

**PRISE EN CHARGE
CHIRURGICALE DE L'OBESITE
CHEZ L'ADULTE**

B.FINECH

**Service de Chirurgie Générale
CHU Mohammed VI Marrakech**

Introduction

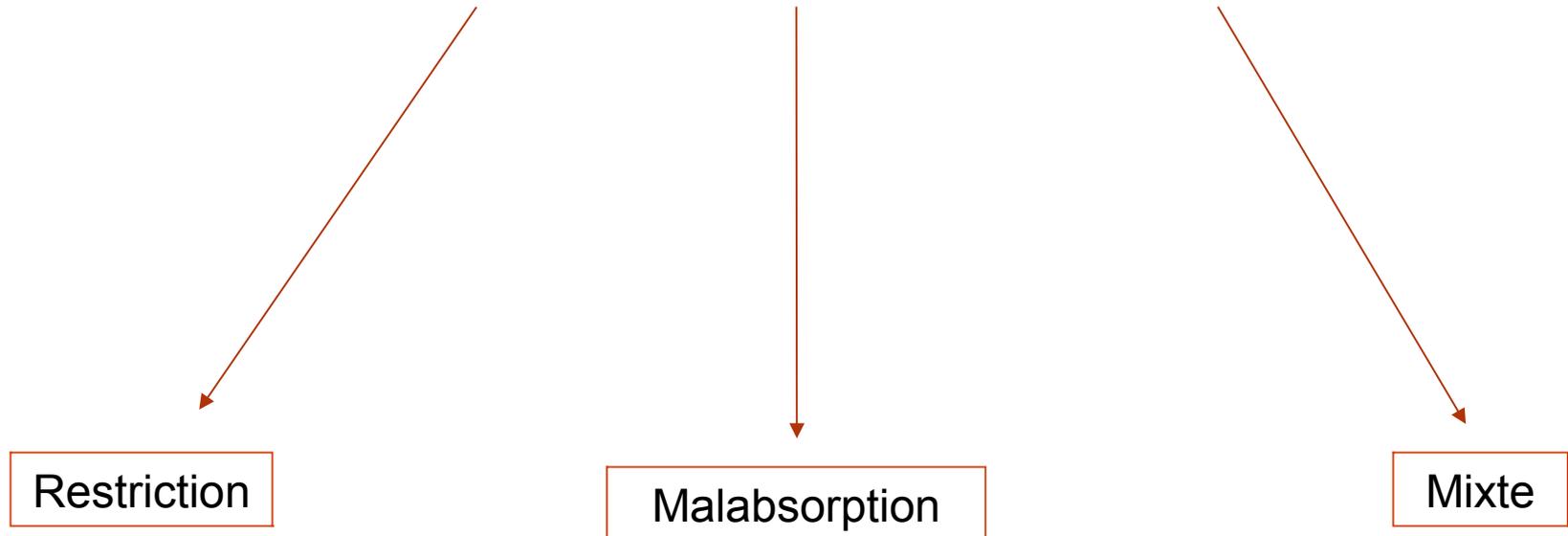
- Obésité: fléau mondial, Maroc: 10 – 13%
- En France : 6 à 11%
- Grande Bretagne: 13à16%
- Déclarée<< épidémie mondiale<<
- Co-morbidités!!
- Options thérapeutiques: variées
- Chirurgie: place majeure
- Techniques: multiples, résultats variables

HISTORIQUE

- **1960**: courts-circuits jéjuno-iléaux, conséquences malabsorptives désastreuses.
- **1970**: 1^e techniques restrictives efficaces et beaucoup moins dangereuses: ***Edward Mason***: gastroplastie verticale calibrée (GVC)
- **1980-1985**: **Kuzmak** inventa le principe cerclage péri-gastrique dont le but était de réduire le volume alimentaire: « *anneau gastrique* »
- **1990**: court-circuit gastrique (CCG)aux USA, cette intervention mixte restrictive et malabsorptive s'est imposée comme le gold standard dans ce pays: « *gastric By-pass* »
- **1992**: laparoscopie, révolutionne la chirurgie digestive!!!

TECHNIQUES CHIRURGICALES

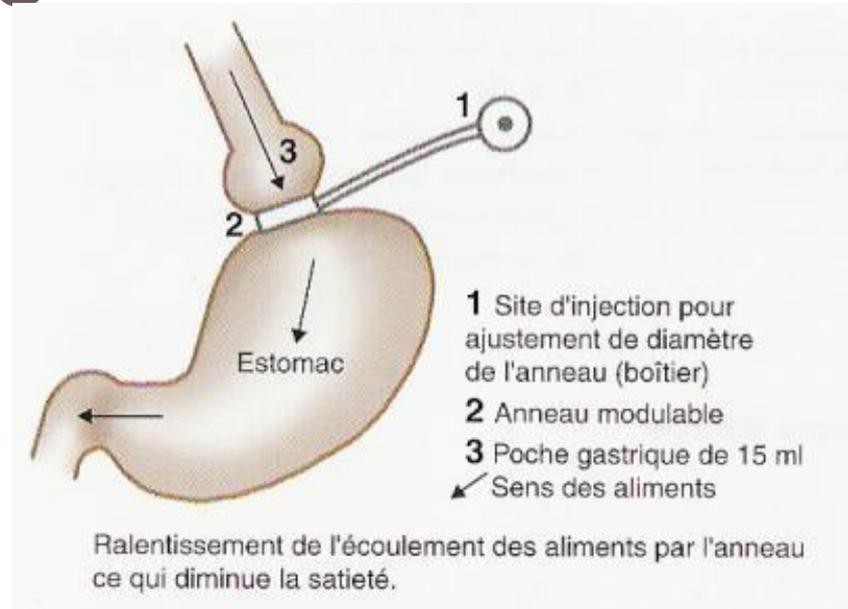
Techniques chirurgicales: classées en fonction des mécanismes qui conduisent à la perte de poids



- Techniques restrictives:
 - Anneau gastrique ajustable (AGA)
 - Gastrectomie longitudinale (Sleeve gastrectomy).
- Techniques associent une restriction à une malabsorption:
 - Court-circuit gastrique (by-pass gastrique selon la technique Roux-en-Y : BPG)
 - Dérivation bilio-pancréatique (DBP):intervention de Scopinaro
 - Duodenal switch

Anneau gastrique

- **Principe:**
 - anneau est placé autour de la partie supérieure de l'estomac, délimitant ainsi une petite poche et est relié par une tubulure à un boîtier sous-cutané dans lequel l'injection ou le retrait de liquide permet d'en ajuster le diamètre (serrage ou desserrage).

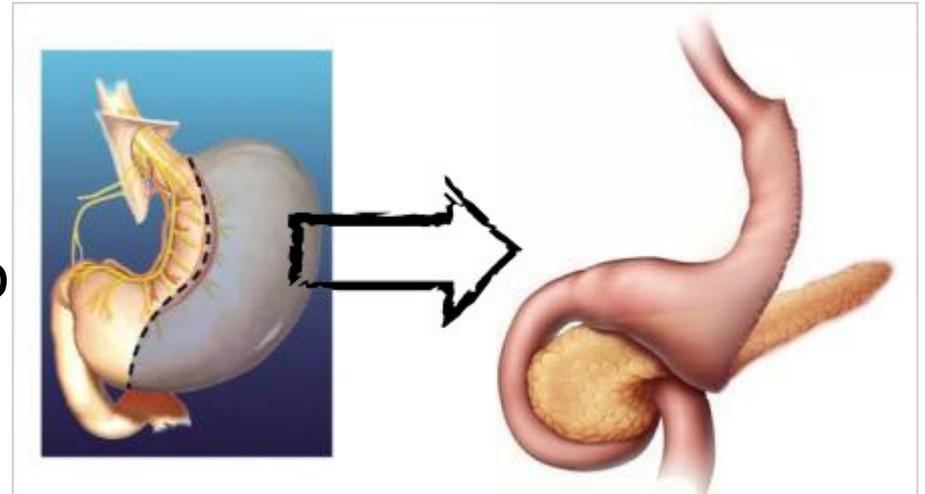


- **Avantages:**
 - Ajustable
 - Réversible
 - Facilité (relative) de pose

gastrectomie longitudinale (sleeve gastrectomy)

- **Principe:**

- agrafage vertical de l'estomac qui est tubulisé

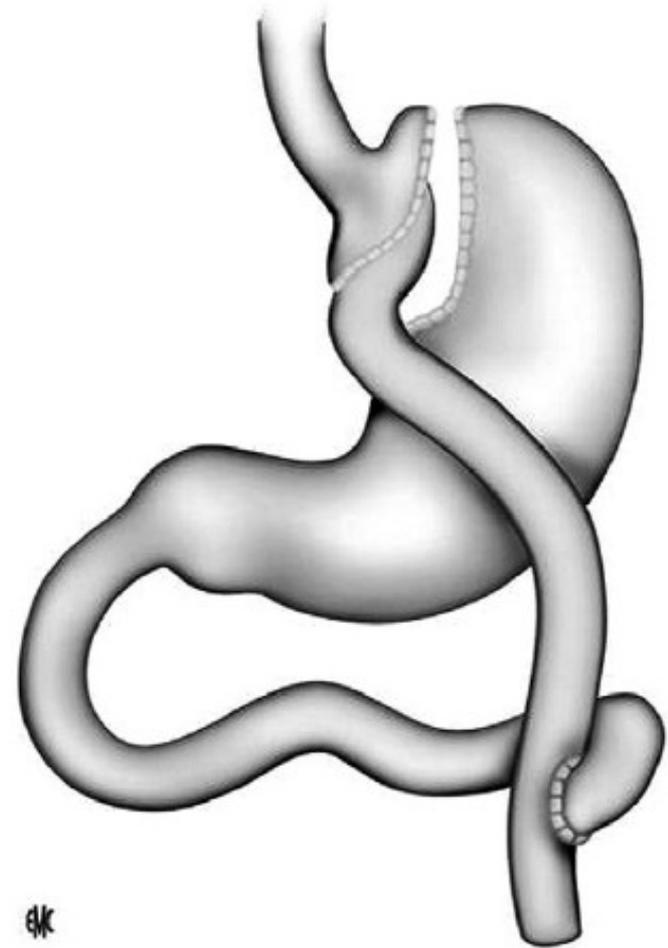


- **Avantages:**

- Mécanismes hormonal impliqués en plus de la restriction alimentaire (suppression du fundus: sécrétion de ghréline, hormone impliquée dans la signalisation de la faim)

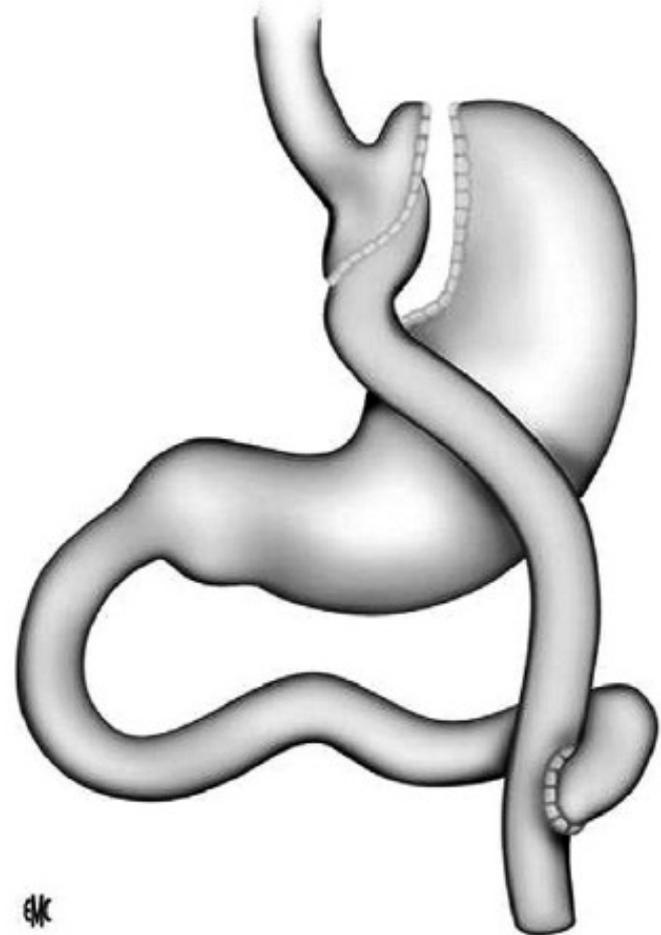
By-pass gastrique

- **Principe:**
 - Création petite poche gastrique supérieure reliée directement par une anastomose gastro-jéjunale à l'intestin grêle (anse alimentaire).
 - Elle est anastomosée au pied de l'anse alimentaire qui mesure de 1 à 1,50 m entraînant un degré variable de



By-pass gastrique

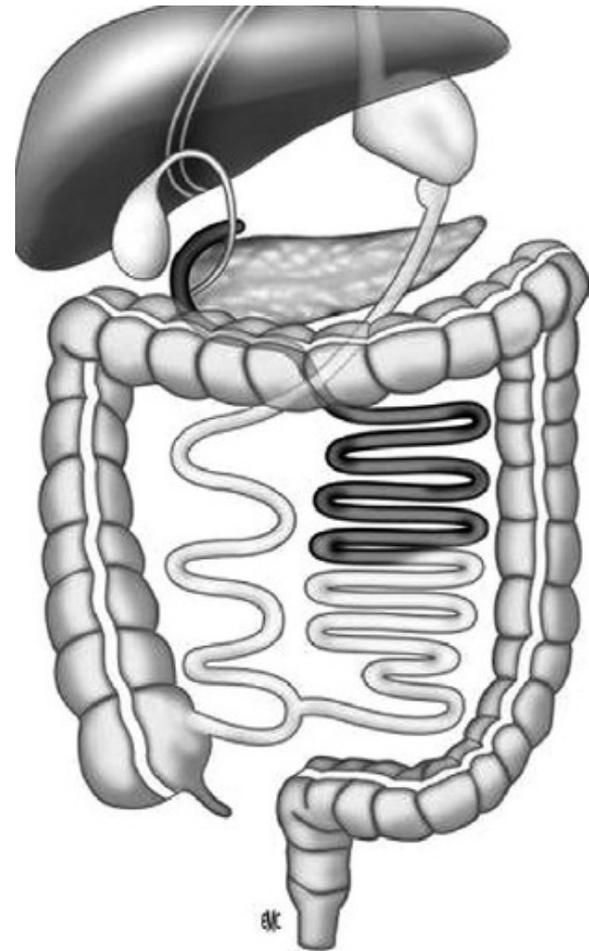
- **Avantages:**
 - La portion intestinale court circuitée par les aliments comprend la partie restante de l'estomac (fundus, partie du corps et antrum), le duodénum et les premières anses intestinales (anse bilio-pancréatique):
action rapide!



dérivation biliopancréatique (DBP):intervention de Scopinaro

- **Principe:**

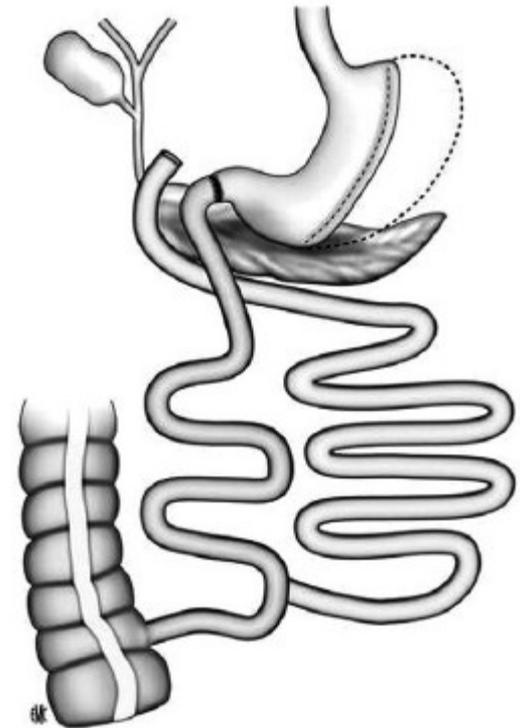
- gastrectomie partielle des deux tiers avec une anastomose gastro-iléale et une anastomose au pied de l'anse située à 50–100 cm de la valvule iléo-cæcale entraînant une importante malabsorption.



Duodenal switch

- **Principe:**

- suit le même principe que l'intervention de Scopinaro, avec comme seule différence la conservation du pylore.



INDICATIONS/ CONTRE
INDICATIONS

INDICATIONS

adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

- IMC supérieur à 40 kg/m² ou IMC > 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (notamment hypertension artérielle, syndrome d'apnées du sommeil et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéoarticulaires 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 ;
- chez des patients bien informés au préalable, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires, ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme ;
- avec un risque opératoire acceptable.

Fried M, Heiner V, Basdevant A, Buchwald H, Deitel M, Finer N, et al. Interdisciplinary European guidelines for surgery for severe (morbid) obesity. *Obes Surg* 2007;17:260–70.

CONTRE INDICATIONS

- les troubles cognitifs ou mentaux sévères ;
- les troubles du comportement alimentaire sévères et non stabilisés ;
- l'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé ;
- la dépendance à l'alcool et autres toxicomanies ;
- l'absence de prise en charge médicale préalable identifiée ;
- les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme ;
- les contre-indications à l'anesthésie générale.

Fried M, Heiner V, Basdevant A, Buchwald H, Deitel M, Finer N, et al. Interdisciplinary European guidelines for surgery for severe (morbid) obesity. *Obes Surg* 2007;17:260-70.

CHOIX DU TYPE DE L'INTERVENTION

- Les trois techniques recommandées:
 - L'anneau gastrique
 - Le By-pass gastrique
 - La sleeve gastrique
- Voie d'abord: laparoscopie
- Choix dépend:
 - Habitudes, aptitudes de l'équipe chirurgicale
 - Age, réversibilité ou non
 - Quand IMC plus de 60: parfois intervention en deux temps: restrictive puis mal absorptive

RESULTATS

- **Mortalité globale:**

- entre **0,1 et 1 %**: liée aux événements thromboemboliques et aux complications chirurgicales.
- En comparaison, la mortalité liée à une cholécystectomie varie entre 0 et 0,2 % et celle d'un pontage coronarien est de 2 %.

• Complications spécifiques: (0.1 – 21%)

	AGA	GL	BPG	DBP
Durée d'intervention	1 heure	1 à 2 heures	1 h 30 à 3 heures	4 à 5 heures
Durée d'hospitalisation	2 à 3 jours	3 à 8 jours	4 à 8 jours	8 à 10 jours
Mortalité périopératoire	0,1%	0,2%	0,5%	1%
Principales complications mécaniques	<ul style="list-style-type: none"> Liées au boîtier (1,5–14,2%) Infections Déplacement Rupture de la tubulure Liées à l'anneau Glissement avec dilatation de la poche gastrique (4–10%) Érosion gastrique, migration intragastrique (0,8 à 2,9%) 	<ul style="list-style-type: none"> Ulcère (1%) Fistule (1,9%) sténose gastrique (5%) Hémorragie postopératoire précoce (2,1%) Occlusion précoce (1%) 	<ul style="list-style-type: none"> Ulcère (1–16%) Fistule (2,2%) Sténose anastomose gastro-jéjunale (4,6%) Hémorragie (2%) Occlusion intestinale (1–9,7%) 	<ul style="list-style-type: none"> Ulcère Fistule (1,8%) Sténose anastomose gastro-jéjunale Hémorragie (0,2%) Occlusion intestinale
Principales complications fonctionnelles	<ul style="list-style-type: none"> Reflux (3,3–21,7%) Œsophagite (3,7–6%) Troubles moteurs Vomissements 	Reflux gastro-œsophagien	<ul style="list-style-type: none"> Hypoglycémie post-prandiale Dumping syndrome^a Diarrhée 	<ul style="list-style-type: none"> Risque important de malabsorption Diarrhée Selles malodorantes

Mechanick JI, Kushner RF, Sugerman HJ, Gonzalez-Campoy JM, Collazo-Clavell ML, et al., American Association of Clinical Endocrinologists. The obesity society, and American Society for metabolic & bariatric surgery medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. Obesity 2009;17(Suppl. 1):S1–70.

Pourquoi la chirurgie malgré toutes ces complications??



Bénéfices inégaux!!!

- **Perte de poids:**

- Quelle que soit la technique utilisée, la perte de poids maximale est obtenue entre 12 et 18 mois après l'intervention :

- **32 % du poids initial pour le BPG, 25 % pour l'AGA.**

- **Significative et durable:**

- **49% de l'excès de poids à 6 mois**

- **59 % à 1an**

- **62 % entre**

Ciangura C, Bouillot JL, Lloret-Linares C, Poitou C, Veyrie N, Basdevant A, et al. Dynamics of change in total and regional body composition after gastric bypass in obese patients. *Obesity* 2009;18:760-5.

- **Réduction de mortalité:**

- constatée dix ans après l'intervention par rapport à des sujets obèses de même corpulence initiale, de poids stable
- Cette réduction de la mortalité est d'environ 30 % et concernent le diabète, les pathologies cardiovasculaires et les cancers.

Sjostrom L, Narbro K, Sjostrom CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 2007;357:741-52.

● **Amélioration des co-morbidités:**

- résolution du diabète dans 77 % des cas (amélioration dans 86 %),
- amélioration de la dyslipidémie dans 70 % des cas,
- résolution de l'hypertension artérielle dans 62 % des cas (amélioration dans 79 %)
- disparition du syndrome d'apnées du sommeil dans 86 % des cas après chirurgie.

Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004;292:1724-37.

Buchwald H, Estok R, Fahrbach K, Banel D, Jensen MD, Pories WJ, et al. Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. *Am J Med* 2009;122:248-56.

POURQUOI PAS CHEZ
NOUS??



Plateau technique

- **Les moins:**

- Coût du matériel

- *Exp:*

- 1 bypass: 6 – 10 pinces endoGIA*; 1 ligasure*
- 1 pince endoGIA*: 2000 – 2500 dh; 1 ligasure*: 3000 dh
- 1 bypass: 15.000 – 28.000dh!!!

- Quasi tout le matériel: une seule utilisation

- Contraintes du temps en salle d'op.; courbe d'apprentissage



Facteur humain

- Synergie inter-services ??
- Formation spécifique en chirurgie bariatrique:
 - *Chirurgiens*
 - *Réanimateurs*
 - *infirmières*

Facteur socio-médical

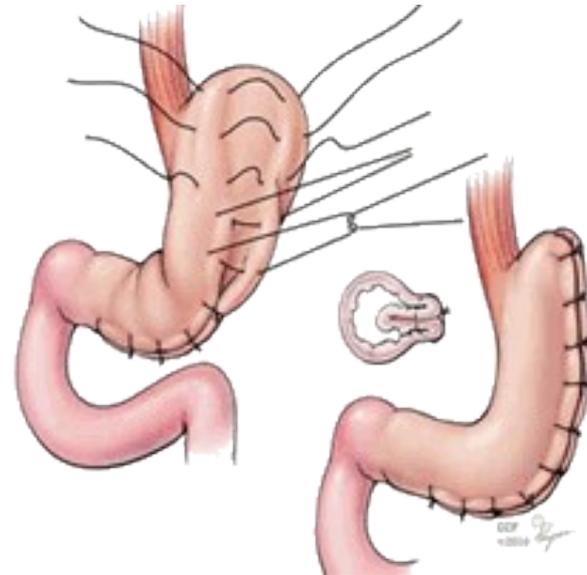
- Obésité: maladie???
- Signe de beauté
- Signe de richesse, d'aisance
- Obésité: chirurgie, n'est ce pas excessif???



PERSPECTIVES

Nouvelles techniques

- **Plicature gastrique:**
 - volume est réduit d'environ 70%.
 - Avantages:
 - pas de coupure, agrafage, ou la suppression de l'estomac ou des intestins pendant la plicature gastrique.
 - réversible ou convertie à une autre procédure si nécessaire.



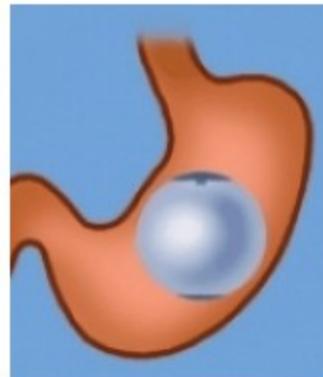
Nouvelles techniques

- **Endoscopie:**

- *Ballonnet* *intra*
gastrique: agit grâce
au remplissage de
l'estomac qui
provoque une
sensation de satiété



€
f



Le ballon gonflé à l'air (900cc)



Le ballon gonflé à l'eau (550-700cc)

Conclusion

- Chirurgie: place prépondérante dans la prise en charge de l'obésité, mais: nécessité d'une concertation pluridisciplinaire!!!!
- Laparoscopie+++
- Pas de technique idéale:
 - Bénéfice/complications
 - **Meilleur traitement: prévention+++**

2000 v. Chr..



2000 n. Chr..



MERCI POUR VOTRE ATTENTION...