

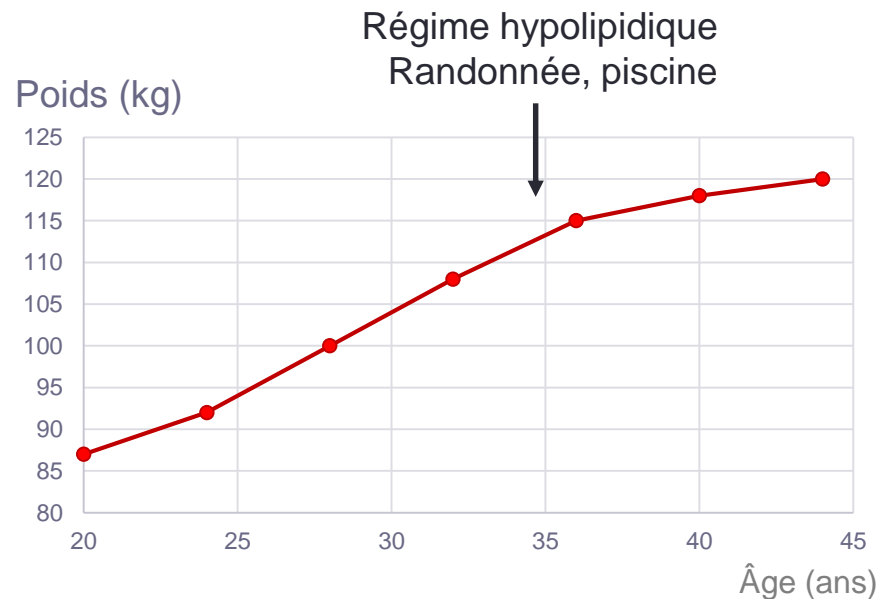
CHIRURGIE BARIATRIQUE ET MALADIE LITHIASIQUE

Pr Marie-Astrid PIQUET

Hépatogastro-entérologie Nutrition

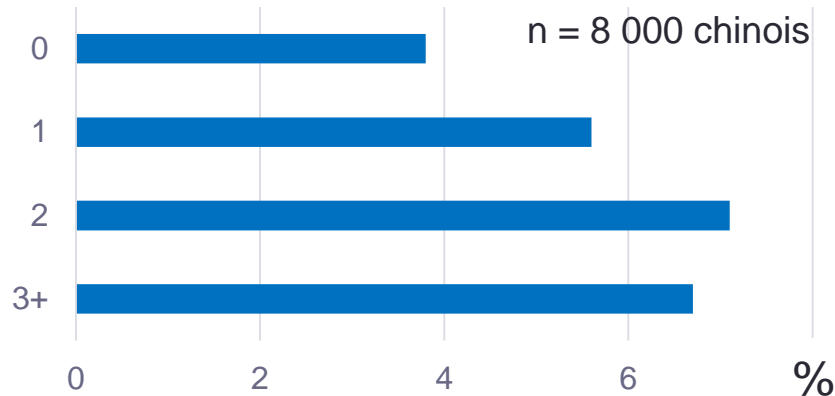
- Une femme de 44 ans
- 120 kg pour 1,64 m, IMC 45
- Bilan normal sauf hyperglycémie limite (1,20 g/l)
- Pas de symptômes sauf constipation ancienne
- Adressée pour chirurgie bariatrique

Histoire pondérale

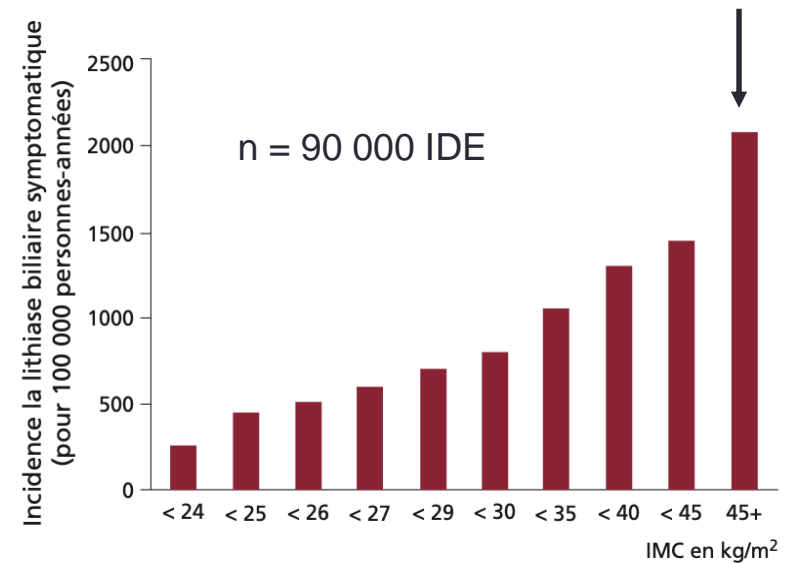




% de lithiase selon le nombre d'anomalies métaboliques



2% de lithiase biliaire symptomatique



Quels sont les mécanismes favorisant la lithiase chez cette patiente ?

Quels sont les mécanismes favorisant la lithiase chez cette patiente ?



Micelles

Vésicules



Phospholipides



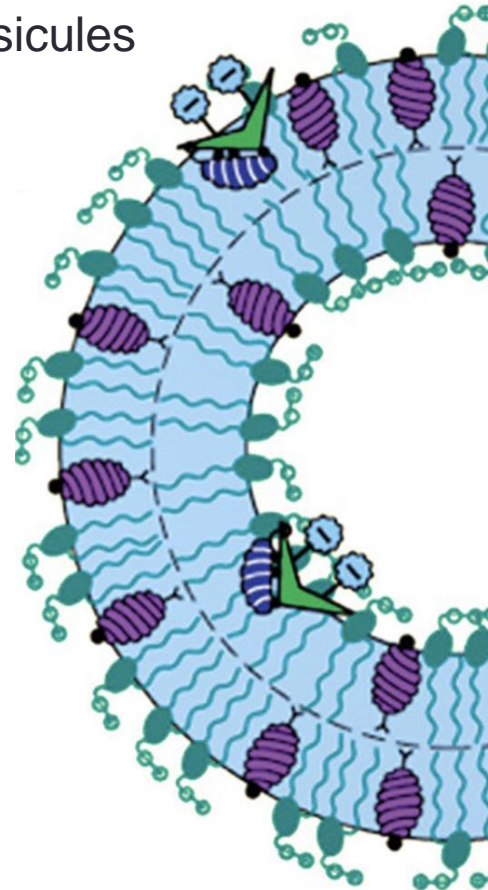
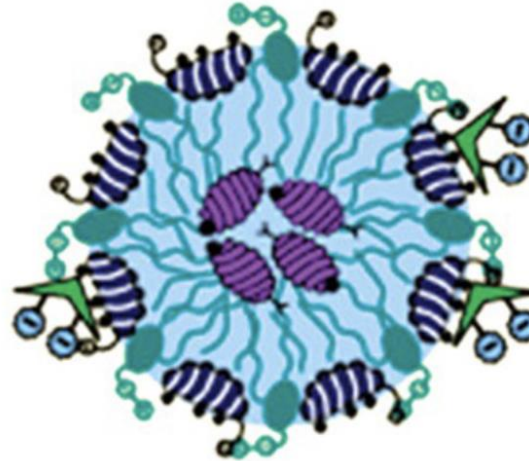
Cholestérol

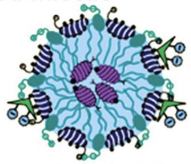


Bilirubine conjuguée

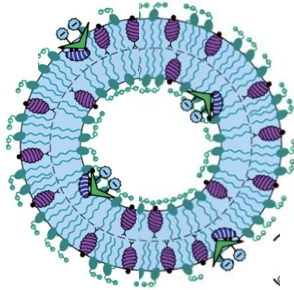


Acides biliaires





Micelles



Vésicules

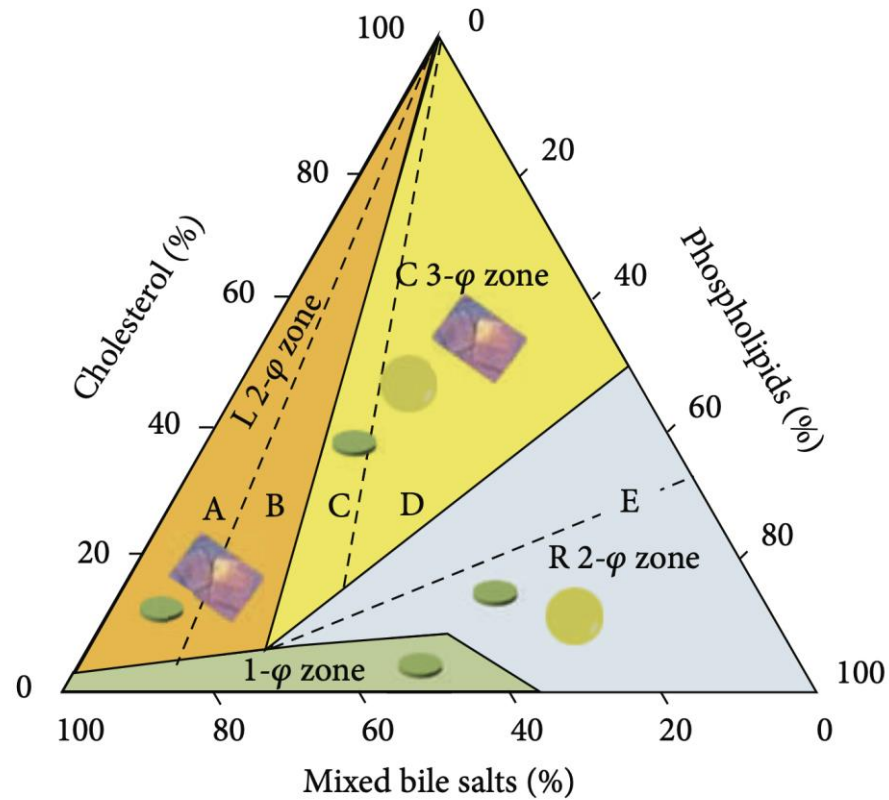





Cristaux



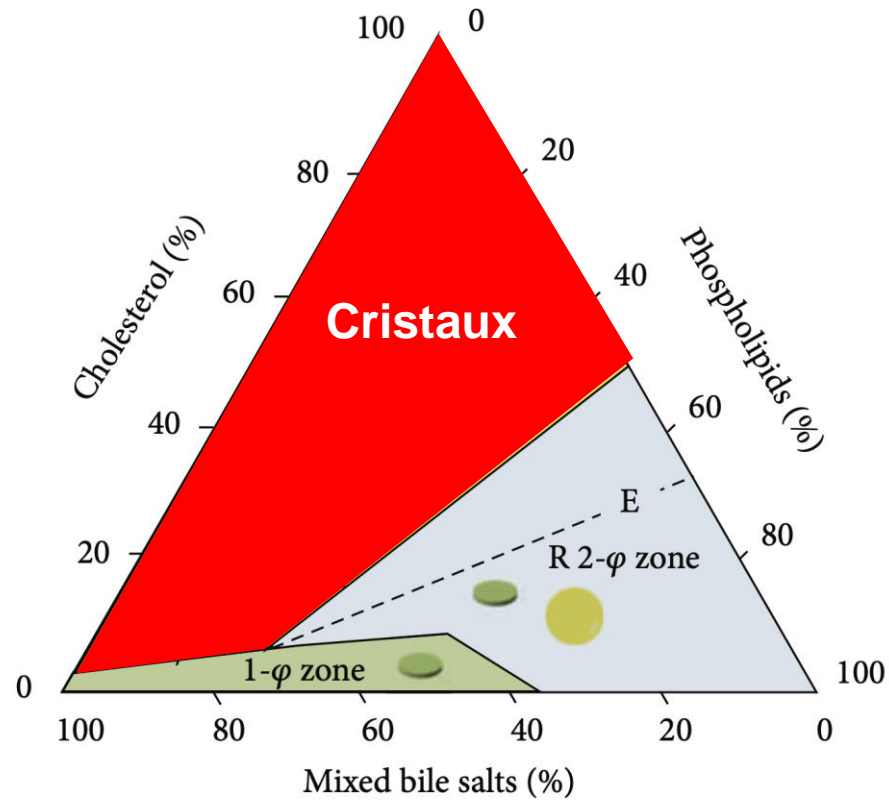
Lithiases




Sursaturation de la bile en cholestérol

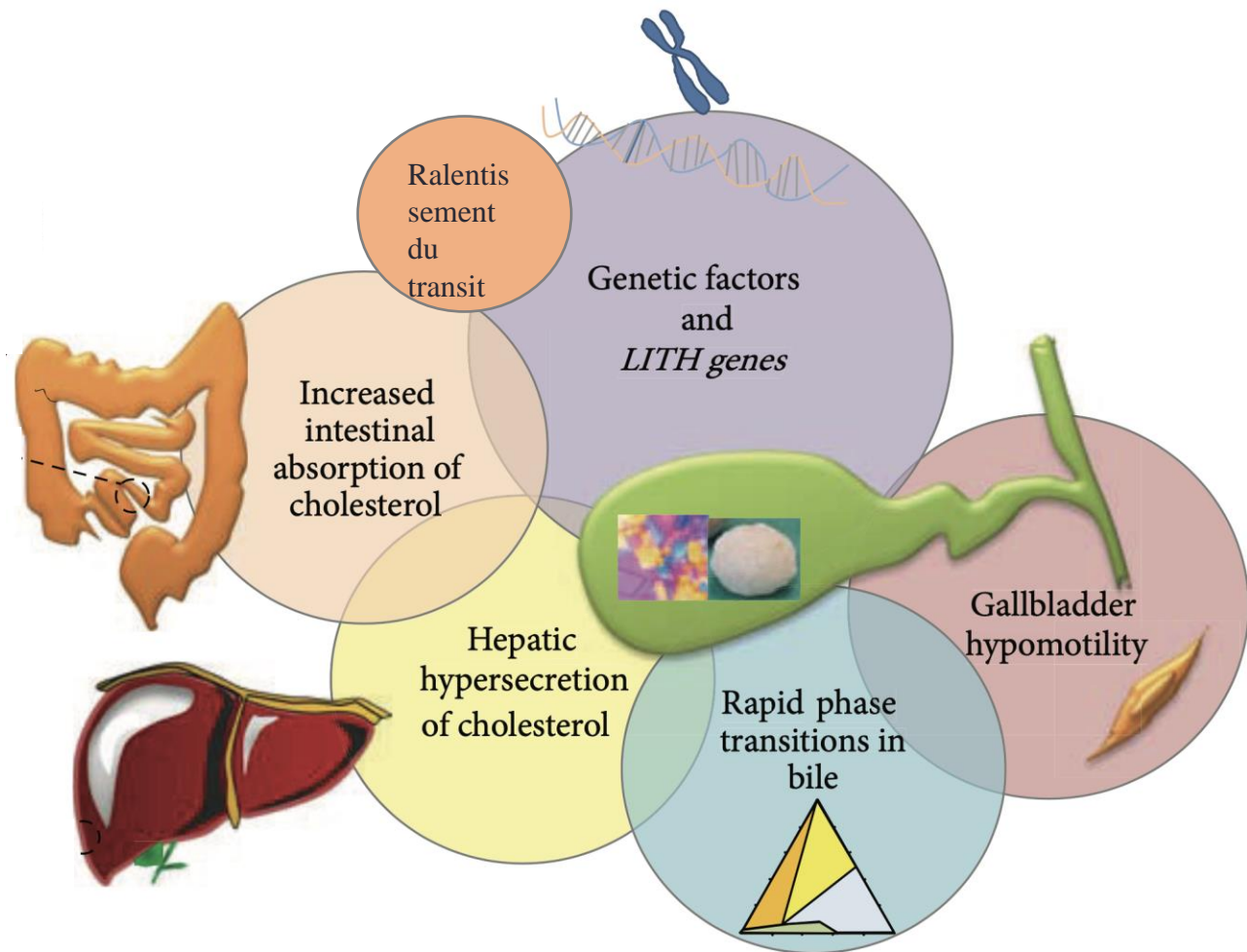


-  Micelles
-  Vesicles (liquid crystals)
-  Crystals

Sursaturation de la bile en cholestérol



-  Micelles
-  Vesicles (liquid crystals)
-  Crystals



Inactivité physique

Apport alimentaire
de cholestérol

Ralentissement
du
transit

Genetic factors
and
LITH genes

Increased
intestinal
absorption of
cholesterol

Inactivité physique
Oestrogènes

Gallbladder
hypomotility

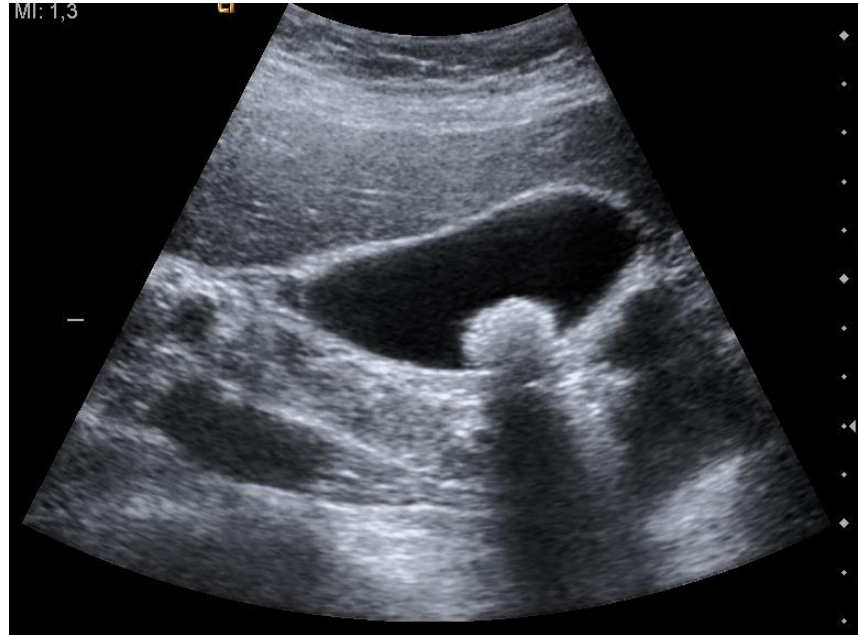
Hepatic
hypersecretion
of cholesterol

Rapid phase
transitions in
bile

Oestrogènes

Obésité
Insulino-résistance
Oestrogènes

Bilan pré chirurgie bariatrique (by-pass)
Patiente asymptomatique



Faut-il la cholécystectomiser dans le même temps que la chirurgie bariatrique?

wooclap

Faut-il faire une cholécystectomie concomitante au by-pass ?

1

Oui

48%

24 

2

Non

52%

26 ✓

Cholécystectomie concomitante?

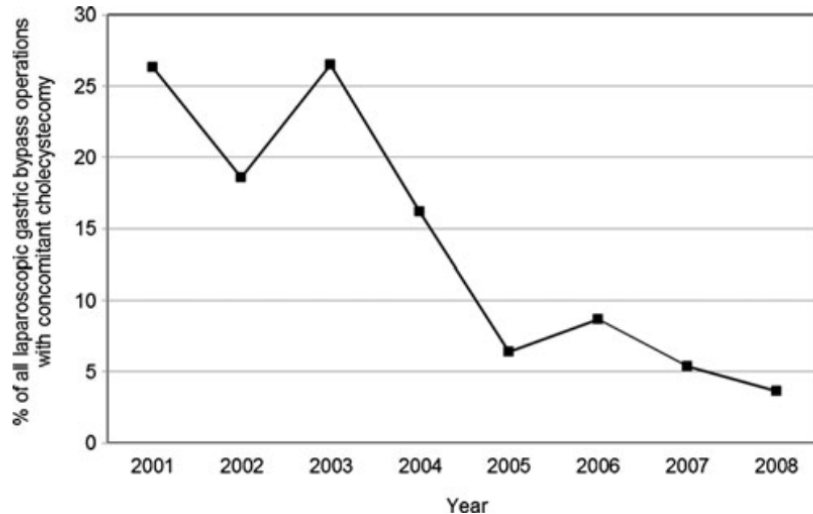
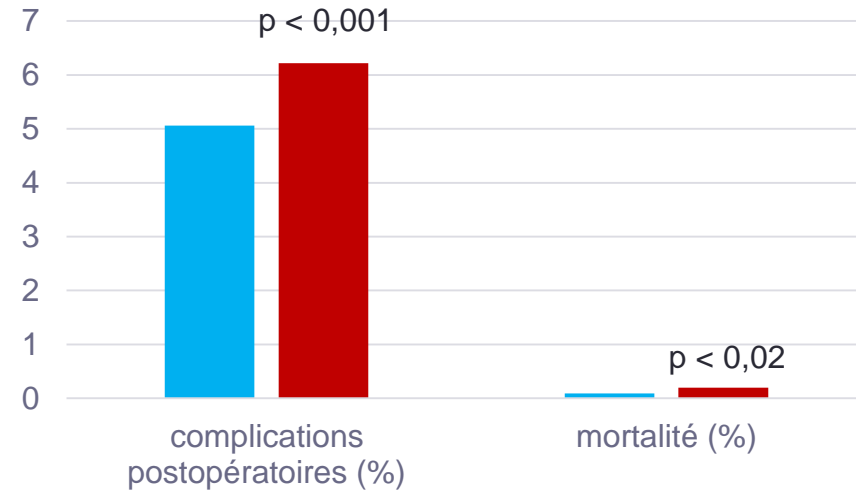
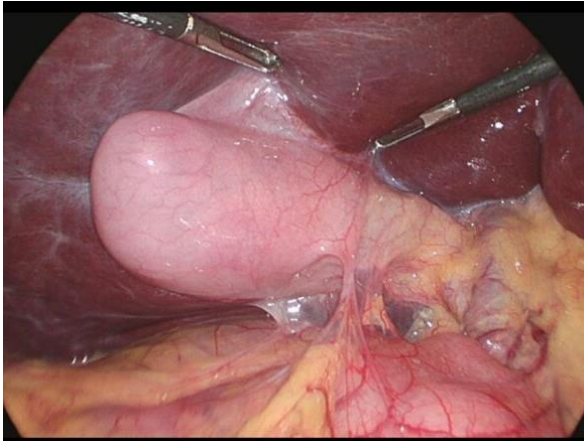


Fig. 1 Percentage of laparoscopic gastric bypass with concomitant cholecystectomy by year; Cochran–Armitage trend test: p for trend < 0.001



avec cholécystectomie (n=6 402)
sans cholécystectomie (n=63 885)

Cholécystectomie concomitante?



Méta-analyse

Avec cholécystectomie

Mortalité NS

Plus de complications post-opératoires

Position de la vésicule

Foie stéatosique

Fatigue de l'opérateur

Sans cholécystectomie

Risque de lithiase symptomatique 8% à 29 mois
(3 fois plus que la population générale)

Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux

Partie II : pré et post-chirurgie bariatrique

Chez un patient avec une lithiase vésiculaire en pré-opératoire

Si lithiase vésiculaire asymptomatique : la cholécystectomie systématique n'est pas indiquée en cas de chirurgie restrictive. En cas de chirurgie à composante malabsorptive, la cholécystectomie reste à l'appréciation du chirurgien

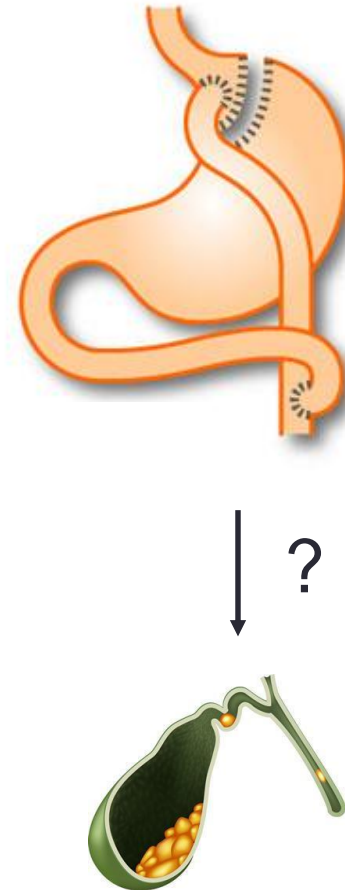
Si lithiase vésiculaire symptomatique, une cholécystectomie est recommandée avant ou pendant la chirurgie bariatrique, quel que soit le type de chirurgie

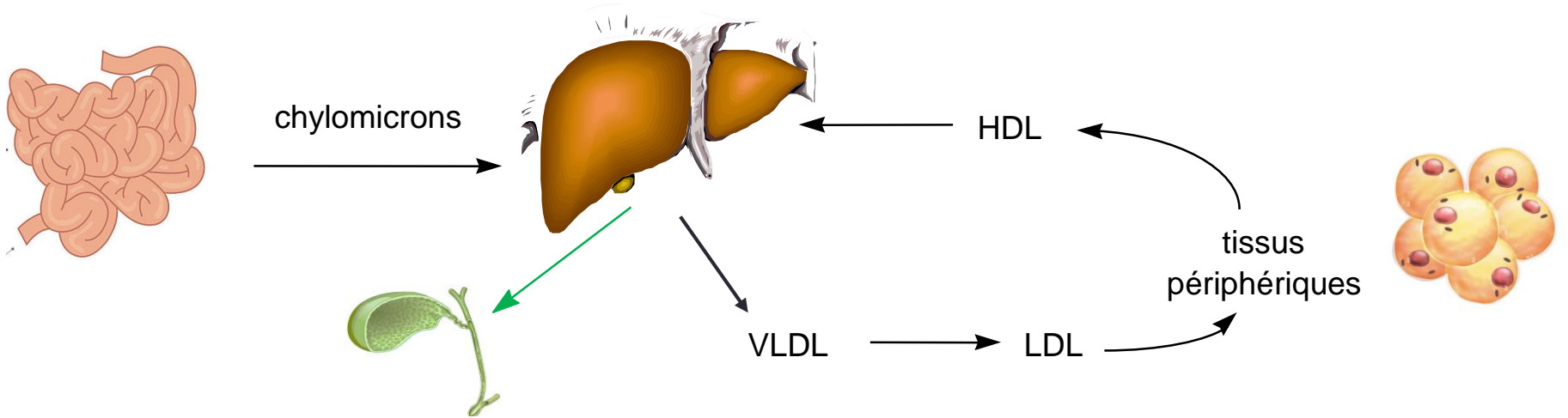


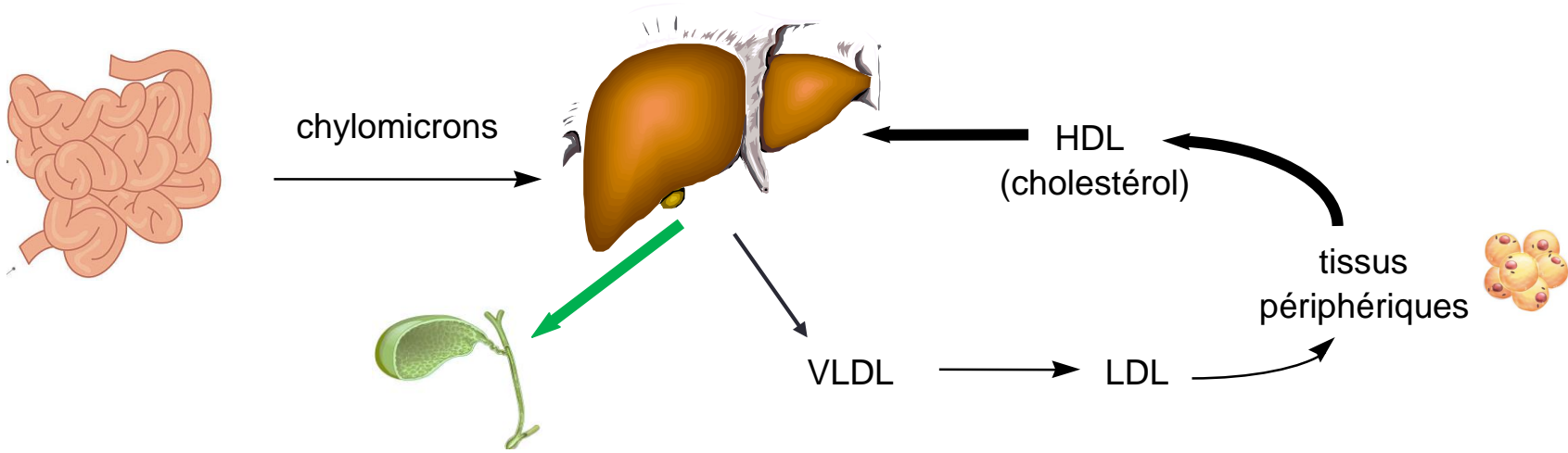
Bilan pré chirurgie bariatrique (by-pass)



Echographie normale







Bilan pré chirurgie bariatrique (by-pass)



Comment prévenir la lithiase ?



wooclap

Comment prévenir la lithiase post bypass?

1

limiter la perte de poids

25% 13 ✓

2

traitement hormonal

2% 1

3

acide ursodésoxycholique

70% 37 ✓

4

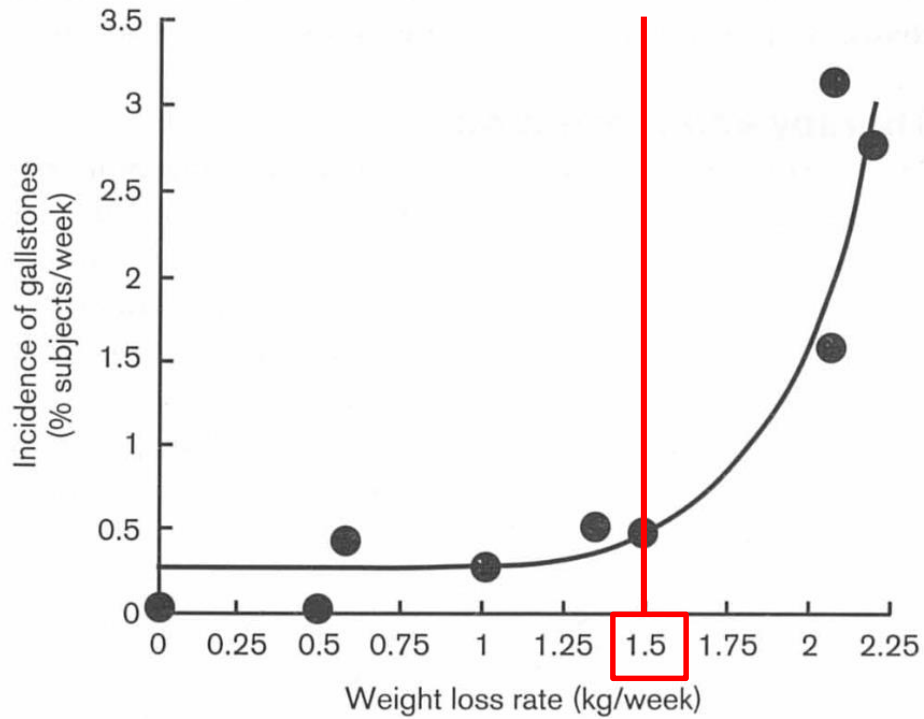
régime pauvre en lipides

45% 24

5

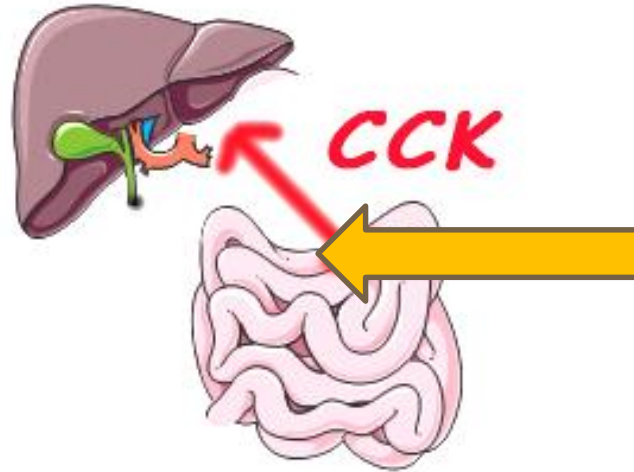
régime riche en lipides

2% 1 ✓

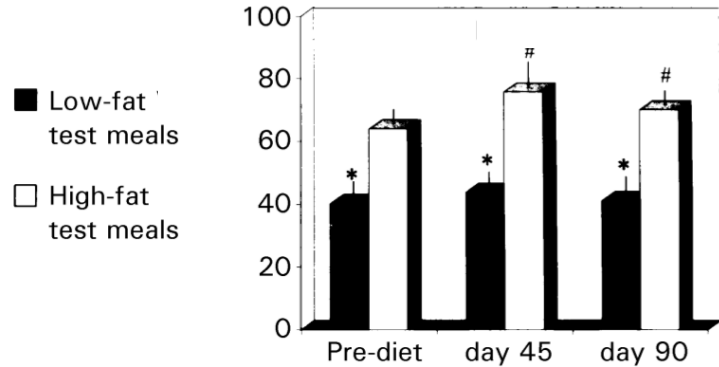




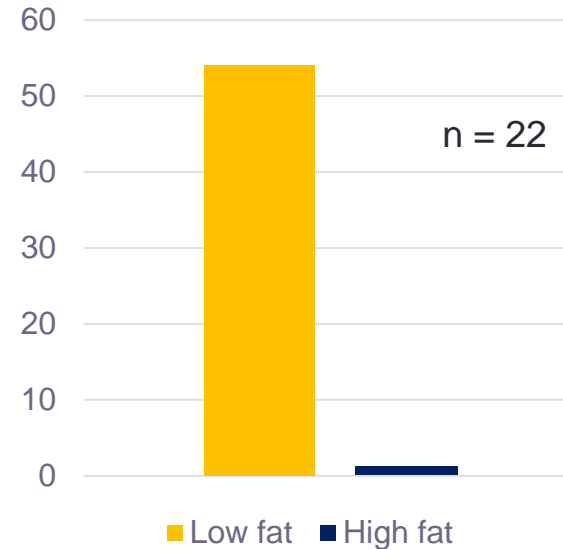
Contraction
vésiculaire



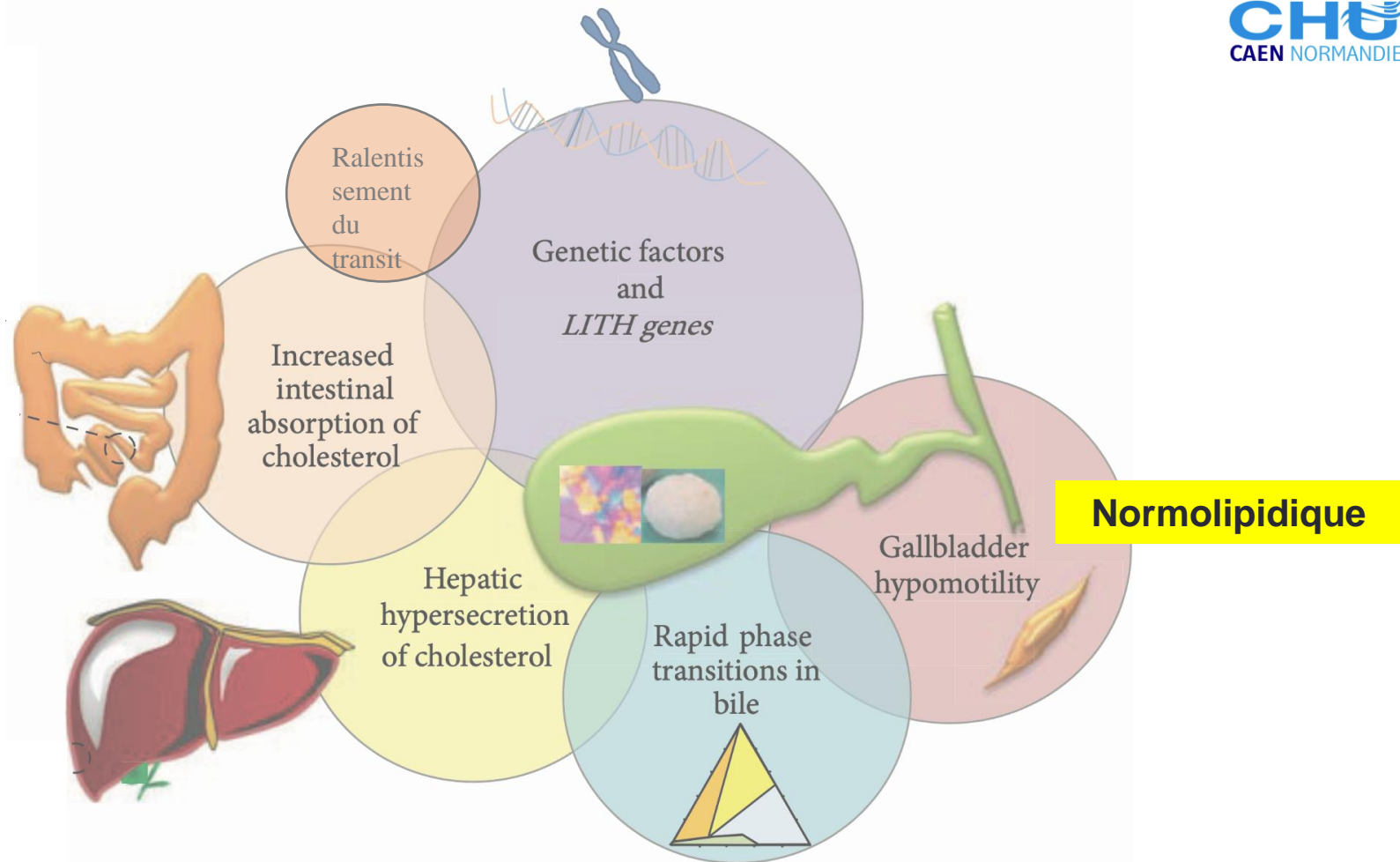
n = 22 patients obèses en restriction calorique
500-1000 kcal/j, lipides 3g/j versus 12 g/j

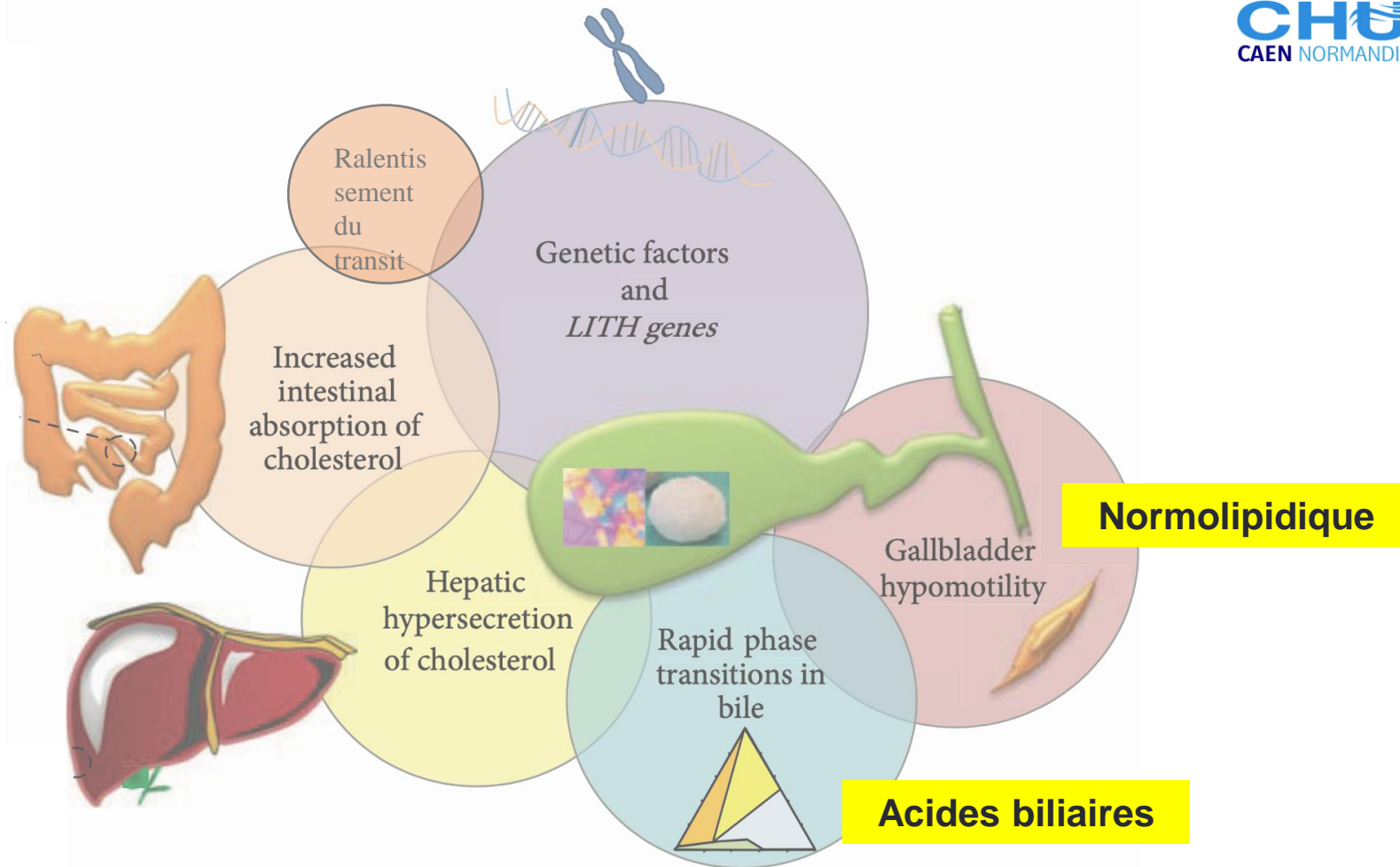


% de vidange vésiculaire après repas

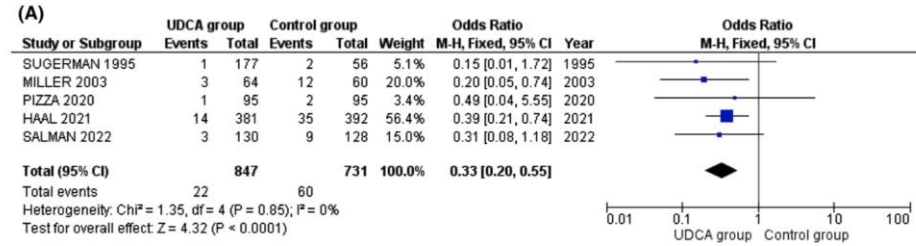
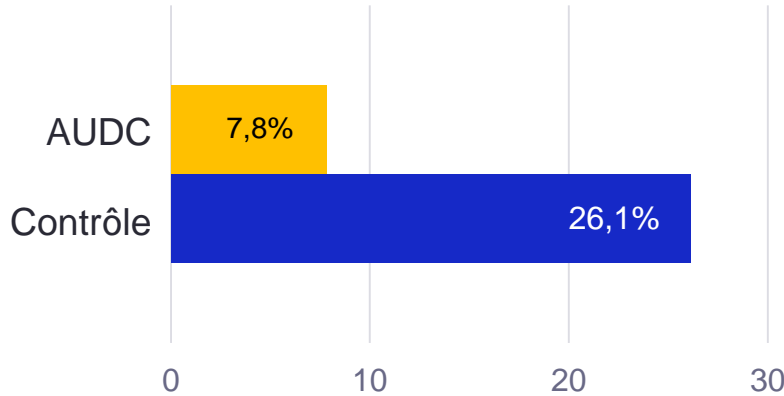
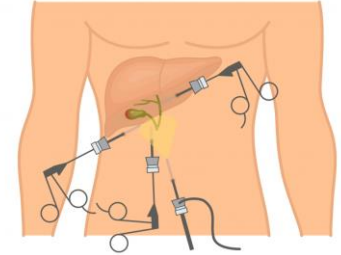
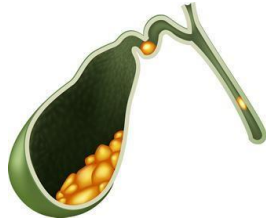


% de lithiasie à 6 mois





Méta-analyse sur l'AUDC 500 - 600 mg/j



Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux

Partie II : pré et post-chirurgie bariatrique

En l'absence de lithiase vésiculaire connue en préopératoire : AUDC à la dose de 500 mg par jour pour une durée de 6 mois, quel que soit le type de chirurgie bariatrique (hors AMM)

Activité physique

Fibres

Ralentissement
du
transit

Genetic factors
and
LITH genes

Increased
intestinal
absorption of
cholesterol

Hepatic
hypersecretion
of cholesterol

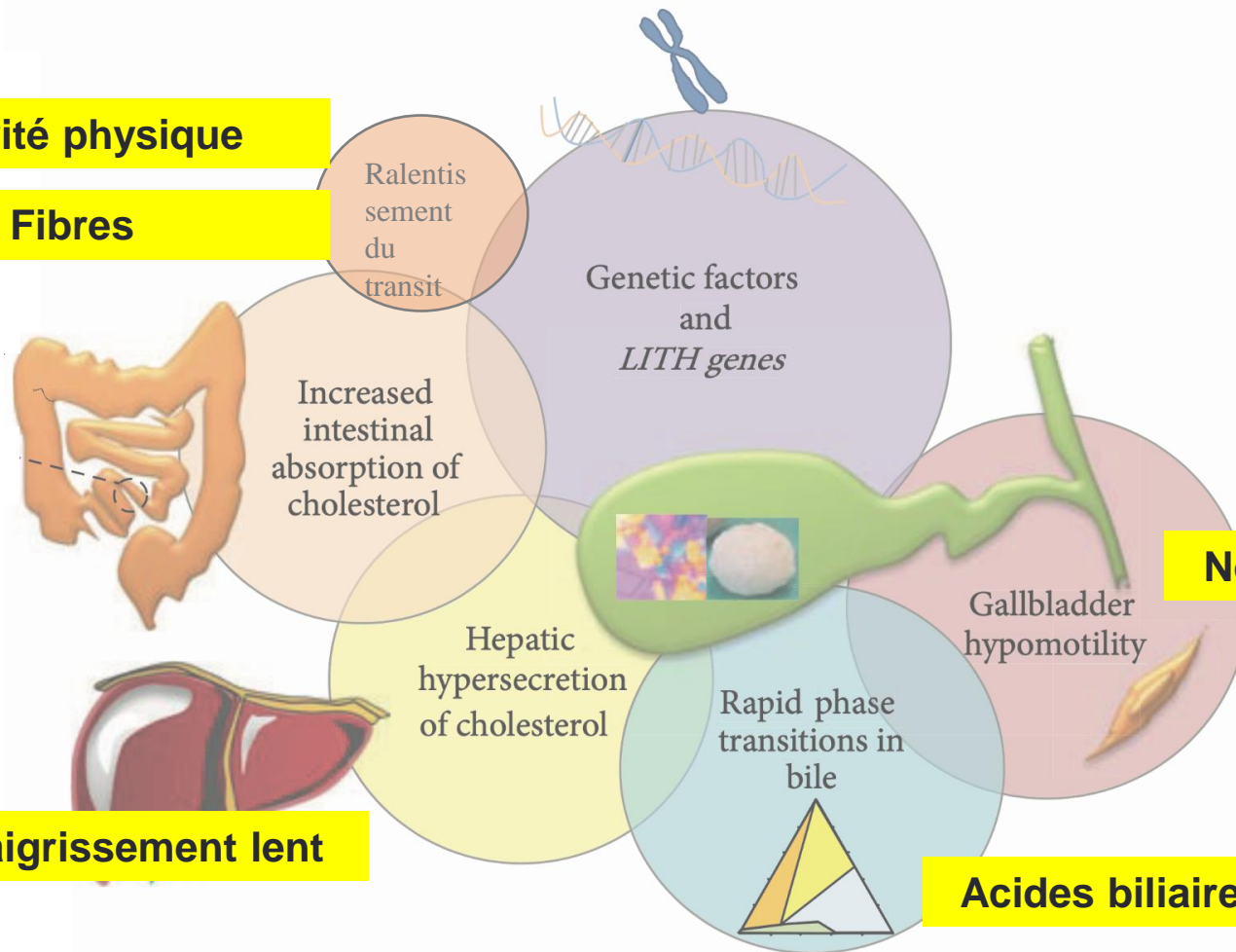
Gallbladder
hypomotility

Rapid phase
transitions in
bile

Amaigrissement lent

Normolipidique

Acides biliaires (AUDC)



6 mois après le by-pass...

Douleur

- sus-ombilicale en barre épigastrique, sans irradiation
- à type de spasme
- dure quelques heures

BH, CRP, NFS normaux

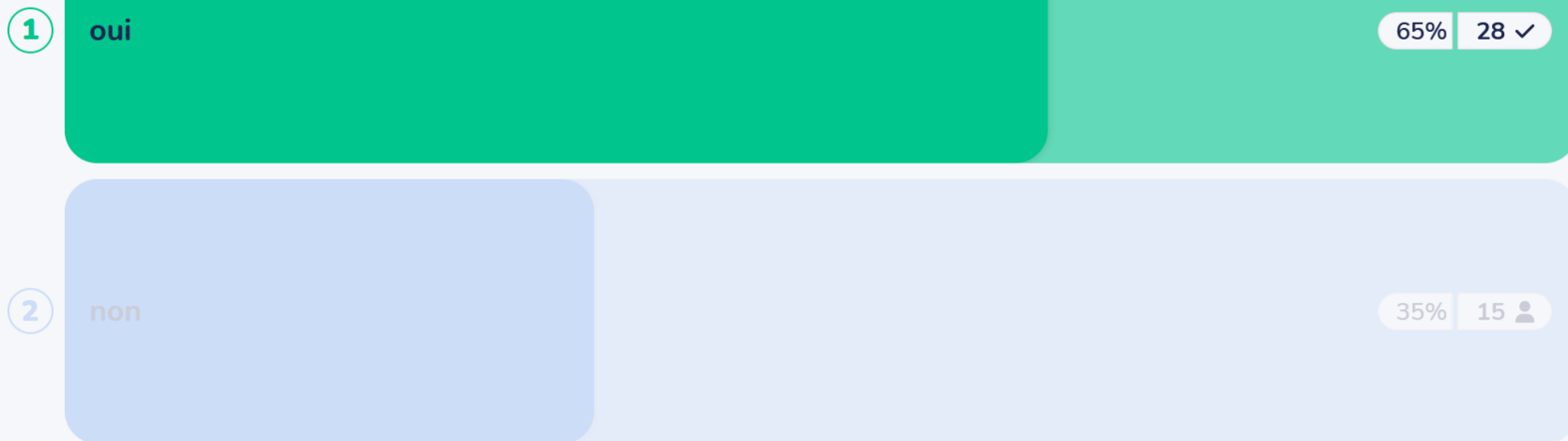
Echographie



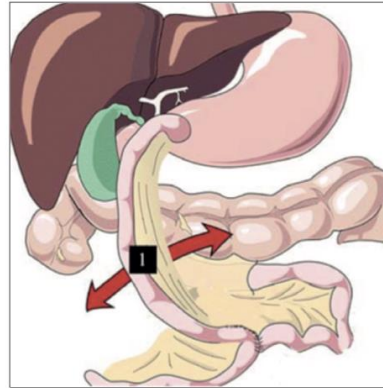
Complétez-vous
par un TDM ?

wooclap

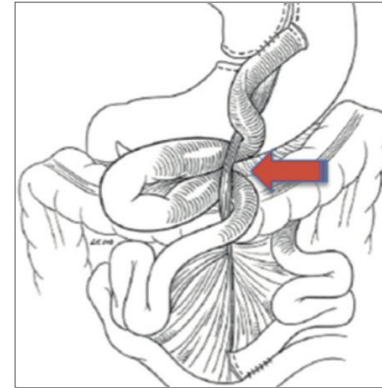
Complétez-vous par un TDM ?



Intérêt du scanner dans les complications de chirurgie bariatrique

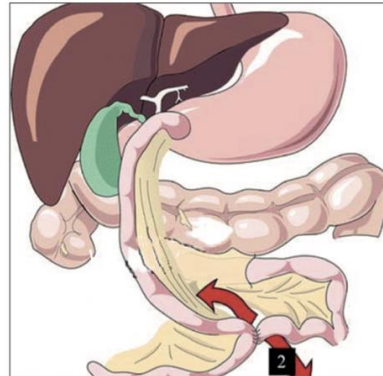


Incarcération de l'anse commune ++

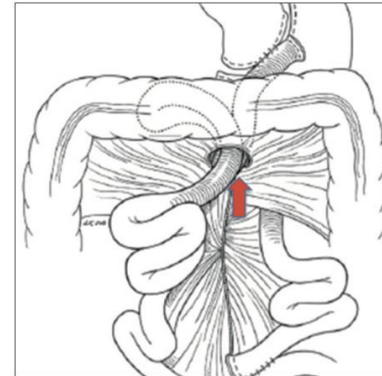


Twist de l'anse alimentaire

Hernies dans l'espace de Petersen



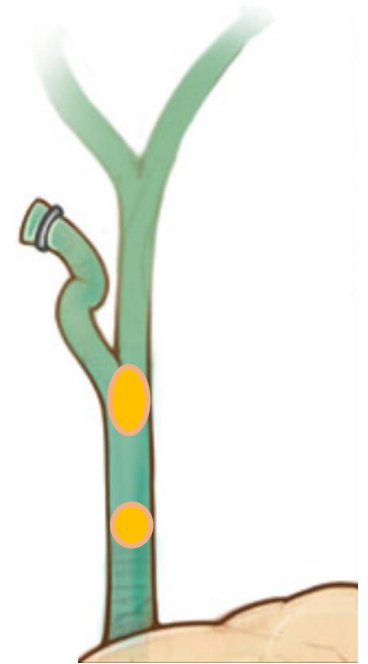
Hernies dans la brèche méésentérique

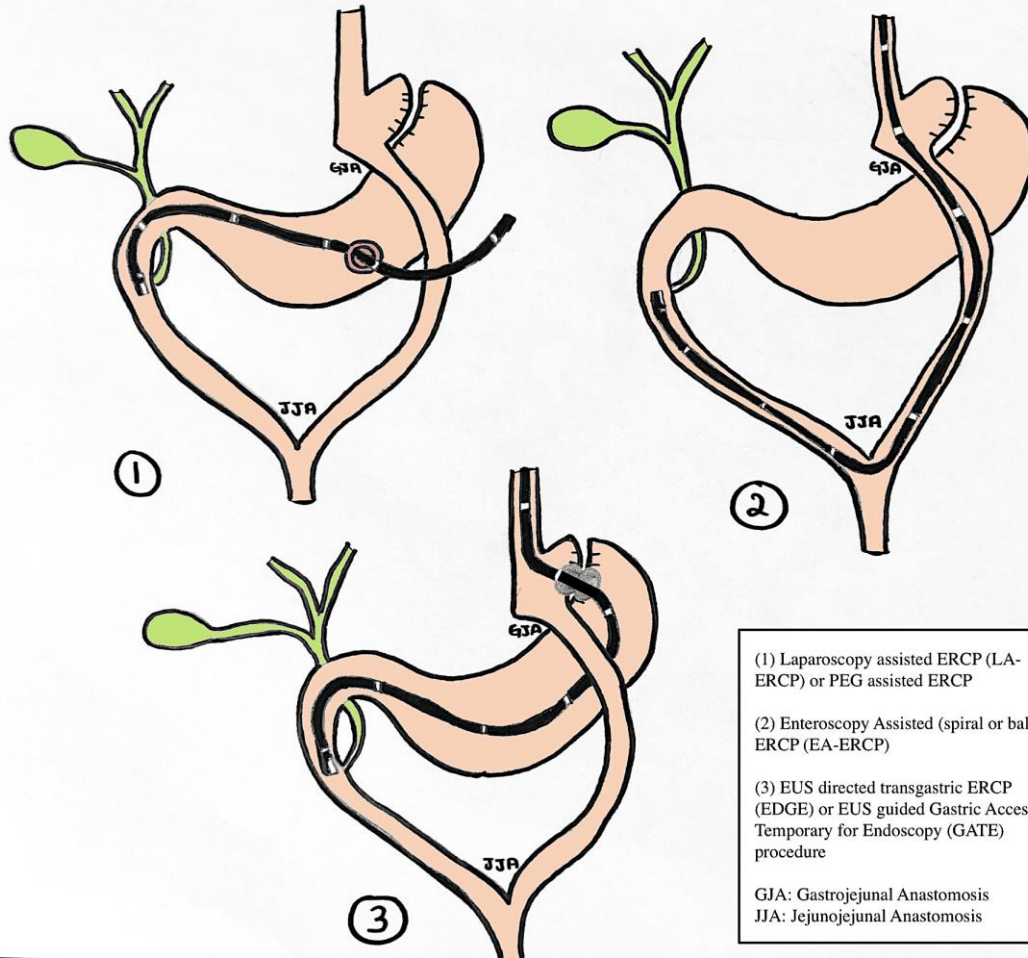


Hernies transmésocoliques



- Quelques années après le by-pass...
- Elle a été cholécystectomisée pour sa lithiase symptomatique
- Elle revient avec une lithiase de la VBP





Selon expertise locale

- (1) Laparoscopy assisted ERCP (LA-ERCP) or PEG assisted ERCP
- (2) Enteroscopy Assisted (spiral or balloon) ERCP (EA-ERCP)
- (3) EUS directed transgastric ERCP (EDGE) or EUS guided Gastric Access Temporary for Endoscopy (GATE) procedure

GJA: Gastrojejunal Anastomosis
JJA: Jejunojejunal Anastomosis

Amaigrissement lent

Acides biliaires (AUDC)

Activité physique

Fibres

Normolipidique

