

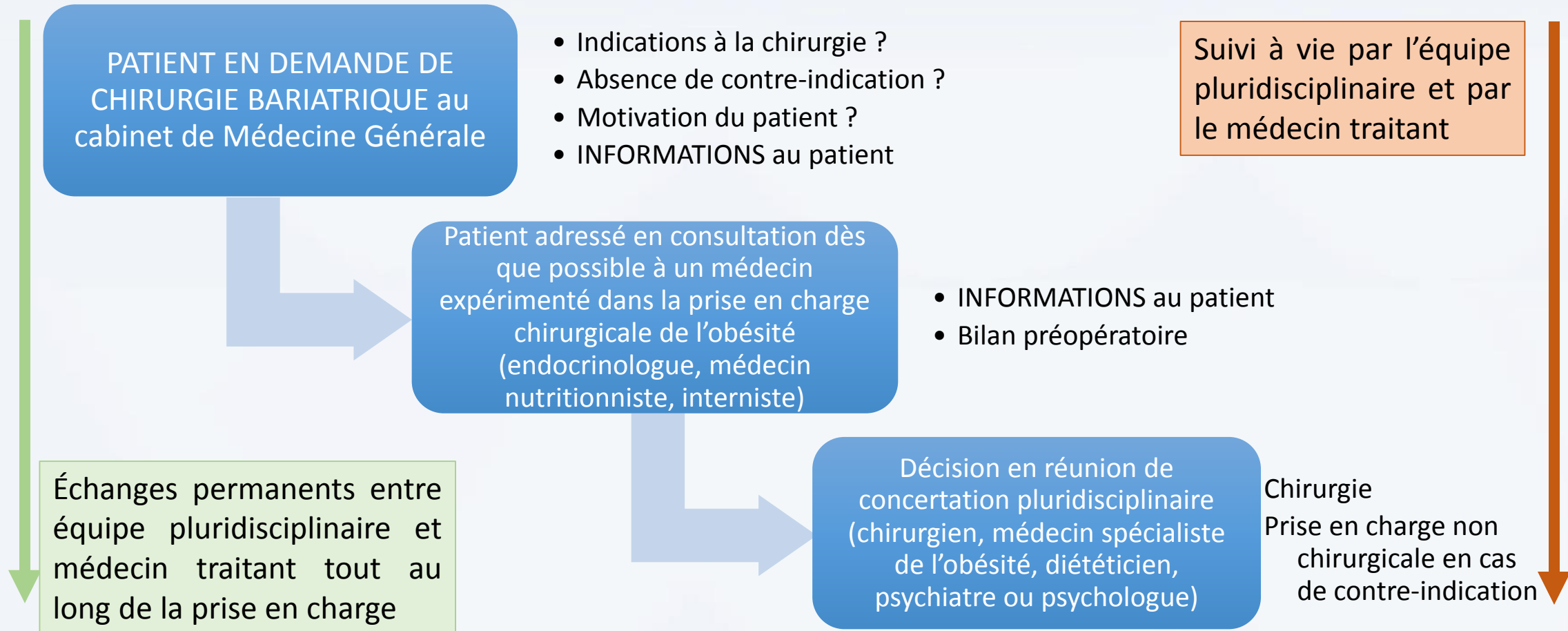
Chirurgie de l'obésité (Chirurgie bariatrique)

CSO@chu-limoges.fr

Ce diaporama peut être imprimé et mis à disposition des patients



Quel parcours jusqu'à une prise en charge chirurgicale ?





Patient en demande
de chirurgie
bariatrique auprès
du Médecin
Généraliste

VÉRIFIER LES INDICATIONS
À LA CHIRURGIE

VÉRIFIER L'ABSENCE DE
CONTRE-INDICATION

ÉVALUER LA MOTIVATION
DU PATIENT

INFORMER

Indications chez l'adulte âgé de 18 à 60 ans

IMC ≥ 40 kg/m²

IMC compris entre 35 et 40 kg/m² ASSOCIÉ à une comorbidité pour laquelle la perte de poids induite chirurgicalement devrait améliorer la pathologie :

troubles métaboliques : diabète, dyslipidémies...

maladies cardiorespiratoires

atteintes articulaires évoluées

L'IMC peut être l'IMC actuel ou l'IMC maximal antérieur. Une perte de poids antérieure à la chirurgie n'est pas une contre indication.

Après 60 ans, l'indication est posée au cas par cas en fonction de l'âge physiologique et des comorbidités.

Contre-indications

Le patient ne peut pas être opéré :

- S'il n'existe pas de période antérieure de prise en charge médicale d'**au moins 6 mois**.
- S'il est incapable de participer à un suivi médical prolongé.
- En cas de troubles psychotiques non stabilisés, de dépression sévère, de troubles de la personnalité.
- En cas de troubles du comportement alimentaire sévères non stabilisés.
- S'il est dépendant aux drogues, à l'alcool.
- S'il présente des pathologies associées menaçant le pronostic vital à court et moyen terme.

L'information du patient doit porter sur :

- Les différentes techniques chirurgicales, leur principe, avantages, inconvénients et risques respectifs
- Les limites de la chirurgie en terme de perte de poids
- Les inconvénients de la chirurgie sur la vie quotidienne avec une nécessité de modification du comportement alimentaire et du mode de vie avant et après l'intervention
- Le parcours de soins
- La nécessité d'un suivi médical et chirurgical À VIE en raison du risque de complications tardives possibles

Il est recommandé de fournir au patient une information écrite en plus d'une information orale

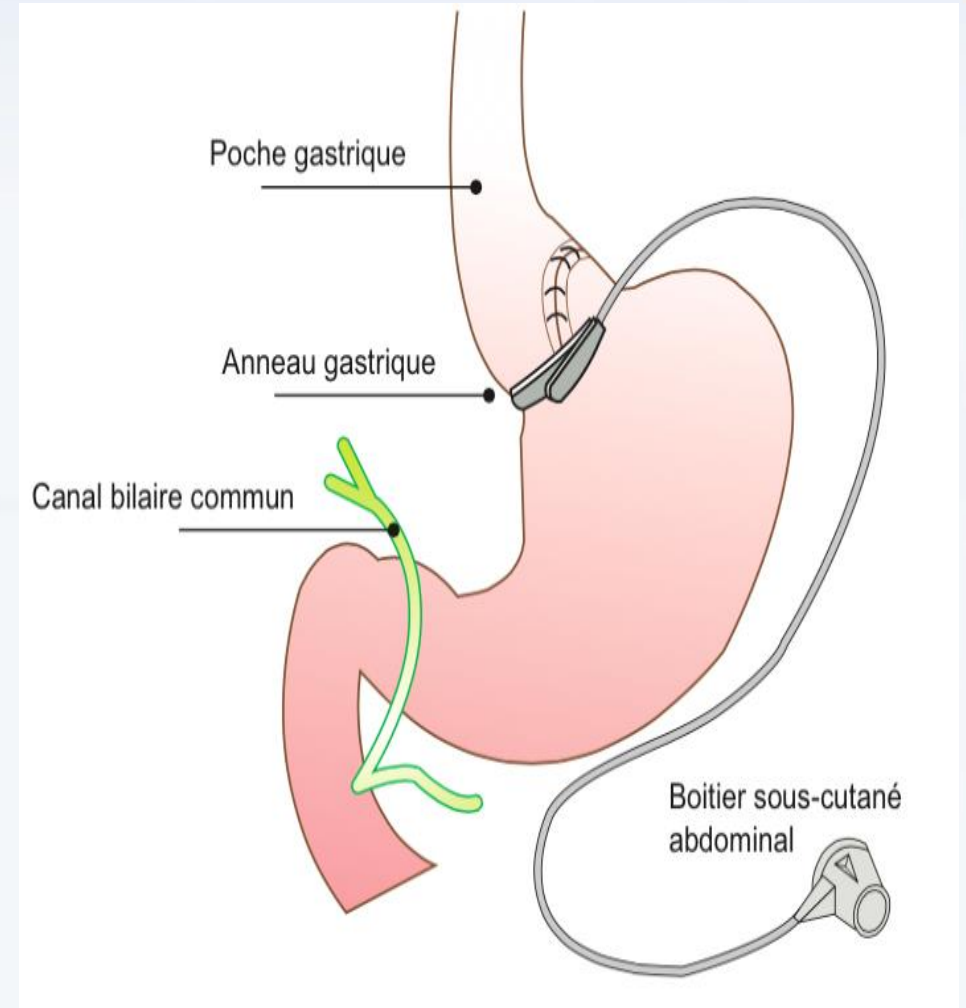
Les principales techniques chirurgicales

L'ANNEAU GASTRIQUE AJUSTABLE

Chirurgie exclusivement restrictive, diminue le volume de l'estomac et ralentit le passage des aliments, sans perturber la digestion des aliments.

Perte de poids attendue 10 à 20%

Mortalité liée à l'intervention 0,1%



Les principales techniques chirurgicales

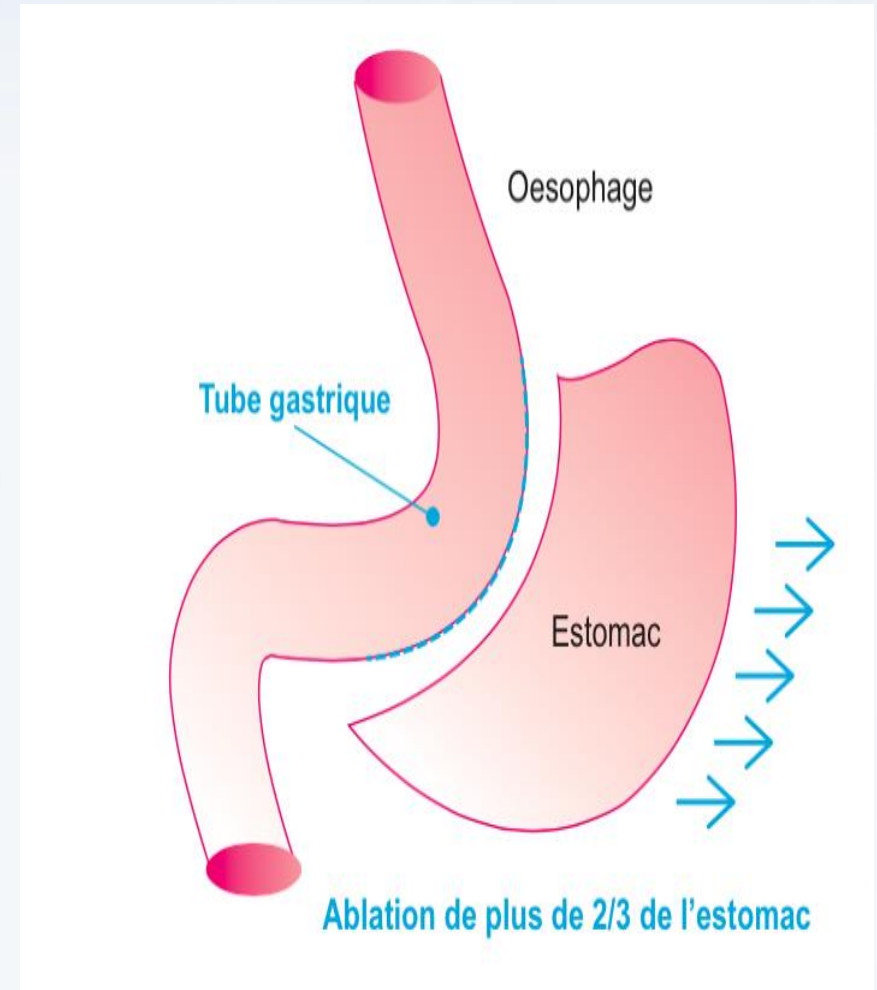
GASTRECTOMIE LONGITUDINALE = SLEEVE GASTRECTOMY

Chirurgie exclusivement restrictive

Estomac réduit à un tube vertical : les aliments passent rapidement dans l'intestin, mais la digestion des aliments n'est pas perturbée.

Perte de poids attendue 45 à 65% de l'excès de poids

Mortalité liée à l'intervention 0,2%



Les principales techniques chirurgicales

BYPASS GASTRIQUE

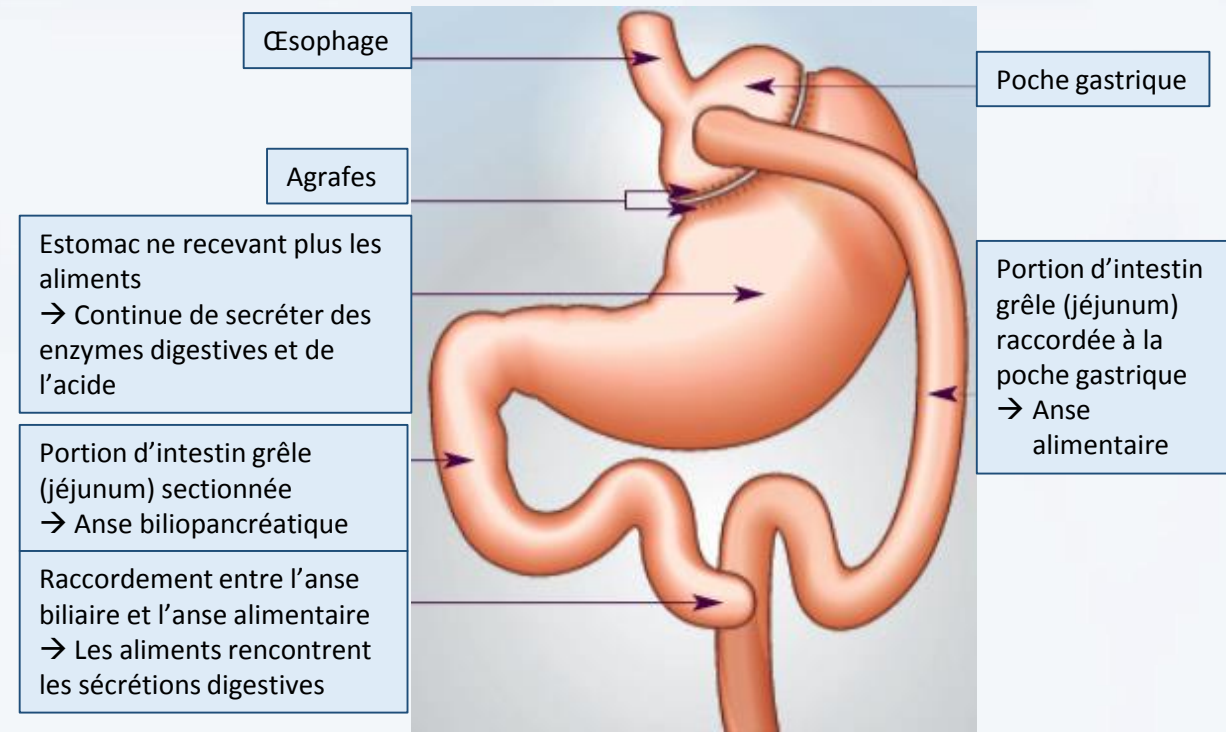
Chirurgie restrictive et malabsorptive

Taille de l'estomac réduite à une petite poche

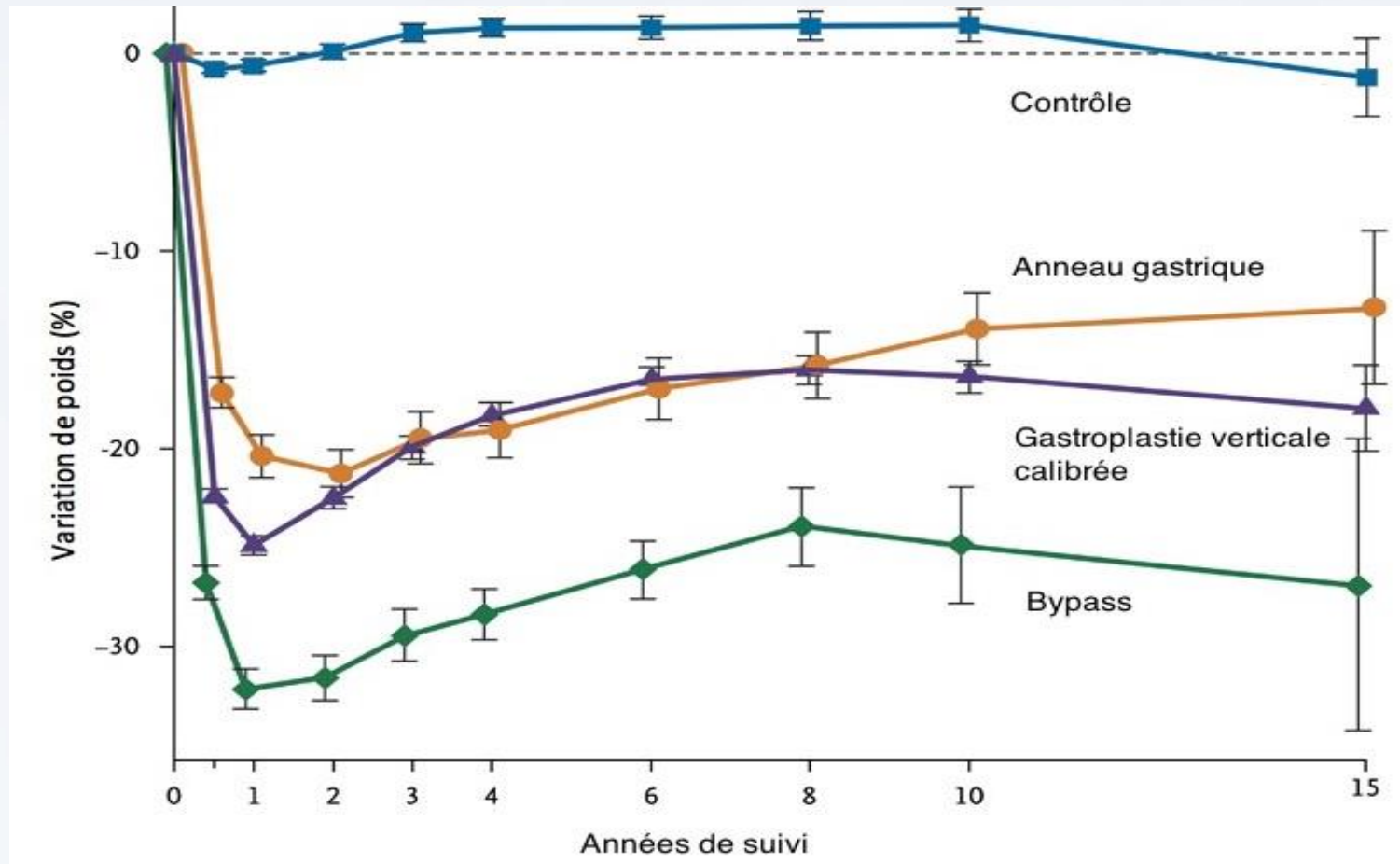
Court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin.

Perte de poids attendue 25-35%

Mortalité liée à l'intervention 0,5%



Une forte perte de poids initiale puis un risque modéré de reprise pondérale, quelle que soit la technique



Le rapport bénéfices/risques ne permet pas d'affirmer la supériorité d'une technique

	ANNEAU GASTRIQUE	SLEEVE GASTRECTOMY	BY PASS
Perte pondérale	+	++	+++
Risque de complications post opératoires	+	++	+++
Risque de retentissement nutritionnel	+	++	+++
Mortalité	+	++	+++

Avantages

Perte de Poids

Réductions des comorbidités

Amélioration de la qualité de vie (estime de soi, activité physique, relations sociales)

Inconvénients sur la vie quotidienne

Modification du comportement et des habitudes alimentaires AVANT et APRÈS la chirurgie : quantités moindres, impossibilité de faire d'importants repas

Complications :

- liées au montage chirurgical (fuite, reflux, fistule, glissement d'un anneau...)
- carences nutritionnelles. Recours fréquent à des suppléments (frais à la charge du patient, non pris en charge par la sécurité sociale)

En cas de bypass, supplémentation systématique A VIE en multivitamines, calcium, vitamine D, fer et vitamine B12.

Après chirurgie restrictive, supplémentation à discuter en fonction du bilan clinique et biologique.

- Dumping Syndrome : malaise, douleurs abdominales, flush, diarrhées, palpitations, lié à un temps de repas trop court ou à des repas riches en lipides ou glucides

Modification de l'image du corps et des relations sociales

Nécessité d'un suivi à vie

Suivi médical à 3 mois, 6 mois, 1 an, 18 mois, 2 ans puis annuellement

- Suivre l'évolution de la perte pondérale
- Adapter les conseils diététiques et l'activité physique
- Suivre l'état nutritionnel et surveiller la prise de suppléments vitaminiques
- Surveiller les comorbidités
- Adapter les posologies de certains traitements en cours

En cas de chirurgie malabsorptive, malabsorption possible de divers médicaments : Anti-Vitamine K (AVK), hormones thyroïdiennes, antiépileptiques

- Dépister d'éventuelles complications de la chirurgie

Suivi biologique, chirurgical, diététique, psychologique

Bibliographie

Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours ; Recommandations pour la pratique clinique ; Argumentaire, 2011

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011T09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale ; rapport d'une consultation de l'OMS, 2003

http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_894_fre.pdf

Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial. A prospective controlled intervention study of bariatric surgery ; J Intern Med, 2013, 3, p.219-234

Remerciements pour leur soutien apporté à ce travail à l'Association ALAIR et au Réseau LINUT, aux Conseils de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne, de la Corrèze et de la Creuse, au Professeur N. Dumoitier, ainsi qu'à tous les Médecins Généralistes ayant participé à l'enquête préliminaire de faisabilité.