



Complications des anneaux de gastroplastie pour obésité morbide

Évaluation à court et moyen terme

Mémoire DESC
Céline Bourbao-Tournois

Généralités

■ Définitions

- Poids normal: $18.5 < \text{IMC} < 24.9$
- Obésité commune : $30 < \text{IMC} < 34.9$
- Obésité sévère : $35 < \text{IMC} < 39.9$
- Obésité morbide : $\text{IMC} > 40$

■ Prévalence

- 6 à 11 % de la population française
- Obésité morbide 0.2 à 0.3 %

Facteurs de risques liés à l'obésité

- Mortalité : RR = 2,5 pour IMC > 35
- Morbidité
 - Risque cardiovasculaire
 - Diabète non insulino-dépendant
 - Pathologies respiratoires (apnée sommeil ,
sd hypoxie-obésité)
 - Pathologies ostéoarticulaires
 - Cancers hormonaux dépendants et colorectal

Objectifs du traitement

- IMC < 35
 - Diminuer les co-morbidités
 - Améliorer qualité de vie
 - Espérance de vie ?
- Chirurgie quand échec de la prise en charge médicale prolongée

Choix de la technique chirurgicale

- Anneaux de gastroplastie coelio
 - Technique restrictive réversible
 - Mortalité faible
 - Morbidité acceptable
 - Efficacité à court et moyen terme
 - Efficacité à long terme ?

Analyse des résultats de la littérature

- Difficile !
- Mode d'expression des résultats (Perte de poids , d'IMC , d'excès de poids ...)
- Perdus de vue
- Scores de qualité de vie (score Baros , Moorehead- Ardelt)
- Complications (précoces et tardives , mineures et majeures)

Anneaux de gastroplastie au CHU de Tours

- Revue rétrospective des dossiers
- 72 malades
- Opérés entre janvier 1999 et juin 2004
- Un seul chirurgien
- Pour IMC > 40 ou > 35 avec co-morbidité

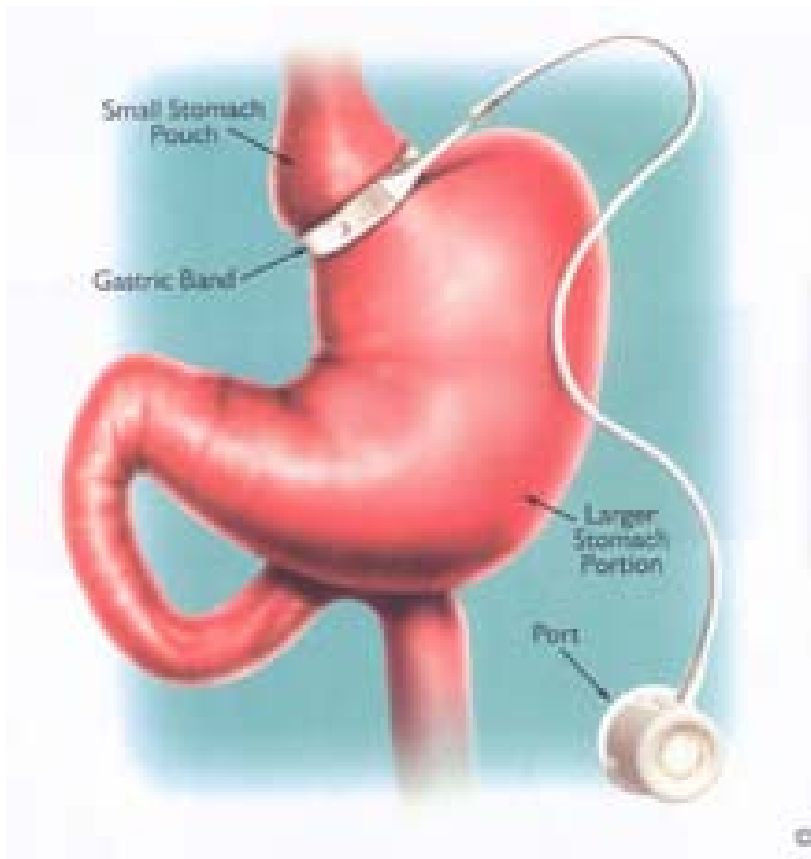
Malades

- 66 femmes et 6 hommes
- Âge moyen 38.5 ans (22- 58 ans)
- Poids moyen 129.5 kg (93.6 – 207)
- IMC moyen 48.78 (36.5 – 69.2)
- 29 malades avaient IMC > 50

Chirurgie

- 3 opérés en 1999 , 10 en 2000, 23 en 2001, 24 en 2002, 7 en 2003 et 5 de janvier à juin 2004
- Durée opératoire moyenne : 170 minutes en 1999 à 110 à partir de 2001
- Type d'anneau : Lap Band® Bioenterics puis anneau suédois Obtech® Ethicon

Technique



- Coelioscopie
- Technique de la pars flaccida
- Anneau au dessus de l'arrière cavité des épiploons
- Calibrage 15 ml
- Boîtier de gonflage : hypocondre gauche ou préxiphoidien

Bilan préopératoire

- Avis du comité multidisciplinaire
- Bilan nutritionnel
- Bilan métabolique
- Bilan psychologique
- Enregistrement polysomnographique

Suivi post-opératoire

- Réanimation chirurgicale pendant 24h si troubles respiratoires sévères
- Prévention TVP et EP (bandes contention et HBPM)
- Reprise de l'alimentation liquide à J1
- TOGD de contrôle + cs diet avant sortie à J2
- Alimentation semi-liquide jusqu'au calibrage de l'anneau (à 6 semaines)
- Durée moyenne de séjour : 3.5 jours

Suivi métabolique et nutritionnel

- Hospitalisations de jour à 1, 3, 6, 12 mois puis tous les 6 mois.
- Consultation chirurgien 15 jours et 3 mois puis avant chaque gonflage de l'anneau

Paramètres étudiés

- Complications et mortalité
 - Précoces : survenant dans le mois suivant l'intervention
 - Tardives : après un mois
 - Majeures : menaçant le pronostic vital ou nécessitant intervention sous AG
 - Mineures : non majeures
- Poids : perte de poids brute et diminution de l'IMC à 1 et 2 ans

Mortalité

- Pas de mortalité précoce et tardive
- Un décès à 8 mois d'une pleurésie métastatique dont le cancer primitif est resté inconnu

Suivi

- Suivi moyen = 24 mois
- Suivi à 1 an : 15.3 % de perdus de vue
- Suivi à 2 ans : 31.6% de perdus de vue, deux malades n'avaient plus l'anneau à cette date

Complications peropératoires = complications majeures

■ Chirurgicales (2.7%)

- Perforation gastrique -> report pose de l'anneau
- Impossibilité encliquetage de l'anneau -> réintervention à 8 mois

■ Anesthésiques (2.7%)

- Choc à l'induction
- Choc lors d'une anesthésie locale pour fixation boîtier

Complications précoces

- Majeures (2 malades : 2.7%)
 - Embolie pulmonaire bilatérale (40%)-> USCI pas de séquelles à scintigraphie de contrôle
 - Décompensation diabétique avec gastroparésie
- Mineures (3 malades : 4.1%)
 - repositionnement de boîtier sous AL

Complications tardives

- Majeures (3 malades : 4.1%)
 - Bascule de l'anneau (slipping) 8 mois après la mise en place -> retrait de l'anneau sous coelioscopie (abcès sous phrénique postop)
 - Infection de l'anneau après intervention sur le boîtier sous AL (sans signe de migration intragastrique)
 - Déconnexion de la tubulure -> coelio + reconnexion

Complications tardives mineures

- 8 malades avaient repositionnement sous AL pour bascule (itératif pour 2 malades)
- 6 malades avaient changement de boîtier sous AL
 - 1 suppuration chronique
 - 5 changement de site
 - Porosité du boîtier
- Une malade perdue de vue avec suppuration chronique

Autres évènements (1)

- Occlusion sur bride cédant sous SNG
- Tentative de suicide (5 mois)
- Plaque bicomposite sous coelioscopie pour éventration sur cicatrices antérieures (2 malades)
- 3 patientes étaient enceintes 1 à 2 ans après pose de l'anneau(4 grossesses)

Autres évènements (2)

- 5 malades avaient intervention de chirurgie plastique suite à perte de poids plus de 2 ans après pose anneau
- Court-circuit gastrique (*gastric bypass*) pour 4 malades (3 échecs et après ablation de l'anneau qui avait basculé)

Perte de poids à 1 an

- Évaluable pour 52 malades
- 21.4 kg en moyenne (0 – 63kg)
- Sept malades avaient une perte de poids inférieure à 10 kg
- IMC moyen : 40.2 (48.2 en préop)
- Chez 20 malades ayant IMC > 50
 - Perte de poids : 24 kg
 - Diminution de l'IMC : 9 points
 - Perte de 5 kg pour malade ayant IMC à 69.2 - > GBP

Perte de poids à 2 ans

- Évaluable pour 29 malades
- 23 kg en moyenne (0 – 72kg)
- Cinq malades avaient une perte de poids inférieure à 10 kg
- IMC moyen : 40.1 (48.4 en préop)
- Chez 13 malades ayant IMC > 50
 - Perte de poids : 27 kg
 - Diminution de l'IMC : 10 points
 - Un malade avait IMC < 35 à 2 ans

Discussion (1)

- Chirurgie de l'obésité est acceptable si sûre et efficace.
- Mortalité précoce est faible, estimée à 0.05% (pas de décès dans notre série)
- Taux complications moyen : 10 – 20% mais problème de définition des complications et taux de perdus de vue.
- Compl° majeures : 5.4% (2.7% précoces et 2.7% tardives)

Discussion (2)

- Complications tardives fréquentes et probablement sous-estimées
- Moins de risque de glissement anneau et de migration intra-gastrique avec l'utilisation de la voie pars flaccida
- Dominées par problèmes de boîtier : compl° mineures pouvant être à l'origine de compl° majeures

Discussion (3)

- Suivi contraignant -> perdus de vue
- Perte de poids à 1 et 2 ans satisfaisant mais résultat à long terme ?
- Intérêt pour les malades ayant IMC > 50
- Amélioration qualité de vie et diminution des co-morbidité en cours d'évaluation

Conclusion

- Technique sûre responsable de peu de complications graves et sans mortalité précoce et tardive
- Complications tardives mineures très fréquentes pouvant être responsables de complications majeures
- Amaigrissement notable avec morbidité moindre
- Efficacité et morbidité à long terme ?