

EPU-95 Montmorency

Formation Médicale Continue du Val d'Oise - Agrément provisoire DPC

ASSOCIATION AMICALE D'ENSEIGNEMENT POST UNIVERSITAIRE DE LA RÉGION DE MONTMORENCY

Siège social : 1 rue Jean Moulin 95160 Montmorency Secrétariat : 16, rue de la Ferme 95 460 Ézanville www.EPU95-montmorency.org

LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

D'après un exposé des Dr SBAI IDRISSE MS, Dr TRELLES LIMON, Dr EL ARBI N, Dr MILLET FG
Equipe de chirurgie bariatrique, métabolique, endocrinienne et esthétique
Service de Chirurgie Digestive, Viscérale et Cancérologique - Hôpital Simone VEIL

1. L'OBESITE EN 2014

1.1. INTRODUCTION

L'obésité est une maladie (OMS 1995). L'obésité, caractérisée par une surcharge pondérale ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$), constitue la pathologie nutritionnelle la plus répandue dans le monde. Il s'agit donc d'un facteur de risque majeur de morbidité cardiovasculaire. L'obésité est aussi associée au développement de pathologies respiratoires (syndrome d'apnées obstructives du sommeil), du diabète de type 2, de cancers...

La bariatrie : une branche de la médecine qui s'intéresse aux personnes obèses (*Baros* «poids» et *latros* «médecine»).

Le recours à la chirurgie bariatrique sous laparotomie ou laparoscopie est en forte augmentation. Le nombre de procédures (ARIH/PMSI) réalisées en France sont de 25000 en 2008 et de 35 000 en 2011.

1.2. Qui est obèse ?

Le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) est un reflet de l'importance de la masse grasse.

L'IMC normal est compris entre 18,5 et 25 kg/m^2 .

Le surpoids est défini par un $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$ et l'obésité par un $IMC > 30$.

Différents stades de gravité de l'obésité peuvent être distingués :

- Type 1 (modérée) avec un IMC compris entre 30 et 34,9 ;
- Type 2 (sévère) avec un IMC compris entre 35 et 39,9 ;
- Type 3 (massive, morbide) avec un $IMC \geq 40$.

1.3. L'obésité en France

1.3.1. GLOBALEMENT (OBEPI 2012)

Le poids moyen de la population française a augmenté, en moyenne, de 3,6 kg en 15 ans alors que la taille moyenne a augmenté de 0,7 cm.

Le tour de taille de la population augmente, passant de 85,2 cm en 1997 à 90,5 cm en 2012, soit +5,3 cm au total en 15 ans.

L'IMC moyen passe de 24,3 kg/m^2 en 1997 à 25,4 kg/m^2 en 2012 : augmentation moyenne de l'IMC de 1,1 kg/m^2 en 15 ans.

En 2012, 32,3% des Français adultes de 18 ans et plus sont en surpoids ($25 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$) et 15% présentent une obésité ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$).

La prévalence de l'obésité était de 14,5% en 2009, elle est de 15 % en 2012.

Le nombre de personnes obèses en 2012 est estimé à environ 6 922 000, ce qui correspond à 3 356 000 personnes supplémentaires par rapport au chiffre de 1997.

En 2012, comme depuis 2003, la prévalence de l'obésité est plus élevée chez les femmes (15,7% versus hommes : 14,3% ; $p < 0.01$). L'augmentation depuis 15 ans est plus nette chez les femmes notamment chez les 18-25 ans.

1.3.2. OU EN FRANCE (OBEPI 2012) ?

En 2012, le Nord-Pas de Calais est la région la plus touchée avec 21,3% (soit une prévalence près de 40 % plus élevée que la moyenne) suivi de la Champagne-Ardenne 20,9%, de la Picardie 20 % et de la Haute Normandie, 9,6%. Juste derrière, deux autres régions ont également de forts taux de prévalence, l'Alsace (18,6%) et le Limousin (17,8%). Les régions les moins touchées par l'obésité sont les régions Midi-Pyrénées (11,6%), PACA (11,7%) et Pays de la Loire (11,8%).

1.4. L'obésité diminue l'espérance de vie

En Europe, 320 000 décès seraient liés à l'obésité chaque année et représenteraient la deuxième cause de mort évitable après le tabagisme.

Elle diminue de 7 ans l'espérance de vie en moyenne (hommes et femmes). Ainsi, l'espérance de vie d'un homme atteint d'obésité morbide à 20 ans est diminuée de 13 années par rapport à un homme de poids normal.

2. LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

2.1. Le contexte

C'est, à ce jour, le seul moyen thérapeutique « efficace » à long terme sur:

- L'excès de poids
- Les comorbidités
- L'espérance de vie
- La qualité de vie

Il faut se rappeler que la plupart des patients traités au moyen d'un régime alimentaire reprennent encore plus de poids que ce qu'ils ont perdu et ce, dans les cinq ans suivant le traitement.

Des 1991, *le NIH Consensus Conference* concluait que le traitement médical était inefficace à long terme pour des IMC > 40 kg/m² et que seule, la chirurgie permettait une perte de poids stable dans le temps > 50% excès de poids.

2.2. Prise en Charge de L'Obésité

La prise en charge se fait en milieu spécialisé sur une période d'au moins 6 mois. Ceci implique que le patient doit s'engager à un suivi médical prolongé par une équipe pluridisciplinaire, se focalisant sur :

- La diététique
- La reprise d'une activité physique
- La prise en charge des difficultés psychologiques
- Le traitement des complications

2.3. Les indications de la chirurgie bariatrique (recommandation de l'HAS 2009)

2.3.1. QUI ?

Les individus ayant eu recours à une intervention chirurgicale pour un problème de poids sont essentiellement des femmes (78,7% vs 54,7% de femmes chez les individus obèses non opérées).

2.3.2. LES INDICATIONS ET LES CONTRE-INDICATIONS

Indications	Contre-indications
<p>IMC supérieur à 40 kg/m²</p> <p>IMC > 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (notamment hypertension artérielle, syndrome d'apnées du sommeil et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéoarticulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique)</p> <p>En seconde intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6–12 mois</p> <ul style="list-style-type: none">- En l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids- Patients bien informés au préalable, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires, ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme- Risque opératoire acceptable	<ul style="list-style-type: none">- Troubles cognitifs ou mentaux sévères- Troubles du comportement alimentaire sévères et non stabilisés- Incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé- Dépendance à l'alcool et autres toxicomanies- Absence de prise en charge médicale préalable identifiée- Maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme- Contre-indications à l'anesthésie générale

Certaines de ces contre-indications peuvent être temporaires. L'indication de la chirurgie doit pouvoir être réévaluée après la prise en charge et la correction de ces contre-indications (accord professionnel).

2.4. Évaluation préopératoire

2.4.1. GLOBALEMENT

Elle est essentielle et comprend :

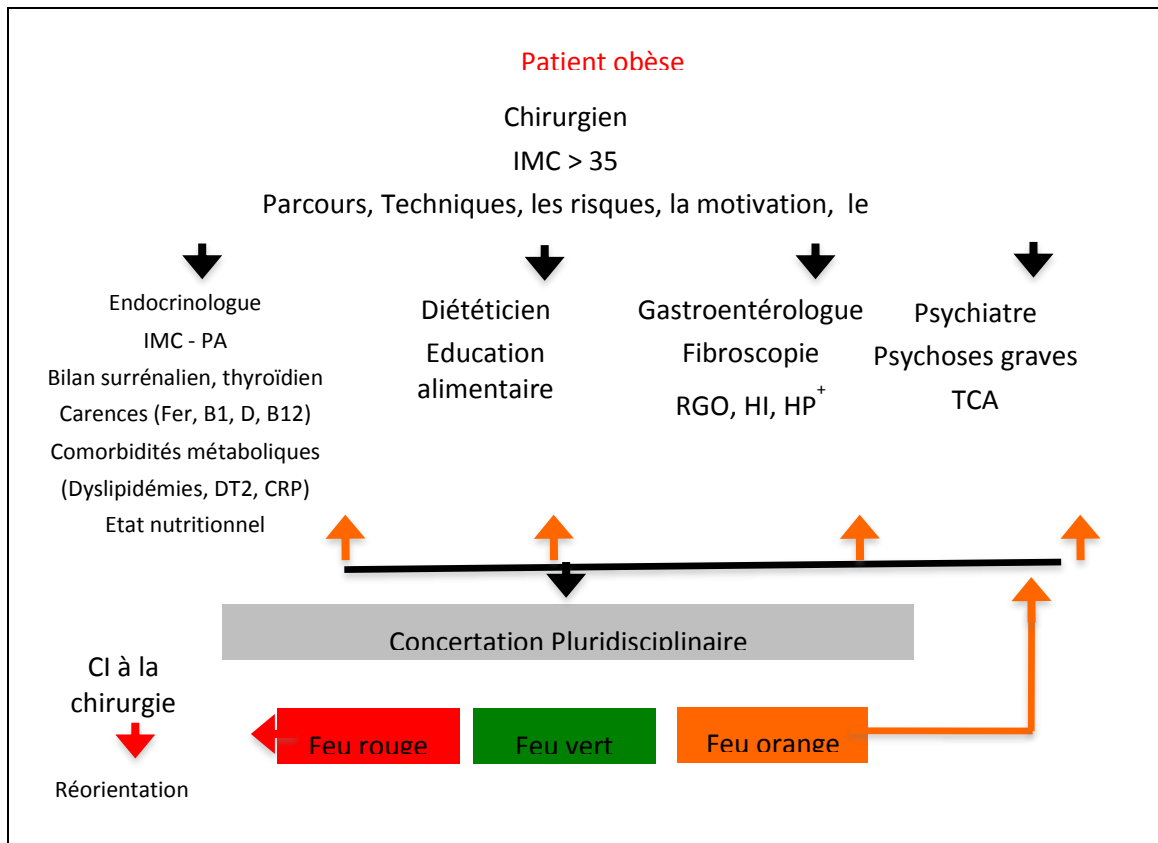
- Une recherche systématique et une prise en charge des comorbidités telles que le syndrome d'apnées du sommeil et autres maladies respiratoires, un tabagisme, une hypertension artérielle, un diabète de type 2, une atteinte hépatique ;
- Une évaluation du comportement alimentaire et la prise en charge d'un éventuel trouble du comportement alimentaire (TCA), un programme d'éducation thérapeutique aux plans diététique et de l'activité physique ;
- Une évaluation psychologique ou psychiatrique pour identifier les contre-indications psychiatriques, évaluer la présence et la qualité du soutien socio-familial indispensable à la période périopératoire et aux périodes de changement majeur après l'intervention ;
- La recherche de carences vitaminiques préexistantes à la chirurgie et leur correction (albumine, hémoglobine, calcium, vitamines D, B1, B9, B12 et statut martial). Les déficits vitaminiques sont fréquents chez les personnes obèses indépendamment de toute chirurgie, vraisemblablement expliqués par la répétition des régimes restrictifs, le niveau

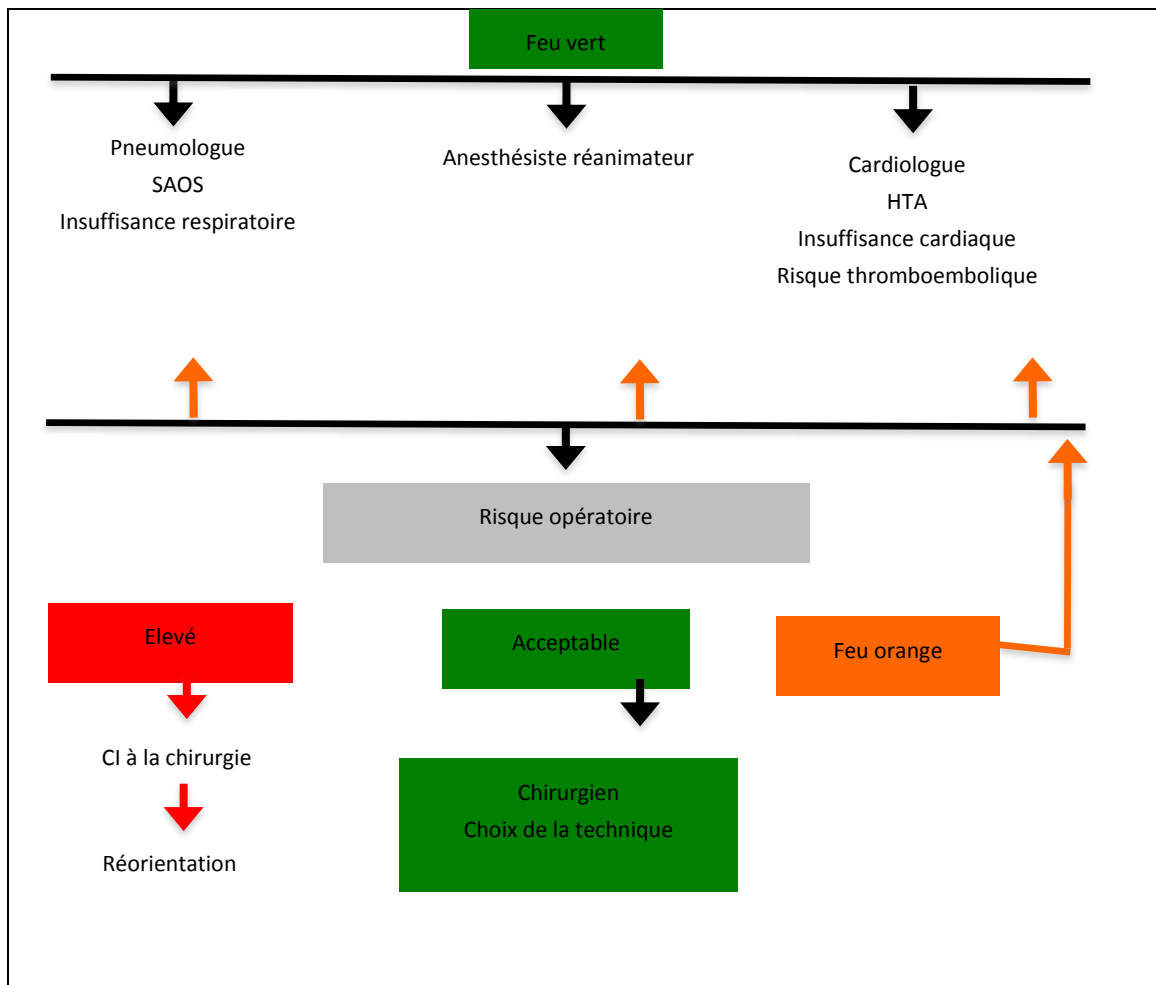
socioéconomique. Afin d'optimiser la diversité alimentaire et prévenir ces carences, une évaluation des capacités de mastication et de l'état dentaire est recommandée ;

- Une endoscopie œsogastroduodénale afin de chercher une autre maladie digestive contre-indiquant certaines procédures (hernie hiatale, ulcère, gastrite atrophique, etc.). La réalisation de biopsies gastriques et la recherche systématique d'*Helicobacter pylori* avant BPG est justifiée par la fréquence de cette infection chez l'adulte (24 à 41 %), le risque de transformation néoplasique sur le long terme et de l'impossibilité d'accéder à l'estomac exclu dans ce cas ;
- Une échographie hépatobiliaire à la recherche d'une éventuelle lithiase vésiculaire, faisant discuter une cholécystectomie associée en cas de BPG.

La décision d'intervention est prise à l'issue d'une discussion et d'une concertation de l'équipe pluridisciplinaire. Celle-ci doit comporter au minimum un chirurgien, un médecin spécialiste de l'obésité (nutritionniste, endocrinologue ou interniste), une diététicienne, un psychiatre ou un psychologue, et un anesthésiste-réanimateur.

2.4.2. LE BILAN PREOPERATOIRE





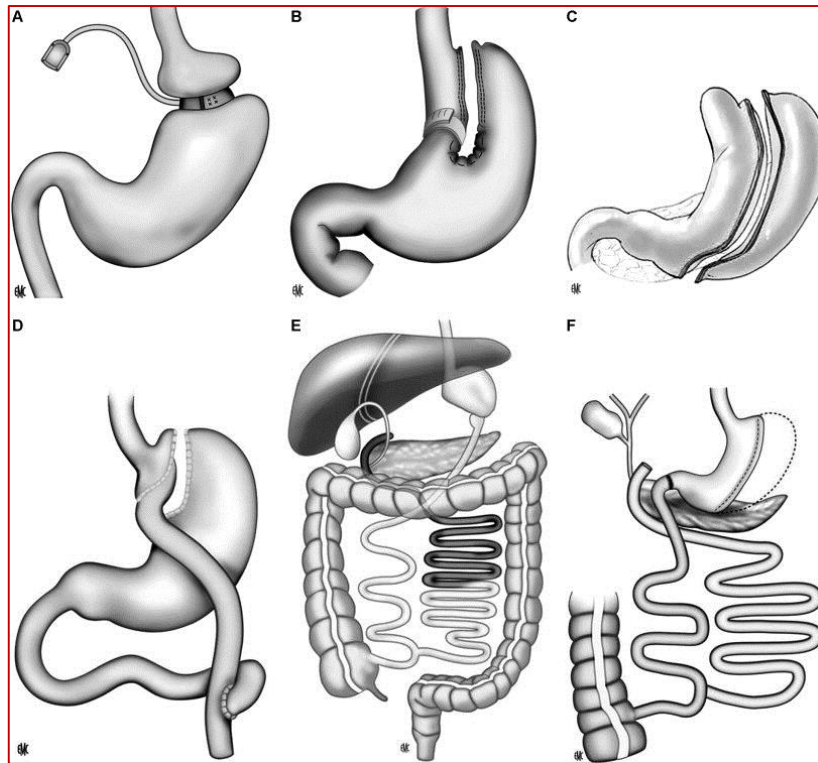
3. LES PROCEDURES LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

3.1. Historique de la Chirurgie Bariatrique

- 1950-70 : Court circuit jéjuno-iléal (Payne)
- 1965: Gastric bypass (Mason et Ito)
- 1977: Roux en Y Gastric Bypass (Griffen)
- 1979: Horizontal gastroplasty (Gomez)
- 1979: Dérivation Bilio-pancréatique (Scopinaro)
- 1982: Vertical Banded Gastroplasty (Mason)
- 1984: Kuzmak: Gastric Banding
- 1990: Sleeve Gastrectomy+BPD (Marceau)
- 1993: Laparoscopic VBG (Mac Lean)
- 1993 Laparoscopic RYGBP (Wittgrove)
- 1993: Laparoscopic Sleeve gastrectomy+ BPD (Gagner)
- 1993: Belachew: Lap -band (McGan)
- 1994: Forsell: LAGB (Swedish band)
- 2002: Laparoscopic Sleeve gastrectomy (Gagner)

3.2. Les techniques chirurgicales

Elles sont classées en fonction des mécanismes qui conduisent à la perte de poids : restriction, malabsorption ou mixte par combinaison des deux précédents. Les différents montages sont présentés ci-dessous.



A : anneau gastrique ajustable ; B : gastroplastie verticale calibrée ; C : gastrectomie longitudinale ; D : bypass gastrique (BPG) ; E : intervention de Scopinaro (DBP) ; F : duodenal switch.

3.3. Le choix de la procédure

3.3.1. LES FACTEURS A PRENDRE EN COMPTE

Ce sont

- Le risque opératoire
- La perte de poids estimée
- Les comorbidités métaboliques (DT2, syndrome métabolique)
- L'IMC (>50 superobésité)
- Le comportement alimentaire
- Le risque de RGO
- Le choix du patient

3.3.2. LA MORTALITE POSTOPERATOIRE

Elle est faible selon la méta-analyse chirurgie bariatrique (dès 1990) (80000 pts) :

- En postopératoire 0.28 % ; à 2 ans 0.35 %
- Anneau 0.01 % ; Sleeve 0.19 % ; GBP 0.3-0.4% ; DBP 1,3%

Les facteurs de risque sont

- Le sexe : homme risque > 3.7 %

- L'âge (> 60 ans) : mortalité 4.8 % à 30 jrs
- L'IMC (> 50)
- L'expérience du chirurgien (< 50 cas / an)

Les principales causes sont, l'EP, l'infarctus du myocarde, l'insuffisance respiratoire et plus rarement une péritonite postopératoire.

3.4. L'anneau de gastroplastie (AGA)

La PEP (Perte Excès Poids) moyenne à long terme varie entre 45 à 60%

L'amélioration de la qualité de vie est significative mais une mauvaise tolérance alimentation est fréquente (vomissements+++)

Mortalité : 0,01 à 0,4% (embolie pulmonaire, péritonite, nécrose gastrique)

Morbidités :

- Glissement prothèse (4 à 10,7%)
- Erosion gastrique (0,8 à 2,9%),
- Complications œsophagiennes (RGO, achalasie)
- Rupture cathéter, fuite anneau, luxation du boîtier

C'est une technique réversible mais reprise pondérale si ablation anneau → (5000 anneaux ont été retirés en 2008, données PMSI). Le taux de ré-opération est élevé à long terme (20 à 30%). Ceci explique la chute du nombre de procédures pratiquées.

3.5. Gastrectomie en manchon (GL 2002)

La PEP à long terme est de 45 à 55% (Himpens et al 2009, Langer et al 2010) et elle permet :

Une résolution diabète : 65 à 80%

Une amélioration de la qualité de vie significative (D.Nocca et al. Obes Surg 2011)

La mortalité est de 0,1 à 0,3% par embolie pulmonaire ou péritonite.

Les morbidités sont liées à :

- Fistules gastriques 1 à 9%, (gastro-bronchiques exceptionnelles)
- Complications hémorragiques (1 à 2%)
- Un RGO (0 à 30%)
- Des carences nutritionnelles rares

Le taux de ré-opération est faible (2 à 7%)

3.6. Le bypass gastrique (BPG 1993)

La PEP à long terme varie de 50 à 70% et elle est associée à :

- Une résolution diabète : 65 à 80%
- Une résolution HTA : 67%
- Une amélioration qualité de vie +++

La mortalité est de 0,16 à 0,5% liée à l'embolie pulmonaire, une péritonite ou une rhabdomyolyse

Les principales morbidités sont :

- Les fistules gastriques ou anastomotiques (1 à 5%),
- Les sténoses anastomotiques (3 à 5%)
- Les ulcères anastomotiques (1 à 3%)
- Les occlusions intestinales (2 à 4%),
- Les carences nutritionnelles fréquentes

Taux de ré-opération varie de 10 à 17%.

3.7. Le duodéal Switch (DBP 1994)

La PEP à long terme varie de 63 à 80% et est associée à une résolution du diabète dans 80 à 100% des cas.

La mortalité est, selon les études, de 0,76 à 1,1%

Les principales morbidités sont :

Les fistules gastriques (0,1 à 2,7%),

Les ulcères anastomotiques (10,8%),

Les occlusions digestives,

Les carences nutritionnelles+++ (carences protéiques, anémie, ostéoporose)

Le taux de ré-opération est faible : 2,7 à 6,3%

3.8. Les complications

3.8.1. LES COMPLICATIONS PEROPERATOIRES

Les complications anesthésiques représentent un risque majeur ce qui implique une équipe et plateau technique spécifique. Ce peuvent être, des difficultés d'intubation et de perfusion, des points de compression, des complications respiratoires et des complications thromboemboliques qui sont la première cause de mortalité péri-opératoire impliquant une prévention systématique.

Les complications peropératoires sont liées :

Aux complications hémorragiques (hépatomégalie, rate, trocart, lignes d'agrafes)

Aux perforations gastriques ou digestives

Une impossibilité technique (hépatomégalie, positionnement sonde gastrique, agrafage de la sonde gastrique ou thermique)

3.8.2. COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

PRECOCES

Il faut toujours penser à rechercher une fistule digestive devant une tachycardie, tachypnée, douleurs abdominales, fièvre, syndrome biologique inflammatoire (CRP +++). Dans ce cas, il ne faut pas hésiter à faire une TDM TAP avec opacification haute au moindre doute.

Une fistule peut apparaître sur

- L'estomac (partie haute du manchon gastrique (90%) pour sleeve, poche gastrique (GVC et GBP), anastomose gastro-jéjunale (GBP), estomac exclu dans GBP)
- L'intestin (anastomose Jéjuno-jéjunale ; anastomose duodéno-iléale (LDS) ; plaie traumatique du grêle
- L'œsophage (mauvaise dissection (anneau), perforation causée par sonde gastrique

Les facteurs de risques sont, l'estomac cicatriciel, le superobèse, le diabète type 2, des antécédents cardiaques et respiratoires et l'âge.

Les complications post-opératoires précoces d'autres autres étiologies

- Complications chirurgicales
 - Complications hémorragiques : hépatomégalie, rate, trocart, lignes d'agrafes
 - Occlusion digestive : sténose anastomotique (jéjuno-jéjunale), sténose gastrique, brides, hernies internes.
- Complications médicales
 - Complications respiratoires: EP, pneumopathie, atélectasie
 - Complications cardiaques : IM
 - Complications digestives : thrombose veine porte, VMS, VMI

LES COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES TARDIVES

LA STENOSE GASTRIQUE PAR GLISSEMENT DE LA BANDE

- Fréquence : 4 à 10%
- Signes cliniques : asymptomatique, vomissements, dysphagie, aphagie, douleurs épigastriques.
- Si glissement important: volvulus gastrique, nécrose pariétale, péritonite.
- Diagnostic : TOGD: changement orientation anneau, dilatation poche gastrique
- CAT: Ablation anneau par cœlioscopie

MIGRATION INTRAGASTRIQUE

- Signes cliniques: reprise pondérale, douleurs épigastriques, hématurie, abcédation boitier, découverte fortuite.
- Diagnostic: TOGD, Gastrosopie.
- Traitement: endoscopique, laparoscopique (gastrotomie ou voie externe), laparotomie.

BLOPAGE ALIMENTAIRE

- Signes clinique : aphagie, vomissements, douleurs angoissante
- -CAT : desserrage anneau en urgence
- -Prévention : Bonne mastication, vérification état dentaire préopératoire

MEGA-OESOPHAGE

- Clinique: dysphagie
- TOGD: dilatation œsophagienne
- CAT: desserrage anneau ; si inefficace: ablation anneau

LES COMPLICATIONS BILIAIRES

- Colique hépatique, cholécystite, angiocholite, pancréatite.
- Risque majeur de formation de lithiases biliaires pdt phase de perte de poids rapide.
- 32% à 6 mois si pas de prévention

OCCLUSIONS DIGESTIVES

- CAT: bilan ionique ; TDM abdomino-pelvien
- Traitement: si anneau, desserrage en urgence ; si occlusion intestinale: à jeun +/-chirurgie

HERNIES INTERNES

- Fréquence: 2,5%
- Traitement chirurgical: laparoscopie si pas de contre-indication
- Dérouler les anses intestinales de la valvule IC vers l'angle de Treitz
- Prévention: fermeture systématique des brèches mésentériques

FISTULE GASTRO-BRONCHIQUE APRES GASTRECTOMIE LONGITUDINALE

Une complication rare mais grave. Le diagnostic est tardif, 4 et 6 mois post-opératoire qui peut être une fistule précoce non diagnostiquée. Elle peut se manifester par une pneumopathie, une hémoptysie.

Le bilan comprend un TPO, une TDM, une fibroscopie gastrique et bronchique

CAT: antibiothérapie, traitement endoscopique ou chirurgie gastrique et pulmonaire

LE DUMPING SYNDROME

Manifestations précoces (<1h)	Manifestations tardives (1-3h)
Arrivée trop rapide du bol alimentaire hyperosmolaire dans intestin	Hypoglycémie fonctionnelle liée à une réponse hyperinsulinémique après augmentation rapide de la glycémie après le repas
Symptômes: <ul style="list-style-type: none">- Céphalées, palpitations,- Asthénie- Flush, pâleur, syncope- Nausées, crampes abdominales, diarrhées	Symptômes: <ul style="list-style-type: none">- Faim, Troubles de conscience,- Difficulté de concentration,- Transpiration

Le traitement comporte des mesures hygiéno-diététiques et en cas d'échec, la Sandostatine LP™.

3.8.3. LES COMPLICATIONS TARDIVES

Elles sont dominées par les carences nutritionnelles :

- Protéines
- Fer, Calcium, Vit D, Folates, Vit B12
- Vit B1 (troubles neurologiques)
- Zinc, sélénium

En pratique...

- Bilan préopératoire (femmes non ménopausées)
- Bilan post-opératoire régulier
- Supplémentation systématique (Vectipass, Surgiline)

3.9. Le suivi post-opératoire

Le suivi médicochirurgical doit mettre l'accent sur :

- Une prévention thromboembolique est recommandée dans les jours suivant l'intervention ;
- En cas de comorbidités cardiorespiratoires, ou de complications opératoires, le suivi postopératoire immédiat doit pouvoir être réalisé en unité de surveillance continue ;
- La gravité potentielle des complications après chirurgie bariatrique justifie un suivi chirurgical rapproché. Quelle que soit la technique, les principales complications à chercher sont les fistules anastomotiques à l'origine de péritonite, les hémorragies, les occlusions intestinales, dont le pronostic est conditionné par la rapidité de la prise en charge chirurgicale. C'est pourquoi, devant la suspicion clinique d'une complication (notamment tachycardie, dyspnée, douleurs abdominales, confusion ou hyperthermie), même en l'absence de signes péritonéaux, une exploration laparoscopique de principe est fortement recommandée. Les examens radiologiques ne doivent pas retarder la ré-intervention.
- La prévention et la recherche de carence vitaminique ou nutritionnelle
- La recherche de complications ou de dysfonctionnement du montage chirurgical
- Le suivi éducatif établi en préopératoire au plan diététique et de l'activité physique est poursuivi
- Le suivi au plan psychologique et psychiatrique est recommandé pour les patients qui présentaient des TCA ou des pathologies psychiatriques en préopératoire ; il est proposé au cas par cas pour les autres patients
- Le recours à la chirurgie réparatrice est possible après stabilisation de la perte de poids, 12 à 18 mois après chirurgie bariatrique, en l'absence de dénutrition

3.10. Le suivi à long terme

3.10.1. GLOBALEMENT

Le rythme de suivi recommandé est au moins quatre consultations systématiques la première année et une ou deux par an ensuite.

Un bilan biologique est recommandé au minimum à trois et six mois après l'intervention, puis annuellement. Il comporte une mesure du taux d'hémoglobine et de la ferritinémie (pour toutes les chirurgies) ; d'albumine et de préalbumine, de la calcémie, de la vitamine D, de la PTH (en cas de carence en vitamine D), des vitamines B1, B9, B12 en fonction du type de chirurgie, des carences préexistantes et des situations cliniques ; plus rarement de la vitamine A, zinc ou sélénium (essentiellement pour les DBP).

La prescription de compléments nutritionnels doit être systématique après chirurgie malabsorptive (multivitamines, calcium, vitamine D, fer et vitamine B12). Elle dépend de la clinique et des dosages biologiques pour les chirurgies restrictives (le plus souvent fer seul). Les patients doivent connaître les risques encourus en l'absence de prise des suppléments et les symptômes faisant suspecter une carence grave (paresthésies, perte de poids très rapide, fatigue intense, troubles sensoriels comme une baisse d'acuité visuelle).

Habitudes alimentaires: les règles d'or

- Vous mangerez uniquement des petites quantités (assiette à dessert)
 - Bien mastiquer et manger lentement dans ambiance calme.
 - Eviter de boire en mangeant
 - Ne pas s'allonger après le repas
 - Manger de 3 à 6 repas par jour
 - Eviter les boissons gazeuses ou très sucrées
-

3.10.2. SON INTERET

Le suivi permet de dépister des complications ou dysfonctionnements du montage chirurgical. Le patient doit connaître les signes d'alerte (douleurs, vomissements, dysphagie sans erreur diététique) qui doivent faire consulter le chirurgien en urgence.

Les traitements des comorbidités (antihypertenseurs, antidiabétiques, CPAP) doivent être adaptés, et l'efficacité d'autres traitements surveillés après chirurgie malabsorptive (AVK, hormones thyroïdiennes, antiépileptiques).

Parce que la perte de poids est associée à l'adhésion aux conseils diététiques et la pratique d'une activité physique après l'intervention, la poursuite de la prise en charge éducative dans ces domaines, initiée en préopératoire, est capitale.

Le recours à la chirurgie réparatrice (pour réparer certains excès cutanés qui peuvent survenir après amaigrissement au niveau des bras, cuisses, et seins) est possible, mais après stabilisation du poids et en l'absence de dénutrition soit après un délai de 12 à 18 mois.

4. CONCLUSIONS

L'obésité est un enjeu majeur de santé publique et socio-économique.

La chirurgie bariatrique peut permettre d'obtenir des pertes pondérales importantes stables dans le temps chez des patients obèses morbides.

La chirurgie de l'obésité n'est pas un traitement « MIRACLE », mais à l'heure actuelle la seule solution thérapeutique pour traiter ou prévenir les comorbidités liées à l'obésité morbide, améliorer la qualité et la durée de vie des patients.

Les complications de la chirurgie de l'obésité sont potentiellement graves.

Ce type de chirurgie doit être pratiqué par des chirurgiens digestifs experts en chirurgie laparoscopique, au sein d'équipes pluridisciplinaires de qualité, dans des centres spécialisés.

La première cause de mortalité péri-opératoire est l'embolie pulmonaire qui doit être prévenue par une anticoagulation préventive.

ANNEXE - LES TECHNIQUES CHIRURGICALES

	AGA	GL	BPG	DBP
Intervention	1 heure	1 à 2 heures	1 h 30 à 3 heures	4 à 5 heures
Hospitalisation	2 à 3 jours	3 à 8 jours	4 à 8 jours	8 à 10 jours
Perte de poids attendue	40 à 60 % PEP 20 à 30 kg Recul de 10 ans	45 à 50 % PEP 25 à 35 kg Recul de 5 ans	70 à 75 % PEP 35 à 40 kg Recul de 20 ans	75 à 80 % PEP 60 à 65 kg Recul de 25 ans
Mortalité périopératoire	0,01 %	0,2 %	0,5 %	1 %
Complications mécaniques	Liées au boîtier (1,5–14 %) Infections Déplacement Rupture de la tubulure Liées à l'anneau : Glissement avec dilatation de la poche gastrique (4–10 %) Érosion gastrique, migration intragastrique (0,8 à 2,9 %)	Ulcère (1 %) Fistule (1,9 %) sténose gastrique (5 %) Hémorragie postopératoire précoce (2,1 %) Occlusion précoce (1 %)	Ulcère (1–16 %) Fistule (2,2 %) Sténose anastomose gastro-jéjunale (4,6 %) Hémorragie (2 %) Occlusion intestinale (1–9,7 %)	Ulcère Fistule (1,8 %) Sténose anastomose gastro-jéjunale Hémorragie (0,2 %) Occlusion intestinale
Complications fonctionnelles	RGO (3,3–21,7 %) Œsophagite (3,7–6 %) Troubles moteurs Vomissements	RGO	Hypoglycémie post-prandiale Dumping syndrome Diarrhée	Risque important de malabsorption Diarrhée Selles malodorantes
Complications nutritionnelles	+	+	++	+++