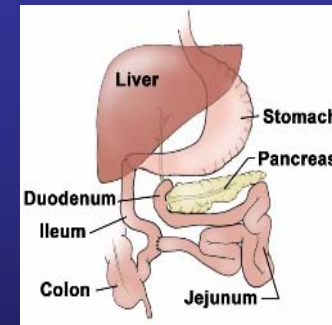
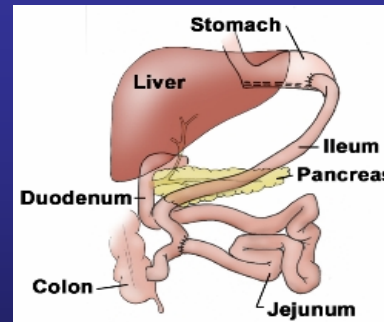
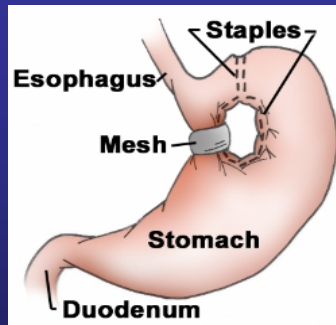


Prise en charge chirurgicale de l'obésité morbide

E. Letessier, P. Lemeunier

Clinique Chirurgicale, CHU Hôtel Dieu, Nantes
eric.letessier@chu-nantes.fr





Généralités

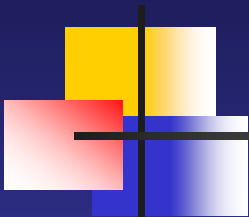
- Définition :
 - **IMV: Indice de Masse Corporelle**
 - Poids en Kg/Taille en cm x Taille en cm)
 - **IMC > 30 = Obésité (*Obésité sévère > 35*)**
 - **IMC > 40 = Obésité morbide**
 - **IMC > 50 = « Super obèse »**
- Prévalence :
 - **Obésité : 6 à 11% de la population française**
 - **Obésité morbide = 3 à 4% des obèses (0,3%)**
 - **Plus fréquente chez la femme**
- Option Chirurgicale récente
 - 01/09/1993:1ère gastroplastie (Dr. Belachew – Belgique)



Généralités

- Etiologie
 - Prévention !
- Comportement alimentaire?
 - Enquête diététique
 - Interrogatoire
 - Bilan psychiatrique
- Troubles du comportement
 - -> échec de la chirurgie
- **Comportement alimentaire?**
 - **Hyperphage ?**
 - « **Sweat eater** » ?
 - Erreurs diététiques ?
 - Compulsions ?
 - « **Binge eater** » ?
 - Frénétique !

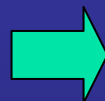
Obésité et Obésité Morbide

- 
- Mortalité : $RR = 2,5$ pour $BMI=35$
 - Morbidité :
 - **Risque cardiovasculaire** (coronarien, HTA, AVC...)
 - **Diabète de type II**
 - Pathologies respiratoires (SAS...)
 - Cancers hormonaux dépendant et colorectaux...
 - Pathologies ostéo-articulaires
 - Fertilité
 - Discrimination sociale et professionnelle



Buts de la Chirurgie

- BMI < 35
- Améliorer co-morbidités
 - HTA
 - Diabète
 - Hémoglobine glyquée)
 - SAS (assistance resp.)
 - Arthrose
- Améliorer qualité de vie
- Grossesse
- Ré-insertion
 - Professionnelle / sociale
- Espérance de vie ?



Evaluation ?

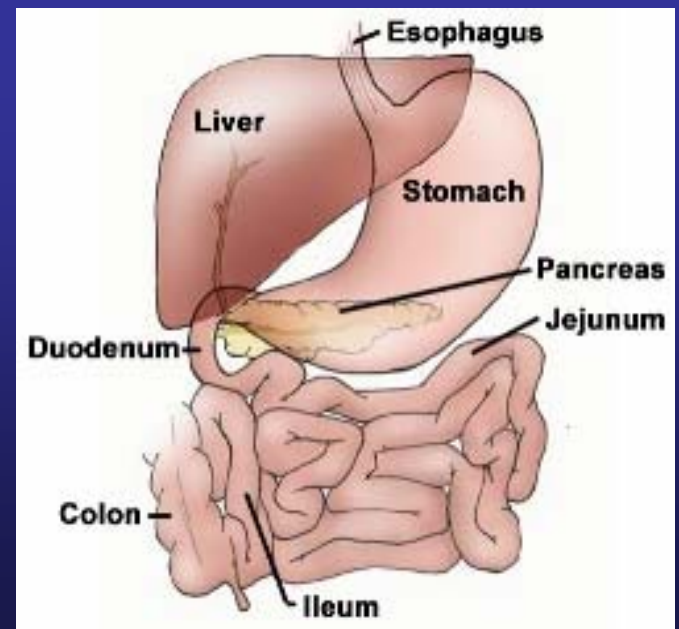
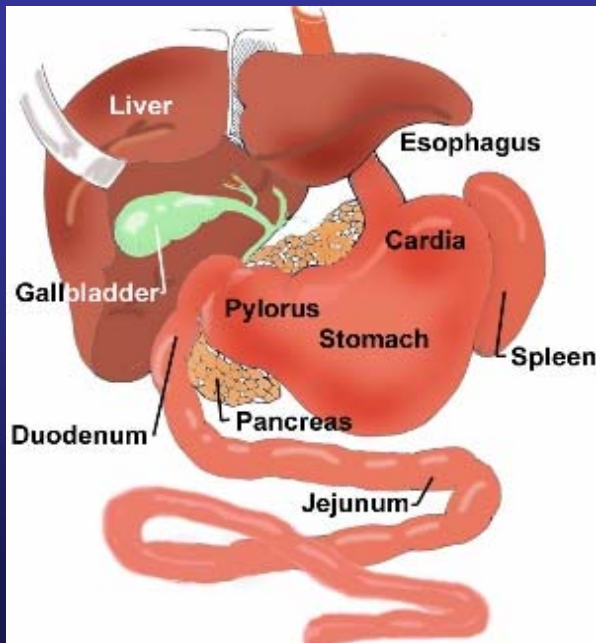
Réseau de soins
Multi-disciplinaire

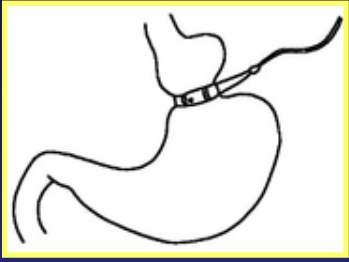
Critères

Poids / IMC
Perte d'excès de poids
Co-morbidités
variations ?
traitement ?
Qualité de Vie
BAROS, ...

Techniques Chirurgicales

Rappel Anatomique et physiologique



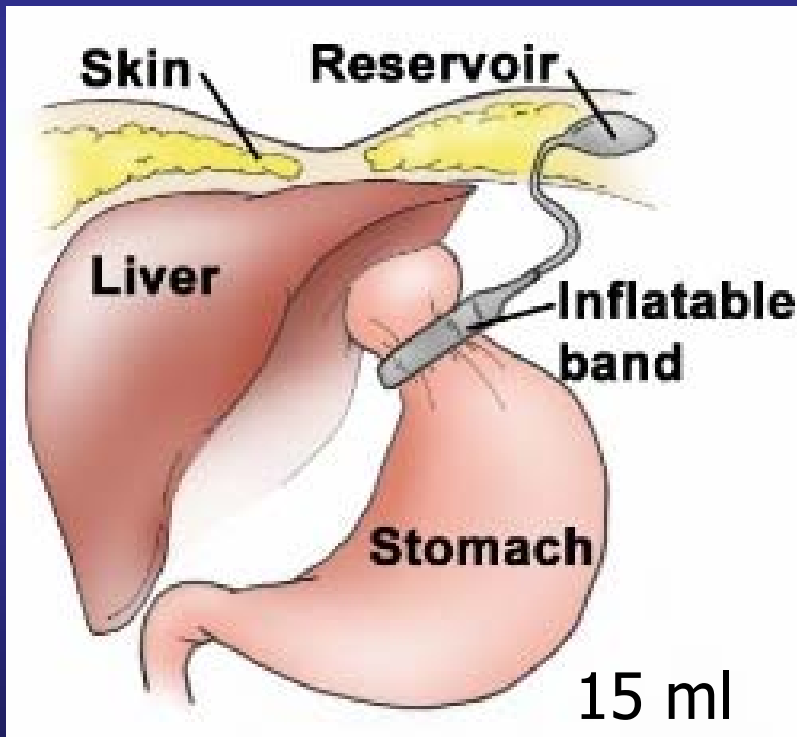


Techniques Restrictives

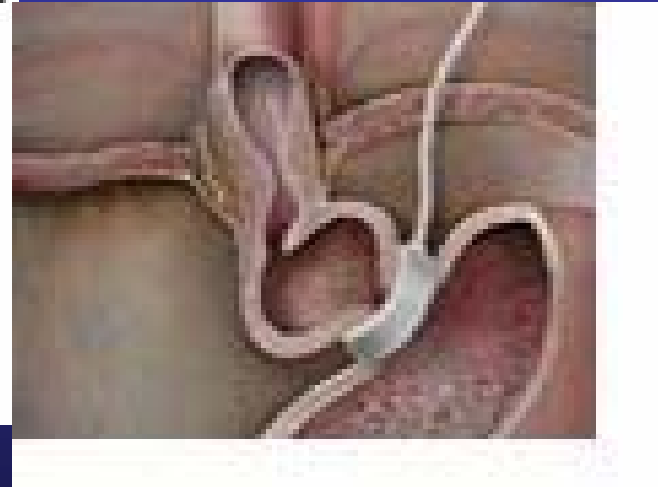
Anneau Gastrique



Anneau Gastrique : Principes



- **Technique restrictive**
- **Calibré et Calibrable**
- **Réversible**



1 anneau siliconé péri-gastrique, 1 ligne, 1 site sous-cutané (calibration)

Anneau Gastrique : Types



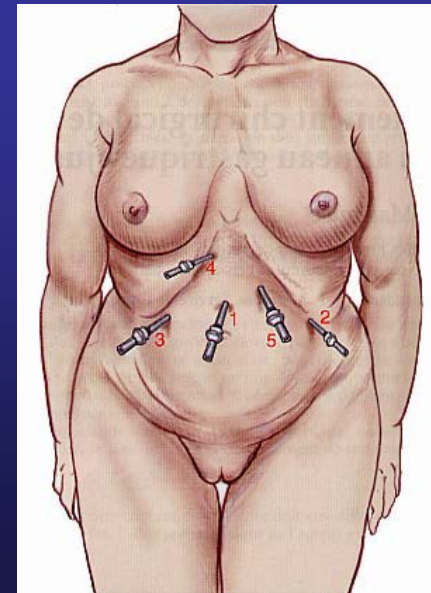
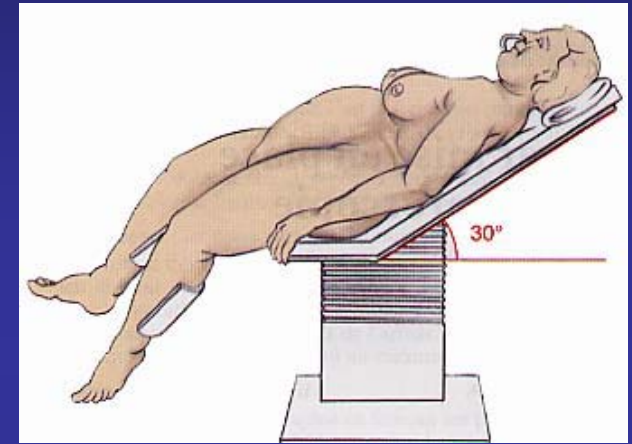
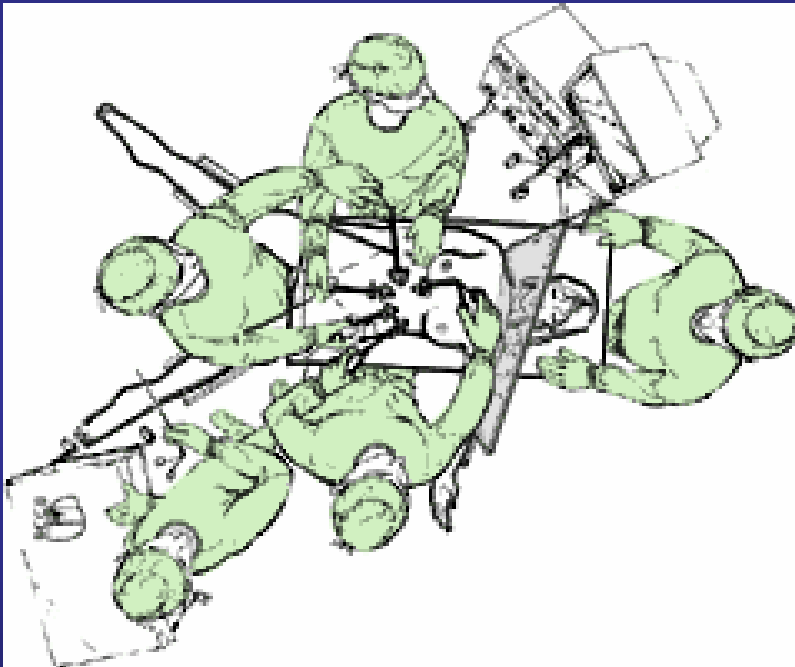
Heliogast



Obtech

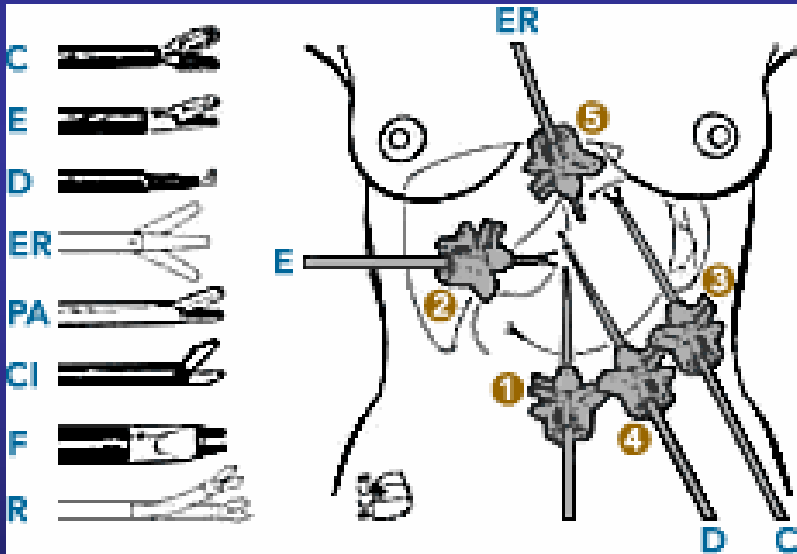
- Anneau BioEnterics
 - mémoire de forme
- Anneau Heliogast
 - mémoire de forme
- Anneaux Basse Pression
 - Obtech
 - MID
 - ...

Anneau Gastrique : Installation



Installation « française »
Danger: compression
Bas de contention

Anneau Gastrique : Instrumentation



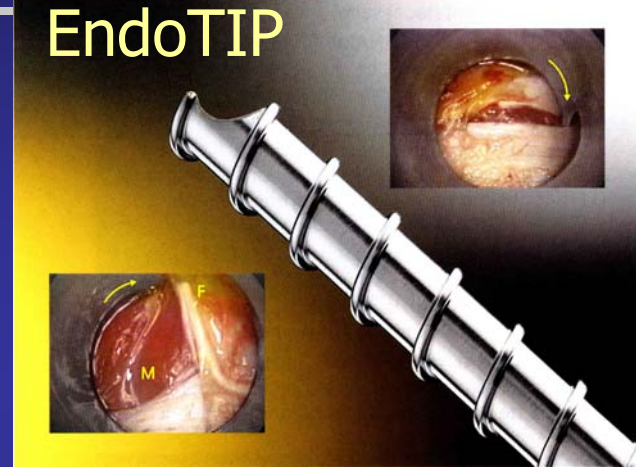
- Trocarts : 4 ou 5
- Bras de Martin
- Ecarteur à foie

Optique: 0 ou 25°
1 pince spécifique
passage rétro-gastrique



Anneau Gastrique : 1er abord

- Open
 - Paroi
 - Étanchéité
- Verres: risques
 - Plaies du foie
 - Embolie gazeuse
- Storz EndoTIP
 - Avec ou sans PNP
 - Nécessite apprentissage
- Visiport Tyco
 - Toujours PNP premier



Teramania AM

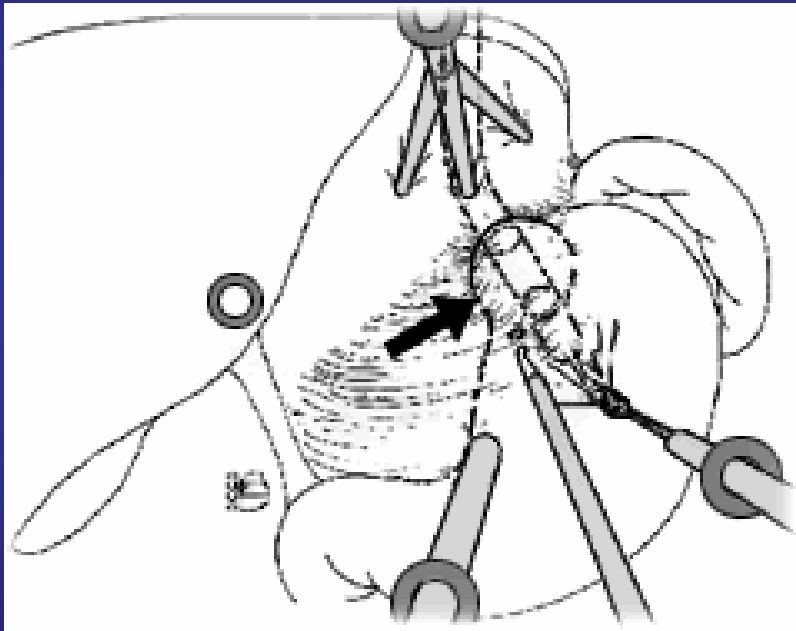
- J Am Assoc Gynecol Laparosc 1998



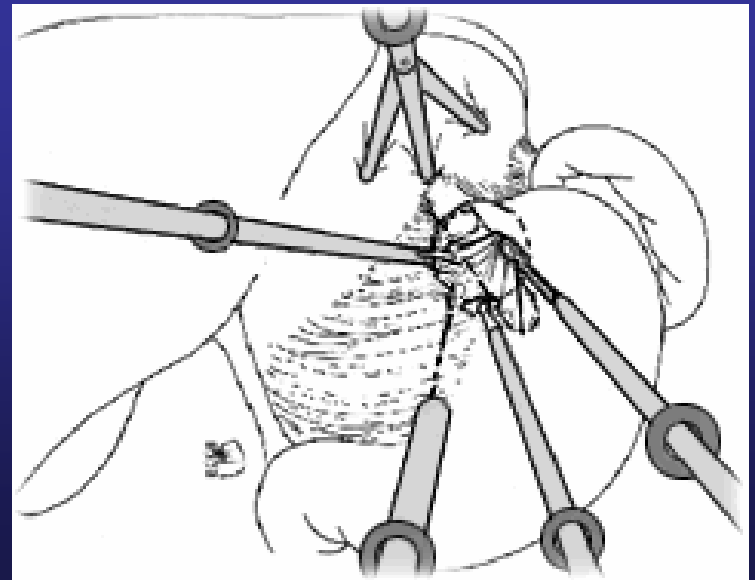
Visiport

Obésité Morbide

Technique classique « péri-gastrique » ou « Pars Condensa »



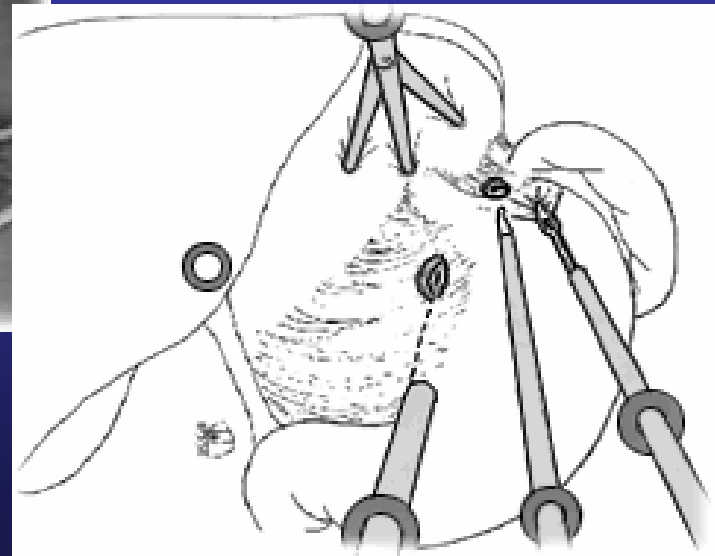
- Dissection de la petite courbure
- Passage rétrogastrique



Obésité Morbide

Technique classique « péri-gastrique »

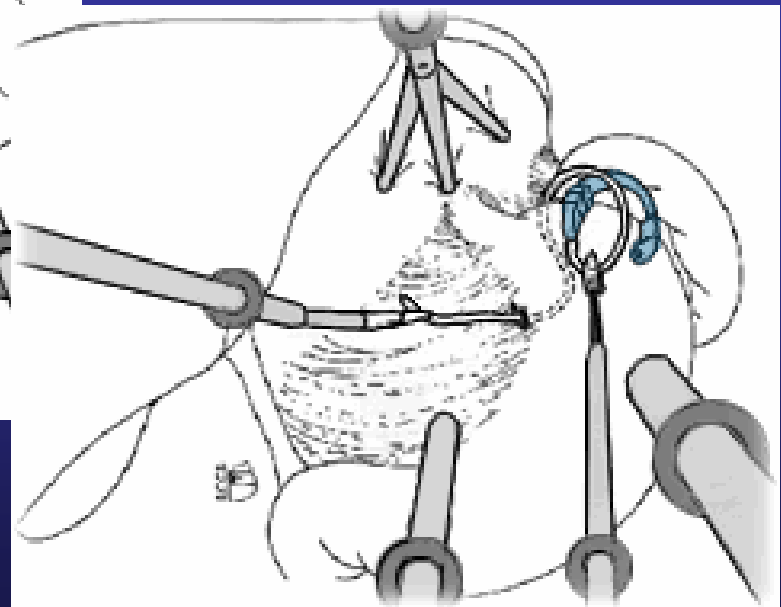
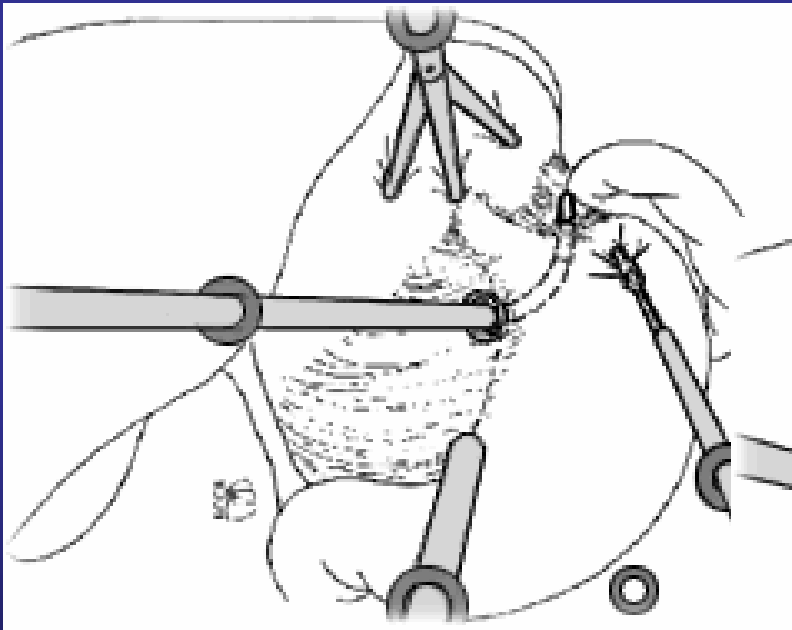
- Disséquer **au-dessus** ACE
 - flèche bleue
 - pour éviter «slippage»
- Libération pilier gauche
- Respecter les Vx courts



Obésité Morbide

Technique classique « péri-gastrique »

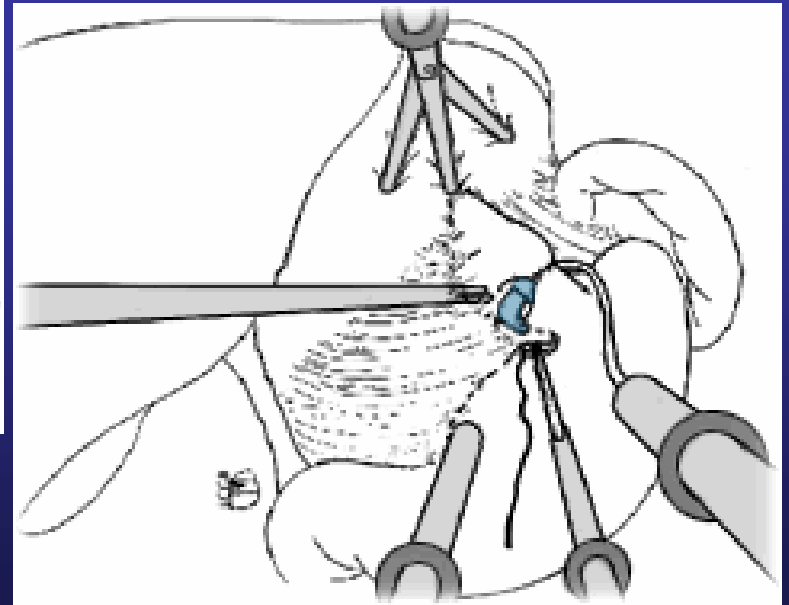
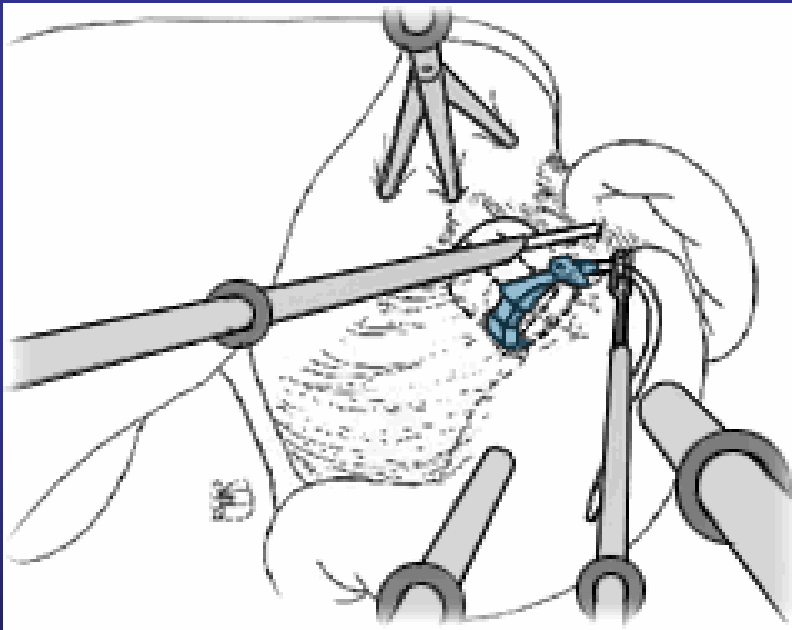
- Trajet rétrogastrique
 - Risque de perforation +++



Obésité Morbide

Technique classique « péri-gastrique »

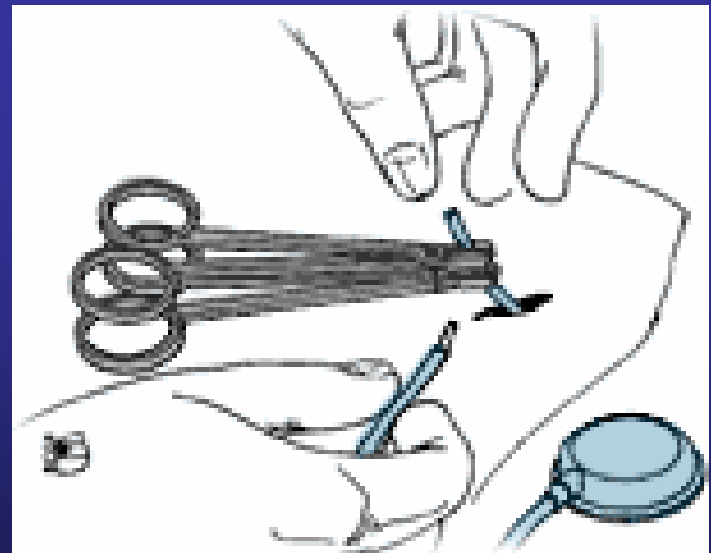
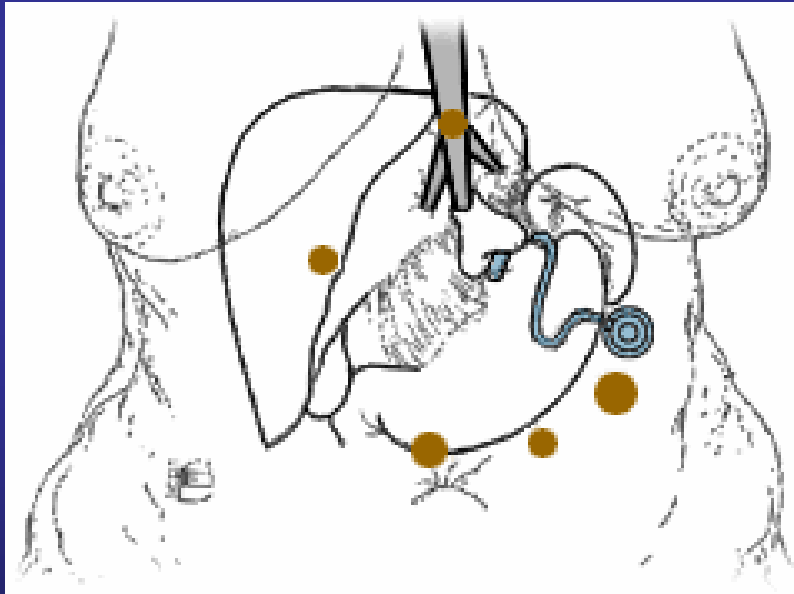
- Fermeture de l'anneau
 - Après calibration (15 ml)
- Enfouissement
 - Fils non résorbables



Obésité Morbide

Technique classique « péri-gastrique »

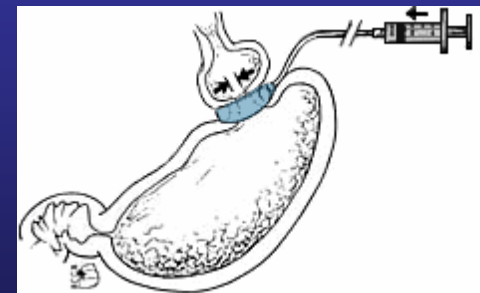
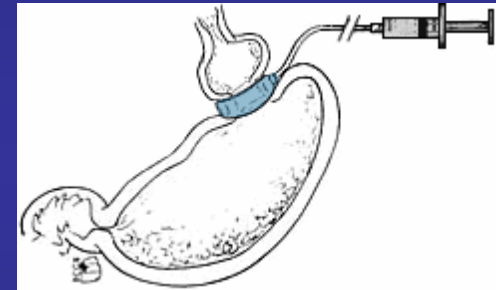
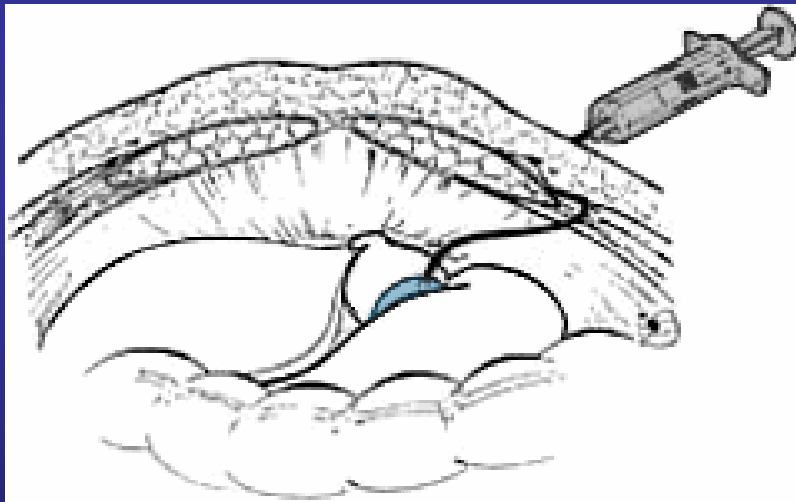
- Mise en place du site
 - Fixé
 - Doit être accessible



Obésité Morbide

Technique classique « péri-gastrique »

- Adaptation de calibre J10



Ne pas de trop serrer l'anneau

Prise en charge globale, comportementale et diététique +++



Obésité Morbide

Technique classique « suédoise » ou Pars Flascida

- **Principes identiques**
 - Poche fundique de 15 ml / Calibration / Enfouissement
 - Respect des vx Courts
- **Différence: Dissection**
 - Fenêtre en arrière de la jonction oeso-gastrique
 - Comme pour une hernie hiatale
 - Disséquer en avant des piliers de droite à gauche
 - Disséquer en arrière du Pneumogastrque droit
- Technique de référence actuellement
- Formation aux techniques nécessaire
- Travail multi-disciplinaire
- Chirurgie soumise à entente préalable

Suites Chirurgicales

- Pas de sonde gastrique
- Réanimation *Fonction des co-morbidités*
- Contrôle Radiologique à J1
 - Systématique (risque de perforation per-opératoire !)
 - Intérêt non prouvé
- Réalimentation J1 (lisse), sortie J2 ou J3
- Mortalité
 - Risque principal: embolie pulmonaire (prévention +++)
- Morbidité spécifique: Intolérance gastrique
- À distance :
 - Complications du site (infection, bascule, ...)
 - Dilatation et « slippage »
 - **Changement d'anneau ? Ablation de l'anneau ?**



Suites Chirurgicales

- **Intolérance digestive**
 - IPP si brûlures oesophagiennes
 - Desserrer anneau
 - Rechercher dilatation et/ou slippage
 - Opacification: face et OPD
 - Mal-position: ré-intervention
 - Rechercher trouble du comportement alimentaire
 - Enquête diététique
 - Complusion ignorée = échec secondaire
 - Traitement conservateur inefficace
 - Enlever l'anneau ? Changer l'anneau ? Autre technique ?
 - Toujours: concertation multi-disciplinaire

Chirurgie Bariatrique: Diététique

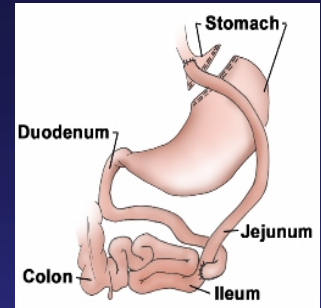
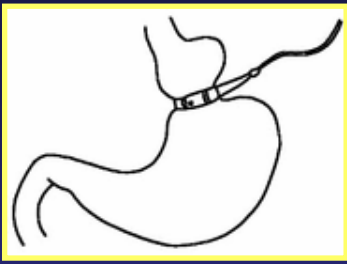
Conseils diététiques

- Boire en dehors des repas
- Fractionnement des repas
- Bonne mastication
- Introduction rapide des aliments solides
- Importance de l'équilibre nutritionnel
- Diversifier l'alimentation



A lire

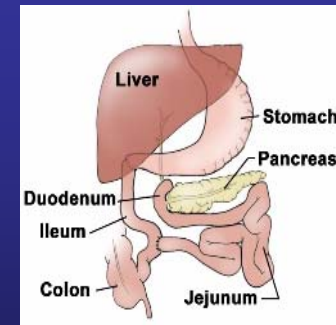
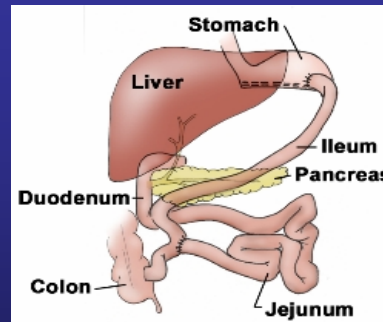
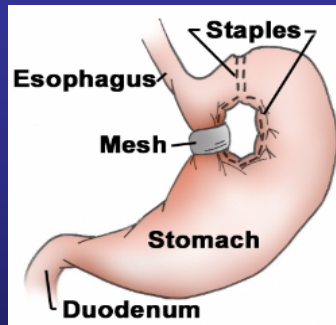
- Rapport du Congrès de l'AFC de 2003
- Rapport de l'ANAES
- Site de la SOFCO



Expérience chirurgicale nantaise de l'obésité

E. Letessier, P. Lemeunier

Clinique Chirurgicale, CHU Hôtel Dieu, Nantes
eric.letessier@chu-nantes.fr





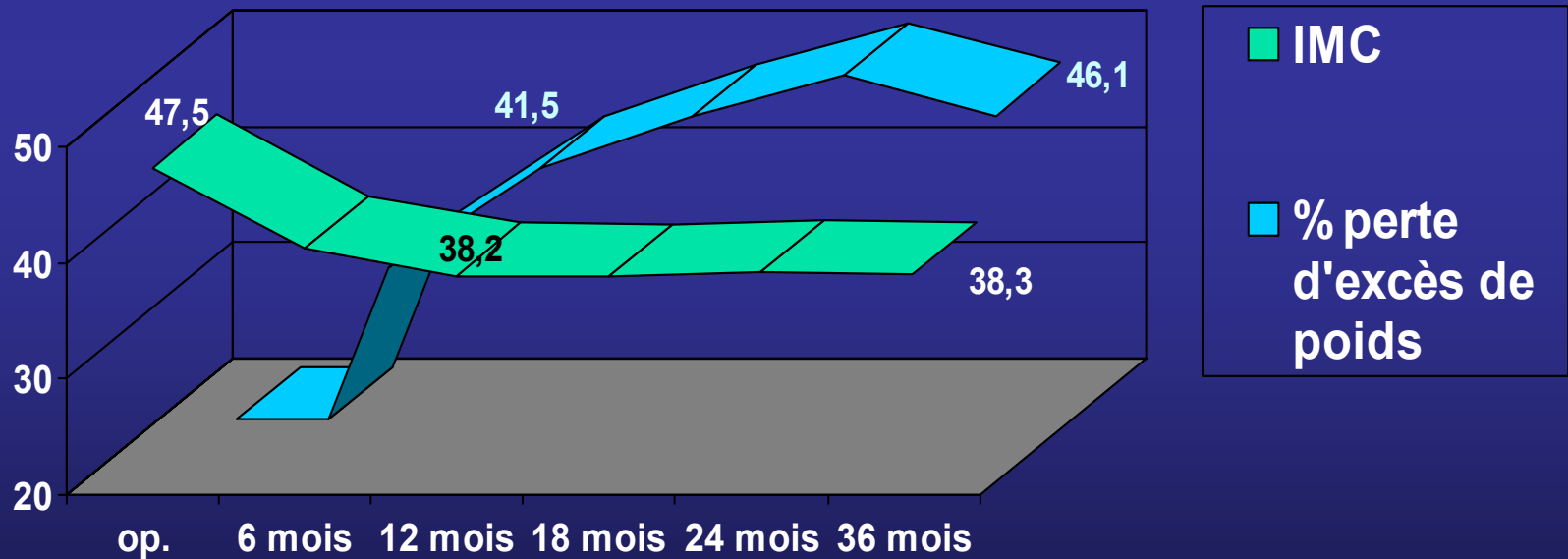
Patients et méthode 2

- 1996 / 2002: 128 poses d'anneaux gastriques
- Consultation d'endocrinologie
- Consultation de **psychiatrie**
- Consultation de **diététique**
- IMC moyen = 46,7 kg/m² (IMC>50: 28.1 %)
- Co-morbidités : 63 %
- ASA III ou IV: 48 %



100 %

IMC et perte d'excès de poids (25/10/2004)





Littérature 1

- co-morbidité associée dans 55 à 72% des cas
- mortalité moyenne de 0,14%

Auteurs	Nb. patients	Durée opératoire	Morbidité grave	Durée d'hospit°	slippage	reprises
Cadière	830	80 min	3.9%	3 jours	10%	3.9%
Szold	715	78 min	0.9%	<i>1,2 jours</i>	4.3%	7.4%
Ceelen	625	80 min	0.5%	3 jours	5.6%	7,8%
HEGP.	500	105 min	1.8%	4 jours	8%	-
<i>Notre série</i>	<i>128</i>	<i>107 min</i>	<i>4.7%</i>	<i>4 jours</i>	<i>6%</i>	<i>8,5%</i> <i>(19%)</i>

Littérature 2

Auteurs	année	Nb. patients	BMI pré-op	BMI post-op	délai
Cadière	1993 -2002	830	46,4	36,4	5 ans
Belachew	1993 -2002	763	42	30	4 ans
Ceelen	1998 -2001	625	40	32	3 ans
HEGP.	1997 -2001	500	44	32	3 ans
Notre série	1996 -2002	113	47	37	19 mois

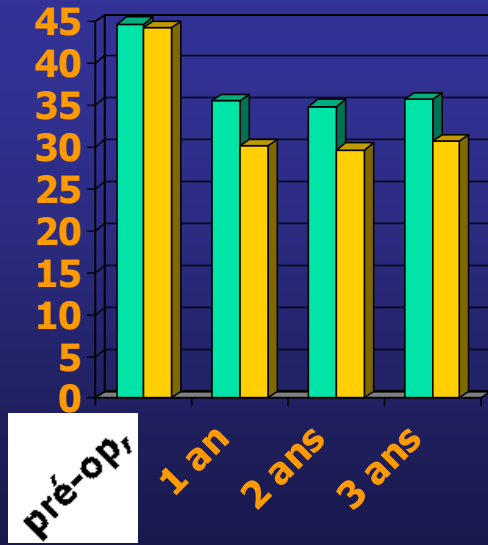
- Long terme :
 - Perte de d'efficacité avec le temps
 - 58% réinterventions → By-Pass (*Gustavsson, 2002*)

Littérature: Anneau vs Masson (IMC<50)

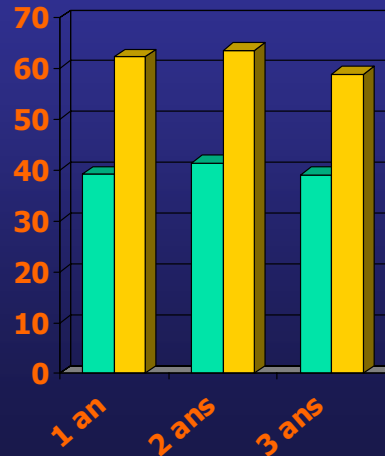
Etude Randomisée

	N	C	DCD	Compl. précoces	Compl. tardives	Ré-op.
Anneau	49	0	0	6,1	32,7	24,5
Masson	51	0	0	9,8	14	0
<i>p</i>				0.754	<0.05	<0.05

IMC



% perte d'excès de poids



Anneaux :
Ré-interventions !

Morino, Ann Surg 2003



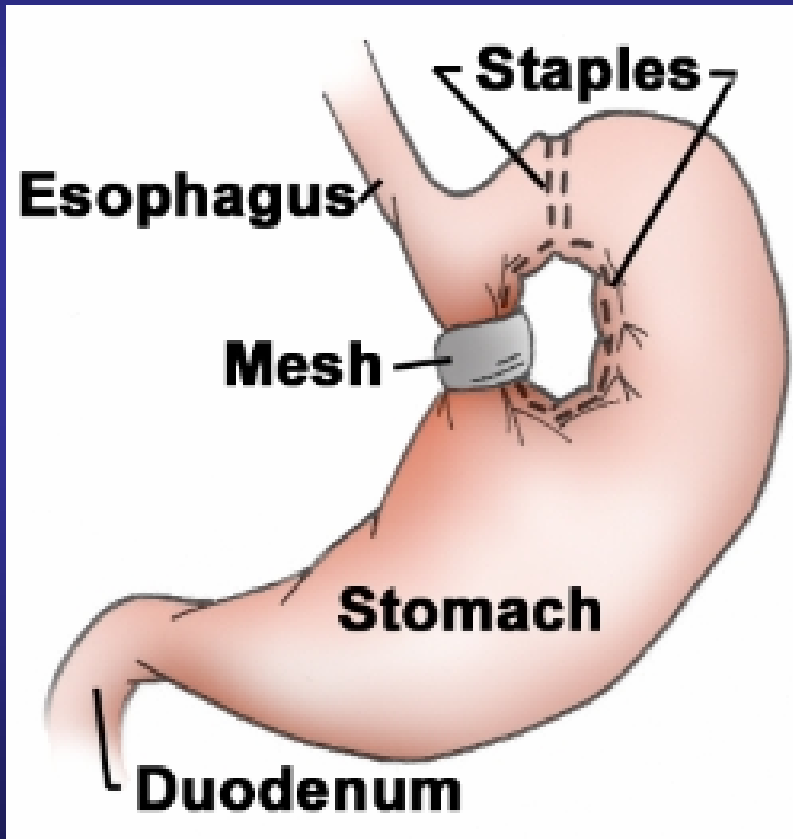
Conclusion

- Technique entraînant peu de complications précoces
- Sélection des patients
- Prise en charge multidisciplinaire
- Suivi astreignant
- Efficacité ...
- Evaluation nécessaire
 - Par le réseau de soins
 - Par le chirurgien lui-même

Techniques Restrictives

Masson et Masson Mac Lean

Obésité Morbide



- **Masson (VBG)**
 - Prothèse calibrante
- **Masson (VRG)**
 - Anneau de Silastic
- **Masson Mac Lean**
 - Section verticale en plus

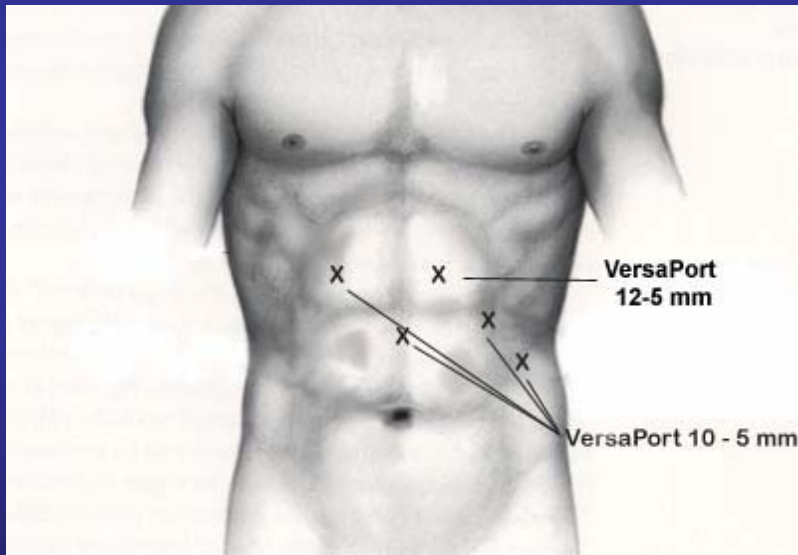
Obésité Morbide : VBG/coelioscopie



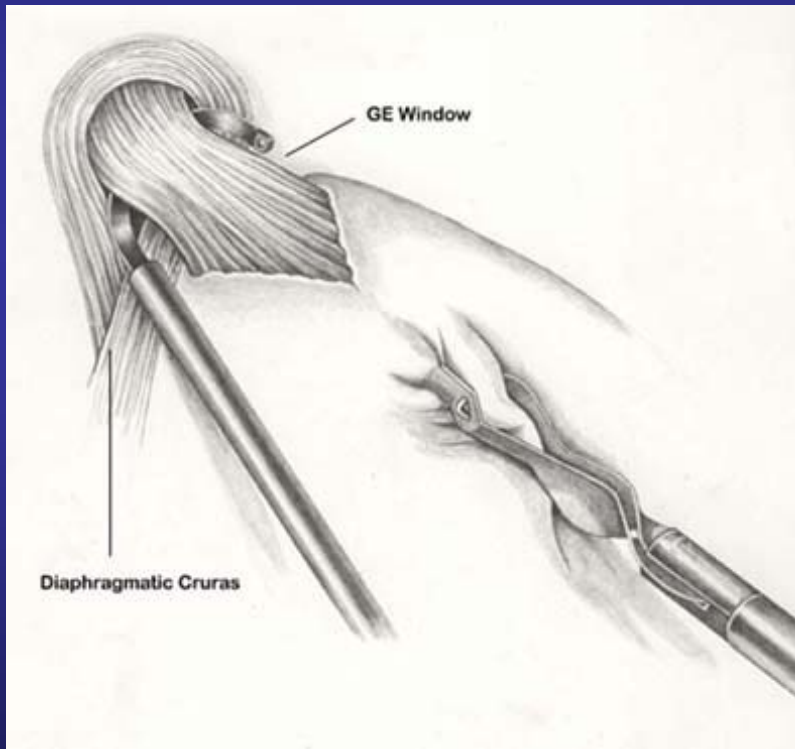
- Installation
- Matériel spécifique:
 - Idem anneau
 - Pince circulaire
 - Soit PCEEA 25 ou 21
 - Soit ILS 25 ou 21

Obésité Morbide : VBG/coelioscopie

- Disposition des trocarts

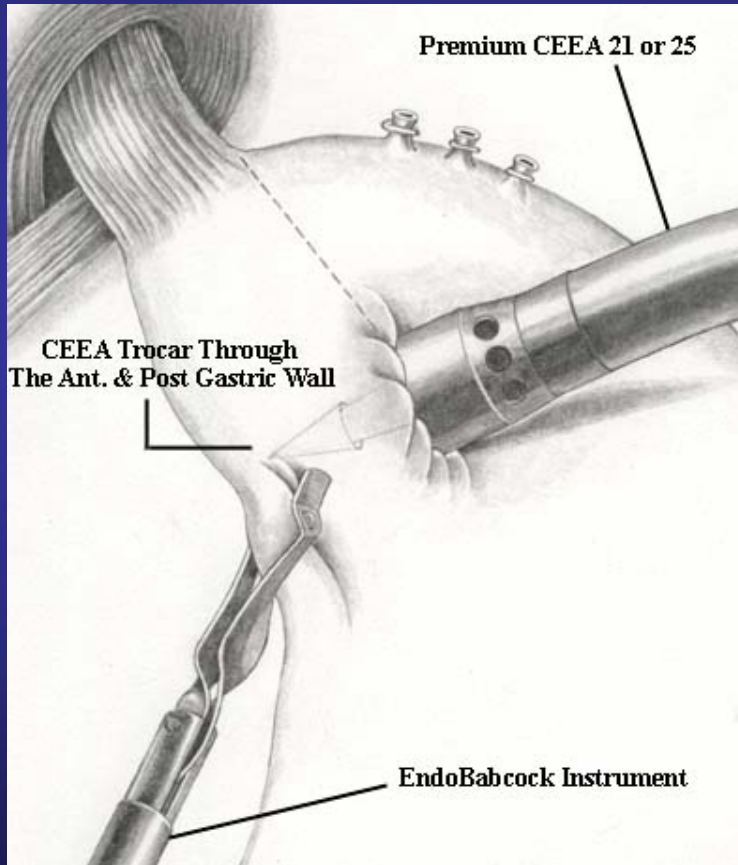


Obésité Morbide : VBG/coelioscopie



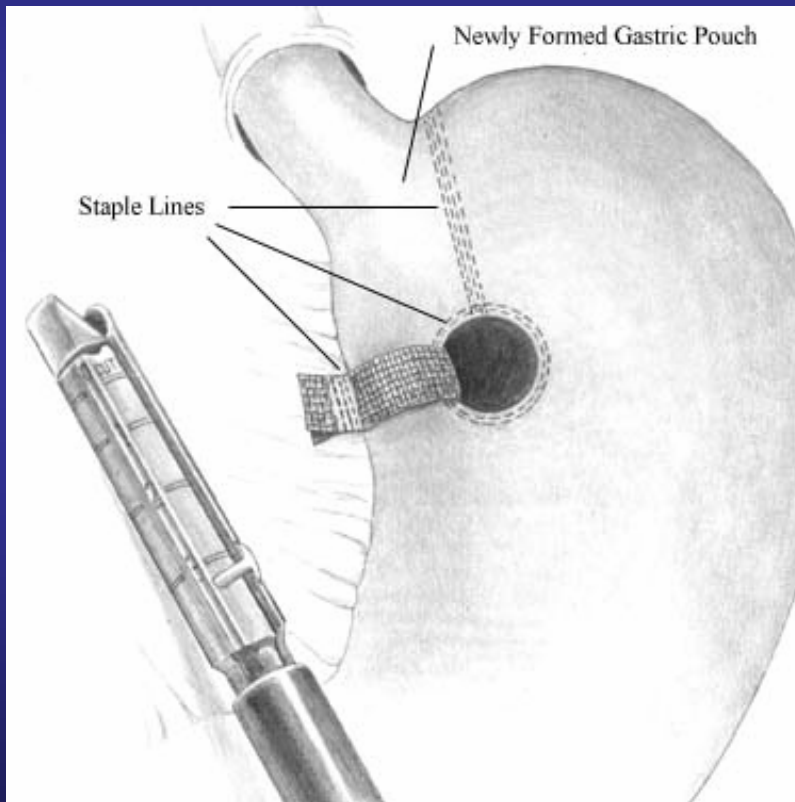
- Dissection jonction

Obésité Morbide : VBG/coelioscopie



- Variante PCEEA 25 ou 28
- Calibration
 - Faucher 36 french

Obésité Morbide : VBG/coelioscopie



- Poche et calibration
 - ENDO TA* II (60 mm)
 - SURGIPRO*
- Variantes
 - Anneau IOC
 - Anneau Caligast
- Epiploplastie
- Test au Bleu
- Vérifier l'hémostase
- Enfourer les sutures ?
- Renforcer les sutures ?

Chirurgie Bariatrique: Diététique

Réalimentation Post Op

- 2^{eme} ou 3^{eme} JPO: Contrôle OED : OK => Liquides
- 4^{eme} JPO : Introduction régime mou
- 5^{eme} JPO : Petits repas solides fractionnés.



Education Diététique

Techniques de Malabsorption

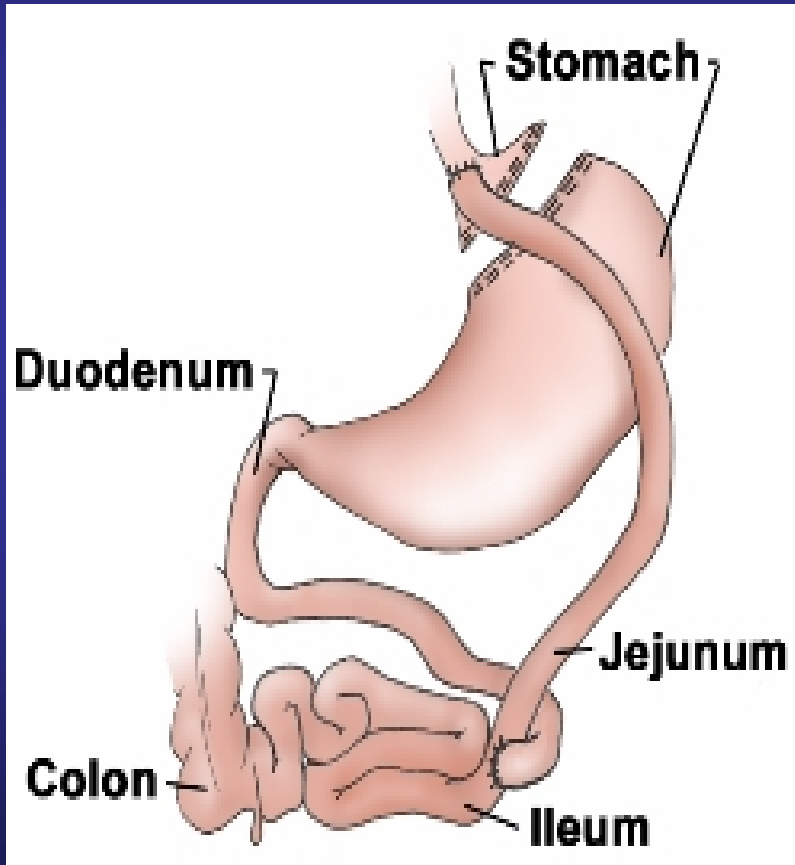
By-pass gastrique (technique mixte)

Duodenal Switch

Sleeve gastrectomy

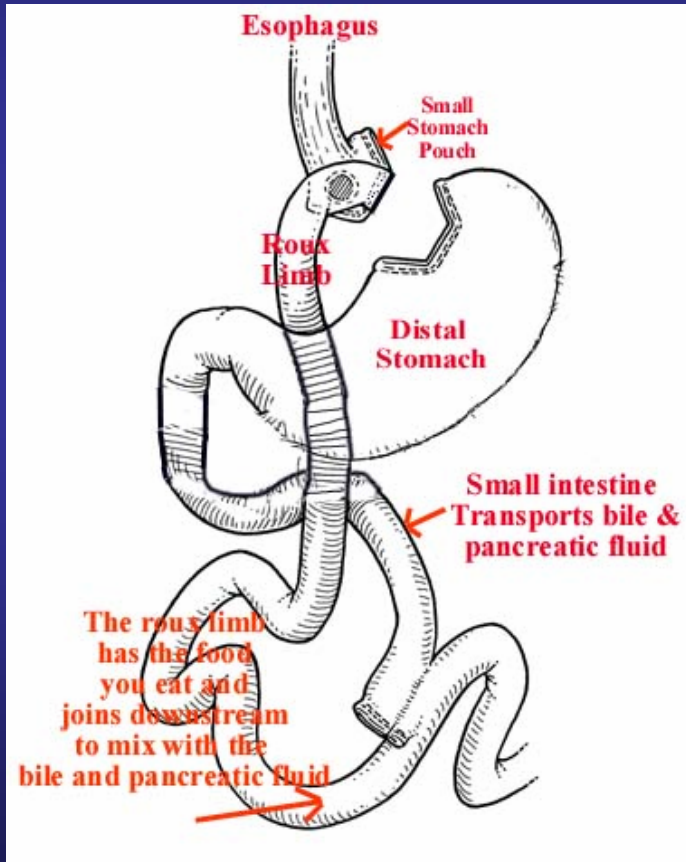
Diversion bilio-pancréatique

Obésité Morbide: Bypass Gastrique



- IMC > 50
- Echecs d'anneaux ?
- Poche gastrique proximale
- Anse en Y
 - longueur variable
 - >100 cm
- Technique mixte
 - Restriction
 - Poche fundique (25 ml)
 - Malabsorption (anse en Y)
- 2 anses
 - Alimentaire
 - Bilio-pancréatique

Obésité Morbide: Bypass Gastrique



- **Problèmes techniques**
 - confection de l'anse en Y
 - abord de l'estomac exclu
 - anastomose proximale
 - circulaire
 - l'enclume?
 - par la bouche?
 - linéaire
 - non calibrée!
 - hémorragie?
- **Risque: fistule**
 - hémorragie=fistule
- **Complications:**
 - Dumping syndrome
 - Hernies internes

Obésité Morbide: Bypass Gastrique Technique de Lönroth

■ Une anse en Y facile!

- 1er temps: poche proximale
 - pas de calibration
- 2ème temps: anse en oméga
 - anastomose proximale
 - non calibrée
- 3ème temps : anse en Y
 - anastomose pied de l'anse
 - proche de la poche
- 4ème temps
 - section anse afférente
- BMI -> longueur Y

■ Astuces

- anse pré-colique
- section verticale GE
 - repérage Treitz
- épreuve au Bleu

■ Inconvénients

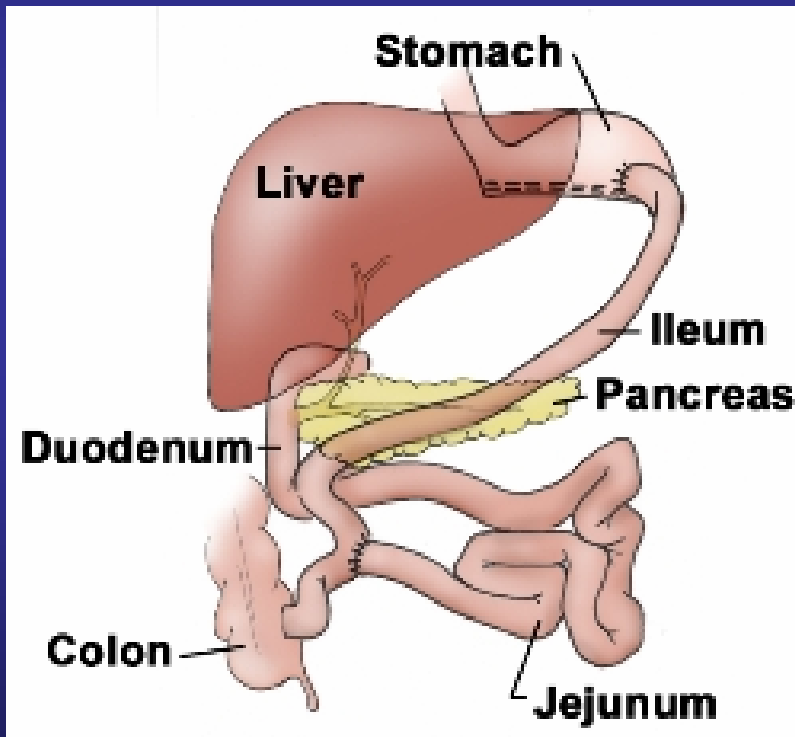
- non calibré
- risque hémorragique
- risque de fistule



Obésité Morbide: Bypass Gastrique

- Technique Difficile
- Peu de Centres Experts
- Risque chirurgical +++
- Indications sélectionnées
- Suivi au long court
- Nécessité de formation

Obésité Morbide: Biliopancreatic Bypass



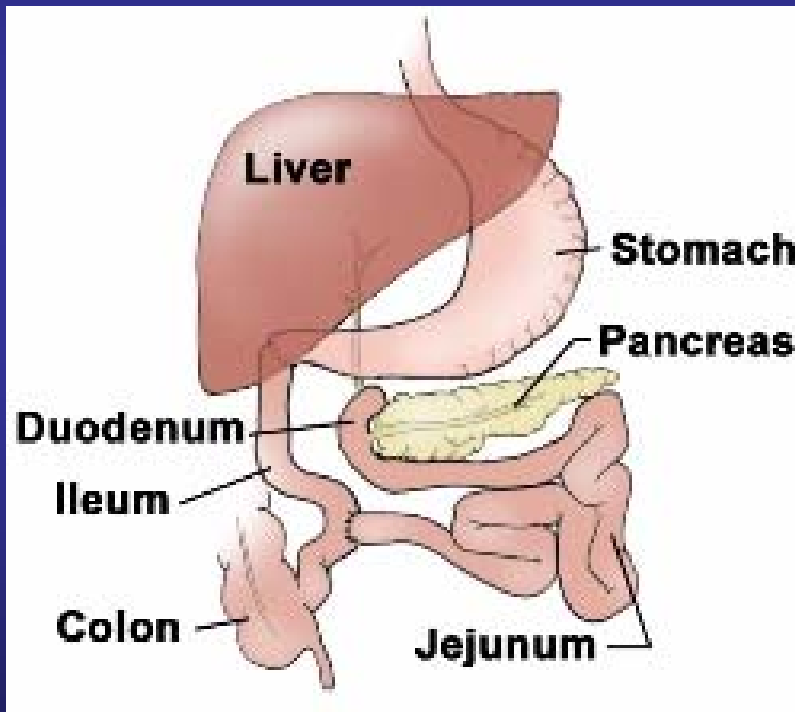
- IMC > 50
- Pylore non préservé
- Gastrectomie
- 2 anses
 - Alimentaire
 - Bilio-pancréatique



Obésité Morbide: Biliopancreatic Bypass

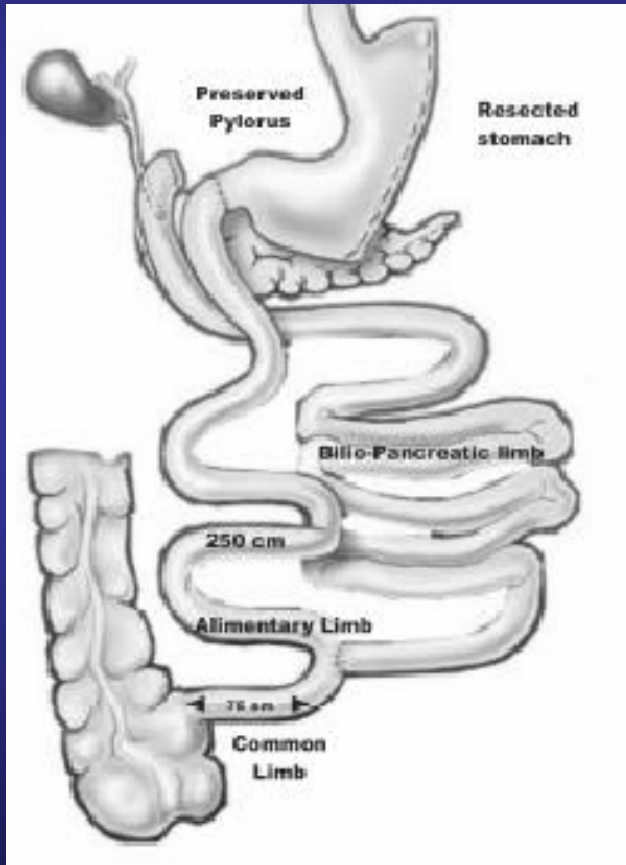
- Technique Difficile
- Peu de Centres Experts
- Risque chirurgical +++
- Indications sélectionnées
- Suivi au long court
- Nécessité de formation

Obésité Morbide: Duodenal Switch



- IMC>50
- By-pass distal
- Gastrectomie axiale
 - = sleeve gastrectomy
- Préservation pylorique
- Souvent associés
 - Cholécysectomie
 - appendicectomie

Obésité Morbide: Duodenal Switch



- Coelioscopie
 - Réalisable
- IMC > 50
- Possible en 2 temps
 - 1er: gastrectomie axiale



Chirurgie Bariatrique

- De multiples interventions
- Questions lors de l'indication:
 - Pour quoi ? Pour qui ?
- Peu de risque chirurgical: anneau
 - Perte de 10 points d'IMC
 - Bonnes indications
 - Hyperphage, IMC entre 40 et 50 Kgm²
- Autres cas: Centre Expert dans l'immédiat