

CHIRURGIE BARIATRIQUE

Chirurgie destinée à restreindre l'absorption des aliments, pour diminuer l'apport calorique journalier, afin de lutter contre l'obésité.

Obésité = accumulation excessive/anormale de graisse corporelle susceptible de nuire à la santé. **NB** : chez l'adulte jeune et en bonne santé, la masse grasse représente 10-15% du poids (♂) et 20-25% du poids (♀)

Évaluée par l'**IMC** = $\text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m)}$. **NB** : BMI en anglais.

Classification	IMC en kg/m ²	Risque de comorbidité associé
Normal	[18,5 - 24,9]	Moyen
Surpoids	[25 - 29,9]	Légèrement augmenté
Obésité - Classe 1 = modérée	[30 - 34,9]	Modérément augmenté
Obésité - Classe 2 = sévère	[35 - 39,9]	Fortement augmenté
Obésité - Classe 3 = morbide	≥ 40	Très fortement augmenté
Super-obésité	≥ 50	T_T

Chez l'adulte, l'obésité est définie par un IMC ≥ 30 kg/m², associé à une ↗ du risque de comorbidité et de mortalité ; chez la ♀ comme chez l'♂.

Chez l'enfant, on la définit par un IMC ≥ au 97ème percentile de la courbe de référence française.

Comorbidités (= troubles associés) de l'obésité :

- **Pathologies cérébrales** : Hypertension intracrânienne idiopathique - AVC.
- Cataractes.
- **Pathologies respiratoires** : syndrome restrictif ; apnée obstructive du sommeil ; syndrome d'hypoventilation (= Syndrome de Pickwick).
- **Pathologies cardio-vasculaires** : maladie coronarienne cardiaque - HTA - phlébites (stase veineuse).
- **Désordres endocriniens** : syndrome métabolique - diabète de type II - dyslipidémies - hypogonadisme.
- **Pathologies hépatiques non-alcooliques** : stéatose hépatique → stéato-hépatite non alcoolique → cirrhose...
- Maladie vésiculaire - lithiases biliaires.

- Hernie hiatale → RGO.
- Pancréatite aiguë.
- Lymphoedème (= gonflement d'une partie du corps par accumulation de liquide lymphatique dans les tissus conjonctifs).
- **Cancers** : oesophage - sein - pancréas - rein - prostate - cervix - utérus - colon.
- **Anomalies gynécologiques** : troubles des menstruations - infertilité - syndrome des ovaires polykystiques (syndrome de Stein-Leventhal).
- **Pathologies mécaniques** : ostéoarthrose - coxarthrose (= arthrose de la hanche) - lombalgies - goutte (= anomalie du métabolisme de l'acide urique).
- Maladies cutanées (hypersudation, mycoses des plis cutanés...).

INDICATIONS OPÉRATOIRES

- ✓ **IMC ≥ 40 ou IMC ≥ 35 + association à une ou plusieurs comorbidités pouvant être améliorées par la chirurgie** (maladies cardio-vasculaires, apnées du sommeil, maladies métaboliques, maladies ostéo-articulaires invalidantes...).
- ✓ **Toujours en 2ème intention** après **échec** d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6 à 12 mois.
- ✓ En l'absence de perte de poids suffisante / de maintien de la perte de poids.

Avec l'accord d'un professionnel :

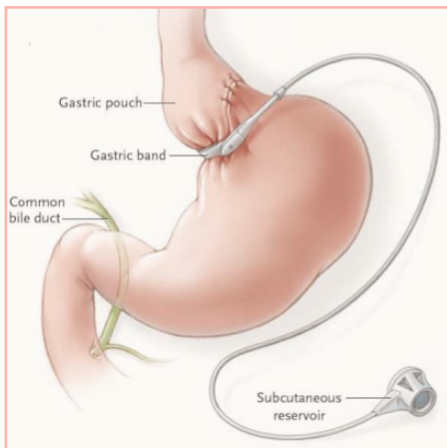
- ✓ Patients bien informés au préalable, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoire pluridisciplinaire.
- ✓ Patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme
- ✓ Risque opératoire acceptable.

CONTRE-INDICATIONS OPÉRATOIRES

- ✓ Absence d'une prise en charge médicale adaptée d'une durée adéquate avant la chirurgie.
- ✓ Incapacité du patient de suivre un programme de suivi régulier et stable dans le temps.
- ✓ Maladie psychotique non stabilisée / dépression sévère / tendance suicidaire.
- ✓ Addictions (alcools, drogues...).
- ✓ Troubles alimentaires graves (ex : boulimie).
- ✓ Altération grave de la fonction de mastication.
- ✓ Contre-indication à l'anesthésie générale.
- ✓ Néoplasie maligne dans les 5 dernières années.

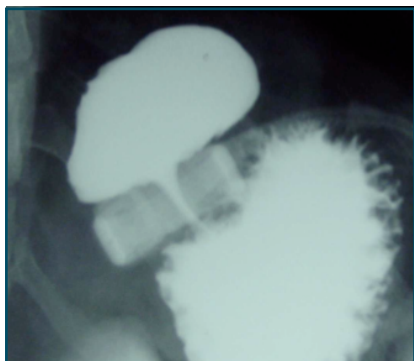
Anneau gastrique ajustable :

Chirurgie de restriction où l'on place un anneau de silicone autour de la partie proximale de l'estomac, ce qui réduit le volume gastrique à une poche de ~ 50 mL (voir radio avec PdC si-dessous) et limite donc les possibilités d'ingestion. L'anneau est relié par une tubulure à un boîtier qui permet d'injecter du liquide dans l'anneau, afin de modifier son diamètre, et ainsi de moduler la perte de poids.



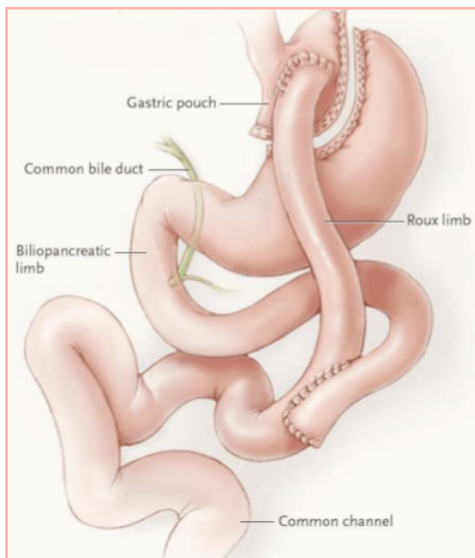
Perte de **15%** du poids initial en moyenne.

Complications : vomissements et intolérance alimentaire ; possibilité de déplacement de l'anneau → dilatation de la poche et parfois même de l'oesophage.



Gastric bypass : ou court-circuit gastrique / roux-en-Y

On crée une petite poche gastrique, associée à une dérivation entre l'estomac et le jéjunum par une anse intestinale montée en Y (ce qui provoque une malabsorption).



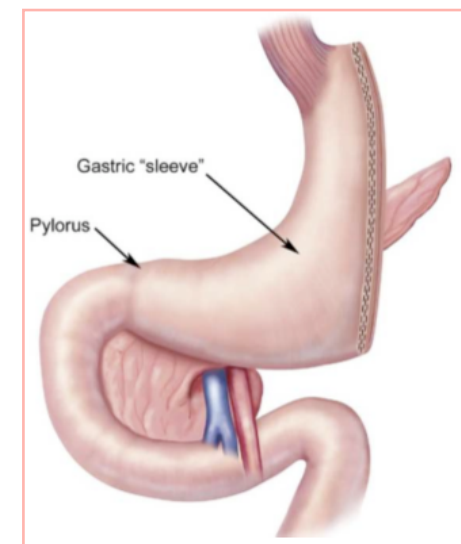
Perte de **25%** du poids initial en moyenne. Ex : si l'individu avait un IMC entre 35 et 40, il va passer sous 30.

Complications : «dumping syndrome»

= nausées, crampes, sueurs, diarrhées dans les minutes qui suivent l'irruption brutale et rapide d'aliments sucrés dans l'IG. La suppression des repas sucrés diminue fortement les symptômes.
Carences (martiale, vitaminiques) voire dénutrition → supplémentation systématique à vie (Fe, vitamines).

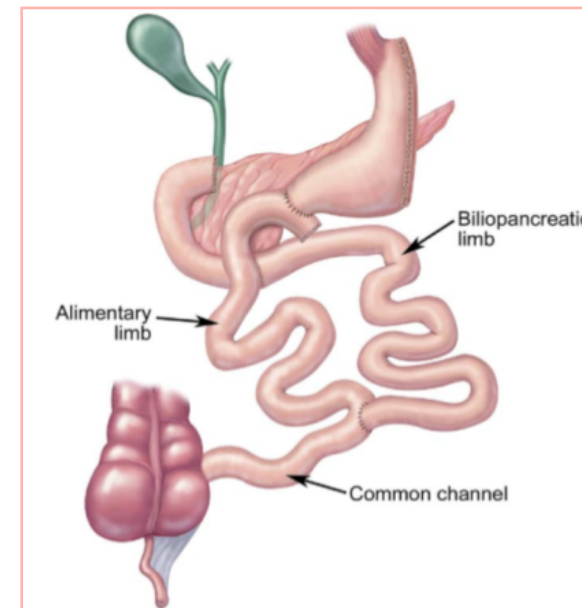
Sleeve gastrectomie :

Résection verticale de plus des 2/3 de l'estomac → restriction du volume gastrique, ET résection des C pariétales (≠ anneau gastrique) → ↘ [ghréline] → ↘ appétit.



Diversion biliopancréatique avec switch duodénal :

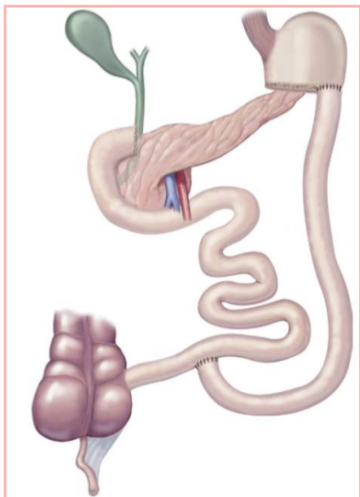
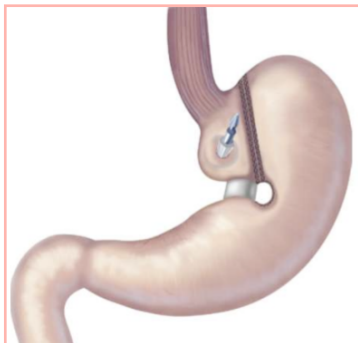
Résection des 2/3 de l'estomac + raccord du duodénum à une anse alimentaire, qui est anastomosée à l'anse bilio-pancréatique. La perte de poids est ici due à la **malabsorption** : les aliments venant de l'estomac ne rencontrent les sécrétions biliaires et pancréatiques que sur une petite portion de l'IG (l'anse commune), où se réalise l'essentiel de la digestion et de l'absorption.
Conséquences : selles abondantes, souvent diarrhéiques, grasses, malodorantes (du fait des aliments non absorbés).



Procédures dépassées :

Gastroplastie verticale calibrée :

Méthode avec une probabilité d'échec de maintien de la perte de poids de plus de 50% → abandon.



Scopinaro :

Même type de diversion bilio-pancréatique que pour le switch duodénal. Mais ici la résection de l'estomac emporte le sphincter du pylore :
 → risque d'apparition d'un **dumping syndrome** en plus des effets secondaires «classiques» de la diversion BP.

ÉTUDES STATISTIQUES COMPARATIVES DE LA PERTE DE POIDS SUITE AUX DIFFÉRENTES INTERVENTIONS

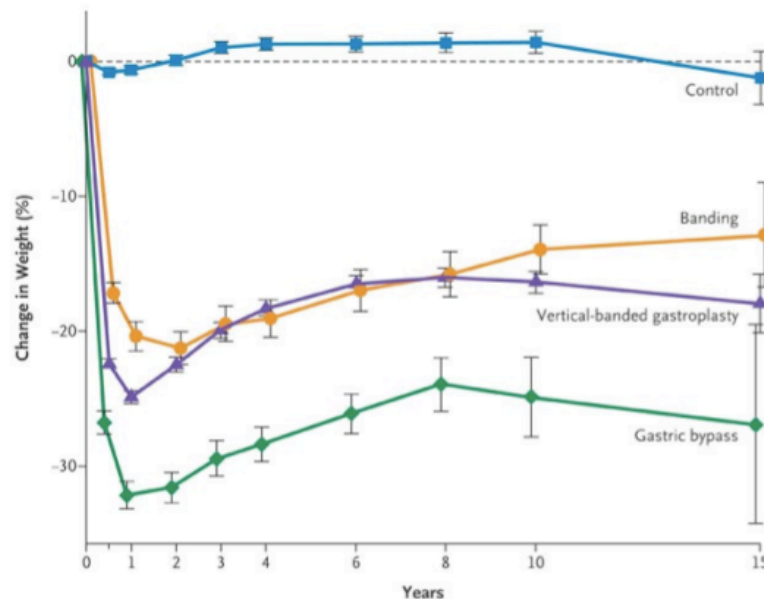
Comparaison de l'efficacité de l'anneau gastrique, du gastric bypass, et de la diversion bilio-pancréatique en terme de moyennes de perte de poids absolue, de perte d'IMC absolue, et d'excès d'IMC perdu en %, moins de 2 ans, et plus de 2 ans après l'opération.

	Anneau gastrique ajustable	Gastric bypass	Diversion biliopancréatique + switch duodénal
Avant 2 ans :			
• Perte de poids	• 27,41 (kg)	• 45,36 (kg)	• 38,27 (kg)
• Perte d'IMC absolue	• 9,63 (kg/m ²)	• 16,36 (kg/m ²)	• 20,04 (kg/m ²)
• % d'excès d'IMC perdu	• 43,85 %	• 58,03 %	• 56,04 %

	Anneau gastrique ajustable	Gastric bypass	Diversion biliopancréatique + switch duodénal
Après 2 ans :			
• Perte de poids	• 38,30 (kg)	• 41,41 (kg)	• 49,81 (kg)
• Perte d'IMC absolue	• 12,01 (kg/m ²)	• 16,17 (kg/m ²)	• 17,59 (kg/m ²)
• % d'excès d'IMC perdu	• 48,98 %	• 63,25 %	• 73,72 %

Graphique représentant le % de perte de poids au cours des années suite à l'opération.

On remarque qu'on atteint la perte de poids maximale au cours de la **première année** ; puis il y a une reprise de **1 à 8 ans** ~ ; et de **8 à 15 ans** le poids est stabilisé.



CARENCES

On retrouve souvent des **syndromes de malabsorption** dans les bypass gastriques et les dérivations bilio-pancréatiques avec switch duodénal. Ils causent des **carences** en vitamines (B1, B6, B12, D, E, K...), en métaux / ions (Ca, Fe, Zn...).