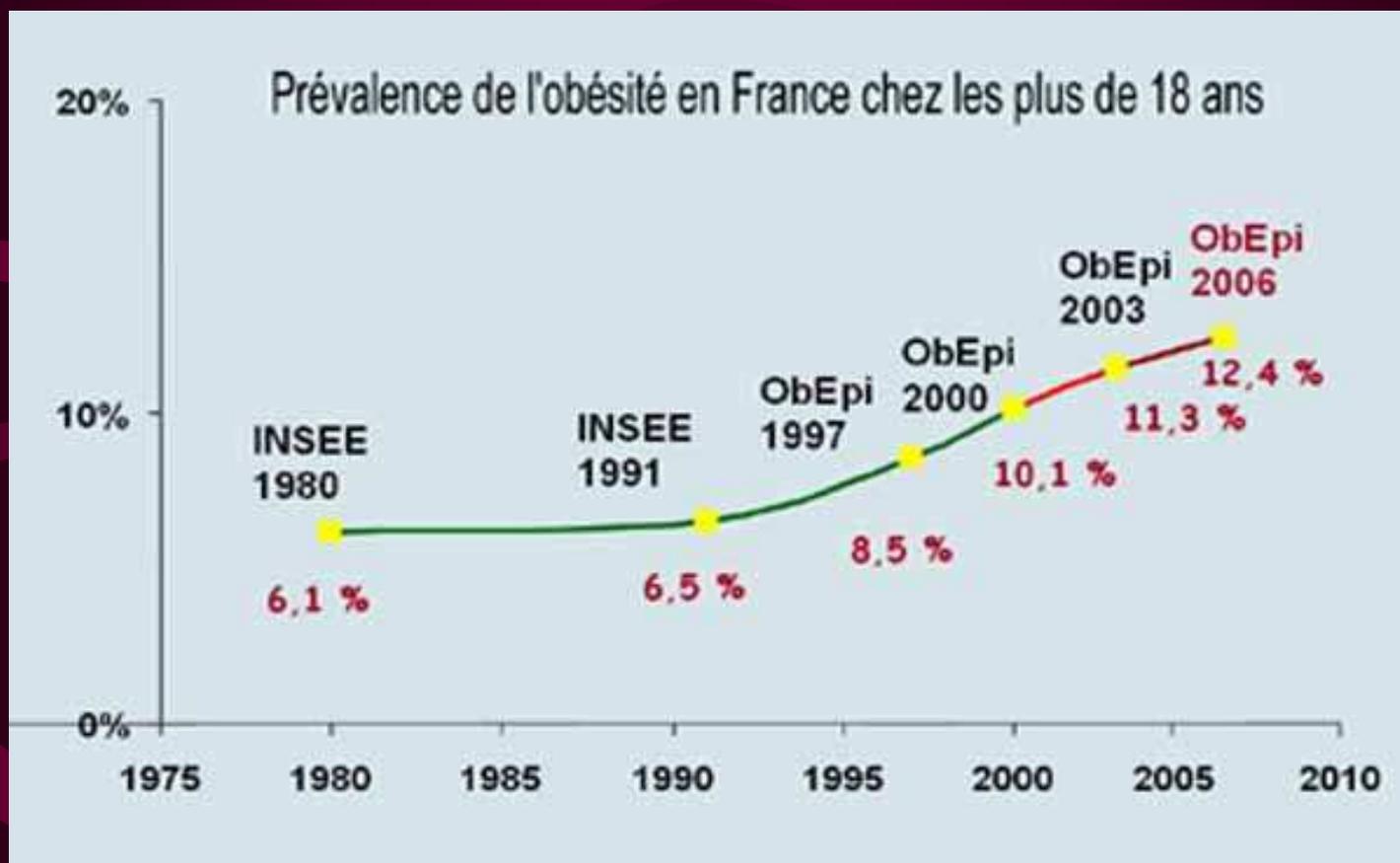


Chirurgie de l'obésité

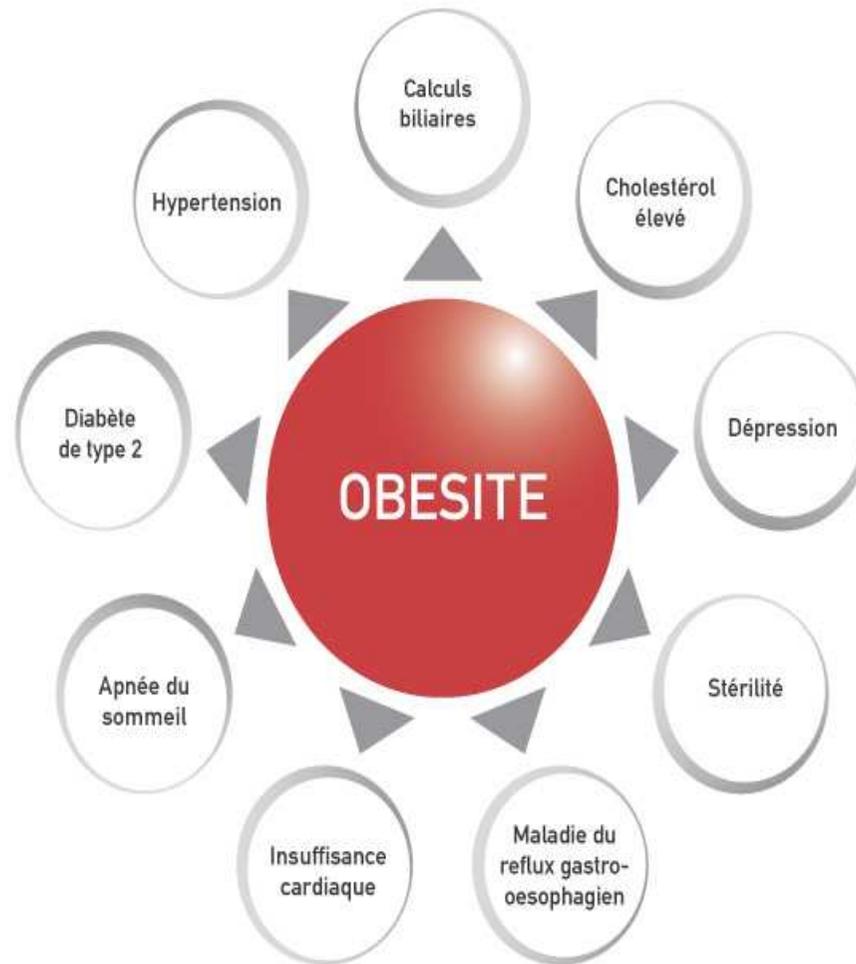
Dr Ch. de Séguin
(clinique Saint Louis Ganges)

12/06/2008

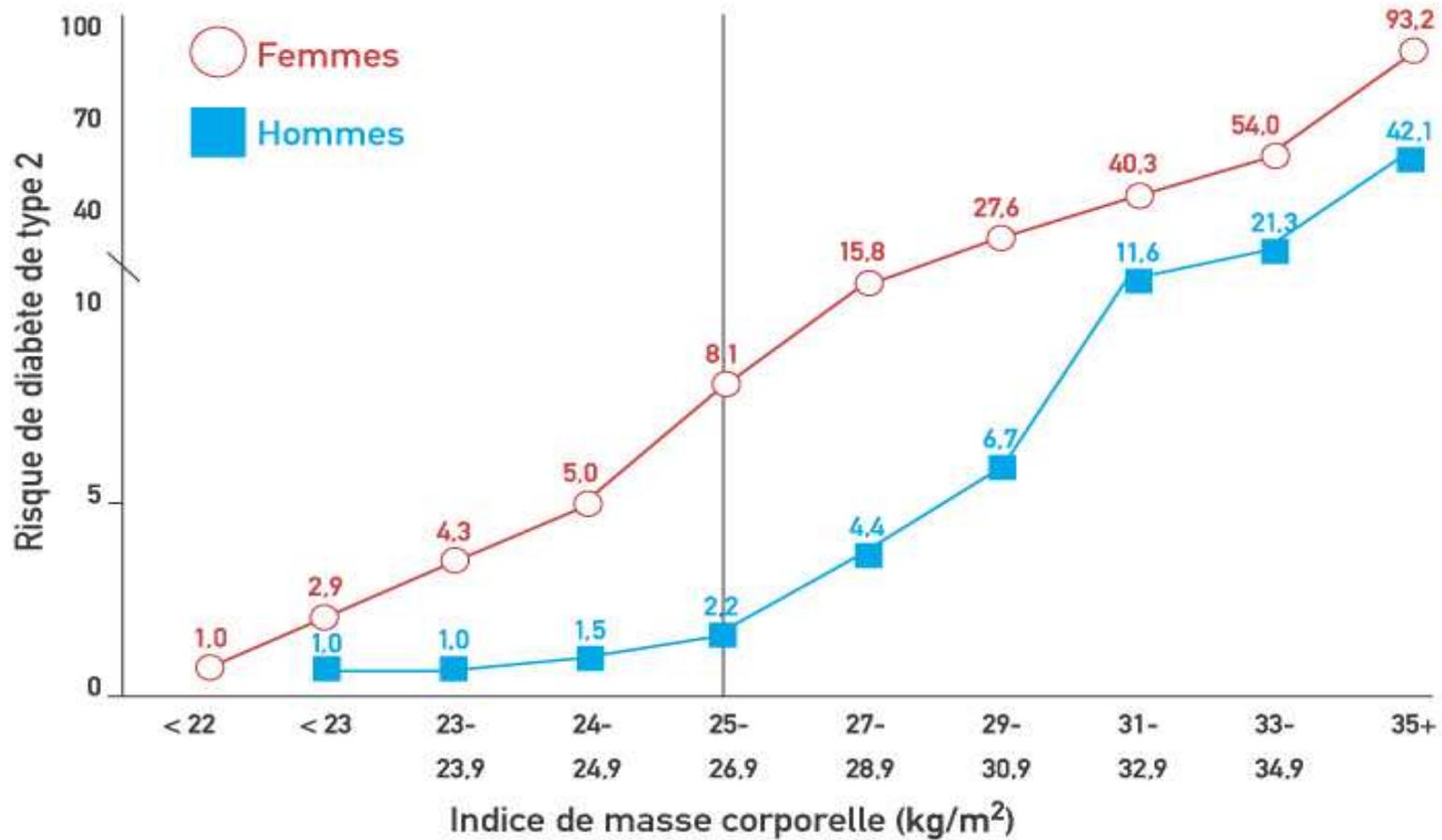
L'obésité problème majeur de santé publique



Complications de l'obésité



Diabète et obésité



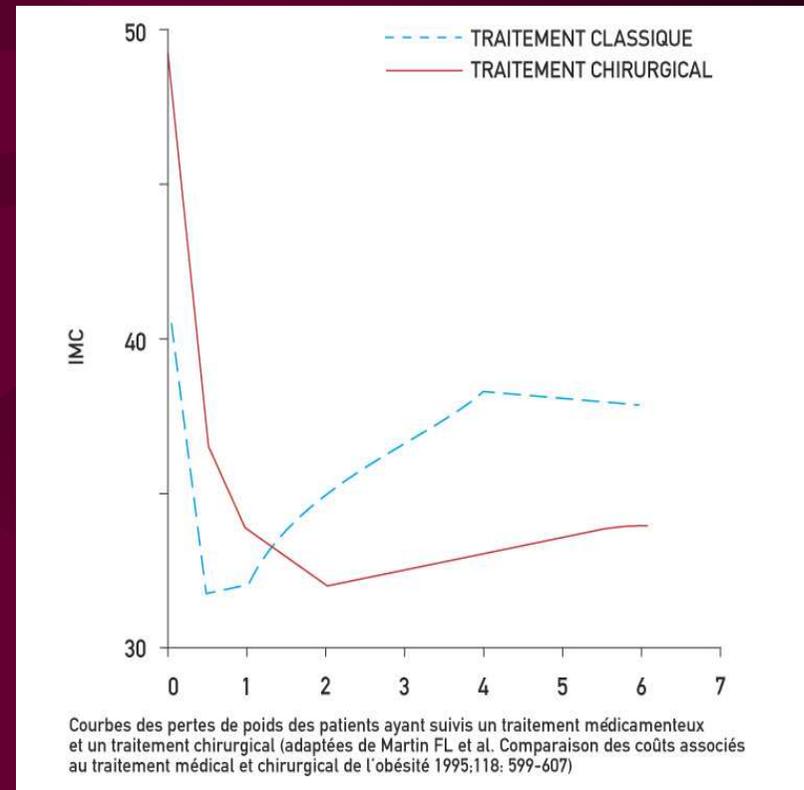
Quels obèses ?

Classification	IMC Kg / m ²	
Normal	18.5-24.9	
Surpoids	25-29.9	
Obésité	> 30	
Classe 1	30-34.9	Modérée
Classe 2	35-39.9	Sévère
Classe 3	> 40	Morbide
Super-obésité	> 50	

Swedish obese subjects (SOS)

N Engl J Med 2004;351:2683-93

- La chirurgie est le seul traitement permettant une perte de poids :
 - significative (perte > 50% excès de poids)
 - stable dans le temps



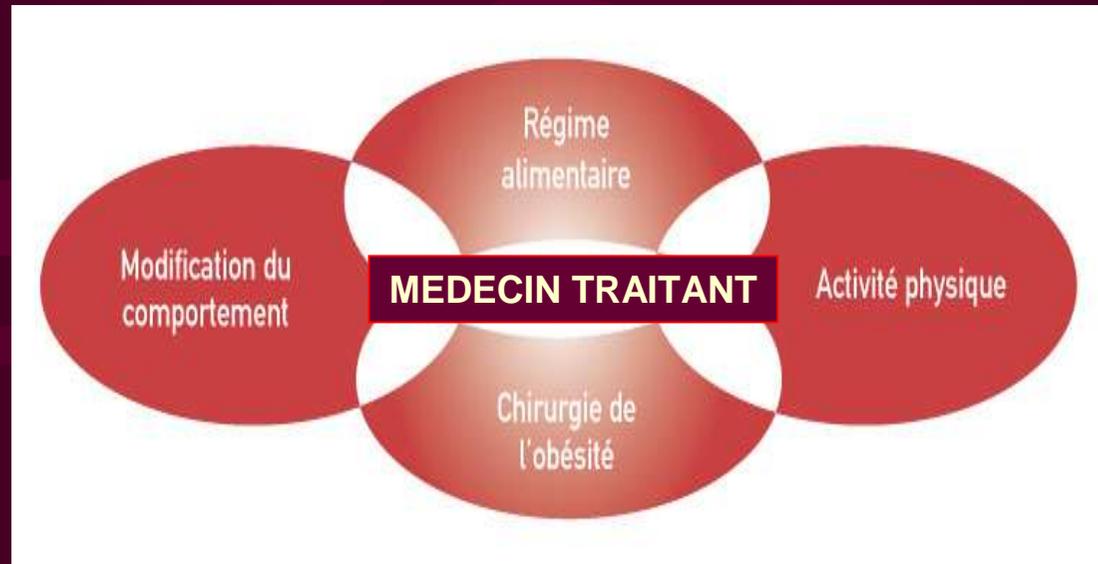
NIH Consensus Conference (1991) réactualisée en 2005

- Quels malades peut on opérer ?
 - IMC > 40kg/m²
 - ou IMC entre 35-40 avec comorbidités sévères
 - âge 18-65 ans
 - obésité évoluant depuis plus de 5 ans
 - échec de plusieurs prises en charge médicales bien conduites
- Les contre indications
 - Patients n'acceptant pas un suivi pluridisciplinaire
 - Alcoolisme, toxicomanes, atteintes psychiatriques majeures
 - CI relatives : cancers et maladies chroniques (discussion pluri disciplinaire au cas par cas)

Prise en charge pluridisciplinaire

Endocrinologue
Nutritionniste
Diététicien

Psychiatre
Psychologue



Médecin physique
Kinésithérapeute

Chirurgien
Anesthésiste
Cardiologue
Gastroentérologue
Pneumologue

Les interventions

restrictives :

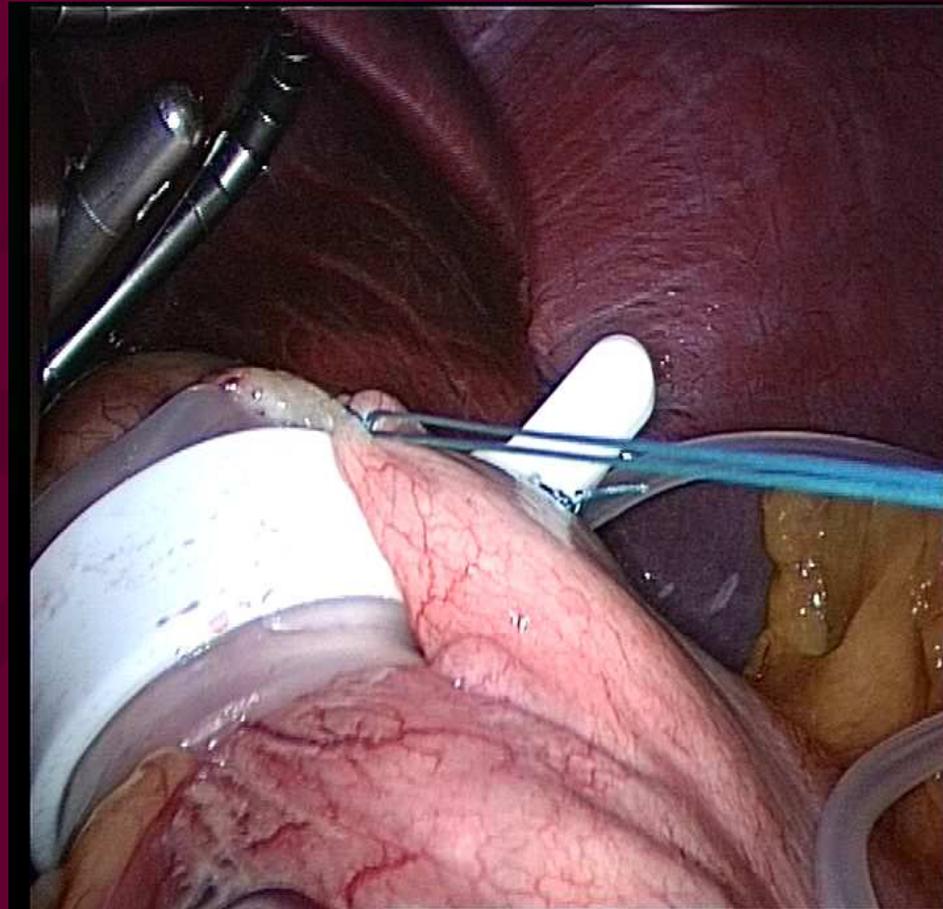
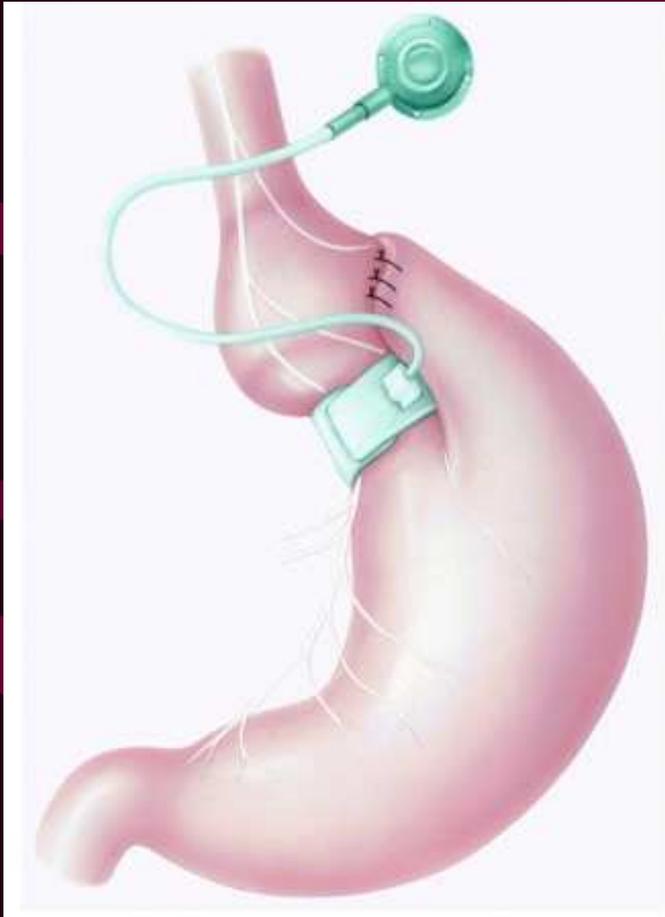
- gastroplastie par anneau
- gastroplastie verticale calibrée (Mac Lean)
- sleeve gastrectomie (gastrectomie longitudinale)

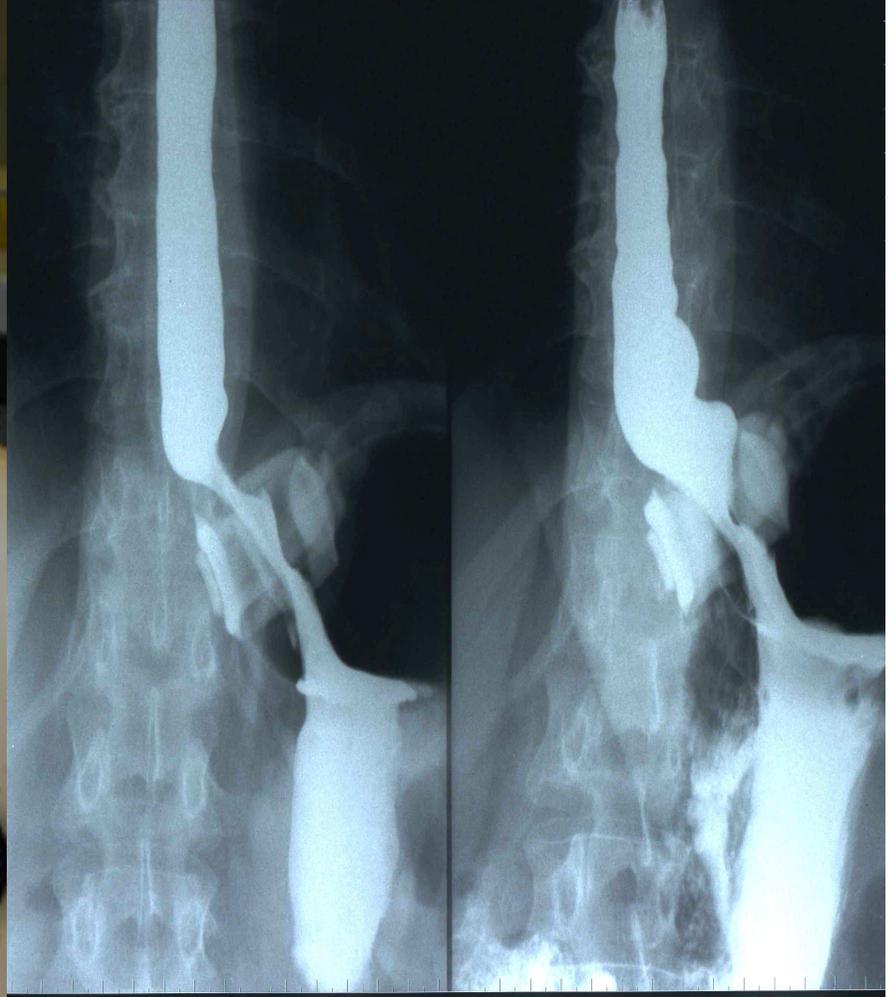
mixtes (restrictives et malabsorptives) :

court circuit gastrique
ou by pass gastro-jéjunal

Toutes réalisées en coelioscopie

L'anneau gastrique





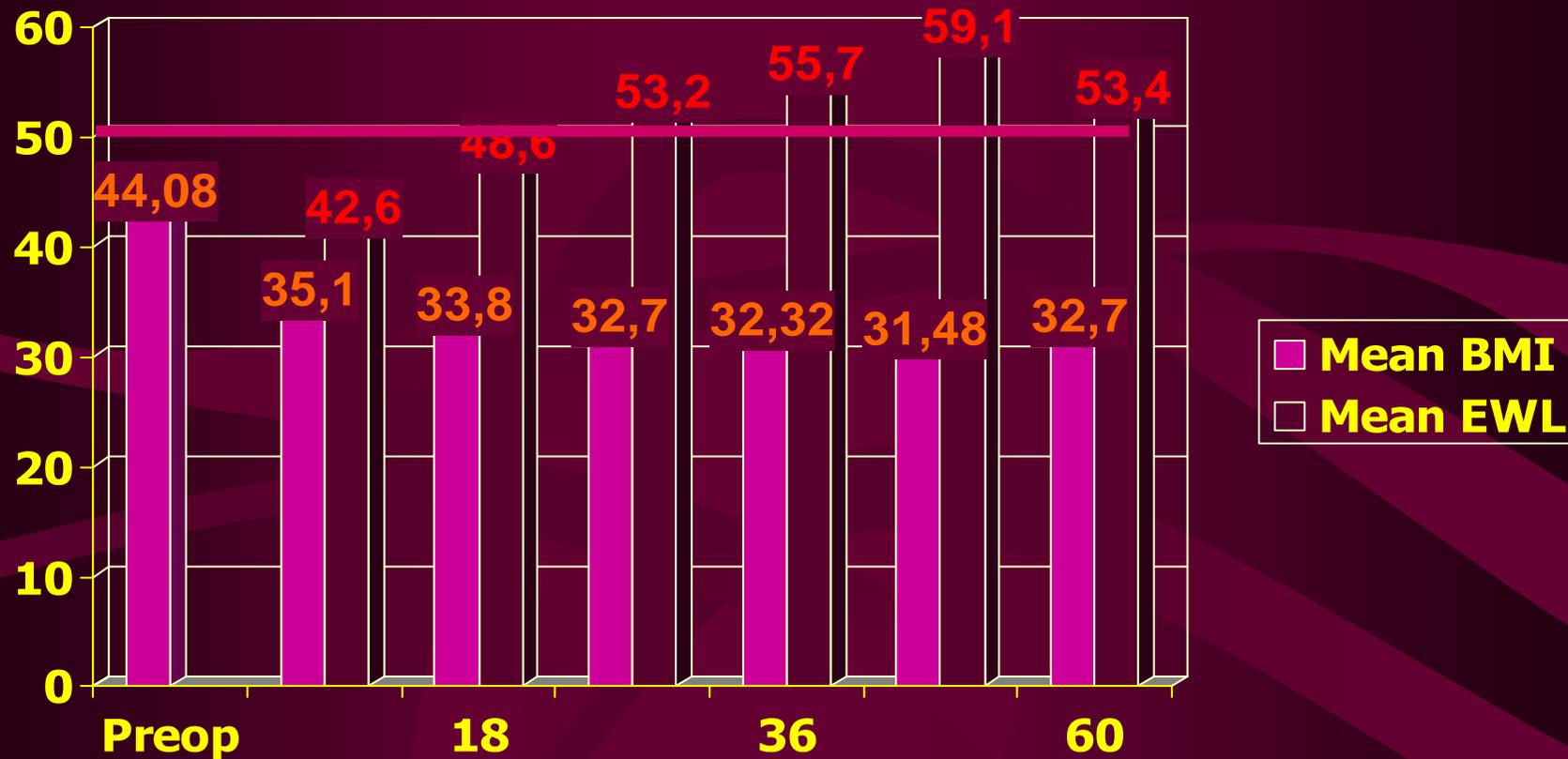
Notre expérience

- 1995-2006 (Pr Fabre, Pr Domergue, Dr de Séguin, Dr Nocca)
- >1000 anneaux (85% SAGB)
- Evaluation pluridisciplinaire systématique en hospitalisation de jour (service du Pr Bringer)
- Entente préalable CPAM

Résultats (SAGB)

- 664 patients: 1998 – 2004
- Age moyen: 40.7 ans
- IMC moyen: 44.2 (32 – 76) Kg/m²
- 562 Femmes (85%) vs 102 Hommes (15%)
- Conversion: 0.1% (n=1) Hépatomégalie
- Mortalité: 0%
- Recul moyen : 48 mois (4.7 - 76)

Perte de Poids



IMC diminue en moyenne de 12 kg/m²

Complications

	n	%
dilatation de poche	20	3
« slipage »	17	2.6
migration	11	1.6
Problèmes de boîtier	21	3.2
Blocages alimentaires	20	3

Mortalité : 0

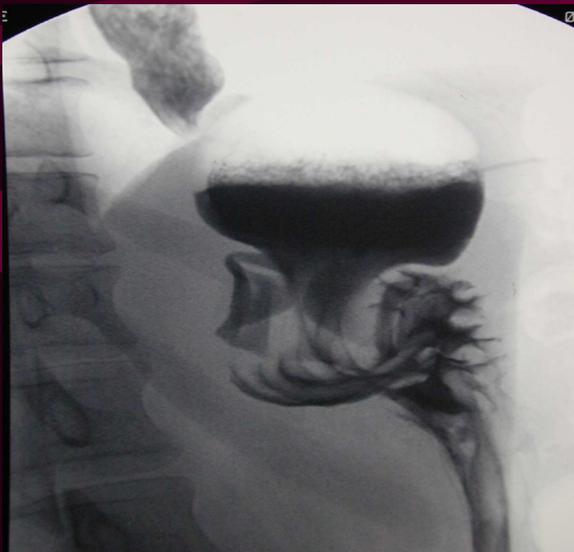
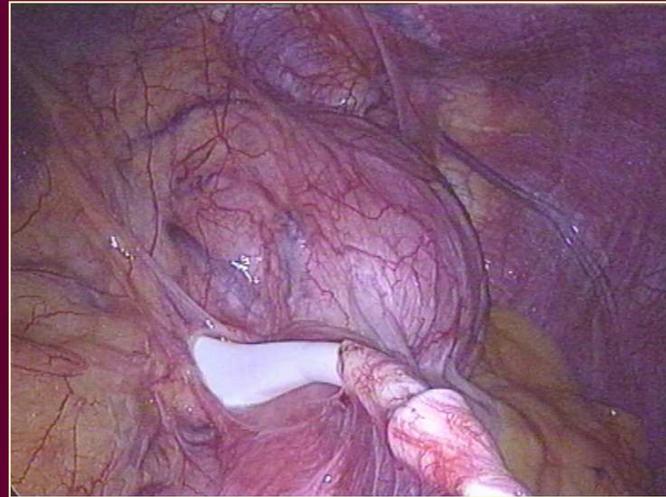
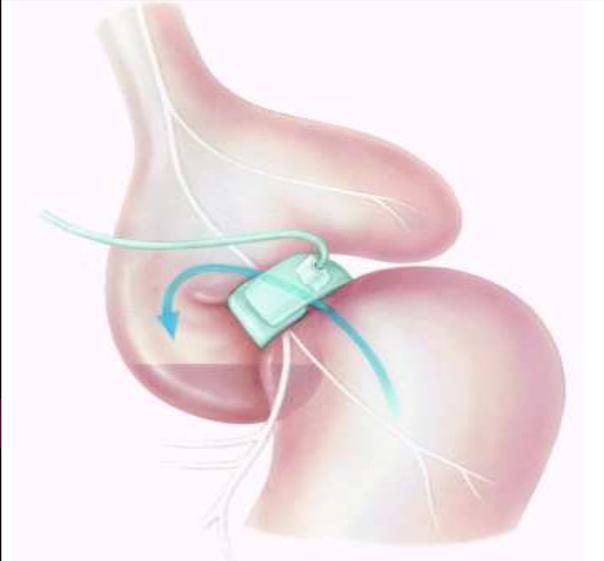
Ablation anneaux : 10%

Blocage alimentaire

- Mastication insuffisante
- Traitement
 - desserrage
 - Si inefficace : gastroscopie



Dilatation et glissement



Signes:

Blocages, régurgitations, salivation , reprise pondérale

Traitement:

- desserrage
- si inefficace : ablation

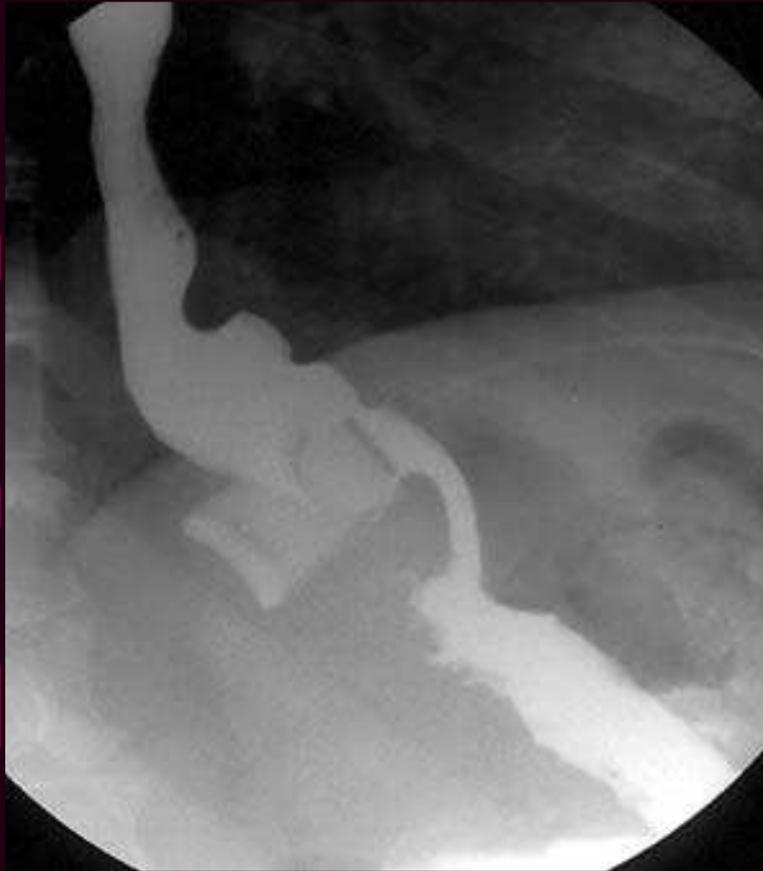
Migration intra gastrique

(0.3 à 10.8%)

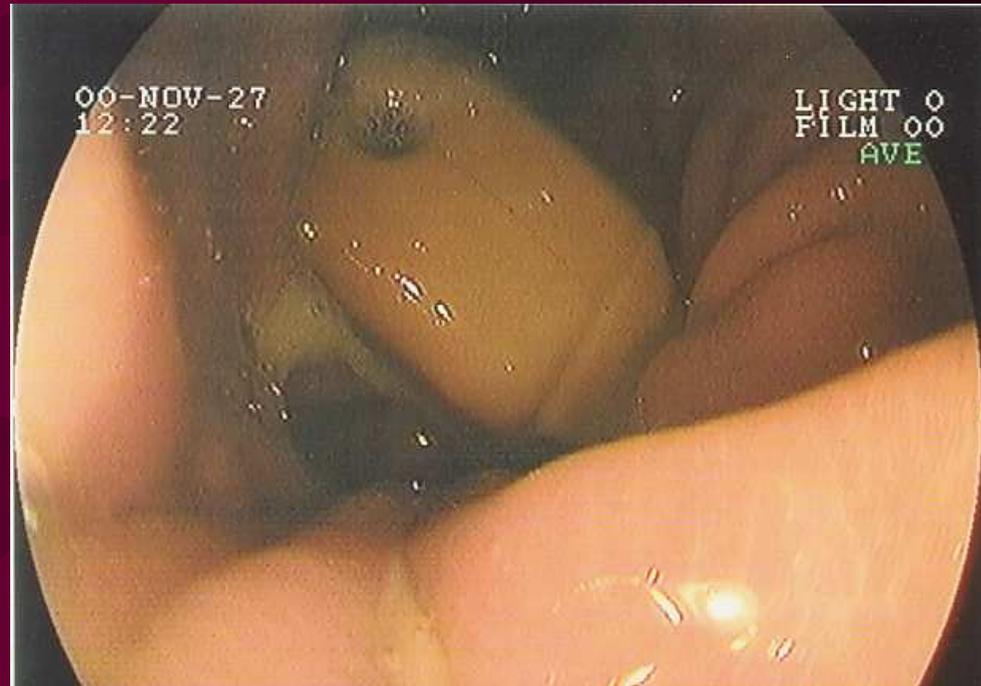
- Reprise pondérale « non expliquée »
- Inefficacité du serrage
- Douleurs épigastriques
- Dysphagie
- Infection du boîtier
- Hémorragie digestive
- Asymptomatique

Diagnostic

Opacification



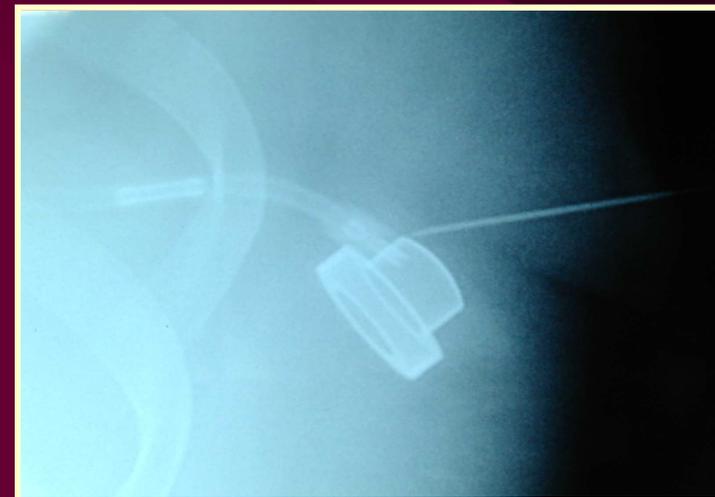
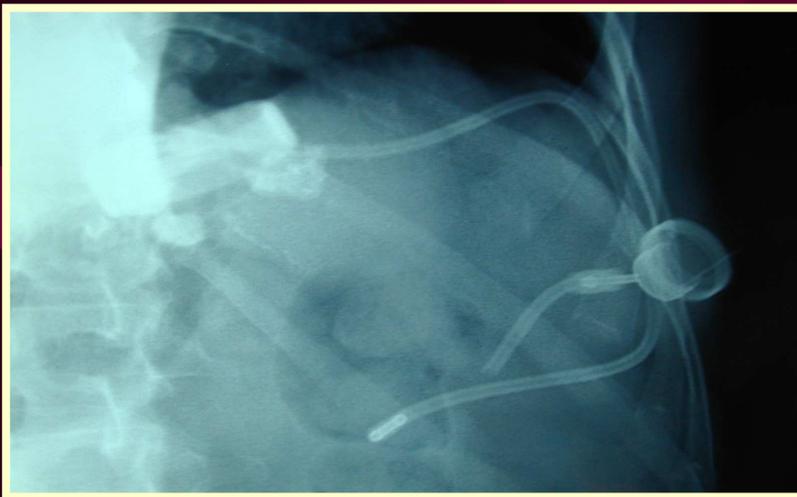
Endoscopie



TTT : ablation anneau/coelioscopie

Complications du boîtier

- Retournement
- Rupture de la tubulure
(Partielle ou complète)
- Infection



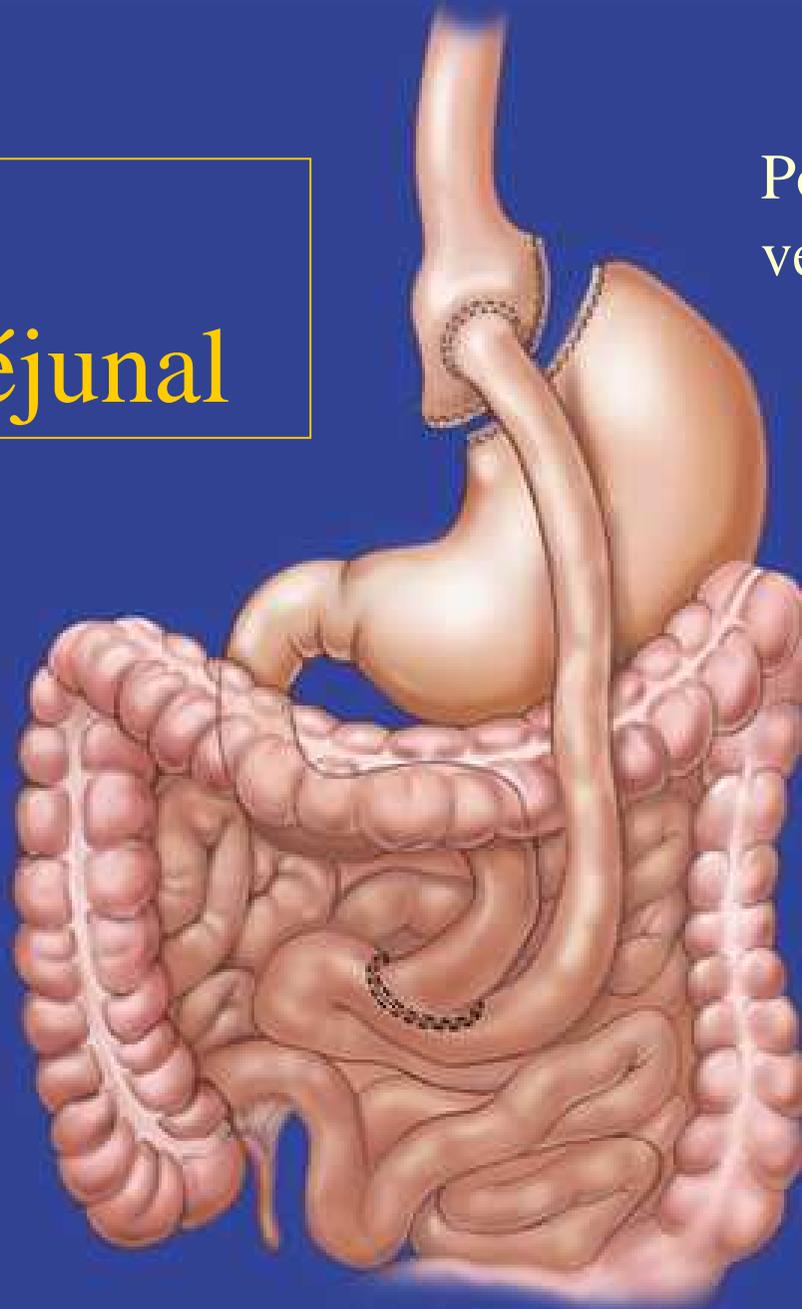
Conclusions

Technique simple, peu morbide, réversible et efficace si :

- Respect
 - des indications : hyperphages, BMI < 50, non «sweats eaters ».
 - de la technique.
 - des règles hygiéno-diététiques (mastication)
- Suivi régulier du patient (« contrat moral »)
- Bonne stratégie de serrage de l'anneau (importance de la collaboration radiologue chirurgien)

Mais ablation de 10% des anneaux

By-pass gastro-jéjunal



Poche gastrique
verticale 20 à 30 cc

Anse en Y
100 à 150 cm



Indications

- **Aux USA le GBP est proposé en première intention pour des IMC $> 40 \text{ kg/m}^2$, ou $>35 \text{ kg/m}^2$ si comorbidités associées.**
- **En Europe GBP est proposé:**
 - Aux patients super obèses (IMC >50)
 - Aux sweat- eaters
 - Après échec d'une procédure restrictive +++

Notre expérience en 2006

- > 100 procédures sous laparoscopie
- 3 opérateurs :
 - Pr Fabre, Dr Nocca (CHU)
 - Dr de Séguin (St Louis et CHU)
- Mortalité nulle

RESULTATS

- 104 patients: 83% de femmes, 17% d'hommes
- Age moyen: 43.5 ans (18-68)
- IMC préop moyen: 46.6 kg/m² (max = 75)
 - 31% de super obèses
- Indications
 - 45.5% en première intention
 - 46.5% après échec d'anneau
 - 7.9% après échec de gastroplastie verticale calibrée
- Voie d'abord
 - 89.5% sous coelioscopie
 - 9.3% sous laparotomie
 - 1% de conversion (anse courte)

COMPLICATIONS

- Mortalité opératoire 0%
- Morbidité globale: 23%
 - Fistule gastrique 4.3%
 - Sténose anastomotique 2.2%
 - Occlusion sur hernie 1%
- Reprise opératoire: 7.5%
- Durée de séjour moyen: 5 jours

RESULTATS



diminution de l'IMC: 18 à 20 Kg/m²

Dans la littérature

- Moyenne perte d'excès de poids: 70 à 80% à 2 ans, stable à 5 ans.
- 85% des patients ont une perte d'excès de poids > 50%
- Amélioration ou disparition des comorbidités en particulier du diabète de type 2 +++ (93%)
- Excellent confort alimentaire, pas de diarrhée .

Risque de carences nutritionnelles

Carences possibles

Fer

Calcium

Vit D

Folates (grossesses)

Vit B12

Vit B1

Zinc

Selenium

En pratique :

ALIMENTATION EQUILIBREE

**SUPPLEMENTATION VITAMINIQUE
ET MARTIALE**

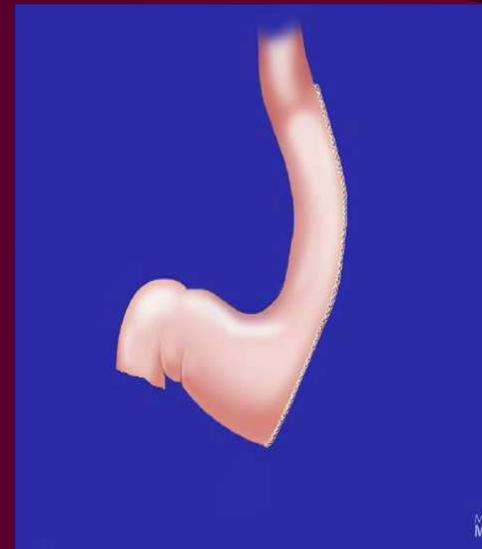
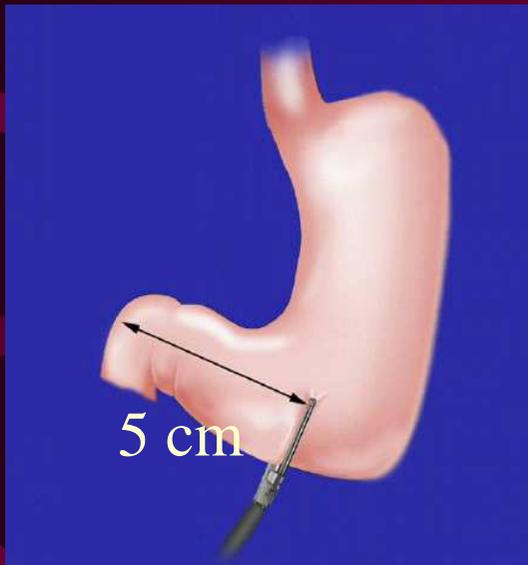
BILAN SANGUIN 2 FOIS/AN

SUIVI SPECIALISE INDISPENSABLE

CONCLUSION

- Le LGBP est la technique validée la plus efficace actuellement en terme de perte pondérale
- Elle procure aux patients un bien meilleur confort digestif que l'anneau
- Mais elle nécessite une expertise chirurgicale importante en chirurgie bariatrique et en coelioscopie (learning curve = 100 cas) et une équipe d'anesthésie –réanimation très entraînée (centres experts ?)
- Un suivi nutritionnel spécialisé est indispensable (endocrinologue ou nutritionniste)

Sleeve gastrectomie ou Gastrectomie en manchon



Etude multicentrique prospective

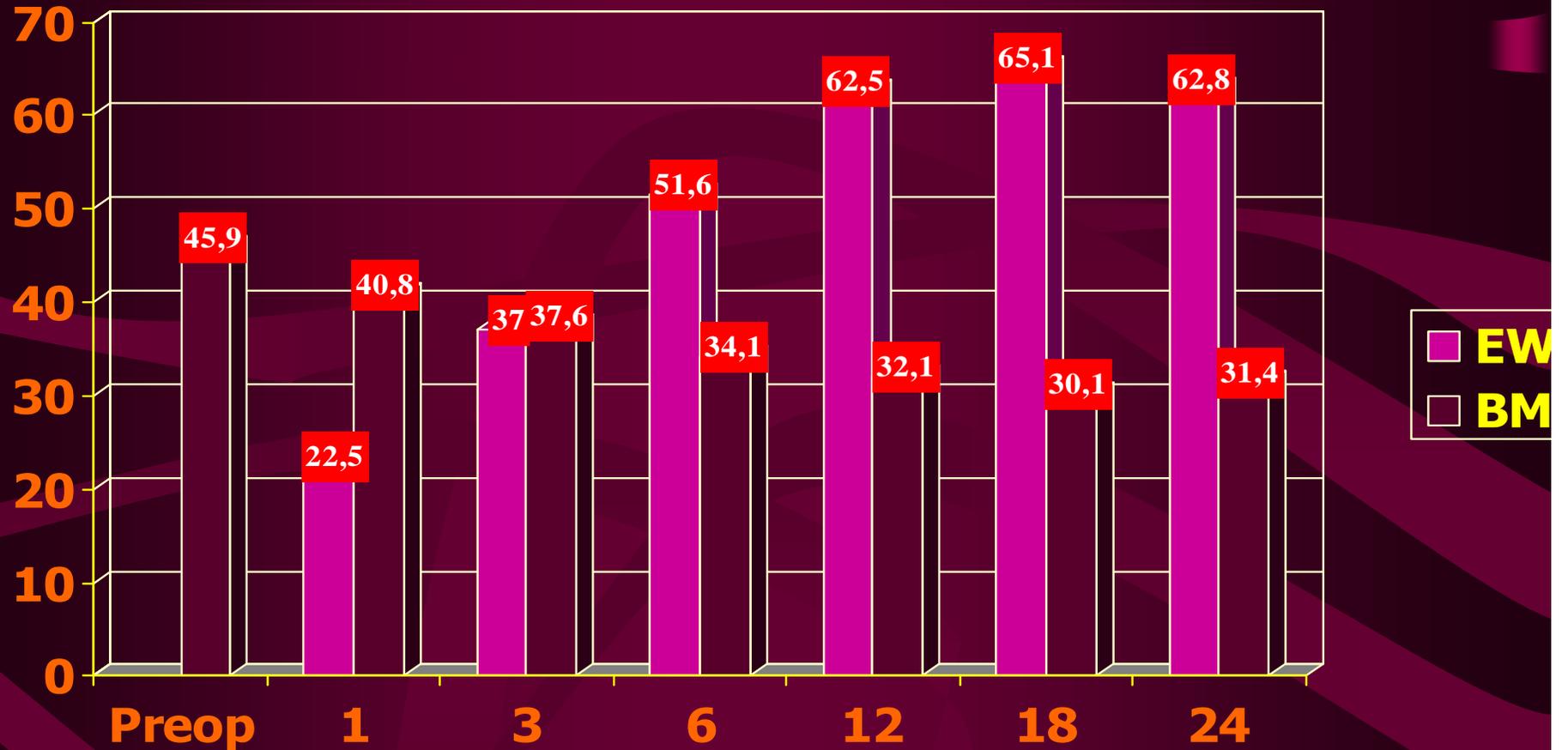
(4 centres : montpellier, aubagne, vitry, ganges)

- Janvier 2003-septembre 2006:163 patients (1 laparotomie)
 - IMC pre op: 45,9 kg /m² (44 patients superobèse)
 - femmes (68%)
 - âge moyen : 41.5 ans
- Indications:
 - Patients hyperphages, souhaitant une chirurgie définitive, population nomades, super obèse, échec technique restrictive après perte de poids importante.
 - 150 fois 1er intention (92%)
 - 22 fois après échec d'anneau (procédure en 2 temps)
 - 1 fois après échec de Mason

RESULTATS

- Conversion 0%
- Complications peropératoires: 12 cas (7.3%)
 - Désunion lignes agrafes: 9 cas (5.5%)
 - Agrafage sonde gastrique: 1 cas (0.61%)
- Temps d'hospitalisation: 8 j. (5j. si non complic)
- Mortalité: 0%
- Morbidité post-opératoire précoce: 6,74%
 - (6 fistules dont 4 après anneau)
 - 2 sténoses
- Morbidité à long terme: 11.8% (RGO)

Résultats



Perte d'IMC : 15 Kg/m²

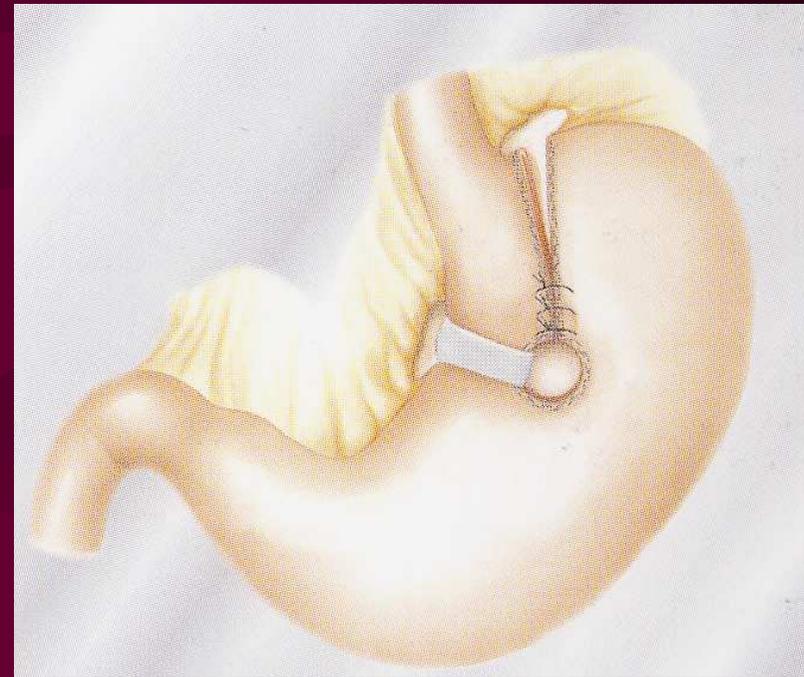
Au total

- La gastrectomie en manchon est une technique efficace à court terme.
- La mortalité, la morbidité opératoire et post-opératoire est faible.
- Le recul est encore insuffisant (3ans dans notre série)
- Des études à long terme sont nécessaire pour évaluer la stabilité de la perte pondérale, la qualité de vie des patients et le RGO.

Conclusion

- Après une quasi exclusivité des anneaux en Europe, de nouvelles interventions sont apparues
- Permettant de mieux hiérarchiser les indications
 - IMC 35 à 45, hyperphages : anneaux ou sleeve
 - IMC > 45, sweet-eaters : by-pass
 - Super-obèses : sleeve (avant éventuel bypass)
 - Après complication d'une anneau efficace : sleeve
 - Après échec d'une procédure restrictive : by-pass

Gastroplastie verticale calibrée (Mac Lean)



- Transection gastrique \Rightarrow Pas de reperméabilisation
- Calibration du chenal par anneau non modulable

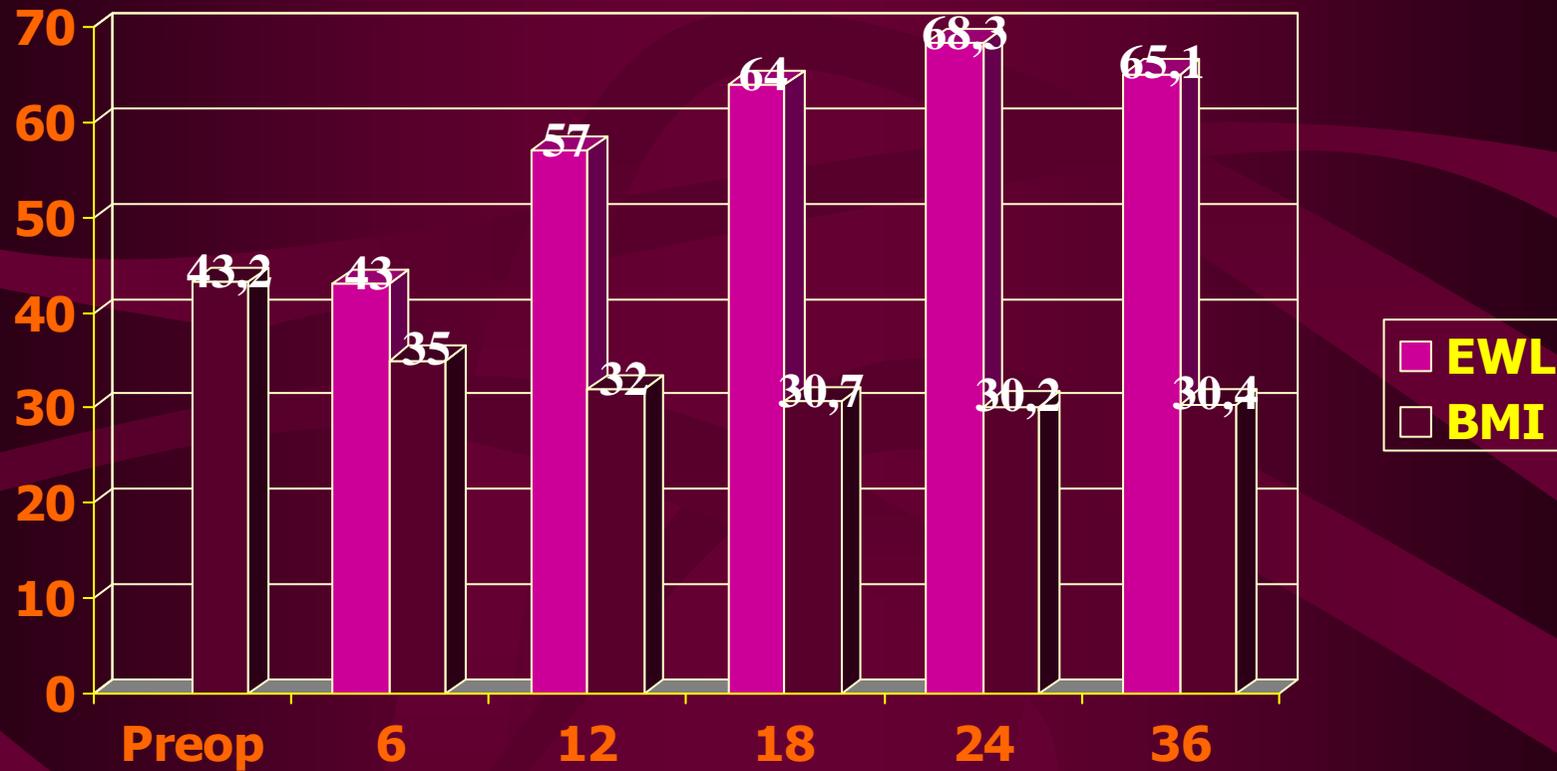
Indications

- Technique peu répandue, pratiquée dans quelques centres en France et en Italie (5% aux USA).
- Indications:
 - Patients hyperphages, BMI<50, non « sweet eaters »
 - Souhaitant une chirurgie plus définitive et moins contraignante pour le suivi
 - Population nomades

Notre expérience (Pr Fabre, Pr Millat, Dr de Séguin)

- 200 patients
 - Age moyen 42 ans
 - IMC pre op 43,2 Kg /m²
 - femmes (86%) pour hommes (14%)
- Indications
 - 168 fois en 1er intention
 - 32 fois après échec d'anneau
- Conversion 1/200 (0,5%)

Résultats



Résultats

- Morbidité : 20%

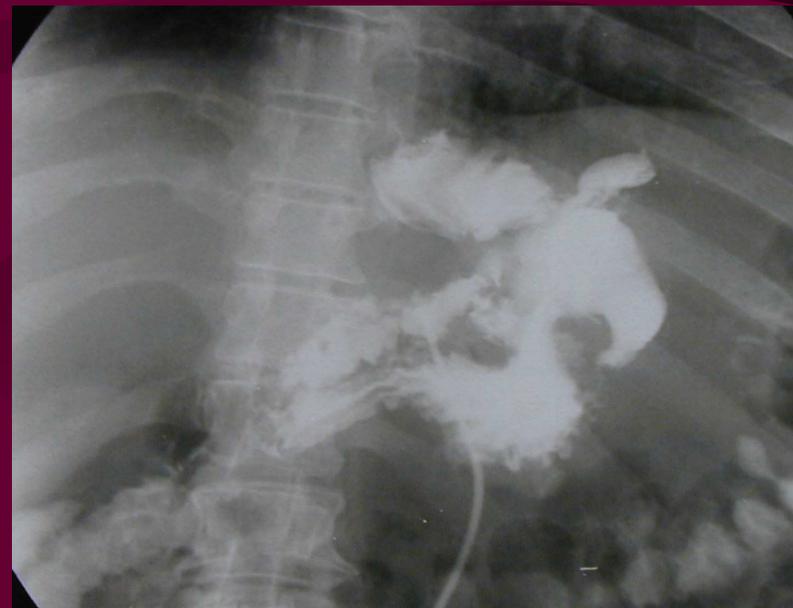
– Fistule	5	2.5%
– Sepsis	2	1%
– Sténose	14	7%
– Lithiase vésiculaire (3 reop)	3	1,5%
– Phlébite	2	1%
– RGO	14	7%

- Ré-opération

18 9%

- Mortalité: 0,5% (n=1)

Fistules



Graves, reprise opératoire immédiate

Sténoses



Reprise sous coelioscopie avec contrôle endoscopique :
ablation de la prothèse + ou – « stricturoplastie »

Conclusion

- Place réduite dans l'arsenal de la chirurgie bariatrique (quelques équipes dans le monde)
- Indications voisine des anneaux
- Perte de poids légèrement supérieure
- Chirurgie plus complexe, plus morbide et irréversible mais excellent apprentissage avant le LGBP