

2004

Traitement de certains TCA
(obésité – boulimie) par la chirurgie
Dr Patrick VINCENT

Introduction

L'obésité sans être une pathologie psychiatrique, est souvent liée à les troubles du comportement alimentaire plus ou moins importants.

Les personnes souffrant de troubles psy sont exposés à l'obésité.

Depuis 1985, la conférence de consensus sur l'obésité a accepté le traitement chirurgical de l'obésité massive.

Cette obésité massive qui touche déjà en France plus de 0.5% de la population, est en augmentation constante dans tous les pays industrialisés.

La chirurgie de l'obésité connaît un essor mondial.

Nous allons essayer d'en faire le point.

L'obésité se définit par un BMI > 30

Maladie chronique évolutive sans tendance spontanée à la guérison..

Quelques chiffres:

En France: 8 à 10% des adultes. 18% des enfants.

Soit environ 5 millions d'individus, en très nette augmentation sur les 10 dernières années surtout chez l'enfant (*2 dans les ob modérées,*5 dans les ob massives.)

50% des enfants obèses et 50 à 70% des adolescents obèses restent des adultes obèses.

La prévalence de l'obésité morbide (BMI>40) a doublé entre 1997 et 2003 (Enquetes ObePi) passant de 0,3 à 0,6 % soit environ 400.000 personnes. Le traitement médical de cette forme avancée de la maladie ne donne pas ou peu de résultats (étude SOS)

55.000 décès chaque année de causes liées à leur obésité.

Techniques Chirurgicales

Deux objectifs différents :

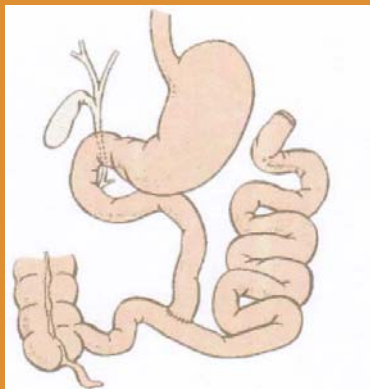
- 1) Diminuer la quantité de nourriture absorbée par l'intestin :
techniques dites "malabsortives" = COURTS-CIRCUITS
- 2) Diminuer la quantité de nourriture acceptée par l'estomac,
et en retarder l'évacuation
techniques dites "restrictives pures" = GASTROPLASTIES
- 3) Associer les deux objectifs :
c'est le court-circuit (by-pass) gastrique.

Techniques malabsortives

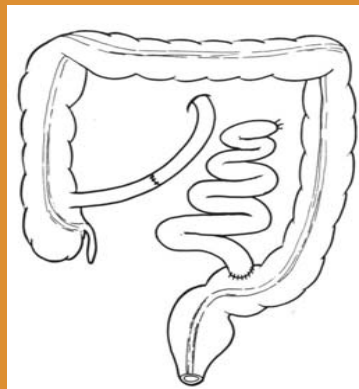
Associant :

- 1) réduction de la surface d'assimilation intestinale.
- 2) perturbation du contact entre aliments et enzymes digestifs.

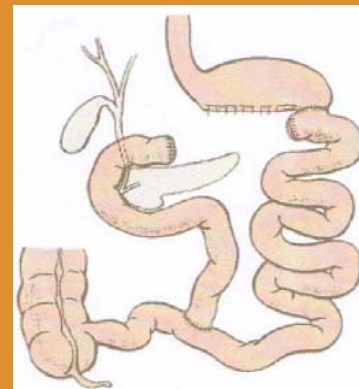
Courts-circuits intestinaux



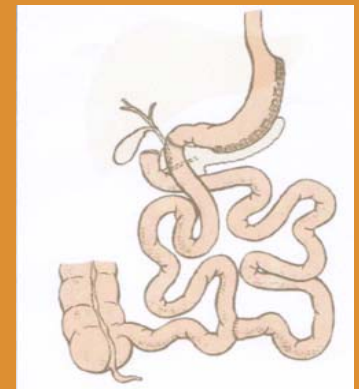
1954 KREMEN et LINNER



Diversion biliopancréatique



1976 SCOPINARO

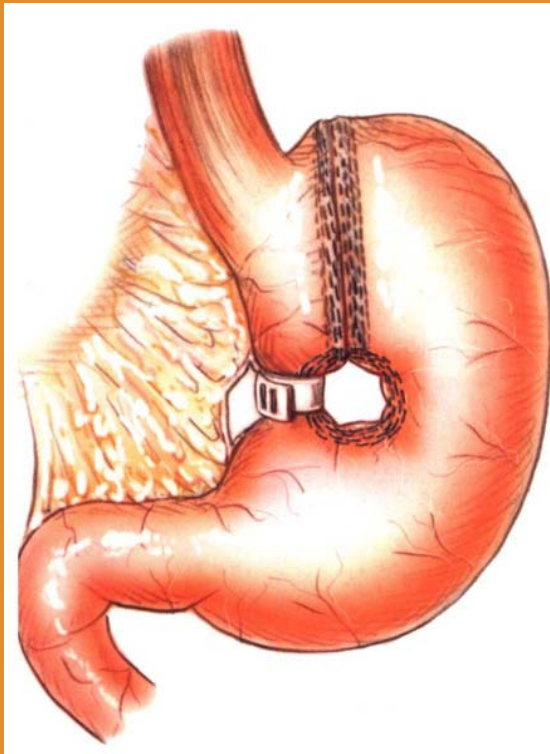


1990 MARCEAU
(Duodenal switch)

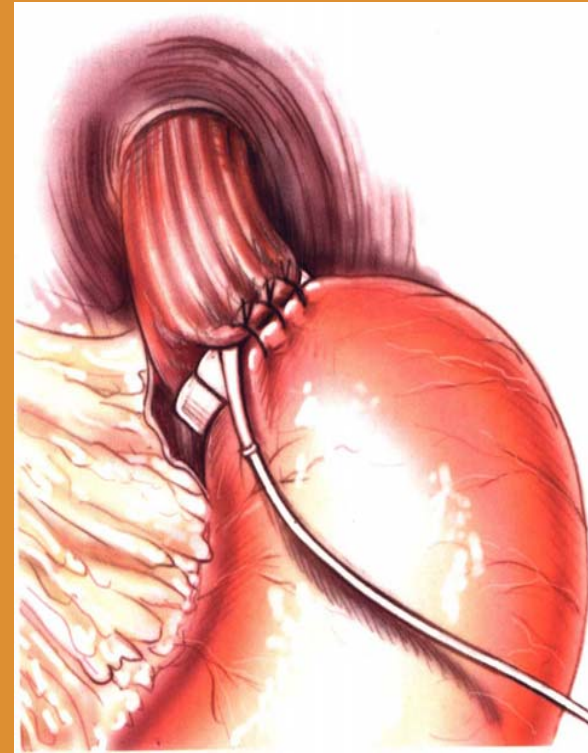
1970 : 1er court-circuit en France : Pr. Lucien LEGER - COCHIN - PARIS

Techniques dites “restrictives pures”

Les gastroplasties



Masson

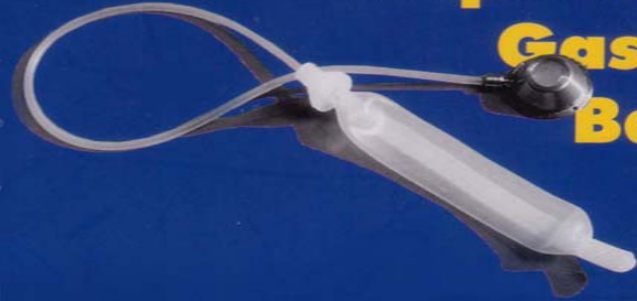


Anneau ajustable

1976 : 1ère gastroplastie à COCHIN : Pr. Lucien LEGER - PARIS

ANNEAUX AJUSTABLES

**The
Swedish
Adjustable
Gastric
Band**



1986

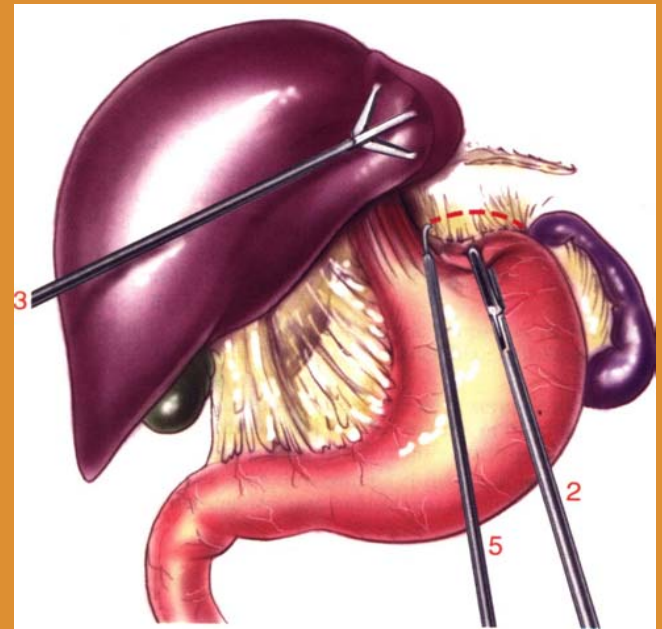
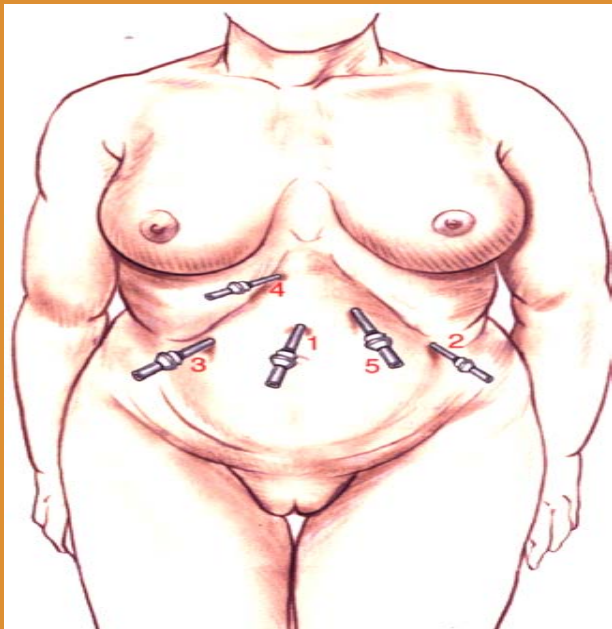


LAP-BAND

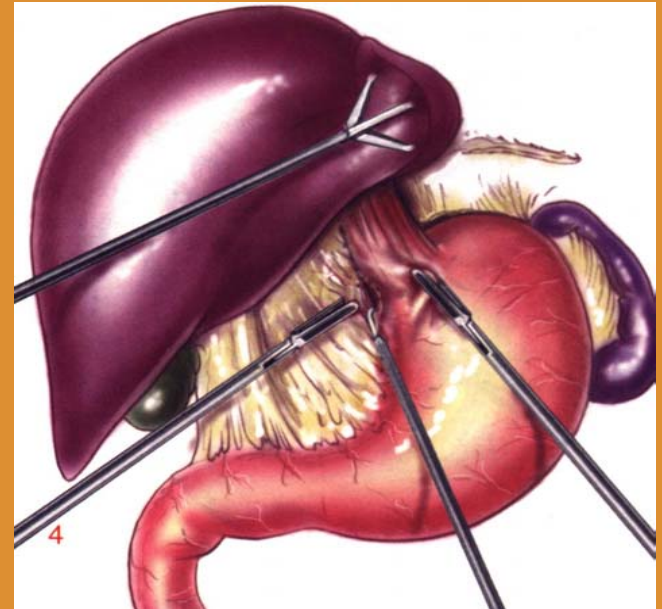
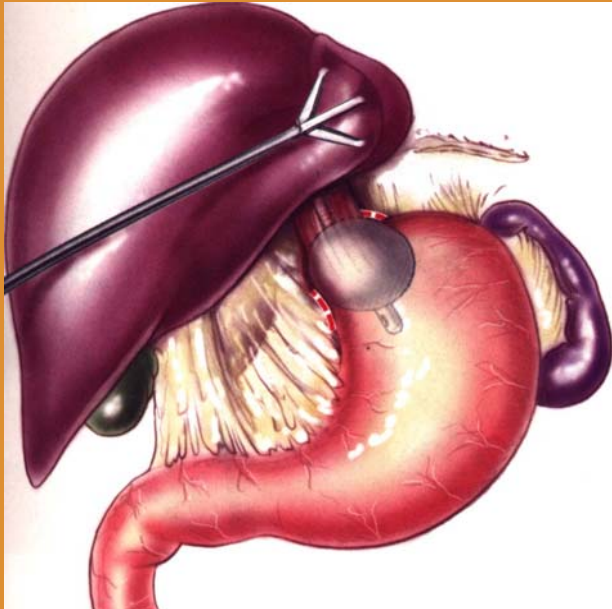
1993

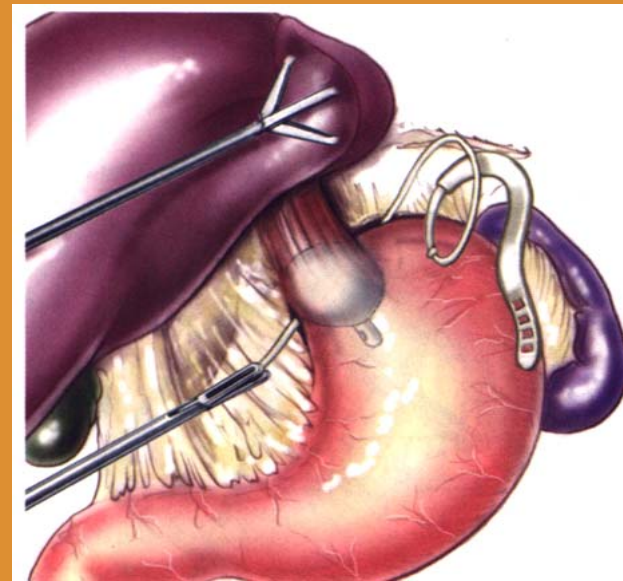
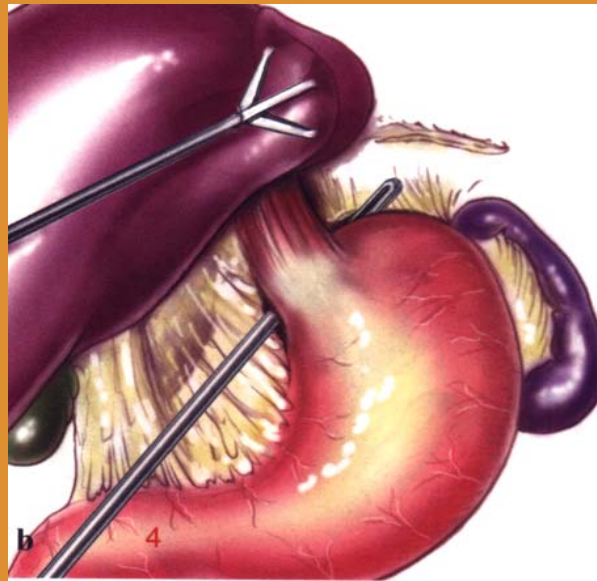
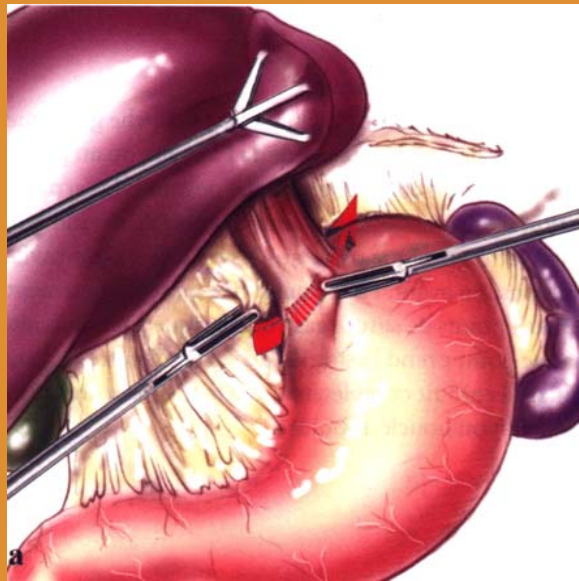


2000

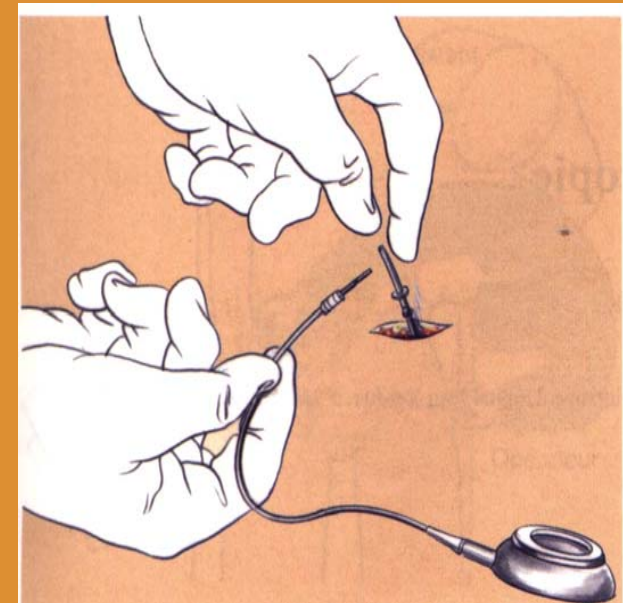
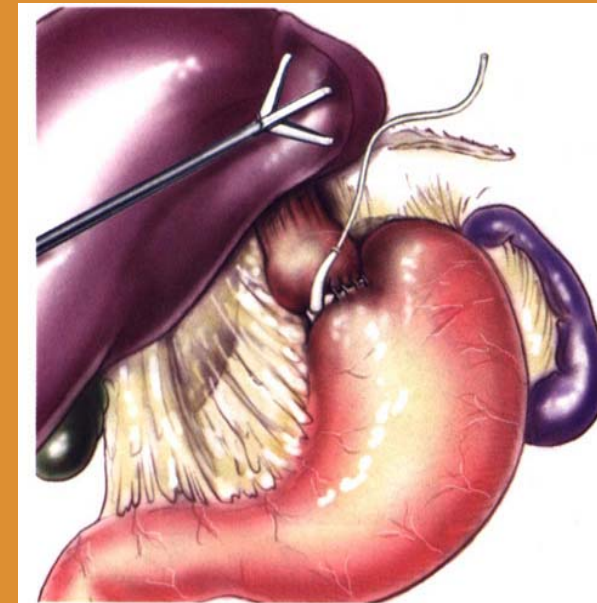
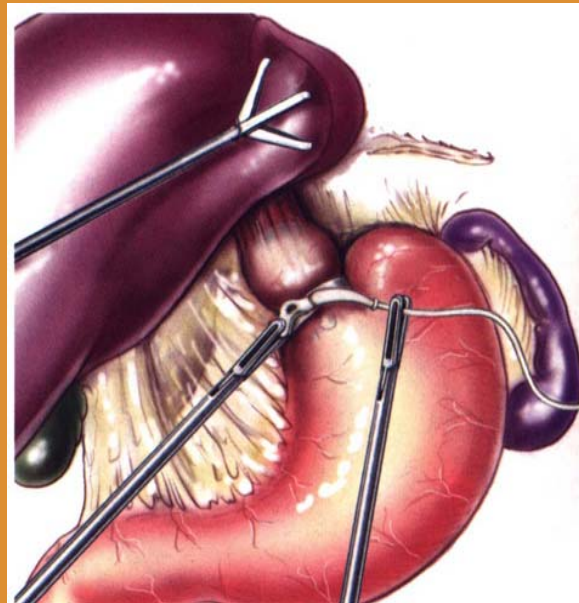


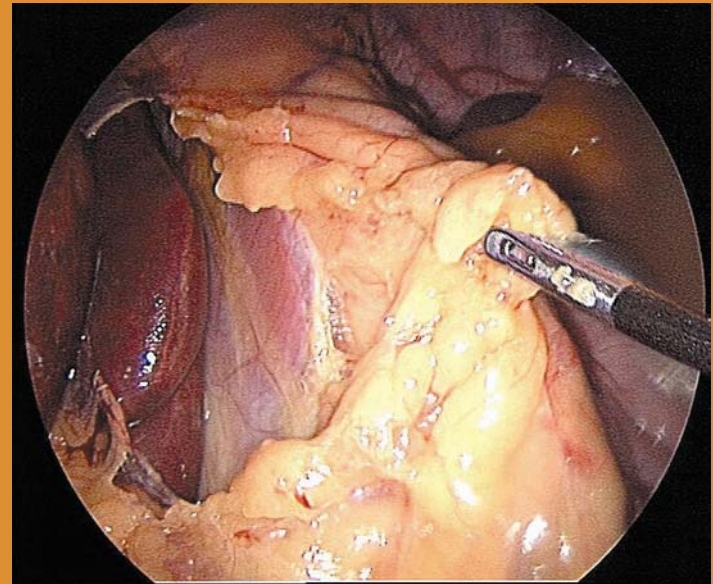
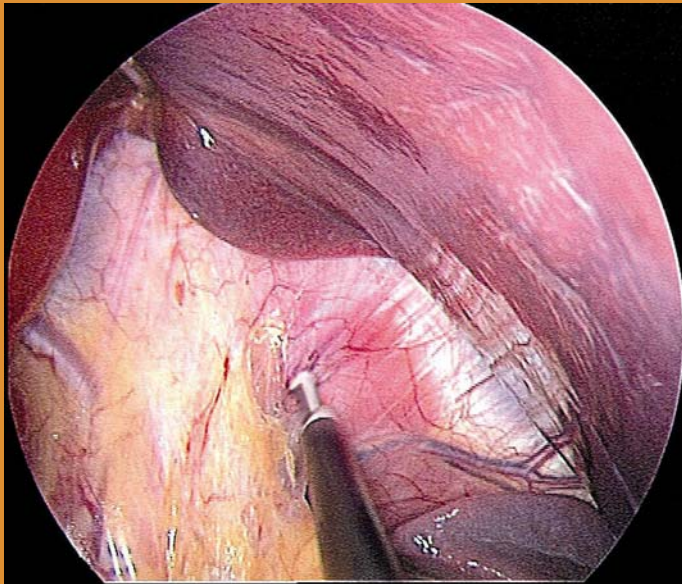
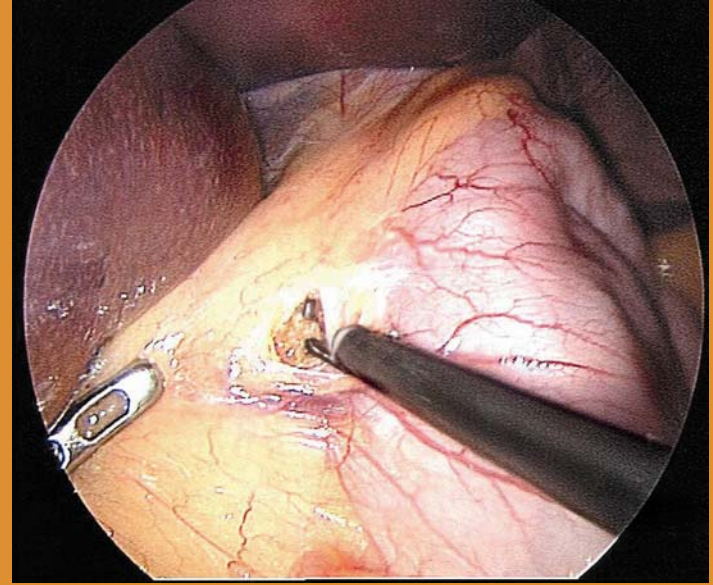
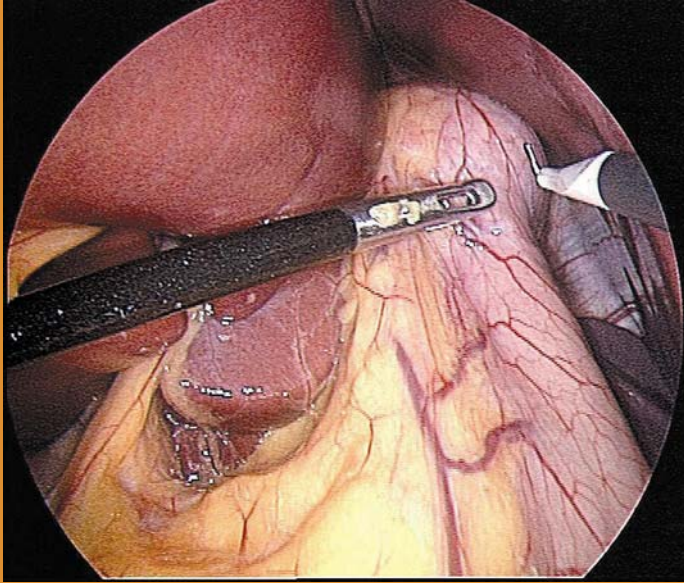
GASTROPLASTIE par coelioscopie

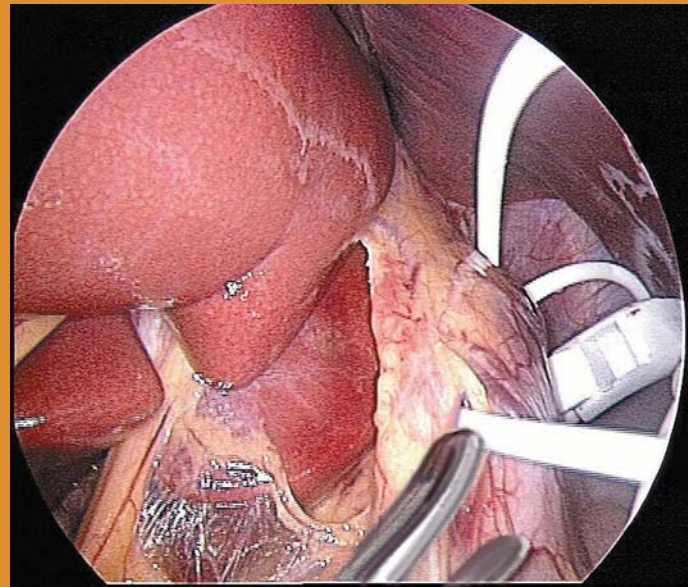
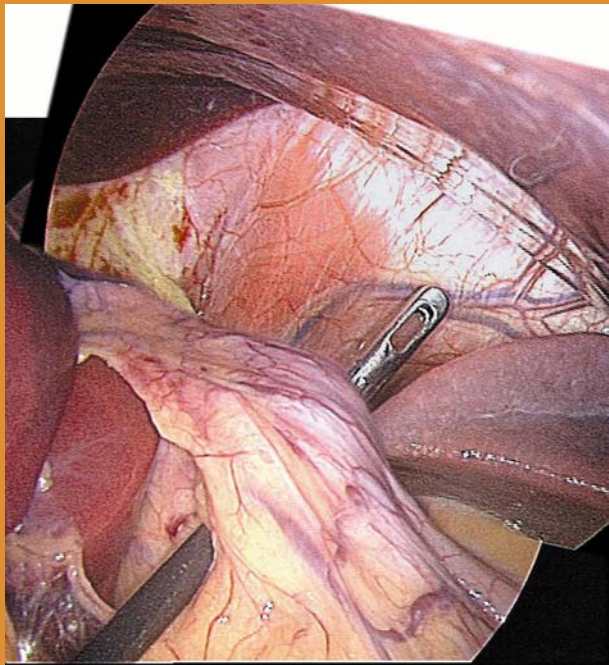
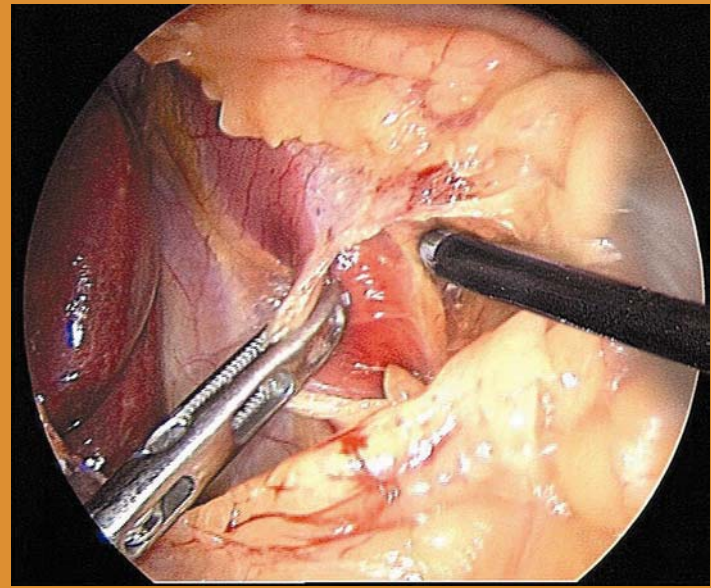
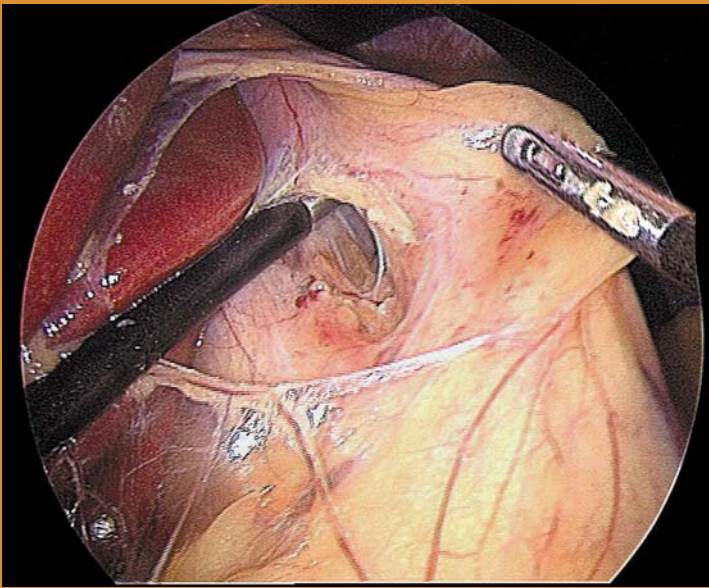


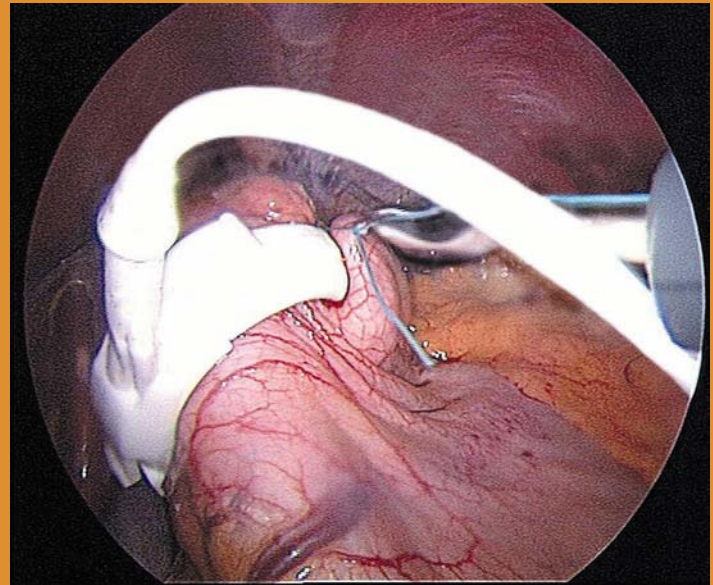
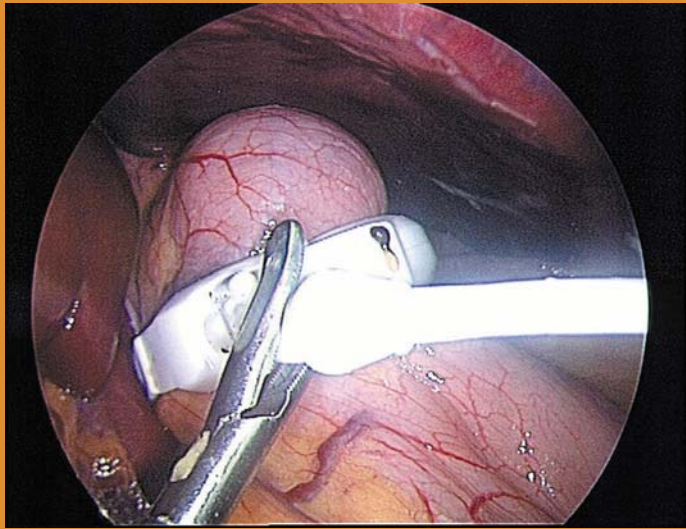
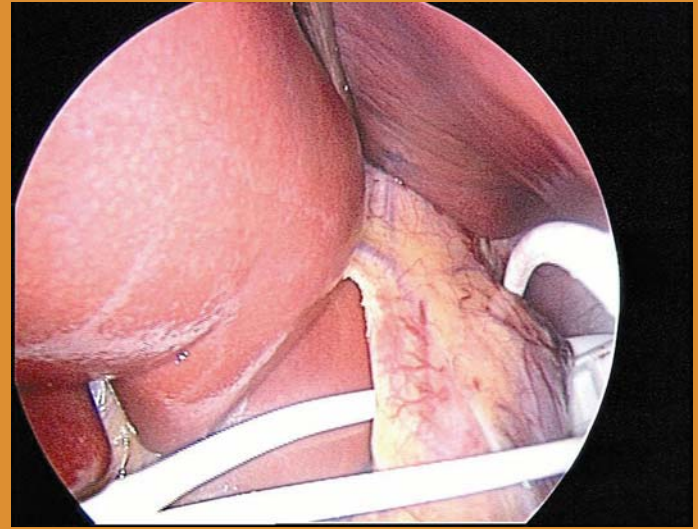
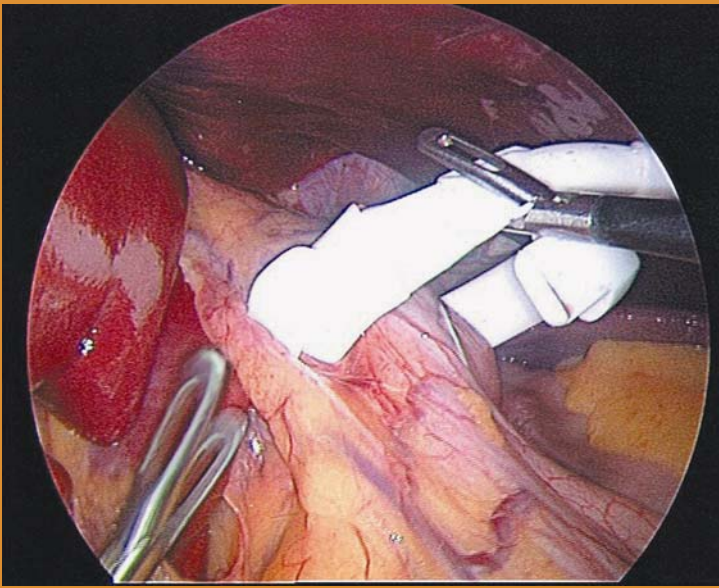


Technique de l'anneau ajustable par coelioscopie

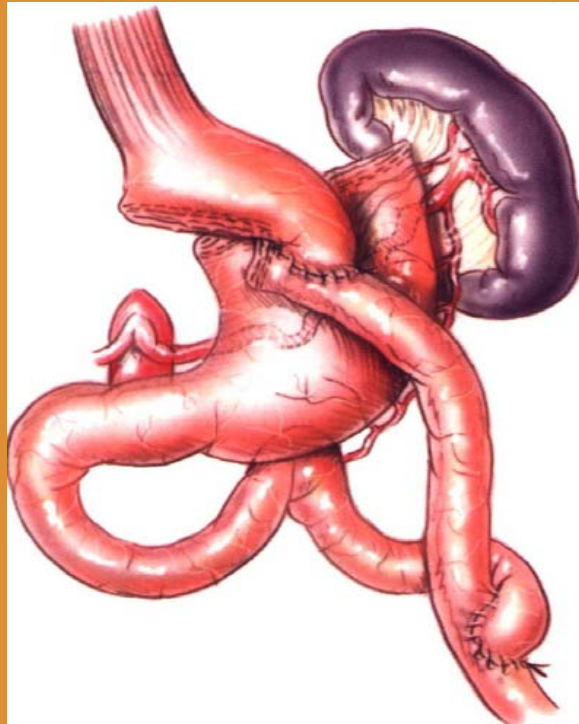




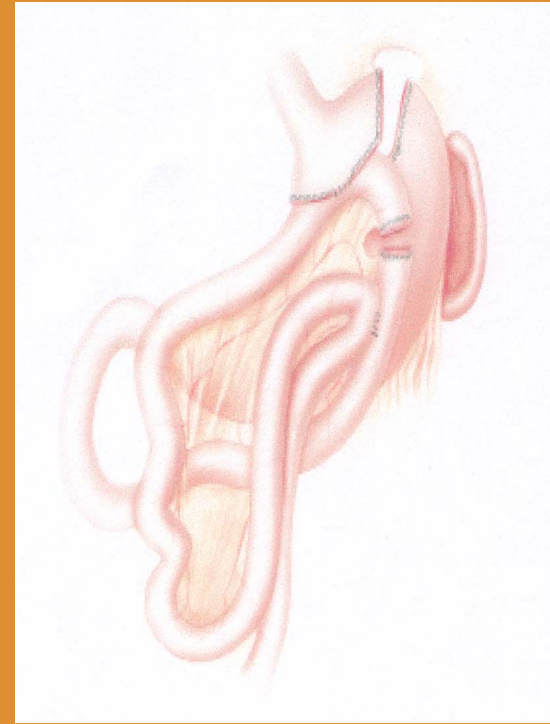




Le court-circuit gastrique



Laparotomie



Coelioscopie

Depuis 2001 : Toutes les interventions citées peuvent être pratiquées par coelioscopie

Indications chirurgicales

IMC

POIDS (kg)

TAILLE (m²)

1) IMC > 40. Sans complications

IMC entre 35 et 40 si complications :

- HTA

- diabète TYPE II

- gonalgies / arthrose

- troubles respiratoires / apnée du sommeil

2) Age : entre 18 et 65 ans.

3) Obésité stable depuis plus de 5 ans.

4) Echec des autres prises en charge depuis au moins un an.

5) patients motivés et biens informés

6) Absence de dépendances à l'alcool et aux drogues.

7) Absence de pathologie endocrinienne.

8) risque opératoire acceptable.

Contre-indications chirurgicales

- 1) Risque opératoire trop important.
- 2) Maladie inflammatoire, évolutive du tube digestif.
- 3) Cancer évolutif.
- 4) Troubles psychiatriques avérés.
- 5) Infection antérieure avec risque de contamination.
- 6) Utilisation habituelle et continue d'aspirine et de corticoïdes.
- 7) Allergies connues ou suspectées au matériel (silicone ?...).
- 8) Patient souffrant de maladie auto-immune (lupus...).

Mauvaises indications chirurgicales

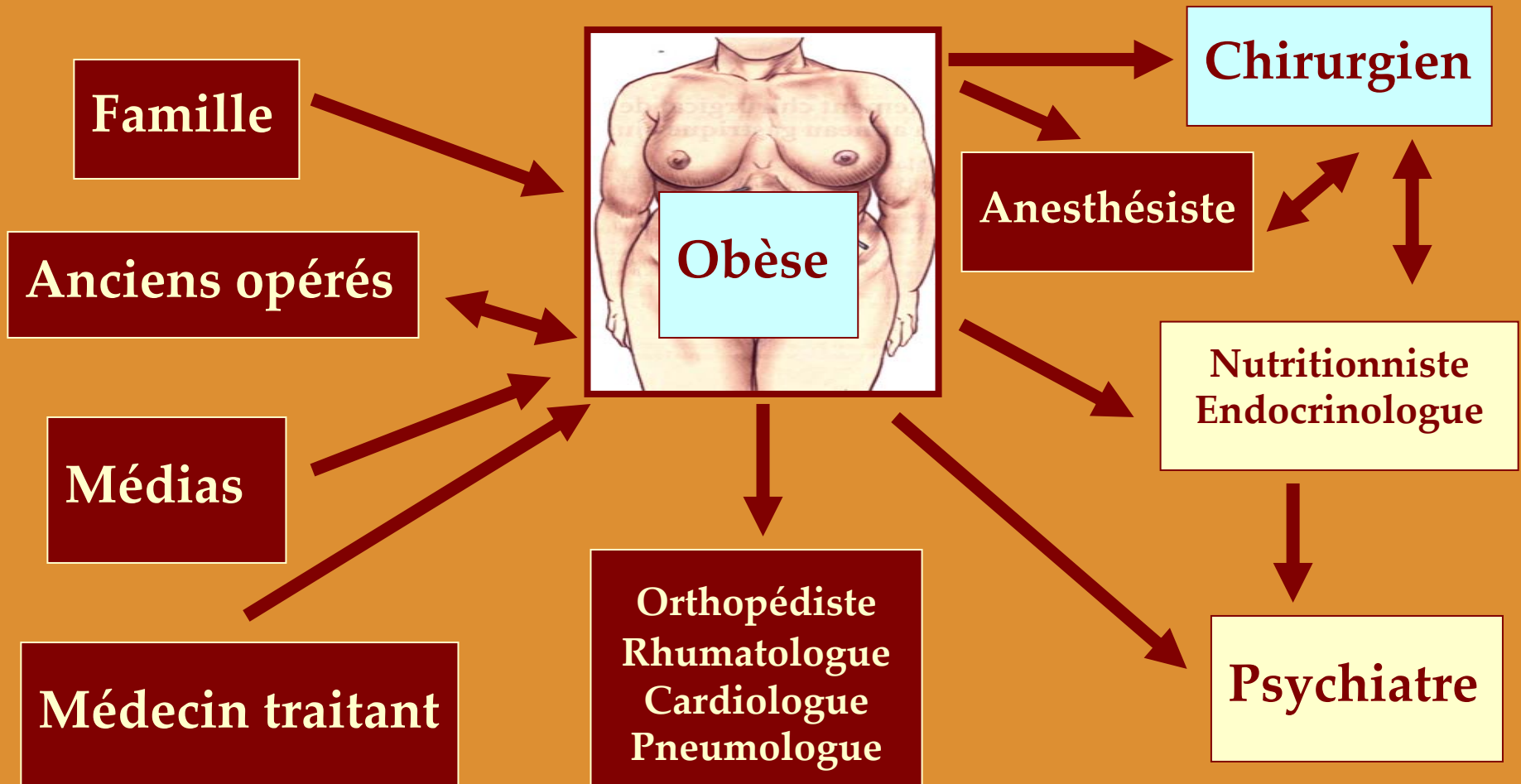
- 1) IMC < 35 ans ou sans complications.
- 2) IMC < 40 sans complications
- 3) Age < 18ans ou > 65 ans.
- 4) Obésité récente, instable.
- 5) Pas de suivi nutritionnel préalable.
- 6) Pas d'évaluation psychologique ou psychiatrique préalable.
- 7) Pathologie endocrinienne importante.
- 8) Mauvaise compréhension, mauvais compliance du patient...
- 9) Dépendance à l'alcool ou aux drogues.

Evaluations préalables

Que le patient ait pris contact avec une équipe spécialisée

Ou qu'il consulte directement le chirurgien

LE BILAN DOIT ÊTRE MULTIDISCIPLINAIRE et LA DECISION FINALE PRISE PAR LE CHIRURGIEN.



Bilan alimentaire

1) Médecin nutritionniste :

- histoire pondérale – tentatives d'amaigrissement
- comportement alimentaire : *attirance vers les aliments sucrés, grignotage, conduites impulsives, boulimie*

2) Diététicien(ne) : enquête alimentaire, règles post-opératoires

Bilan somatique

1) Endocrinologue

2) Cardiologue : - HTA - cardiomyopathie -

3) Pneumologue : - insuffisance respiratoire - apnée du sommeil (neurologue)

4) Rhumatologue : - gonarthrose - lombarthrose

5) Stomatologue : - mastication

6) Gastro-entérologue : fibroscopie

7) Radiologue : calculs vésiculaires – volume hépatique

Bilan psychiatrique

Psychiatre et psychologue :

- 1) Dépister des troubles psychiques graves
- 2) Traiter un fond dépressif – adapter les traitements en pré-opératoire
- 3) Evaluer et traiter les troubles du comportement alimentaire
- 4) Evaluer compliance et motivation
- 5) Mesurer la compréhension de l'intervention
- 6) Diriger des groupes de paroles
- 7) Expliquer la nécessité de modifier son comportement alimentaire avant et après l'intervention
- 8) Faire comprendre l'importance du suivi post-opératoire

Le chirurgien

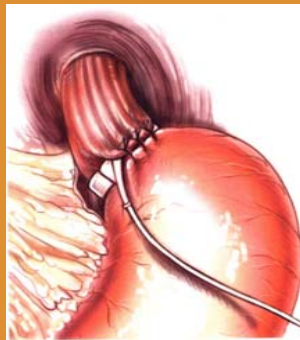
- 1) Aidé par une équipe d'anesthésistes-réanimateurs habitués à la chirurgie de l'obésité.
- 2) Doit connaître les différentes possibilités techniques et ne doit pas être prisonnier d'une seule, se tenir informé des progrès de sa spécialité.
- 3) S'il opte pour la chirurgie coelioscopique, doit y être très entraîné et avoir un environnement technique optimal et spécialisé.
- 4) Doit informer le patient
 - non seulement des avantages
 - mais aussi des risques
 - immédiats
 - à distance
 - et de la nécessité du suivi à long terme

Comment choisir ?

- en fonction du BMI initial,
- en fonction des TCA

Peu de TCA
hyperphage

BMI < 60



Gastroplastie

Sweet-eater, boulimique,
gros BMI initial.



By-pass

- en fonction des risques et des complications

- 1) Gastroplastie de 1ère intention.
- 2) By-pass ou autres... si échec.

Le suivi post-opératoire

Une équipe très disponible – 24h/24h

Support : carnet personnel



Trois repas /jours.

- mastiquer, manger lentement
- aliments riches en fibres (légumes-fruits...).
- aliments riches en protéines (oeufs, laitages, poissons, légumes secs...).

**Nutritionniste
& diététicien**

Tous les mois
pendant un an.

Chirurgien

1 mois / 3 mois / 6 mois / 1 an
et une fois par an.

Radiologue

1 mois et ensuite en fonction de
l'amaigrissement, ou si dysphagie ou reflux :
immédiatement.

Psychiatre

régulièrement.

BILAN de qualité de vie à 1an / 2ans / 5 ans.

Questionnaire de qualité de vie

Votre nom & prénom : _____

MOOREHEAD-ARDELT : questionnaire de qualité de vie L'estime de soi & niveaux d'activités

Remplissez cette fiche s'il vous plait : faite une croix pour montrer comme votre vie a changé après votre perte de poids.

1. Par rapport à mon état avant mon traitement de perte de poids, je me sens...



Bien plus mal



Plus mal



Le même



Mieux



Bien mieux

2. Je suis capable de participer à des activités physiques...



Beaucoup moins



un peu moins



De la même façon



plus



Beaucoup plus

3. Je suis disposé(e) à m'impliquer socialement...



Beaucoup moins



un peu moins



De la même façon



plus



Beaucoup plus

4. Je suis capable de travailler...



Beaucoup moins



un peu moins



De la même façon



plus



Beaucoup plus

5. Je m'intéresse au sexe...



Beaucoup moins



un peu moins



De la même façon



plus



Beaucoup plus

Les résultats

Les complications

BY-PASS

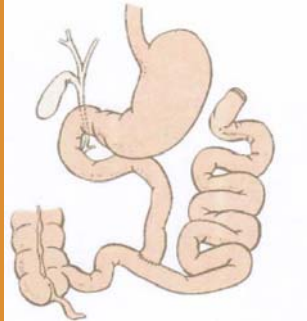
- MORTALITE : 0,à 1 %
- FISTULES : 1 à 4 %
- STENOSE : 4 à 5 %
- COMPLICATIONS PULMONAIRES : 7 %
- CHOLECYSTITE : 4 %
- OCCLUSION : 2 %
- COMPLICATIONS NUTRITIONNELLES
- COMPLICATIONS MAJEURES : 5 %

GASTROPLASTIE

- MORTALITE : 1 ‰
- Beaucoup de complications liées à TCA*
- DILATATION POCHE PROXIMALE : 10 %
- SLIPPAGE : 3 %
- EROSION : 1 à 2 %
- COMPLICATIONS LIEES AU BOITIER : 5 %
- COMPLICATIONS MAJEURES : < 0,5 %

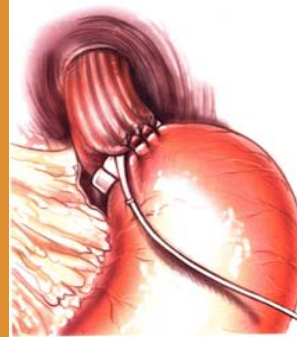
Les résultats

Sur la perte d'excès de poids



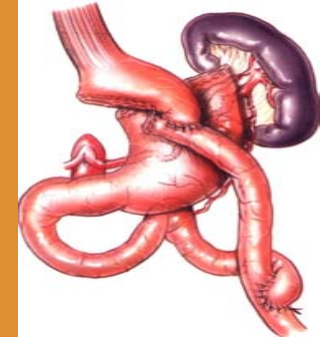
**Court-circuit
intestinal**

PEP : 80%
**Mais complications
métaboliques,
hépatiques graves,
ABANDONNE**



Gastroplastie

PEP : 50 à 65% à 2ans
50% à 5 ans
Echec relatif (PEP < à 20%)
30%



By-pass

PEP : 70 à 80% à 2 ans
Echec relatif (PEP < à 20%)
16%

Les résultats

Sur les complications somatiques

Sont souvent présents même si les résultats pondéraux apparaissent limités

KRALL (1000 patients)

	Prévalence %	Guérison %	Amélioration %
- HTA	30 - 60	60 - 65	90
- Diabète	15 - 20	90 - 95	100
- Apnée du sommeil	2 - 5	100	100
- Insuffisance cardiaque	10	60	90

P.VINCENT (376 patients)

	Prévalence %	Guérison %	Amélioration %
- HTA	26	75	95
- Diabète	27	65	85
- Apnée du sommeil	25	35	70
- Gonalgies	32	55	95

Les résultats

Sur la qualité de vie

P.VINCENT 2003 : 186 patients > à un an (gastroplasties)

L 'ESTIME DE SOI	améliorée	à	94 %
LA CAPACITE PHYSIQUE	améliorée	à	79 %
LA SOCIABILITE	améliorée	à	67 %
CAPACITE DE TRAVAIL	améliorée	à	47 %
SEXUALITE	améliorée	à	51 %
INDICE DE SATISFACTION	élevé	à	92 %

1 patient a une qualité
de vie diminuée

PERSPECTIVES D'AVENIR

- L'anneau ajustable à distance
- Le développement des techniques opératoires complexes (by-pass, Scopinaro, duodenal-switch)
par coelioscopie

En conclusion

La chirurgie de l'obésité se développe dans le monde de façon exponentielle. Actuellement plus de 80 000 gastroplasties ont été pratiquées,

dont : 6000 en France en 2000 , plus de 10000 en 2002 et plus de 15000 en 2003.

Parmi les interrogations qui persistent, seront à préciser :

- la place des TCA dans l'indication opératoire
- leurs possibilités de traitement en pré-opératoire
- leur survenue possible « de novo » en post-opératoire

Le rôle du psychiatre dans le bilan pré-opératoire et le suivi post-opératoire, aux côtés du nutritionniste et du chirurgien

nous semble fondamental dans la prise en charge à long terme de l'obèse candidat à l'intervention.