

QUEL TRAITEMENT POUR  
QUEL OBÈSE ?

[gilles@fourtanier.com](mailto:gilles@fourtanier.com)

# L' Index de Masse Corporelle

## IMC= poids/taille<sup>2</sup>

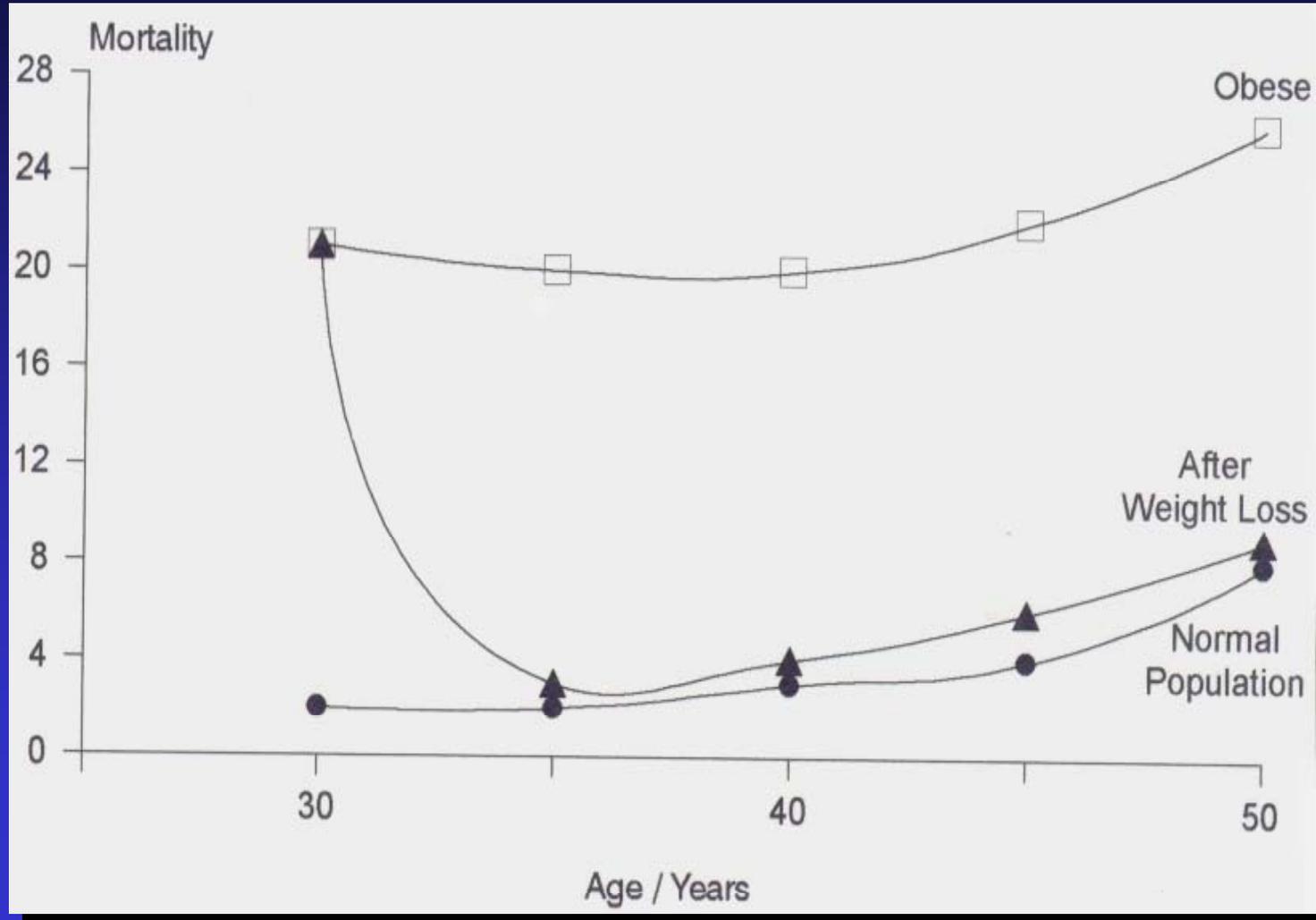
- IMC > 25 et < 30 kg/m<sup>2</sup> : surpoids
- IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> : obésité
- Type 1 : 30 à 35 kg/m<sup>2</sup>
- Type 2 : 35 à 40 kg/m<sup>2</sup>
- Type 3 : > 40 kg/m<sup>2</sup> : « morbide »
- IMC > 50 kg/m<sup>2</sup> : hyperobésité
- IMC > 60 kg/m<sup>2</sup> : hyper-hyperobésité

Excès de Poids par rapport au poids idéal

# L'OBESITE MORBIDE (IMC > 40kg/m<sup>2</sup>) EST UNE MALADIE GRAVE

- LE TRAITEMENT MEDICAL ECHOUE TOUJOURS (Syndrome du YOYO)
- ELLE REDUIT L'ESPERANCE DE VIE

# ESPERANCE DE VIE



# JUSTIFICATION DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

- La chirurgie est le seul traitement efficace à long terme de l'obésité morbide (Consensus development Conference treatment, Ann Intern Med 1991,115,956)
- La chirurgie est supérieure au traitement non opératoire en terme d'amélioration de qualité de vie des sujets obèses (Karlson J. SOS Int J Obes Relat Metab Disord 1998,22,113)

# AMELIORATION DES PATHOLOGIES ASSOCIEES APRES CHIRURGIE

PATHOLOGIE	GUERISON %	AMELIORATION %
HYPERTENSION	60-65	90
DIABETE	90-95	100
APNEE DU SOMMEIL	100	100

SUIVI DE PLUS DE 1 000 PATIENTS D'APRES J.G. KRAL

# INDICATIONS de la CHIRURGIE

- IMC > 40kg/m<sup>2</sup>
  - 35-40kg/m<sup>2</sup> si :
    - HTA
    - Diabète
    - Arthrose
    - SAS
- AGE (18 - 60 ans)
- OBESITE STABLE > 5 ans
- ECHEC DES REGIMES > 1 an
- ABSENCE DE PATHOLOGIE ENDOCRINIENNE
- ABSENCE de DEPENDANCE (ALCOOL OU DROGUE)
- RISQUE OPERATOIRE ACCEPTABLE

# CONTRE - INDICATIONS

- MALADIE INFLAMMATOIRE DU TUBE DIGESTIF
- MALADIE ORGANIQUE GRAVE
- IMPORTANTS TROUBLES PSYCHIATRIQUES
- AU TERME D'UNE DISCUSSION  
MULTIDISCIPLINAIRE

# Un Ballon ?

INAMED : EAU

HELIOSPHERE : AIR



Pour préparer à une opération

Chez les patients à risque  
(IMC > 35)

# LA CHIRURGIE

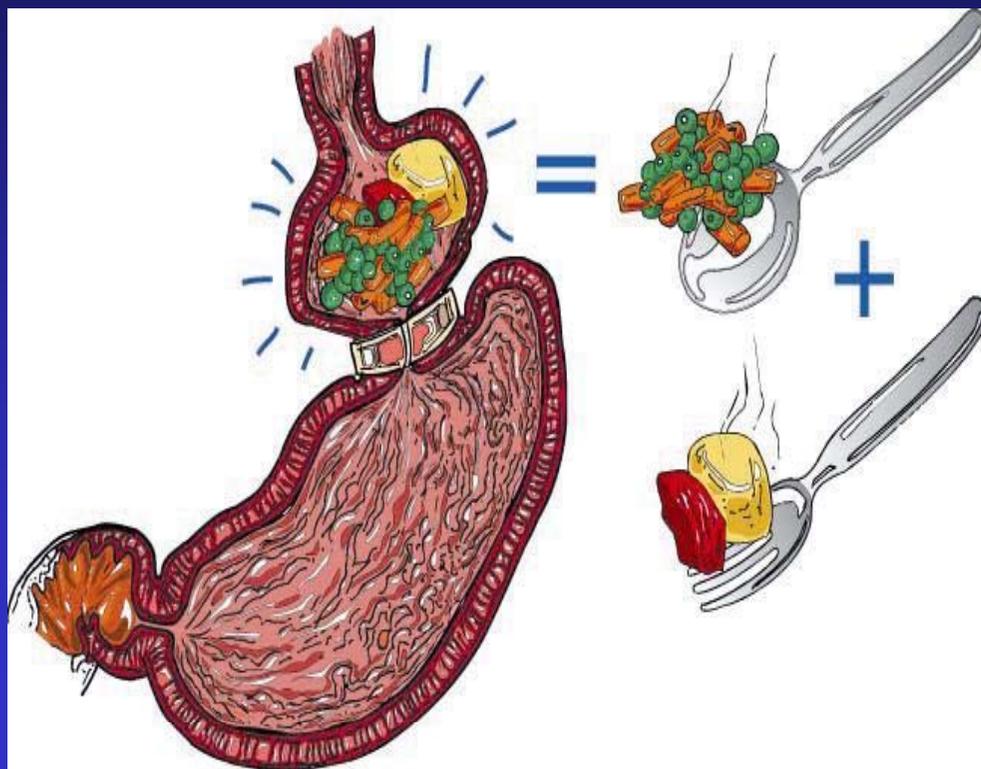
- Chirurgie restrictive : la gastroplastie par anneau ou mécanique - la « sleeve gastrectomie »
- Chirurgie mixte : restrictive et malabsorptive : le « by-pass gastrique » - le « by-pass biliopancréatique »

La coelioscopie est une voie  
d'abord idéale

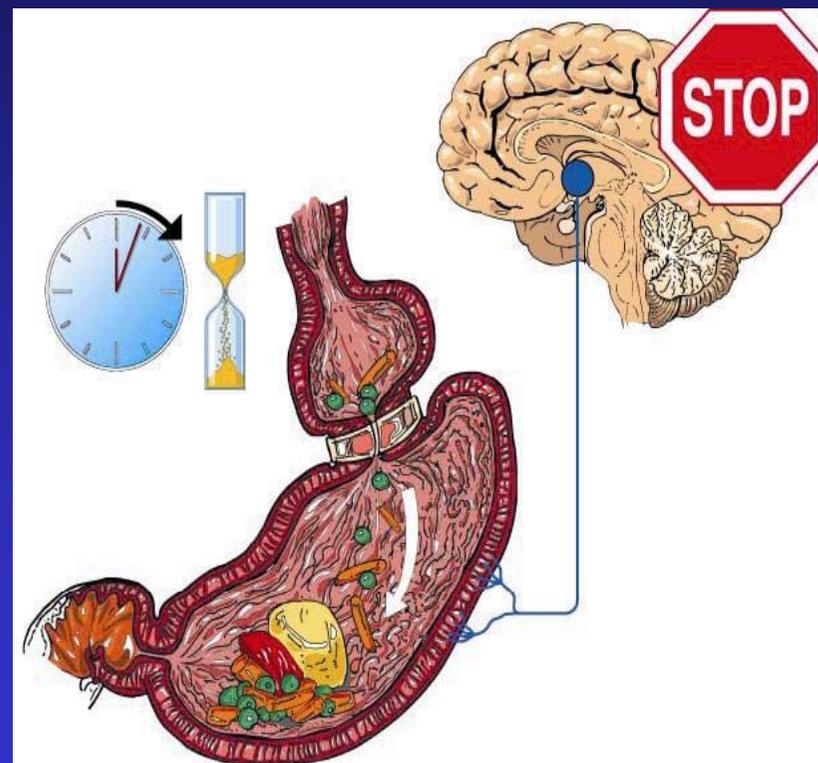


# CHIRURGIE DE RESTRICTION GASTRIQUE

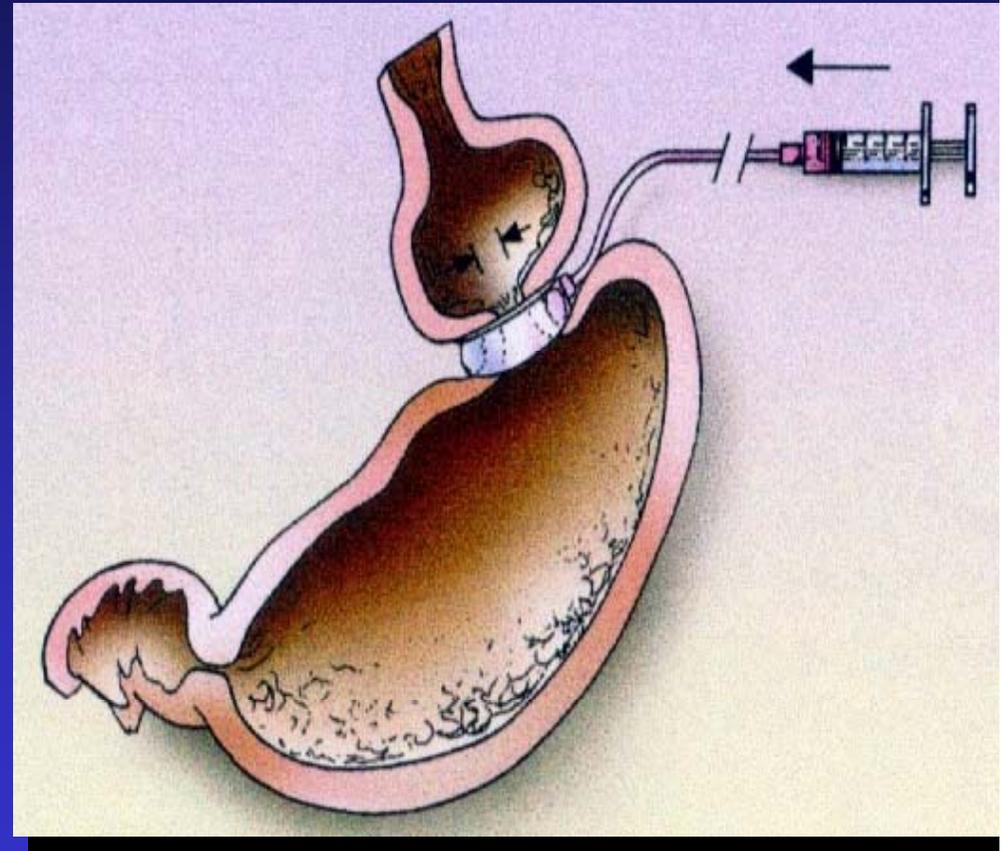
Plénitude gastrique



Satiété

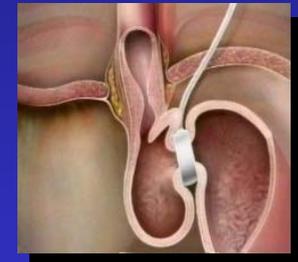


# CERCLAGE GASTRIQUE



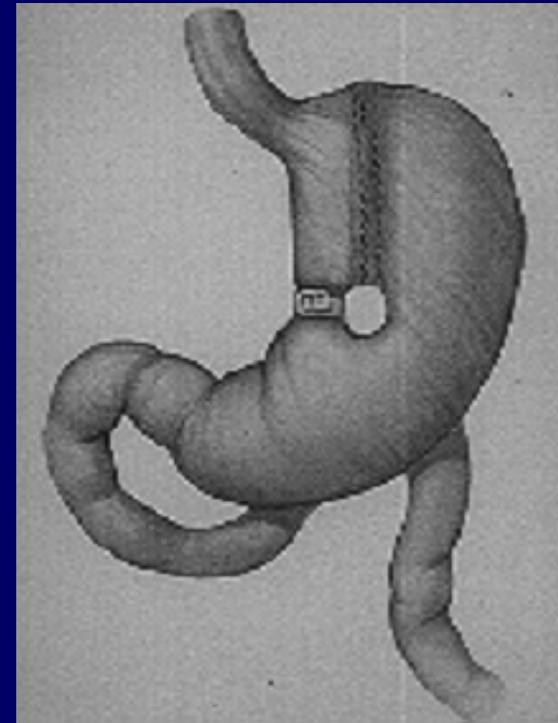
# CERCLAGE GASTRIQUE AJUSTABLE EN SILICONE PAR LAPAROSCOPIE RESULTATS

- PERTE DE L'EXCES DE POIDS A 2 ANS : 60 %
- MORBIDITE OPERATOIRE : 1.1 %
- MORTALITE OPERATOIRE : 0.13 %
- COMPLICATIONS TARDIVES :
  - DILATATION DE LA POCHE
  - EROSION
- REOPERATION : 20 %

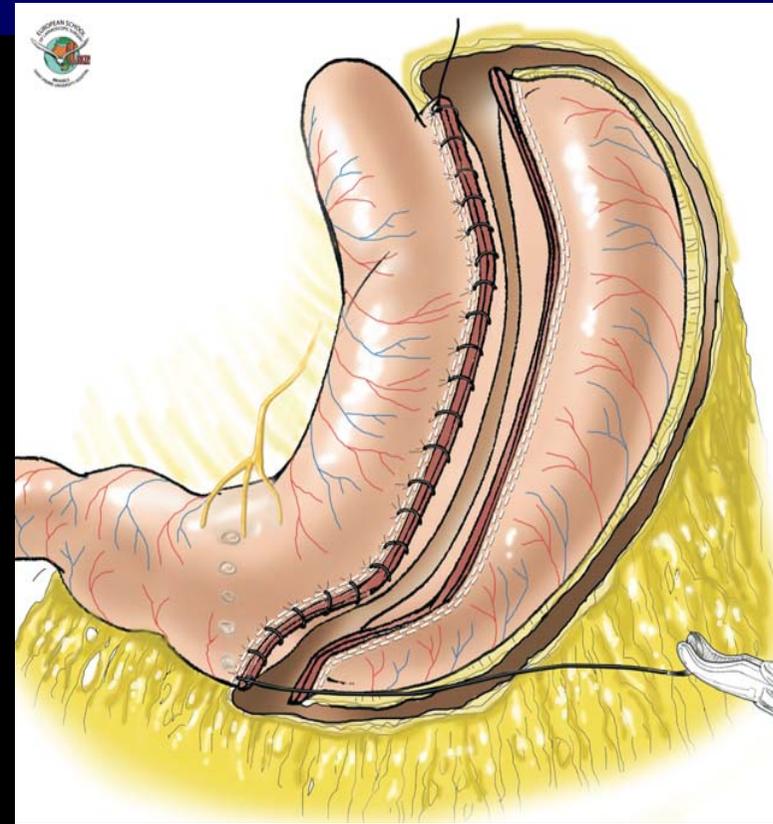
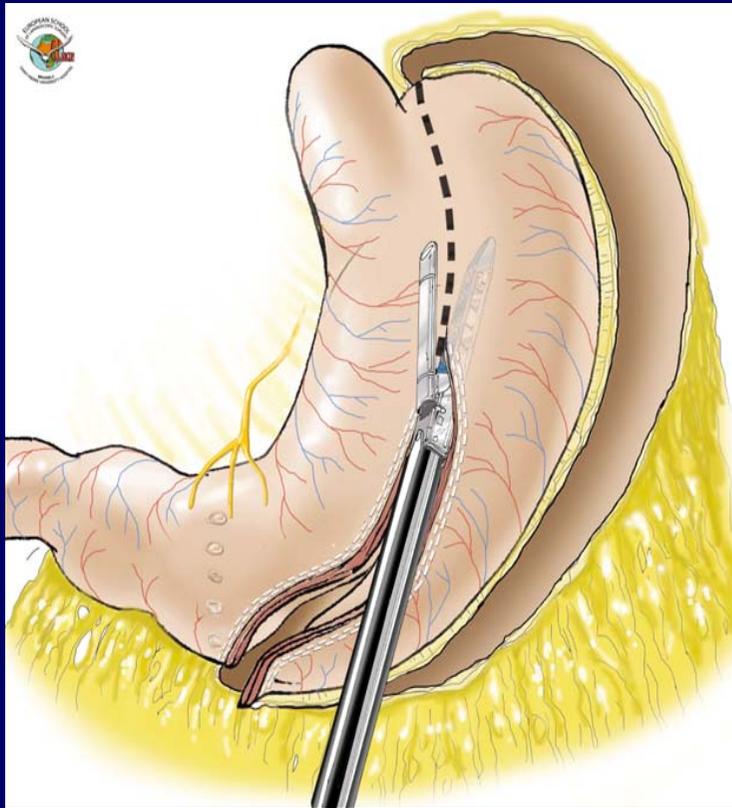


# GASTROPLASTIE VERTICALE MASON-MACLEAN

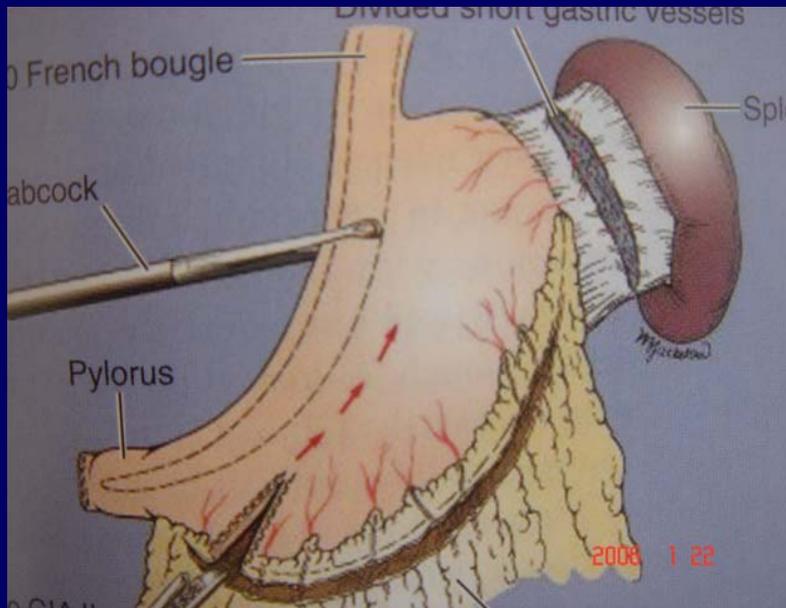
- PERTES DE L'EXCES DE POIDS A 5 ANS : 60.4 %
- MORBIDITE OPERATOIRE : 1.9 %
- MORTALITE OPERATOIRE : 0.3 %
- COMPLICATIONS TARDIVES :
  - STENOSE 4 %
  - DESUNION DES AGRAPHES 29.9 %
- REOPERATION : 26,3 %



# "sleeve" GASTRECTOMIE



# La « sleeve » gastrectomie (en manchette)



- Réduction gastrique (150ml)
- Agit sur le centre de la satiété (ghréline)
- 1ère étape : elle est supérieure au ballon (Milone Obes Surg 2005,15,612)



# Étude randomisée

Himpens J Obesity Surg, 2006, 16, 1450

1 jan 2002 - 31 déc 2002

80 patients : - candidat à une restriction  
gastrique, 40 anneaux vs 40 sleeve opérés  
par laparoscopie  
- consécutivement

Après 1-3 ans : - % excès perte de poids  
- sensation de faim  
- consommation sucreries  
- reflux GE symptomatique  
- autres symptômes principaux



# RESULTATS

## 3 ANS APRÈS LA CHIRURGIE

### ANNEAU SLEEVE

Perte de poids



↓ Sensation de faim



↓ consommation sucreries



Dévelop. reflux symp.



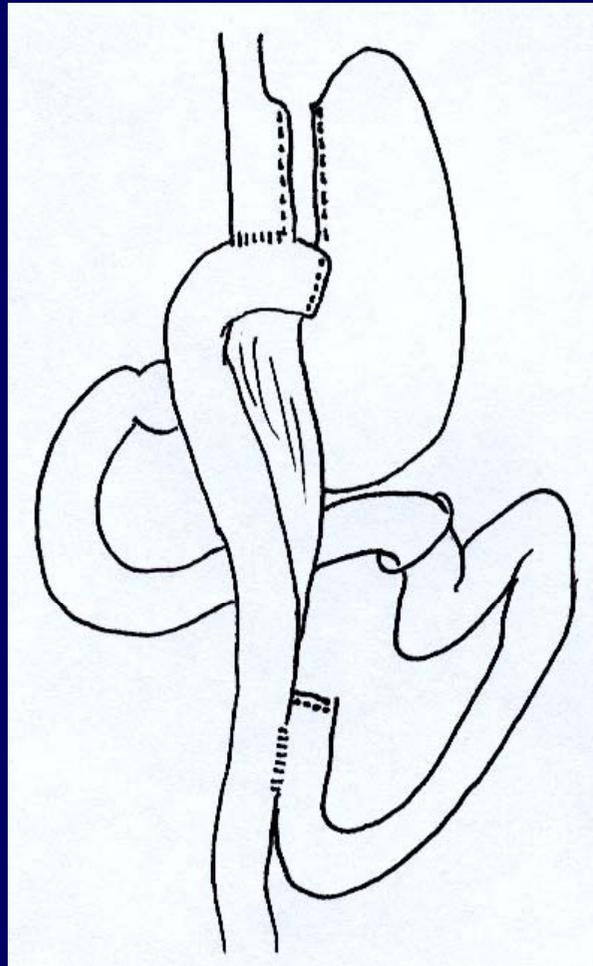
Réopération

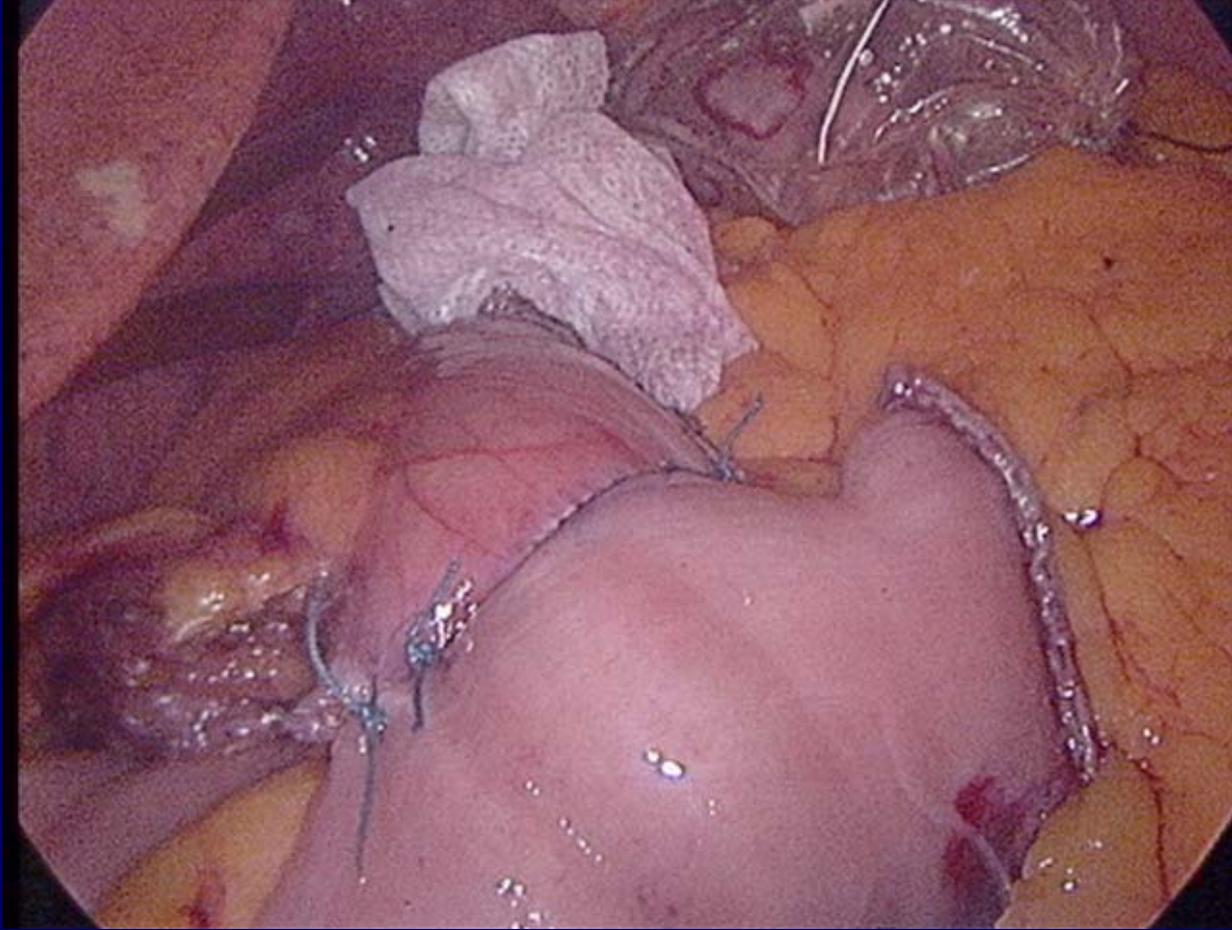


Invasivité



By Pass Gastrique =  
Petit estomac-Anse en Y





# BPG résultats à 18mois

## JP Marmuse 154 BPG

%perte de poids	IMC<40 (n=16)	IMC 40-50 (n=51)	IMC 50-60 (n=48)	IMC>60 (n=39)
Excellent >75%	100%	60%	58%	23%
Bon 50-75%		40%	34%	54%
Moyen 25-50%			8%	23%
Mauvais <25%				

# Diversion bilio-pancréatique (Scopinaro)

- Très efficace
- Perte de l'excès de poids de plus de 70% à 5 ans
- Hyper-hyperobèses (IMC > 60)
- Nécessité d'un suivi avec compensation (Vit, Fe, Ca)

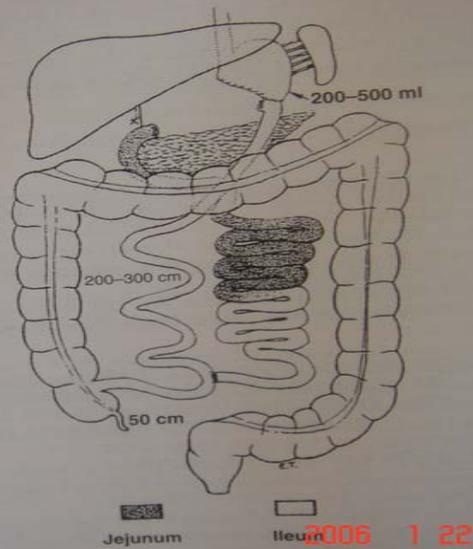
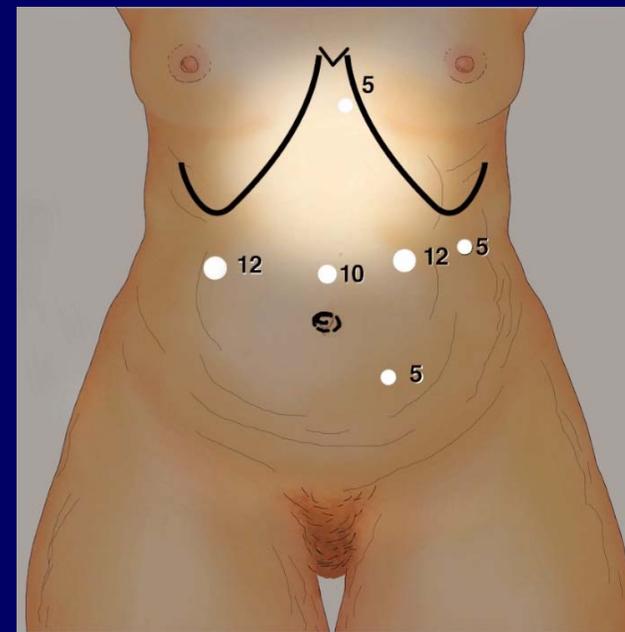
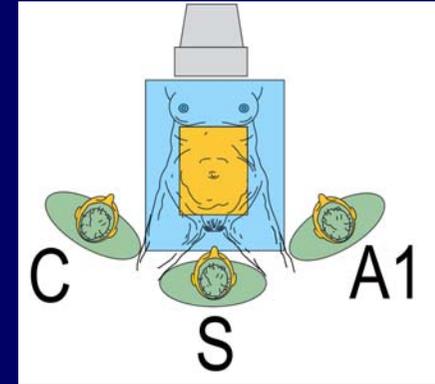
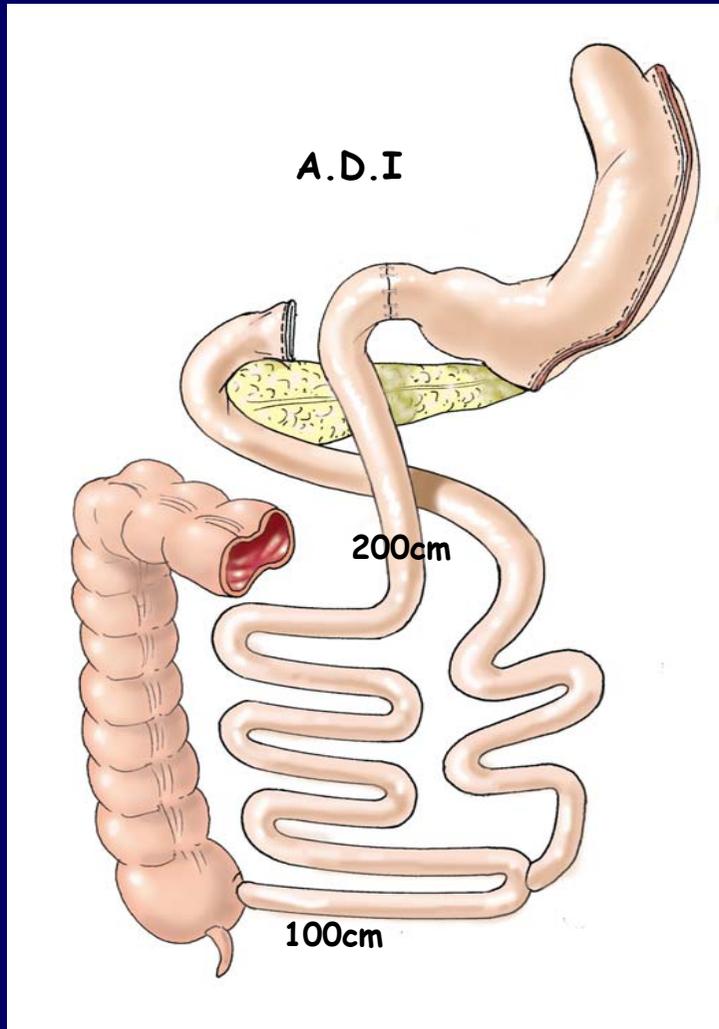


Figure 16.1. Standard biliopancreatic diversion.

2006 1 22

# DUODENAL SWITCH



# CHOIX DU TRAITEMENT

- GASTROPLASTIE :

IMC < 45 ; pas de TCA ; bonne compréhension.

Pas de RGO

- SLEEVE GASTRECTOMIE :

En évaluation ; moins de contrainte que la gastroplastie

- BY-PASS GASTRIQUE (DBP) :

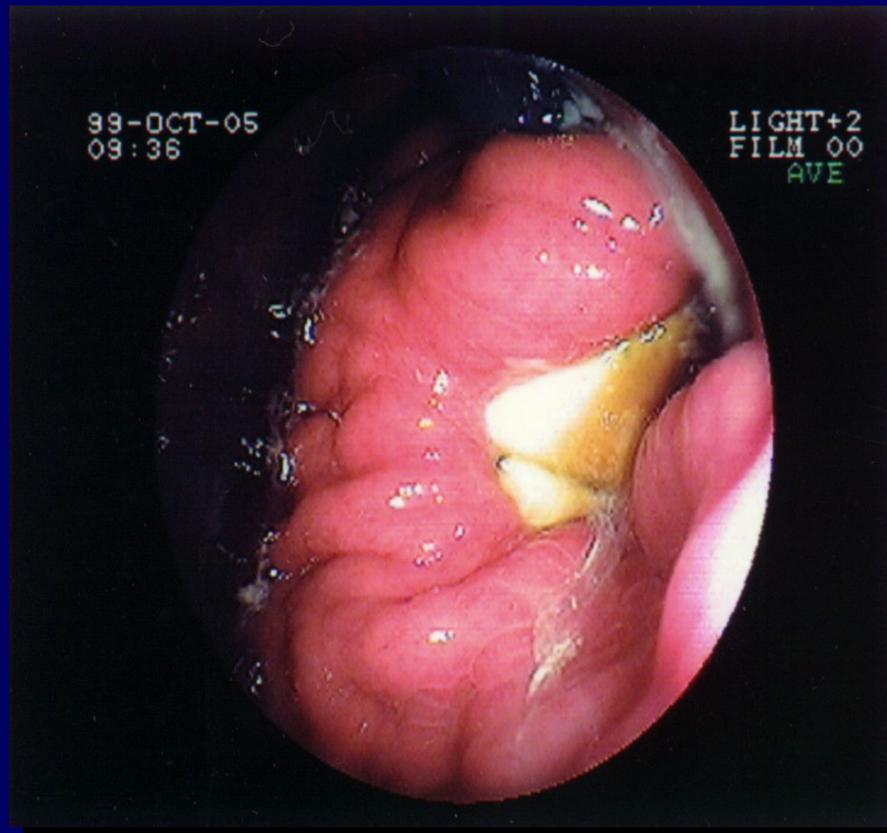
TCA ; RGO ; IMC > 50 ; échec des autres procédés

QUE FAIRE EN CAS  
D'ECHEC ?

# POURQUOI REOPERER ?

- En cas d'échec : plus que l'absence de perte de l'excès de poids, c'est la non amélioration des comorbidités et de la qualité de vie.
- En cas de complication

# EROSION GASTRIQUE



1 à 5%

Diagnostic : reprise de poids, douleurs, infection du boîtier = Endoscopie

Traitement endoscopique ou chirurgical



## Complications d'une gastroplastie verticale calibrée

- Perte de poids insuffisante : mauvaise alimentation (le vérifier avec la diététicienne) ; rupture de la ligne d'agrafes verticales.
- Sténose de la sortie du petit estomac malgré des dilatations répétées ; ou fonctionnelle.
- Erosion du cathéter
- Reflux gastro-oesophagien invalidant (40%)

# CONCLUSIONS 1

- L'obésité est une maladie grave de plus en plus répandue. Le traitement non chirurgical échoue le plus souvent
- Chez des patients **bien sélectionnés** par une équipe **multidisciplinaire**, la chirurgie de restriction gastrique est efficace, bien tolérée avec une faible morbidité, mais les résultats dépendent de la qualité du suivi

## CONCLUSIONS 2

- Il faut tenir compte dans les indications de l'IMC et des TCA.
- La sleeve gastrectomie et le by-pass sont de plus en plus pratiqués, réservés soit aux super-obèses, soit aux échecs de l'anneau.
- Le duodenal switch est plus complexe et d'indications moins fréquentes.