

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 ≥ 40 kg/m²

+ comorbidités :

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

Changement 2011 :

IMC = 35 kg/m² (+/- 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**

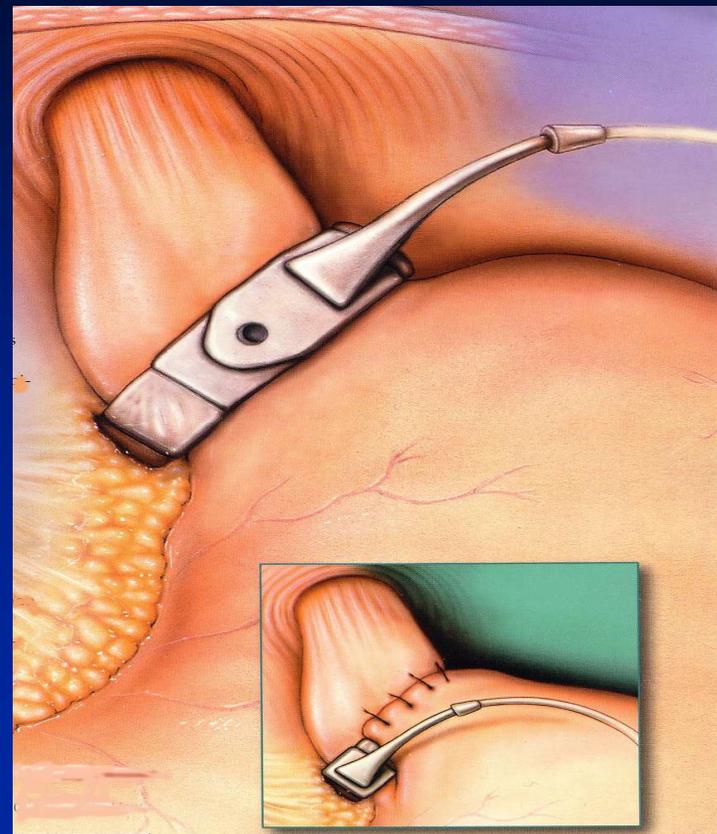
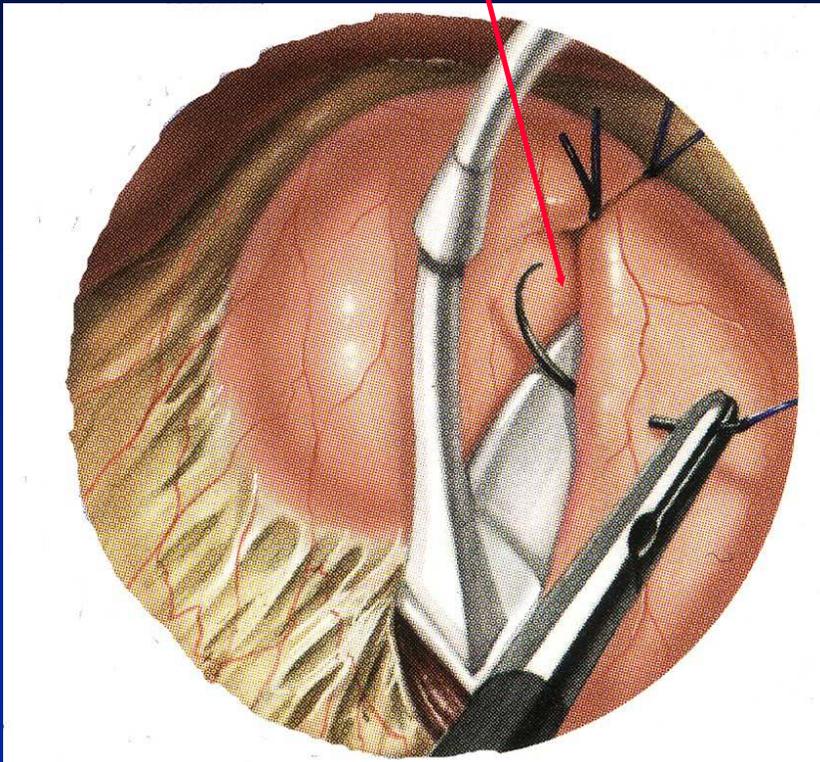
Bypass Gastrique
Sleeve

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)

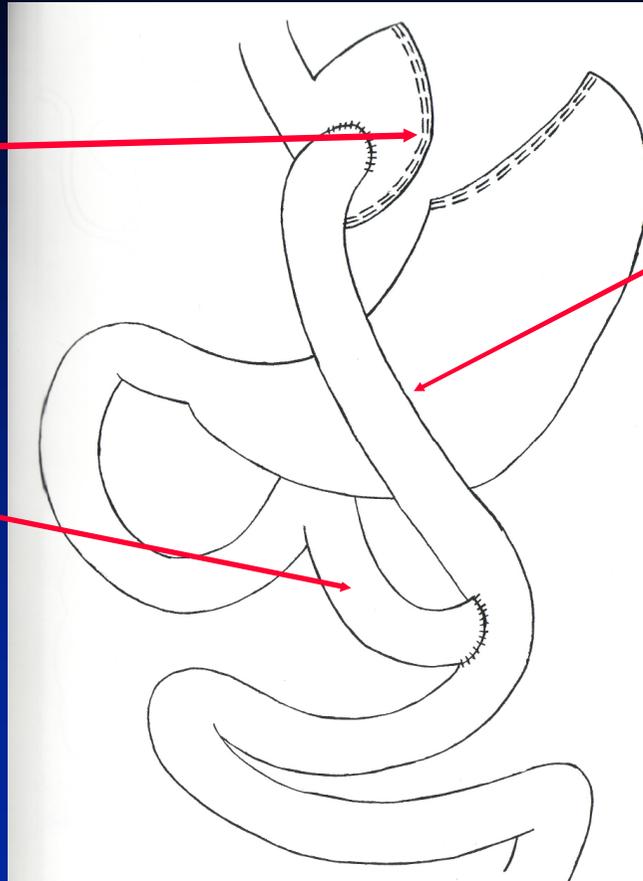
La plus utilisée dans le monde jusqu' en 2013

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

bypass gastrique

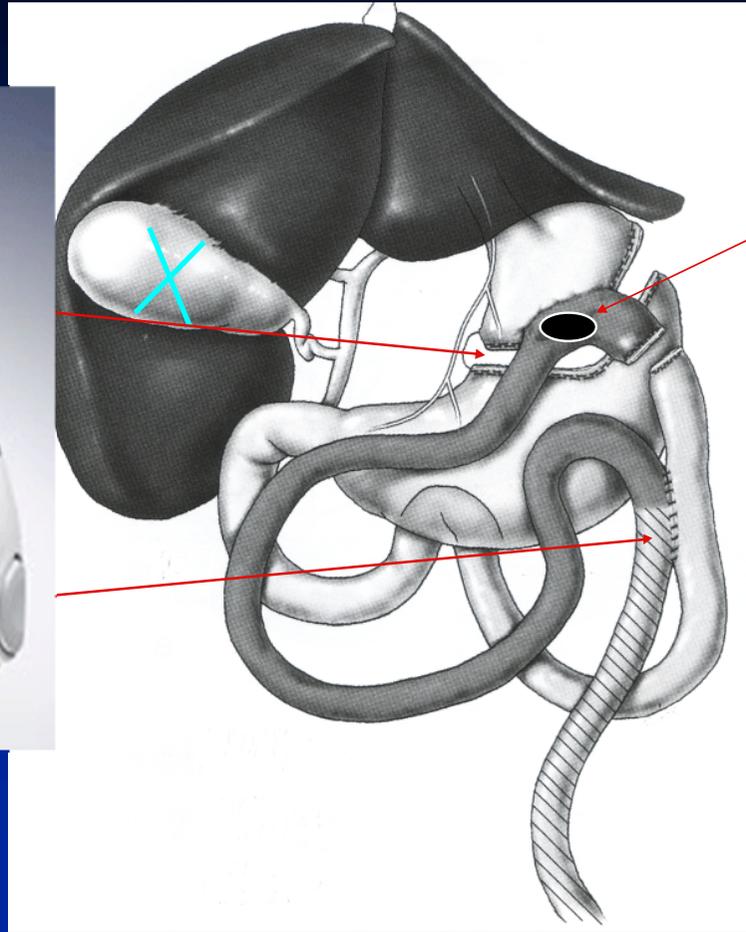
Néopoché de 25 ml
déconnectée
(section- agrafage)
restriction

Section à 75 cm
de l'angle de Treitz

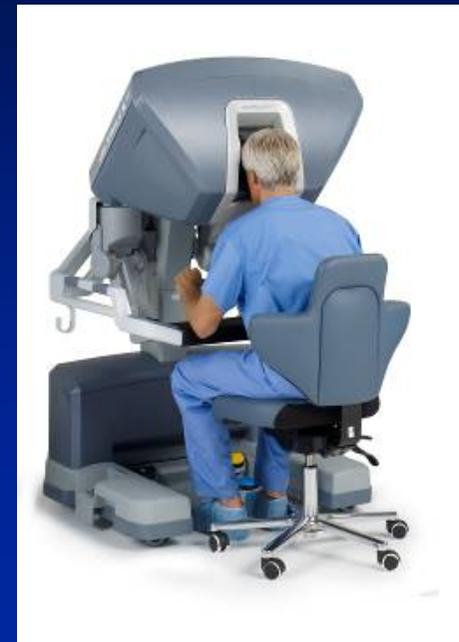


Anse montée
de 150 cm.
Malabsorption

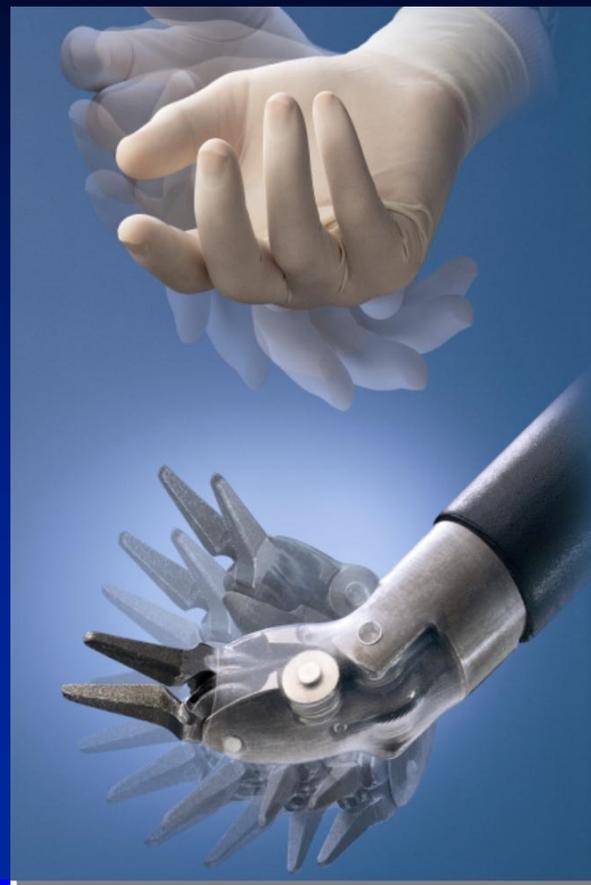
bypass gastrique laparoscopique



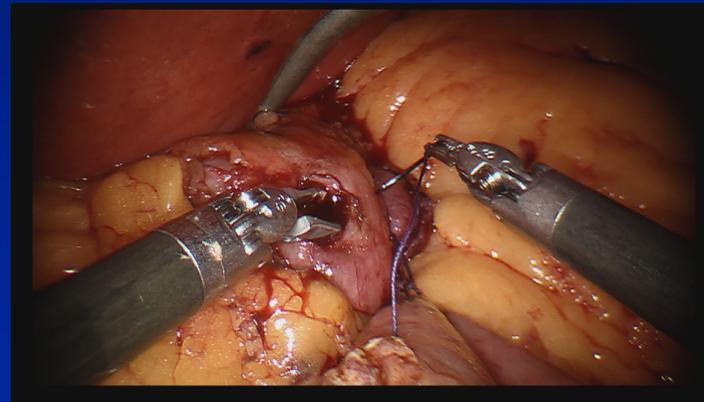
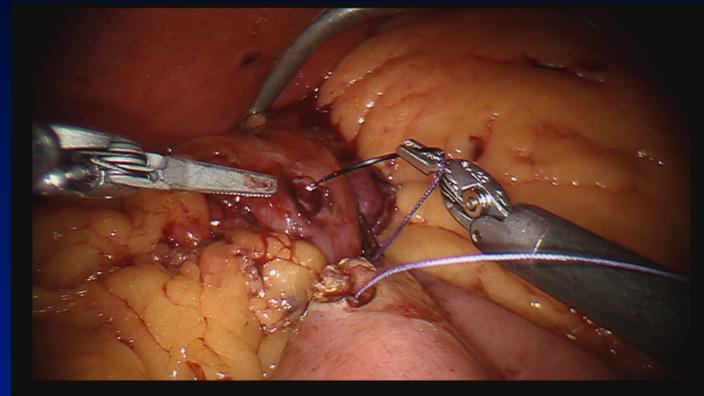
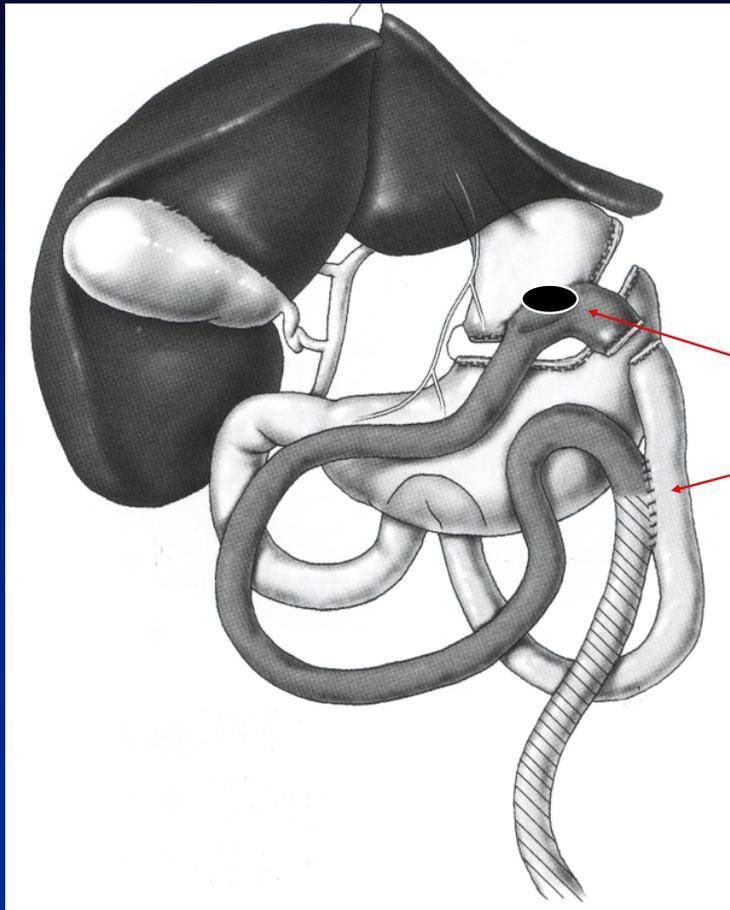
DaVinci® robot



bypass gastrique laparoscopique assisté par robot da Vinci



Chirurgie bariatrique : bypass gastrique laparoscopique



Bypass Gastrique:

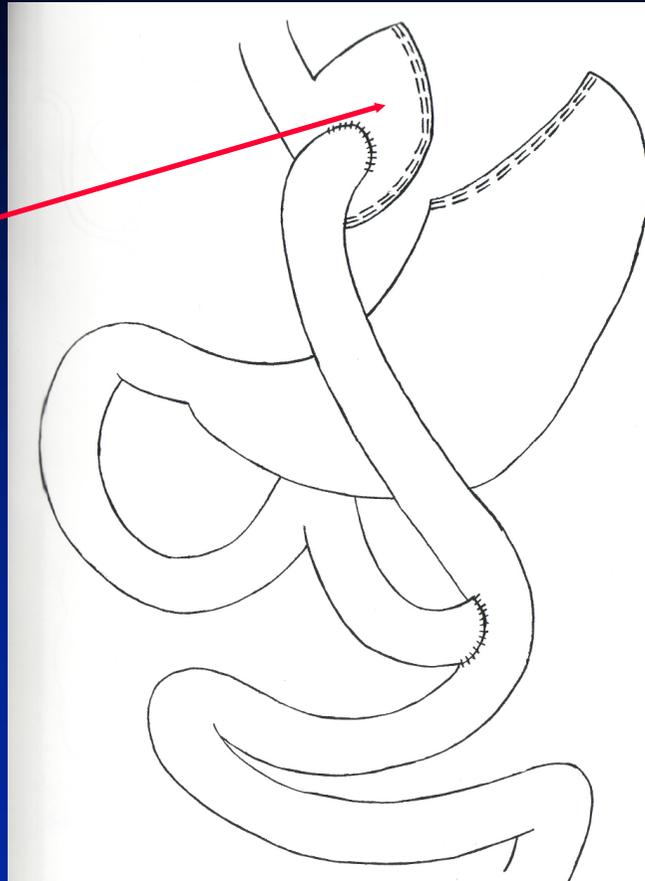
Principes

- **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**



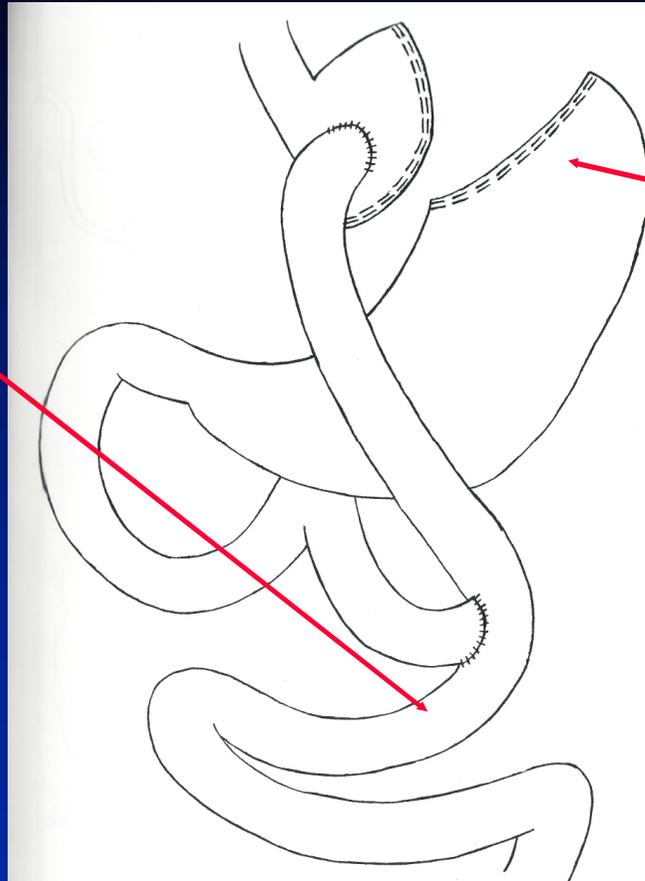
Diminution de
la recaptation
des sels
biliaires

Changement du microbiote
(↓Firmicutes ↑Bacteroides)

bypass gastrique

Stimulation rapide
du grêle distal par
bol alimentaire

 **GLP1**
PYY
(Satiété)



 **GHRELIN**
(orexigène)

OPERATION MIXTE
restrictive, endocrinienne

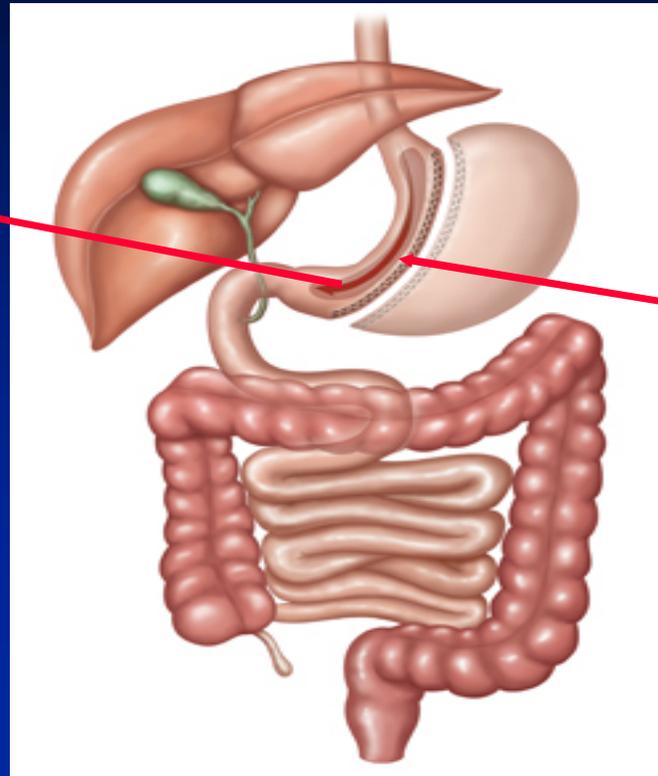
Sleeve gastrectomie (gastrectomie verticale)

Technique récente - 2011

Sleeve gastrectomie

Mécanisme d'action :

**Restriction
(130ml)**

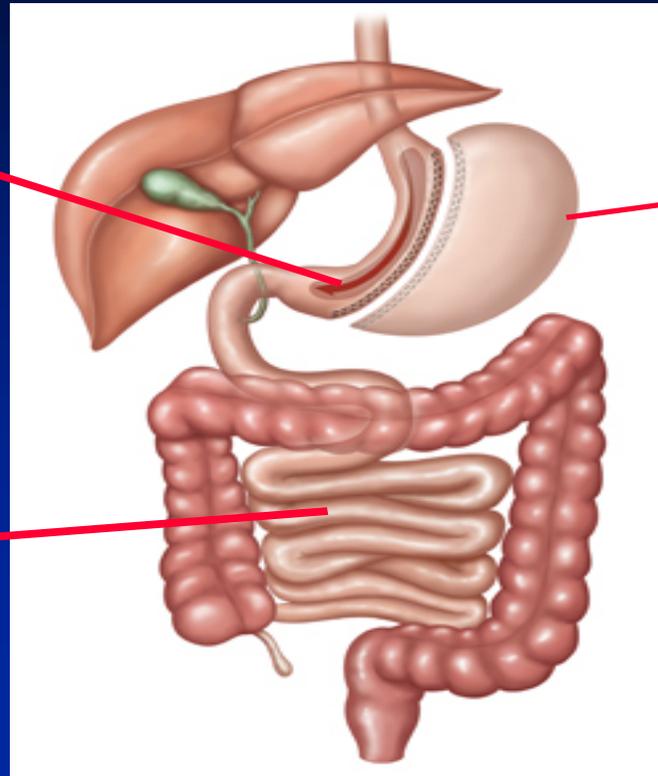


**↑ Pression
intra-gastrique
(barorecepteurs
= satiété)**

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

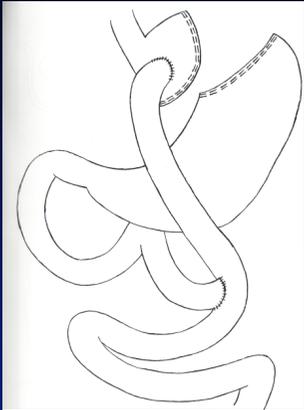
Transformation en Bypass → ↓ 36 % Barrett

Sleeve Gastrectomie

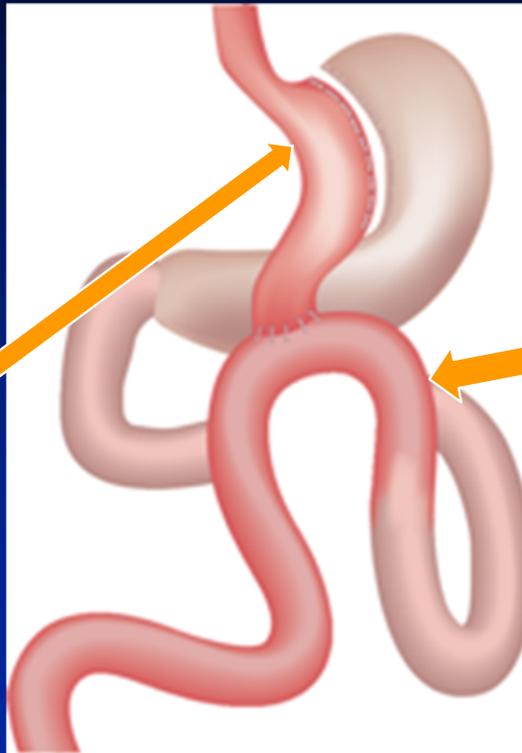
Bonne indication en cas d'obésité avec:

**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**

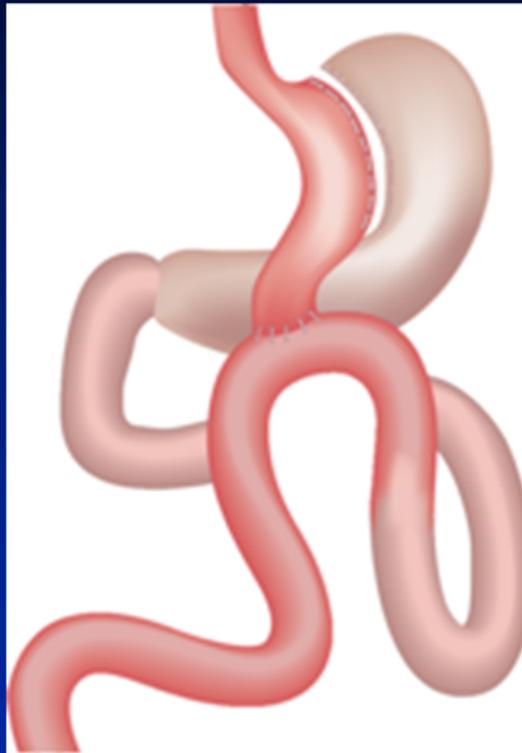
**A adapter selon la
longueur de grêle
restant !!!**

**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)

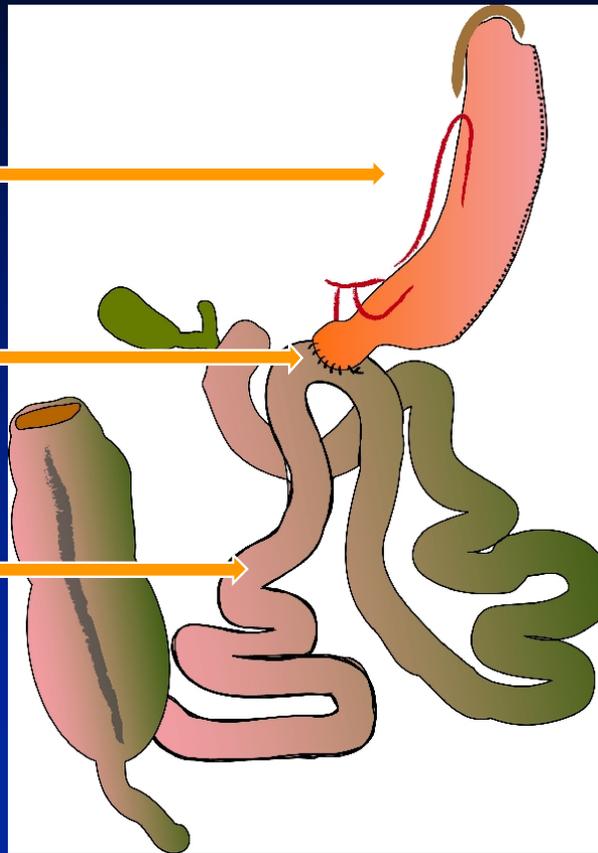
- **Indiquées surtout pour super-super obésité**
IMC > 60 kg/m²
EBW de > 70 % à long terme
 - **Demande d'un suivi très régulier**
- **Carence ++ : hypoprotéïnémie, avitaminose**
etc.
 - **diarrhées**
 - **Atteinte hépatique (cirrhose)**

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/m² 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