

Chirurgie de l'obésité Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Dr Marie-Claude Brindisi
CHU Dijon, Centre Spécialisé de l'Obésité
Médecin référent du Plan Obésité Bourgogne

Printemps Médical de Bourgogne, Mars 2014





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte

Janvier 2009

www.has-sante.fr



Indications



- $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$
- $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après chirurgie (HTA, SAS, diabète, maladies ostéoarticulaires invalidantes, NASH...)
- Echec d'un traitement médical bien conduit pendant 6 à 12 mois associant des approches complémentaires
- Information, évaluation et prise en charge pré-opératoire pluridisciplinaire, avec suivi médicochirurgical possible à long terme



Contre-indications



- Absence de prise en charge médicale préalable
- Alcoolisme et toxicomanies
- Troubles psychotiques non stabilisés, déficit intellectuel, syndromes dépressifs sévères, tendances suicidaires
- TCA graves : boulimie, anorexie...
- Obésité de cause curable (endocrinienne...)
- Contre-indications à l'anesthésie générale
- Pathologies menaçant le pronostic vital à court terme (cancers...)
- Pathologies inflammatoires digestives
- Incapacité prévisible du patient à participer au suivi médical prolongé



La préparation



Pluridisciplinaire dans un projet personnalisé en liaison avec le MT

1. Consultation initiale auprès d'un praticien (médecin ou chirurgien) expérimenté dans la prise en charge chirurgicale de l'obésité, membre de l'équipe pluridisciplinaire.
2. Orientation ou non vers une indication de chirurgie
3. Information du patient
4. Bilan préopératoire
5. Réunion de concertation pluridisciplinaire
6. Annonce au patient du résultat de la concertation pluridisciplinaire.
7. Médecin traitant informé

**Document d'information
Pour les patients
téléchargeable
www.has-sante.fr**



*Ce qu'il faut savoir
avant de se décider !*

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Préparation préopératoire



- Statut **nutritionnel et vitaminique** (dosages et correction des déficits)
NFS plaquettes, TP TCA iono urée créat CRP BH BL
B1 B9 B12 Ca phosphore PTH Mg 25OH vitamine D
TSH T4 glycémie à jeun
- **Cs médecin spécialisé obésité (endocrino, nutritionniste, interniste) et chirurgien**
- **Recherche d'une obésité secondaire**
- **Cs Diététique**
- **Cs Psychologue et ou psychiatrique**
- **Cs cardiologique, pneumologique, anesthésique**
- **Echographie abdominale (flèche hépatique, Lithiase VB)**
- **Évaluation gastro-intestinale :**
 - endoscopie oesogastroduodénale
 - avant toute chirurgie excluant l'estomac, biopsies systématiques
 - la constatation d'une infection à HP nécessite son traitement et le contrôle de son éradication
 - manométrie oesophagienne avant pose d'anneau gastrique si suspicion de troubles moteurs de l'oesophage
- **Coefficient masticatoire** suffisant

Idéalement par l'équipe pluridisciplinaire qui l'a pris en charge en pré-op et par MT

- Perte de poids et sa cinétique
- Surveiller les comorbidités, et adapter leur traitement
- Évaluer la qualité de vie du patient
- Enquête alimentaire et réitérer les conseils diététiques
- Rechercher des signes cliniques de dénutrition ou de carence vitaminique,
- Réaliser un bilan nutritionnel et vitaminique, Adapter les posologies des traitements en cours (chirurgie malabsorptive)

Suivi indispensable

Complications chirurgicales

Complications fonctionnelles

vomissements, troubles du transit, dumping syndrome

Complications nutritionnelles

Evolution:

poids, comportement alimentaire, comorbidités,
état psychologique

Grossesse et autres situations particulières

- **Plus fréquentes: fer, vit B12, protéines, calcium, folates.**
- **Causes:**
 - **Carences d'apport**
 - **Court circuit du duodénum et de la portion proximale du jéjunum**
 - **Maldigestion et malabsorption car:**
 - * l'estomac n'a plus de fonction mécanique
 - * asynergie entre le bol alimentaire et les sécrétions biliopancréatiques
 - * diminution des sécrétions acides gastriques nécessaires pour l'absorption du fer, vit B1...

Déficit et carence en thiamine

Mécanisme: défaut d'apport, **vomissements**, absorption par le duodénum et jéjunum proximal en milieu acide .

Signes: quelques cas décrits d'encéphalopathie (une centaine) et de neuropathie.

Encéphalopathie de Wernicke

en général dans les semaines qui suivent la chirurgie

Polyneuropathie

dans les 6 mois qui suivent la chirurgie

Neuropathie sensitivo-motrice le plus souvent symétrique

Faiblesse musculaire, dysesthésie (fourmillements, picotements), hyperesthésie



Carences protidiques



- Rares mais à suspecter si perte de poids très rapide, vomissements, complications chirurgicales (sténose), maladie intercurrente
- Signes: perte musculaire, asthénie, troubles des phanères
- Surveillance albumine, préalbumine, composition corporelle (masse maigre)
- Traitement : apport protidique alimentaire 0,8g/kg/j.
Suppléments hyperprotidiques

Phanères

Perte de cheveux

- Entre 3-8 mois, réversible
- Mécanisme mal connu: déficit énergétique, stress postopératoire, carence protéique, zinc?
- Petits moyens (éviter tension des cheveux, diminuer les lavages etc...)
- Suppléments: exemple polyvitamines, Cystine B6, Bépanthène

Etat dentaire



Suivi biologique en cas de bypass gastrique (B) et d'anneau gastrique ajustable, gastrectomie longitudinale ou gastroplastie verticale calibrée (A)

	3 mois	6 mois	12 mois	18 mois	24 mois	1X/an
Ionogramme Glycémie Transaminases Hémogramme	BA	BA	BA	BA	BA	BA
Fer Saturation de la sidérophiline Ferritine	BA	BA	BA	BA	BA	BA
Vitamine B12 (-/- acide méthyl-malonique)		BA	BA		BA	BA
Folates érythrocytaires	BA	BA	BA	BA	BA	BA
Calcium (25OH) vitamine D	B	B	B	B	B	B
Parathormone		B	B		B	B
Densitométrie osseuse			B			1ou 2ans

En cas de dérivation bilio-pancréatique, switch duodénal ou suspicion clinique de carence : bilan ci-dessus (2 fois par an) complété par :

	3 mois	6 mois	12 mois	18 mois	24 mois	2X/an
Vitamines A, E, K INR		X	X		X	X
Albumine Transferrine	X	X	X	X	X	X
Zn, Se, Mg, Cu		X	X		X	X

Remarque : si anémie inexpiquée : rechercher un déficit en cuivre.

- Multivitamines! Alvityl cp (2/j), Elevit B9 ® 1/j
- Fer: Tardyféron ® 1-2 cp/j et Tardyféron B9® chez la femme en âge de procréer
- Calcium et vitamine D: Orocal D3® 1cp/j ou Ostram® 1,2g + 1 ampoule Uvédose ® tous les 6 mois
- 1 ampoule de vitamine B12 per os ou IM par mois si le dosage en préopératoire est bas ou si il baisse au cours du suivi

Grossesse et chirurgie

- information préopératoire sur les risques (complications digestives pour la mère, nutritionnelles pour l'enfant)
- contraception efficace dans les 18 mois post opératoires et plus si la perte de poids se poursuit.
- Bilan vitaminique exhaustif + prévention des carences en fer, folates et en calcium .
- Attention aux complications mécaniques (hernie interne pour BPG, bascule de l'anneau)