



CHIRURGIE BARIATRIQUE LA VISION CHIRURGICALE « La face cachée de la prise en charge »

Dr. L. PAOLINO
Pole de Coelochirurgie
Hôpital Joseph Ducuing



DÉFINITION SELON L'OMS

Indice de masse corporelle (IMC) :

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (en kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (en m)}}$$

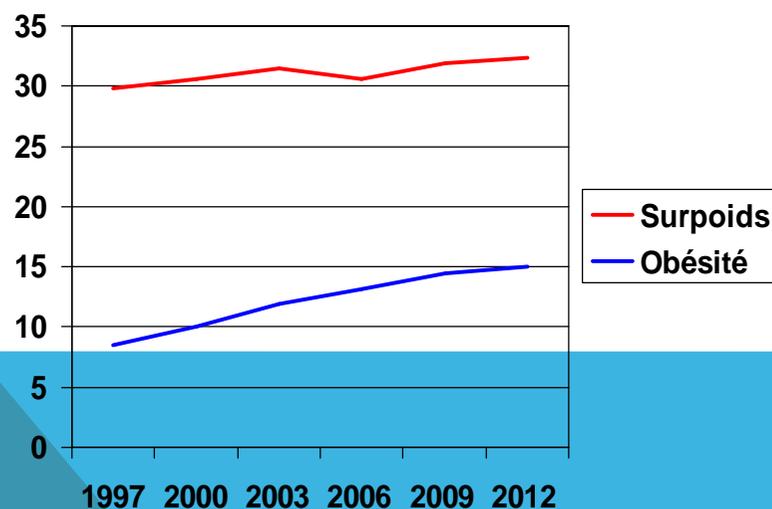
Classification	
Maigreur	< 18,5
Normal	18,5 - 24,9
Surpoids	25,0 - 29,9
Obésité modérée	30,0 - 34,9
Obésité sévère	35,0 - 39,9
Obésité massive	≥ 40,0

WHO Report of a WHO Consultation on obesity:
preventing and managing the global epidemic.
WHO, Geneva, 3-5 June 1998

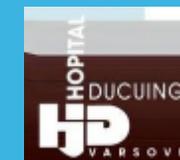


ÉPIDÉMIOLOGIE EN FRANCE

	1997	2000	2003	2006	2009	2012
Surpoids % $25 \leq \text{IMC} \leq 29.9 \text{ Kg/m}^2$	29.8	30.6	31.5	30.6	31.9	32.3
Obésité > 30 Kg/m ²	8.5	10.1	11.9	13.1	14.5	15



Enquête Obépi-Roche
1997-2012



ÉPIDÉMIOLOGIE EN FRANCE

	1997	2000	2003	2006	2009	2012
Surpoids $25 \leq \text{IMC} \leq 29.9 \text{ Kg/m}^2$	29.8	30.6	31.5	30.6	31.9	32.3
Obésité > 30 Kg/m ²	8.5	10.1	11.0	12.1	14.5	15
Obésité modérée $30 \leq \text{IMC} \leq 34.9 \text{ Kg/m}^2$						10.7
Obésité sévère $35 \leq \text{IMC} \leq 39.9 \text{ Kg/m}^2$	1.2	1.6	2.0	2.4	2.8	3.1
Obésité massive > 40 Kg/m ²	0.3	0.4	0.7	0.8	1.1	1.2

6.922.000 obèses en 2012

Enquête Obépi-Roche 1997-2012



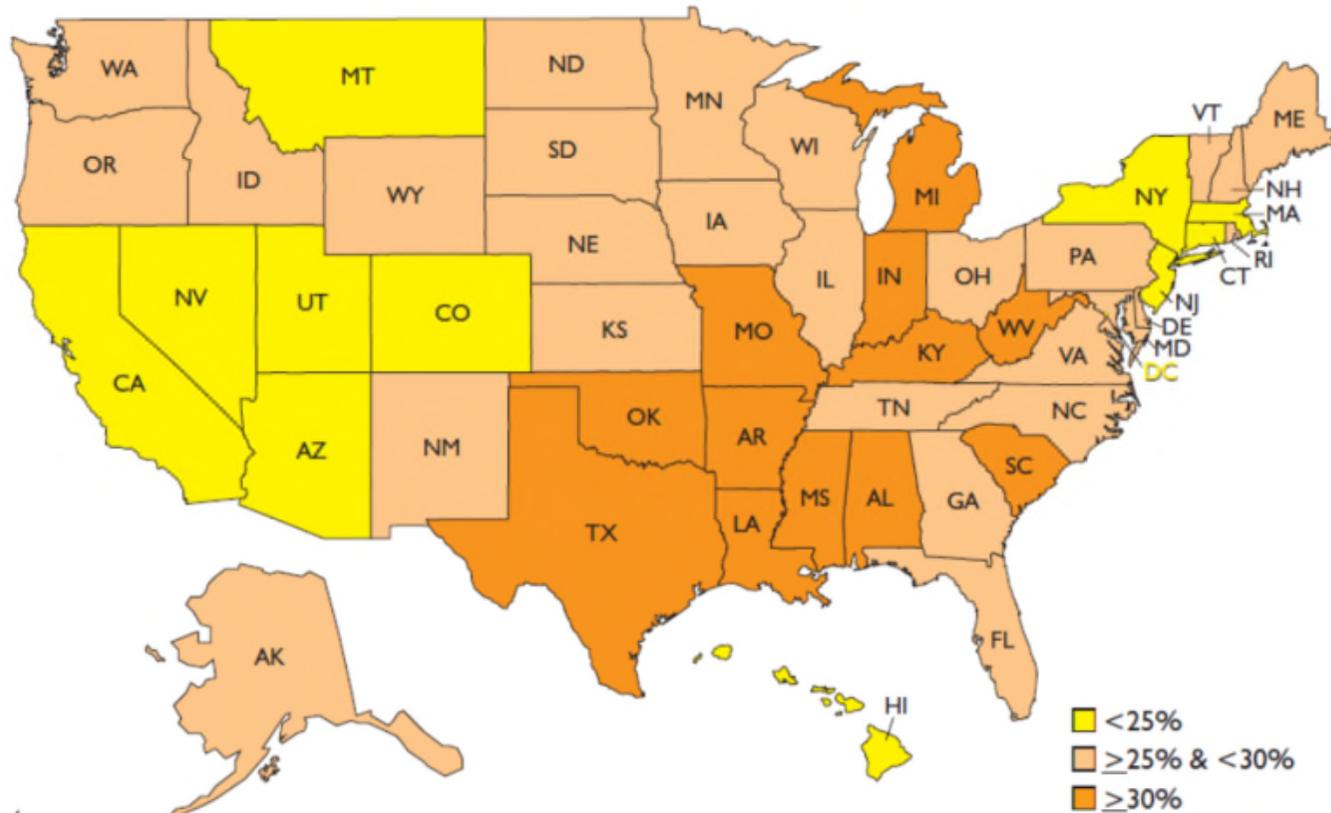
ÉPIDÉMIOLOGIE DANS LE MONDE

Les chiffres français sont toutefois inférieurs de moitié à ceux observés au **Royaume-Uni** et aux **États-unis** : *22 à 23 % des adultes de + de 16 ans* y étaient obèses en 2003.

Europe : prévalence de l'obésité a doublé entre 1990 et 2000 : *10 à 20 % pour les hommes*
10 à 25 % pour les femmes



Prévalence obésité USA 2012

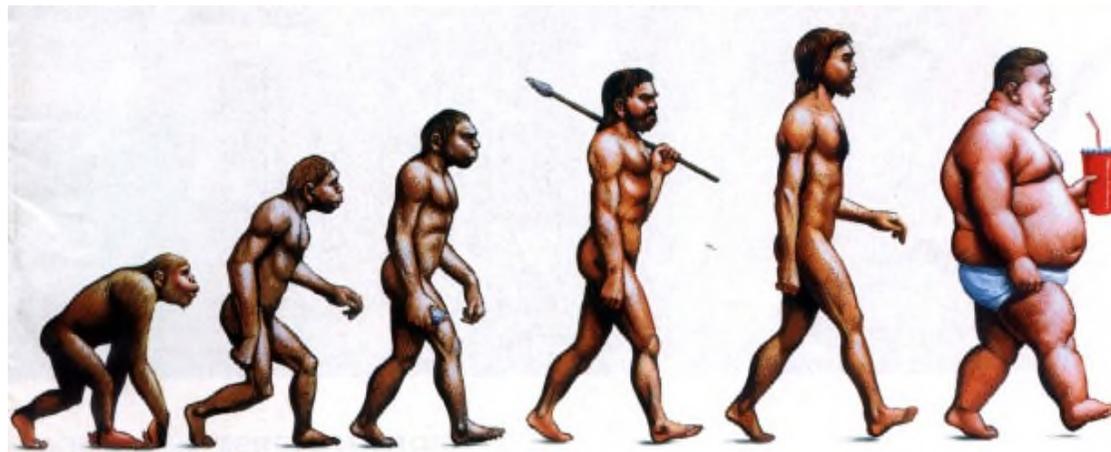


CDC, 2012



ÉPIDÉMIOLOGIE DANS LE MONDE

Véritable **épidémie** qui frappe aussi bien les pays industrialisés que les pays en voie de développement.

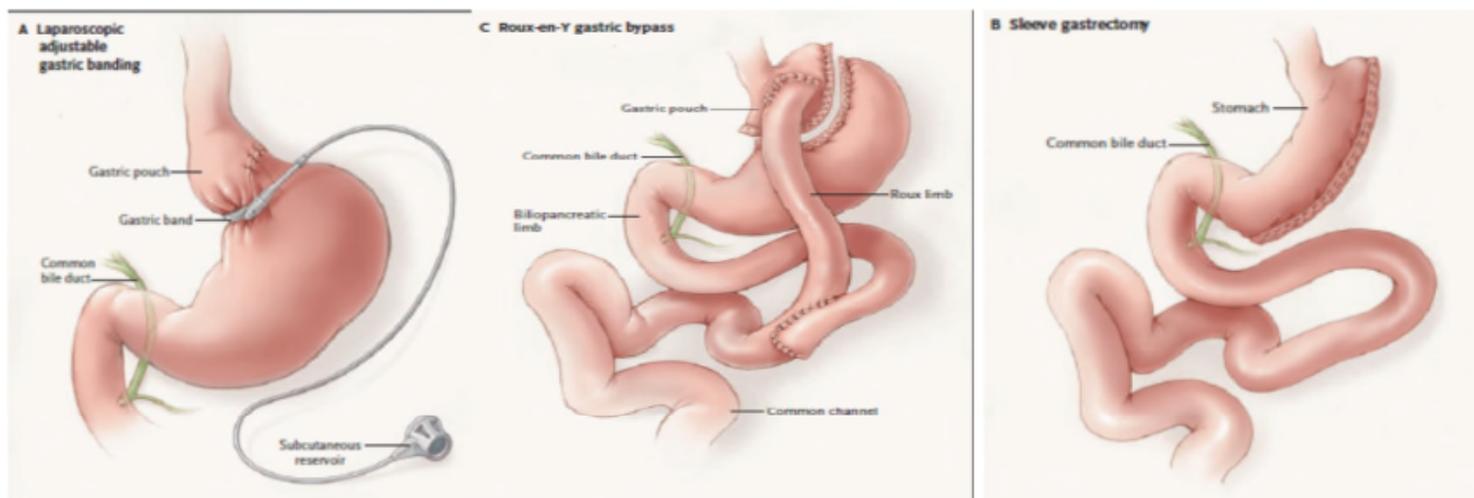


Une progression inquiétante car elle porte sur des **individus de plus en plus jeunes**.



30 684 actes réalisés en 2011

(en secteur privé pour 66 %)



Anneau ajustable
25 % (n = 7 656)

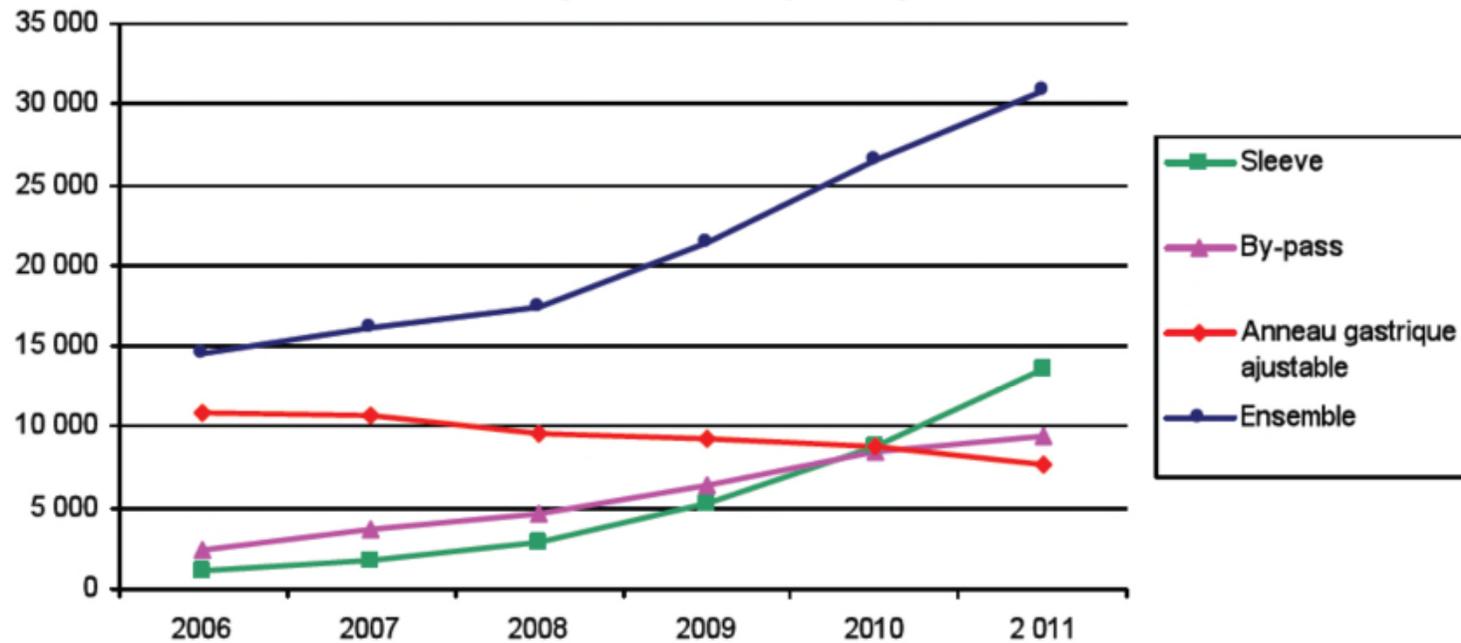
By-pass gastrique
31 % (n = 9 453)

Sleeve gastrectomie
44 % (n = 13 575)



Tendances temporelles des actes de chirurgie bariatrique, de 2006 à 2011

Croissance moyenne + 16,2 % par an



Source : ATIH (PMSI)



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

AUGUST 23, 2007

VOL. 357 NO. 8

Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects

Lars Sjöström, M.D., Ph.D., Kristina Narbro, Ph.D., C. David Sjöström, M.D., Ph.D., Kristjan Karason, M.D., Ph.D., Bo Larsson, M.D., Ph.D., Hans Wedel, Ph.D., Ted Lystig, Ph.D., Marianne Sullivan, Ph.D., Claude Bouchard, Ph.D., Björn Carlsson, M.D., Ph.D., Calle Bengtsson, M.D., Ph.D., Sven Dahlgren, M.D., Ph.D., Anders Gummesson, M.D., Peter Jacobson, M.D., Ph.D., Jan Karlsson, Ph.D., Anna-Karin Lindroos, Ph.D., Hans Lönroth, M.D., Ph.D., Ingmar Näslund, M.D., Ph.D., Torsten Olbers, M.D., Ph.D., Kaj Stenlöf, M.D., Ph.D., Jarl Torgerson, M.D., Ph.D., Göran Ågren, M.D., and Lena M.S. Carlsson, M.D., Ph.D., for the Swedish Obese Subjects Study

≈ 4000 patients

2000 opérés: By-pass, Sleeve et anneaux

2000 traitement conventionnel (groupe contrôle,
suivi diététique)

Suivi de 10.9 ans



RESULTATS DE LA CHIRURGIE

MORTALITE

Traitement conventionnel (suivi diététique) :

129 DECES

25 Infarctus du myocarde et 47 Cancers

Opérés :

101 DECES

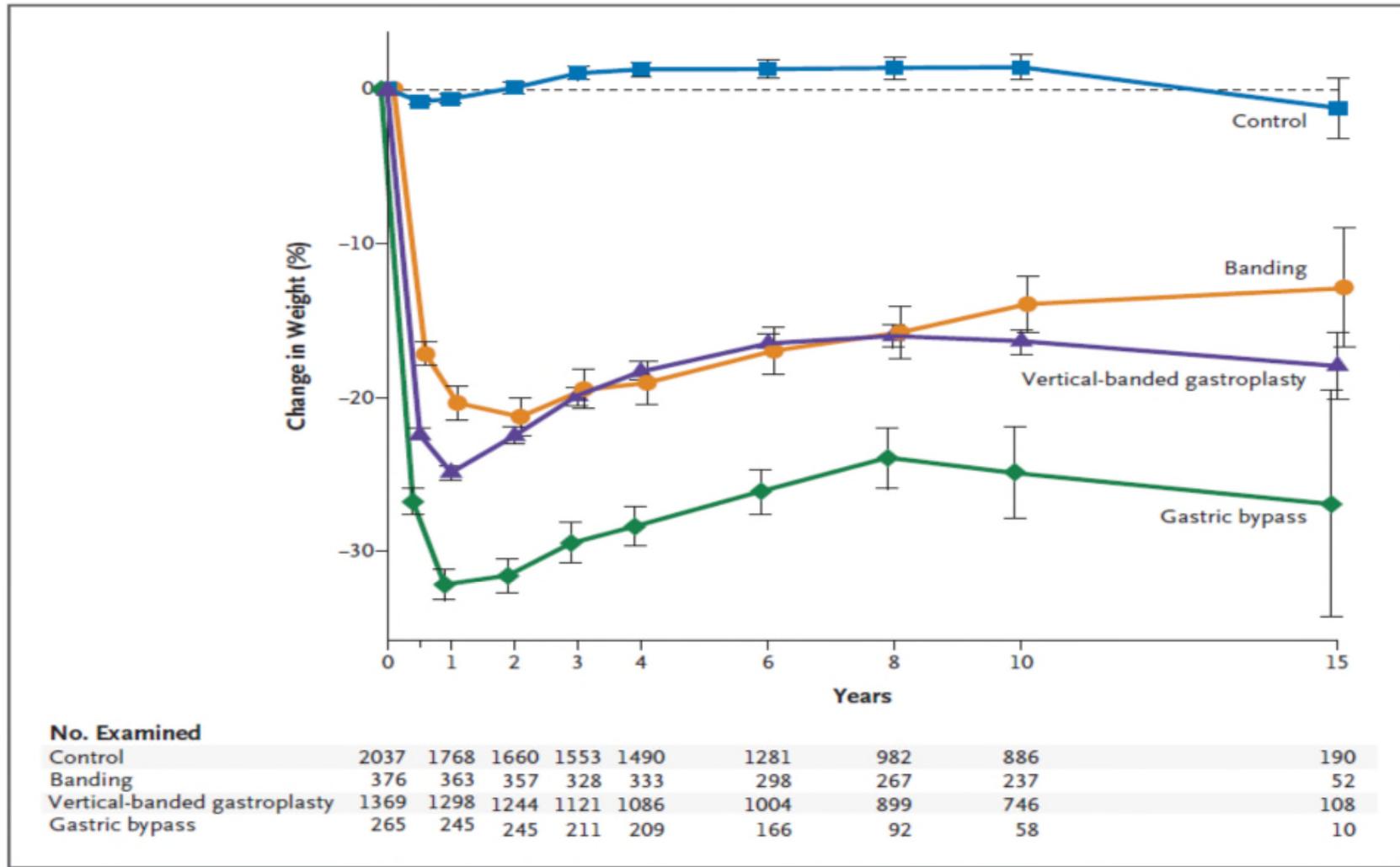
13 Infarctus du myocarde et 29 cancers

Odds ratio 0.71, p=0.01)

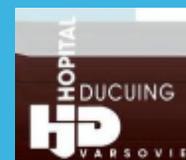
*New England Journal of medicine*2007;357:741-52



STABILITE DE LA PERTE DU POIDS

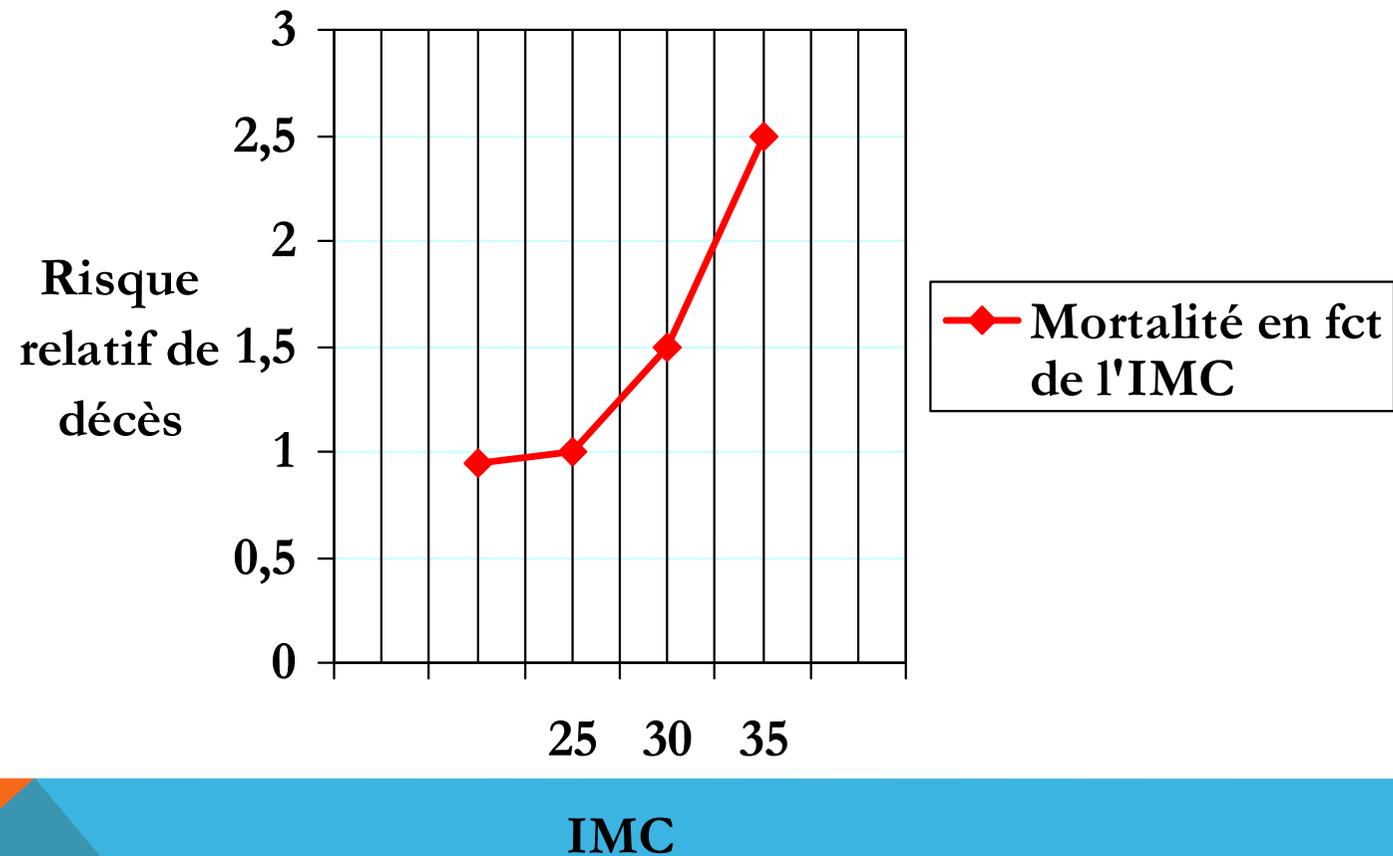


New England Journal of medicine 2007;357:741-52

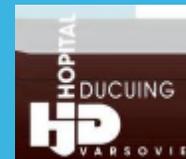


Tolos'IADE 2014

COMPLICATIONS LIÉES À L'OBÉSITÉ



MAIGRIR=PROLONGER SA VIE



COMPLICATIONS LIÉES À L'OBÉSITÉ

Pathologies source de handicap :

Pathologies respiratoires :

dyspnée,
Sd Apnée du Sommeil,
Sd d'hypoventilation
alvéolaire

Pathologies rhumatologiques :

arthrose genoux, hanches,
lombalgies,
crise de goutte

Problèmes dermatologiques

Problèmes de fertilité

Pathologies entraînant un risque vital:

Pathologies cardio- vasculaires :

HTA,
AVC,
pathologies
coronariennes

Diabète de type II

Certains **cancers** sont plus
fréquents : hormono-
dépendants (sein, ovaire,
utérus, prostate),
colorectaux



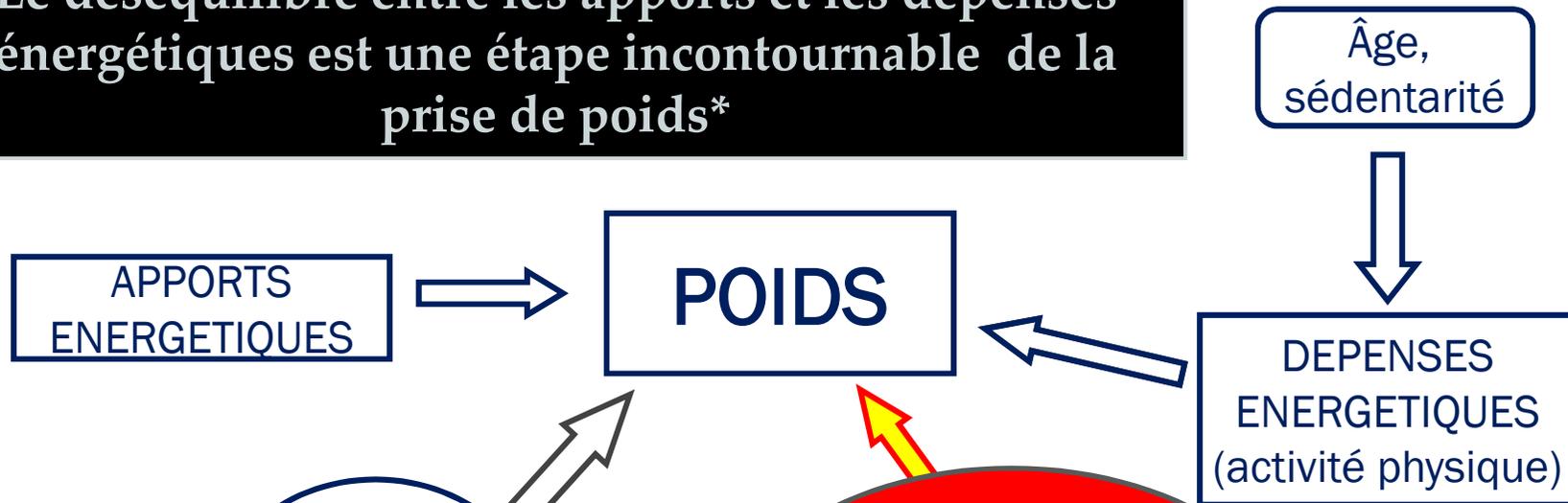
CONSEQUENCES SOCIALES

- Arrêts de travail pour raisons médicales
- Moindre rémunération
- Rejet et discrimination sociale
- Altération de la qualité de vie
- Difficultés à l'embauche



FACTEURS DÉTERMINANT LA PRISE DE POIDS

Le déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques est une étape incontournable de la prise de poids*



FACTEURS
GENETIQUES

DEPENSES
ENERGETIQUES
(activité physique)

Âge,
sédentarité

POIDS

APPORTS
ENERGETIQUES

*Basdevant, Ciangura



UN PEU DE SCIENCE.....

Differential methylation in glucoregulatory genes of offspring born before vs. after maternal gastrointestinal bypass surgery

Frédéric Guénard^a, Yves Deshaies^{b,c}, Katherine Cianflone^{b,c}, John G. Krahl^d, **Picard Marceau^{c,e}**, and Marie-Claude Vohl^{a,1}

[Proc Natl Acad Sci U S A. 2013 Jul 9;110\(28\):11439-44. doi: 10.1073/pnas.1216959110. Epub 2013 May 28.](#)

La **méthylation** est l'attache ou la substitution d'un groupement méthyle sur un substrat.

Elle joue un rôle sur divers processus cellulaires et notamment sur **l'expression d'un gène**



UN PEU DE SCIENCE.....

- 20 mères obèses
- 25 enfants nés avant RYGB
- 25 enfants nés après RYGB
- Etude génétique complète
- Identification du profil génétique: insulinorésistance, inflammation (en relation avec les pathologies cardiovasculaires dérivant du diabète)
- Analyse de la méthylation de ADN
- Analyse de l'expression des gènes



RESULTATS

Corrélation statistique entre le niveau de méthylation du gene et l'expression du gène de l'insulinorésistance chez les enfants nées après RYGB



RESULTATS



....C'EST FACILE ALORS!!!!



CHIRURGIE MAGIQUE????



FAUX



PRISE EN CHARGE MÉDICO-CHIRURGICALE DE L'OBÉSITÉ

Plusieurs axes thérapeutiques combinés :

- ❖ Interventions comportementales
- ❖ Activité physique
- ❖ Interventions diététiques
- ❖ Médicaments

C'EST EN COMPLÉMENT DE CETTE PRISE EN CHARGE,
SI CELLE-CI EST INSUFFISANTE,
QUE LA CHIRURGIE TROUVE SON INDICATION



EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

CHIRURGIEN



EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE



LES INDICATIONS À LA CHIRURGIE

Réservée à des adultes (18-60 ans) dont **l'IMC ≥ 40**
Ou dont l'IMC ≥ 35 avec des facteurs de comorbidité



LES INDICATIONS À LA CHIRURGIE

Après un ou plusieurs **échecs du traitement conventionnel de l'obésité** combinant plusieurs approches thérapeutiques :

- régimes diététiques,
- activité physique,
- traitement psychologique

la durée de prise en charge médicale devant être au moins égale à 6 mois

Risques chirurgicaux acceptables

Chez des malades bien informés et motivés



LES CONTRE INDICATIONS À LA CHIRURGIE

- Troubles cognitifs
- Incapacité à participer au suivi médical prolongé
- Dépendance alcool ou drogue
- TCA sévère (boulimie)
- Maladies mettant en jeu le pronostic vital
- CI à l'anesthésie générale



ATTENTION AU TABAC

Risque de **morbidité** (infection, fistule, cicatrisation) **augmenté jusqu'à 11 fois** plus que les non fumeurs.....



CONTRE-INDICATION A LA CHIRURGIE

Arrêt au moins 3 mois avant bloc



LES CONTRE INDICATIONS RELATIVES

- Coefficient masticatoire insuffisant (<40%)
- Obésité génétique (prader-willis) ou craniopharyngiome à discuter au cas par cas



PATIENTS SUFFISAMMENT A RISQUE POUR JUSTIFIER UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE



LES CONDITIONS

- Nécessité d'une équipe multidisciplinaire
- Chirurgien –Anesthésiste- Accès endoscopie
- Psychiatre (expertise) -Psychologue
- Nutritionniste
- Diététicien(ne)

Equipe multidisciplinaire responsable en collaboration
avec le médecin traitant



SUIVI POSTOPÉRATOIRE

La prise en charge diététique post-chirurgicale est indispensable

(le by-pass qui est source de carences métaboliques qui doivent être dépistées et traitées, et la gastroplastie qui nécessite une adaptation du régime alimentaire).

Suivi psychologique

Chirurgien, endocrinologue et le médecin traitant

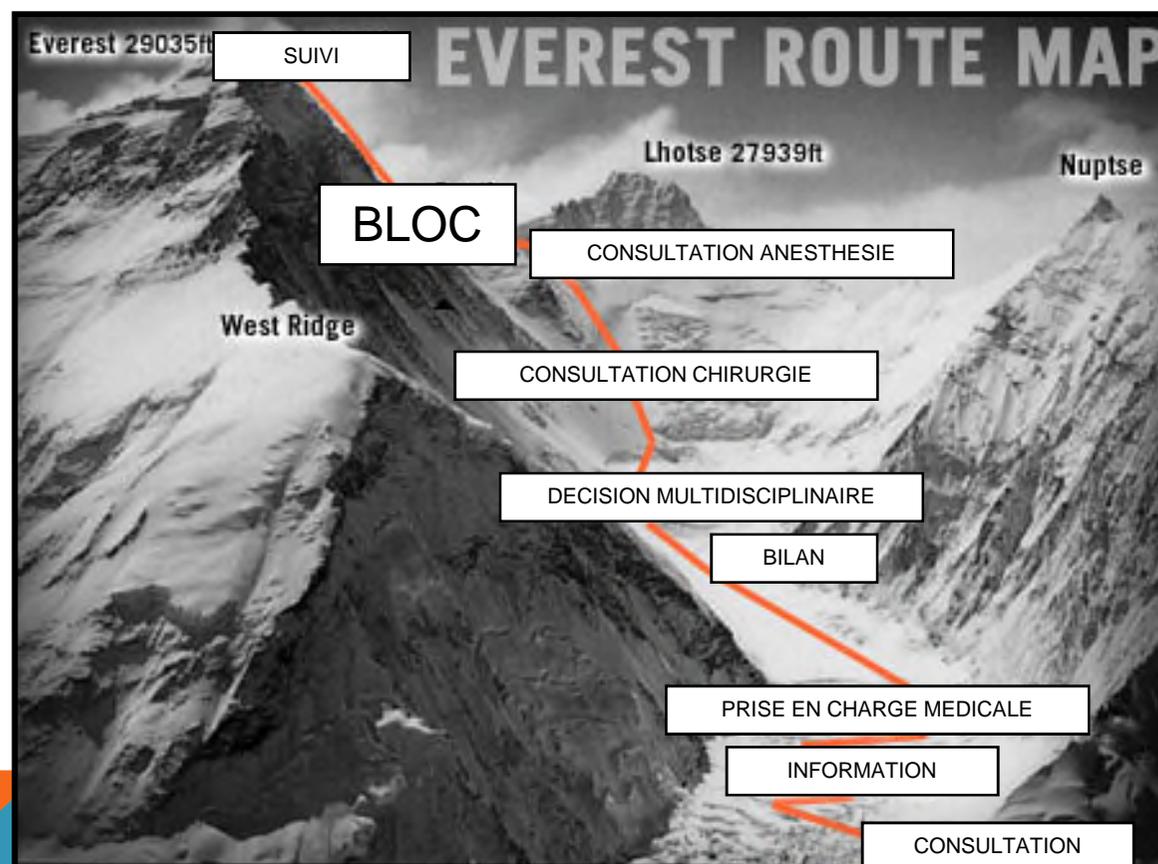
Associations de patients



CHIRURGIEN « COWBOY »



TRAVAIL MULTIDISCIPLINAIRE



LA VISION CHIRURGICALE

- Prise en charge longue et complexe
- Augmentation exponentielle de l'activité
- Evolution du rôle du chirurgien
- Approche multidisciplinaire indispensable
- Information des patients + + +
- Formation des différents « acteurs » dans l'équipe
- Recherche scientifique + + +
- DIU chirurgie obésité, centre référence



MERCI DE VOTRE ATTENTION



www.obesite-toulouse.com

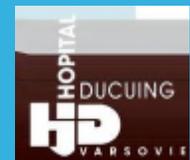
www.hjd.asso.fr



Centre Intégré de l'Obésité

Midi-Pyrénées

<http://obesite.univ-tlse3.fr>



Tolos'IADE 2014

