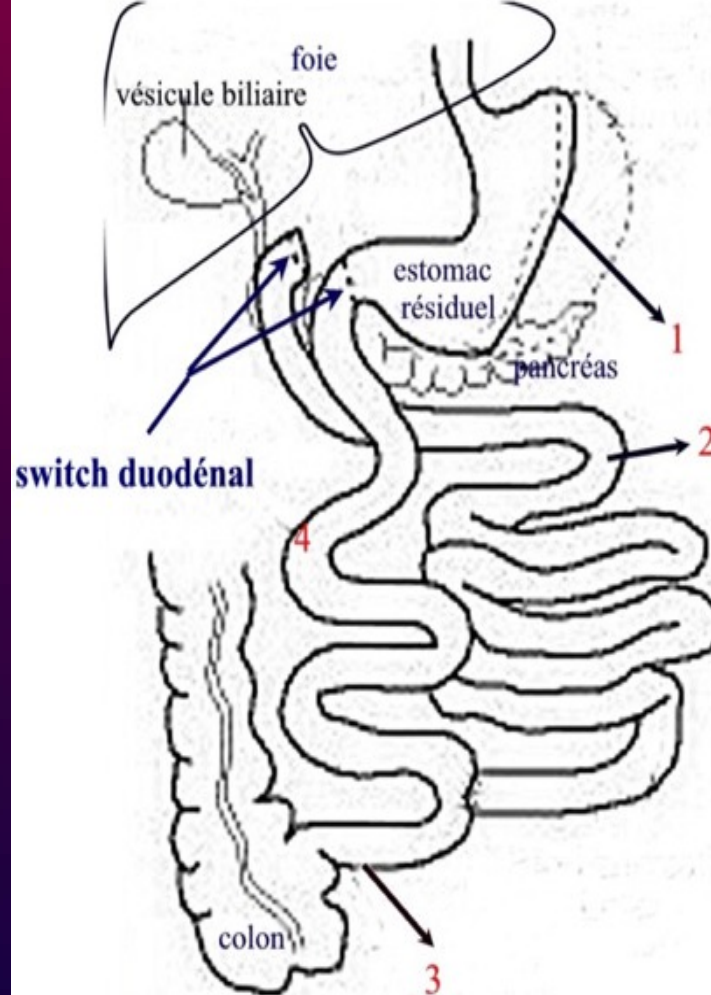
- 1) résection des plus des 2/3 de l'estomac
- 2) portion d'intestin ne véhiculant que les sécrétions venant du foie et du pancréas
- 3) intestin grêle distal (entre 75 et 100cm de longueur) où les aliments rencontrent les sécrétions digestives venant du foie et du pancréas et où se réalise l'essentiel de la digestion et de l'absorption des aliments
- 4) portion de l'intestin ne véhiculant que les aliments venant de l'estomac résiduel

# DÉRIVATION BILIO-PANCRÉATIQUE AVEC SWITCH DUODÉNAL

Cette technique décrite par Marceau en 1990 sous laparotomie puis sous coelioscopie en 1998 correspond à une modification de la technique de Scopinaro :

- Une première modification consiste à réaliser une sleeve- gastrectomie en préservant la petite courbure gastrique et le pylore avec anastomose de l'anse intestinale alimentaire aux premiers centimètres du duodénum.

La 2ème modification est l'anastomose plus proximale de l'anse bilio-pancréatique sur l'anse alimentaire aboutissant à une anse commune de 100 cm et à une anse alimentaire de 150 cm avec l'objectif de lutter contre les diarrhées et d'améliorer l'absorption des protéines.



1) Les 2/3 de l'estomac sont réséqués avec un effet restrictif peu important

2) Portion d'intestin ne véhiculant que les sécrétions venant du foie et du pancréas

3) Intestin grêle distal (entre 75 et 100cm de long) où les aliments rencontrent les sécrétions digestives et où s'effectue l'essentiel de la digestion et de l'absorption des aliments

4) Portion d'intestin ne véhiculant que les aliments

# CHOIX DES TECHNIQUES

- 1- Avec l'avis consensuel entre l'équipe pluridisciplinaires et le patient suffisamment informé des avantages et des inconvénients de chaque technique
- 2- Aux USA le bypass est proposé en première intention
- 3- En France, la gastroplastie par anneau est réalisée en fonction de l'âge du patient : plus il est jeune plus on lui proposera en raison de sa réversibilité et de la moindre morbidité

# INDICATIONS DU BYPASS

Le Bypass est indiqué dans trois situations :

- 1- en cas d'IMC supérieur à 50
- 2- après complications d'un anneau
- 3- en cas d'échec d'un anneau

# INDICATIONS DE LA SLEEVE

- En cas d'IMC supérieur à 60 dans un premier temps ;
- En envisageant un bypass dans un 2ème temps dans de meilleures conditions chez un patient ayant maigri de façon à faciliter la laparoscopie.

# INDICATION DE LA DÉRIVATION BILIO-PANCRÉATIQUE

- La technique de Scopinaro est rarement utilisée en France en raison des complications malabsorptives graves



# INDICATIONS DE LA DÉRIVATION BILIO-PANCRÉATIQUE AVEC SWITCH DUODÉNAL

La CCAM reconnaît la validité des indications pour les IMC supérieurs ou égaux à 50 sauf en deuxième intention après échec ou complications d'une précédente chirurgie bariatrique.

- C'est la méthode la plus efficace pour la perte de poids car la perte moyenne est de 85% .

-Elle se caractérise par un confort alimentaire mais des contraintes liées à la fréquence des selles.