

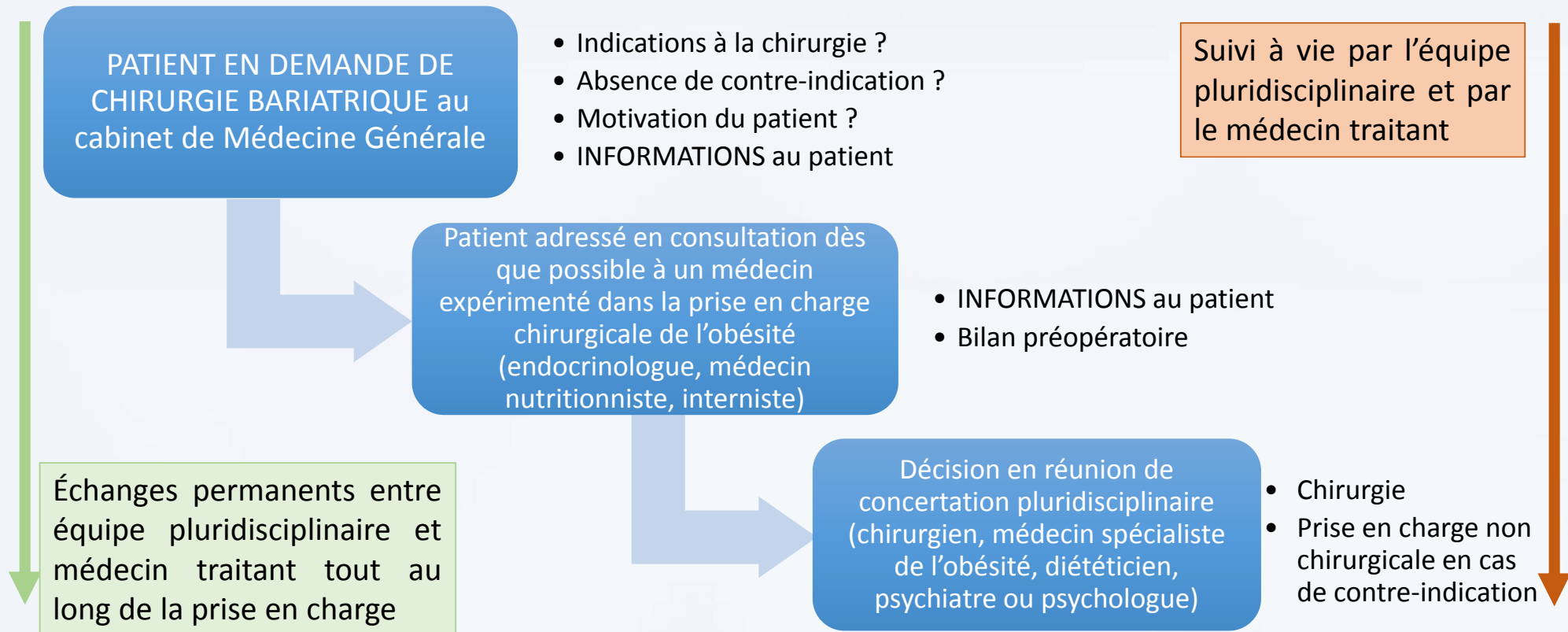
# Chirurgie de l'obésité (Chirurgie bariatrique)

[CSO@chu-limoges.fr](mailto: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  
bariatricque 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  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup>**

**IMC compris entre 35 et 40 kg/m<sup>2</sup> 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**

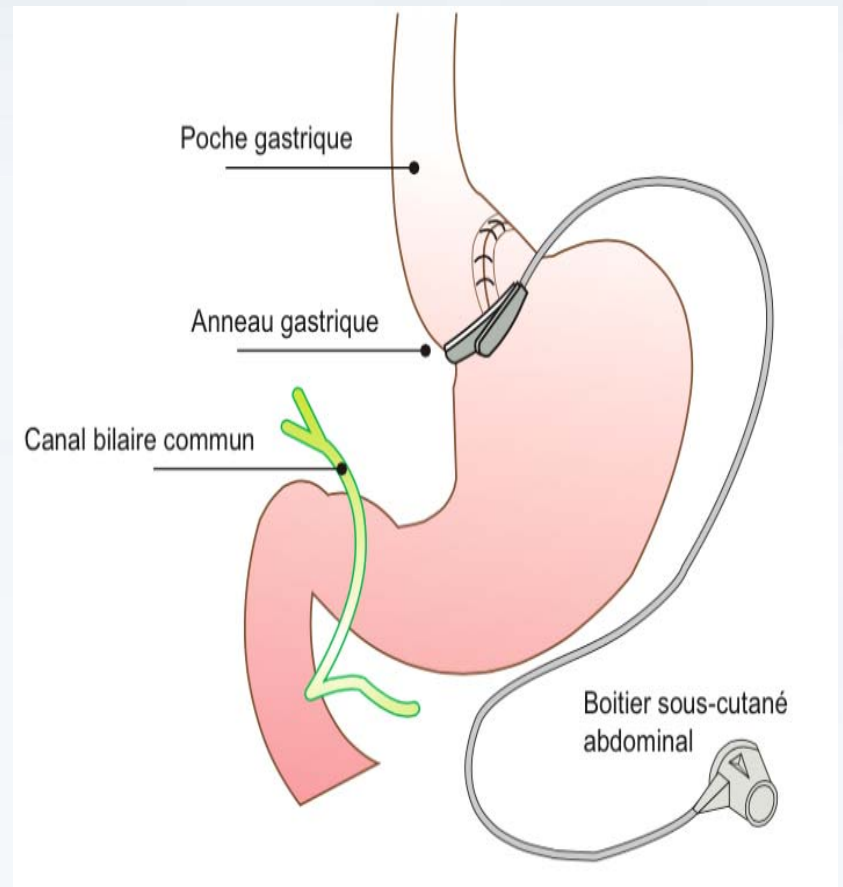
# Les principales techniques chirurgicales

## 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

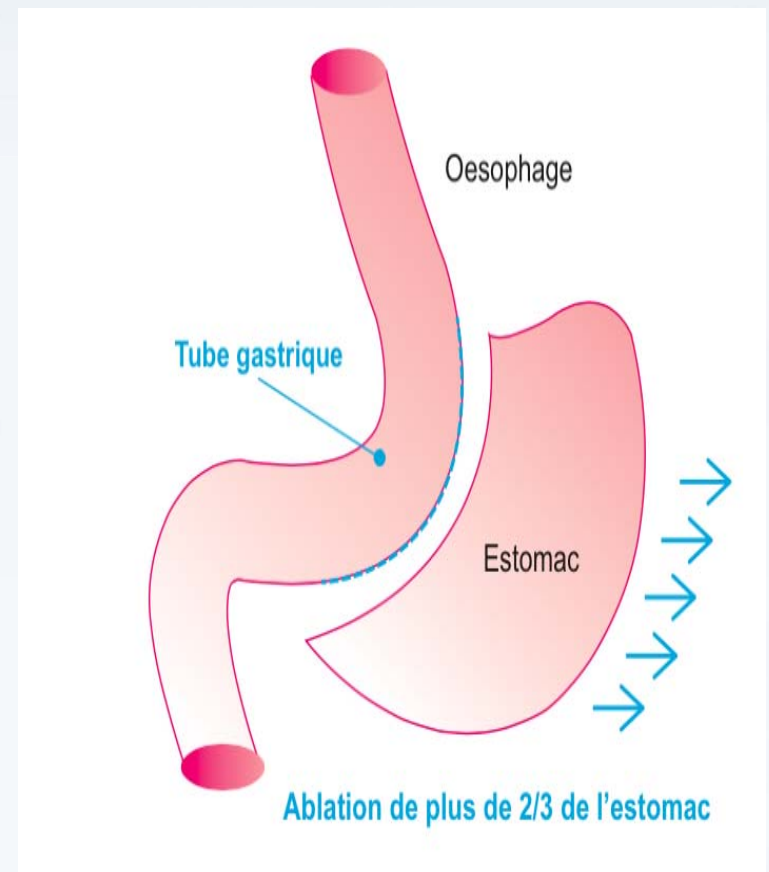
## GASTRECTOMIE LONGITUDINALE = SLEEVE GASTRECTOMY

### **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

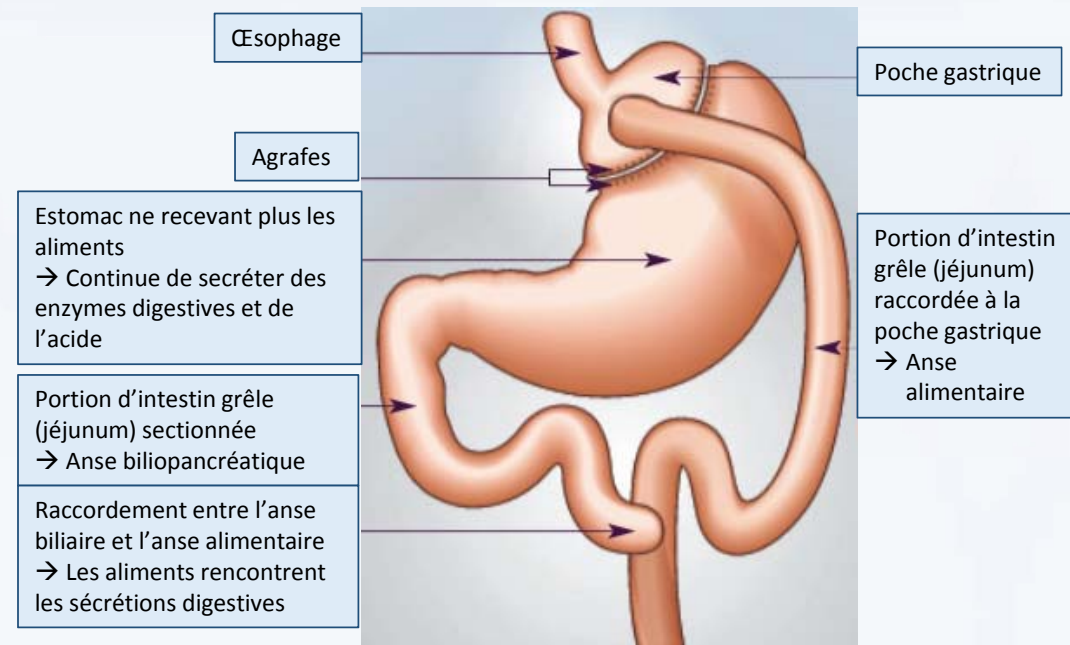
## BYPASS GASTRIQUE

### Chirurgie restrictive et malabsorptive

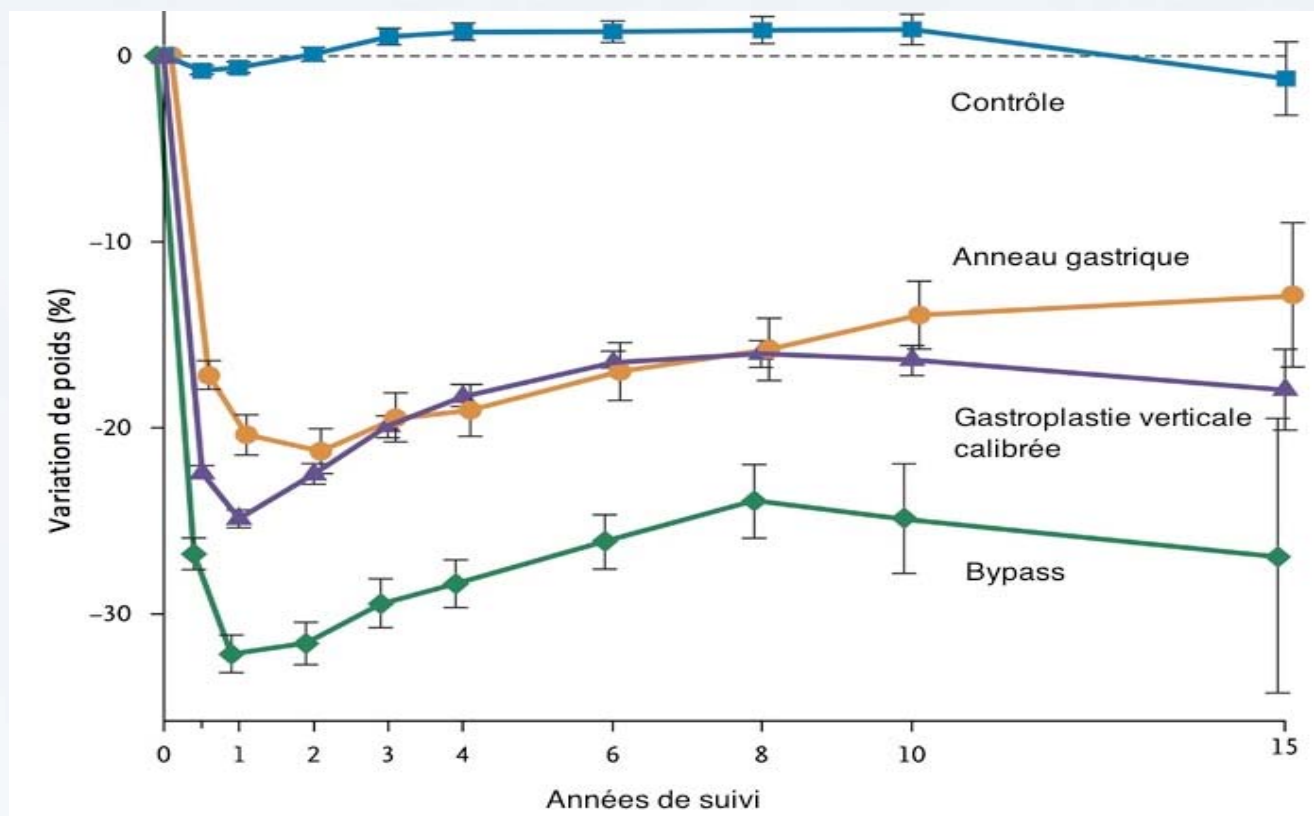
Taille de l'estomac réduite à une petite poche  
Court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin.

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](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](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.*