

# **Chirurgie Bariatrique :** **Quelle place Quelles indications ?**

**Dr. Gilles Chassot**

## **Quelle Place ?**

**A la fin du processus de prise en charge de l'obésité !**

**SURTOUT depuis**

**Analogues du GLP1 et dérivés**

**( Semaglutide, Tirzepatide, Retatrutide etc.)**



**Fin de la Chirurgie Bariatrique !!**

# Quelle Place ?

**Chirurgie = Danger !!**

*US national data of postoperative composite complications 2015*

**Mortalité :**

**Morbidité :**

**Cholécystectomie**

**0,7 %**

**3,7 %**

**Appendicectomie**

**0,5 %**

**4,5 %**

**Bypass gastrique**

**0,3 %**

**3,4 %**

**Mortalité chir Bariatrique (SMOB) < 0,1 %**

# Chirurgie bariatrique pour QUI ?

Ordonnance de l' OPAS du 1.1.2000 :

**IMC de  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>**

**+ comorbidités :**

HTA, diabète, apnée du sommeil, dyslipémie, arthropathie, coronaropathie, stérilité avec hyperandrogénisme, ovaires polykystiques.

***Changement 2011 :***

***IMC = 35 kg/m<sup>2</sup> ( +/- comorbidités )***

***Plus de demande préalable aux assurances***

***2 ans de suivi diét (1 an pour IMC dès 50)***

***IMC < 35 si Diabète mal réglé***

# **Chirurgie Bariatrique Contrôlée ++ en CH :**

**SMOB**

Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders

***Reconnaissance de centres agréés primaires et secondaires***

***Equipes multidisciplinaires ( diét., psychologues, Psychiatres,  
chirurgiens, médecins internistes → spécialisés obésité)***

***Fichier central de données AQC (contrôle de qualité)***

***Suivi et évaluation des techniques chirurgicales***

# Obésité et chirurgie Bariatrique

## Action de la chirurgie bariatrique

*Effet restrictif ( toutes les opérations )*

*Effet malabsorptif ( +/- important )*

*Effet endocrinien ( Incretines )*

*Effet sur le microbiote*

# Type de chirurgie bariatrique

**Restrictive OP**

• Anneau gastrique ajustable

**Effet  
endocrinien**

**Bypass Gastrique  
Sleeve**

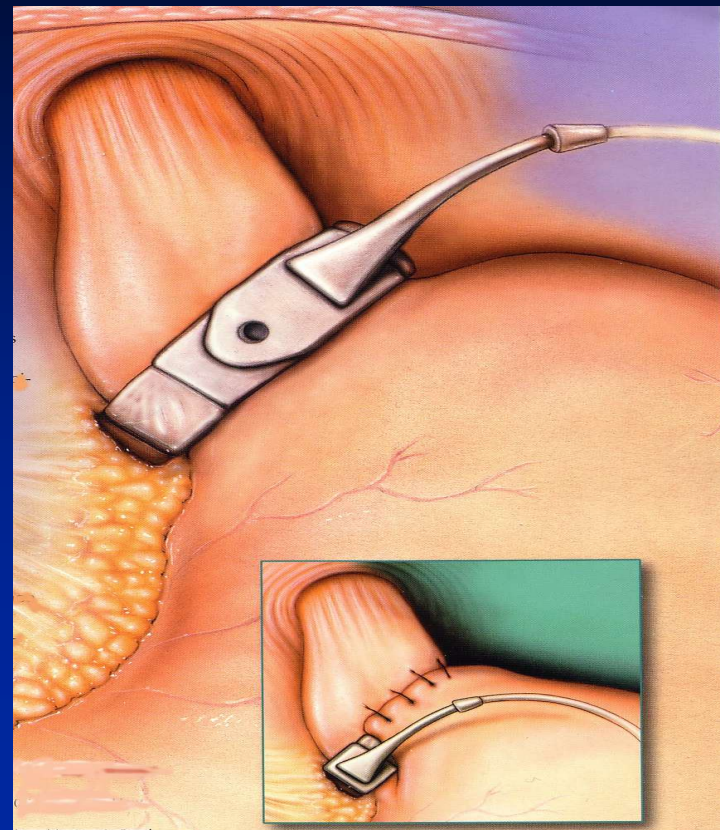
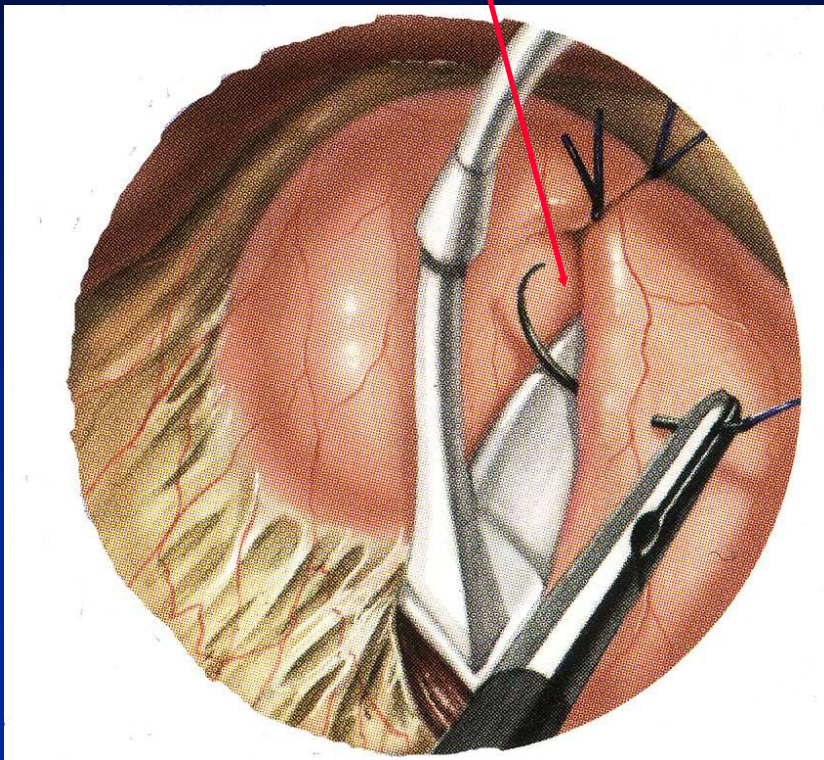
**Malabsorptive OP**

• Duodenal Switch  
• Bypass en Omega  
• SADIS

# Opération restrictive pure

## L'anneau gastrique (gastric banding)

Fixation de l'anneau





# **Opération restrictive pure**

## **L'anneau gastrique (gastric banding)**

**Diminution insuffisante de EBW à long terme**  
( Critère : ↓ de 50 % de EBW à 5 ans )

**Complications fréquentes à long terme :**  
**Reflux, dilatation oesophagienne , Barrett, migration**  
**intragastrique de l'anneau) réop et retrait de l'anneau > 40 %**  
**à 5ans**

**Suisse : < 1% (SMOB)**

# Opérations mixtes

(restrictives malabsorptives endocriniennes)

## Bypass gastrique

Opération ancienne ( 1966 )

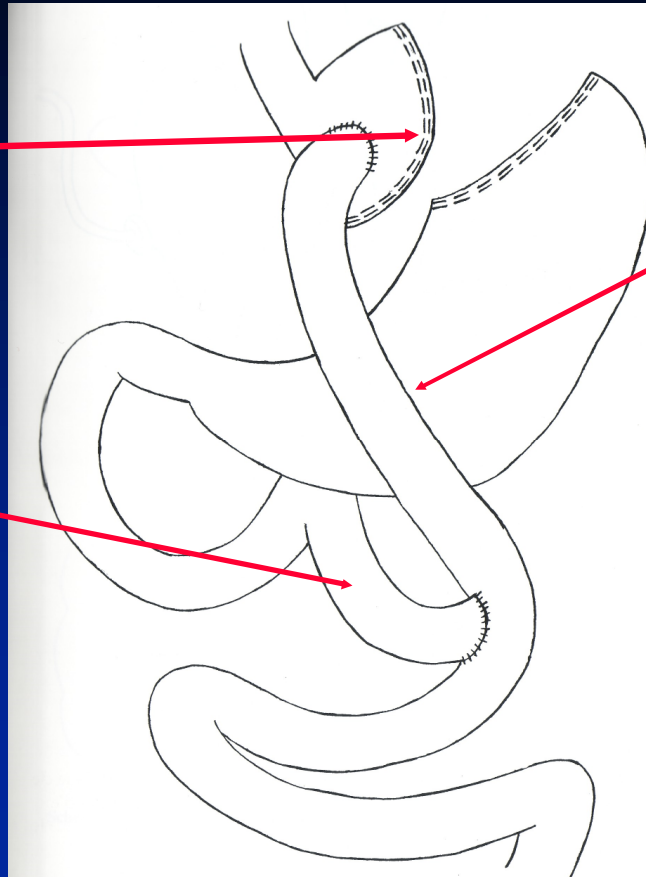
La plus utilisée dans le monde jusqu' en 2013

- 62000 / an aux USA en 2013
- En Suisse en  croissante
- 10% en 2000  80 % 2022 (>5000 op selon SMOB)

## bypass gastrique

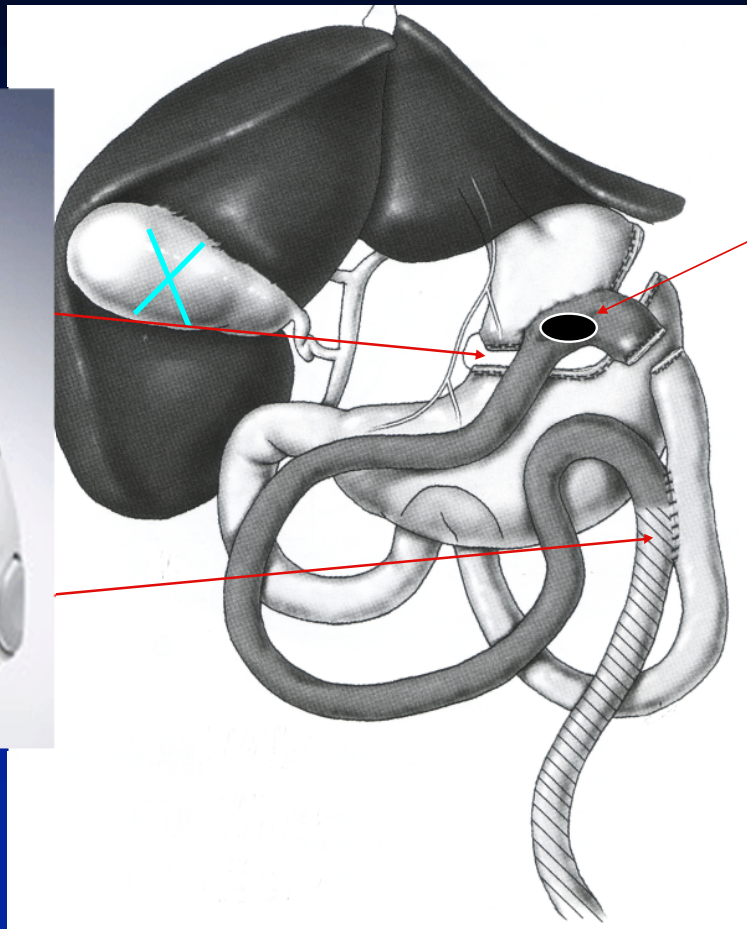
Néopoeche de 25 ml  
déconnectée  
(section- agrafage)  
restriction

Section à 75 cm  
de l'angle de Treitz



Anse montée  
de 150 cm.  
Malabsorption

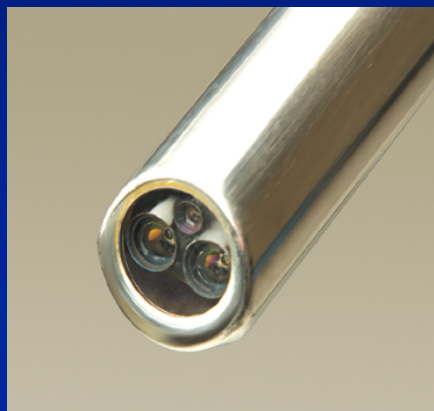
# bypass gastrique laparoscopique



# DaVinci® robot

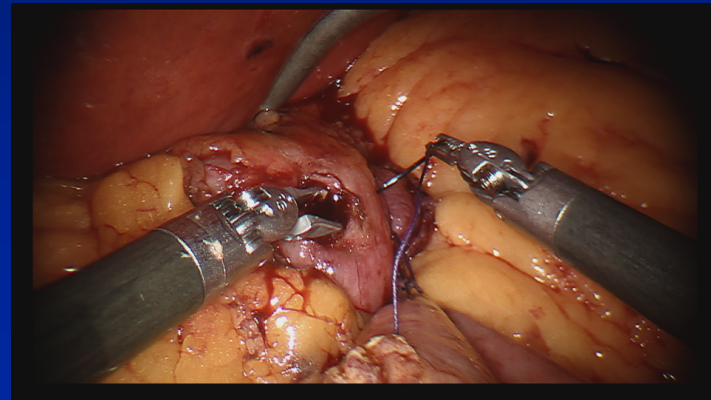
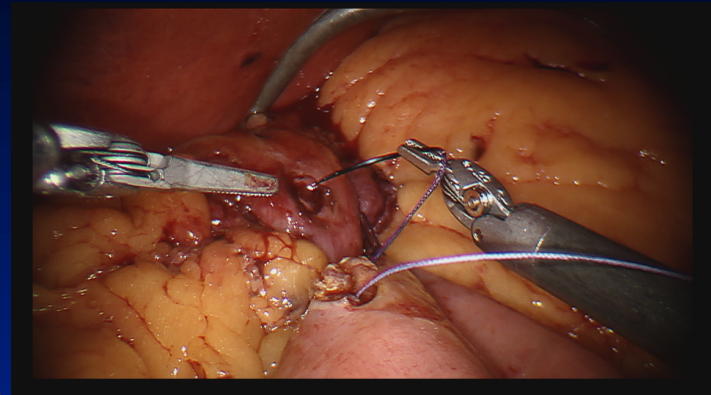
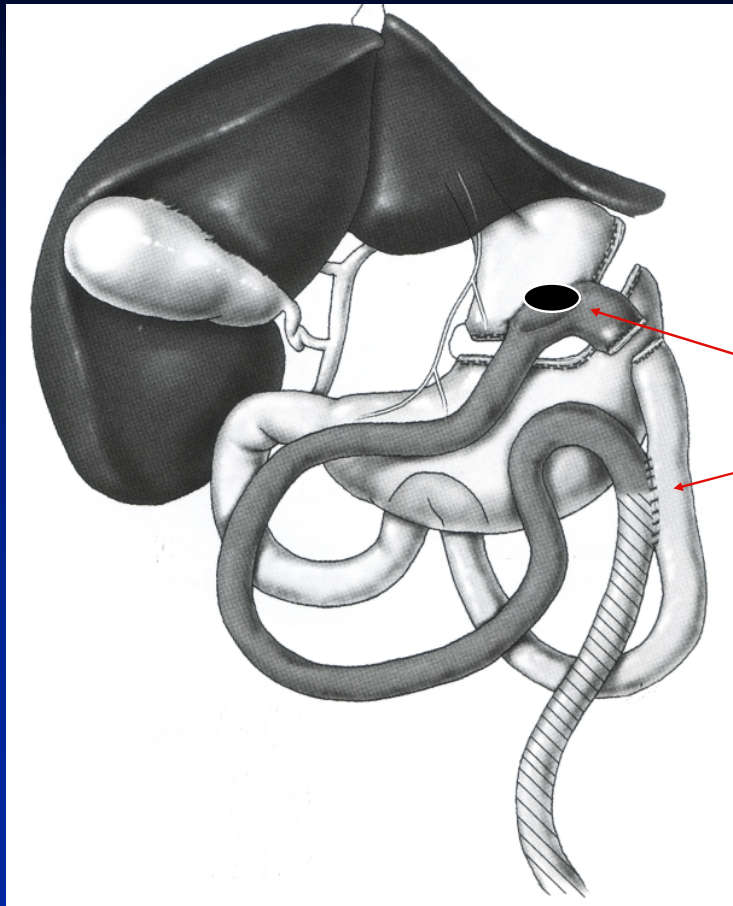


# bypass gastrique laparoscopique assisté par robot da Vinci





# Chirurgie bariatrique : bypass gastrique laparoscopique



# Bypass Gastrique:

## Principes

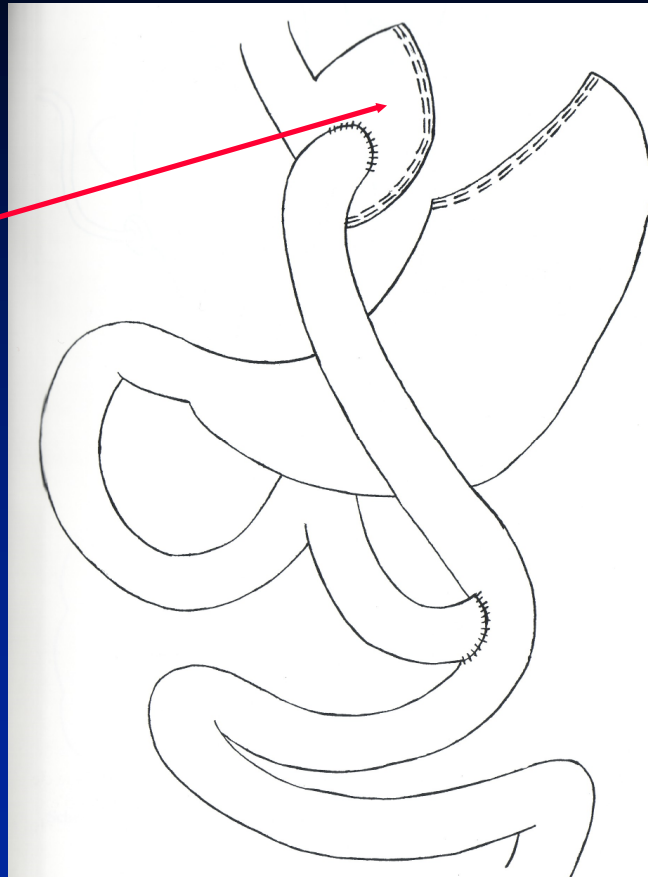
- **associe une restriction gastrique importante à une malabsorption mineure (graisses Sucres)**
- *exclut le duodénum et le jéjunum proximal du contact avec les aliments – expose le grêle distal à l'arrivée rapide des aliments : Incrétines*
- **induit un "dumping syndrome" après la prise d'hydrates de carbone**



## bypass gastrique

**Importante  
Restriction  
25-30 ml**

**Satiété précoce  
Barorecepteurs paroi  
gastrique**



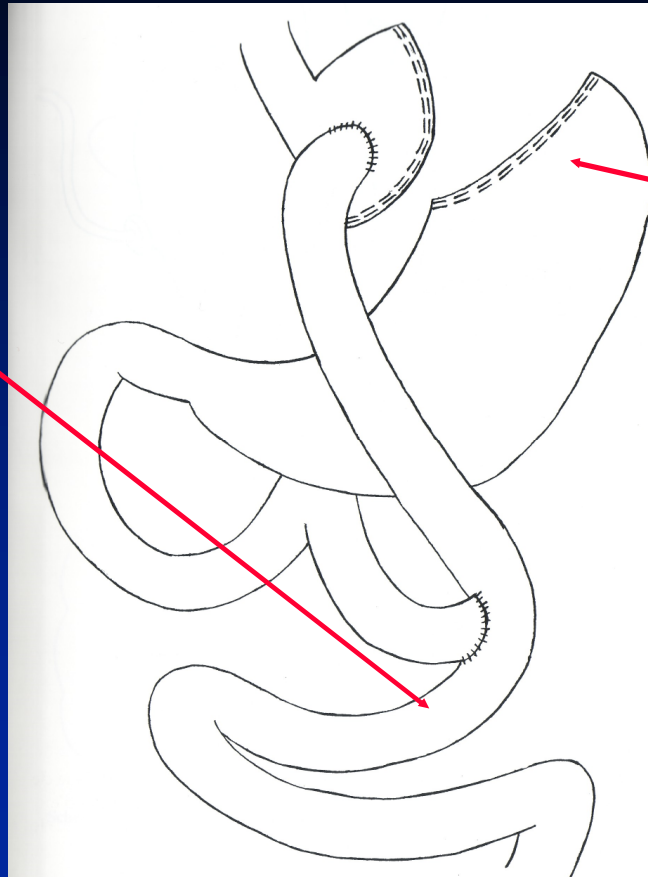
Diminution de  
la recaptation  
des sels  
biliaires

Changement du microbiote  
(↓Firmicutes ↑Bacteroides)

## bypass gastrique

Stimulation rapide  
du grêle distal par  
bol alimentaire

 **GLP1**  
**PYY**  
(Satiété)



 **GHRELIN**  
(orexigène)

**OPERATION MIXTE**  
**restrictive, endocrinienne**

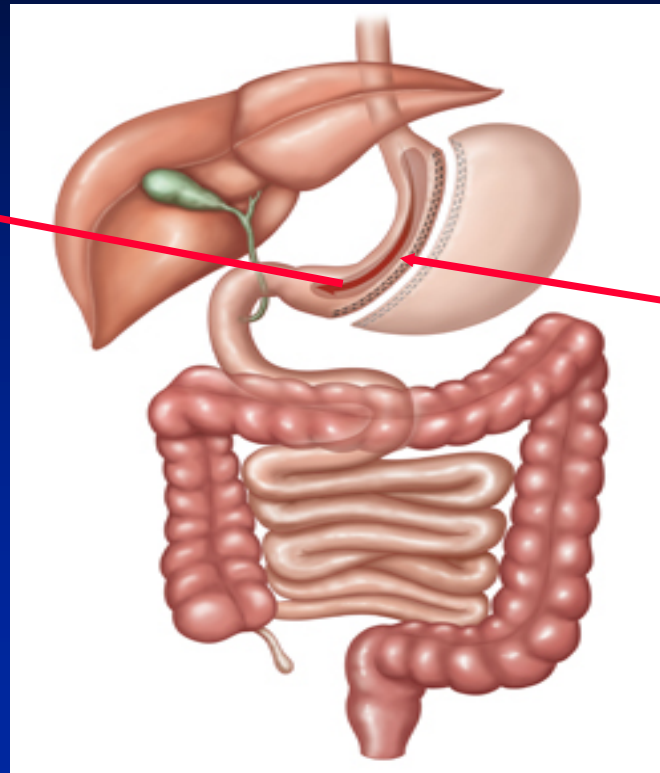
**Sleeve gastrectomie (gastrectomie verticale)**

**Technique récente - 2011**

# Sleeve gastrectomie

Mécanisme d'action :

**Restriction  
(130ml)**

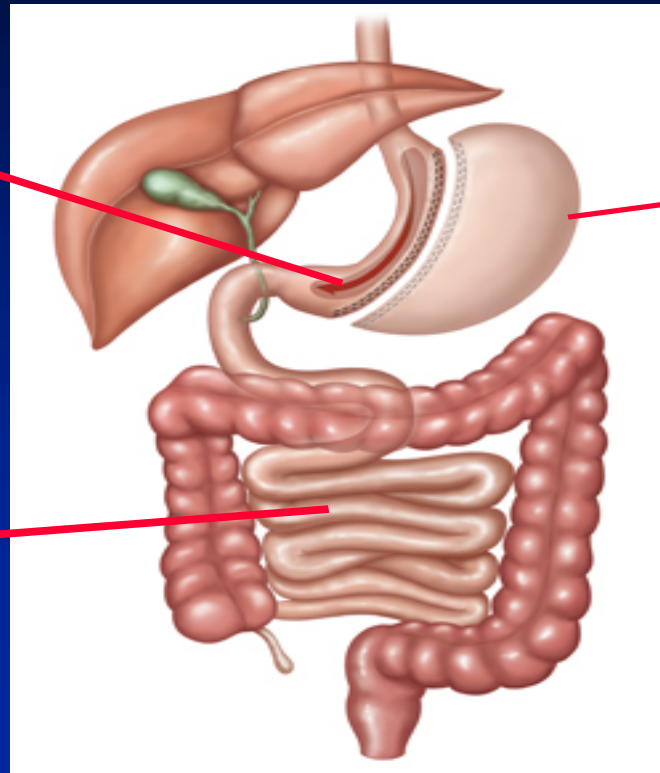


**↑ Pression  
intragastrique  
(barorecepteurs  
= satiété)**

# Sleeve gastrectomie

Mécanisme d'action :

Vidange gastrique  
rapide



Ghreline  
(fundus 80%)

GLP1, PYY

# Sleeve Gastrectomie

- effet à long terme sur EBW < Bypass gastrique

Séries à 10 ans (*Clarunis-Prof R Peterli*)

**EBW Sleeve 56 % Bypass 66 %**

(après 2 ans > 2 X de la capacité gastrique)

- Ré-augmentation de la Ghreline

( CH: < 20 % USA : > 57 % )

# Sleeve Gastrectomie

**Reflux à long terme important** (pression élevée de la poche gastrique)



**Œsophage de Barrett**

**Surveillance endoscopique régulière 1X / 3 ans**

**Transformation en Bypass → ↓ 36 % Barrett**

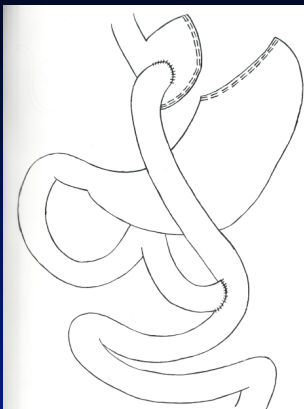
# **Sleeve Gastrectomie**

**Bonne indication en cas d'obésité avec:**

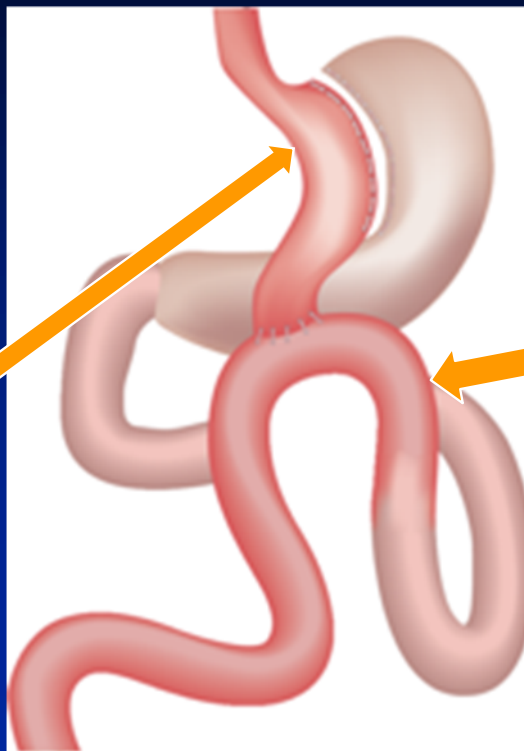
**Maladie de Crohn, insuffisance rénale ou hépatique sévère,  
greffes d'organes, surveillance de l'estomac pour  
métaplasie, dysplasie**



## Bypass en Oméga (Mini Bypass)



**Mini-sleeve  
100ml**



**Anse de 2m (plutôt  
1,5m) depuis le  
Treitz**

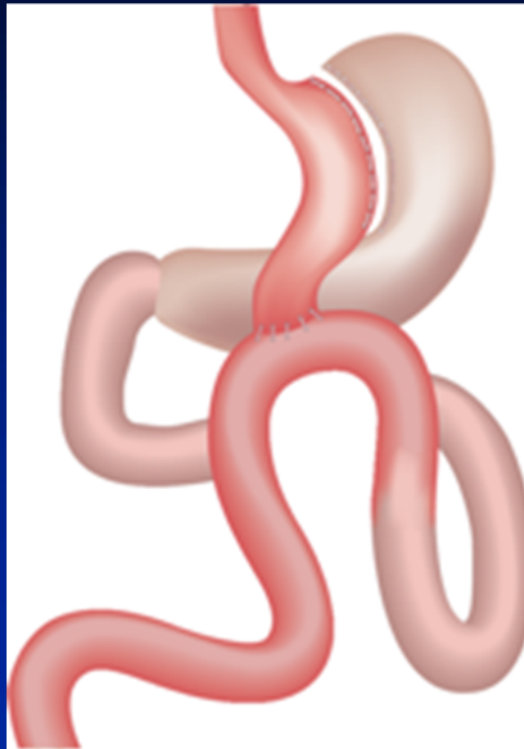
**A adapter selon la  
longueur de grêle  
restant !!!**

**Malabsorption plus  
marquée que le  
bypass en Y.**

## Bypass en Oméga (Mini Bypass)

**Avantages :**  
**Plus facile que  
le bypass en Y**  
**Une seule  
anastomose**

**EN  
EVALUATION  
(centres experts)**



**Désavantages :**  
**Carences ++**  
**Moins restrictif**  
**Reflux acide et  
biliaire = Barrett**  
**Surveillance  
endoscopique !!**



**Transformation  
en Y**

# Opérations mixtes

(restrictives **malabsorptives** endocriniennes)

(< 2,5 % USA, Suisse)

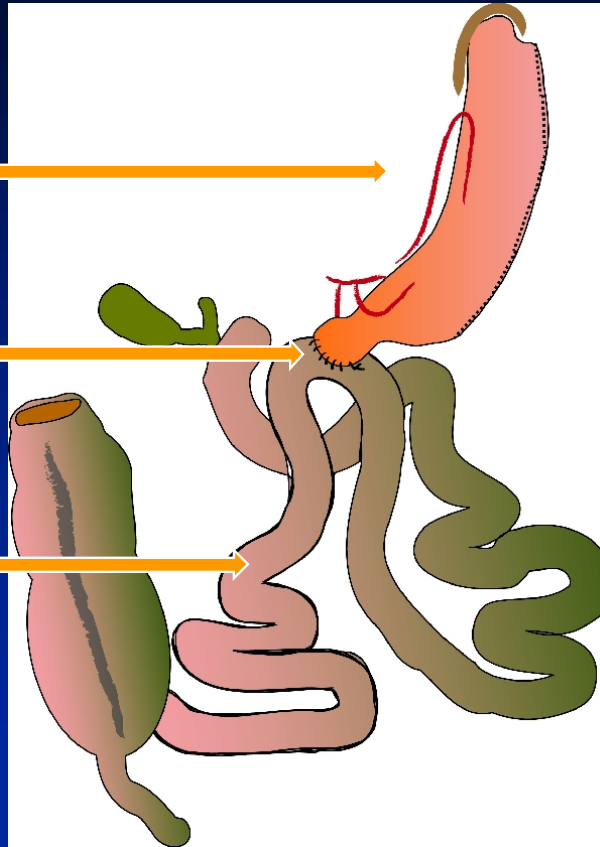
- **Indiquées surtout pour super-super obésité**  
**IMC > 60 kg/m<sup>2</sup>**  
**EBW de > 70 % à long terme**
  - **Demande d'un suivi très régulier**
- **Carence ++ : hypoprotéïnémie, avitaminose**  
**etc.**
  - **diarrhées**
  - **Atteinte hépatique (cirrhose)**

# SADIS : Single anastomosis duodenoileostomy with SG

Sleeve

Conservation  
du pylore

Anse commune  
de 2,5m



Une seule  
anastomose

Plus facile à  
réaliser que DS

**EN  
EVALUATION  
(centres experts)**

## **Place et Indications Chirurgie Bariatrique**

### **conclusion :**

**Tout patient avec IMC dès 35 kg/m<sup>2</sup> ou < 35 avec un D2 mal réglé**  
**Prise en charge par un centre reconnu par SMOB avec un groupe**  
**multidisciplinaire**



**(évaluation, choix de la technique chir., préparation, suivi)**

**Bypass en Y reste l'opération la plus utilisée en CH**