

3^{ÈME} JOURNÉE TERRITORIALE DE LA FILIÈRE OBÉSITÉ (JTO)

du Centre Spécialisé de l'Obésité
Caen Normandie (CSO Caen Normandie)

Vendredi 15 novembre 2024

> 8 h 45 à 17 h

Conférences au Musée
des Beaux-Arts
Château de Caen

CHU
CAEN NORMANDIE

Nouvelles recommandations en obésité de l'adulte : prise en charge médicale

Véronique SAVEY

Pour les professionnel(le)s de santé impliqué(e)s dans la prise en charge
de l'obésité dans les territoires de santé Manche-Orne-Calvados



CENTRE SPÉCIALISÉ DE L'OBÉSITÉ

Recommandations

Juin
2022



RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

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

PARTIE I : PRISE EN CHARGE MÉDICALE
Cette RBP sera complétée en 2023 avec le travail sur la chirurgie bariatrique
en cours.

NIVEAUX DE RECOURS EN FONCTION D'UN NOUVEAU PHÉNOTYPAGE DE L'OBÉSITÉ



Niveau 1

Médecin généraliste
**(coordinateur de la prise
en charge de l'obésité)**

Diététiciens

Pharmaciens

Médecins du travail...

Quel patient pour quel niveau de PEC ?



Un seul élément de chacune des 7 colonnes « paramètres de phénotypage » suffit à classer l'obésité dans le stade de sévérité.

Paramètres de phénotypage						
1	2	3	4	5	6	7
IMC	Retentissement médical	Qualité de vie ou fonctionnel	Troubles psychologiques, psychiatriques, troubles cognitifs	Etiologie de l'obésité	Comportement alimentaire	Trajectoire pondérale

	IMC	Retentissement médical	Qualité de vie	Troubles psychologiques, psychiatriques, troubles cognitifs	Etiologie de l'obésité	Comportement alimentaire	Trajectoire pondérale
NIVEAU 1 Stade 1a et 1b	$30 \leq \text{IMC} < 35$	HTA, DT2, SAHOS, NAFLD ou autres complications/comorbidités gérées de façon satisfaisante	Impact modéré sur QDV et sur l'état de santé Ou Atteinte fonctionnelle modérée	Retentissement psychologique léger Ou Troubles psychiatriques bien gérés	Commune	Impulsivité alimentaire sans accès boulimique	

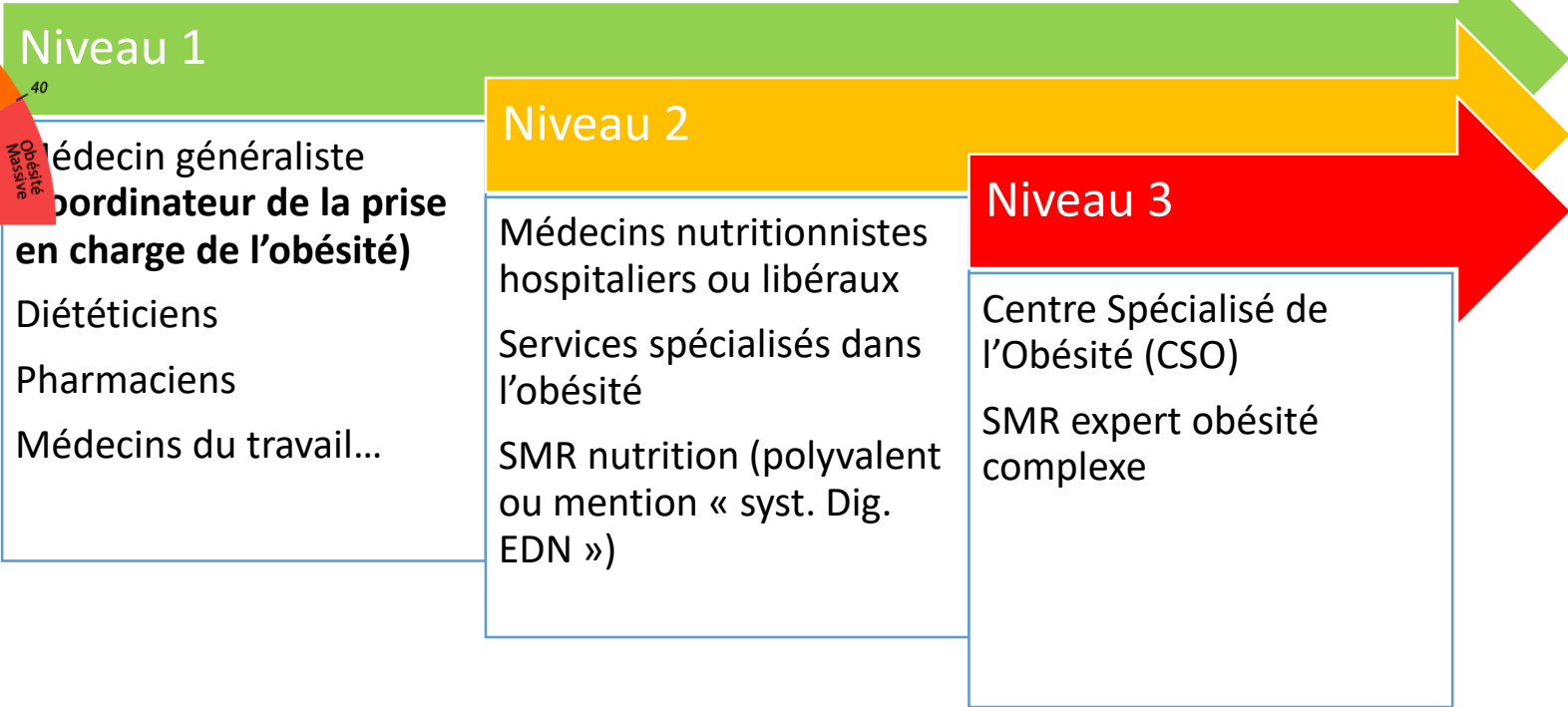
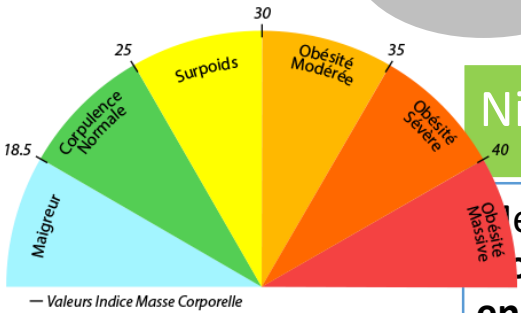
M. A. , 55 ans
 IMC 34
 DT2 non compliqué, SAHOS léger
 HTA bien contrôlée
 Stéatose hépatique



Mme B. , 38 ans
 IMC 34
 Infertilité
 Bipolarité traitée stable
 Compulsions alimentaires



Mme G. , 52 ans
 IMC 38
 Arthrose sévère du genou
 BPCO
 Périmètre de marche 100m





FICHE COMPLETE des phénotypes d'obésité

PHENOTYPES d'OBESITE

Stade	IMC	Retentissement médical	Qualité de vie	Troubles psychologiques, psychiatrique, troubles cognitifs	Etiologie de l'obésité	Comportement alimentaire	Trajectoire pondérale
1a	30-35	aucun	<u>Pas</u> d'impact	. <u>Aucun</u> trouble . Troubles ayant <u>peu d'incidence</u> sur comportement alimentaire	Commune	Pas d'impulsivité	. Initiation de PEC . Obésité apparue à l'âge adulte
1b	30-35	. HTA . DT2 . SAHOS . NAFLD . autres complic /comorbidité bien gérées	. Impact <u>modéré</u> . Atteinte fonctionnelle <u>modérée</u> (dyspnée stade 2, dlrs occasionnelles)	. Retentissement psychologique <u>léger</u> . Troubles psychiatriques <u>bien gérés</u> Faible estime de soi/affirmation de soi	Commune	Impulsivité alimentaire sans accès boulimique Grignotages	. Obésité apparue dans l'enfance . 1 épisode de rebond pondéral
2	35-50	. HTA résistante . DT2 difficile à contrôler . NASH/fibrose . SAHOS sévère . SOH... . <u>Maladie chr aggravée</u> par obésité sans risque majeur . <u>Infertilité</u> . <u>SOPK</u>	Impact <u>marqué</u>	Pathologie psychiatrique et avec <u>net impact</u> pondéral et/ou comportemental Troubles de l'attachement TDAH Personnalité dépendante Anxiété sociale Dysmorphophobie Mauvaise gestion des émotions	. Commune avec facteur aggravant : trauma psy . Prise de poids sur dlrs chr . Médicaments obésogènes	Accès de boulimie épisodiques (Compulsions)	. ≥ 2 épisode de rebond pondéral . <u>Grossesse après chirurgie bariatrique</u>
3a	35-50 + 1 autre colonne	Aggravation par l'obésité d'une maladie chronique exposant à un <u>risque majeur</u> ou un <u>handicap fonctionnel</u> (BPCO, maladies neuromuscu, maladies inflamm chr, maladies auto-immunes)	Périmètre de marche <u>100-500 m</u>	Pathologie psychiatrique <u>sévère et/ou non stabilisé et/ou plusieurs comorbidités citées précédemment + antécédents psy</u> (notamment TS) Dépression, bipolaire, TAG, psychoses, addictions, anxiété sociale, TSPT si rapport au corps/alimentation impliqué, rigidité cognitive, TP (borderline & dépendante)	. Obésité secondaire à une dérégulation hormonale . Tumeur cérébrale . Obésité syndromique	Hyperphagie boulimique ANTECEDENT anorexie/boulimie	. Évolution pondérale non contrôlée malgré PEC spécialisée
3b	IMC ≥ 50	<u>Retentissement terminal</u> des patho chr (ins cardiaque, respi, hépatique, rénale dialysée/transplantée ou en attente de transplantation)	. Périmètre de marche <u>< 100 m</u> . <u>Grabatisation</u> ou perte d'autonomie . QDV fortement <u>dégradée</u>	. <u>Tble du spectre autistique</u> . <u>Tble cognitifs</u> (retard mental, difficultés compréhension, tbles mnésiques) Pathologie psychiatrique <u>sévère et/ou non stabilisé et/ou plusieurs comorbidités citées précédemment + antécédents psy</u> (notamment TS)	. Obésité syndromique . Obésité monogénique	Hyperphagie boulimique ANTECEDENT anorexie/boulimie	. <u>Echec de chirurgie baria</u> . <u>Âge < 18 ans</u> . <u>Âge > 65 ans</u>



ÉVALUATION MEDICALE ET PRISE EN CHARGE HORS CHIR BARIATRIQUE CE QUI ÉVOLUE (PAR RAPPORT AUX RECOS DE 2011)



Diabète de type 2

- Dépistage systématique
- Renouvelé tous les ans si prédiabète
- Renouvelé tous les 3 ans dans les autres cas



SAHOS

- Dépistage par polygraphie ventilatoire si
- IMC \geq 30 + signes cliniques évocateurs
 - IMC \geq 35

Syndrome restrictif

- EFR si
- IMC \geq 30 + dyspnée repos ou effort léger
 - IMC \geq 35 + SAHOS
 - IMC \geq 40

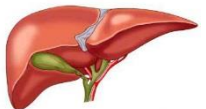


NOUVEAUTÉ

Syndrome obésité hypoventilation

- Gaz du sang artériel si
- IMC \geq 35
 - IMC \geq 30 + Sat $<$ 94 %
 - IMC \geq 30 + Sd restrictif

Bilan des comorbidités



Maladie rénale

- Estimation du DFG (équation CKD-EPI)
- Albuminurie sur échantillon

Stéatopathie métabolique

- Recherche de NASH avec fibrose avancée :
- Calcul systématique du FIB-4 (Age, plaquette, ASAT, ALAT) : seuil 1,3

Etat bucco-dentaire

- Evaluation annuelle



Dépistage des cancers

- Identique à la pop générale



Nouvelles recommandations en chirurgie de l'obésité

Benjamin MENAHEM & Véronique SAVEY

JTO 2024– 15 novembre



Objectifs

- Présenter le rationnel de la chirurgie de l'obésité
- Présenter les principales nouvelles recommandations chirurgicales bariatriques
- Eviter de vous endormir face à ces recommandations

Introduction

Obesity: the greatest epidemic of the 21st century?

Obesidade: a maior epidemia do século XXI?

Paulo Manuel Pêgo-Fernandesⁱ, Benoit Jacques Bibasⁱⁱ, Mariana Deboniⁱⁱⁱ



2011



PLANÈTE • OBÉSITÉ

Plus d'un milliard de personnes sont aujourd'hui obèses dans le monde

Selon une étude internationale, le taux d'obésité a plus que doublé chez les adultes en 32 ans, et quadruplé chez les enfants. Les femmes représentent la majeure partie des adultes touchés, mais c'est chez les hommes que la tendance a progressé le plus vite.

Par Mathilde Gérard et Julien Lemaigen

Publié le 01 mars 2024 à 00h30, modifié le 05 mars 2024 à 18h56 - 🕒 Lecture 5 min. - [Read in English](#)

Introduction

- Mortalité lié à l'obésité:



Association between Class III Obesity (BMI of 40–59 kg/m²) and Mortality: A Pooled Analysis of 20 Prospective Studies

Cari M. Kitahara^{1*}, Alan J. Flint^{2,3}, Amy Berrington de Gonzalez¹, Leslie Bernstein⁴, Michelle Brotzman⁵, Robert J. MacInnis^{6,7}, Steven C. Moore¹, Kim Robien⁸, Philip S. Rosenberg¹, Pramil N. Singh⁹, Elisabete Weiderpass^{10,11,12,13}, Hans Olov Adami^{3,10}, Hoda Anton-Culver¹⁴, Rachel Ballard-Barbash¹⁵, Julie E. Buring¹⁶, D. Michal Freedman¹, Gary E. Fraser¹⁷, Laura E. Beane Freeman¹, Susan M. Gapstur¹⁸, John Michael Gaziano^{16,19}, Graham G. Giles^{6,7}, Niclas Håkansson²⁰, Jane A. Hoppin²¹, Frank B. Hu^{2,3}, Karen Koenig²², Martha S. Linet¹, Yikyung Park¹, Alpa V. Patel¹⁸, Mark P. Purdue¹, Catherine Schairer¹, Howard D. Sesso¹⁶, Kala Visvanathan^{23,24}, Emily White²⁵, Alicja Wolk²⁰, Anne Zeleniuch-Jacquotte²², Patricia Hartge¹

Plos. 2014

Diminution de l'espérance de vie de 6 à 14 années

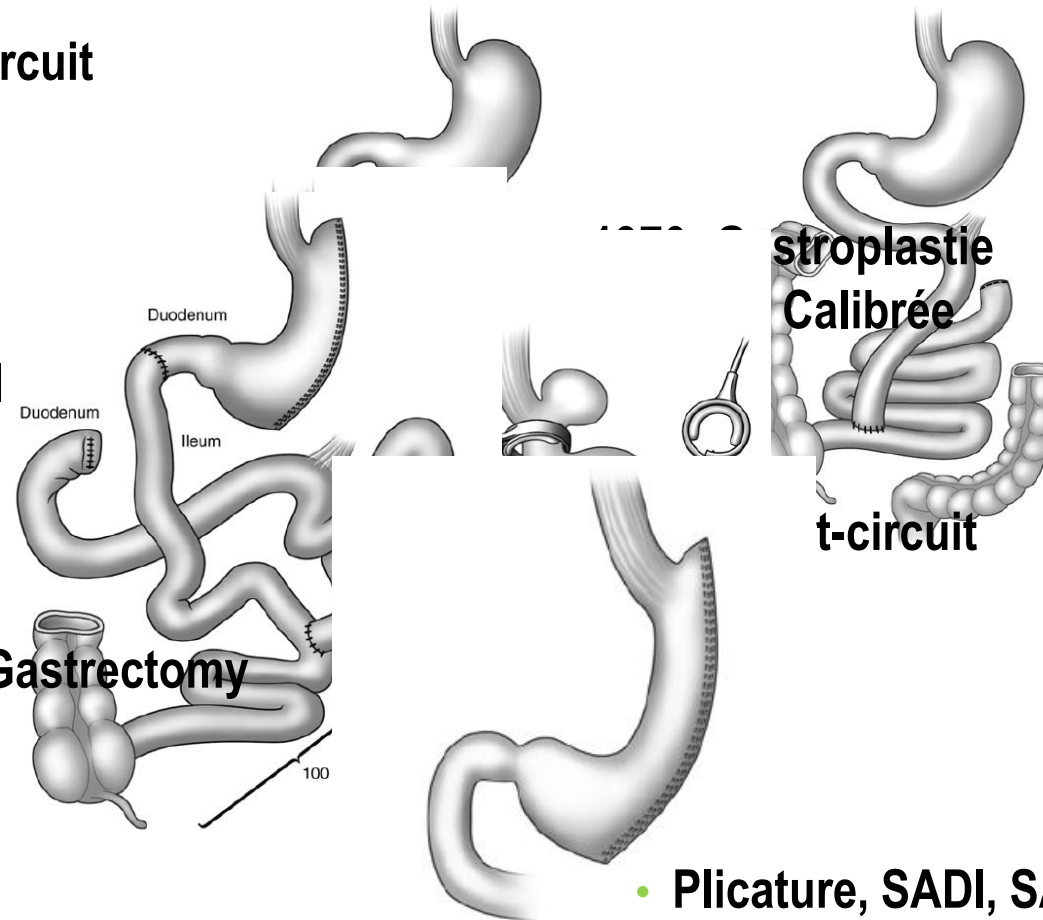
Un peu d'histoire...

- 1960: Court-circuit jejuno-iléaux

- 1980-85: Cerclage gastrique

- 2003: Sleeve Gastrectomy

1960



2024

- Plicature, SADI, SADJ....

Le rationnel de la chirurgie

Surgery Decreases Long-term Mortality, Morbidity, and Health Care Use in Morbidly Obese Patients

Nicolas V. Christou, MD, PhD, John S. Sampalis, PhD, Moishe Liberman, MD, Didier Look, MD, Stephane Auger, BSc, Alexander P.H. McLean, MD, and Lloyd D. MacLean MD, PhD

Ann Surg. 2004

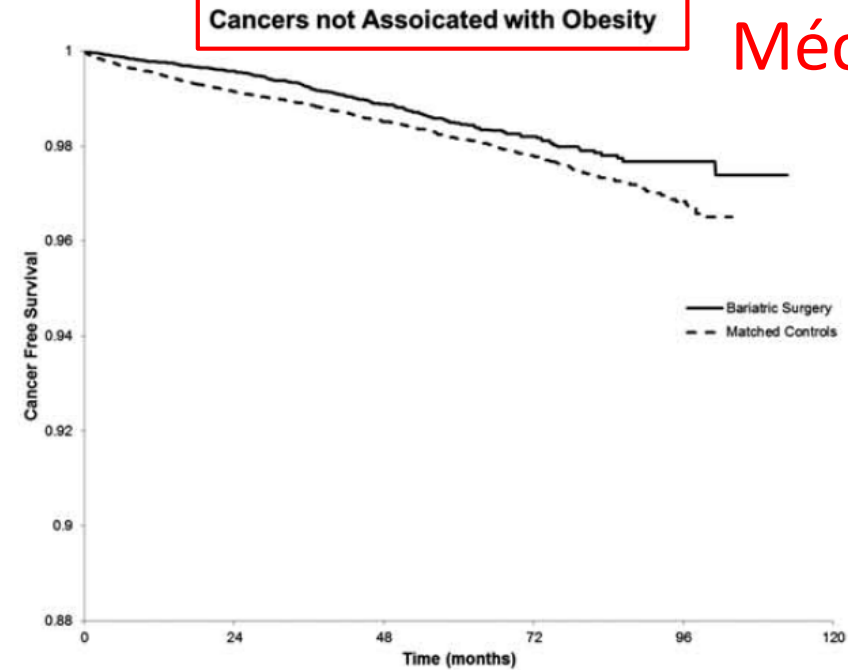
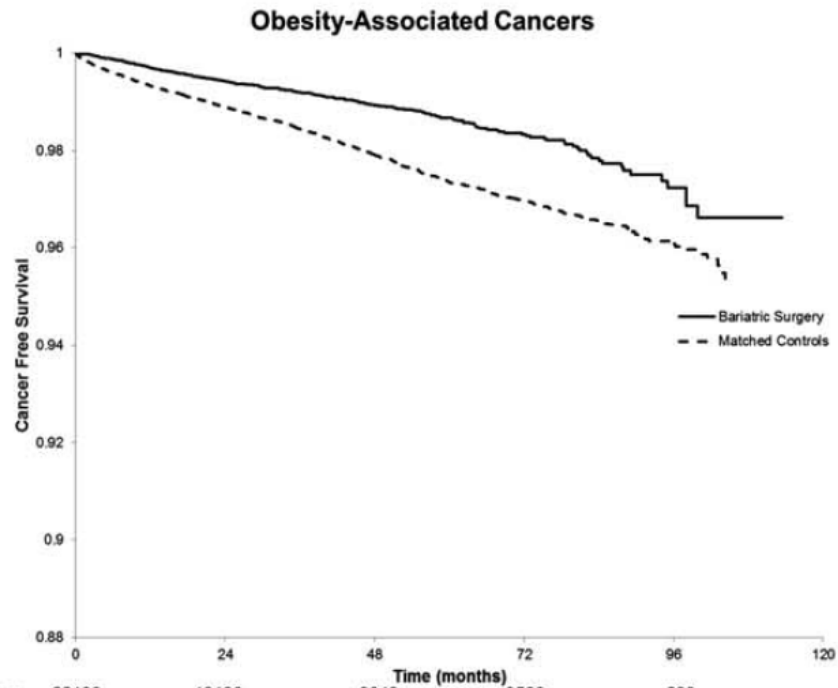
- Augmentation de l'espérance de vie.
 - Groupe chirurgie (n=1035), Groupe control (n=5395).
 - Suivi de 5 ans.
 - Diminution maladies cardio-vasculaires, risque cancers, troubles psychiatriques, infections.....
 - Réduction du risque relatif de décès de 89%.

Le rationnel de la chirurgie

Bariatric Surgery and the Risk of Cancer in a Large Multisite Cohort

Daniel P. Schauer, MD, MSc,* Heather Spencer Feigelson, PhD, MPH,† Corinna Koebnick, MSc, PhD,‡
 Bette Caan, DrPH,§ Sheila Weinmann, PhD, MPH,¶ Anthony C. Leonard, PhD,|| J. David Powers, MS,†
 Panduranga R. Yenumula, MD,§ and David E. Arterburn, MD, MPH**

Ann Surg. 2017



Mécanisme??

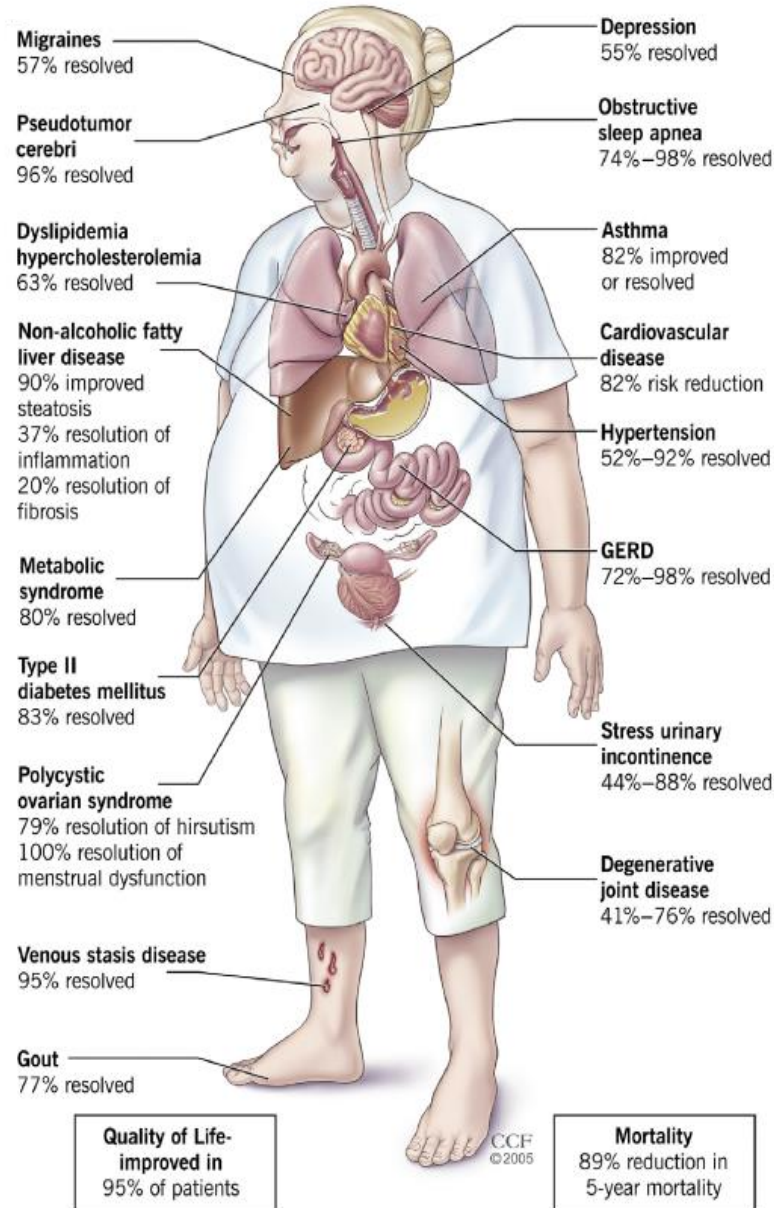
B

C

Le rationnel de la chirurgie

Mais pas que:

HTIC, adénome hépatique, Alzheimer....



Recommandations

Indications de la chirurgie bariatrique¹

- IMC ≥ 40 kg/m² (IMC maximal atteint et objectifé lors d'une consultation)
- IMC compris entre 35 et 40 kg/m² associé à au moins une comorbidité sévère susceptible d'être améliorée après la chirurgie :

- un diabète de type 2 (grade B) ;

SOPK

Infertilité
M/F/mixte

Asthme
sévère

IRC

Cirrhose
Child A

Pb ostéo
articulaire

Cancer

Incontinence
urinaire

Hernie/éventration

HTIC

Paraplégie

Recommandations

Cas particuliers : les « 60 »

IMC > 60

Tout centre faisant de la chirurgie bariatrique peut prendre en charge ces patients en pré-per et post opératoire

Mais : validation en RCP de recours

âge > 60

Faisable jusqu'à 70 ans

Moindre efficacité poids et comorbidité

Majoration possible d'une sarcopénie

Recommandations

Les contre-indications

Troubles psychiatriques sévère non stabilisés

Trouble de l'usage de l'alcool ou autre en cours

TCA

Cirrhose décompensée ou > Child A6

Cancer en cours de traitement

Obésités génétiques à staffer en RCP nationale (PRADORT)



ÉVALUATION ET PEC MEDICALE PRÉ-OPÉRATOIRE CE QUI ÉVOLUE (PAR RAPPORT AUX RECOS DE 2009)

NOUVEAUTÉ

Obésité sarcopénique ?

- Albumine CRP
- Force musculaire *a minima*
- +/- *Impédancemétrie*


Evaluation cardiaque

- ECG systématique +/- ETT pour :
- Atcd cardio vasculaire
 - HTA sévère
 - diabète compliqué d'IRC stade \geq III
 - s. cliniques d'insuffisance cardiaque, angor, dyspnée +++

Syndrome restrictif ? SOH ?

EFR et gaz du sang artériel en systématique

Evolution du bilan biologique

- Calcul du Fib4
- Bilan phosphocalcique complet : Phosphatémie, calcémie, 25(OH)vitamine D et parathormone intacte (PTHi)
- Zinc, sélénium 
- ~~Vitamine B1~~


Si diabète de type 2

- HbA1c < 3 mois
- FO < 1 an (< 3 mois si diabète mal équilibré ou sous insuline)

Dépistage des cancers

- Identique à la pop générale
- mammographie de 50-74 ans tous les 2 ans
 - hémocult de 50-74 ans tous les 2 ans
 - frottis de 25-65 ans tous les 3 ans

Evaluation initiale du risque de fracture

- DMO du rachis lombaire et du fémur proximal par DXA : 
- Pour tout patient avec projet de Bypass
 - Pour les hommes \geq 50 ans et les femmes ménopausées (qlq soit la technique)
 - Chez tous les patients à haut risque de fracture, quel que soit leur âge
- (~~X~~ contre-indiquée si poids > 160 kg)



CHECK LIST

Evaluation médicale pré-op

- IMC, tour de taille, force musculaire
- Interrogatoire et examen clinique habituel : addictions ? Signes dig ? Gynéco ? Urinaires ? OMI, lymphœdèmes ? Cutanés ? Etc...
- Pression artérielle et ECG, +/- ETT (atcd cardio vasc, HTA sévère, diabète compliqué d'IRC stade \geq III, s. cliniques d'ins cardiaque, angor, dyspnée +++)
- Evaluer le risque thrombo-embolique
- Evaluer l'état musculosquelettique et articulaire, évaluer risque de chute
- Evaluer le coefficient masticatoire et l'état dentaire
- Polygraphie ventilatoire, EFR et gaz du sang artériel
- Bilan biologique complet avec
 - NFS, plaquettes, TP
 - Albumine CRP
 - GAJ et HbA1c
 - Bilan lipidique complet
 - Bilan hépatique complet, ferritine et calcul du Fib4
 - Estimation du DFG et albuminurie sur échantillon
 - Phosphatémie, calcémie, 25(OH)vitamine D et parathormone intacte (PTHi)
 - B9, B12, zinc, sélénium
- Echographie abdominale
- En cas de diabète de type 2 :
 - HbA1c < 3 mois
 - FO < 1 an (<3 mois si diabète mal équilibré ou sous insuline)
- Dépistage des cancers (mammographie de 50-74 ans tous les 2 ans, hémocult de 50-74 ans tous les 2 ans, frottis de 25-65 ans tous les 3 ans)
- Ostéodensitométrie : Tout patient avec projet de Bypass / Hommes \geq 50 ans et femmes ménopausées (qlq soit la technique) / Tout patient à haut risque de fracture (qlq soit l'âge)

Mesures anthropométriques, sarcopénie ?

HTA ? Troubles du rythme ? Ischémie ? Angor ?

Risque thrombo-embolique ?

Arthrose ?

Mauvais état bucco-dentaire ?

SAHOS ? Syndrome restrictif ? SOH ?

Dyslipidémie ?

MASH ? Cirrhose ?

Maladie rénale chronique ?

Diabète ? (équilibré ? Rétinopathie ?)

Cancer évolutif ?

Ostéoporose ?

Carences vitaminiques ?

ÉVALUATION ET PEC PRÉ-OPÉRATOIRE SUR LE PLAN NUTRITIONNEL CE QUI ÉVOLUE (PAR RAPPORT AUX RECOS DE 2009)

Evaluation initiale :

- Analyse du rythme, du profil alimentaire et du comportement alimentaire
- Recherche de troubles du comportements alimentaires



Plusieurs consultations spécialisées individuelles
et/ou séances collectives

Temporalité suffisante
pour acquérir les
compétences nécessaires



La pratique d'un régime restrictif préopératoire n'est pas recommandée

Si la réduction du volume du foie est souhaitable : alimentation supervisée, modérément hypocalorique, d'une durée limitée (moins de 10 jours), hyperprotidique, hypoglycémique





ÉVALUATION ET PEC PRÉ-OPÉRATOIRE SUR LE PLAN ACTIVITE PHYSIQUE CE QUI ÉVOLUE (PAR RAPPORT AUX RECOS DE 2009)

Evaluation ? Test d'évaluation de la condition physique ?



Mise en place d'une activité physique régulière et adaptée
(associant endurance et renforcement musculaire),
tout en veillant à réduire les comportements sédentaires



+





ÉVALUATION ET PEC PRÉ-OPÉRATOIRE PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES CE QUI ÉVOLUE (PAR RAPPORT AUX RECOS DE 2009)



Les nouvelles recommandations HAS en obésité de l'adulte. Focus sur l'aspect psychologique

Eve Bihan, psychologue CHU de Caen

RDV à 14h45 avec Eve BIHAN

Evaluations morphologiques pré-opératoires

Peu de nouveautés

La manométrie oesophagienne :
Si dysphagie ou blocage
alimentaire

Pas d'AGA ou de SG si achalasia
ou hypercontractilité

FOGD avec recherche HP

Echographie abdominale

TOGD et TDM non
systématique

Chirurgie et grossesse

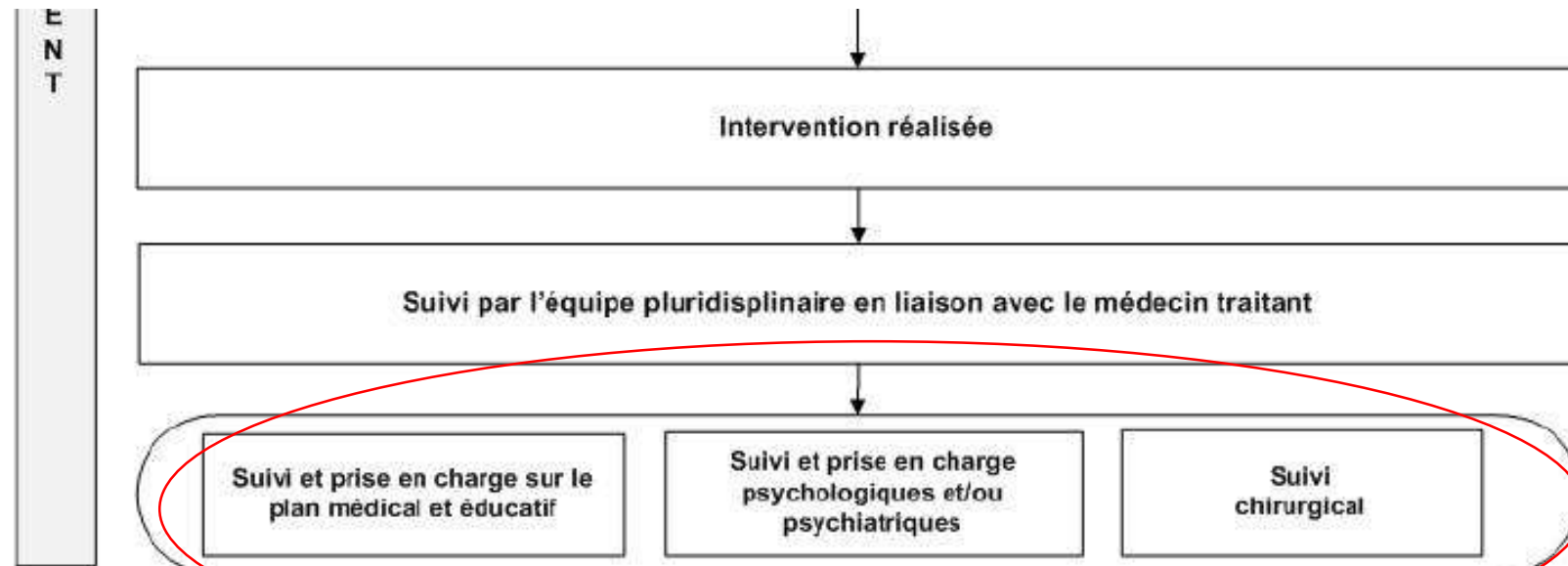
- Dépistage de la grossesse à –H48
- Grossesse et chirurgie : CI !
- Contraception efficace pendant l'année qui suit l'intervention chirurgicale bariatrique, débutée en pré-op
- 18 mois post-opératoire
- Suivi coordonné pluridisciplinaire équipe obstétrique- bariatrique
- Si chirurgie très malabsorptive (SADI/ BPD – DS) => Centre niveau 3

Suivi médical post-opératoire

- Par plusieurs intervenants de l'équipe qui a posé l'indication opératoire
- Suivi à vie
- Peu de changement sur le rythme par rapport à 2009
- Part active du médecin généraliste

Suivi médical post-opératoire

En 2009...

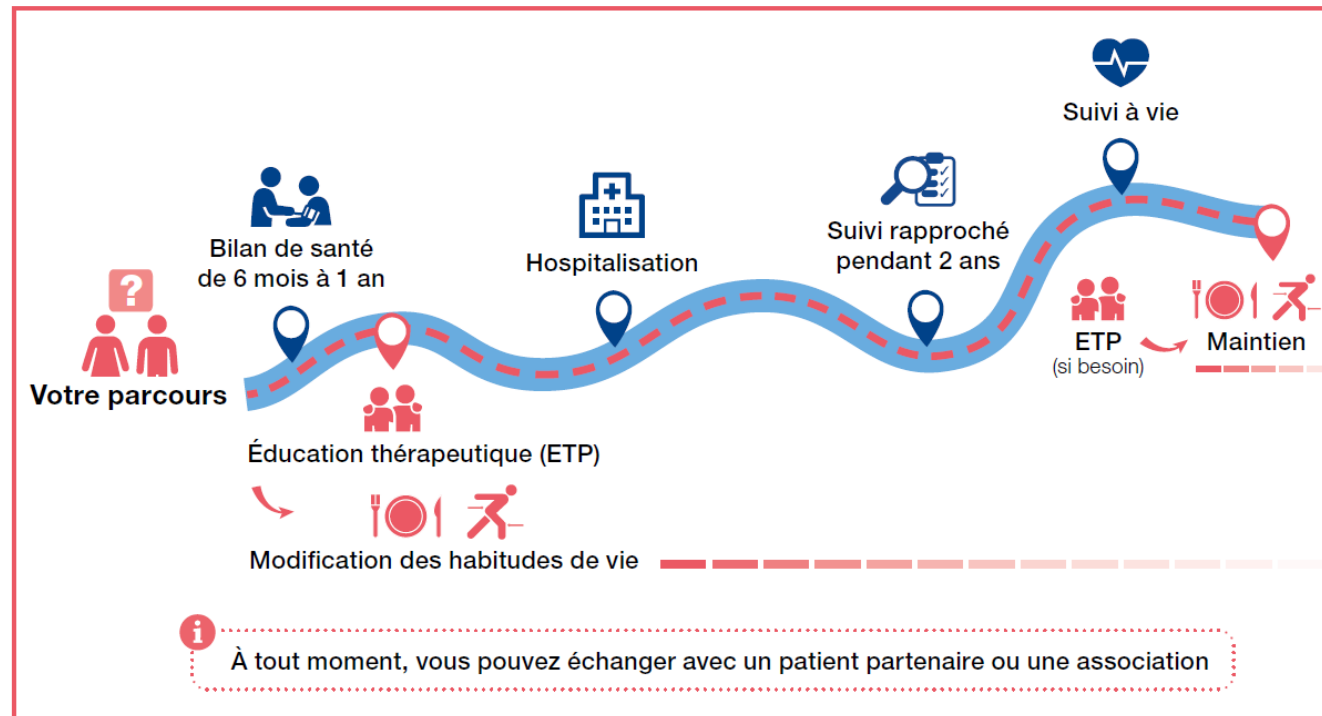


HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles – Janvier 2009

Suivi recommandé : trimestriel la 1^{ère} année
puis biannuel et annuel

Suivi médical post-opératoire

En 2024...



Suivi recommandé : trimestriel la 1^{ère} année
puis biannuel et annuel

Suivi médical post-opératoire

> J Visc Surg. 2022 Mar 15;S1878-7886(22)00039-X. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2022.02.004.

Online ahead of print.

Long-term complications after gastric bypass and sleeve gastrectomy: What information to give to patients and practitioners, and why?

M Auge ¹, B Menahem ², V Savey ³, A Lee Bion ¹, A Alves ⁴

Affiliations + expand

PMID: 35304081 DOI: 10.1016/j.jviscsurg.2022.02.004

Définition

Interruption du suivi de 6-24 mois

Les PDV sont le tendon d'Achille de la chirurgie bariatrique (20-70 % à 2 ans, 90 % à 10 ans) :

FDR : sexe masculin, âge < 45 ans, Trouble de la personnalité, IMC > 50, type de chirurgie (sleeve), PEP < 50 % et ISE / éloignement géographique

Suivi médical post-opératoire

Take Home Message

30 %

C'est la proportion de patients qui considère le suivi post- opératoire comme inutile

Suivi médical post-opératoire

- Faut-il réaliser un examen d'imagerie systématique ?
- Quid de la vésicule biliaire ?
- Adaptations des traitements du patient
- PEC nutritionnelle spécifique post-opératoire
- Activité physique

Suivi médical post-opératoire

- Faut-il réaliser un examen d'imagerie systématique ?

NON

Suivi médical post-opératoire

- Quid de la vésicule biliaire ?

A cet après-midi



Suivi médical post-opératoire

- Adaptations des traitements du patient

- DNID
- HTA : cs dans les 4 semaines
- SAOS : contrôle si PPC mal tolérée et/ou qd nadir poids
- Dyslipidémie : dose / 2
- Autres : cf recommandations

Metformine reprise J3
Pas de reprise pour Analogues GLP1
Insuline : adaptation des doses dès J1



PEC NUTRITIONNELLE POST-OPÉRATOIRE CE QUI ÉVOLUE (PAR RAPPORT AUX RECOS DE 2009)

NOUVEAUTÉ



ORDONNANCE de
suivi biologique
post-opératoire

Surveillance biologique

- Fréquence : ↓ 3 fois la 1^{ère} année, puis 1 à 2 fois par an
- Ajout du zinc en systématique
- Pour les chir très malabsortive (SADI, Bypass ABL, oméga, DVP,...) : Vitamine A, RBP, vit E, vit K, cuivre



BILAN POST-CHIRURGIE BARIATRIQUE

Faire pratiquer dans votre laboratoire ou par une I.D.E. à domicile un bilan sanguin, **A JEUN** :

- 3 fois la 1^{ère} année post-opératoire (3 mois, 6 mois et 12 mois)
- Puis 1 à 2 fois par an à partir de la 2^{ème} année post-opératoire

- NFS Plaquettes
- Ionogramme, créatinine, calcémie
- Phosphorémie, magnésémie
- Ferritine
- 25-(OH)-vit D3, PTH
- Vitamines B12, B9, zinc

Si chirurgie très malabsorptive (SADI, Bypass ABL, oméga, DVP,...) :

- Vitamine A, RBP
- Vitamine E, vitamine K, cuivre

- Ajout 1 fois par an**


- Albumine, CRP
- Glycémie à jeun +/- HbA1c si atcd de diabète de type 2
- Bilirubine totale, ASAT, ALAT, phosphatases alcalines, GammaGT
- Cholestérol total, HDL, LDL-Cholestérol, triglycérides



PEC NUTRITIONNELLE POST-OPÉRATOIRE CE QUI ÉVOLUE (PAR RAPPORT AUX RECOS DE 2009)

NOUVEAUTÉ



	MV/OE 	B12 1000 µg/semaine	Vitamine D	Calcium	Fer
SLEEVE	Oui pendant la phase d'amaigrissement puis arrêt possible	Non, puis à adapter en fonction des dosages biologique	Systématique à vie 50 000 à 100 000 UI tous les mois, puis à adapter	1000 mg/jour	Non, puis à adapter en fonction des dosages biologique
BYPASS	À vie	Systématique 1000 µg/sem., puis à adapter	Systématique à vie 100 000 UI tous les mois, puis à adapter	1500 mg/jour	Systématique 50 à 100 mg/jour, puis à adapter
CHIRURGIE TRES MALABSORPTIVE (SADI, Bypass ABL, oméga, DVP,...)	À vie	Systématique 1000 µg/sem., puis à adapter	Systématique à vie 200 000 UI tous les mois (si besoin IM) , puis à adapter	1500 mg/jour	Systématique 50 à 100 mg/jour, puis à adapter



ORDONNANCE de supplémentation en vitamines et oligo- éléments

Calcium vitamine D :

Multiples spécialités,
multiples galéniques,
multiples dosages



A prendre à distance des autres
traitements (au moins 2h)

Vitamine B12 :

Cp à 250 µg 
Ampoule buvable ou injectable
à 1000 µg


Fer :

Tardyféron 50 mg,
Tardyféron 80 mg,
Fumafer 66 mg,
Ferrostrane sirop,
Inofer 100 mg ...

Vitamine D :

Uvedose 50 000 UI et 100 000 UI : solution buvable

Uvedose 50 000 UI : capsule molle

Uvecaps 1000 UI : capsule molle 

Uvecaps 20 000 UI : capsule molle

ZYMAD 50 000 UI et 80 000 UI

KIPOS 100 000 UI : capsule molle

VITAMINE D3 BON 200 000 UI/ml : solution injectable IM



PEC NUTRITIONNELLE POST-OPÉRATOIRE CE QUI ÉVOLUE (PAR RAPPORT AUX RECOS DE 2009)

Réduire et surveiller le risque de fracture

Réduire les FDR de fracture modifiables

Apport en calcium et vitamine D ++

Prévenir le risque de chute

Activité physique en charge

DMO du rachis lombaire et du fémur proximal par DXA :



- Pour tout patient ayant bénéficié d'un bypass en Y, tous les 2 ans au cours du suivi
- Pour les autres chir, la fréquence dépend du niveau initial du risque

Augmentation du risque de fracture observée après la 3^{ème} année suivant l'intervention, et risque à long terme encore largement méconnu, ce qui exige une vigilance toute particulière

Si risque fracturaire élevé => rhumatologue

- Ostéoporose
- ATCD personnel de fracture
- Recherche de traitement favorisant ostéoporose
- IMC <19
- Ménopause avant 40 ans
- Prise de CTC



PEC NUTRITIONNELLE ET AP POST-OPÉRATOIRE CE QUI ÉVOLUE (PAR RAPPORT AUX RECOS DE 2009)

Suivi diététique régulier (idéalement à 1, 3, 6 et 12 mois)



≥ 60 g/jour et idéalement au moins 1,1 g de protéines/kg poids idéal (IMC 25)



Si besoin CNO



Activité physique régulière, dès que le chirurgien donne son feu vert :
endurance et résistance, en charge,
limiter comportements sédentaires



Importance de l'ETP post-opératoire



Attention à la résurgence des TCA
Recherche systématique et régulière d'un trouble de l'usage d'alcool



Surveillance morphologique chirurgicale

- FOGD

- Pas de dépistage systématique chez tous les patients de l'EBO
- Pour tous les patients si symptômes cliniques
- Si GBP : pas de dépistage systématique
- Si SG : à 5 et 10 ans
- Si présence d'un EBO : suivi classique EBO
 - <1cm pas de surveillance
 - 1-3cm tous les 5 ans
 - 3-10cm tous les 3 ans
 - > 10cm : centre expert

- Manométrie et pHmétrie des 24 heures

- Phmétrie en cas de symptômes de RGO
- Manométrie en cas de blocage et dysphagie



Conversion SG
ou AGA en
GBP si positif

Complications chirurgicales

- Pas de grande nouveauté
- Prévention avec fermeture des brèches dans les GBP
- Précoce (J7) => TC/DA/vomissement ou aphagie => cs en urgence
- >J7
 - Toute DA aiguë => cs en urgence
 - Toute DA (même sans vomissement) est une occlusion jusqu'à preuve du contraire

Complications chirurgicales

- Bilan morphologique
 - TDM TAP IV et ingesté
 - FOGD
 - Echographie abdominale pour les pathologies biliaires
 - TDM sans injection peut suffire pour les pathologies pariétales

Complications chirurgicales

Cas particulier : le reflux gastro-oesophagien

- IPP recommandé 1 mois post-opératoire
- Conversion de la sleeve pour reflux avec des anses courtes (70cm) si :
 - Reflux prouvé FOGD et / ou pHmétrie des 24 heures
 - EBO prouvé histologiquement

Echec de la chirurgie bariatrique

Recommandations internationales
de 2020 : AACE, ASMBS, ASA



Pas de définition de
l'échec

IFSO 2014



Nouvelle chir possible en
cas d'échec mais pas de
chiffre

HAS 2009



IMC >35 et PEP <50%...

Pas de définition
consensuelle de l'échec

Echec de la chirurgie bariatrique

Succès de la
CB :
PPT > 20%

Echec se
définit à 2 ans

Ne plus utiliser la PEP < 50%

- PPT < 10 %
- Reprise de poids amenant à une PPT < 10%
- Réaggravation d'une comorbidité

Si IMC > 50 :
EN CAS DE STRATEGIE EN 2 TEMPS /
VALIDATION DES LA 1ERE RCP

Echec de la chirurgie bariatrique



FICHER EXCEL de calcul de %PPT et de reprise de poids



DONNES ANTROPOMETRIQUES

Taille	à remplir	m	Objectifs de poids	0,0 kg	Poids minimal atteint en post-chir	à remplir	kg
			Excès de poids initial	0,0 kg	Poids total perdu (au max)		0,0 kg

Date	à remplir	à remplir	Variation (depuis la dernière consultation)	Par rapport au poids max atteint			Par rapport au poids initial chir			Par rapport au poids initial chir	
	Poids (kg)	IMC (kg/m ²)		Variation de poids	%PEP	%PPT	Variation de poids	%PEP	%PPT	Reprise de poids post-chir	% reprise de poids total perdu
max		#DIV/0!									
Sleeve/bypass		#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!				Bien remplir poids min atteint	
		#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	0	#DIV/0!	#DIV/0!		
		#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	0	#DIV/0!	#DIV/0!	0,0	#DIV/0!
		#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	0	#DIV/0!	#DIV/0!	0,0	#DIV/0!
		#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	0	#DIV/0!	#DIV/0!	0,0	#DIV/0!
		#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	0	#DIV/0!	#DIV/0!	0,0	#DIV/0!
		#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	0	#DIV/0!	#DIV/0!	0,0	#DIV/0!

Echec de la chirurgie bariatrique

Taille 1,55 m

Objectifs de poids 60,1 kg
Excès de poids initial 64,9 kg

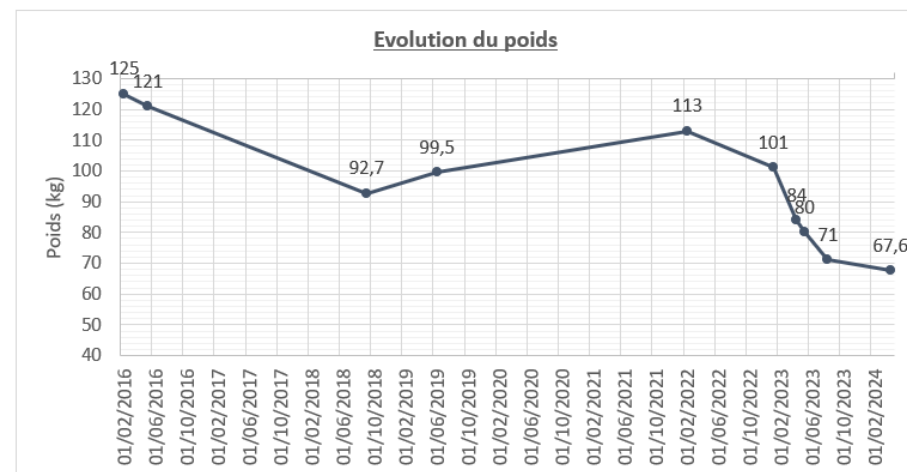
Poids minimal atteint en post-chir 92,7 kg
Poids total perdu (au max) 28,3 kg

	Date	à remplir	à remplir	Variation (depuis la dernière consultation)	Par rapport au poids max atteint			Par rapport au poids initial chir			Par rapport au poids initial chir	
		Poids (kg)	IMC (kg/m ²)		Variation de poids	%PEP	%PPT	Variation de poids	%PEP	%PPT	Reprise de poids post-chir	% reprise de poids total perdu
max Sleeve	01/02/2016	125	52,0									
	01/05/2016	121	50,4	-4	4	6,2%	3,2%					
	01/09/2018	92,7	38,6	-28,3	32,3	49,7%	25,8%	28,3	43,6%	23,4%		
Bypass long	01/06/2019	99,5	41,4	6,8	25,5	39,3%	20,4%	21,5	33,1%	17,8%	6,8	24,0%
	01/02/2022	113	47,0	13,5	12	18,5%	9,6%	8	12,3%	6,6%	20,3	71,7%
	11/01/2023	101	42,0	-12	24	37,0%	19,2%	20	30,8%	16,5%	8,3	29,3%
	17/04/2023	84	35,0	-17	41	63,1%	32,8%	37	57,0%	30,6%	-8,7	-30,7%
	15/05/2023	80	33,3	-4	45	69,3%	36,0%	41	63,1%	33,9%	-12,7	-44,9%
	28/08/2023	71	29,6	-9	54	83,2%	43,2%	50	77,0%	41,3%	-21,7	-76,7%
	16/04/2024	67,6	28,1	-3,4	57,4	88,4%	45,9%	53,4	82,2%	44,1%	-25,1	-88,7%

Mme B. opérée d'une sleeve à 50,4 kg/m².

Perte de poids jusqu'à 92,7 kg puis reprise jusqu'à 113 kg, IMC 47, %PPT 6,6 %

A pu bénéficier d'une seconde manche par bypass à anse biliaire longue.



Des questions ?

A vous !



Objectifs

- Présenter le rationnel de la chirurgie de l'obésité
- Présenter les principales nouvelles recommandations chirurgicales bariatriques
- Eviter de vous endormir face à ces recommandations

Nouvelles recommandations en chirurgie de l'obésité

Benjamin MENAHEM et Véronique SAVEY

JTO 2024– 15 novembre

