

GROUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

Compte rendu de la séance du 28/01/2010

Secrétaire : Dr FRECHILLA

Modérateur : Dr RABOURDIN

Temps 1 exemples :

- **Problèmes soulevés par le groupe**

- Dossier 1 : femme de 46 ans qui présente un syndrome subjectif des traumatisés crâniens
- Dossier 2 : homme de 81 ans DNID, HTA bien équilibré – traitement par pravastatine à ½ dose. Faut-il atteindre l'objectif pour le LDL et de TA ?
- Dossier 3 : homme de 40 ans, substitution morphinique en cours de régression, qui présente des douleurs abdominales : service de prise en charge des toxicomanes – dosages des autres toxiques (étude canadienne)
- Dossier 4 : lombalgie chez un psychotique traitée par antalgique : mobilisation physique, traitement de la PMD
- Dossier 5 : femme de 33 ans, opérée pour obésité, fièvre à répétition, syndrome dépressif : prise en charge polypathologies multiples
- Dossier 6 : pneumopathie chez un enfant, radios antibiotiques
- Dossier 7 : douleur des 2 chevilles en position allongée avec anomalie à l'EMG

Question 1 : Critères diagnostiques du syndrome subjectif du TC en soins primaires ?

Question 2 : Quand faire une radio devant une suspicion clinique de pneumopathie chez l'enfant ?

- **Références bibliographiques supplémentaires apportées par le groupe**

Courbe de mortalité en U dans le traitement du diabète : The lancet, DOI:10.1016

La Revue Prescrire février 2009 : Rosuvastatine et prévention cardio-vasculaire – 1 cas de diabète pour 170 traitements

- **Ecart / à la pratique recommandée par l'HAS ...**

Temps 2

- **Synthèse des améliorations proposées du parcours et de la coordination des soins**

- EMG : Dr Perrier, Hopital de Vésinet et Hopital Poissy-St Germain
Dr Voignier, Clinique de l'Europe
- Sevrage toxicomanie : Dr Nguyen Than, Hopital André Mignot Le Chesnay
- Endocrinologue : Dr Levy, service d'endocrinologie à l'Hopital de Nanterre
- Orthopédiste membres inférieurs : Dr Beaufils, service d'orthopédie, Hopital André

Mignot

- Chirurgie de l'obésité : Dr Chouillard, hopital de Poissy

Temps 3

- **synthèse des cas compliqués**
- **compte rendu des thèmes abordés au cours de la séance précédente**
- **autres...**

Synthèse des cas compliqués :

- migraine accomgnée et AIT : doute diagnostic

Réponses aux questions posées lors de la séance précédente :

1 - rapport bénéfice/risque du traitement chirurgical de l'obésité chez l'adulte.

BENEFICES ET RISQUES DE LA CHIRURGIE BARIATIQUE

Prof R DETRY

Le traitement chirurgical doit être réservé au traitement de l'obésité morbide réfractaire. Chez les obèses morbides, le traitement chirurgical a une efficacité nettement supérieure à celle des traitements conservateurs (importance de la perte de poids, durée) ; il est grevé d'une très faible mortalité et d'une morbidité plus élevée. Son efficacité peut se dégrader avec le temps. Il faut être rigoureux dans l'indication de la chirurgie, qui n'est pas un traitement mini-invasif, et choisir le type d'intervention en fonction du type d'obésité. Il faut de la rigueur et beaucoup de recul pour évaluer l'efficacité de ces procédures.

L'obésité est un problème de santé majeur dans nos sociétés. L'intérêt légitimement porté par les médecins aux patients obèses est de plus en plus partagé par d'autres professions : économistes, experts du dommage corporel et même monde judiciaire. La chirurgie bariatrique est passée successivement par des phases de réprobation, de scepticisme, d'acceptation, d'enthousiasme aveugle et doit revenir à une approche réaliste.

L'obésité est multifactorielle et il n'existe pas encore de traitement véritablement étiologique. Les freins imposés s'usent face à des causes qui persistent. Ceci explique les taux de succès très faibles (environ 10%) obtenus par les méthodes conventionnelles. Ces résultats sont insuffisants chez des patients frappés d'obésité morbide pour qui il est impératif de sortir d'une catégorie à haut risque: risque de diabète de type 2, d'hypertension artérielle, d'infarctus myocardique, de cancer du colon, de l'ovaire,... (1). Le traitement chirurgical s'est révélé pratiquement le seul efficace dans cette optique (2,3,4). L'approche chirurgicale s'est imposée, mais a entraîné aussi des dérives, et ses risques sont mieux précisés. Il faut faire la balance entre le risque de la maladie d'une part (espérance de vie sans doute raccourcie et co-morbidités), les risques, possibilités et limites du traitement d'autre part (5). Il faut aussi connaître les spécificités, avantages,

inconvenients des diverses variétés de procédures.

La mortalité opératoire varie de 0,1 à 5% en fonction du BMI, du sexe, du type d'intervention, de l'expérience (6). La morbidité varie de 4 à 22%, incluant aussi bien infection urinaire que complications graves (fistules, sepsis, ...) pouvant conduire à la reprise, l'échec, le décès. Il ne s'agit donc pas d'une chirurgie mini-invasive, même sous approche coelioscopique, même chez des patients jeunes. On s'interroge également de plus en plus sur la mortalité tardive, au cours de la première année post-opératoire.

EFFICACITÉ A LONG TERME

La chirurgie est nettement supérieure aux traitements conservateurs, sans atteindre cependant 100% de succès à moyen et à long terme. On espère la perte de l'excédent pondéral suivante (2) :

- Marceau switch 65-75%
- Bypass gastro-jéjunal 60-70%
- Mason 55-65%
- LapBG (banding) 45-55%
- Ballon intra-gastrique 20-50% (à 6 mois)

Parallèlement à la perte de poids, on voit s'effacer certaines co-morbidités (hypertension artérielle, apnée sommeil, diabète de type 2 après bypass) (7,8). Il y a peu d'études contrôlées concernant la qualité de vie et : « Aucune étude contrôlée ne permet aujourd'hui d'affirmer que la chirurgie diminue la survenue de décès, infarctus, AVC chez les obèses graves » (9). On peut l'espérer au vu des études rétrospectives, de l'amaigrissement important et de la réduction observée de facteurs métaboliques et vasculaires ».

Avec le temps, on observe une détérioration des résultats. La permanence de perte de poids varie avec le type d'interventions, selon qu'elles se basent exclusivement ou partiellement sur une contrainte mécanique. Les contraintes mécaniques s'usent ou se contournent, avec reprise de poids quasi instantanée : lâchage d'agrafes, dilatation de la poche en amont d'une sténose en cas de gastroplastie, dilatation en amont d'un banding gastrique, dérive vers des aliments plus faciles à ingérer et caloriques, compulsions glucidiques. Les contraintes physiologiques sont plus durables.

COMPLICATIONS ASPÉCIFIQUES

La chirurgie bariatrique induit des complications liées à son efficacité. On se rappelle les dénutritions létales qui ont compliqué le bypass jéjuno-iléal abandonné dans sa version initiale. La dénutrition sévère s'observe encore, plus exceptionnelle, après des interventions telles que le Scopinaro, le bypass gastro-jéjunal et même l'anneau gastrique. Certains auteurs ont aussi souligné le développement de problèmes psychologiques résultant d'un amaigrissement important.

COMPLICATIONS SPÉCIFIQUES

- Gastroplastie verticale selon Mason
 - induction ou accentuation éventuelle du reflux,
 - risque de lâchage d'agrafes avec inefficacité secondaire (de 48% à 4%),
 - sténose de l'outlet, dilatation de la petite poche gastrique.
- Banding gastrique (anneau)
 - morbidité spécifique globale 10-20%,
 - problèmes de fonctionnement ou d'infection du boîtier et du cathéter (0-7%),
 - perte de poids insuffisante (7%) (10),
 - vomissements, reflux,
 - glissement (slippage) 4-13% (11),
 - migration intra-gastrique (11).

Ces deux techniques connaissent la même inefficacité face aux « sweeteaters » et induisent des carences comparables (carence martiale, ...)

- Bypass gastro-jéjunal
 - mortalité 0.6%,
 - ulcère, fistule anastomotique (2%), sténose ,
 - inaccessibilité de l'estomac exclu,
 - carence en fer, B12,
 - nésioblastose.

Mais il présente des avantages spécifiques:

- diabète type 2 contrôlé dans 80%,
- reflux contrôlé dans 90% à 9 mois.

Aucune incidence accrue à ce jour de cancer sur l'estomac restant (12).

- Procédures malabsorptives
 - Scopinaro, Hess - Marceau,
 - mortalité 0 - 5% ; morbidité 3-16%,
 - gastroparésie,
 - ulcère, fistules anastomotiques, pancréatite aiguë,
 - obstruction anse bilio-digestive.

Elles induisent une malabsorption pas toujours bien contrôlée:

- carences en fer, folates,
- carences en B12, en calcium avec hyperparathyroïdie secondaire,
- dénutrition protidique,
- insuffisance hépato-cellulaire.

D'autres interventions, plus récentes, comme la « sleeve » gastrectomie, le banding et bypass, l'approche endoscopique, ont un recul insuffisant, voire inexistant, pour pouvoir être validées.

Le rapport du KCE 27 juin 2006 (9) définit le contexte de la chirurgie bariatrique :

- seules les morbidités associées sévères comme le diabète peuvent justifier les risques et incertitudes liées à la chirurgie bariatrique,
- le bypass gastro-jéjunal, bien que plus invasif, reste l'intervention de référence.

REFERENCES

1. Kral JG: Morbidity of severe obesity. *Surg Clin North Am.* 2001; 81: 1039-1061
2. Chevallier JM, Pattou F. Chirurgie de l'obésité Rapport au 106ème congrès français de chirurgie. Monographies de l'association française de chirurgie. Arnette Editeurs 2004.
3. Clegg AI, Colquitt J, Sidhu MK, Royle P, Loveman E, Walker A: Clinical effectiveness and cost-effectiveness of surgery for people with morbid obesity : a systematic review and economic evaluation. *Health Technology assessment.* 2002, volume 6.
4. NIH. Gastrointestinal surgery for severe obesity : National Institute of Health consensus development conference statement. *Am J Clin Nutr.* 1992; 55:615S-619S.
5. Detry R : Bénéfices et risques de la chirurgie dans la prise en charge de l'obésité morbide. *Consilio manueque ; revue belge du dommage corporel et de médecine légale.* 2005 ; 32 :65-70.
6. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, Schoelles K: Bariatric surgery. A systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2004; 292:1724-737.
7. Mac Donald KG, Long SD, Swanson MS, Brown BM, Morris P, Dohm GL: The gastric bypass operation reduces the progression and mortality of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J. Gastrointest Surg.* 1997; 1: 213-220.
9. Lambert M-L, Kohn L, Vinck I, Cleemput I, Vlayen J, Leys M, Van De Sande S, Ramaekers D, Beguin C, Gerkens S, Thissen J-P and Thimus D. Traitement pharmacologique et chirurgical de l'obésité. *KCE Rapport 36 B.* 2006.
8. Sjöström D, Peltonen N, Wedel H, Sjöström L: Differentiated long-term effects of intentional weight loss on diabetes and hypertension. *Hypertension.* 2000; 36:20-25.
10. Zinzindohoue F, Chevallier JM, Douard D, Elian N, Ferraz JM, Blanche JP et al.: Laparoscopic gastric banding : a minimally invasive surgical treatment for morbid obesity. *Ann Surg.* 2003; 237:1-9.
11. Blachar A, Blank A, Gavert N, Metzger U, Fluser G, Abu-Abeid S: Laparoscopic adjustable banding surgery for Morbid obesity : imaging of normal anatomic features and postoperative gastrointestinal complications. *AJR.* 2007; 188:472-479.
12. De Roover A, Detry O, Desai C, Maweja S, Coimbra M, Honoré P, Meurisse M: Risk of upper gastrointestinal cancer after bariatric operations *Obesity Surgery.* 2006;16:1656-1661.

HAS : CHIRURGIE DE L'OBESITE CHEZ L'ADULTE - 2009-09-25 16-41-5 784

2. Intérêts des solutés de réhydratations

Aussi efficace que la réhydratation intra-veineuse : niveau de preuve de grade A
OMS 2006

Prescrire Juin 2000 et Septembre 2004

Choix du cas clinique pour la prochaine fois : 10ème de la journée du 28/1/2010

