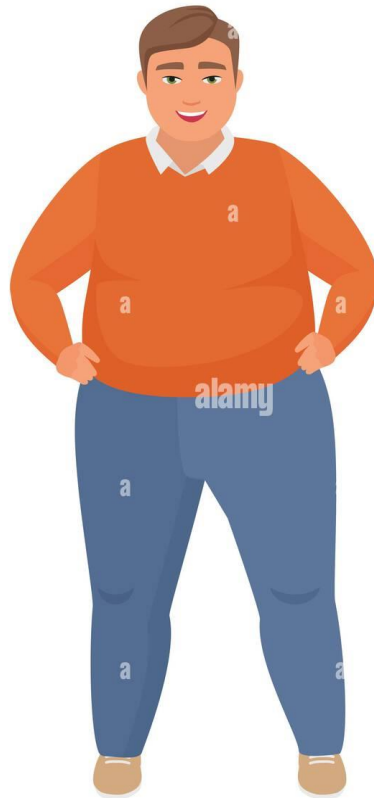


Chirurgie bariatrique & Maladie du foie

Marietta Musikas CHU Caen

Consultation nutrition en demande de prise en charge médicale

Henry



40 ans

IMC= 45

ATCD métaboliques: HTA , SAS

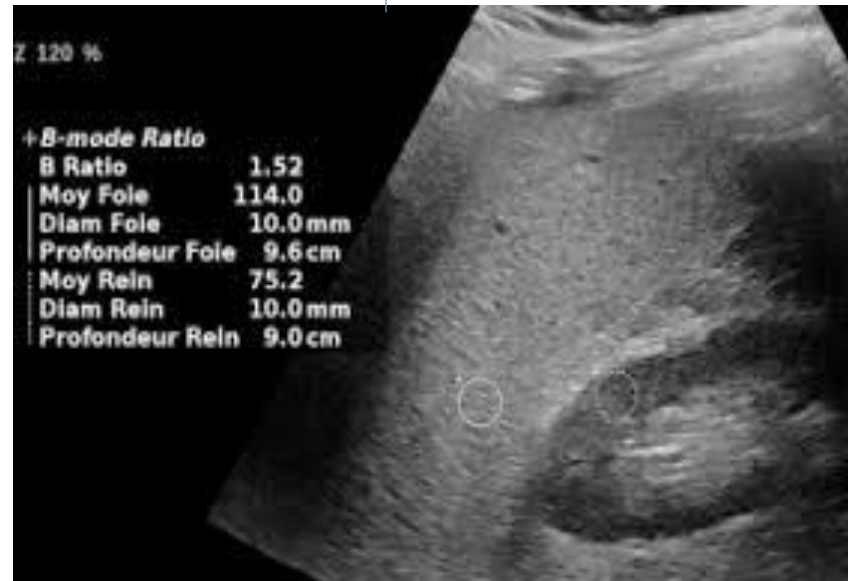
Bilan biologique

Alat = 70 Asat = 50 GGt = 200
PAL et bilirubine normales

Bilan hépatopathie négatif

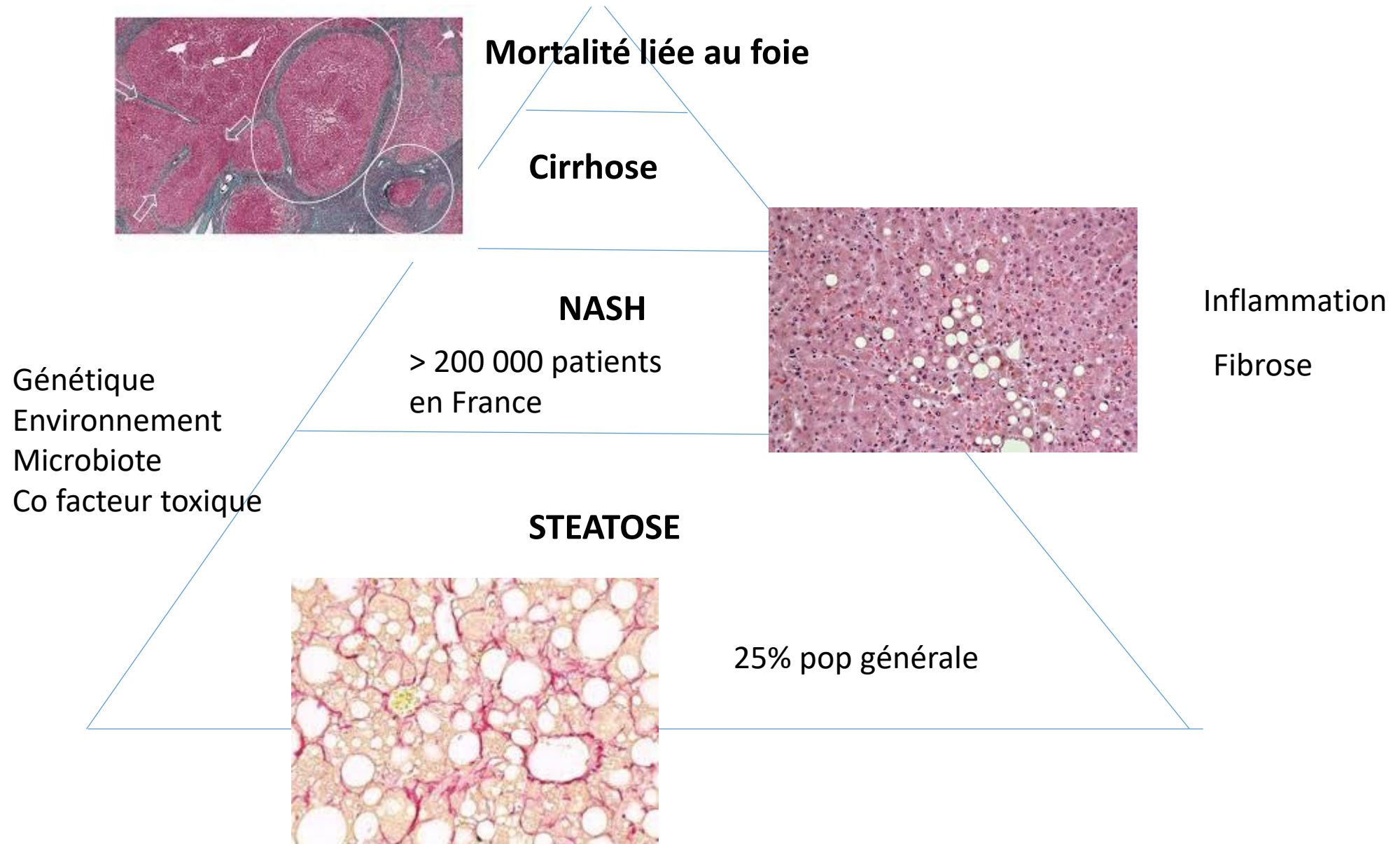
Bilan viral négatif
Bilan auto immun négatif
Bilan martial négatif

Echographie abdominale

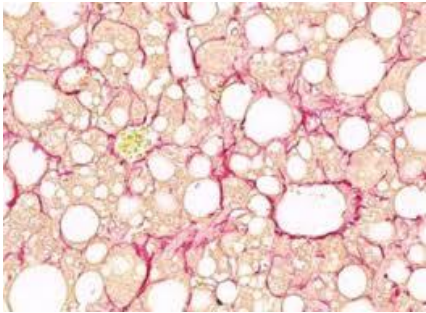


Fib 4 <1,30

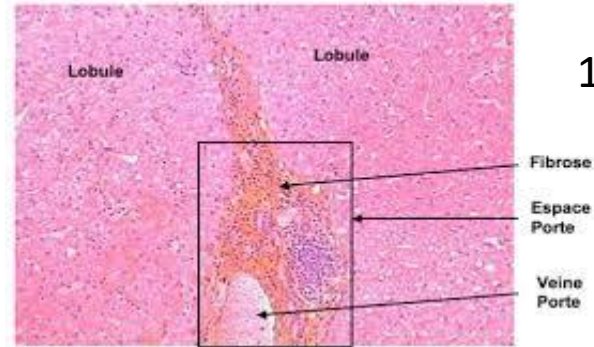
Histoire naturelle de la NAFLD : il persiste beaucoup d'inconnus



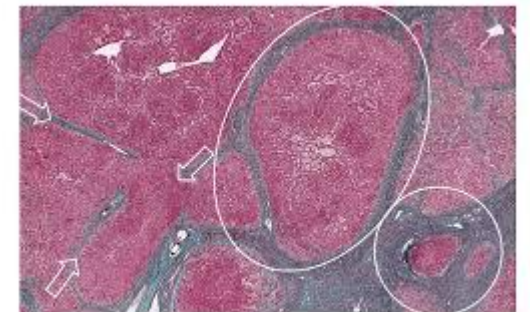
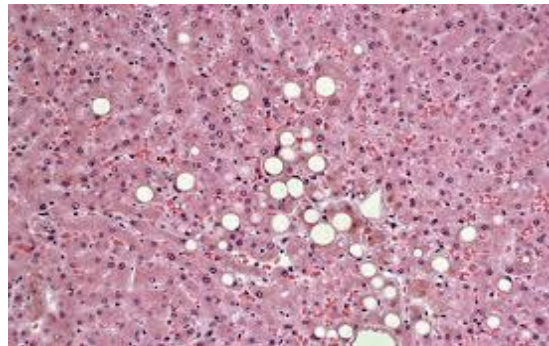
NAFLD : une pathologie d'évolution lente



1stade /14 ans



1stade /7 ans F0 à F4

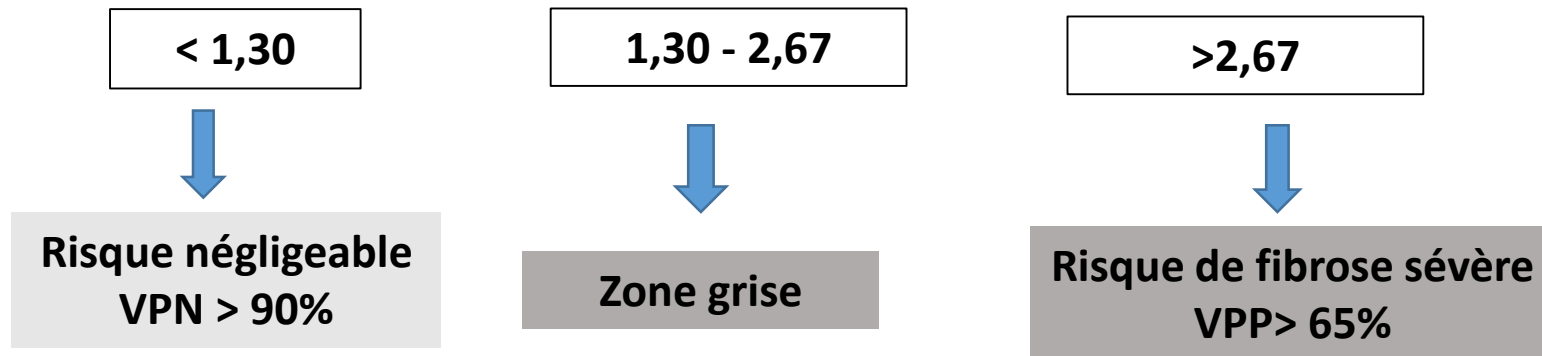


Risque de décompensation
12% à 3 ans

Le FIB 4 ...C'est quoi?

Un biomarqueur du risque de fibrose **sévère** F3,F4

$$\text{Fib4} = \frac{\text{Age (ans)} \times \text{Asat}}{\text{Plaquettes (109/l)} \times \sqrt{\text{Alat}}}$$





alamy

Image ID: 2161008
www.alamy.com

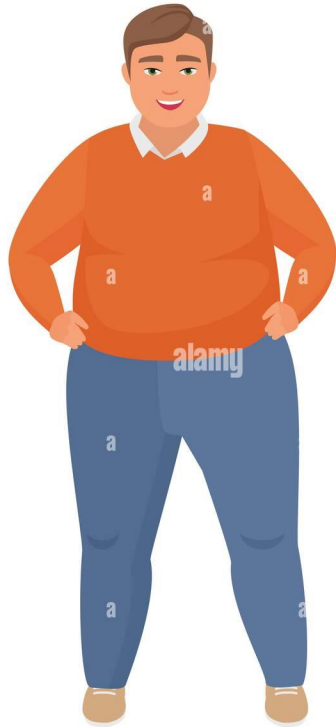


fatty liver

shutterstock.com · 1981276055

Stéatose hépatique +/- associée à une fibrose hépatique non sévère

Revient en consultation deux ans plus tard.....



42 ans

IMC= 45

ATCD métaboliques: HTA , SAS

Asat = 150 Alat= 80 GGT= 700

Plaquettes 110000

Fib 4 = 2 => ZONE GRISE



Comment expliquer cette évolution rapide ?

Comment définir le stade de l'atteinte hépatique ?

Recherche de co facteurs toxiques et synergiques



Questionnaires
déclaratifs + marqueurs
biologiques

Phosphatidyl Ethanol



Risque de CHC

Phosphatidyl éthanolC'est quoi ?

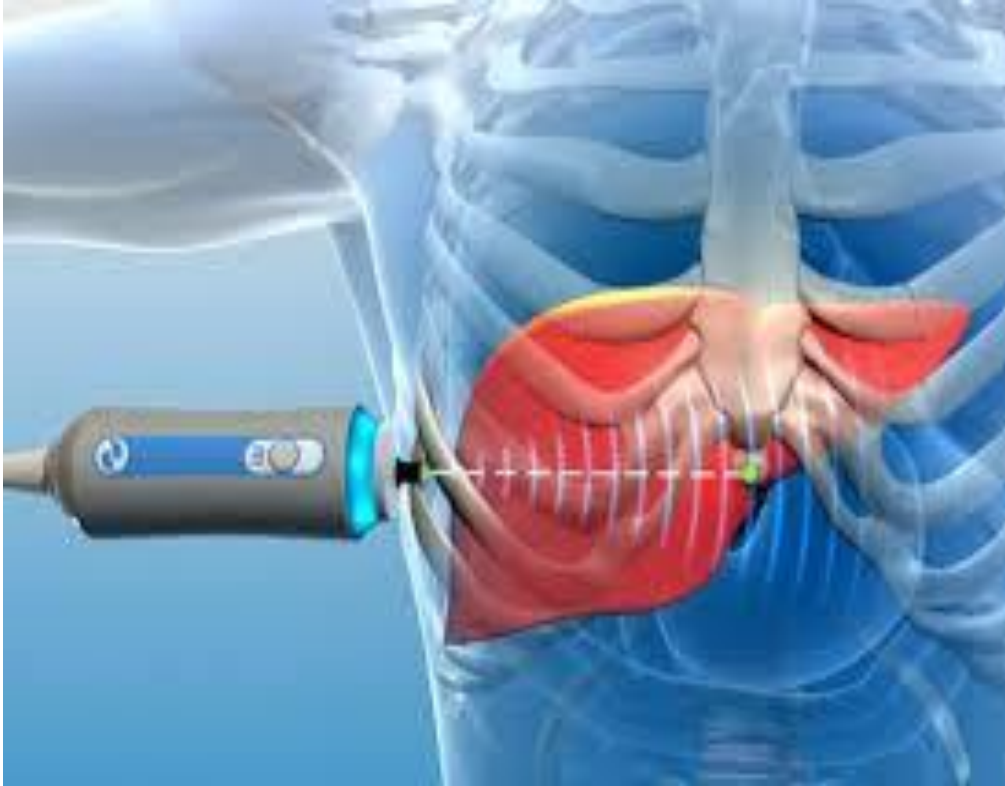
Un biomarqueur direct de la consommation d'alcool

Reflet de la consommation sur les 3 dernières semaines

< 20 microg/L : très faible ou absence de consommation
20 à 200 microg/L: Consommation modérée
> 200 consommation excessive

Evaluer la fibrose hépatique

L'élastométrie impulsionnelle



CAP= paramètre d'atténuation contrôlée
Entre 100 et 400dB/m

Elasticité hépatique =>Vitesse de propagation d'une onde
Entre 2 et 75 Kpa



CAP-NIVEAU



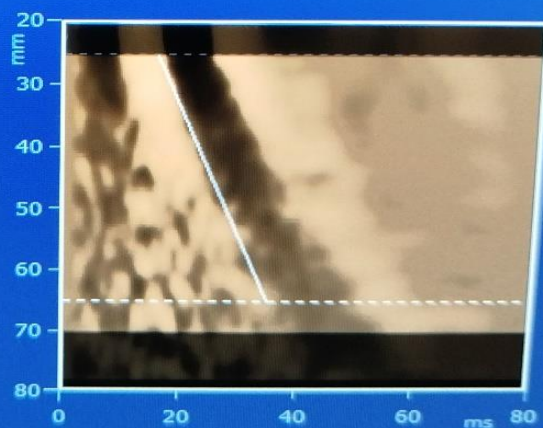
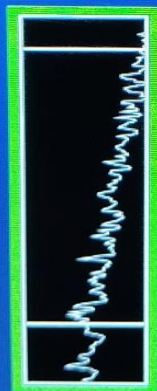
E-MESURES

FOIE



SONDE

	CAP (dB/m)	E (kPa)	
SD	MOYENNE	MÉDIANE	IQR/méd.
11	311	12,8	9%



13,6 kPa



11,9 kPa



12,8 kPa



11,5 kPa

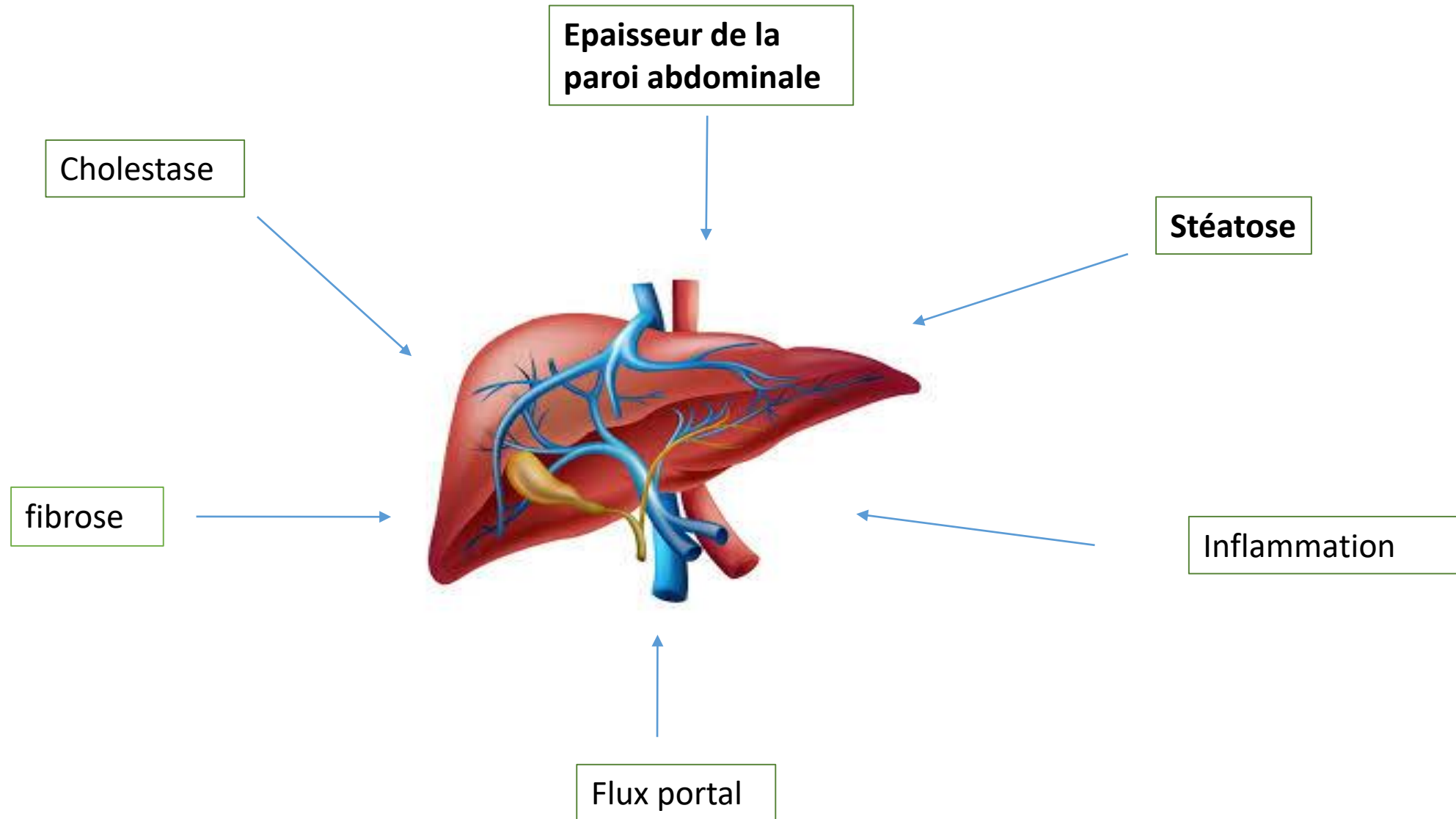


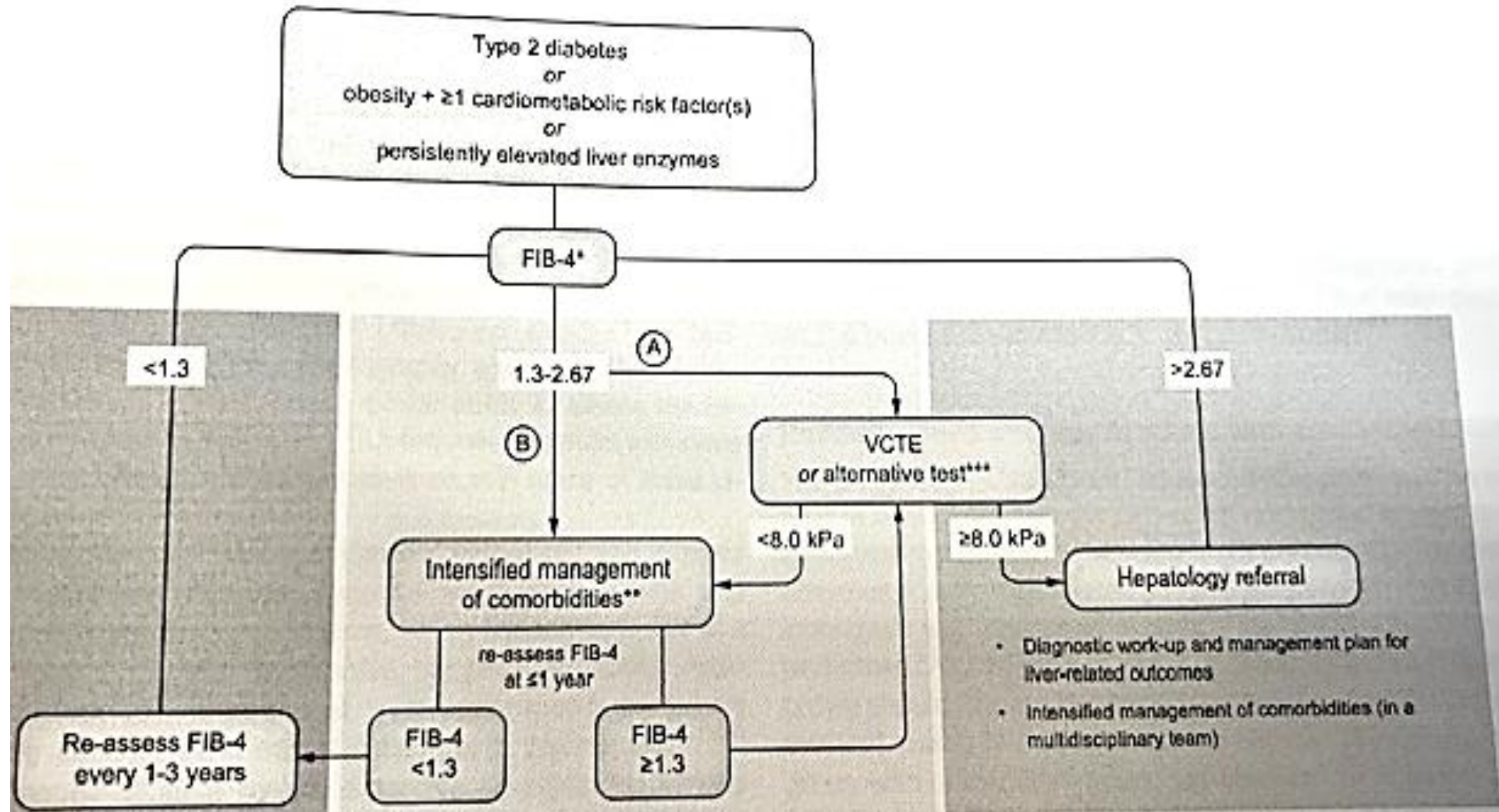
12,4 kPa

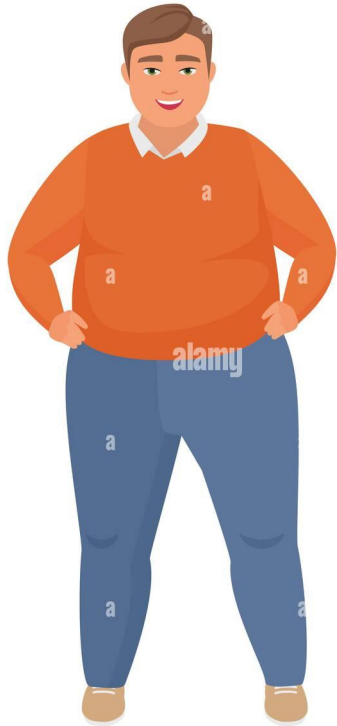


13,3 kPa

Les limites du fibroscan : L'élasticité hépatique ne reflète pas que la fibrose hépatique







E = 12,8Kpa CAP= 311

PETH > 200



Stéatose associée à une fibrose sévère ?

En demande de chirurgie bariatrique



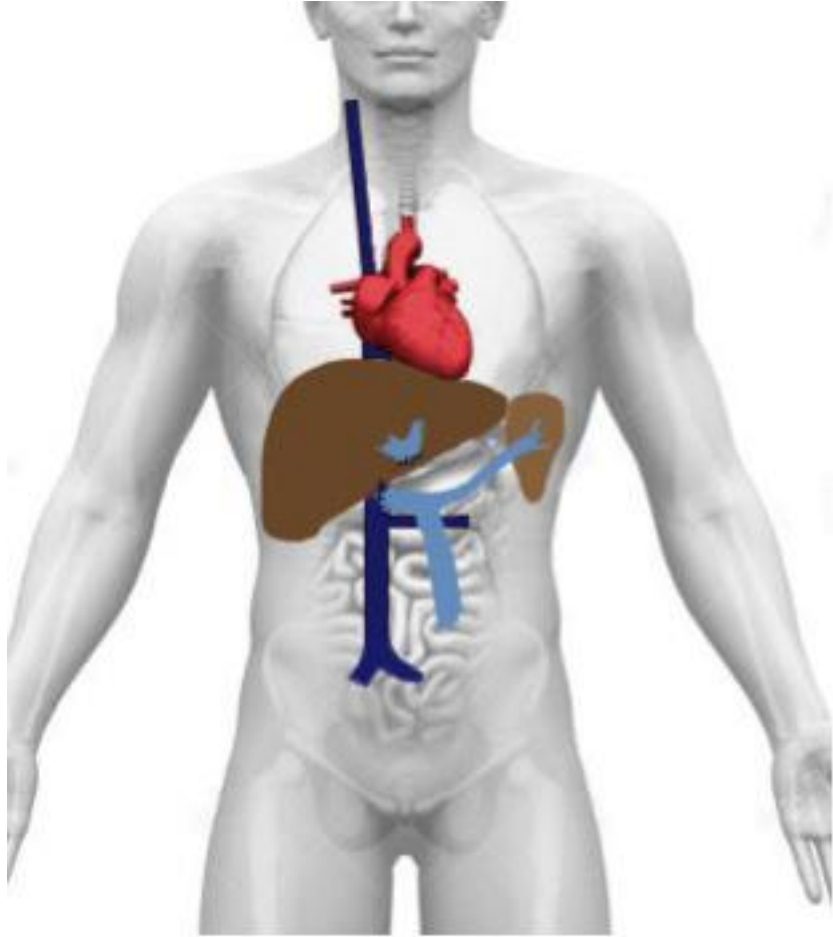
Comment compléter l'exploration hépatique ?

Que peut-on attendre de la chirurgie bariatrique dans ce cas?

Peut-on lui proposer autre chose?

Que fait-on avec sa consommation d'alcool?

Les explorations hépatiques complémentaires : la biopsie et la recherche d'une hypertension portale



Anastomose porto-cave termino-latérale

La mesure du gradient de pression porto cave par voie Trans jugulaire

N < 5mmHg

Hypertension portale cliniquement significative :

Gradient de pression porto cave > 10 mmHg

Ascite

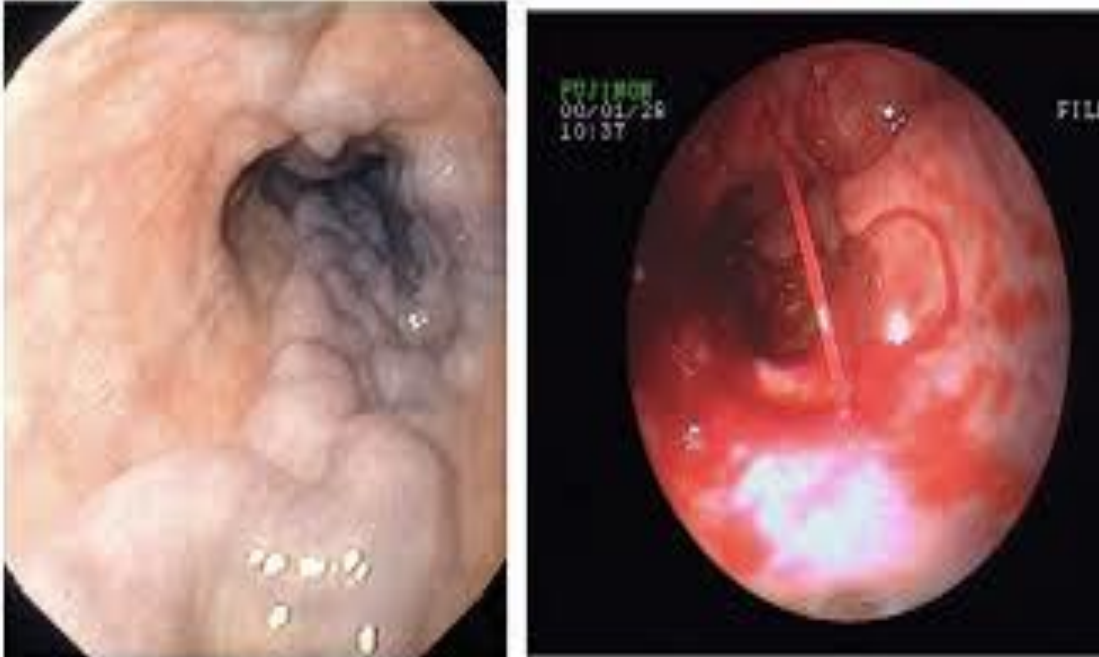
Varices œsogastriques

Shunt de dérivation

Les explorations hépatiques complémentaires : scanner abdominal au temps portal



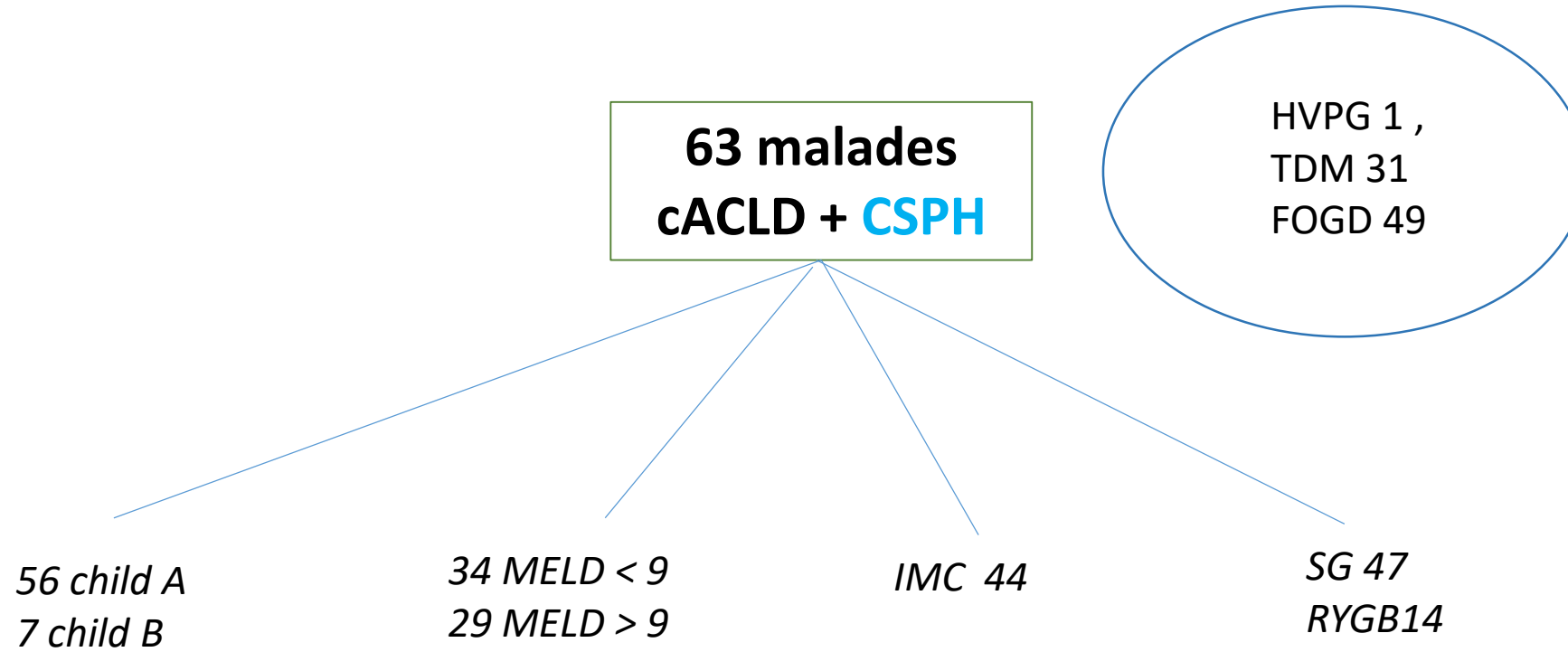
Les explorations hépatiques complémentaires : La FOGD



La chirurgie bariatrique est-elle sûre chez les patients cirrhotiques? Que dit la littérature ?

In adults with MASLD related compensated advanced chronic liver disease/ compensated cirrhosis who have an approved indication, bariatric surgery can be considered but careful evaluation (indication, type of surgery, presence of clinically significant portal hypertension) by a multidisciplinary team with experience is required

Bariportal : une étude française . Etude de cohorte multicentrique rétrospective sur 12 ans



Objectif ppal: Mortalité à 90 jours

Objectifs secondaires: perte pondérale et complications apparaissant dans le suivi 38 mois

IMC post op = 35

1 décès en post opératoire précoce => **2%**

5 saignements per op

1 encéphalopathie post op

3 thromboses portales

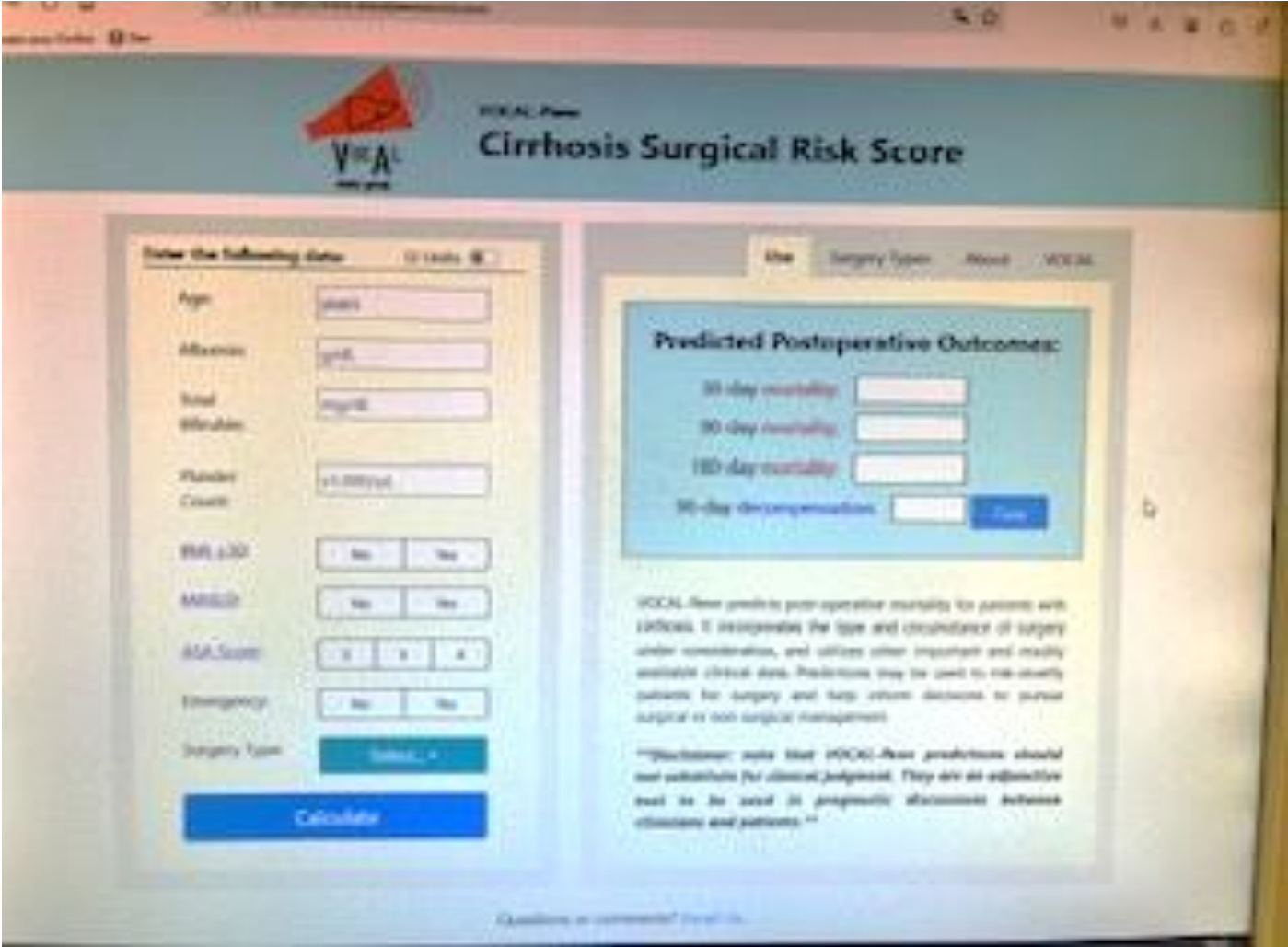
2 insuffisances rénale



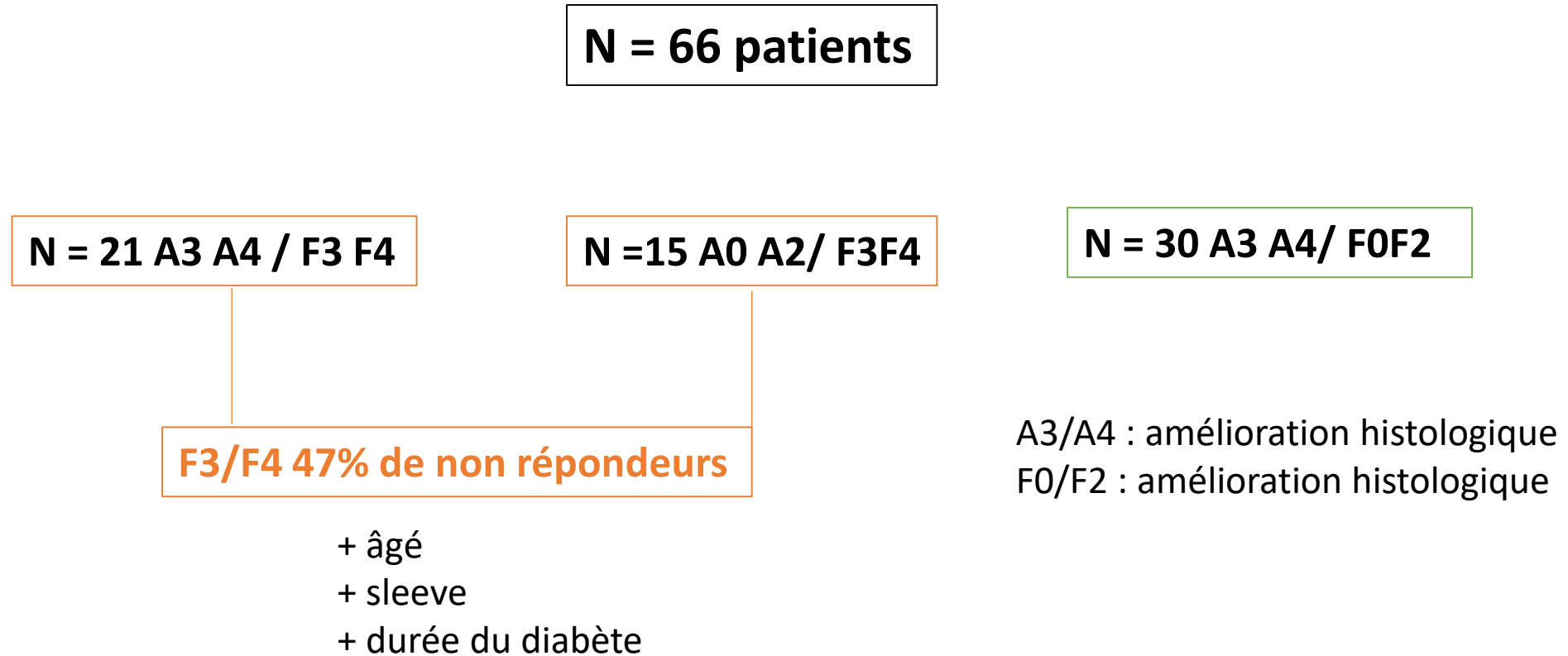
Mortalité entre 2 et 3% => mieux sélectionner les malades?

Données nutritionnelles pré opératoires (sarcopénie, carences)?, gradient de pression porto cave ? Score Vocal Penn?

Score Vocal Penn fait mieux que le Child ou le MELD



La chirurgie bariatrique est-elle efficace sur la diminution de la fibrose ?



Durée du suivi 5 ans F0/F2

Durée du suivi 3 ans F3/F4 => effet du suivi trop court?, recherche de co facteurs?

Peut-on lui proposer autre chose ? : Thérapie médicamenteuse ?



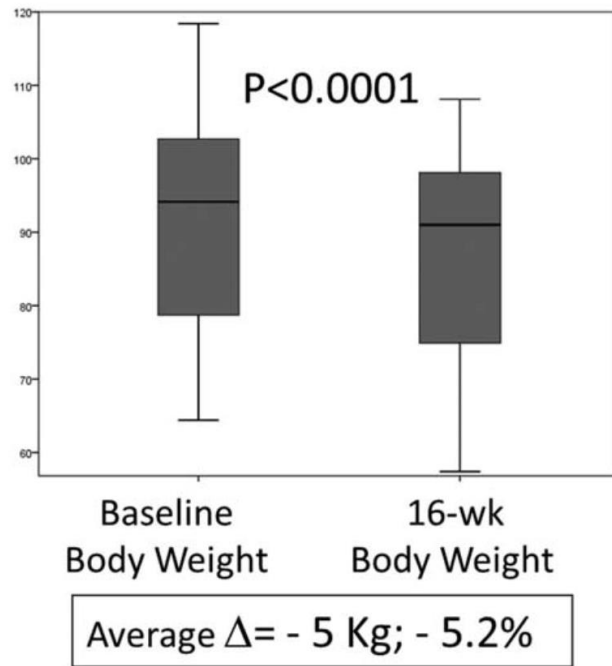


Diminution des évènements hépatiques

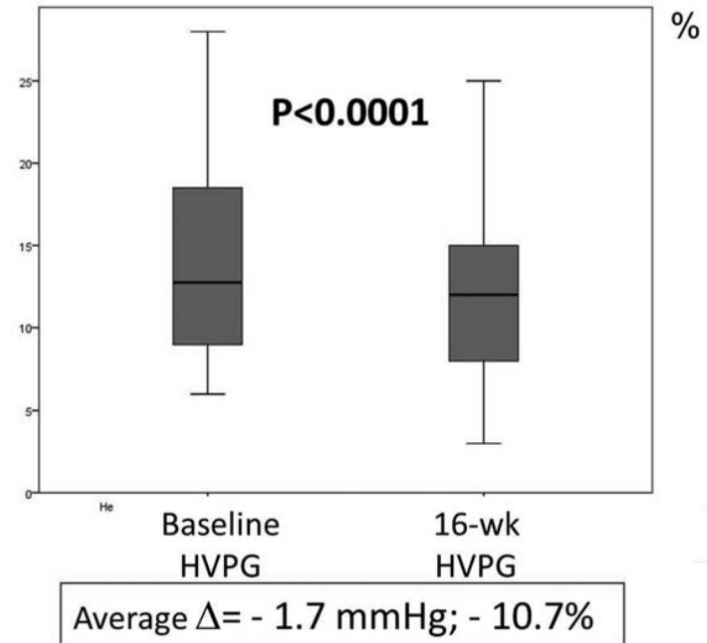
Peut-on lui proposer autre chose ? : Exercice physique

n = 50 IMC > 26

une séance de 60 min sport par semaine
régime -500 à -1000 kcal /j pendant 16 semaines



52% ont perdu > 5% de poids



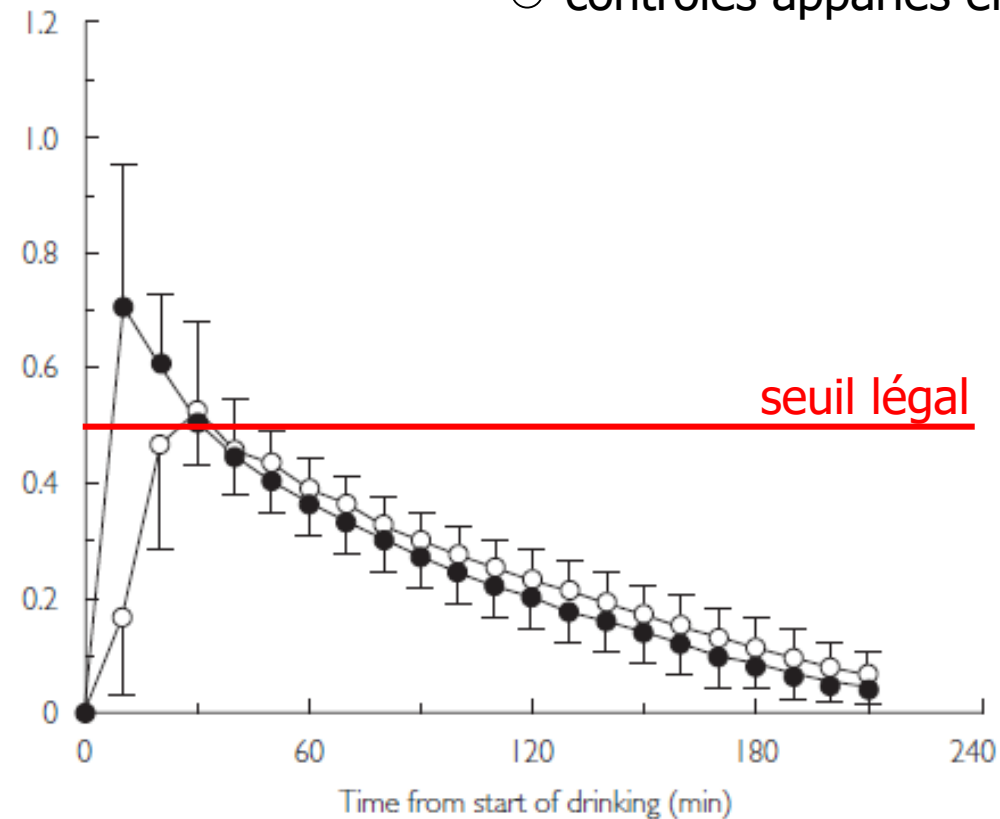
42% ont diminué de > 10% de gradient

Alcool et by pass



30 g alcool

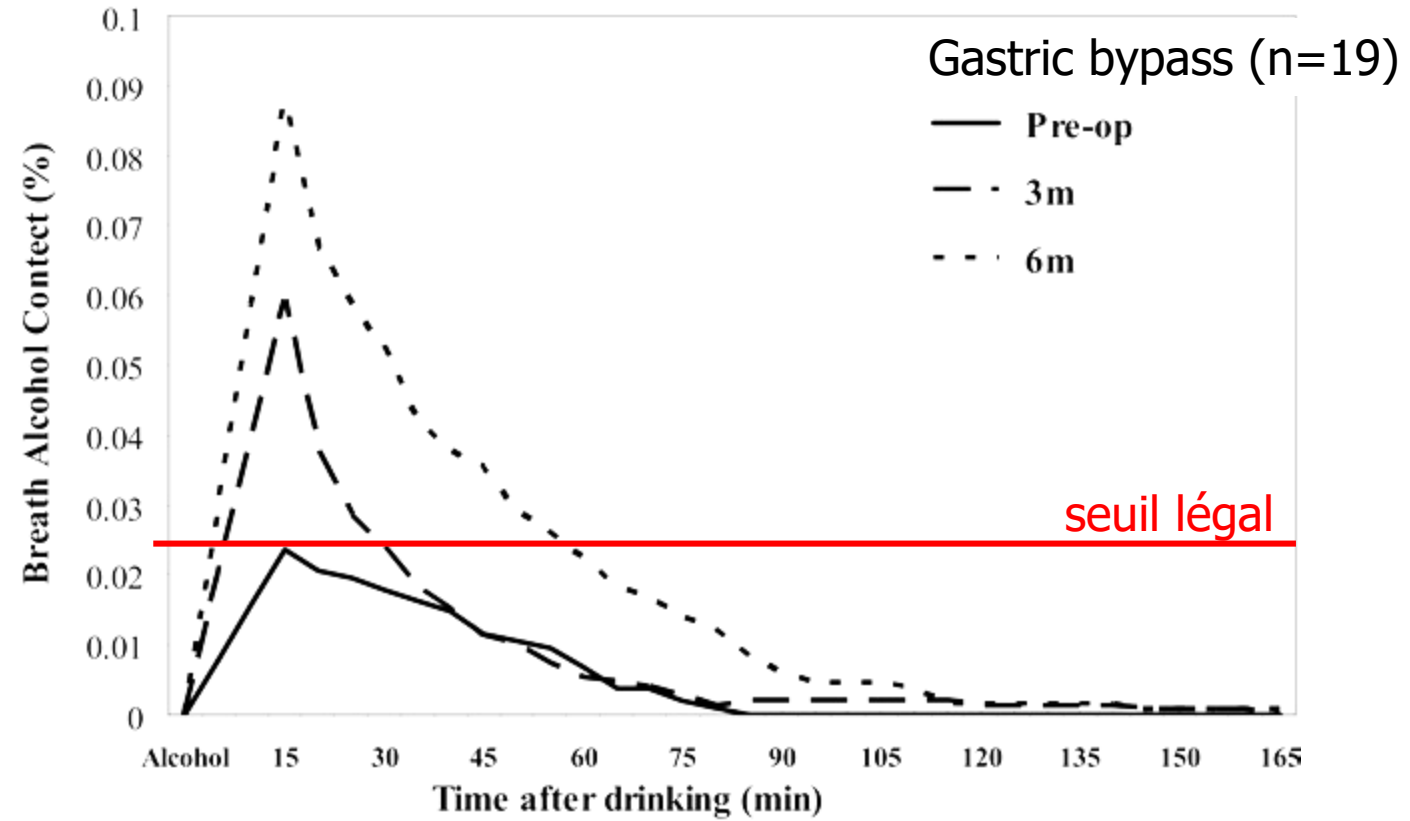
éthylémie (g/l)



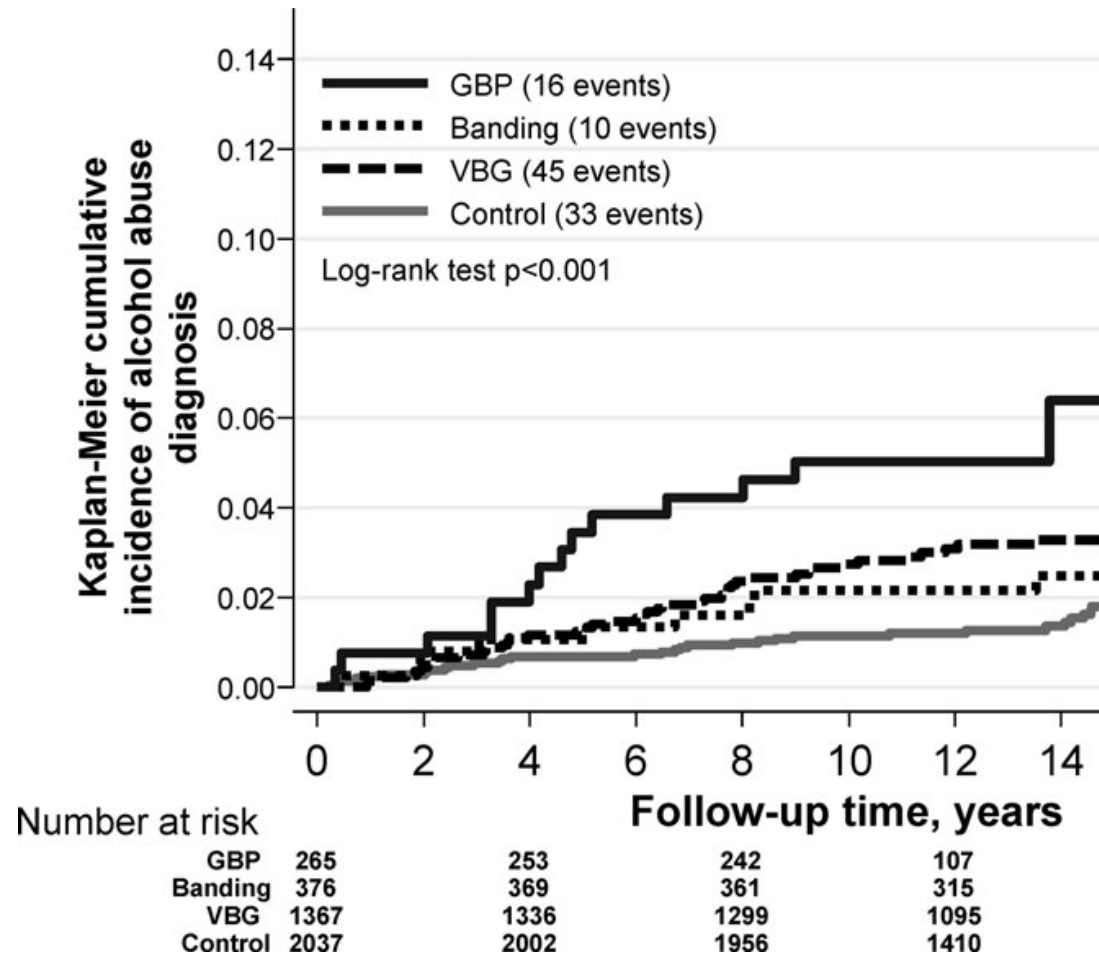
Alcool et by pass



150 ml
de vin



Dépendance après chirurgie bariatrique



Complications sévères de la cirrhose après chirurgie bariatrique

17 patients cirrhose décompensée 33 mois après la BS

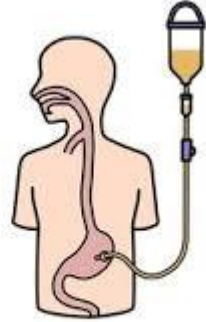
N= 17 dénutris sévères

N= 11 évaluation hépatique pré op

n= 3 abs de maladie hépatique
n= 3 NASH sans fibrose sévère
n = 5 child A MELD <9

N= 10 Conso OH excessive

n= 3 + avant la chir (AUDIT négatif)
n= 6 + 1 à 4 ans après la chir



3 transplantations hépatiques
1 décès
2 en liste d'attente de TH
6 cirrhoses compensées
5 cirrhoses stabilisées

Transfert d'addiction ?
Rapidité de la perte de poids ?
Pullulation bactérienne ?
Troubles du métabolisme de l'OH ?

Au final : Que dit-on à Henry ?



Peth > 200

Biopsie hépatique : cirrhose

Gradient de pression porto cave = 7mmHg

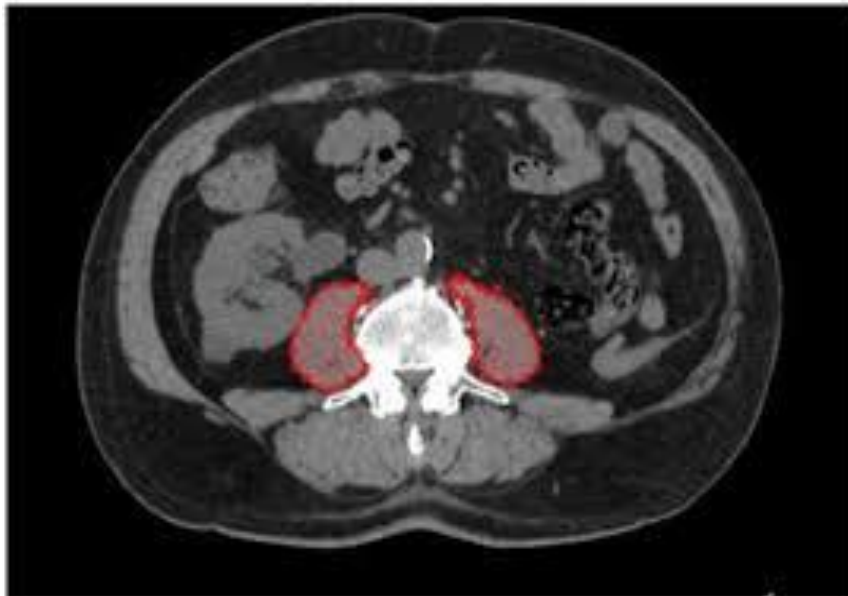
Absence de varices oesophagiennes



shutterstock.com · 1149960944



Vitamine A
Zinc



LIVRET ACCUEIL

Service d'addictologie



PÔLE MÉDECINE
DE GÉNÉRALISTES



Service d'addictologie

CHU
CLAUDE BERNARD LYON



www.chu-lyon.com

© 2019 CHU - Application CHU