

Paris Espace
Grande
Arche
du 3 au 5 septembre 2020

CONGRÈS ANNUEL
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE ET FRANCOPHONE
DE CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ
ET DES MALADIES MÉTABOLIQUES



SOFFCO.MM
CONGRÈS 2020



Compilation des abstracts retenus pour le congrès Soffco 2020

1- CHIRURGIE DE REVISION

CO 50

Etude OPERA – Observatoire de la population éligible à une réintervention de chirurgie bariatrique en France – 1ers résultats

THEREAUX J., BOUILLLOT J.L., OPPERT J.M., OHAYON E., KHEMIS J., VISNOVEC BUISSEZ I., BENNANI M., LAFOURCADE A., PHILIPPE C.

Unité : QUALEES / Direction

Introduction :

La chirurgie bariatrique s'est beaucoup développée en France ces quinze dernières années avec la nécessité de chirurgie révisionnelle dans certains cas (échec de perte de poids, complications...). Cependant, peu de données nationales sont disponibles à ce sujet.

Cet observatoire national vise à dresser un état des lieux descriptif de la chirurgie de révision après chirurgie bariatrique en France.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective nationale issue et constituée à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS). Tous les patients opérés d'une chirurgie bariatrique de première intention entre le 01-01-2012 et le 31-12-2014 et suivis jusqu'au 31-12-2017 ont été inclus. Il s'agit ici des premiers résultats descriptifs.

Résultats :

Entre 2012 et 2014, 112 809 patients ont été opérés d'une chirurgie bariatrique de première intention (N = 33 103 en 2012, N = 37 979 en 2013, N = 41 727 en 2014) : âge moyen de 40,4 ans \pm 11,9 (2,1% âgés de moins de 20 ans et 5,6% âgés de 60 ans ou plus), 81,7% de femmes, 69,4% avec un IMC \geq 40 kg/m². Pendant la période de suivi, 4,5% des patients (N = 5 120) ont ensuite été réopérés une 1ère fois, 0,1% (N = 123) une 2ème fois et 4 patients une 3ème fois. Le taux de reprise est très variable selon la technique employée en première intention : 15,6% (2449/15671) de patients après AGA, 3,6% (2323/64361) après SG/GVC, 1,8% (4/226) après DBP \pm SD et 1,1% (344/32551) après BPG. La reprise après AGA et SG cumulés représente 93,2% (4772/5120) de l'ensemble des réinterventions.

Pour les patients opérés pour la 1ère fois en 2012 (bénéficiant pour plus de 90% d'entre eux d'une période de suivi de 5 ans minimum), en considérant un suivi constant censuré à 5 années après la chirurgie initiale, le délai médian entre les deux interventions était de 35,3 mois.

Conclusion :

Le taux de chirurgie révisionnelle après chirurgie bariatrique en France est non négligeable et constituée essentiellement de reprise après AGA et SG.

AGA = Anneau Gastrique Ajustable, SG = Sleeve Gastrectomie, GVC = Gastroplastie Verticale Calibrée, BPG = By-Pass Gastrique (roux en Y ou anse en oméga), DBP \pm SD = Dérivation Biliopancréatique +/- Switch Duodénal

CO 51

CHIRURGIE DE REVISION APRES ANNEAU GASTRIQUE : UN TEMPS OU DEUX TEMPS ? ANALYSE SUR 26.000 REVISIONS CHIRURGICALES

ANDREA LAZZATI, LAURENT GENSER, LUCA PAOLINO

Unité : Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil

Introduction

L'anneau gastrique ajustable (AGA) a été pendant longtemps l'intervention bariatrique la plus réalisée en France. Ses résultats peu probants à long terme ainsi que le développement de techniques plus efficaces a comporté une augmentation des ablations de l'AGA et la conversion à d'autres procédures, telles que la sleeve gastrectomy (SG) ou le bypass gastrique (BPG). Cette conversion chirurgicale peut être réalisée un seul temps (ablation et nouvelle procédure bariatrique) ou en deux temps différés. Quelle stratégie soit la meilleure n'est pas encore claire, car les résultats de la littérature sont contradictoires. Le but de cette étude est de comparer la sécurité précoce de la conversion d'un AGA en SG ou RYGB avec les deux stratégies.

Méthodes

La base de donnée médico-administrative des hospitalisations (le PMSI) a été utilisée afin d'identifier pour tous les patients ayant subi une conversion d'un AGA en SG ou RYGB entre 2013 et 2018. Les patients ayant subi une ablation d'anneau en urgences ont été exclus. En cas de stratégie en deux temps, les résultats de l'ablation et de la conversion ont été considérés. Un appariement sur score de propension a été réalisé afin de contrôler les différences entre patients et hôpitaux sur la morbi-mortalité à 90 jours.

Résultats

Dans la période d'analyse 26.277 patients ont été opérés d'une SG (n=15.313, 58%) ou d'un BPG (n=10.964, 42%) après AGA. Dans la majorité des patients (n=19.655, 74.8%), la conversion était réalisée en deux temps. Le délai médian entre ablation en révision dans le cas d'une stratégie en deux temps était de 7.5 mois (IQR 3.9-20.6). Après appariement, pour les patients opérés de SG, la durée d'hospitalisation (4.8 jours contre 4.5, $p<0.001$), l'hospitalisation en réanimation (0.8% contre 0.4%, $p=0.002$), les fistules gastriques (2.8% contre 1.2%, $p<0.001$), et les hémorragies (2.9% contre 1.4%, $p<0.001$) étaient significativement moins fréquentes dans le groupe conversion en deux temps. Aucune différence n'était observée sur les réinterventions et le décès. Pour les patients opérés de BPG, la stratégie en deux temps a présenté moins de fistules gastriques (4.0% contre 1.6%, $p<0.001$), moins d'hémorragie (5.0% contre 2.2%, $p<0.001$), et moins de séjours en réanimation (1.4% contre 0.5%, $p<0.001$). Aucune différence n'était observée sur la durée d'hospitalisation, les réinterventions et le décès.

Conclusions

Les conversions d'AGA sont associées à des faibles taux de complications à 90 jours. La stratégie en deux temps semble présenter un moindre risque de complication postopératoire.

DEBS T, PETRUCCIANI N, BENOIS M, IANNELLI A, BEN AMOR I, GUGENHEIM J

Unité : Nice University Hospital

Introduction

La sleeve gastrectomie (SG) est l'intervention la plus fréquemment pratiquée en chirurgie bariatrique. Son rôle est controversé pour les patients atteints de reflux gastro-œsophagien. Les études récentes montrent que la SG pouvait exacerber les symptômes du RGO, et majorer le risque de « de novo » reflux.

Methodes

Nous présentons une étude descriptive rétrospective monocentrique de 43 patients qui ont été opérés entre 2009 et 2018 d'une conversion de SG en Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGBP) pour RGO. La présence du RGO a été basée sur la symptomatologie, sans pH-métrie systématique. L'efficacité du RYGBP est évaluée sur la disparition clinique du RGO.

Resultats

Parmi 1443 SG opérées durant cette période, 43 patients, dont 90.48% de femmes, âgés en moyenne de 44 ans et d'un IMC moyen pré-SG de 44.12kg/m², ont été convertis. Les comorbidités pré-RYGBP incluent : SAOS (35.71%), maladies articulaires (26.19%), hypertension artérielle (23.81%), asthme (21.43%), diabète type 2 (14.29%). L'indication de RYGBP est posée pour aggravation d'un RGO préexistant (13.95%) et « de novo » reflux (86.05%). Elle est associée à une perte de poids insuffisante dans 64.29% avec PEP totale pré-RYGBP à 47.39% (43/43). L'IMC pré-RYGBP était de 36.21kg/m². Le bilan fibroscopique (43/43) a confirmé la présence d'une hernie hiatale (38.10%) d'une inflammation locale (œsophagite et gastrite) (35.71%) ou d'un ulcère gastrique (7.14%). L'intervalle moyen SG-RYGBP était de 3.653 ans.

Conversion

La conversion en RYGBP est une technique chirurgicale efficace dans le cadre du traitement du RGO sur SG. Associée à une prise en charge adaptée des facteurs de risque du RGO, elle permet un arrêt post-opératoire des IPP et le maintien de la perte de poids à long terme.

CO 53

CONVERSION EN BYPASS GASTRIQUE EN Y APRES ECHEC D'UNE PREMIERE PROCEDURE EN CHIRURGIE BARIATRIQUE : QUELS RESULTATS ATTENDRE ?

PÉRÉ G, TUYERAS G, BRINAS P, CHALRET DU RIEU M, RITZ P, CARRÈRE N

Unité : Département de chirurgie digestive, unité oesogastrique bariatrique et endocrinienne du CHU de Toulouse-Rangueil

Introduction :

La part des chirurgies de révision est en augmentation, motivée par une perte pondérale insuffisante ou de mauvais résultats fonctionnels (RGO invalidant, dénutrition).

Objectif : déterminer l'efficacité et les résultats des conversions en fonction des motifs à 2 ans post opératoire.

Patients et méthode :

Nous avons réalisé un recueil de données prospectif, mono-centrique des patients opérés d'une conversion en bypass gastrique en Y, entre le 01/01/2014 et le 01/01/2019.

Résultats :

Nous avons analysé les données de 89 patients (78 femmes, 11 hommes) avec un âge moyen de 46,0 +/- 11,7 ans. Les conversions représentent 23,1% de l'activité de bypass, avec un taux de cœlioscopie de 96,5%.

Les premières opérations étaient : sleeve gastrectomies (34,8%), anneaux gastriques (30,3%), gastroplasties verticales calibrées (25,8%).

Les motifs de conversion retrouvés sont : l'insuffisance de perte pondérale (n=54, 60,7%), la qualité de vie avec RGO invalidant (n=29, 32,6%). 86,3% des reflux sont retrouvés après GVC et SG, jamais après GPAM (p<0,05).

La perte de poids est plus importante en cas d'excès de poids (- 10,8 kg/m² +/- 5,9) qu'en cas de RGO (-3,9 kg/m² +/- 3,6) avec p< 0,0001. Cette différence est retrouvée entre les patients opérés pour excès de poids et ceux pour RGO toujours obèse (-4,6 kg/m² +/- 4,0) avec p < 0,0001. Les patients avec RGO non obèses connaissent un gain de l'IMC de 2,5 kg/m² à 2 ans.

La perte de poids maximale est obtenue après la conversion d'un anneau gastrique (- 12,7 kg/m² +/- 5,5) par rapport aux SG (-5,8 kg/m² +/- 5,5) ou GVC (-7,5 kg/m² +/- 4,2) avec p< 0,0001.

Les courbes de poids tendent vers un IMC de 30,7 kg/m² à 2 ans, et ce quel que soit le motif et le premier montage chirurgical.

La conversion permet de traiter les RGO dans 96,6% (n=28/29) et la dénutrition dans 87,5% des cas (n=7/8).

Conclusion :

La perte de poids après la conversion n'est pas homogène, et dépend du motif de cette dernière. L'IMC moyen tend vers 30,7 kg/m² à 2 ans. Les patients obèses avec RGO n'ont pas le même profil de perte de poids que les patients sans RGO. La conversion est efficace et permet de traiter les symptômes.

CO 54

SLEEVE GASTRECTOMIE COMME TRAITEMENT DE L'ECHEC D'UN ANNEAU GASTRIQUE : COMPARAISON D'UNE CHIRURGIE EN 1 OU 2 TEMPS

DEMOURON M, REBIBO L, ARAPIS A, HANSEL B, DHAHRI A, REGIMBEAU J-M, MSIKA S

Unité : Service de Chirurgie Digestive, Hopital Bichat Claude Bernard, PARIS

Introduction :

Les séries comparant l'ablation d'un anneau gastrique (AG) associé à une sleeve gastrectomie (SG) lorsque les procédures sont effectuées en une ou deux étapes sont contradictoires dans leurs résultats. Aucune série comparant ces deux approches en termes de perte pondérale n'est disponible.

Méthodes :

Entre Février 2006 et Janvier 2017, tous les patients ayant eu une SG après AG (n = 358) ont été inclus dans cette étude observationnelle rétrospective bicentrique. Une chirurgie de révision a été proposée chez les patients présentant une perte d'excès de poids insuffisant (PeP \leq 50%) ou une reprise de poids après AG. Une approche en un temps (groupe 1, n=270) ou en deux temps (groupe 2, n=88) a été décidée en fonction du choix du patient et/ou des préférences du chirurgien. Le critère principal d'évaluation était la comparaison de la perte de poids dans le groupe 1 et le groupe 2 à deux ans de suivi. Les critères d'évaluation secondaires étaient les résultats à court terme (mortalité et morbidité globales dans les 30 premiers jours, morbidité spécifique, réintervention, durée du séjour à l'hôpital et réadmission).

Résultats :

Dans le groupe 1, l'IMC préopératoire moyen avant SG était de 40,5 kg/m² (27,0 - 69,0), tandis que dans le groupe 2, l'IMC préopératoire moyen était de 43,5 kg/m² (31,5 - 61,7). La durée opératoire moyenne était de 109 minutes (50-240) dans le groupe 1 et 78,7 minutes (40-175) dans le groupe 2 (p = 0,22). Dans le groupe 1, six conversions en laparotomie ont eu lieu, tandis que dans le groupe 2, deux conversions en laparotomie ont eu lieu (p = 0,75). On dénombrait un décès (0,2%, dans le groupe 2) et 39 complications (30 dans le groupe 1 (11,1%) et 9 dans le groupe 2 (10,2%)). La durée moyenne de séjour à l'hôpital était de 6,2 jours dans le groupe 1 et de 4,1 jours dans le groupe 2. A deux ans de suivi, l'IMC moyen était de 32,4 kg/m² dans le groupe 1 et de 33,2 kg/m² dans le groupe 2 étapes (p = 0,15), représentant des PeP de 61,9 et 50,1 (p = 0,05), respectivement. Les taux de chirurgie de révision étaient respectivement de 0,7% et 2,2%.

Conclusion :

La SG après AG est efficace avec des résultats similaires selon l'approche en un ou deux temps. L'approche en un temps semble avoir de meilleurs résultats en termes de perte pondérale.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA FISTULE CHRONIQUE POST-SLEEVE GASTRECTOMIE APRES ECHEC DU TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE

S. TALEB, M. NEDELCOU, A. DE JONG, M. SILVESTRI, M. DELOZE, M. SKALLI, JC. VALATS, D. NOCCA

Unité : CHU de Montpellier

Contexte :

L'échec du traitement endoscopique de la fistule post-sleeve gastrectomie (p-SG) constitue un problème thérapeutique, donnant lieu à des indications chirurgicales controversées et souvent décidées tardivement.

Objectifs :

Nous avons réalisé cette étude afin de d'évaluer le traitement chirurgical des fistules chroniques port-sleeve gastrectomie (p-SG).

Methodes :

Tous les patients qui ont bénéficié d'une reprise chirurgicale de fistule chronique p-SG, au service de chirurgie bariatrique du CHU de Montpellier, durant la période Janvier 2013-Décembre 2019 ont été analysés de façon rétrospective.

Résultats :

Vingt-et-un patients ont bénéficié de la chirurgie reconstructive, dont 19 femmes (moyenne [σ] d l'âge=40,05 [13,03] ans). Parmi les patients, 6 (28,6%) avait bénéficié d'un anneau gastrique antérieurement. Suite à la sleeve, la fistule est survenue de façon aiguë et précoce chez 9 (42,9%) et 5 (23,8%) patients, respectivement ; et les images scanographiques ont permis d'identifier la fistule chez 7 (33,3%) patients, avec des images de collection (14 ; 66,7%), abcès intraabdominal (3 ; 14,3%) et autres images extra abdominales (5 ; 23,8%), dont deux fistules gastro-bronchique, un abcès pulmonaire et une pneumopathie. La prise en charge initiale a fait appel à la laparotomie+/- endoscopie dans 7 (33,3%) des cas et à l'endoscopie seule dans 10 (47,6%) cas, suivie d'au moins 2 autres tentatives échouées de traitement endoscopique pour 10 (47,6%) patients sur une durée moyenne de 17 mois. la chirurgie reconstructive a été faite par laparotomie chez 17 (81,0%) patients, avec pratique d'une fistulo-jéjunostomie pour 14 (66,7%) patients et d'un bypass gastrique Roux-en-Y (RYGB) pour 6 (28,6%) autres, tandis que le dernier patient a subi une gastrectomie totale. Le temps opératoire était de 99 et 338 minutes (médiane=225 minutes). Les suites opératoires ont été marquées par une durée d'hospitalisation allant de 5 à 30 jours (médiane=11 jours). Outre, les deux tiers des patients (14 ; 66,7%) ont eu des complications post-opératoires, dont 7 (33,3%) chirurgicales, 5 (23,8%) vasculaires, et 3 (14,3%) infectieuses ; toutes ayant survenues dans le groupe de patients ayant subi la laparotomie.

Conclusion :

La chirurgie de la fistule chronique p-SG nécessite fréquemment une laparotomie, et reste marquée par un taux important de complications post-opératoires. Il est recommandé d'effectuer des méta-analyses afin de déterminer les facteurs de risques de l'échec de la chirurgie ainsi que des complications post-opératoires, notamment les facteurs liés à la prise en charge initiale de la fistule.

2- COMPLICATIONS POST-CHIRURGICALES

CO 56

INTERET DE LA PROTEINE C REACTIVE ET DE LA PROCALCITONINE COMME MARQUEURS PREDICTIFS ET DES COMPLICATIONS INFECTIEUSES POSTOPERATOIRES APRES CHIRURGIE BARIATRIQUE

VUILLERMET C, ZARZAVADJIAN LE BIAN A, ROUET J, MONTANA L, TORCIVIA A, SIKSIK JM, VAILLANT JC, TRESALLET C, BARRAT C†,GENSER L

Unité : Chirurgie Digestive, Hôpital de la Pitié-Salpetrière Paris

But du travail:

Evaluer l'intérêt de marqueurs clinico-biologiques dans la prédiction et la discrimination des complications infectieuses post-opératoires (CIPO) précoces après chirurgie bariatrique.

Méthodes:

222 patients opérés dans deux centres tertiaires d'une gastrectomie longitudinale (N=148;67%) ou d'un bypass (N=74;33%) d'octobre 2016 à octobre 2017 ont eu la mesure des constantes vitales et des marqueurs biologiques de la phase aigüe de l'inflammation (Protéine-C-réactive: CRP, Procalcitonine: PCT, leucocytes) à J1 et J2 postopératoires. La prédiction d'une CIPO ultérieure était évaluée par le rapport spécificité-sensibilité (Sp/Se).

Résultats:

19(8.5%) patients ont développé une CIPO dans un délai moyen de 6[3-11] jours dont 13(5.8%) collections intra-abdominales avec ou sans fistule, 5(2.2%) pneumopathies et 2(0.9%) collections pariétales. Les paramètres clinico-biologique préopératoires n'étaient pas prédictifs d'une CIPO ($p>0.05$). A J1, à une valeur seuil de PCT à 0.35ng/ml correspondait un Sp/Se de 97%/18%($p=0.01$). A J2, une température corporelle $>37.7^{\circ}\text{C}$ ou une tension artérielle systolique mesurée $>156.6\text{mmHg}$ étaient associées à un Sp/Se de 99%/33% et 92%/33% respectivement ($p<0.05$). A des valeurs seuil de PCT à 0.20ng/ml, de CRP à 192mg/dL ou de Leucocytes à 15.4X10⁹/L mesurées à J2 postopératoire, correspondaient une performance estimée à 94%/36%, 99%/23% et 97%/29% ($p<0.05$). Aucun de ces marqueurs n'étaient performants pour discriminer le type de CIPO ($p>0.05$).

Conclusions:

Après une chirurgie bariatrique, la mesure de la PCT (dès J1), de la CRP, des leucocytes systémiques et de la température corporelle (dès J2) permettent d'identifier précocement les patients à faible risque de développer une CIPO sans toutefois discriminer la fistule des autres infections

RESULTATS A LONG TERME DE LA FISTULO-JEJUNOSTOMIE SUR ROUX-EN-Y POUR LA FISTULE POST SLEEVE

CHOUILLARD E, CHAHINE E, D'ALESSANDRO A, DIRANI M, DEJONGHE B, MORYOUSSEF F, VITTE RL

Unité : Département de Chirurgie Viscerale, Centre Hospitalier de POISSY/SAINT-GERMAIN

Introduction :

Une fistule survient chez moins de 2% des patients après une sleeve gastrectomy (SG). Cependant, la prise en charge des fistules post SG (FSG) reste difficile, longue et coûteuse. Nous avons analysé les résultats à long terme de la fistulo-jéjunostomie sur Roux en Y (FJRY) comme traitement ultime des FSG résistant à un traitement plus conservateur.

Méthodes :

Entre janvier 2007 et décembre 2018, nous avons pris en charge 163 patients atteints de FSG. Initialement, les collections intra-abdominales ou thoraciques ont été exclues ou traitées par endoscopie, drainage assisté par tomодensitométrie (TDM) ou chirurgie. En cas d'échec de ces mesures, parfois réitérées, des patients sélectionnés avaient eu une FJRY.

Les résultats à long terme ont été analysés à l'aide d'une évaluation clinique, d'une analyse biologique, d'une endoscopie haute, d'un scanner et de divers tests supplémentaires.

Résultats :

Entre janvier 2007 et décembre 2018, 82 patients (60 femmes et 22 hommes) ont eu FJRY pour FSG. L'âge moyen était de 37 ans (extrêmes : 17-59). Le suivi moyen était de 67 mois (11-139). Seuls 9 patients ont été perdus de vue (11%).

L'IMC moyen était de 27,4 kg / m² (22-41) à 3 ans et 30,9 kg / m² (21-42) à 5 ans, respectivement. Des données biologiques, endoscopiques et radiologiques détaillées ont été récupérées. L'endoscopie haute a montré la guérison de la FSG dans 100% des cas. Des anomalies endoscopiques liées au RGO n'ont été révélées que chez 6 patients (8,2%). Deux patients ont été réopérés et ont eu un bypass gastrique en Y.

Conclusions :

La FJRY est une option sûre et faisable pour traiter les FSG résistantes aux traitements plus conservateurs. L'analyse des résultats à long terme confirme que le contrôle de la fistule est durable. La perte de poids est satisfaisante. Aucune perturbation métabolique de novo n'a été révélée.

CO 58

INCIDENCE ET FACTEURS PREDICTIFS DES NAUSEES ET VOMISSEMENTS POST OPERATOIRES EN CHIRURGIE BARIATRIQUE ?

GAROT M, MARCINIAK C, SEDDIKI K, PARMENTIER L, ANDRIEU G, PATTOU F, CAIAZZO R, LEBUFFE G

Unité : CHU Lille

Introduction :

Les nausées et vomissements post opératoires (NVPO) sont la deuxième plainte des patients en péri opératoire, derrière la douleur. Leur survenue peut être un obstacle à une prise en charge ambulatoire et entraîner un retard à la reprise du transit ou une pneumopathie d'inhalation. L'utilisation de scores simplifiés de prédiction de NVPO, comme le score d'Apfel ou de Koivantura, sont recommandés par la société française de réanimation (SFAR) afin d'adapter la prophylaxie. Le type de chirurgie n'influence classiquement pas la survenue de NPVO mais des données de la littérature suggèrent que ceux-ci seraient plus fréquents en chirurgie bariatrique. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'incidence de survenue des NVPO dans une population obèse de grade 3 ainsi que leurs facteurs de risques prédictifs lors d'une chirurgie bariatrique.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude monocentrique avec un recueil prospectif des données, après autorisation de la CNIL, de novembre 2017 à juillet 2018 dans un centre universitaire français. Les données démographiques, l'intensité des NVPO, leur retentissement ainsi que les facteurs associés au NVPO (type de protocole, observance...) ont été recueillis. Les facteurs prédictifs ont été identifiés par régression logistique binaire.

Résultats :

152 patients ont été inclus, dont 69% de femmes (âge : 44±11 ans, IMC : 45±9kg/m²). Un gastric bypass a été réalisé chez 102 (67,1%) patients, les autres ayant bénéficié d'une sleeve gastrectomy. L'incidence des NVPO était de 43% dont une incidence de 15% pour les seuls vomissements. Soixante et onze pourcents de la population était considérée à fort risque de NVPO (score d'Apfel ≥ à 3). En analyse bivariée, le score d'Apfel (p=0,005), le score de Koivuranta, le non-respect des recommandations (p=0,009), les antécédents de NVPO (p=0,003) et /ou mal des transports (p=0,04) étaient associés à la survenue de NVPO. En analyse multivariée, seuls les antécédents de NVPO et /ou mal des transports (p=0,002) et l'âge (p=0,029) étaient des facteurs prédictifs indépendant de NVPO. Le type de chirurgie n'avait pas d'influence (p=0.13).

Conclusion :

Les facteurs prédictifs de NVPO issus de notre étude étaient exclusivement liés aux caractéristiques du patients et peuvent donc être anticipés en préopératoire pour optimiser leur prise en charge. Une mauvaise adaptation de la prophylaxie aux facteurs de risque de NVPO répertoriés dans les scores d'Apfel et de Koivuranta a été objectivée et incite à sensibiliser tous les acteurs médicaux et paramédicaux à la problématique des NVPO.

CO 61

FAUT-IL OPERER LES PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE 2 EN SITUATION DE DESEQUILIBRE GLYCEMIQUE EN PREOPERATOIRE D'UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE ?

OLIVIER C, FAURE J-P, SOUSSI D, PIGUEL X

Unité : CHU Poitiers

Introduction :

La chirurgie bariatrique fait partie intégrante de la prise en charge thérapeutique des patients diabétiques de type 2 (DT2) avec un IMC ≥ 35 kg/m². Des recommandations conjointes SFD/SFAR précisent cependant que n'importe quelle chirurgie doit être différée en cas d'hémoglobine glyquée (HbA1c) supérieure à 9%, en raison de l'augmentation du risque de complications périopératoires (CP). Toutefois, il n'y a parfois pas d'autre option thérapeutique que la chirurgie bariatrique chez les patients DT2 ayant une HbA1c supérieure à 9%, avec un traitement antidiabétique maximal. Notre étude a donc pour objectif d'évaluer les différences à court et à moyen termes des patients DT2 ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique, en fonction de leur HbA1c préopératoire, avec comme critère principal les CP.

Matériel et méthodes

En première partie, nous avons réalisé un questionnaire d'évaluation des pratiques professionnelles dans les différents Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) de France concernant la prise en charge des patients DT2 en situation de déséquilibre glycémique en préopératoire d'une chirurgie bariatrique. Ensuite, nous avons mené une étude rétrospective sur les patients DT2, ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique de 2013 à 2017.

Résultats

Vingt-quatre médecins exerçant dans 18 CSO ont répondu au questionnaire : en cas d'HbA1c persistante supérieure à 9%, 22% des réponders proposaient une chirurgie bariatrique ; et selon 79% des réponders, il existait une majoration des CP dans ce cas.

Dans notre étude incluant 118 patients, il n'a pas été objectivé de différence significative dans la survenue des CP, avec 11(12%), 1(11%) et 4(22%) évènements dans les groupes « HbA1c < 8% », « HbA1c entre 8 et 9% », et « HbA1c > 9% » respectivement ($p = 0,5$). A un an, la diminution de l'HbA1c était plus importante dans le groupe « HbA1c > 9% » [$-3,99 \pm 1,01\%$], que dans le groupe « HbA1c entre 8 et 9% » [$-2,02 \pm 1,22\%$], et que dans le groupe « HbA1c < 8% » [$-0,94 \pm 0,89\%$] ($p < 0,0001$). Le taux de rémission du diabète était respectivement de 53%, 33% et 54% ($p = 0,6540$).

Conclusion

L'absence de différence en termes de CP, et de rémission du diabète de type 2 entre les trois groupes devrait pouvoir remettre en question les freins à vouloir reporter la chirurgie bariatrique chez les patients DT2 en situation de déséquilibre glycémique et d'impasse thérapeutique, pour qui elle apporterait un véritable bénéfice thérapeutique.

MAILLET C, WAFO E, BOREL F, MATAR M, SEMAN M, CORTES A

Unité : CH de Marne-la-Vallée

Introduction :

L'obésité maternelle est associée à une augmentation des risques obstétricaux comme le diabète gestationnel, la macrosomie, ou l'accouchement prématuré. La chirurgie bariatrique est le traitement de choix de l'obésité en particulier chez les femmes en âge de procréer. Elle a pour objectifs une perte pondérale et l'amélioration des comorbidités liées à l'obésité, mais est également associée à une diminution des risques obstétricaux. L'objectif de cette étude était d'évaluer la diminution des risques obstétricaux chez les patientes opérées d'une chirurgie bariatrique et prises en charge au sein d'une structure alliant prise en charge multidisciplinaire de l'obésité et maternité de niveau 2B.

Méthodes :

Quarante-cinq patientes enceintes opérées d'une chirurgie bariatrique ont été rétrospectivement incluses dans cette étude monocentrique. Ces patientes ont été comparées à un groupe contrôle de femmes enceintes obèses non opérées, et appariées sur l'âge (32,9 ans [24 ; 43] vs 32,3 ans [23 ; 43]).

Résultats :

Les patientes opérées avaient un IMC préopératoire significativement plus élevé que l'IMC du groupe contrôle (43,2 kg/m² [32 ; 60] vs 38,6 kg/m² [31 ; 56], p=0,001). Treize patientes avaient été opérées d'un anneau gastrique (29%), 29 d'une sleeve gastrectomie (64%), et 3 d'un gastric bypass en Y (7%). La perte d'excès de poids moyenne au moment de la grossesse était de 65,4 ± 35,8%. Le délai moyen entre la grossesse et la chirurgie était de 4,5 ± 3,4 ans ; deux grossesses sont survenues dans les 18 mois suivant l'intervention. L'IMC au moment de la grossesse était significativement inférieur chez les femmes opérées contrôle (31 kg/m² [19 ; 48] vs 38,6 kg/m² [31 ; 56], p<0,001). Il existait une diminution significative du risque de macrosomie (OR=0,208 ; IC95%[0,06-0,68]), de diabète gestationnel (OR=0,37 ; IC95%[0,14; 0,95]), de déclenchement d'accouchement (20% vs 40%, p=0,009), et de césarienne (15,5% vs 36,1%, p=0,0327) après chirurgie bariatrique. Deux patientes opérées d'un anneau gastrique ont présenté des complications spécifiques à la chirurgie bariatrique durant leur grossesse : intolérance alimentaire ayant nécessité un desserrage (n=1), et migration intragastrique ayant nécessité son ablation (n=1).

Conclusion :

La chirurgie bariatrique permet de réduire de manière significative les risques obstétricaux. La prise en charge de la grossesse chez les patientes opérées d'une chirurgie bariatrique doit être envisagée au sein d'une équipe pluridisciplinaire compte tenu de ses risques spécifiques.

3- ETUDE CLINIQUE PROSPECTIVE

CO 59

EFFICACITE ET SECURITE DU MANCHON DUODENOJEJUNAL (ENDOBARRIERTM) A 1 ET 2 ANS CHEZ DES PATIENTS PRESENTANT UN SYNDROME METABOLIQUE ? : UN ESSAI CONTROLE RANDOMISE MULTICENTRIQUE (ENDOMETAB)

CAIAZZO R, BRANCHE J, RAVERDY V, CZERNICHOW S, CARETTE C, ROBERT M, DISSE E, BARTHET M, CARIOU B, MSIKA S, BEHAL H, DENIES F, DERVAUX B, DUHAMEL A, VERKINDT H, PATTOU F

Unité : Chirurgie générale et endocrinienne / CHRU LILLE

Introduction :

Le manchon duodéno-jéjunal (MDJ) (EndobarrierTM) est un dispositif endoscopique temporaire de prise en charge de l'obésité et de ces comorbidités. Les effets métaboliques favorables observés lorsque le manchon est en place sembleraient persister après son explantation. Les données existantes dans la littérature issues d'essai contrôlés n'ont néanmoins pas un recul supérieur 6 mois. L'objectif de notre étude était de comparer l'efficacité et la sécurité du manchon duodéno-jéjunal à une prise en charge nutritionnel conventionnel chez des patients présentant un syndrome métabolique à l'aide de résultats obtenus 1 an après l'implantation et jusqu'à 1 an après l'explantation.

Méthodes :

Il s'agit d'un essai multicentrique contrôlé randomisé (NCT02297555), stratifié par centre et l'existence d'un diabète de type 2. Le MDJ était placé par voie endoscopique dans le duodénum pendant un an. Le critère de jugement principal était la rémission du syndrome métabolique à 12 mois. Les critères de jugement secondaires étaient la composition corporelle, le contrôle glycémique, la pression artérielle, le profil lipidique, évalué à 1 an et 2 ans (un an après explantation) et la tolérance du dispositif.

Résultats :

Quatre-vingt-deux patients ont été inclus (67,5% de femme, 48,8% de diabétique, IMC >35 kg/m² chez 67% des patients). A un an, les patients du groupe MDJ présentaient une perte d'IMC (différence des moyennes ajustée [95% CI] -3,1 kg/m² [-4,4 à -1,9] kg/m², P<0,001) ainsi qu'une diminution d'HbA1c (-0,5% [-0,9 à -0,2]; P<0,001) supérieures au groupe contrôle. Les autres composantes du syndrome métabolique n'étaient pas significativement améliorées à 1 an (pression artérielle (p=0,65), HDL Cholestérol (p=0,27), triglycérides (p=0,16)). A 2 ans, plus aucun paramètre n'était significativement différent entre les deux groupes. Dans le groupe MDJ, 41,3% des patients ont présenté au moins un effet indésirable grave lié au dispositif ; de grade 3 dans la classification de Dindo-Clavien chez 23,9% des patients, et nécessitant un retrait précoce chez 17,4% d'entre eux.

Conclusion :

Le MDJ était toléré pendant 12 mois chez plus de 80% des patients. Cette étude montre que le MDJ est supérieur au traitement médical conventionnel en termes de perte de poids et de contrôle glycémique pendant un an, mais n'est pas différent à 2 ans (i.e. un an après explantation). Des études cliniques multicentrique plus large sont nécessaires afin de mieux évaluer le rapport bénéfice/risque du MDJ.

CO 60

UTILISATION D'UNE COLLE SYNTHETIQUE, LE CYANOACRYLATE DE N-HEXYLE POUR LA FERMETURE DES FENETRES MESENTERIQUES LORS DU COURT CIRCUIT GASTRIQUE EN Y, UNE TECHNIQUE FAISABLE ET SURE

REIBEL N, KOUKI M, FOUQUET T, NOMINE-CRIQUI C, SIRVEAUX MA, BRUNAUD L

Unité : Département de Chirurgie Viscérale Métabolique et Cancérologique, Unité Multidisciplinaire de Chirurgie de l'Obésité / CHRU de Nancy

Introduction :

La fermeture des fenêtres mésentériques est recommandée après court circuit gastrique en Y (CCGY) afin de diminuer le taux de hernies internes.

La technique de fermeture reste à déterminer. Peu d'études ont évalué l'intérêt de la colle pour la fermeture des fenêtres mésentériques. Le but de ce travail est d'évaluer la faisabilité et la sécurité d'utilisation de cyanoacrylate de n-hexyle dans cette indication.

Méthode :

A compter du 01/02/2018, nous avons réalisé une étude observationnelle longitudinale prospective, incluant les patients opérés d'un CCGY avec fermeture des fenêtres mésentériques en utilisant une colle synthétique, le cyanoacrylate de n-hexyle. La technique consistait à présenter les berges à encoller et d'appliquer la colle en couche fine le long du sillon formé par l'adossement des mésos, en maintenant l'exposition au moins une minute, pour éviter l'adhérence d'autres organes à la zone d'encollage.

Les patients étaient revus en consultation à 1, 3, 6, 9 et 12 mois post opératoire, puis tous les six mois. Le délai minimum de suivi était de six mois, pour ne pas minimiser le taux de complication post opératoire.

Résultats :

Entre février 2018 et juillet 2019, 271 patients (80,8% de femmes) ont été inclus.

L'âge moyen est de 44 ans et 3 mois [21-65], l'IMC moyen est de 43,3 KG/m² [35-64]. 100% des patients ont été revus à 6 mois et 44% d'entre eux ont déjà été vus à 12 mois post opératoire (2 perdus de vue entre 6 mois et 1 an), la médiane de suivi est de 14 mois [6-24].

La mortalité est de 0%, la morbidité (Clavien 3) est de 1,78% à 1 mois (2 fistules anastomotiques gastro jéjunale, 1 hématome de la ligne d'agrafe du néogastre, une hernie ombilicale étranglée) et de 2,15% à 6 mois (une suspicion de perforation de l'anastomose jejuno jéjunale). Aucune complication n'était retrouvée au niveau des zones d'encollage.

Lors de laparoscopies réalisées entre 14 et 22 mois post CCGY, pour cholécystectomie (2 patients) et une suspicion de hernie interne (1 patient), les fenêtres mésentériques restaient parfaitement fermées.

Conclusion :

L'utilisation de cyanoacrylate de n-hexyle pour la fermeture des fenêtres mésentériques lors d'un CCGY est une technique sûre et simple à réaliser. Des études avec un suivi au long cours sont nécessaires pour évaluer son efficacité sur la prévention des hernies internes après CCGY.

CO 69

RESULTATS DE LA FECONDATION IN VITRO (FIV) APRES CHIRURGIE BARIATRIQUE : UNE ETUDE CAS-CONTROLE MULTICENTRIQUE

ROGER V, GZREGORCZYK-MARTIN V, FREOURT, FINET DE BANTEL A, ROSET J, BONNET E,
MERZOUK M, CEDRIN I, LANDAIS P, AVRIL C

Unité : Département de chirurgie digestive et bariatrique, clinique Mathilde, Rouen

Introduction :

Comment un antécédent (ATCD) de chirurgie bariatrique influence les résultats de la Fécondation In Vitro (FIV) chez les femmes obèses ?

Méthodes :

Une étude multicentrique cas-contrôle a été menée sur 10.287 cycles de FIV/ICSI entre 2012 et 2016. Nous avons comparé les résultats du premier cycle de FIV chez les patientes ayant eu une chirurgie bariatrique (Cas) à deux patientes appariées en âge (groupe contrôle) composée (A) de patientes non opérées appariées sur l'IMC post opératoire des patientes du groupe cas (groupe contrôle 1) et (B) de patientes non opérées ayant une obésité sévère (groupe contrôle 2). 83 patientes ayant un ATCD de chirurgie bariatrique et un premier cycle de FIV ont été incluses (IMC moyen : 28,9kg/m²). Les résultats de leur cycle ont été comparés à 166 patientes non opérées du groupe contrôle 1 (IMC moyen : 28,8kg/m²) et 83 patientes obèses non opérées du groupe contrôle 2 (IMC moyen : 37,7kg/m²). Le critère principal était le taux cumulé de naissance (TCN). Les critères secondaires étaient le taux d'ovocytes matures retrouvés, le nombre d'embryon obtenus, le taux d'implantation et de fausses couches, et les données néonatales.

Résultats :

Le TCN était de 22,9%, 25,9% et 12,1% respectivement dans les groupes cas, contrôle 1 et contrôle 2 (p=0,04). Il n'y avait pas de différence significative sur le nombre d'ovocytes matures retrouvés, ni sur le nombre d'embryon obtenus dans les 3 groupes. Le taux d'implantation n'était pas différent entre les groupes cas contrôle 1 et contrôle 2 : 13,8% ; 13,7% et 6,9% respectivement (p=0,09). Le taux de fausses couches était dans les groupes cas, contrôle 1 et contrôle 2 respectivement de 38,7% ; 32,8% ; et 52,2%(p=0,26). L'analyse multivariée a révélé qu'une unité de moins d'IMC augmentait les chances de naissance de 8% de façon équivalente dans tous les groupes. Dans le groupe cas, un poids pour l'âge gestationnel plus faible était observée comparée aux groupes contrôles 1 et 2 (p=0,04).

Conclusion :

Les patientes ayant un ATCD de chirurgie bariatrique peuvent être rassurées car elles ont un taux cumulé de naissance comparable aux patientes non opérées d'IMC identique après une première FIV. Plus l'IMC est élevé, plus le taux cumulé de naissance est bas., argument en faveur de la chirurgie bariatrique pour les patientes obèses morbides. Une étude prospective multicentrique sur un nombre plus large de cycles serait nécessaire pour confirmer ces résultats.

4- REHABILITATION PRECOCE

CO 62

BY PASS GASTRIQUE EN AMBULATOIRE : VERS UN STANDARD ?

J.BENJAMIN, M.C.BLANCHET, B.GIGNOUX, B.DARNIS, T. LANZ, A.VUILLEZ, V.FRERING

Unité : Hospice civile de Lyon

Introduction :

La chirurgie ambulatoire tend à devenir un standard de prise en charge pour de nombreuses opérations. En chirurgie bariatrique, la Sleeve gastrectomie et le by pass gastrique sont réalisés dans le cadre d'une hospitalisation de 1 à 3 jours. Depuis Octobre 2018, le by pass gastrique est proposé en standard dans notre équipe dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire. Cette étude évalue, à partir de données collectées prospectivement, la réalisation du bypass gastrique en ambulatoire en routine.

Méthodes :

D'Octobre 2018 à Juillet 2019, tous les patients ayant bénéficié d'un by pass gastrique ont été inclus. Ces patients ont bénéficié d'un montage en omega ou en Y. Toutes les données ont été recueillies prospectivement. Les patients étaient sortant le soir même s'ils remplissaient les critères de « mise à la rue » et étaient connectés à une application de suivi à domicile (Maela).

Résultats :

Du 1^{er} Octobre 2018 au 31 Juillet 2019, 134 patients ont été inclus. 64 (47,8%) patients ont bénéficié d'une prise en charge ambulatoire. Parmi ceux-ci, 122 (91%) ont eu un by pass en Omega et 12 (9%) ont eu un montage en Y. L'âge moyen était de 46 ans (26-66). L'IMC préopératoire moyen était de 38,84 (23-57) et l'IMC maximal moyen de 42,83 (35-63). Le pourcentage moyen d'excess body weight loss (EBWL) à 1 mois était de 23%. Le temps opératoire moyen était de 46 min (22-120). 10 (7,46%) patients ont nécessité une consultation non programmée dans les 30 premiers jours et 7 (5,22%) ont eu besoin d'être réhospitalisés. 12 (8,95%) patients ont présenté des complications à court terme dont 5 (3,73%) des complications graves (Dindo-Clavin ≥ 3) et 3 (2,2%) des fistules anastomotiques. Toutes les complications ont été détectées par l'intermédiaire de l'application.

Conclusion :

La réalisation d'un by pass gastrique par voie laparoscopique peut être proposée en standard chez des patients sélectionnés avec des résultats similaires à la prise en charge hospitalière. La démarche ambulatoire doit s'inscrire dans une procédure de réhabilitation améliorée

5- SUIVI POST OPERATOIRE

CO 63

ÉTUDE DE LA NATALITE AVANT ET APRES CHIRURGIE BARIATRIQUE

RIVES-LANGE C, CZERNICHOW S, GIRARDEAU Y, CARETTE C, POGHOSYAN T, CHATELLIER G, JANNOT AS

Unité : Hôpital Européen G.Pompidou

INTRODUCTION

La chirurgie de l'obésité connaît un essor particulièrement remarquable en France depuis ces dernières années avec près de 60 000 interventions par an. Cette chirurgie est pratiquée, dans 80% des cas, chez des femmes en âge de procréer. L'amélioration de la fertilité après chirurgie bariatrique reste actuellement discutée et les conséquences en terme de natalité méritent attention au sein de cette population. Qu'en est-il en réalité ? L'objectif principal de cette étude était d'étudier l'évolution de la natalité chez ces femmes, avant et après chirurgie bariatrique et en comparaison avec les femmes en population générale. Les objectifs secondaires étaient de comparer la natalité fonction des 2 interventions les plus représentées en France (bypass gastrique et sleeve gastrectomie) puis en fonction de la classe d'IMC.

MATERIEL ET METHODE

Les données sont issues de la base médico administrative du PMSI nationale. Les femmes incluses sont âgées de 18 à 45 ans, ayant un acte de chirurgie bariatrique associée à un code d'obésité, sur une période allant de 2012 à 2018. Les données brutes INSEE ont été utilisées pour une comparaison avec les femmes de la population générale. Nous avons réalisé un appariement sur l'âge et l'IMC. Un test de chi² par âge a été utilisé pour comparer la natalité pré et post chirurgie bariatrique.

RESULTATS

89 489 femmes ont été incluses entre 2012 et 2018, 55199 (62%) ont bénéficié d'une sleeve, 26 151 (29%) d'un bypass gastrique. L'âge moyen était respectivement de 33 ans et de 34 ans. A partir de l'âge de 23 ans, la natalité augmente en post chirurgie, tendant à rattraper la courbe des femmes de la population générale ; elle n'est pas différentes en fonction des 2 types de chirurgie. Il est néanmoins retrouvé une différence entre les femmes ayant un IMC supérieur à 50 Kg/m² et les autres en faveur de ces dernières, se corrigeant avec la chirurgie.

DISCUSSION-CONCLUSION

Cette étude montre une augmentation du taux de natalité après chirurgie bariatrique, sans différence entre les 2 types de chirurgies et une amélioration du taux de natalité plus importante des femmes ayant un IMC supérieur à 50 Kg/m².

L'exploitation de la base du PMSI nationale française apparaît pertinente dans ce contexte de pratique importante d'actes bariatriques. Compte tenu de l'importance de la taille de la population concernée et l'enjeu que représentent ces grossesses, il semble nécessaire de mettre en place des études explorant ces grossesses.

CO 73

DEGRE D'ABSORPTION DES MACRONUTRIMENTS SUITE A UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE DE TYPE BYPASS

SEYNHAEVE E, STERKERS A, BARBOTTIN E, LAYEC S, DUSSAULX L, TRIVIN F, CARSIN-MAHE M, PICOT D

Unité : Service de réadaptation digestive et nutritionnelle - Clinique St Yves - RENNES

INTRODUCTION

Le gastric bypass en Y (RYGBP) permet une perte de poids durable et reste actuellement l'intervention de référence. Depuis dix ans s'est développé le gastric bypass en Omega (OAGBP), montage à une seule anastomose. Néanmoins, l'absence de bénéfice évident et la possible majoration des risques nutritionnels après OAGB a incité l'HAS à ne pas le recommander en dehors d'études cliniques. But : étude de l'absorption des macronutriments après bypass chez des patients hospitalisés pour dénutrition, diarrhée, troubles digestifs invalidants.

METHODES

Etude rétrospective ; 24 patients indemnes de complication chirurgicale ou pathologie organique digestive ; une seule procédure bariatrique.

Le coefficient d'utilisation digestive (CUD) est calculé selon la formule suivante : $[(\text{entrées-sorties}) / \text{sorties}] * 100$. Il s'exprime en pourcentage des ingesta.

Recueil trois jours consécutifs des ingesta oraux, des selles et des urines pour doser l'azote fécal et urinaire (méthode de Kjeldahl) et la stéatorrhée (Van de Kamer). Le CUD des lipides (CUDL) et des protides (CUDN) est physiologique lorsque $>95\%$ et pathologique lorsque $<85\%$.

La présence d'une pullulation endoluminale est diagnostiquée par breath-test (BT) au glucose. La positivité est admise pour une augmentation d'au moins 20 ppm d'hydrogène dans l'heure suivant l'ingestion glucidique. Les variables qualitatives sont comparées par un test exact de Fisher, les variables quantitatives par un test t de Student. Valeurs exprimées en moyenne \pm écart type.

RESULTATS

Quatorze patients RYGBP ; 10 patients OAGBP. Age $47,3 \pm 11$ ans ; sexe ratio 1/7 homme.

Le CUDL était $<85\%$ pour 30% des OAGBP ($87,1 \pm 5,2\%$) et pour 50% des RYGBP ($83,3 \pm 10,8\%$). Le CUDN était $<85\%$ pour 10% des OAGBP ($89,5 \pm 5,2$) et pour 77% des RYGBP ($70,7 \pm 20,8$). Le CUDN du groupe RYGBP était inférieur à celui du groupe OAGBP ($p=0,002$).

Le BT était positif chez 16/24 (67%) patients (RYGBP 12/14 ; OAGBP 4/10) significativement plus fréquent dans les RYGBP ($p=0,032$). Absence de lien statistique entre la positivité du BT et la présence d'un CUDN et/ou CUDL $< 85\%$ ($p=0,22$ et $p=0,38$).

CONCLUSION

Dans notre étude, Les BP entraînent une diminution de l'utilisation digestive des protéines et des lipides, plus importante dans les RYGBP que dans les OAGBP.

Le mécanisme associe une malabsorption (rapport stéatorrhée/poids des selles $<9,5\text{g/g}$), pouvant être favorisée par la pullulation endoluminale, plus fréquente dans les BPY. Dans la plupart des cas, la malabsorption n'explique pas à elle seule la dénutrition, nécessitant de faire le lien avec les ingesta.

6- Evaluation préparation préopératoire

CO 64

CHIRURGIE BARIATRIQUE ROBOT-ASSISTE : MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE FORMATION STANDARDISE

BLANC P, ABOU-MRAD A, KUPERAS C, RECHE F, CAIAZZO R, ABRAS N

Unité : CHU Poitiers

Introduction

La pratique de la chirurgie bariatrique nécessite une formation théorique et pratique intense. Le développement de techniques innovantes, comme la chirurgie robot assistée, impose une formation complémentaire. Il apparaissait donc indispensable de proposer un modèle de formation spécifique à la chirurgie bariatrique robotique.

Matériel et méthodes

Un groupe « robot » a été créé au sein de la SOFFCO-MM l'année dernière. Il regroupe des chirurgiens bariatriques experts universitaires ou non, installés aussi bien en établissement public que privé. Ce groupe propose une standardisation de la technique chirurgicale robotique et un cursus de formation adapté aux besoins des équipes qui se dotent de la technologie robotique. En effet la formation doit pouvoir convenir aux équipes qui ont déjà une expérience en chirurgie bariatrique et qui adoptent la technologie robotique mais aussi pour des équipes avec une expérience bariatrique plus limitée qui elles aussi bénéficient de l'apport robotique. Ces formations comprennent : des visites sur site, des formations en simulation et une aide in situ pour les premiers cas.

Conclusion

La standardisation de la formation qui est obligatoire, permettra le développement de la chirurgie bariatrique par cœlioscopie avec robot-assistance en toute sécurité

AMELIORATION DU TAUX EMPLOI APRES UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE DANS UNE REGION DE PRECARITE : LE ROLE DE L'ISOLEMENT

COHEN R, BENVENGA R, FYSEKIDIS M, BENDACHA Y, CATHELIN JM

*Unité : Service de chirurgie digestive, Centre Hospitalier de Saint-Denis
Département d'endocrinologie, Hôpital privé de l'Est Parisien,.*

Introduction

Plusieurs études ont démontré une amélioration du taux de chômage après la chirurgie bariatrique de 17 à 29%. Nous avons analysé sa relation avec la perte de poids, la satisfaction générale et le score de précarité EPICES dans la période post-opératoire.

Méthode

Dans une étude observationnelle, nous avons évalué le taux d'emploi 2,3 ± 0,1 ans après une chirurgie bariatrique dans notre établissement. Nous avons envoyé à 791 patients un auto-questionnaire pour évaluer le taux d'activité, une échelle de satisfaction, les score BAROS et EPICES. Les questionnaires ont été recueillis lors du suivi (septembre 2018).

Resultats

Cent trente-trois patients ont répondu à notre demande. L'âge moyen des patients était de 45 ans (extrêmes 19-67 ans), avec 88% de femmes et un IMC moyen initial de 42,7 kg/m² (extrêmes 33-74), 88% avaient une gastrectomie longitudinale. Au cours du suivi, la perte moyenne d'IMC était de 12 ± 0,5 kg/m². Les score EPICES (Normale <30,17), BAROS et échelle de satisfaction (1 à 5) étaient respectivement de 31,9 ± 1.64 (N = 122), 1,3 ± 0.1 (N = 120) et 4,27 ± 0.1 (N = 111). Dix-neuf patients ont obtenu un emploi après la chirurgie et 3 sont devenues sans emploi (et 1 nouveau retraité). Avant la chirurgie, 60% avaient un emploi et 72% après (17 patients de plus). Dans l'analyse multi variée, la comparaison des patients employés vs chômeurs (77 vs 52) a révélé de meilleurs scores pour les personnes ayant un travail avant la chirurgie significatifs sur la question force physique et lien social du score BAROS, mais aussi sur l'échelle de satisfaction. Les 19 sujets qui ont obtenu un nouvel emploi après la chirurgie n'étaient pas différents de ceux qui restent sans travail. L'obtention d'un emploi après une chirurgie bariatrique semble indépendante de la diminution de l'IMC, de la précarité ou de l'âge par rapport à ceux qui restent sans emploi

Conclusion

Ainsi, la chirurgie bariatrique s'associe à un taux d'emploi meilleur Ceci n'est pas associé à un pronostic pondéral meilleur ou à des différences dans le score de précarité. Seuls les patients qui avaient un emploi avant la chirurgie semblaient significativement différents dans leur perception de la satisfaction, leur liens sociaux.

7- Résultats à long terme (> 5 ans)

CO 65

CHIRURGIE PARIETALE CHEZ LES PATIENTS OPERES DE CHIRURGIE BARIATRIQUE : ANALYSE DES PRATIQUES ET DES RESULTATS SUR LES DONNEES DU PMSI NATIONAL

MOSZKOWICZ D, JACOTA M, NKAM L, GRIMALDI L, LAZZATI, A

Unité : Service de chirurgie générale et digestive, Hôpital Louis Mourier, AP-HP

Introduction :

Les patients obèses ont une paroi abdominale fragile et, au cours de leur vie, ceux qui sont opérés de chirurgie bariatrique (CB) sont susceptibles d'être opérés d'une hernie abdominale. Les objectifs de notre étude étaient de décrire les pratiques en chirurgie pariétale (CP) réalisée en France avant, en même temps et après la CB et de comparer les résultats de la CP (taux de réintervention pour hernie et de complications à court et moyen termes) en fonction du délai de réalisation par rapport à la CB.

Méthodes :

Nous avons utilisé le recueil prospectif de données du PMSI National pour réaliser une étude de cohorte rétrospective multicentrique nationale. Nous avons inclus les patients majeurs, opérés une seule fois d'une CB de type sleeve ou bypass entre 2007 et 2018 et d'une ou plusieurs CP, par cœlioscopie ou par laparotomie, dans le même séjour ou dans les 2 ans avant ou après le séjour de la CB (identifiés par les codes CCAM LMMC015, LMMA010, LMMC020, LMMA009, LMMA004 et LMMA006).

Résultats :

Parmi les 13568 patients éligibles, nous avons observé 3943 séjours avec CB et CP simultanées (groupe 1), 9639 patients avec CP dans les 2 ans après le séjour de la CB (groupe 2) et 3752 sujets avec CP dans les 2 ans avant le séjour de la CB (groupe 3). La cure par raphie (versus prothèse) était plus fréquente dans le groupe 1 (85,6%, versus 40% et 44% dans les groupes 2 et 3 ; $p < 0,001$). Parmi les complications à court terme, le taux de décès était plus élevé dans le groupe 2 (1,2% versus 0,6% dans le groupe 3 et 0,8% dans le groupe 1 ; $p < 0,001$), mais les complications infectieuses étaient plus fréquentes en cas de chirurgie simultanée (5,3% dans le groupe 1, versus 2,9% et 2,3% dans les groupes 2 et 3 ; $p < 0,001$). Le taux de réintervention pariétale global à 10 ans était de 36,4%, significativement plus élevé dans le groupe 3 (64,6%) que dans le groupe 2 (19,2%) et le groupe 1 (36,4% ; $p < 0,001$). Il n'y avait pas de différence en termes de réintervention à 10 ans après CP par raphie (33,7%) ou par prothèse (39,8% ; $p = 0,2$).

Conclusion :

Plus d'un tiers des patients bariatriques opérés de CP seront réopérés de la paroi, plus fréquemment en cas de CP avant CB. Dans cette série, la chirurgie simultanée semble exposer à plus de complications infectieuses.

8- Chirurgie Métabolique (comorbidités)

CO 67

EFFICACITE DE LA SLEEVE GASTRECTOMIE CHEZ LES CANDIDATS A LA TRANSPLANTATION RENALE EN OBESITE MORBIDE : ETUDE CAS-TEMOINS AVEC APPARIEMENT

GAILLARD M, TRANCHART H, BEAUDREUIL S, LEBRUN A, VOICAN C, LAINAS P, COURIE R, PERLEMUTER G, PARIER B, HAMMOUDI Y, DURRBACH A, DAGHER I

Unité : Service de Chirurgie Digestive Minimale Invasive, Hôpital Antoine Béchère, APHP

Introduction

L'obésité est devenue un enjeu majeur dans la prise en charge des patients en insuffisance rénale terminale (IRT) du fait de l'augmentation de sa prévalence dans la population générale, et de son rôle dans le développement et la progression d'une maladie rénale. Puisque l'obésité est une contre-indication relative à la transplantation rénale (TR), la chirurgie bariatrique a été établie comme une stratégie efficace et sûre chez les candidats à la TR en obésité morbide, la sleeve gastrectomie (SG) étant l'intervention la plus rapportée. Cependant, il n'existe que peu de données comparant les résultats de la SG chez les patients en IRT ou non. L'objectif de cette étude était de comparer l'efficacité de la SG chez des patients en IRT par rapport à des patients appariés dont la fonction rénale est normale.

Méthodes

Tous les patients consécutifs atteints d'IRT (n=29) opérés d'une SG ont été comparés à des patients ayant une fonction rénale normale opérés d'une SG au cours de la même période dans un même centre. Un appariement 1:3 a été réalisé à l'aide d'un score de propension. Les données ont été obtenues à partir d'une base de données prospective. Une analyse de l'évolution pondérale et des comorbidités a été réalisée. L'éligibilité à la TR des patients en IRT est également rapportée.

Résultats

Au cours de la première année postopératoire, une perte pondérale inférieure a été observée dans le groupe des patients en IRT (20 kg (16-30) versus 28 kg (21-34), $P < 0.05$) mais cette différence n'était plus observée à la fin du suivi. Le taux de complications sévères était similaire dans les deux groupes (6,9%). Après un suivi médian de 30 mois (19-50) dans le groupe IRT, la contre-indication à la TR du fait d'une obésité morbide a pu être levée chez 20 patients (68,9%). Douze patients (41,4%) ont finalement été transplantés.

Conclusions

Chez les patients ayant une IRT potentiellement éligibles à une TR, la SG permet une perte pondérale équivalente à celle observée chez des patients ayant une fonction rénale normale. Cette approche permet de lever la contre-indication à la TR du fait d'une obésité morbide chez 70% des patients dans l'année qui suit la chirurgie bariatrique.

CO 72

IMPACT DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE SUR LA FONCTION SEXUELLE, LE PROFIL PLASMATIQUE D'HORMONES SEXUELLES ET LA QUALITE SPERMATIQUE CHEZ DES HOMMES PRESENTANT UNE OBESITE DE GRADE 3 : RESULTATS A 2 ANS D'UNE ETUDE PROSPECTIVE

Marciniak C, Leroy C, Prasivoravong J, Barbotin A-L, Raverdy V, Oukhouya Daoud N, Nesslany P, Verkindt H, Baud G, Marcelli F, Pattou F, Caiazzo R

Unité : CHU Lille

Introduction

L'obésité est associée à une diminution de la fertilité chez l'homme et la femme. Dysfonction érectile, hypogonadisme secondaire à l'obésité (HSO) et altération de la qualité spermatique (QS) sont observés chez la moitié des patients obèses. La chirurgie bariatrique (CB) permet une perte de poids et l'amélioration de nombreuses comorbidités liées à l'obésité, notamment la fertilité féminine, mais peu de data existent concernant la fonction sexuelle masculine. Notre objectif était de décrire la fonction sexuelle masculine dans une population obèse de grade 3 et d'évaluer l'impact de la CB sur la fonction érectile (FE), le profil plasmatique d'hormones sexuelles (PPHS) et la QS.

Méthodes

Dans cette cohorte prospective (NCT03528980) ont été inclus des hommes éligibles à la CB (HAS 2009). L'Index International de Fonction Erectile (IIEF), était évaluée en préopératoire et à un an. Les paramètres cliniques (poids, IMC, comorbidités), les paramètres spermatiques (Numération Spermatique (NS), volume, vitalité, morphologie) et le PPHS étaient évaluées en préopératoire, puis un et deux ans après l'intervention.

Résultats

Cinquante-huit patients ont été inclus (40 ± 1 ans, $44,8 \text{ kg/m}^2$ [$41,2-50,9$]). En préopératoire, l'IIEF médian était de 50 [$25-62,5$] et 10 (24%) patients présentaient une dysfonction érectile (IIEF<25). La NS médiane était de $125,3 \cdot 10^6$ [$65,1-407,6$]. Quatre (8,7%) patients présentaient une oligozoospermie (NS< $39 \cdot 10^6$) et 4 (8,7%) une oligozoospermie sévère (NS< $5 \cdot 10^6$). La testostéronémie était diminuée en préopératoire posant le diagnostic de HSO ($N < 10,5 \text{ nmol/L}$) chez 25 (55%) patients. Quarante-trois patients ont été opérés (28 gastric bypass (GBP), 12 sleeve gastrectomy (SG), 3 anneaux gastriques). A 1 an, l'IMC était de $31,6 \text{ kg/m}^2$ [$29,3-37,4$] sans différence entre SG et GBP ($p=0,532$). L'IIEF était amélioré ($p=0,001$) et 2 (6,9%) patients seulement présentaient encore un IIEF<25. Seuls 3 (9,7%) patients présentaient une HSO ($p < 0,001$) et la testostéronémie était normalisée ($17,8$ [$13,3-26,4$], $p < 0,001$). La NS était diminuée ($p=0,023$), l'oligozoospermie (8 patients (25,8%)) et l'oligozoospermie sévère (5 patients (15,6%)) tendaient à être plus fréquentes ($p=0,087$). A 2 ans, ces résultats étaient confirmés (1 vs 2 ans: HSO $p=0,283$, testostérone $p=0,668$ and NS $p=0,185$). Parallèlement, seul le Zinc (1 an $p=0,001$, 2 ans = $0,029$) et le Fer (1 an $p=0,022$) étaient retrouvés significativement diminués.

Conclusion

La CB permet une amélioration de la FE et du PPHS à 1 et 2 ans après la chirurgie, en regard d'une altération de la QS qui persiste au long cours. Ces résultats devraient faire discuter une préservation de la fertilité chez les patients jeunes sans enfants.

9- Recherche expérimentale

CO 68

COMPARAISON DE LA DIVERSION BILIAIRE ET DU BYPASS DE TYPE ROUX-EN-Y SUR L'HOMÉOSTASIE DU CHOLESTÉROL SUR MODÈLE MURIN

VERDURE L, GERARD M, GARÇON D, AYER A, CARIOU B, LE MAY C, BLANCHARD C

Unité : L'institut du thorax, INSERM, CNRS, Université de Nantes

Introduction

L'obésité est un problème de santé publique majeur, et le traitement de recours après échec du traitement médical est la chirurgie bariatrique. Si son efficacité est indiscutable, les voies métaboliques mises en jeu restent mal connues. L'étude de modèles animaux a permis de mettre en évidence une augmentation des taux sériques d'acides biliaires après RYGB et si la relation entre le métabolisme du cholestérol et les acides biliaires est connue depuis longtemps, l'effet hypocholestérolémiant des modifications du métabolisme des acides biliaires induit par la chirurgie malabsorptive reste mal défini. Dans quelle mesure un modèle murin de dérivation biliaire (BD) peut-il reproduire les effets bénéfiques d'un RYGB sur le métabolisme du cholestérol ?

Matériels et Méthodes :

Des souris C57Bl6 ont été soumises à un régime riche en graisse puis randomisées dans deux groupes : DB vs RYGB. Le cholestérol plasmatique, les triglycérides plasmatiques et la glycémie capillaire ont été mesurés toutes les semaines à partir du 14e jour postopératoire. A 4 semaines de la chirurgie, un test de tolérance au glucose par voie orale a été réalisé. Trois jours avant le sacrifice, les souris ont reçu du cholestérol marqué 7 fois au Deutérium par voie intraveineuse et du D5 cholestérol par gavage oral, permettant l'analyse de l'excrétion fécale, biliaire, et trans-intestinale (TICE) du cholestérol ainsi que de l'absorption intestinale du cholestérol.

Résultats :

La perte de poids induite par RYGB était significativement supérieure dans le groupe RYGB que dans le groupe DB. La dérivation biliaire tout comme le RYGB induisait une diminution du cholestérol plasmatique. L'effet était maximal en fin de protocole, à 4 semaines après la chirurgie. L'absorption intestinale de cholestérol était identique entre les deux groupes, avec une absorption de 51% du cholestérol administré par voie orale. L'excrétion fécale et biliaire de cholestérol étaient également similaires entre les souris des deux groupes, que ce soit pour le cholestérol total non marqué ou pour l'élimination fécale du cholestérol injecté par voie intra-pénienne.

Conclusion :

La dérivation biliaire induit un effet hypocholestérolémiant comparable à celui du RYGB. Les voies métaboliques impliquées dans les deux modèles semblent être les mêmes, devant la comparabilité des valeurs d'absorption intestinale, d'excrétion fécale et biliaire du cholestérol. L'effet bénéfique sur le métabolisme du cholestérol induit par le RYGB semble donc se résumer à l'effet induit par la diversion du flux biliaire.

CO 71

RESULTATS DE GROSSESSE APRES SLEEVE GASTRECTOMIE, UNE REVUE SYSTEMATIQUE

Chatzistergiou K., Zervaki S., Derouich M., Paolino L., Lazzati A.,

Unité : Service de Chirurgie Digestive, Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil

Introduction

La sleeve gastrectomie (SG) est actuellement la technique la plus utilisée pour le traitement chirurgical de l'obésité et est souvent proposée à des patientes en âge de procréer. Son impact sur la grossesse a été étudié par plusieurs équipes avec des résultats contradictoires.

L'objectif de cette revue systématique est d'examiner les résultats maternels et néonataux chez les femmes opérées d'une SG avant leur grossesse.

Méthodes

Les sources de données étaient la base de données MEDLINE, Cochrane, Scopus et la littérature grise. Nous avons inclus les études qui examinaient les résultats maternels et néonataux des femmes opérées d'une SG avant la conception.

Résultats

Sur 406 articles, 9 études remplissaient les critères nécessaires et ont été inclus dans la revue systématique. Au total, 417 femmes et 421 grossesses ont été identifiées. La durée entre la chirurgie et la conception était $22,4 \pm 14,5$ mois. L'IMC préopératoire était $43,6 \text{ kg/m}^2 \pm 5,04 \text{ kg/m}^2$, l'IMC à la conception était $29,7 \pm 4,9 \text{ kg/m}^2$ et la prise pondérale pendant la grossesse était 8,9 kg. En ce qui concerne les résultats maternels, les complications hypertensives gestationnelles ont été diagnostiquées à 5,7% des patientes, la pré-éclampsie à 2,7% et le diabète gestationnel à 5,7%. Le taux de césarienne était 42,5 %. Concernant les résultats néonataux, le terme d'accouchement était $38,4 \pm 5,67$ semaines et le poids moyen $3.000 \pm 539 \text{ g}$. Le taux de petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) était 15,8 % et le taux de grand poids pour l'âge gestationnel (GAG) était 3,7 %.

Conclusion

La SG semble avoir un impact positif sur la réduction de diabète gestationnel et des GAG nouveau-nés alors qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative sur l'hypertension. Au contraire, le taux de PAG nouveau-nés et d'accouchement prématuré semblent augmenter significativement.

CV 1

BYPASS GASTRIQUE DE REVISION TOTALEMENT ROBOTIQUE APRES ECHEC D'ANNEAU GASTRIQUE

RECHE F, ANTUENO F, MANCINI A

Unité : CHU Grenoble Alpes / Département de Chirurgie Digestive et de l'Urgence

Introduction :

Malgré sa simplicité de réalisation, l'anneau gastrique est associé à des complications parfois sévères et un taux particulièrement élevé de ré intervention de 40% pour échec. Nous présentons une vidéo case step by step avec l'utilisation du robot Da Vinci Si™.

METHODES :

Il s'agit d'une patiente de 27 ans prise ne charge en vue d'une chirurgie Bariatrique de 2^{ème} ligne dans le contexte d'une obésité stade II, avec IMC à 38 (106 kg pour 167 cm). Cette patiente a des antécédents d'anneau gastrique en 2013 qui a été desserré en 2019 pour dysphagie. Il n'y a pas de complication métabolique liée à cette obésité. Une fibroscopie gastrique ne mettait pas en évidence de signe d'infestation par Helicobacter Pylori. Du point de vue psychiatrique, il n'y avait pas de contre-indication pour une chirurgie. Son dossier a été discuté dans notre RCP obésité où un by-pass gastrique de 2^{ème} ligne associé à l'ablation de l'anneau a été décidé avec l'utilisation du robot DaVinci Si™.

RESULTATS :

L'intervention débute par une adhésiolyse au niveau de la jonction œsogastrique. L'anneau gastrique est libéré complètement sectionné. Résection de la coque fibreuse péri gastrique. Confection d'une poche gastrique proximale avec des agrafes. L'anastomose gastro-jéjunale est manuelle, menée par un seul surjet de fil monobrin cranté. Confection d'une anse bilio-pancréatique de 70 cm et une anse alimentaire de 150 cm. Anastomose au pied de l'anse manuelle. Fermeture de la brèche mésentérique et de l'espace de Petersen. L'intervention se termine par un test au bleu qui est négatif. Aucun drain n'est laissé en place. Les suites opératoires ont été tout à fait simples : la patiente a été réalimentée à J1. La sortie du service a eu lieu à J2.

CONCLUSION :

Le bypass gastrique de deuxième ligne après ablation d'anneau est une procédure complexe mais faisable. La technologie robotique apporte au chirurgien une vision en 3D, une stabilité de la caméra et multiples degrés de liberté des instruments avec une plus grande précision dans les interventions de révision.

CV 2

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE D'UNE FISTULE GASTRO-COLIQUE APRES SLEEVE GASTRECTOMY

VANGELDER V, BAUD G, VERKINDT H, NESSLANY P, OUKHOUYA DAOUD N, PATTOU F, CAIAZZO R

Unité : CHU de Lille / Service de Chirurgie Générale et Endocrinienne

La *sleeve gastrectomy* est devenue l'intervention de chirurgie bariatrique la plus réalisée en France. Sa complication la plus redoutée est la fistule dont l'incidence est évaluée à environ 2%, et qui requiert souvent une prise en charge pluridisciplinaire par chirurgie, endoscopie et radiologie interventionnelle. L'évolution vers une fistule gastro-colique est rare, avec peu de cas décrits dans la littérature et surviendrait lorsque le traitement initial de la fistule n'est pas terminé ou échoue. La prise en charge débute le plus souvent par un traitement endoscopique mais qui permet rarement de tarir définitivement la fistule gastro-colique. Les options chirurgicales vont de l'excision de la fistule à la résection gastrique et colique élargies.

Notre patient, âgé de 42 ans, présente des antécédents de goitre thyroïdien, d'hypertension artérielle essentielle et de syndrome dépressif. Il a présenté une fistule précoce après sa *sleeve gastrectomy*, traitée par reprise chirurgicale pour drainage externe et endoscopiquement pour drainage interne par queues de cochon. Il a arrêté tout suivi médical 6 mois après la chirurgie en raison d'un conflit avec l'équipe médico-chirurgicale qui le prenait en charge. Il consulte en urgence dans notre établissement 18 mois après la chirurgie en raison de vomissements et de diarrhées. Il a alors perdu 50 kg depuis l'intervention et est dénutri. L'ensemble du bilan réalisé met en évidence une fistule gastro-colique transverse gauche dont l'orifice supérieur se situe immédiatement en amont de la jonction oeso-gastrique. Après renutrition par sonde naso-jéjunale, une chirurgie est réalisée.

Par voie d'abord cœlioscopique robot-assistée, nous avons exploré la cavité abdominale et confirmé cette fistule gastro-colique, dont l'orifice gastrique était très haut situé à la jonction oeso-gastrique. Une résection simple de la fistule avec gastrectomie polaire supérieure ou une anastomose oeso-jéjunale nous semblaient particulièrement difficiles à réaliser dans ce contexte. Nous avons préféré réaliser une fistulo-jéjunostomie. La région fistuleuse a été exposée après abord du pilier droit et passage rétro-œsophagien. Une anastomose fistulo-jéjunale latérale manuelle par surjets a été réalisée, puis un pied de l'anse latéro-latéral manuel par surjets. L'orifice fistuleux sur le colon a été réséqué par un agrafage latéral du colon, renforcé par un surjet. Les suites post-opératoires ont été simples.

CV 3

REVISION TOTALEMENT ROBOTIQUE D'UNE ANASTOMOSE GASTRO JEJUNALE APRES BYPASS GASTRIQUE EN Y DE ROUX

RECHE F, ANTUENO F, MANCINI A

Unité : CHU Grenoble Alpes / Département de Chirurgie Digestive et de l'Urgence

INTRODUCTION :

La sténose de l'AGJ est une complication avec une incidence du 6 à 20 %. Le traitement dans la plupart de cas est endoscopique. La chirurgie est réservée à la persistance de la sténose malgré les dilatations répétées (0,05 %). Nous présentons un vidéo case avec l'utilisation du robot Da Vinci.

METHODES :

Il s'agit d'une patiente âgée de 40 ans qui a été opérée en /2014 d'un by-pass gastrique par voie coelioscopique, dans le contexte d'une obésité stade III, avec un poids à l'époque à 115 kg. Les suites post-opératoires avaient été tout à fait simples. Depuis 6 mois la patiente a développé un ulcère anastomotique, conséquence d'une reprise d'un tabagisme actif. Cet ulcère s'est transformé à postériori en sténose ce qui l'a fait bénéficier de 3 dilatations endoscopiques avec un succès provisoire. Deux semaines après chaque dilatation la patiente a recommencé à avoir la même symptomatologie. Compte tenu de cet échec de prise en charge endoscopique, nous avons décidé de réaliser une reprise chirurgicale en utilisant le robot DaVinci Si™.

RESULTATS :

L'intervention débute par une adhésiolyse au niveau de l'AGJ et de l'estomac exclu. Une résection en bloc de l'anastomose est réalisée. Une nouvelle anastomose gastro-jéjunale est réalisée. Elle est manuelle, menée par un seul surjet de fil monobrin cranté. L'intervention se termine par un test au bleu qui est négatif et par un encollage de l'anastomose. Aucun drain n'est laissé en place. Les suites opératoires ont été tout à fait simples : la patiente a été réalimentée à J1 après un TOGD de contrôle satisfaisant. La sortie du service a eu lieu à J2.

CONCLUSION :

La révision d'un bypass gastrique pour sténose de l'AGJ est une procédure complexe mais faisable. La vision en 3 dimensions du robot, la stabilité de la caméra et les multiples degrés de liberté des instruments permettent d'apporter une plus grande précision pour ces interventions.

CV 4

BYPASS GASTRIQUE ROUX-EN-Y CHEZ UN PATIENT AVEC SITUS INVERSUS COMPLET

POGHOSYAN, T

Unité : Service de chirurgie digestive et bariatrique, Hôpital européen Georges Pompidou, AP-HP

Les anomalies anatomiques telles que le Situs Inversus complet peuvent poser un défi technique supplémentaire dans la réalisation d'un bypass gastrique en Y (BPGY). Nous présentons le cas d'un patient âgé de 58 ans ayant comme antécédents un situs inversus complet, une sclérodémie, un reflux gastro-œsophagien, et une obésité (IMC 39kg/m²) chez qui l'indication d'un BPGY a été posée et validée en réunion de concertation pluridisciplinaire. Le temps opératoire était de 130 min, ce qui est plus élevé que le BPGY chez un patient avec une anatomie standard, et reflète les difficultés opératoires d'adaptation. La position des trocarts n'a pas été modifiée. L'angle duodénojéjunal a été aisément trouvé à droite de la racine du mésentère. La première difficulté a été la réalisation du passage retrogastrique. En raison de la disposition inhabituelle des organes, la perception tridimensionnelle de l'anatomie chirurgicale est rapidement perturbée. Les relations entre la surface postérieure de l'estomac et du pancréas ainsi que la position de l'artère splénique sont difficiles à évaluer.

Après avoir confectionné la poche gastrique, la difficulté suivante a été la réalisation de l'anastomose gastro-jéjunale. Une attention particulière doit être portée lors de l'ascension de l'anse jéjunale. Contrairement au patient avec une anatomie standard, le déroulement du grêle doit être effectuée dans le sens anti-horaire. Après la réalisation de l'anastomose, le jéjunum a été sectionné à droit de l'anastomose séparant ainsi les anses alimentaire et bilio-pancréatique. La gastrojéjunotomie a été fermée par un fils résorbable et le test au bleu a été effectué.

Une difficulté supplémentaire a été la réalisation de l'anastomose jéjuno-jéjunale. Le déroulement de l'anse alimentaire doit se faire de droite à gauche, conduisant l'intestin déroulé vers l'hypochondre gauche comme reflet en miroir d'une procédure BPGY chez un patient avec une anatomie standard.

Enfin, des difficultés de repérage ont été rencontrées lors de la fermeture des espaces mésentérique et de Petersen.

Les suites de cette intervention étaient simples. Le patient est sorti à J3 et a été revu en consultation de suivi à 1 et 6 mois.

CV 5

HERNIE PARA HIATALE MASSIVE DE DECOUVERTE PREOPERATOIRE D'UNE SLEEVE

D'ALESSANDRO A, CARTILLONE M, PRISCO L, CHAHINE E, DIRANI M, DE SIMONE B, CHOUILLARD E

Unité : Centre Hospitalier Intercommunal Poissy/St Germain en Laye

Nous rapportons ici le cas clinique d'une patiente âgée de 45 ans avec obésité morbide (poids 111 kg, taille 1.60 m, IMC à 39 kg /m²) programmée pour une intervention de Sleeve Gastrectomy dans notre service. La patiente a été opérée d'une pose d'anneau gastrique en 2004 pour obésité morbide. L'ablation d'anneau est réalisé en 2008 suite à une intolérance alimentaire et insuffisante perte de poids. La fibroscopie digestive haute préopératoire montre qu'une gastrite antrale sans signes de dysphagie. La prise de poids est progressive suite à l'ablation d'anneau accentuant ses arthralgies dans un contexte de maladie d'Ehlers-Danlos.

Pendant l'intervention, temps opératoires et installation classique pour une Sleeve, pendant la dissection de l'angle de His une hernie epiploïque est constatée sur le pilier gauche difficilement réductible. Suite à une plus ample exposition et à l'élargissement de cet orifice de la hernie à travers le pilier gauche, on découvre une hernie epiploïque massive qui occupe la moitié du thorax gauche. Réduction complète de la hernie. L'intervention termine avec la fermeture des piliers et de l'orifice de la hernie diaphragmatique par du VloC non résorbable 2.0. Mise en place d'une prothèse Bio A HH pour renforcer la fermeture hiatale et Sleeve gastrectomie selon Protocol.

Les suites opératoires ont été simples avec un scanner TAP qui retrouve un manchon gastrique en intra abdominale sans récurrence d'hernie diaphragmatique et absence de fistule gastrique. Dans notre expérience l'utilisation de renfort biologique pour la cure d'hernie diaphragmatique pendant une chirurgie bariatrique semblerait aider à baisser le taux de récurrence sur le court et moyen terme (24 mois). Des contrôles radiologiques à distance sont programmés pour mieux éclairer l'efficacité de ce renfort.

Video : <https://we.tl/t-3JF2rDALij>

CV 6

GASTRECTOMIE POLAIRE SUPERIEURE AVEC RECONSTRUCTION EN Y POUR FISTULE CHRONIQUE POST SLEEVE-GASTRECTOMIE

SOUSSI-BERJONVAL D, DANION J, DIB W, FAURE JP

Unité : CHU de Poitiers

Il s'agissait d'une patiente de 52 ans, avec un IMC à 36.5 kg/m², aux antécédents de stéatose hépatique, syndrome dépressif et de fibromyalgie. Après suivi multidisciplinaire et discussion en RCP, une sleeve gastrectomie a été programmée. La patiente a pu sortir à J2, avec des suites opératoires simples.

A J10, elle a été ré hospitalisée pour une fistule. Une reprise chirurgicale fut programmée pour drainer la fistule. Une prothèse endoscopique fut mise en place devant la présence d'un pertuis millimétrique.

A J32, devant une mauvaise tolérance clinique, la prothèse a été enlevée puis remplacée par des doubles queues de cochon. La patiente a pu rentrer à domicile après reprise d'une alimentation orale.

A M7, la patiente a présenté un nouvel épisode fébrile motivant la réalisation d'un nouveau scanner. Un abcès sous phrénique gauche de faible taille (<5cm) et sans fistule est retrouvé. Une nouvelle fibroscopie a été réalisée et les doubles queues de cochon enlevées. Aucun geste complémentaire n'a été réalisé devant l'absence de fistule visible

A M12, les douleurs avaient récidivé. Une nouvelle imagerie permet de conclure en la réapparition d'une fistule. Après discussion avec la patiente, une solution chirurgicale fut retenue.

Cette intervention a été programmée sous coelioscopie et assistée du robot chirurgical. Il s'agit du robot DaVinci Xi de la marque intuitive. La patiente était installée en position proclive 15°, les bras le long du corps. Un premier trocart, d'aide, était introduit en hypocondre droit, puis 4 trocarts alignés selon une ligne horizontale à 18cm de la xiphoïde.

Il existait un amas, sous le lobe gauche du foie. Progressivement, il a été possible de libérer la face antérieure de l'estomac, en prenant soin de respecter la rate. La dissection nous a permis de retrouver le trajet fistuleux. A la partie supérieure, on a réussi à individualiser la partie inférieure de l'œsophage, correspondant au pôle supérieur de la zone inflammatoire et à notre zone proximale de section. Puis, on a libéré la partie inférieure de la sleeve et réalisé la section distale, en zone saine. Le deuxième temps a consisté en une reconstruction en Y en pré colique. On a mesuré une anse biliopancréatique de 60 cm et une anse alimentaire de 75 cm, puis réalisé une anastomose oeso-jéjunale puis une seconde jéjunojéjunale. L'espace de Petersen et l'espace inter mésentérique ont été refermés, afin d'éviter tout risque de hernie secondaire.

1- CHIRURGIE METABOLIQUE (COMORBIDITES)

PC 01

EFFETS METABOLIQUES ET RESULTATS COMPARATIFS DES BY-PASS EN Y ET OMEGA DANS UNE SERIE PROSPECTIVE DE 115 PATIENTS

WAZNE Y, PIETRI L, ROTOLO G, BEGU A- R, VALERO R, BERTHET B

Unité : CHU MARSEILLE - HOPITAL DE LA CONCEPTION

Introduction :

La morbi-mortalité cardiovasculaire lié aux désordres métaboliques induit par l'obésité est estimée à 17%. Le by-pass en Y (BPY) demeure la technique chirurgicale de référence et récemment, les études de sécurité ont mis en avant des potentiels effets indésirables métaboliques et chirurgicaux du by-pass en Oméga (BPO).

Méthodes :

Entre 2007 et 2017, 115 patients ont été opérés par le même opérateur soit d'un BPY (n=60) soit d'un BPO (n=55). Un relevé prospectif à M0 (préopératoire) puis à M12 (12 mois post-opératoire) des données anthropométriques, métaboliques, nutritionnelles et des comorbidités (diabète de type 2, dyslipidémie, hypertension artérielle, syndrome apnées obstructive du sommeil) a été effectué. La supplémentation nutritionnelle était identique pour tous les patients en post-opératoire immédiat et adaptée ensuite en fonction des besoins individuels lors de bilans intermédiaires.

Résultats :

L'effectif était majoritairement composé de femmes (73% BPO vs. 72% BPY) et était plus jeune dans le groupe BPO : 42 ans (BPO) vs. 46 ans (BPY). L'IMC moyen préopératoire était similaire dans les 2 groupes : 46 kg/m² (BPO) vs. 45 kg/m² (BPY). À 12 mois post-opératoire, dans chacun des 2 groupes, on note une amélioration significative du poids (BPO : -48 kg ; BPY : -36 kg), de l'IMC (BPO : -17,3 kg/m² ; BPY : -12,5 kg/m²), de l'insulinorésistance (HOMA-IR, BPO : -4,4 ; BPY : -4,8) et des profils lipidiques avec une amélioration significative de l'ensemble des comorbidités. Lorsque l'on compare les 2 groupes BPO et BPY à M12, la perte d'excès de poids et la rémission du diabète sont significativement supérieures dans le groupe BPO : PEP : 86% (BPO) vs. 65% (BPY) ; rémission du diabète : 93% (BPO) vs. 68% (BPY). Une tendance à une plus grande rémission de la dyslipidémie était observée dans le groupe BPO (79% vs. 67%) avec une augmentation du HDL-c significativement plus importante dans le groupe BPO que dans le groupe BPY : +0,11 (BPO) vs. +0.06 (BPY). La variation des paramètres nutritionnels est équivalente sans différence entre les 2 groupes avec une diminution des vitamines A, E, B12, du zinc, du sélénium et de l'hémoglobine et une augmentation de l'albumine et des vitamines B9 et D.

Conclusion :

Les résultats obtenus avec le BPO à M12 sont équivalents à ceux du BPY voire supérieurs en ce qui concerne la perte de poids et la rémission des comorbidités.

PC 06

EFFETS DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE SUR LES RHUMATISMES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES

WAZNE Y - MARCHI Y - GALIE S - GHARIOS J - RACCAH D - BERTHET B

Unité : CHU MARSEILLE - HOPITAL DE LA CONCEPTION

Introduction :

Evaluation des effets de la perte de poids après chirurgie bariatrique chez des patients souffrant de Rhumatisme Inflammatoire Chronique (RIC).

Methodes :

De janvier 2016 à décembre 2017, 11 patients consécutifs présentant une RIC ont été inclus et comparés aux 375 autres patients non porteurs de RIC et opérés pendant la même période.

Ont été analysés l'âge, le sexe, l'IMC moyen, le type d'intervention effectué, l'EWL à 6 mois et à 1 an, l'évolution du taux de CRP à 6 mois et à 1 an, l'amélioration, la rémission et la baisse des traitements de la RIC.

Resultats :

Pour les patients porteurs de RIC, l'âge moyen était de 37 ans contre 43 (ns), il y avait 82% de femmes contre 71% (ns). La sleeve gastrectomie a été l'intervention la plus utilisée 75% pour les RIC contre 72%. L'imc moyen était de 46 contre 44 (ns). L'EWL était moins important : 52 versus 69% à 6 mois et 63% versus 83% à 1 an ($p < 0.005$). Le taux de crp était significativement plus important en pré opératoire dans le groupe RIC : 26,12 vs 8,61 ($p < 0.005$) tout comme la baisse observée dans le groupe RIC à 6 mois (10,37) et à 12 mois (5,53) ($p < 0,001$). En termes d'évolution, on observait une rémission de la RIC dans 18% des cas et une amélioration dans 63%. A deux ans 82% des patients avaient baissé leur traitement.

Conclusions :

Après une perte de poids conséquente par la chirurgie bariatrique, les patients présentant une RIC avaient une diminution de l'évolutivité, une diminution des marqueurs sériques de l'inflammation et une diminution des traitements de leur pathologie. La perte de poids constitue une stratégie efficace pour réduire l'évolution et le traitement des RIC. La chirurgie bariatrique favorise de fait une meilleure efficacité des traitements pharmacologiques, les changements métaboliques et l'amélioration de l'activité physique.

WAZNE Y, PIETRI L, MARANINCHI M, BÉLIARD S, VALÉRO R, BERTHET B

Unité : CHU MARSEILLE - HOPITAL DE LA CONCEPTION

Introduction :

La dyslipidémie athérogène caractéristique des patients obèses insulino-résistants constitue un facteur de risque cardiovasculaire jouant un rôle important dans les processus d'athérosclérose. Le bypass gastrique en oméga (BPGO) s'est rapidement développé comme alternative au bypass gastrique Roux-en-Y mais les effets métaboliques spécifiques de cette nouvelle procédure notamment sur le profil lipidique restent à préciser.

Méthodes :

Nous avons mesuré l'évolution du profil lipidique en lien avec les paramètres anthropométriques, l'insulino-résistance et la composition corporelle (DEXA) 1 mois avant puis 6 et 12 mois après chirurgie dans une cohorte de 46 patients obèses bénéficiant d'un BPGO (test de student apparié).

Résultats :

La diminution significative de l'IMC 12 mois après BPGO (M12-M0: $-17,5 \pm 5,4$ kg/m² P<0,001) s'accompagne d'une modification de la composition corporelle avec une importante diminution de la masse grasse (M12-M0: $-37,7 \pm 11,5$ kg P<0,001) associée à une diminution de la masse musculaire qui se stabilise après 6 mois (M12-M0: $-7,9 \pm 3,8$ kg P<0,001 et M12-M6 : $+0,3 \pm 7,1$ kg NS). On observe également une amélioration des paramètres d'insulino-résistance avec une diminution de la glycémie à jeun et de l'insulinémie (M12-M0: $-1,66 \pm 2,3$ mmol/L et $-20,9 \pm 15,0$ U/mL P<0,001 respectivement). Les taux de cholestérol total (M6-M0: $-0,25 \pm 0,38$ M12-M0: $-0,19 \pm 0,38$ g/L P<0,01 et M12-M6: $+0,08 \pm 0,39$ g/L NS) et LDL cholestérol (M6-M0: $-0,22 \pm 0,33$ M12-M0: $-0,16 \pm 0,39$ g/L P<0,05 et M12-M6: $+0,03 \pm 0,37$ g/L NS) diminuent de façon concomitante puis se stabilisent 6 mois après chirurgie alors que les taux de triglycérides plasmatiques continuent de diminuer de façon importante tout au long des 12 mois après chirurgie (M12-M0 : $-0,53 \pm 0,55$ g/L P<0,001). L'augmentation des taux de HDL cholestérol s'amplifie quant à elle entre 6 et 12 mois aboutissant à une augmentation significative 1 an après chirurgie (M6-M0: $-0,02 \pm 0,09$ NS et M12-M0: $-0,11 \pm 0,08$ M12-M6: $-0,08 \pm 0,08$ g/L P<0,001 respectivement).

Conclusion :

Le bypass gastrique en oméga permet une nette amélioration du profil lipidique à 6 et 12 mois après chirurgie. Des études comparatives complémentaires entre bypass gastrique en oméga et bypass gastrique roux-en-Y restent cependant indispensables afin de comparer l'évolution de l'ensemble des comorbidités et paramètres métaboliques après ces 2 techniques de chirurgie bariatrique.

PC 35

ROLE DE LA CHIRURGIE METABOLIQUE SUR LES LIENS ENTRE INFLAMMATION ET INSULINORESISTANCE : À PROPOS DE 378 PATIENTS SUIVIS 2 ANS APRES BYPASS Y OU SLEEVE GASTRECTOMIE

LAMOLIATE A, ROBERT M, BLOND E, GIAI J, PELASCINI E, BENATRE V, SIMON C, DELAUNAY D, LAVILLE M, DISSE E

Unité : Bureau des Internes Antilles Guyane

INTRODUCTION :

L'obésité induit une inflammation de bas grade responsable de complications métaboliques comme l'insulinorésistance menant au diabète. La chirurgie bariatrique se veut maintenant métabolique et permet souvent la rémission du diabète. Notre question est celle du lien entre la chirurgie bariatrique, l'amélioration de l'inflammation et l'effet métabolique observé. Nous souhaitons également questionner un effet propre de la technique opératoire sur les paramètres inflammatoires.

MATÉRIEL ET MÉTHODES :

378 patients de la cohorte bariatrique BARIASURG ont été inclus ; 215 ont bénéficié d'un bypass en Y et 163 d'une sleeve gastrectomie. Les données biologiques et anthropométriques du suivi prospectif en 6 points sur 2 ans ont été colligées.

Des modélisations multiples ont été réalisées pour étudier l'évolution de l'inflammation (CRP) et de l'insulinorésistance (HOMA-IR) en tenant compte de la technique opératoire, de l'IMC, de la perte de poids et du temps.

RÉSULTATS :

Au cours du suivi post-opératoire, Il existe une association significative entre CRP et HOMA-IR ($p = 0,02$), indépendamment de l'IMC, du sexe, de l'âge et du temps. Le bypass en Y est associé à une meilleure régression post-opératoire de l'inflammation par rapport à la sleeve gastrectomie ($p = 0,024$). La corrélation inflammation-insulinorésistance en post-opératoire est plus marquée pour le bypass Y que pour la sleeve gastrectomie ($p < 0,01$).

CONCLUSION :

Il s'agit de la première étude à mettre en évidence une corrélation entre l'amélioration de l'inflammation et de l'insulinorésistance après chirurgie bariatrique, ainsi qu'un effet plus « anti-inflammatoire » du bypass Y par rapport à la sleeve gastrectomie. Les mécanismes de la chirurgie métabolique sont multiples et leur compréhension permettra des stratégies personnalisées pour optimiser son efficacité et limiter ses échecs à moyen terme.

PC 23

EFFICACITE ET TOLERANCE D'UN BYPASS GASTRIQUE EN Y CHEZ UNE PATIENTE OBESE DIABETIQUE DE TYPE 1 ATTEINTE D'UNE GASTROPARESIE REFRACTAIRE, AVEC MAINTIEN DU PACEMAKER GASTRIQUE DANS L'ESTOMAC EXCLU

HAGE M, BOUCHE C, COFFIN B, PILLEBOUT E, BOUILLOT J-L, RAFFIN-SANSON M-L, BRETAULT M

Unité : CHU Ambroise Paré, Service d'Endocrinologie de Diabétologie et de Nutrition, APHP

La gastroparésie résistante aux traitements classiques est une complication rare du diabète et s'accompagne d'un retentissement important sur la qualité de vie. L'obésité a été identifiée comme un facteur prédictif de symptômes dans la gastroparésie diabétique et a contrario la perte de poids pourrait améliorer les signes cliniques. Le bypass gastrique en Y a ainsi été proposé comme option thérapeutique pour la gastroparésie réfractaire chez ces patients obèses même si cette chirurgie est généralement elle-même accompagnée de symptômes de gastroparésie dans la période postopératoire immédiate. Cependant, ces symptômes disparaissent spontanément et sont inversement proportionnels à l'étendue de la résection gastrique.

Nous rapportons le premier cas d'un bypass gastrique en Y chez une patiente de 37 ans, diabétique de type 1, présentant une gastroparésie réfractaire ayant nécessité la pose d'un pacemaker gastrique que nous avons conservé dans l'estomac exclu.

Cette jeune patiente, diabétique depuis l'âge de 9 ans, avec un déséquilibre chronique, présente de multiples complications dont la gastroparésie et une insuffisance rénale pré-terminale (créatinine: 352 μ mol/L, DFG: 14ml/min/1.73m²). Ses complications sont aggravées par une obésité (IMC: 44.8 kg/m²). Elle est adressée dans un contexte de gastroparésie partiellement améliorée par la pose d'un pacemaker gastrique 1 an au préalable et de contre-indication à la greffe rénale en raison de l'obésité. Le diabète est alors bien équilibré sous pompe (HbA1c à 6.6%).

Après discussion pluridisciplinaire, il est décidé la réalisation d'un bypass gastrique en Y avec maintien du pacemaker afin de conserver l'efficacité sur les symptômes de gastroparésie et d'éviter une dilatation de l'estomac exclu. Le pacemaker est désactivé transitoirement en péri opératoire. A la reprise de l'alimentation, la patiente présente des vomissements avec scanner opacifié normal, résolutifs après réactivation du pacemaker à J3. A 6 mois, la perte de poids est de 20kg, soit 16% du poids pré-opératoire (IMC : 37.8 kg/m²), la tolérance digestive est bonne avec de rares vomissements si tachyphagie, et la créatinine est en amélioration à 299 μ mol/L. A noter de nombreuses hypoglycémies nécessitant une hospitalisation pour adaptation de l'insuline.

Au total, le bypass a permis d'améliorer davantage les symptômes de gastroparésie et d'éviter une chirurgie plus lourde comme la gastrectomie subtotal et va permettre l'accès à la greffe rénale. Ainsi, il pourrait être proposé chez des patients diabétiques obèses porteurs d'un pacemaker gastrique en le maintenant dans l'estomac exclu avec une bonne efficacité et tolérance. D'autres expériences sont nécessaires pour conforter cette proposition.

PC 24

ENQUETE CONCERNANT LES PRATIQUES EN FRANCE APRES ECHEC PONDERAL D'UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE

LEDOUX S, BLAIZOT P, COUPAYE M, REBIBO L, MSIKA S

Unité : CINFO, Hôpital Louis Mourier, APHP Nord et Université de Paris,

Introduction :

L'augmentation importante du nombre d'actes de chirurgie bariatrique pratiqués en France ces dernières années nous confronte de plus en plus à des reprises de poids à long terme qui ne sont pas rares, quelle que soit la technique. Or, il n'existe à l'heure actuelle aucun consensus concernant la conduite à tenir en cas de reprise de poids après une primo-chirurgie et encore moins après une reprise chirurgicale.

Notre objectif :

Faire une enquête sur les pratiques en France après échec d'un ou plusieurs actes de chirurgie bariatrique.

Méthodes :

Un court cas clinique a été envoyé aux médecins et chirurgiens en charge de patients opérés de chirurgie bariatrique, via le réseau des CSO et de la SOFFCO, en leur demandant qu'elle serait leur attitude. Il s'agissait d'une femme de 41 ans présentant une obésité morbide en échec pondéral après un bypass en Y, puis une révision de la poche gastrique.

Résultats :

15 jours après l'envoi, 179 personnes avaient répondu au questionnaire : 131 chirurgiens, dont 33 exerçant dans un CSO et 98 dans un établissement hors CSO (71 privé et 27 public), 43 médecins nutritionnistes dont 37 exerçants dans un CSO et 6 hors CSO (4 privé et 2 public) et 5 paramédicaux exerçant dans un CSO. Seuls 13 participants proposent de discuter le cas en RCP et 1 de demander son souhait à la patiente. Une imagerie est proposée dans 12% des cas et des explorations métaboliques par 10% des participants. Un problème comportemental est évoqué par 75 % des participants qui proposent spécifiquement sa prise en charge dans 37% des cas (en précisant: diététique 22%, psychologique 21%, activité physique 14%, SSR 8%). Seul 11% proposent une réintervention d'emblée, 15% ne la propose qu'après une prise en charge médicale et 12% conseillent de ne pas réopérer. Les réinterventions proposées sont: révision endoscopique 7%, anneau gastrique 13%, rallongement d'anse 44%, autre chirurgie malabsorptive 36%. Il existe une grande disparité dans les réponses en fonction du mode d'exercice. Par exemple, une prise en charge comportementale est proposée par 52% des nutritionnistes, 42% des chirurgiens des CSO et 29% des chirurgiens hors CSO.

Conclusion :

Un état des lieux concernant la conduite à tenir en cas de reprise pondérale après une chirurgie bariatrique, en tenant compte des pratiques des médecins et des chirurgiens, est une première étape pour établir des recommandations afin de guider les praticiens dans ces situations complexes.

PC 30

LA CHIRURGIE BARIATRIQUE EST REALISABLE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DU SYNDROME D'EHLERS DANLOS

VERDURE L, GENSER L , BRIENT C, STERKERS A , JACOBI D, LALLEMAND L, MIRALLIE E, ARON-WISNEWSKY J, BLANCHARD C

Unité : CCDE, Institut des Maladies de l'Appareil Digestif (IMAD), CHU de Nantes Hôtel-Dieu

Introduction :

Le syndrome d'Ehlers-Danlos (EDS) est une maladie génétique affectant les tissus conjonctifs. Les patients atteints d'EDS sont très susceptibles de développer une fistule digestive après toute intervention chirurgicale. Ces patients peuvent également développer une obésité sévère et pourraient bénéficier de la chirurgie bariatrique. Or il n'y a qu'un seul cas reporté dans la littérature concernant les résultats de la chirurgie bariatrique dans ce contexte spécifique.

Méthodes:

Nous avons collectés de manière rétrospective et multicentrique (CHU de Nantes, Hôpital APHP Pitié Salpêtrière, Clinique St Grégoire Rennes et Clinique Mutualiste de l'Estuaire St Nazaire) les patients opérés de chirurgie bariatrique et présentant un syndrome d'ehlers danlos.

Résultats:

Cinq patients ont été opérés entre 2010 et 2018. Les patients ont bénéficiés d'une sleeve gastrectomie pour 4 patients et d'un gastrique bypass en Y pour un patient. Tous les patients ont présenté une évolution postopératoire classique, sans augmentation des saignements, de la douleur, des fuites et une cicatrisation pariétale solide à un mois postopératoire. Le pourcentage de perte d'excès de poids à 1 et 6 mois était respectivement de $10 \pm 6,5\%$ et $43,3 \pm 16,0\%$.

Conclusion:

Notre étude montre que la chirurgie bariatrique, et en particulier la sleeve gastrectomie est une option chirurgicale pertinente à envisager chez les patients obèses atteints d'EDS.

PC 41

CAS CLINIQUE : OSTEOARTHROPATHIE DIABETIQUE (PIED DE CHARCOT) APRES REMISSION COMPLETE DE DIABETE TYPE 2 POST CHIRURGIE BARIATRIQUE

GEORGOPOULOS S, PAPASTATHI C, SAADI A

Unité : Département d'orthopédie et traumatologie / Réseau hospitalier neuchâtelois, Suisse

INTRODUCTION :

La chirurgie bariatrique / métabolique occupe une place croissante dans la prise en charge du diabète de type 2 (DT2). Elle permet une rémission partielle ou complète du diabète, de durabilité variable, chez environ 30-95% des patients¹⁻³. Elle réduit l'incidence de rétinopathie et de la néphropathie diabétique mais les données sur la neuropathie diabétique sont moins conclusives^{4,5}.

Nous présentons le cas d'une ostéoarthropathie diabétique (pied se Charcot), bilatérale, chez un patient sans neuropathie connue et dont le DT2 était en rémission après un bypass gastrique en Omega.

PRESENTATION DE CAS CLINIQUE :

Un patient de 35 ans, avec un IMC à 53.5kg/m² est adressé à notre centre pour une chirurgie bariatrique. Il a développé un DT2, six mois avant son opération. L'examen au monofilament était normal et le bilan de micro-complications était négatif au diagnostic. L'Hba1c est passée progressivement de 13 à 6% sous metformine et agonistes de GLP-1.

Il a bénéficié d'un bypass gastrique en Oméga qui a permis une perte pondérale de 62 kg et la rémission complète du DT2 (Hba1c:5.3%, glycémie à jeun:5.0mmol/l).

À 5 mois post-opératoires il présente un œdème, une augmentation de la température et des douleurs du **pied droit** . Malgré les radiographies négatives, une IRM indique des fractures des bases des 2ème, 3ème et 4ème métatarsiens compatibles avec un pied de Charcot (Frykberg II, Eichenholz 0). Le bilan vitaminique (D3, B1, B6 et B12) est normal. Un traitement par immobilisation (botte Crow) est installé avec des bons résultats.

À 10 mois postopératoires il présente la même symptomatologie au **pied gauche** . Les radiographies sont négatives mais une IRM indique des fractures des bases des 3ème et 4ème métatarsiens compatibles avec un pied de Charcot (Frykberg II, Eichenholz 0). Le bilan vitaminique est rassurant. Un traitement conservateur est choisi cette fois aussi.

DISCUSSION :

Selon les meilleures connaissances disponibles, il s'agit du premier cas rapporté dans la littérature d'une ostéoarthropathie diabétique, bilatérale développée après la rémission complète du DT2.

Le(s) mécanisme(s) possible(s) pourrai(en)t être une ostéopénie sur la mobilité diminuée des patients obèses amenant aux fractures de fatigue après l'augmentation des activités^{6,7} et/ ou la « mémoire métabolique ». En effet, le risque des complications micro-vasculaires d'une hyperglycémie chronique persiste même après la rémission du DT2⁸.

Une évolution défavorable de la neuropathie diabétique après une rémission partielle ou complète du diabète est donc possible. Un suivi continu est indiqué.

Des études supplémentaires sur le sujet sont aussi nécessaires.

3- RECHERCHE EXPERIMENTALE

PC 02

CONSEQUENCE FONCTIONNELLE DE L'ABSENCE DE LA PROTEINE PCSK9 CHEZ DES SOURIS OBESES OPEREES D'UN BY-PASS ROUX EN Y

GERARD M, VERDURE L, GARCON D, AYER A, CARIOU B, LE MAY C, BLANCHARD C

Unité : L'institut du thorax, INSERM, CNRS, Université de Nantes

Introduction :

Les chirurgies bariatriques constituent actuellement la stratégie thérapeutique de choix pour réduire la masse corporelle et les comorbidités associées chez les patients obèses morbides. Notre unité de recherche s'intéresse depuis plusieurs années aux mécanismes hypocholestérolémiant du bypass gastrique Roux en Y (RYGB). Au cours de ces études, il a été constaté une très forte induction de l'expression intestinale de la protéine PCSK9 associée à un important épaissement de la muqueuse intestinale. PCSK9 est un acteur clef de l'homéostasie du cholestérol et module la présence membranaire du récepteur au LDL cholestérol. De manière intéressante, PCSK9 joue aussi un rôle prépondérant au cours de la régénération hépatique induite après hépatectomie partielle.

Nous avons donc posé l'hypothèse que la déficience en PCSK9 pourrait fortement altérer la capacité adaptative des souris à la chirurgie bariatrique. L'objectif de notre projet a été de déterminer les conséquences du RYGB chez des souris déficientes en PCSK9 ou sauvages rendues obèses par un régime hyperlipidique.

Matériel et méthodes :

Nous avons utilisé des souris PCSK9^{+/+} et PCSK9^{-/-} à l'âge adulte (entre 2 et 5 mois). A l'âge de 8 semaines, les souris ont été mises sous un régime enrichi en graisses saturées (60%) pendant 12-14 semaines. Une fois un poids limite (40g), les souris ont été randomisées en deux groupes (sham ou RYGB). Des mesures du poids, de glycémie, de cholestérolémie, de triglycéridémie et de prise alimentaire ont été réalisées. Trois jours avant le sacrifice, nous avons réalisé une injection intraveineuse de cholestérol marqué 7 fois au Deutérium et un gavage oral au D5 cholestérol afin de mesurer l'absorption intestinale et l'excrétion fécale de cholestérol.

Résultats :

Nous avons mesuré des taux de survie comparables entre nos deux génotypes (69% dans le groupe PCSK9^{+/+} et 62% dans le groupe PCSK9^{-/-}). Le RYGB réduit la cholestérolémie et stimule l'excrétion fécale de cholestérol chez les souris PCSK9^{+/+} et PCSK9^{-/-}. Cette induction de l'excrétion fécale est moins marquée chez les souris PCSK9^{-/-} ($p=0,0054$) en dépit d'une capacité intestinale à absorber le cholestérol ($p=0,766$) et une excrétion biliaire du cholestérol comparable aux souris PCSK9^{+/+} ($p>0,05$).

Conclusion :

Notre projet de recherche révèle que sous régime hyperlipidique l'absence de PCSK9 n'entraînait pas de réduction des chances de survie des souris ou de complications chirurgicales. Nous avons même mesuré une tendance à une meilleure adaptation post-chirurgicale chez les souris PCSK9^{-/-} qui pourrait être liée à une modification de la réponse inflammatoire.

PC 48

MISE AU POINT D'UN MODELE PORCIN DE SADI-S ET EVALUATION DE SES EFFETS SUR LE METABOLISME GLUCIDIQUE

Vangelder V, Marciniak C, Baud G, Quenon A, Hubert T, Gmyr V, Pasquetti G, Kerr-Conte J, Caiazzo R, Pattou F

Unité : CHU de Lille

Introduction :

La chirurgie bariatrique est le traitement le plus efficace de l'obésité et des maladies métaboliques qui lui sont associées. Une nouvelle procédure intitulée Single Anastomosis Duodeno-Ileal bypass with Sleeve gastrectomy (SADI-S) a été récemment décrite. Elle est techniquement simple, peu morbide et permet d'excellents résultats sur la perte de poids et l'amélioration du diabète. Un essai prospectif multicentrique français (SADISLEEVE) est en cours afin de l'évaluer, en comparaison au Gastric Bypass en Y. Néanmoins, ses effets sur l'homéostasie glucidique ne sont pas connus. L'objectif de ce travail est de mettre au point un modèle de SADI-S chez le miniporc afin d'évaluer ses effets sur le métabolisme glucidique.

Méthode :

Seize miniporcs Göttingen adultes non obèses non diabétiques ont été inclus, 8 dans le groupe SADI-S, 8 dans le groupe contrôle (sham). Les animaux du groupe SADI-S bénéficiaient d'une gastrectomie verticale associée à une anastomose duodéno-iléale en oméga à 2 mètres de la valvule iléo-caecale. Une évaluation métabolique par l'administration d'un repas mixte et le monitoring pendant 3 heures de la glycémie, de l'insulinémie, du D-xylose plasmatique et du GLP-1 plasmatique était réalisée avant et après la chirurgie. A la fin du protocole, des prélèvements tissulaires étaient réalisés.

Résultats :

Aucun animal n'est mort. Comparativement au groupe sham, le SADI-S diminuait la glycémie et le D-xylose plasmatique et augmentait l'insulinosécrétion et le GLP-1. La masse des cellules bêta pancréatiques n'était pas différente.

Conclusion :

Ce modèle porcin de SADI-S est fiable et permet une amélioration de l'homéostasie glucidique grâce à la diminution de l'absorption intestinale du glucose et au GLP-1 qui permet une meilleure insulinosécrétion sans modification structurale des cellules bêta pancréatiques.

4- CHIRURGIE DE REVISION

PC 07

ETUDE COMPARATIVE ENTRE LA SLEEVE GASTRECTOMIE EN 1ERE INTENTION ET LA SLEEVE GASTRECTOMIE APRES ANNEAU GASTRIQUE : RESULTATS PONDERAUX A 2 ANS

BOUTRY E, DONICI I, LUCQUIAUD E, TAILLARD V, PRUDHOMME M

Unité : CHU Nîmes service de chirurgie digestive

Introduction :

L'anneau gastrique (AG) a été l'une des interventions de chirurgie bariatrique les plus répandues dans les années 1990 mais avec un taux de ré-intervention pour complications ou échec pondérale élevé, nécessitant le plus souvent une chirurgie de conversion. Parmi les interventions de 2ème intention, la Sleeve Gastrectomy (SG) a montré de bons résultats en termes de morbi mortalité. Cependant rares sont les études ayant évalués l'efficacité sur la perte pondérale à distance.

Méthodes :

Nous avons étudié rétrospectivement dans notre centre, 118 patients opérés d'une SG après AG et 894 patients opérés d'une SG en 1ère intention entre novembre 2010 et décembre 2017. Il a été évalué les résultats pondéraux avec le pourcentage de perte d'excès de poids (%EWL) ainsi que le taux d'échec selon les critères de Reinhold (%EWL < 50%) entre les deux groupes à 12 et 24 mois.

Résultats :

1012 patients ont été inclus, 894 dans le groupe SG et 118 dans le groupe SG après AG. Les deux groupes étaient comparable sur le poids et l'indice de masse corporelle pré opératoire.

Sur les résultats pondéraux postopératoires, la perte d'excès de poids était significativement plus faible dans le groupe SG après AG, 53% contre 66.9% dans le groupe SG ($p < 0.01$) à 12 mois et 52% vs 66.9% à 24 mois ($p < 0.01$).

De même on retrouvait plus d'échecs selon les critères de Reinhold dans le groupe SG après AG par rapport au groupe SG (46.9% vs 15.9% ; $p < 0.01$ à 12 mois et 50% vs 19.8% ; $p < 0.01$ à 24 mois).

L'analyse dans le sous-groupe SG après AG retrouvait un taux d'échec plus important pour les patients ayant eu une ablation de l'AG pour échec ou insuffisance de perte pondérale par rapport aux patients ayant eu une ablation de l'AG pour complications. (75.7% vs 25.8% ; $p < 0.01$).

Conclusion :

La SG après AG ne produit pas d'aussi bon résultat que la SG en 1ère intention. On retrouve notamment un nombre non négligeable d'échec à 2 ans faisant se poser la question de l'intérêt de cette chirurgie en seconde intention, notamment chez les patients ayant eu une ablation de l'AG pour échec ou insuffisance de perte pondérale.

Des études prospectives et comparatives avec d'autres techniques de conversion semblent nécessaires afin d'évaluer objectivement ces résultats pondéraux à long terme.

PC 09

INDICATION, TECHNIQUES ET RESULTATS DU RALLONGEMENT DE L'ANSE BILIO-PANCREATIQUE APRES ÉCHEC DE BY-PASS : ANALYSE RETROSPECTIVE DE 112 CAS

SOPRANI A, CADY J

Unité : Clinique Geoffroy saint Hilaire

Introduction :

Le Rallongement d'Anse Bilio-Pancréatique (r-ABP) après échec de By-Pass Gastrique en Oméga (BPGO) et de By-Pass Gastrique en Y (BPGY) a fait consensus lors du dernier comité d'experts Delphi en 2019. Le but de cette analyse rétrospective est de décrire la technique du r-ABP et ses résultats.

Méthode :

Entre 1999 et 2016, 3 847 by-pass (BPGO et BPGY) ont été réalisés dans le même centre. Au total, 336 patients étaient en échec de l'opération initiale (PEP <50%) et 336 ont été réopérés selon divers procédés (réduction de poche ; anneau gastrique ; rallongement d'anse alimentaire ou r-ABP) après évaluation pluridisciplinaire. Dans cette cohorte, 112 ont bénéficiés d'un r-ABP. Pour le r-BPGO, la technique consistait à rallonger en moyenne de 2 m l'ABP, pour le r-BPGY l'anse alimentaire était sectionnée juste en amont du pied de l'anse en Y puis une anse en oméga était montée après avoir rajouté en moyenne 2 mètres d'ABP. Une réduction de la poche (RP) gastrique était associée au r-ABP si la volumétrie pré-opératoire (gastroscanner) montrait une poche gastrique dilatée.

Résultats :

Sur les 336 patients réopérés après BPGO ou BPGY, 84 patients (25%) sont restés en échec de PEP. Le délai médian avant ré-intervention était de 29 mois. Sur les 112 r-ABP, 38 ont eu une RP associée. Trois patients (2.6%) ont été réopérés dans les 30 jours post-opératoire pour fistule et la RP n'a pas été identifiée comme un facteur de risque de fistule ($p=0,23$). Douze patients (11%) ont été ré-hospitalisés pour dénutrition sévère et trois ont nécessité une réversion et 1 patient une conversion de r-BPGO en BPGY standard. 71 patients (63%) ont développé secondairement une anémie ferriprive importante au cours de leur suivi. Sur les 112 r-ABP, 47% ont obtenu une perte d'excès de poids > 80% et 31% sont restés en échec (PEP < 50%). Au total, sur les 77 patients suivis 5 ans après r-ABP, 36% étaient considérés en échec (PEP <50%). Treize patients avaient récidivé le diabète avant r-ABP avec un taux de rémission de 75% après révision.

Conclusion :

Deux tiers des patients en échec de leur by-pass initial ont tirés un bénéfice en terme de PEP après r-ABP. Compte tenu du taux important de dénutrition et d'anémie ferriprive après r-ABP, un suivi rapproché dans un centre expert nous semble indispensable.

PC 10

INTERET PONDERAL D'UNE TROISIEME PROCEDURE BARIATRIQUE : JUSQU'OU FAUT-IL ALLER ?

LUNEL T, ICETA S, PELASCINI E, PONCET G, DISSE E, ROBERT M

Unité : Hospices Civils de Lyon - Centre Intégré de l'Obésité - Hôpital Edouard Herriot

Introduction :

Les chirurgies bariatriques de révision sont en augmentation, avec plusieurs facteurs de risque d'échec discutés (super obésité initiale, âge avancé, erreurs diététiques, comorbidités somatiques ou psychiatriques...). Aucune étude n'a encore analysé l'intérêt pondéral d'opérer les patients obèses plus de deux fois et la balance bénéfiques/risques de ces 3ème procédures.

Matériel et méthodes :

De 2007 à 2019, les données cliniques et les résultats pondéraux des patients opérés 3 fois ou plus pour échec pondéral, ont été collectées de façon prospective et analysées rétrospectivement, selon un modèle linéaire généralisé à mesure répétées. Le but était de rechercher des facteurs de risque d'échec d'une troisième procédure bariatrique selon les critères de Reinhold : Excess Weight Loss <50% et/ou IMC >35 kg/m².

Résultats :

Sur 1401 procédures, 336 patients ont été opérés au moins deux fois et 45 patients l'ont été 3 fois ou plus, dont 11 exclus de l'analyse car réopérés pour dénutrition ou reflux et/ou avec IMC < 30 kg/m². Trois patients sur les 34 analysés (9%) ont présenté une complication grave (Dindo-Clavien IIIb) et deux, une complication mineure (6%) La super obésité initiale et le type de chirurgie n'impactent pas de manière significative les trajectoires pondérales et le résultat de la troisième procédure. Les patients présentant un Excess Weight Loss <50% et/ou IMC >35 (échec pondéral) après la première chirurgie, et surtout après la deuxième chirurgie, perdent significativement moins de poids après la troisième procédure que ceux ayant satisfait les critères de Reinhold lors de la deuxième procédure (p<0.05 ; F=3,56) (Figure 1).

Conclusion :

Les patients en échec pondéral après une 2ème procédure bariatrique ont peu de chance d'être en succès avec une 3ème procédure. Un troisième temps chirurgical semble donc à envisager uniquement en cas de succès des pertes pondérales lors des chirurgies précédentes. Cependant, une reprise pondérale ultérieure est à envisager lors de la décision.

PC 16

REFECTION DE POCHE POUR PERTE DE POIDS INSUFFISANTE APRES RYGB

DEBS T, PETRUCCIANI N, BENOIS M, IANNELLI A, BEN AMOR I, GUGENHEIM J

Unité : Nice University Hospital

Introduction :

La réfection de la poche gastrique, avec éventuellement un redimensionnement de l'anastomose gastro-jéjunale, a été proposé comme procédure de révision pour traiter la reprise de poids après le pontage gastrique Y de Roux (RYGB). Plusieurs auteurs ont rapporté de petites séries de patients, avec des résultats prometteurs à court terme. Le but de cette étude est de déterminer les résultats de la réfection de la poche gastrique après RYGB.

Méthodes:

Tous les patients ayant subi une réfection de poche gastrique entre janvier 2009 et décembre 2016 ont été sélectionnés rétrospectivement dans une base de données prospective incluant tous les patients ayant subi une chirurgie bariatrique dans notre service. La poche gastrique a été redimensionnée à un volume de 30 à 40 ml.

Résultats:

Un total de 48 patients ont eu un redimensionnement de la poche gastrique après RYGB. L'IMC initial moyen était de $42,9 \pm 4,8$ kg / m². La morbidité périopératoire était de 8,3% dans cette série. Le suivi médian était de 3,3 ans. L'IMC moyen était de 30.0 ± 7.3 kg / m² à 1 an, 30.0 ± 6.0 kg / m² à 3 ans et 30.9 ± 5.7 kg / m² à 5 ans. Le pourcentage moyen de EBMIL à 1, 3 et 5 ans de suivi était respectivement de 51.9%, 55.1% and 39%.

Les comorbidités liées à l'obésité ont disparu dans 67,3% des cas au recul maximal.

Conclusions:

Chez les patients soigneusement sélectionnés et après une évaluation préopératoire approfondie, la réfection de la poche gastrique est une option potentiellement efficace pour traiter la reprise de poids en raison de facteurs anatomiques après le RYGB.

PC 21

CONVERSION BYPASS GASTRIQUE EN SLEEVE : INTERET, FAISABILITE ET RESULTATS A 1 AN

L.KHAMPHOMMALA, A.STERKERS, E.DUPONT-BIERRE, M.ORVOEN, C.JOSSEAUME, P.PICHON, H.BOTHEREAU, C.PERY, P. BOURDONNEC, J.HECAMPS, D.BLIGNY

Unité : CHP Saint Gregoire

Introduction :

Les bypass gastriques en Y (BPY) ou en Omega (BPO) peuvent occasionner des effets indésirables au long court (douleurs, dumping syndrome, hypoglycémie, ulcères anastomotique(1). La réversion du by pass corrige ces complications au prix d'une reprise pondérale accélérée (2). La conversion en sleeve gastrectomie (cSG) permettrait de limiter cet reprise pondérale (3) et d'obtenir une nouvelle perte pondérale en cas de reprise de poids.

Matériel et méthodes :

Nous avons évalué rétrospectivement l'efficacité et les complications d'une cSG après BPY ou BPO entre 2015 et 2020.

Résultats :

Vingt patients (1/4 hommes) de 43 ± 10 ans, avec un IMC maximal de $45,1 \pm 7,4$ Kg/m², ont bénéficié d'une cSG (12 BPO et 8 BPY) avec un suivi moyen de 13 ± 11 mois. La cSG a été réalisée dans le cadre d'une complication (n=10; 8 BPO, 2 BPY) ou pour reprise de poids (n=10; 7 BPY et 3 BPO). Parmi les patients ayant eu un cSG pour complication, la résolution de cette dernière a été observée chez 9/10 patients: diarrhées chroniques (n=3), douleurs abdominales chroniques (n=3), dumping ou hypoglycémie (n=3), ulcère chronique (n=1). Il n'a pas été mis en évidence de reprise de poids (IMC $25,1 \pm 2,5$ kg/m² vs $25,6 \pm 4,8$ kg/m²; $26,0 \pm 4,7$ kg/m² et $27,8 \pm 3,8$ kg/m² à J0 vs 1, 6 et 12 mois). Les patients ayant eu un cSG pour reprise pondérale avait un IMC maximal, de $46,9 \pm 7,0$ kg/m² et minimal de $32,6 \pm 6,5$ kg/m² après BP. Le poids était de $42,1 \pm 6,7$ kg/m² le jour de la CSG avec un délai depuis la réalisation du BP de 104 ± 34 mois. Une nouvelle perte pondérale à été mise en évidence (IMC à $37,0 \pm 6,1$ kg/m², $34,3 \pm 5,6$ kg/m² et $34,7 \pm 6,3$ kg/m² à 1,6 et 12 mois; p<0,05 M0 vs M6). Sur l'ensemble des patients, la durée de l'intervention était de 168 ± 39 minutes avec 2 conversions en laparotomie. Des complications post opératoires sont survenues chez 6 patients (30%) dont 3 fistules (15%), 1 sténose gastrique. La durée d'hospitalisation était de 7 ± 8 jours. Aucun décès n'a été observé.

Conclusions

La CSG est efficace pour traiter les complications chroniques du by pass en évitant une reprise pondérale et permet une nouvelle perte pondérale en cas de reprise pondérale. La morbidité importante incite à la prudence.

(1) *Systematic review on reoperative bariatric surgery: American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Revision Task Force. Brethauer SA, et al. Surg Obes Relat Dis. 2014*

(2) *Medium-Term Outcomes after Reversal of Roux-en-Y Gastric Bypass. Arman GA et al. Obes Surg. 2018*

(3) *Conversion from gastric bypass to sleeve gastrectomy for complications of gastric bypass. Carter CO, et al. Surg Obes Relat Dis. 2016*

PC 22

CONVERSION DE GASTROPLASTIE VERTICALE CALIBREE SELON MASON EN BYPASS GASTRIQUE : RESULTATS ET FACTEURS DE RISQUE D'ECHEC

DENNEVAL A, PELASCINI E, PONCET G, PASQUER A, PERINEL J, LASSEUR A, DISSE E, ROBERT M

Unité : CHU LYON - HCL - Edouard Herriot - Chirurgie Digestive

Introduction :

La gastroplastie verticale calibrée (GVC) présente un taux de complications à long terme important. La révision pour reflux (RGO), dysphagie, reprise de poids ou autre est souvent nécessaire. La conversion en bypass gastrique avec anse en Y (RYGB) semble être privilégiée mais les données de la littérature restent limitées. Le but de notre étude était d'analyser les indications, la sécurité, les résultats des conversions de GVC en RYGB, et d'identifier les facteurs liés au succès ou à l'échec.

Matériel, méthodes :

Cette étude rétrospective a inclus les patients ayant bénéficié d'une conversion de GVC en RYGB dans notre CHU entre 2008 et 2019. Les caractéristiques démographiques, les indications, les examens préopératoires, les données peropératoires, les complications précoces et tardives et l'évolution pondérale ont été analysés. Une régression logistique a été utilisée pour déterminer les facteurs prédictifs de succès ou échec pondéral selon Reinhold.

Résultats :

53 patients (73.5% de femmes) ont bénéficié d'une conversion en RYGB durant la période étudiée. La moyenne d'IMC avant conversion était de 42.2kg/m² (21.5-68.8). 86.7% des patients étaient en échec pondéral, et 30.2% présentaient une complication de leur GVC. Une gastroscopie préopératoire a été réalisée dans 96.3% des cas, et un gastroscanner dans 79.3% des cas. Une reperméabilisation de l'agrafe gastrique était retrouvée dans 41.5% des cas. La durée opératoire moyenne était de 214 minutes (140-460). Une fundectomie était réalisée dans 70% des cas. Une procédure s'est soldée par un échec technique (1.8%). Le taux de complications précoces était de 22,6%, dont 58% ont nécessité une réintervention. Le taux de complications tardives était de 28.3%. Après un suivi moyen de 42 mois (2-138), l'IMC moyen était de 33.3 kg/m² (21.7-49.7), et le pourcentage de perte d'excès de poids était de 57.6% (13.5-187). Le taux de succès pondéral selon Reinhold était de 61.3% et le taux de succès fonctionnel était de 100%. Les facteurs prédictifs indépendants de succès pondéral étaient l'association d'une fundectomie au geste de conversion (OR=0.20 ; p=0.03), et la dilatation préexistante de l'ancienne poche de GVC (OR=0.064 ; p=0.005). L'IMC initial élevé était significativement associé à l'échec (p<0.05). Le succès pondéral était plus facilement atteint pour les patients en échec secondaire qu'en échec primaire de GVC.

Discussion :

La conversion en RYGB après échec de GVC permet une perte de poids importante et durable tout en permettant le traitement des complications, et est d'autant plus efficace qu'une fundectomie y est associée.

PC 31

MIDTERM OUTCOMES OF GASTRIC POUCH RESIZING FOR WEIGHT REGAIN AFTER ROUX EN Y GASTRIC BYPASS

DEBS T, PETRUCCIANI N, BENOIS M, IANNELLI A, BEN AMOR I, GUGENHEIM J

Unité : Nice University Hospital

Background:

Resizing of the gastric pouch, with eventually resizing of the gastrojejunal anastomosis has been proposed as revisional procedure to treat weight regain after Roux en Y gastric bypass (RYGB). Several authors have reported small series of patients, with promising short-term results. The aim of this study is to determine the midterm results and the safety of laparoscopic resizing of the gastric pouch after RYGB.

Methods:

All patients who underwent gastric pouch resizing between January 2009 and December 2016 were retrospectively selected from a prospective database including all patients who underwent bariatric surgery in our department. The gastric pouch was resized to a volume of 30-40 ml.

Results:

A total of 48 patients had gastric pouch resizing after RYGB. The mean initial BMI was 42.9 ± 4.8 kg/m². Perioperative morbidity was 8.3% in this series. Median follow-up was 3.3 years. The mean BMI was $30.7 (\pm 5.6)$ kg/m² at 1 year, $27.4 (\pm 4.3)$ kg/m² at 3 years and $28.9 (\pm 4.8)$ kg/m² at 5 years. Mean %EWL at 1, 3 and 5 years follow up was 38.6%, 52% and 43% respectively, considering the weight before pouch resizing as the initial weight. The obesity-related comorbidities disappeared in 67.3 % of cases at maximum follow up.

Conclusions:

In carefully selected patients, and after extensive preoperative evaluation, gastric pouch resizing is a potentially effective option to treat weight regain due to anatomical factors after RYGB.

PC 36

SECURITE ET EFFICACITE DE LA SLEEVE GASTRECTOMIE DE REVISION OU RE-SLEEVE GASTRECTOMIE

CATHELIN JM, BENDACHA Y, EL KHOURY L, DBOUK R, ROMERO R, COHEN R

Unité : Centre Hospitalier de Saint-Denis / Service de Chirurgie Viscérale

Introduction :

La sleeve gastrectomie laparoscopique (SGL) est une technique courante de chirurgie bariatrique. Lors du suivi à long terme, un constat d'échec de perte de poids peut nécessiter le recours à une autre intervention chirurgicale dite de révision. Notre objectif a été d'évaluer la sécurité et l'efficacité de la sleeve gastrectomie laparoscopique de révision ou re-sleeve gastrectomie laparoscopique (Re-SGL).

Méthodes :

De mai 2007 à décembre 2019, 76 patients ont eu une Re-SGL. Tous les patients étaient en échec de perte de poids après une SGL. Ils ont tous eu une évaluation radiologique, puis une Re-SGL était proposée si dilatation du tube gastrique. Sinon c'est un bypass gastrique qui était proposé.

Résultats :

Soixante-seize patients (67 femmes, 9 hommes, âge moyen 44,8 ans) avec un IMC moyen de $40,6 \pm 6,9 \text{ kg/m}^2$ ont eu une Re-SGL. La SGL initiale avait été réalisée pour un IMC moyen à $48,5 \pm 10,5 \text{ kg/m}^2$. Le temps moyen entre la première SGL et la Re-SGL était de 34,4 mois (extrêmes : 18 - 80 mois). L'indication de Re-SGL était une perte insuffisante de poids chez 37 patients (48,7%) et une reprise de poids chez 39 patients (51,3%). Chez 45 patients le TOGD constatait une dilatation localisée du tube gastrique ; et pour 31 cas il s'agissait d'une dilatation globale. Un gastroscanner à l'air associé à une volumétrie a été réalisé chez 55 patients ayant un volume gastrique moyen de 412cc (extrêmes : 255 - 1050cc). Toutes les interventions ont été réalisées par laparoscopie sans incident opératoire. La durée opératoire moyenne était de 138 minutes (extrêmes : 70 - 188 minutes) ; et la durée moyenne de séjour de 5,1 jours (extrêmes : 3 - 20 jours). En postopératoire, 2 cas d'hématomes périgastriques et 3 cas de sténoses gastriques ont été constatés. Avec un suivi moyen de 27 mois (extrêmes : 2 - 72 mois), l'IMC moyen des Re-SGL est descendu à $32,9 \pm 4,9 \text{ kg/m}^2$ pour un pourcentage moyen de perte d'excès de poids (%PEP) de $50,3 \pm 21,8\%$.

Conclusion :

La Re-SGL est une option sûre et efficace pour le traitement des échecs de la SGL quand le tube gastrique est dilaté.

PC 42

CONVERSION DE BYPASS GASTRIQUE EN OMEGA EN BYPASS GASTRIQUE EN Y : RESULTATS D'UNE ETUDE RETROSPECTIVE MULTICENTRIQUE

ANTONOPULOS C, REBIBO L, CALABRESE D, MARMUSE J-P, MSIKA S

Unité : Hôpital Bichât - Claude-Bernard (AP-HP), 46 rue Henri-Huchard, Paris

Introduction :

Le bypass gastrique en oméga (BPGO) a été décrit en 2001 comme une alternative au bypass gastrique en Y (BPGY). Sa diffusion a été exponentielle grâce notamment à sa relative facilité technique, en particulier chez le patient super obèse, par rapport au BPGY. Néanmoins, le BPGO peut exposer à certaines complications spécifiques pour lesquelles une chirurgie de révision peut être nécessaire et dans certains cas une conversion en BPGY.

Méthodes :

Entre Janvier 2009 et Janvier 2019, tous les patients ayant eu une conversion de BPGO en BPGY (n=23) ont été inclus dans cette étude observationnelle rétrospective bicentrique. Le critère principal d'évaluation était la faisabilité de la conversion du BPGO en BPGY. Les critères secondaires étaient les données de perte pondérale sur un suivi de deux ans.

Résultats :

Parmi la population de l'étude, on dénombrait six hommes (26.1%) pour un âge moyen de 45 ans (25-67). Le délai moyen entre le BPGO en BPGY était de 41.8 mois (0-158). Deux patients (8.7%) avaient eu un antécédent de pose d'anneau gastrique et deux patients (8.7%) un antécédent de sleeve gastrectomie. Le poids moyen avant la conversion était de 90.6 kg (52-141) soit un IMC moyen de 32.3 (18.2-50.7). Les indications pour une conversion étaient : reflux biliaire invalidant (n=14, 60.9%), fistule gastro-gastrique (n = 4, 17.4%), dénutrition protéique sévère (n = 3, 13%), péritonite sur perforation de l'anastomose gastro-jéjunale (n = 2, 8.7%).

Dans les 30 premiers jours post-opératoires, on dénombrait aucune mortalité, trois complications majeures (13%) et deux complications mineures (8.7%) pour une durée d'hospitalisation moyenne de 9 jours (4-34).

A un an de suivi, le poids moyen était de 92.4 kg (52-93) soit un IMC moyen de 25.5 (20.5-32.6). A deux ans post-opératoires (n=18), le poids moyen était de 80.3 kg (49-109) pour un IMC moyen de 28.8 (19.4-38.2). L'amélioration ou la résolution des symptômes associés à la pathologie qui avait indiqué la chirurgie de révision a été enregistrée dans la totalité des patients.

Conclusion :

La conversion d'un BPGO en BPGY est faisable avec une morbidité acceptable. Elle permet une amélioration des symptômes dans 100% des cas.

PC 46

LA CHIRURGIE ROBOTIQUE BARIATRIQUE A L'ERE DE LA REVISION : ETUDE DE 91 CAS DITS « REVISION » A PARTIR D'UNE SERIE DE 515 CAS OPERES

Dr A. ABOU-MRAD, Dr Fabian RECHE, Dr R. CAIASO

Unité : CHR d'ORLEANS / service de chirurgie digestive endocrinienne et thoracique

Introduction :

La chirurgie robotique bariatrique à l'ère de la révision : résultats et perspectives.

L'abord robotique équivaut au coelioscopique en chirurgie bariatrique. La chirurgie de révision, après gain d'expertise, s'impose progressivement comme alternative. Des études récentes semblent le confirmer.

But de cette étude : Evaluer sa faisabilité selon l'expérience d'un centre spécialisé Français.

Méthodes :

Depuis janvier 2014, 515 cas de chirurgie bariatrique robotique ont été colligés. 497 étaient des by-pass desquels 91 cas étaient des révisions. Le reste : Duodenal Switchs (n=9), ablation d'anneau, 7 sleeves et un Toupet. Ont été écartées, les antécédents de simples cholécystectomies, hernies interventions gynécologiques coelioscopique ou par Pfannenstiel. Les variables continues étaient exprimées sous forme de la moyenne (minimum-maximum). Les complications ont été classées selon « Clavien ».

Résultats :

91 cas de révision. Le sexe ratio : 1/10 ; l'âge moyen 45,5 (26-63ans). 14 laparotomie médiane (7 GEU, 12 Césariennes, 2 péritonites appendiculaire, 2 cholécystectomies, et 1 reprise de cholécystectomie, 1 cancer utérin, 1 endométriose, deux sigmoïdectomies, 1 résection iléo-caecale, une splénectomie coelioscopique, 4 cures d'éventrations, une hépatectomie segmentaire, 52 anneaux dont un avec Toupet, 26 conversions de Sleeve, 4 conversions de by-pass en oméga. Il n'y a pas d'hémorragie per opératoire, ou conversion en laparotomie. Les adhérences ont nécessité une adhésiolyse coelioscopique poursuivie par robotique dès la possibilité de placer les trocarts spécifiques de visu. Le by-pass fut, dans tous les cas, réalisé.

Dans les suites :

une ré-hospitalisation pour fièvre et une occlusion avec hématémèse (Clavien 1) ; un drainage scannographique d'abcès sous-phrénique (Clavien 3a), une reprise pour septicémie sans étiologie trouvée et une sténose anastomotique gastro-jéjunale (reprise J2); 5 sténoses œdémateuses anastomotiques jéjuno-jéjunale (reprise J1 à J7); une hernie interne (reprise J30); une fistule anastomotique jéjuno-jéjunale (reprise J60)(9XClavien 3b). Il n'y a pas de décès.

Le poids moyen était de 107Kg (160Kg - 60 Kg). La durée moyenne de séjour était de 3,03 jours (1 – 34 jours). Le poids moyen à un mois était de 94,89 Kg (148 – 58Kg).

La chirurgie robotique est adaptée en cas de révision. Elle est faisable, reproductible nécessitant. La morbidité est comparable à la coelioscopie, sans morbidité. Des études prospectives doivent confirmer ces résultats.

PC 03

ANALYSE DESCRIPTIVE DES PATIENTS CANDIDATS A UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE AYANT UNE DECISION « A DISCUTER » EN RCP A L'ISSUE DE L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE

A. SCHWANKE, QUILLIOT, P. WITKOWSKI, O. ZIEGLER, N. REIBEL, L. BRUNAUD

Unité : UMCO - CHU Nancy

Introduction :

Le but de l'expertise psychiatrique avant chirurgie bariatrique est d'évaluer les contre-indications et les risques d'une part de décompensation psychologique, c'est à dire de bascule addictive, de rechute de troubles graves du comportement alimentaire et d'autre part de rupture du suivi après l'intervention. Ces risques sont à analyser en fonction du bénéfice somatique attendu. Le psychiatre est donc amené à classer certains patients à risque dans une catégorie particulière « les situations à discuter » en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

L'objectif de cette étude est de décrire et comprendre les déterminants pouvant expliquer cette taxonomie.

Méthodes :

L'auteur a collecté rétrospectivement les données médicales des patients qui ont suivi le « parcours pré chirurgical » entre début 2012 et fin 2015.

Les patients « à discuter » ont été comparés à 328 patients classés comme « favorables ».

Résultats :

79 décisions « à discuter » (6,7%), 5 décisions « défavorables » (0,43%) et 1090 décisions « favorables » (92,8%) ont été enregistrées au cours de cette période.

Le groupe « à discuter » est caractérisé par les éléments suivants : plus d'hommes (48,1% vs 22,3%, $p < 0,001$), plus de troubles addictifs (70,9% vs 50,6%, $p = 0,002$), notamment concernant le tabac (62,0% vs 48,8%, $p = 0,034$), l'alcool (21,5% vs 3,5%, $p < 0,001$) et les drogues (6,3% vs 0,6%, $p = 0,001$), plus d'antécédents de violences directes (35,4% vs 21,7%, $p = 0,005$) ou de divorces (43,0% vs 6,7%, $p = 0,002$) et une prévalence actuelle de binge eating disorder plus élevée (35,4% vs 15,2%, $p < 0,001$).

Une régression logistique a montré que les principaux facteurs prédictifs étaient l'abus d'alcool ou de drogue (OR = 3,49, $p < 0,001$), les antécédents de violences directes (OR = 3,34, $p = 0,002$) et les antécédents de carences affectives (OR = 2,81, $p = 0,003$).

Quant aux conséquences, 48 patients sur 79 « à discuter » ont été opérés à l'issue d'un parcours préparatoire plus long (762 jours en moyenne).

Conclusion :

Le groupe « à discuter » caractérise donc une population à haut risque postopératoire, justifiant cette taxonomie et la discussion en concertation pluridisciplinaire. L'expertise psychiatrique apparaît comme la pierre angulaire de cette concertation, où la balance bénéfice/risque est soigneusement analysée.

Ce travail ouvre de nombreuses perspectives et un recueil longitudinal de l'évolution pondéral de ces patients est envisagé afin de comparer leur devenir et l'efficacité de la chirurgie avec les patients dont l'expertise étaient d'emblée favorables.

PC 04

CRITERES DECISIONNELS INTERVENANT DANS LE CHOIX ENTRE UEN SLEEVE GASTRECTOMIE ET UN BYPASS GASTRIQUE EN Y

BRINAS P, CHALRET DU RIEU M, TUYERAS G, RITZ P, CARRERE N

Unité : Département chirurgie digestive CHU RANGUEIL, TOULOUSE.

Introduction :

La chirurgie est actuellement la méthode la plus efficace dans la prise en charge de l'obésité morbide en termes de perte de poids et de régression des comorbidités. Dans la littérature, la sleeve gastrectomie (SG) et le bypass gastrique en Y (BPG) ont des résultats quasi équivalents, et le choix de l'une ou l'autre ne repose sur aucune recommandation. Le but de cette étude est d'établir des critères décisionnels orientant vers une procédure en fonction du profil de patient.

Méthodes :

Cette étude rétrospective monocentrique inclut les patients opérés entre août 2012 et juin 2017 d'une SG ou d'un BPG. Le succès de la chirurgie, défini par un indice de masse corporel (IMC) <30kg/m² en post opératoire était le critère principal de jugement. L'influence des paramètres sur le succès tels que l'âge, le sexe, l'IMC initial, le lieu de préparation pré opératoire, le type de chirurgie, et la présence de comorbidités était étudiée à 2 et 5 ans. Les critères secondaires de jugement étaient l'évolution de la perte de poids, des comorbidités, de la morbi-mortalité et de la qualité de vie des patients.

Résultats :

Sur un suivi moyen de 39,6 mois, 462 patients ont été inclus avec 11,9% de perdus de vue. La perte d'excès de poids était à 5 ans significativement supérieure dans le groupe BPG (80% contre 66,4%, p=0,01). Le taux de régression des comorbidités était équivalent entre les deux groupes, comme l'amélioration de la qualité de vie. La présence de comorbidités (OR: 2 à 3,51), le sexe masculin (OR:3,68) et l'âge élevé (OR:8,6) avec un risque opératoire faible sont associés à un taux de succès supérieur en cas de BPG devant alors faire privilégier cette procédure. A l'inverse, l'absence de comorbidités, un fort risque opératoire ou une femme jeune orientent vers le choix d'une SG. Étant donné les faibles taux de succès du BPG ou de la SG en cas d'IMC pré opératoire > 45kg/m² (13,8% et 8,7% respectivement) d'autres chirurgies telles que la dérivation bilio-pancréatique en Y ou en Omega sont à envisager chez ces patients en un ou deux temps après sleeve gastrectomie.

Conclusion :

L'analyse de cette cohorte, renforcée par la littérature scientifique a permis l'élaboration d'un diagramme décisionnel simple permettant d'orienter dans le choix entre SG et BPG. Son utilisation en prospectif permettra de juger de sa pertinence par l'amélioration des taux de succès.

PC 11

J'EN AI MARRE ! ABANDON DE PARCOURS PREOPERATOIRE EN CHIRURGIE BARIATRIQUE

PAOLINO L, EPAUD S, MOKHTARI N, LAZZATI A

Unité : CH Intercommunal Créteil

INTRODUCTION :

En France chaque année sont réalisés environ 50.000 procédures de chirurgie bariatrique. La préparation à l'intervention est une étape indispensable de la prise en charge des patients obèses. Néanmoins un certain nombre de patients qui entament cette préparation abandonnent leur suivi avant d'arriver à la chirurgie. L'identification des raisons pour lesquelles les patients interrompent leur parcours est peu analysée à ce jour. Cette étude vise à analyser les causes de rupture de suivi préopératoire, identifier les profils de patients à risque et calculer l'impact économique de l'interruption du suivi.

METHODES :

Il s'agit d'une étude de cohorte incluant tous les patients pris en charge pour une intervention de chirurgie bariatrique entre 2014 et 2018. Les données proviennent du système d'information hospitalier et d'une base de données clinique prospective. Nous avons considéré comme ayant abandonné leur suivi, les patients qui n'ont eu aucune consultation pendant les six derniers mois. Nous avons ensuite soumis un questionnaire téléphonique à un échantillon de patients perdus de vue afin de comprendre les raisons de leur abandon. Une analyse medico-économique des coûts engendrés par ces interruptions de parcours est proposée.

RESULTATS :

Entre 2014 et 2018, 1.353 patients ont entamé un bilan pour chirurgie bariatrique. Le taux d'abandon en phase préopératoire est de 51%. Les patients perdus de vue juste après la première consultation représentent 62% des abandons. Un questionnaire téléphonique a été administré à 117 patients perdus de vue. Parmi les patients interrogés, 38% déclarent avoir interrompu leur parcours pour avoir changé d'avis, 19% évoquent des problèmes de santé et 17% mentionnent une attente trop longue. Etre sans emploi, présenter peu de comorbidités et ne pas fumer semble être associé à un plus fort risque d'abandon ($p < 0.001$). Le coût médian d'un abandon de parcours est de 633 €, ainsi le coût total des abandons de parcours (567 patients) peut être estimé à 358 911 €.

CONCLUSION

La phase pré-opératoire d'une intervention de chirurgie bariatrique est marquée par un taux d'abandon important, notamment au début du suivi. Outre le fait de changer d'avis sur la chirurgie, les problèmes de santé et l'attente sont les principaux motifs d'interruption de parcours. Présenter un stade avancé d'obésité semble augmenter les chances d'opération. Ces abandons représentent un coût non négligeable pour le système de santé.

FRISONI R, ROUSSELLE D, De St ROMAN C, SERRADORI T

Unité : CHR Metz-Thionville

Nous rapportons le cas de Christelle, âgée de 45 ans, candidate à une chirurgie bariatrique dans le cadre d'une obésité sévère (IMC 52) et compliquée d'une Hypertension évoluant depuis 6 ans et d'un diabète de type 2 depuis 3 ans.

Dans les suites de la consultation chirurgicale, mise de place la prise en charge sur le plan diététique et psychologique d'évolution favorable avec un bilan de retentissement réalisé dans un second temps.

Le bilan retrouve un syndrome d'apnée du sommeil justifiant d'un appareillage, un diabète connu au préalable et équilibré sous bithérapie orale par Metformine et sulfamide avec une HbA1c à 7%, une HTA équilibrée au prix d'une trithérapie... Par ailleurs, mise en évidence au scanner abdominal d'un incidentalome surrénalien de 23 mm à D.

Cet adénome fera l'objet d'exploration hormonal, avec un cortisol sous freinage minute adapté, un rapport aldostérone/rénine adapté et des dérivés méthoxylés urinaires limites pour la normétanéphrine sur le 1er dosage avec taux à 2 fois la normale. Contrôles à nouveau réalisés qui retrouvent un taux limite supérieur à 1.4 puis 1.1 fois la normale. Par ailleurs, dosage de la Chromogranine A strictement normal.

Dossier qui sera discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire de chirurgie bariatrique. Pas de réserve émise quant la prise en charge diétético-psychologique. Par contre, discussion vis-à-vis de la lésion surrénalienne. Malgré des taux non significativement élevés de normétanéphrine mais systématiques, décision d'exploration complémentaire en l'occurrence d'un DOPA PET qui retrouve une fixation surrénalienne D en faveur d'un phéochromocytome.

Par conséquent, une chirurgie surrénalienne par robot assisté sera donc retenue sera retenue en 1ère intention. Pic hypertensif présenté au moment du clampage et phéochromocytome confirmé en anatomopathologie. Les suites seront marquées par l'arrêt des 3 traitements antihypertenseur et simplification du traitement à visée diabétologique par Metformine. La patiente bénéficiera 4 mois après de son by pass. Par la suite, prise en charge d'évolution favorable sur le plan nutritionnel, endocrinologique et diabétologique.

L'évaluation pluridisciplinaire en RCP en présence des différents intervenants de la prise en charge de l'obésité s'avère un critère de qualité. L'obésité reste un diagnostic d'élimination des différentes comorbidités et de ce fait la prise en charge d'obésités complexes et multi-compliquées justifie d'une prise en charge médicale spécialisée. Et ce notamment, dans l'éventualité ultérieure de validation métabolique pour des IMC inférieure à 35 ...

PC 34

RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DE LA CHIRURGIE GRACE AU NUMERIQUE

COUROUBLE AG

Unité : Ligue Contre l'Obésité

L'accompagnement psychologique de la chirurgie bariatrique est aujourd'hui

- **sous-investi** par les patients: ils n'en voient pas l'intérêt et abandonnent le suivi post-opératoire
- **peu spécialisé**: pas de formation universitaire ni privée sur la prise en charge psychologique de la chirurgie bariatrique, peu de psychologues réellement spécialisés
- **peu disponible**: des délais de consultation trop éloignés qui ne permettent pas de préparation synchronisée diététique/psychologique

Ce qui engendre un taux d'échec important sur le long terme. Aujourd'hui la solution numérique permet-elle de palier à ces manques et renforcer la préparation, l'évaluation et le suivi des patients opérés ?

Matériels et méthodes :

En lieu et place d'un accompagnement traditionnel par consultations en cabinet libéral, mise en place d'un programme d'accompagnement en ligne disponible 24h/24 pendant 3 ans à partir de l'inscription du patient combinant 40 séquences vidéos thématiques, 36 télé-consultations mensuelles de groupe en live pour réponses aux questions en direct, une communauté privée sur un réseau social, une ou plusieurs télé-consultations individuelles.

pré-requis pour le parcours numérique: maîtriser la langue française et l'utilisation d'une messagerie

Résultats 2019:

Sur 137 demandes de prise en charge de patients, 74,5% (102) patients inscrits au programme en ligne versus 25,5% (35) pris en charge en libéral classique

Patients inscrits au programme numérique:

- 81,4% (83) femmes, 18,6% hommes (19)
- âge moyen: 43 ans
- De 1 à 6 télé-consultations individuelles par patient

79 évaluations réalisées (23 sont encore en cours): 67 accords pour la chirurgie, 9 détections de TCA non stabilisées et 3 situations à risques donnant lieu à une prise en charge complémentaire

Taux de satisfaction des patients: 87% très satisfaits, 10% satisfaits, 3% pas du tout satisfaits

2 demandes de remboursement/ 1 demande de conversion en accompagnement physique / 5 décisions de ne plus se faire opérer / 3 demandes de psychothérapie complémentaires

Mise en place d'une dynamique de groupe avec les réseaux sociaux et des rencontres physiques semestrielles.

Conclusion :

Pas de demande initiale du patient pour un accompagnement psychologique de la chirurgie bariatrique. Nécessité d'orientation par un prescripteur à haute autorité (le chirurgien) pour que le patient s'investisse.

Mais une fois le parcours démarré,

- Une détection des risques identique grâce aux télé-consultations individuelles.
- Un investissement personnel du patient de meilleure qualité grâce à une meilleure alliance thérapeutique.
- Un accompagnement d'une plus longue durée (3 ans) avec une grande disponibilité du psychologue (réponse aux questions en direct chaque mois)

*E.GUILBERT, F.PATTOU, R.CAIAZZO, G.BAUD, H.VERKINDT, P.NESSLANY, N.OUKHOUYA
DAOUD*

Unité : Service de Chirurgie générale et endocrinienne, CHU Lille

Introduction :

La promotion de l'activité physique (AP) régulière est un des piliers des programmes d'éducation thérapeutique de préparation à la chirurgie bariatrique. Les patients concernés peuvent présenter un faible niveau en activité physique ainsi que des difficultés à s'initier à celle-ci. Identifier les freins à la mise en place de ces changements fait partie du processus éducatif. Les entretiens motivationnels ont fait leur preuve dans ce domaine.

Méthodes :

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de dix patients en parcours préopératoire d'une chirurgie bariatrique au cours de l'année 2019. Ces entretiens ont été réalisés trois fois chez ces patients, soit en début, milieu et fin de parcours. En parallèle, nous avons également soumis aux patients un questionnaire portant sur les croyances concernant l'AP (PEBQ), leur pratique d'AP (IPAQ) et leur sentiment d'efficacité personnelle (SEPOB). Une balance décisionnelle leur a été proposée pour repérer les freins et leviers limitant la pratique d'une AP régulière.

Résultats :

Les résultats mettaient en évidence que les contraintes perçues étaient les difficultés à se mouvoir, le manque de temps ainsi que la gêne au regard des autres. Tous les patients partageaient une volonté de prise en charge globale de l'AP mais avouaient se heurter à un manque de motivation. Les facteurs favorisant à adhérer à une AP régulière étaient de ressentir les bénéfices attendus, de prendre du plaisir à bouger selon leurs besoins et leurs capacités puis de pouvoir intégrer un programme adapté et plaisant dans le but de maintenir ces bénéfices sur le long terme en post-opératoire. La mise en place de ces entretiens motivationnels a permis de lever progressivement les freins à l'AP auprès de ces 10 patients. On retrouvait alors une avancée significative de la motivation à la pratique d'une AP en recherchant une amélioration de la qualité de vie, une perte de poids et son maintien. L'adhésion à un programme en AP adaptée était également améliorée.

Conclusion :

La mise en place d'entretiens motivationnels à différentes étapes du parcours préopératoire avant chirurgie bariatrique est bénéfique pour la mise en place d'une AP régulière chez les patients obèses. L'intégration plus systématique de ces entretiens motivationnels pourrait permettre d'améliorer l'adhésion des patients aux changements nécessaires en post opératoire.

Dr ABOU-MRAD Adel, KUPEARS Cyrille, Dr CAIAZZO Robert

Unité : CHR d'ORLEANS / service de chirurgie digestive endocrinienne et thoracique

Introduction :

Le gastric bypass en Y avec assistance robotique (RYGB- R) a prouvé sa faisabilité et son efficacité à court terme et connaît un essor en France parallèle au développement de la chirurgie robotique dans notre pays. La littérature scientifique rapporte peu l'évolution et les complications de cette procédure à moyen terme (> 2 ans).

But de l'étude :

Evaluer la morbi-mortalité opératoire et à moyen terme ainsi que la perte de poids du RYGB-R.

Méthodes :

Nous avons inclus les patients ayant eu un RYGB-R en 2015 dans un centre expert en chirurgie bariatrique et robotique. La technique robotique est une adaptation de la technique décrite par LONROTH. Les anastomoses se font manuellement au fil cranté Veloc° 3/0 résorbable. Les variables continues ont été exprimées sous la forme de la moyenne (minimum – maximum). Les complications ont été classées selon Clavien.

Résultats :

Quatre-vingts patients ont été inclus dans notre étude (sex ratio 1 : 8, âge 40,5 ans (20 – 62)). Le taux de suivi à 4 ans était de 82 %. Le poids et l'IMC avant l'intervention étaient respectivement de 124 (min – max) et 45,5 (36,3 – 65,2). L'intervention a dû être réalisée par laparotomie chez une patiente présentant un méga-dolicho-colon et une autre a été compliquée d'un agrafage de la sonde gastrique. Il n'y a eu aucun décès ni fistule. Deux reprises chirurgicales ont été nécessaires respectivement à J4 pour sténose de l'anastomose et à J30 pour hernie interne de Petersen (Clavien 3). Trois autres complications, Clavien 2, sont survenues : une rectorragie à J14, une anémie (J30) et une pneumopathie (J2). La perte de poids était maximale à 1 an de l'intervention (-33,3 kg (14min – 60max) ; IMC moyenne 33,27; et à 4 ans (-40,61 kg (0min – 69max) ; IMC moyen 30,32. Quatre patients ont présenté une reprise significative de poids et ont été réopérés pour une recoupe de poche gastrique à 3 – 4 ans du RYGB-R.

9 patients avaient des antécédents de pose d'anneau gastrique dont trois étaient en échec de perte pondérale. 4 patients de ce groupe sont perdus de vue pour le suivi.

Conclusion :

Le RYGB – R offre une perte pondérale à 4 ans similaire à celle rapportée dans la littérature pour la procédure coelioscopique. Le risque de complication est faible sous réserve d'un suivi médical régulier. Des études prospectives comparatives doivent être mises en place pour confirmer ces résultats.

IGNAT M, KADOCHÉ D, ANSIAUX J, D'URSO A, MORAINVILLERS SIGWALT L, VIX M, MUTTER D

Unité : IHU de Strasbourg, CHU de Strasbourg, Service de chirurgie digestive et endocrinienne

Introduction

L'ambulatoire est occasionnellement proposé pour la Sleeve, mais plus rarement pour le Bypass gastrique en Y (RYGB), cette intervention étant considérée comme plus à risque. Cette étude évalue un parcours-patients innovant, qui sécurise la prise en charge.

Méthodes

Les points essentiels du parcours bariatrique ambulatoire sont : l'éducation des patients, un programme de réhabilitation améliorée après chirurgie, la programmation opératoire en première position, un protocole de suivi à domicile 2x par jour pendant 5 jours (date classique de survenue des complications), la formalisation de la transmission d'information auprès des chirurgiens, l'anticipation et l'organisation de la prise en charge d'éventuelles complications. L'évaluation du parcours porte sur le taux d'évènements imprévus et des questionnaires de satisfaction (scores insuffisant-suffisant-bon-excellent).

Résultats

Dix patients ont bénéficié d'un RYGB, avec un âge moyen de 35,7 ans (20 – 55), un ratio homme/femme de 2/8, un score ASA 1 ou 2 (1, respectivement 9 patients) et une moyenne de 1,7 comorbidités par patient. L'IMC initial était de 43,9 +/- 6,9 et l'IMC préopératoire de 39,5 +/- 4,7. Le parcours ambulatoire était sans évènement imprévu chez 5 patients (50%). Nous avons observé 3 échecs (fin d'intervention tardive, douleur, difficulté de réveil) et 2 consultations non programmées (tachycardie, douleur abdominale). La durée moyenne de séjour a été 0,85 jours (0,5 - 2 jours). Le score de ressenti global (noté par 9 patients) était « excellent », « bon », « suffisant » chez respectivement 5, 2, 2 patients. Le bien-être physique était « excellent », « bon », « suffisant » chez respectivement 5, 2, 2 patients. Le bien être psychologique était « excellent », « bon » chez respectivement 8, 1 patients, le sentiment de sécurité et la prise en charge par l'infirmière à domicile étaient « excellent », « bon » chez respectivement 7 et 2 patients. La prise en charge de la douleur était « excellent », « bon » chez respectivement 2, 7 patients. La communication entre l'infirmière et le chirurgien était « excellent », « bon », « suffisant » chez respectivement 4, 3, 2 patients. Il n'y avait aucun score « insuffisant ».

Conclusion

La réalisation du RYGB apparaît faisable en ambulatoire. Ça implique une organisation spécifique du bloc opératoire, avec une intervention tôt dans le planning, une surveillance à domicile innovante, un référent médical joignable en permanence. Elle semble très avantageuse en termes de DMS et de satisfaction des patients.

6- RESULTATS A LONG TERME (> 5 ANS)

PC 05

EFFETS DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE SUR LE PRONOSTIC OBSTETRICAL DANS UNE MATERNITE DE NIVEAU 2B, ANALYSE RETROSPECTIVE

DR WAFO E, DR CORTES A, MAILLET C

Unité : Interne en DES de Gynécologie Obstétrique

Introduction :

L'obésité est un problème de santé publique majeur dans les pays développés. Les femmes enceintes obèses sont exposées à un risque plus important de développer des pathologies obstétricales telles que l'hypertension gravidique, le diabète gestationnel et la pré éclampsie. Elles présentent également un risque plus important d'être déclenchées ou bien d'accoucher par césarienne. La chirurgie bariatrique permet une prise en charge efficace de l'obésité. La prise en charge des patientes enceintes ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique est une problématique récente qui soulève beaucoup d'interrogations. La perte de poids permise par la chirurgie bariatrique semble permettre à ces patientes de diminuer les risques liés à l'obésité.

Méthode :

Il a été réalisé une analyse rétrospective monocentrique de 45 accouchements de patientes ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique. Les dossiers de ses patientes ont ensuite été comparés à une population de 47 patientes obèses ayant accouché à l'hôpital de Marne-la-Vallée.

Résultats :

Grâce à une perte de poids significative (43,1 en moyenne avant chirurgie VS 31 en début de grossesse) , les patientes opérées ont un risque de macrosomie fœtale moins important (OR 0,208 [IC : 0,06-0,68]), ainsi qu'un risque de diabète gestationnel moins important (OR 0,37 [IC 0,14; 0,95]) comparé à une population témoin de patientes obèses ayant accouché à Marne-la-Vallée. Les patientes ayant été opérées présentaient également un risque moins important de déclenchement (0.26 (IC 0.09-0.71) et de césarienne (OR : 0.32(IC: 0.11-0.88)).

Conclusion :

La réalisation d'une chirurgie bariatrique chez des patientes obèses a permis grâce à une perte de poids important de diminuer la sur morbidité induite par de l'obésité durant la grossesse.

PC 13

LE BY-PASS GASTRIQUE EN OMEGA : RESULTATS A 15 ANS

SOPRANI A, CADY J

Unité : Clinique Geoffroy saint Hilaire

Introduction :

Pendant plus de 15 ans, le By-pass Gastrique en Oméga (BPGO) a été réalisé en France. Plusieurs interrogations subsistent concernant cette technique : le risque de carence et de dénutrition et les conséquences du reflux biliaire. Le but de cette analyse rétrospective est de décrire les résultats du BPGO à 15 ans.

Méthode :

Entre 2005 et 2016, 3 402 BPGO ont été réalisés dans le même centre. 187 patients ont été opérés en 2005 et 2006. Dans cette cohorte, 95 (51%) ont été perdus de vue. La morbi-mortalité et l'efficacité du BPGO à 15 ans ont été analysés.

Résultats :

Sur les 187 premiers BPGO réalisés, 78 patients (42%) avaient comme antécédent la pose d'un anneau gastrique. Quarante-vingt patients (43%) avaient un IMC > 50 kg/m² avant le BPGO et respectivement 16%, 28% et 13% présentaient comme comorbidité un diabète, une hypertension et un syndrome d'apnée du sommeil. Six patients (3%) ont été réopérés dans les 30 jours pour fistule, occlusion, ou complication hémorragique, avec une mortalité nulle. Vingt patients ont manifesté secondairement un reflux biliaire (11%) ayant nécessité une conversion en by-pass en Y pour la moitié d'entre eux. Le délai d'apparition du reflux était en moyenne de 22 mois ± 12 (5-40). Dix-huit patients (10%) ont développé un ulcère anastomotique. Six patients (3%) ont été ré-hospitalisés pour dénutrition sévère. Cinq patients (2,7%) ont développé une anémie sévère avec transfusion et 19 patients ont reçu des perfusions de fer au cours de leur suivi. Dans cette cohorte, 43% ont conservé une perte d'excès de poids > 80% et 31% étaient considérés en échec (PEP < 50%). Pour les 91 patients suivis à 15 ans, la moitié a conservé une perte d'excès de poids > 80% et 25% étaient en échec. Sur ces 91 patients, 27 étaient diabétiques et la moitié reste toujours en rémission à 15 ans. Dans cette série, ni l'IMC initial > 60 kg/m², ni l'antécédent d'anneau, ni la précarité n'ont été identifiés comme facteurs de risque d'échec.

Conclusion :

Le BPGO est une intervention sûre avec un taux de complication post-opératoire (<30 jrs) faible. Aucun cas de cancer gastrique ou de l'œsophage lié au reflux biliaire n'a été répertorié dans cette série bien qu'il s'agisse de la complication la plus fréquente. Les résultats sur la perte d'excès de poids à 15 ans sont excellents mais la moitié des patients a été perdu de vue.

PC 29

GASTROPLASTIE AVEC PLICATURE PARTIELLE DE L'ESTOMAC ET SUIVI IMPORTANT PSYCHOLOGIQUE : EXPERIENCE DE 1326 CAS SUR 24 ANS, FAUT-IL PRATIQUER MALGRE TOUT ENCORE DES SLEEVES ET BYPASS (EN Y) ?

LE GOFF JEAN YVES

Unité : Clinique Trocadéro Paris & Hôpital Privé de Seine Saint Denis

Introduction :

But: comparer résultats de GASTROPLASTIE avec PLICATURE Partielle Estomac (GPPE) à ceux du sleeve et bypass sur amaigrissement, morbidité, mortalité.

GPPE: recul 24 ans de Mars 1996 à Février 2020

Méthode :

Réversible, non invasive, modulable.

- GPPE . Anneau voie rétro-gastrique , libération grosse tubérosité gastrique

Fixation anneau points gastrique musculo-œsophagien, valve antérieure 7points . Plicature partielle estomac, réduit cavité gastrique sous anneau. Face, antérieure, bas œsophage, totalement dépouillée graisse, branches vasculaires , nerveuses du

pneumogastrique gauche : évacuation gastrique ralentie.

- Valve antérieure stimule centres satiété paroi de l'œsophage. Cure de reflux très fréquent.

Prise en charge pluridisciplinaire médico-chirurgicale nutritionniste, psychiatre-psychoanalyste, insistant sur facteurs psychologiques , sport.

- Gonflages, dégonflages par chirurgien en radiologie, jugeant fonctionnement anneau, décroissance poids , adaptation , acceptation anneau (en fonction perte de poids).

Résultats :

1326 patients BMI moyen 43,2

- 9,72 hommes pour 100.

- extrêmes BMI: 35 versus 59.

- Moyenne d'âge 34,8 ans extrêmes 15 - 69 ans

PERTE D'EXCES DE POIDS MOYEN

-18 mois 67,2%

-5 ans 65,7% sur 1288 patients

-10 ans 61,3% sur 830 patients

-12 ans 100% pour 275 patients

-15 ans 59,95% pour 589 patients

-Reprises changement d'anneau pour dilatation : RESULTAT IDENTIQUE sur amaigrissement à 5 ans.

MORTALITE OPERATOIRE = 0++

MORBIDITE POST-OP FAIBLE

- 4 embolies pulmonaires faible gravité
- 5 phlébites

Totalement régressives

- 9 réinterventions à J2 pour hémopéritoine suites simples et J4, J6, J7, J9, J14, J17, J19, J20 ablation anneau pour infection : 5 sutures œsophagiennes, 2 gastrectomies totales, 1 pancréatite aiguë
- 62 incidents boîtier
- Changement anneau : 5 hernies chambre et 4 fuites sur anneau.
- 1 ablation d'anneau pour intolérance psychologique.
- Érosion gastrique : 20 érosions gastrique avec ablation anneau 3 précoces à 40, 45, 55 jours.
- Dilatation gastrique : 26 malades (10 anneaux opérés ailleurs) réintervention, anneau au dessus dilatation.
- 1 sténose œsophagienne imposant ablation anneau ,.

Conclusion:

GPPE: morbidité très acceptable , mortalité=0, très inférieures à Sleeve , Bypass

Amaigrissement équivalent à court, moyen , long terme, (voire meilleur) sans carences , qualité de vie bien supérieure.

Dilatations très nettement diminuées .

Satiété très importante. Importance: prise en charge psychologique , moins agressif possible.

Suivi prépost opératoire aussi importants qu'acte chirurgical , gonflages maintenant lien.

GPPE, morbidité très faible, mortalité= 0, résultats amaigrissement court, moyen , long terme , sur qualité de vie, avec recul 24 ans, comparés à sleeve , bypass.

GPPE réelle alternative obèses quelque soit IMC.

7- COMPLICATIONS POST-CHIRURGICALES

PC 08

FACTEURS DE RISQUE ET CONSEQUENCES DE LA DECISION PEROPERATOIRE DE REALISATION D'UNE SLEEVE DE NECESSITE A LA PLACE D'UN GASTRIC BYPASS EN Y. RESULTATS D'UNE ETUDE CAS-TEMOINS

A. LEE-BION, H.MEUNIER, Y. LE ROUX, J-J PARIENTI, Y.MARION, A.VALLOIS, B.MENACHEM, A.ALVES

Unité : CHU de Caen

Introduction :

La Sleeve est probablement une intervention moins morbide que le Gastric Bypass en Y (RYGBP).

L'objectif est d'évaluer les facteurs de risque de réaliser une Sleeve Gastrectomy (SG) "de nécessité", d'en analyser les causes et le taux de complications et d'évaluer les résultats à moyen terme, en les comparant avec une population ayant eu un RYGBP.

Matériel et méthodes :

L'étude des facteurs de risque a été réalisée en uni et multivarié. La comparaison avec une population de RYGBP a été faite grâce à une étude cas-témoin appariés en 1 pour 1 selon les facteurs de risque retrouvés.

Résultats :

77 patients ont eu une SG "de nécessité" pour : hépatomégalie, tension estimée trop importante sur l'anastomose, manque d'espace, adhérences, situs inversus. Les facteurs de risque étaient en analyse multivariée : sexe masculin, BMI, score ASA, apnée du sommeil, anticoagulation, antécédent de laparotomie. Après appariement sur l'âge et ces facteurs en 1 pour 1 sur la série des 1083 RYGBP de notre service, le taux de complications majeures (Dindo > 3) à 90 jours était significativement plus faible dans le groupe SG ($p=0.0114$). Par ailleurs, les taux de complications tardives, la perte d'excès de poids (PEP) ainsi que la guérison des comorbidités liées à l'obésité n'était pas différente entre les 2 groupes.

Conclusion :

La réalisation d'une SG « de nécessité » est une attitude plus sûre et qui montre des résultats à moyen terme similaires au RYGBP en termes de PEP et de guérison des comorbidités, chez des patients à haut risque de complications.

PC 12

LA PLICATURE GASTRIQUE VERTICALE (PGV), COMME ALTERNATIVE A LA SLEEVE GASTRECTOMIE (SG) CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT D'OBESITE MORBIDE ET DE REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN (RGO)

CHOUILLARD E, D'ALESSANDRO A, DIRANI M, DE SIMONE B, GUMBS A, CARTILLONE MC
CHAHINE E

Unité : Centre Hospitalier de POISSY-SANT-GERMAIN

Introduction :

La plicature gastrique verticale (PGV) est une alternative à la sleeve gastrectomy (SG) chez les obèses de plus de 35 kg/m². Ses avantages comportent un taux de fistule très réduit, l'absence de dispositif implantable, la préservation du circuit alimentaire et l'absence de résection. Nous avons proposé une variante de la PGV comprenant une fundoplicature complète (nPGV) chez certains patients obèses souffrant de reflux gastro-œsophagien (RGO) dans le cadre d'une étude prospective, cas-témoins avec des patients ayant eu une SG dans le même contexte. Tous les patients avaient une fermeture hiatale.

Méthodes :

De janvier 2016 à décembre 2018, 46 patients avaient eu une nPGV (groupe I). 298 patients ont eu une SG avec réparation hiatale, dont 92 (groupe II) ont été appariés rétrospectivement aux patients du groupe I (âge, sexe, IMC). Le principal critère d'évaluation était la morbi-mortalité. Les critères secondaires comprenaient le temps opératoire, la durée d'hospitalisation, le coût et la perte de poids le résultat des comorbidités à 6 et 12 mois.

Résultats :

Aucune mortalité n'a été observée. Un patient de chaque groupe a eu des saignements postopératoires (transfusion). La morbidité globale (tout type / Dindo-Clavien) était de 10.8 % dans le groupe I et de 5.4 % dans le groupe II ($p = 0,4$). Une fistule s'est produite chez un patient du groupe II. Le temps opératoire moyen était de 91,5 min dans le groupe I et de 81 min dans le groupe II ($p = 0,104$). La durée moyenne d'hospitalisation était de 1,4 jours dans le groupe I et de 1,2 jours dans le groupe II ($p = 0,614$). Le coût moyen total en salle d'opération était de 3736 euros pour le groupe I contre 5842 euros pour le groupe II ($p < 0,001$). À 12 mois, la perte de l'excès de poids moyenne était de 62,5% dans le groupe I et de 71,3% dans le groupe II ($p = 0,41$). Le contrôle clinique, endoscopique et radiologique du RGO était satisfaisant dans les deux groupes.

Conclusion :

La nPGV est une option sûre et faisable pour les patients souffrant d'obésité (IMC < 40 kg/m²). La nPGV est associée à une perte de poids similaire à la SG à 12 mois, à un contrôle identique du RGO et surtout à une meilleure efficacité, économisant plus de 3000 euros par procédure. Des études comparatives supplémentaires avec des données de suivi à plus long terme sont nécessaires.

PC 17

100 COURT CIRCUITS GASTRIQUES PAR COELIOSCOPIE AVEC ROBOT ASSISTANCE : CE QUE NOUS AVONS APPRIS

P BLANC, C BRETON

Unité : Clinique Chirurgicale Mutualiste

Introduction

Les publications récentes montrent que la chirurgie bariatrique robotique vidéo-assistée a les mêmes résultats que la chirurgie bariatrique laparoscopique. Nous rapportons la mise en place de cette technique dans un centre expert en chirurgie bariatrique par laparoscopie et ce que nous avons appris après les 100 premières procédures.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle monocentrique menée entre septembre 2017 et décembre 2019.

Résultats

De septembre 2017 à décembre 2019, 100 procédures robotiques ont été réalisées (La durée opératoire a été en moyenne de 153 minutes). Il y avait 25 chirurgies de révision. 80% était des femmes, l'IMC moyen était de 41 kg/m². Il y a eu 12 complications postopératoires (6 sténoses anastomotiques, 4 occlusions, 1 biliome, 6 hémorragies). Il y eu 8 réinterventions précoces. Il n'y a eu aucun décès. 80% des complications sont apparues pendant la période d'apprentissage. Nous avons rencontré des difficultés pour l'exposition du cardia, la dissection gastrique et la mesure de l'intestin grêle pour lesquelles nous avons trouvé des solutions.

Conclusion

La chirurgie bariatrique avec robot assistance permet de faire une chirurgie en toute sécurité. Les complications sont celles d'un CCGY par coelioscopie. Il faut éviter les chirurgies de révision pendant la période d'apprentissage.

PC 25

EVALUATION DES POSTURES DE TRAVAIL LORS DE LA REALISATION D'UN COURT-CIRCUIT GASTRIQUE AVEC ANSE EN Y : LAPAROSCOPIE 2D VS LAPAROSCOPIE AVEC ROBOT-ASSISTANCE

U CHEVALIER, C BRETON, P BLANC

Unité : Clinique Chirurgicale Mutualiste

Introduction

Nous avons évalué cette ergonomie lors de la réalisation d'un court-circuit gastrique avec anse en Y en comparant la laparoscopie 2D et la laparoscopie robot-assistée.

Méthodes

Il s'agit d'une étude prospective non randomisée dans l'intention de traiter. Les court-circuits gastriques avec anse en Y (CCGY) ont été réalisés par deux chirurgiens bariatriques séniors. Cette étude a été faite après la période d'apprentissage (plus de 200 CCGY par laparoscopie, plus 30 procédures robot-assistées). Le choix entre laparoscopie 2D (L2D) et laparoscopie robot-assistée (LRA) a été fait en fonction de la disponibilité du robot. Les techniques étaient comparables pour les deux opérateurs. Les anastomoses étaient mécaniques en laparoscopie et manuelles par robot-assistance. L'analyse a été faite avec 3 méthodes : EVA (douleur), RULA (La méthode RULA (Rapid Upper Limb Assessment) a été conçue pour permettre le dépistage du risque d'apparition de troubles musculosquelettiques sur les membres supérieurs).et NASA-Tlx (Le NASA Tlx est une méthode multidimensionnelle qui permet l'évaluation subjective de la charge de travail globale).

Résultats

De septembre 2018 à septembre 2019 ont été comparées 46 procédures : 31 L2D, 15 LRA. Il y avait 29 femmes, 17 hommes. L'âge moyen était de 38 ans pour les L2D (23 à 59) et de 44.5 ans pour les LRA (34 à 54). L'IMC moyen était de 43.1 Kg/m² (37 à 50) pour les L2A et de 39.8 Kg/m² (35 à 46) pour les LRA. Les indications se faisaient selon les recommandations de l'H.A.S.. Le patient participait au choix de la chirurgie. La durée opératoire moyenne a été de 98 minutes pour les L2D (85 à 130) et de 156 minutes pour les LRA (120 à 180). Cette différence était significative. Les suites opératoires ont toutes été simples. La grille RULA n'a pas révélée de différence entre les deux voies d'abord. l'EVA globale a été de 1.29 points pour les L2A, de 0.93 pour les LRA. L'EVA cervicale a été de 0.93 pour les L2A et de 0.67 pour les LRA. La grille NASA-Tlx a retrouvée des efforts et une frustration plus importante avec la L2A.

Conclusion

L'ergonomie apportée par le robot permet de diminuer les douleurs articulaires du chirurgien. C'est pourquoi, nous privilégions la laparoscopie avec robotassistance en chirurgie bariatrique.

PC 45

INTERET DE LA GASTROSCOPIE PEROPERATOIRE SYSTEMATIQUE EN CHIRURGIE BARIATRIQUE : ETUDE PILOTE

LASSEUR A, PELASCINI E, PASQUER A, PERINEL J, ADHAM M, PONCET G, ROBERT M

Unité : Département de chirurgie digestive et bariatrique, Hôpital Edouard Herriot, Lyon

Introduction :

La croissance du nombre d'interventions bariatriques engendre l'augmentation proportionnelle du nombre de complications et de procédures de révision. L'endoscopie haute permet le diagnostic puis le traitement de la plupart des complications, et a permis une réduction du nombre de réinterventions. L'endoscopie peropératoire est largement utilisée par des chirurgiens formés, en Amérique du Nord et ailleurs. La littérature actuelle semble montrer que l'endoscopie peropératoire systématique est un atout pour guider les gestes notamment en cas de procédures complexes et limiter leurs complications. Le but de notre étude était d'évaluer l'intérêt de l'endoscopie peropératoire systématique afin de diminuer les risques opératoires.

Méthodes

Les patients opérés d'une chirurgie bariatrique standard ou complexe et bénéficiant d'une endoscopie peropératoire ont été inclus de façon prospective. Après chaque endoscopie, un score d'utilité globale basé sur 11 items et 4 choix de réponses (Non applicable : 0, Inutile : -1, Utile : +1, Indispensable : +2) a été défini selon les attentes communes des chirurgiens bariatriques (items 1 à 11). Des scores plus spécifiques d'évaluation des difficultés techniques et le score de dépistage des complications ou malfaçons techniques ont été établis. Si un des scores est > 0, l'endoscopie peropératoire est considérée utile. Si au moins 50% des endoscopies réalisées au cours de l'étude sont jugées utiles, l'intérêt de l'endoscopie peropératoire systématique sera confirmé.

Résultats

Entre septembre 2019 et janvier 2020, 21 patients ont été inclus dans l'étude. Pour plus de 50% cas, il s'agissait d'une chirurgie de recours (n= 11). Les interventions réalisées étaient variées avec plus de 14 gestes différents (SADI, démontage de bypass en Y, conversion de gastroplastie par anneau modulable...). L'IMC médian était de 39 kg.m⁻² (18.7 - 57.7) La durée médiane de la gastroscopie peropératoire était de 15 minutes (8 - 40). Deux patients ont présenté des complications à 30 jours (1 complication médicale et 1 complication chirurgicale). Le score médian d'évaluation de l'utilité de la gastroscopie en cas de difficulté technique était de 0/14, celui concernant le dépistage des malfaçons ou complications était de 3/8, celui de l'évaluation globale de l'utilité de la gastroscopie systématique était de 3/22. Chez 95% des patients, un des scores était positif, et l'endoscopie a donc été considérée utile.

Conclusion

Notre étude pilote semble montrer que la gastroscopie peropératoire systématique en chirurgie bariatrique est utile afin d'améliorer la sécurité des techniques chirurgicales, en diminuant les risques de malfaçon.

9- ETUDE CLINIQUE PROSPECTIVE

PC 14

MODIFICATION DE LA DENSITE MINERALE OSSEUSE SURFACIQUE ET VOLUMIQUE EVALUEE PAR DXA APRES UNE SLEEVE GASTRECTOMIE

MAÏMOUN L, LEFEBVRE P, HUMBERT L, JAUSSENT A, DELOZE M, PUECH M, VAUCHOT F, RENARD E, MARIANO-GOULART D, NOCCA D

Unité : *Physiologie et Médecine Expérimentale du Cœur et des Muscles - INSERM - U1046, Université Montpellier, Département de Médecine Nucléaire, CHRU Montpellier*

Introduction :

L'évaluation du retentissement osseux de la chirurgie bariatrique (CB) repose actuellement sur la mesure de la densité minérale osseuse (DMO; g/cm²) évaluée par absorptiométrie biphotonique à rayon-X (DXA). Cependant, cette technique présente certaines limites comme la mesure de la DMO surfacique (DMOs) et l'incapacité à différencier les zones trabéculaires et corticales. Récemment un logiciel de reconstruction 3D (3D-Shaper®; Galgo Medical, Barcelone, Espagne) a été développé pour pallier à ces manques. Il permet de mesurer, au niveau du fémur, les DMO volumique (g/cm³) intégrale (DMOv), corticales (DMOvc) et trabéculaires (DMOvt), ainsi que l'épaisseur corticale moyenne (CTh).

L'objectif de cette étude est d'évaluer, chez des patients obèses, les variations de DMO surfacique, ainsi que les variations de DMO volumique après une sleeve gastrectomie (SG).

Patients et Méthodes:

La DMO surfacique a été déterminée au niveau de la colonne lombaire et du fémur par DXA (Hologic 4500A) chez 29 patients obèses (24 femmes, 82,8% ; âge 41,4 ± 15,1 ans ; poids 112,8 ± 14,1 kg; IMC : 42,0 ± 4,5 kg/m²). Une analyse de la DMO volumique a été réalisée au niveau du fémur par le logiciel 3D-Shaper®. L'ensemble de ces mesures ont été effectuées juste avant la SG et après 12 mois.

Résultats:

Après 12 mois, la perte moyenne de poids et d'IMC était respectivement de -32,1 ± 10,4 kg et de -11,8 ± 3,15 kg/m². Une diminution significative de la DMOs était observée au niveau du fémur (-7,9 ± 4,3%; p<0.001) mais pas au niveau des vertèbres lombaires (+1,23 ± 4,6% ; p=0.160). Une diminution significative (p<0.001) était également observée pour les paramètres 3D: DMOv (-9,0 ± 5,4%), DMOvc (-4,1 ± 5,2%) et DMOvt (-10,6 ± 6,6%). A l'opposé, aucune variation de la CTh n'était mise en évidence.

Conclusion:

Cette étude montre que la SG va conduire à une réduction de la DMOs uniquement au niveau du fémur. Cette perte de DMOs très localisée pourrait être en partie due à la perte pondérale qui va réduire les contraintes mécaniques appliquées aux membres inférieurs. Outre l'aspect quantitatif, l'analyse 3D montre que cette perte de DMOv se fait préférentiellement au niveau de la zone trabéculaire du fémur. Il reste néanmoins à déterminer si la spécificité de cette perte osseuse pourrait avoir des conséquences à long terme sur la résistance mécanique du fémur.

PC 32

QUALITE DE VIE 3 ANS APRES UNE SLEEVE GASTRECTOMIE OU UN BYPASS GASTRIQUE

CATHELIN JM, COHEN R, PORTAL JJ, BENDACHA Y, EL KHOURY L, DBOUK R, ROMERO R, VICAUT E

Unité : Centre Hospitalier de Saint-Denis

Introduction :

La chirurgie de l'obésité entraîne une perte de poids durable et l'amélioration des comorbidités liées à l'obésité. Peu de données sont disponibles sur la qualité de vie obtenue à distance de l'intervention. Notre objectif a été d'évaluer l'amélioration de la qualité de vie et les différences constatées entre sleeve gastrectomie laparoscopique (SGL) et bypass gastrique en Y laparoscopique (BPGYL) 36 mois après l'intervention.

Méthodes :

Le questionnaire « Medical Outcome Study Short Form – 36 » (MOS SF-36) a été soumis à tous les patients participants à une étude prospective et multicentrique comparant la SGL et le BPGYL. Les 9 dimensions (activité physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques, santé perçue, vitalité, vie et relation avec les autres, santé psychique, limitations dues à l'état psychique, évolution de la santé perçue) du MOS SF-36 ont été évalués en préopératoire et à 36 mois. Puis les scores des dimensions de la SGL et du BPGYL ont été calculés et comparés entre eux, puis avec ceux d'un échantillon représentatif de la population française.

Résultats :

Les questionnaires MOS SF-36 ont été soumis à 277 patients parmi lesquels 153 (55,3%) les ont complètement remplis en préopératoire et à 36 mois. Il s'agissait de 94 SGL et 59 BPGYL; 127 (83%) étaient des femmes; l'âge moyen était de $41,6 \pm 10,4$ ans; et l'IMC préopératoire moyen de $45,3 \pm 5,4$ kg/m². Les 2 procédures ont permis d'obtenir une perte de poids semblable à 36 mois et une amélioration comparable des comorbidités. Pour les groupes SGL et BPGYL, les scores de toutes les dimensions du MOS SF-36 étaient significativement améliorés à 36 mois pour devenir comparables à ceux représentatifs de la population française. Il n'a pas été constaté de différence significative entre les scores du groupe SGL et ceux du groupe BPGYL à 36 mois.

Conclusion :

Trois ans après une SGL ou un BPGYL, la qualité de vie était nettement améliorée et comparable à celle de la population française. Il n'a pas été constaté de différence entre SGL et BPGYL.

PC 37

SLEEVE VS. MINI BYPASS : QUELLE EVOLUTION DE LA PERTE DE POIDS ET DE LA QUALITE DE VIE LORS D'UN SUIVI POST-OPERATOIRE SUR 2 ANS ?

LECHAUX D, LE FOLL D, RASCLE O

Unité : HPCA

Introduction :

En France, près de 60000 interventions bariatriques sont réalisées chaque année et 80% d'entre-elles concernent des femmes. A l'heure actuelle, plusieurs techniques chirurgicales sont utilisées et la question se pose notamment de l'efficacité du mini-bypass gastrique (MBG). De nombreuses études ont pu montrer ces dernières années que cette technique apportait une perte de poids égale, voir supérieure à la sleeve gastrectomie (SG), et permettait, dans des proportions identiques, de réduire les comorbidités associées. Au-delà de ces résultats, aucune étude ne s'est intéressée aux effets à moyen terme du MBG sur l'amélioration de la qualité de vie (QdV), pourtant nécessaire à la réussite d'une chirurgie bariatrique.

Méthode :

Entre juin 2014 et décembre 2015, 120 patientes présentant une obésité morbide ($IMC > 45 \text{ kg/m}^2$) ont été suivies via la plate-forme en ligne e-baros® tous les 6 mois et pendant 2 ans à la suite de l'opération. 58% (n=70) des patientes ont été opérées par sleeve et 42% (n=50) par mini-bypass. La mesure de la QdV a été réalisée par le biais du questionnaire Moorehead-Ardelt Quality of Life II (M-A QoLQII) qui permet le calcul d'un score global allant de -3 « Très mauvaise » à +3 « Très bonne ».

Résultats :

En période pré-opératoire, les analyses n'ont pas montré de différence entre les 2 groupes (SG vs. MBG) en ce qui concerne l'IMC ($p = .37$) ou le niveau de QdV ($p = .26$). En période post-opératoire, les résultats des analyses à mesures répétées ont montré un effet du temps sur l'évolution de l'IMC ($p < .0001$), mais n'ont pas révélé d'effet du type d'opération ($p = .99$). Ainsi, l'IMC a diminué en moyenne de 40.4%, quelle que soit l'opération réalisée. Concernant l'évolution de la QdV, les résultats ont montré un effet très significatif du temps ($p < .0001$), sans révélé d'effet de la technique chirurgicale employée ($p = .77$). Plus précisément, le niveau de QdV des patients a évolué d'un score de -0.07 en période pré-opératoire à +1.19, 24 mois après l'intervention, indépendamment de l'opération réalisée.

Conclusion :

Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'effet de la technique chirurgicale utilisée (SG vs. MBG) sur l'évolution de l'IMC et de la QdV pendant les 2 années suivant l'opération. Les résultats n'ont montré aucune différence significative entre ces 2 procédures. Dès lors, nos résultats viennent compléter ceux de la littérature sur le sujet et confirment l'efficacité et la fiabilité des 2 techniques dans la perte de poids et l'amélioration de la qualité de vie à moyen terme.

PC 15

PLACE DU PSYCHOMOTRICIEN DANS UNE EQUIPE DE CHIRURGIE BARIATRIQUE : RETOUR D'EXPERIENCE

B.RAFFIN, V.MAINDRE, F.DUBOIS, N.OUKHOUYA DAOUD, F. PATTOU

Unité : Unité Médico Chirurgicale Obésité Sévère, CHU Lille

Introduction :

Mon intégration au sein d'une équipe pluridisciplinaire de chirurgie bariatrique m'a amenée à m'interroger sur le rôle et la place du psychomotricien dans cette sphère. Afin de répondre à ces questionnements, nous avons mis en place des méthodes d'observation qualitative. Parmi les fonctions psychomotrices susceptibles d'être impactées par l'amaigrissement rapide, le schéma corporel prédomine.

Méthode :

Nous avons effectué des entretiens puis mis en place un bilan psychomoteur intégrant ces observations, en approfondissant et ciblant les composantes du poids. Les épreuves les plus pertinentes ont été extraites pour mettre au point une évaluation initiale destinée aux personnes en phase d'évaluation pluridisciplinaire préopératoire. La décision d'une prise en soin psychomotrice se pense à partir d'un entretien qui tient compte de la subjectivité du patient et de sa disponibilité psychocorporelle. Cette première estimation permet dans un second temps d'orienter vers un bilan psychomoteur ou un entretien structuré. Dans les deux cas, les différentes sphères psychomotrices telles que le schéma corporel mais aussi, le tonus, la motricité globale et fine, l'espace, le temps ainsi que la relation à soi, à l'autre et à l'environnement humain et matériel sont abordées.

Résultats :

Ces investigations font apparaître certains questionnements quant aux conséquences psychomotrices de la chirurgie bariatrique. Durant les phases d'entretien, il a été constaté que le vêtement avait, soit une fonction de seconde peau, soit de dissimulation des parties dépréciées et de mise à distance du corps lors des soins d'hygiène par l'utilisation de médiateurs. Le bilan psychomoteur montre un corps anatomique vécu comme séparé de la tête, ne permettant pas au sujet de se penser dans une unité psychocorporelle. De plus, des troubles de la régulation du tonus et une asynchronie gestuelle, des troubles de l'adaptation et de l'orientation spatiale et/ou spatio-corporelle, du schéma corporel et de l'intégration sensorielle notamment proprioceptive ont été constatés.

Conclusion :

Au vu des expérimentations et des résultats obtenus, le psychomotricien a sa place au sein de l'équipe pluridisciplinaire pour permettre une prise en soin qualitative adaptée aux patients. En effet, les fonctions spatiales, temporelles, toniques, motrices et celles du schéma corporel étant touchées, le psychomotricien pourra intervenir comme rééducateur de la sphère psychocorporelle. Par ailleurs, formé à l'analyse des maux psychologiques qui s'expriment sur la scène corporelle il saura orienter le patient de la rééducation vers la thérapie psychomotrice.

PC 18

AMELIORER LE SUIVI POST-OPERATOIRE EN CHIRURGIE BARIATRIQUE GRACE A L'UTILISATION DE L'APPLICATION LABINTERPRET

VIALLE C, LUCIANI JL, VIALLE JM, VAILLANT A

Unité : Association "Formes à Forme" Haute-Corse

Introduction :

L'observance des patients opérés conditionne le pronostic à long terme de la chirurgie bariatrique. L'équipe de soins vérifie l'adhésion du patient aux recommandations hygiéno-diététiques et au traitement vitaminique grâce à des bilans biologiques réguliers. Engagés dans l'éducation thérapeutique et le partage de connaissances au sein de notre association, nous pensons que la bonne compréhension des résultats d'analyses par le patient peut la favoriser. Du fait de la complexité des comptes-rendus d'examen biologiques (bilan nutritionnel, vitaminique) et de leur présentation austère, les patients ont souvent des difficultés à les comprendre. D'où l'idée d'utiliser Labinterpret, une nouvelle application permettant aux biologistes médicaux d'interpréter les bilans biologiques lorsque nous le jugeons utile pour les patients.

Méthode :

Labinterpret a recours à :

- Une présentation simplifiée avec des symboles visuels explicites et intuitifs.
- Une conclusion synthétique et personnalisée intégrant des éléments cliniques et thérapeutiques, rédigée en concertation par tous les intervenants : biologiste médical, chirurgien, pharmacien micronutritionniste. Cette conclusion encourage le patient au suivi en insistant sur les points sensibles.

Ces interprétations sont disponibles pour les patients et les médecins ayant créé un compte sur l'application. Elles sont consultables en parallèle des comptes rendus traditionnels sur tout objet connecté. Labinterpret est très simple d'utilisation, interactive (possibilité de question complémentaire) et respecte la confidentialité (RGPD, HDS...). Entre Février 2019 et Janvier 2020, ce sont environ 40 patients en chirurgie bariatrique qui ont bénéficié de ce service en plus de leurs bilans et préalablement aux consultations de suivi. Leurs suggestions ont également permis d'adapter les comptes-rendus Labinterpret.

Résultats :

- Une approche pluridisciplinaire entre différentes spécialités impliquées permettant un partage de connaissances, une vision plus complète du suivi intégrant à la fois les particularités de l'acte chirurgical, la complémentation vitaminique et les caractéristiques propres aux examens biologiques (interférences analytiques, valeurs de référence spécifiques, périodicité des bilans de suivi)
- La possibilité pour l'équipe médicale d'anticiper la prochaine consultation tout en intéressant et motivant le patient. L'interprétation peut également être transmise au médecin traitant.
- Des retours globalement très positifs de la part des patients qui disent mieux comprendre leurs résultats, apprécient la conclusion en début de compte rendu délivrant un message clair et concis.

Conclusion :

L'utilisation concertée de cette application innovante nous semble adaptée au suivi en chirurgie bariatrique en simplifiant et personnalisant les résultats d'examen biologiques et en optimisant la qualité du suivi.

PC 19

ANALYSE MORPHOLOGIQUE ENTRE PERTE DE POIDS ET VOLUMETRIE GASTRIQUE TRIDIMENSIONNELLE A 12 MOIS D'UNE SLEEVE GASTRECTOMIE

SUAUD S, FAURE JP, COUDERC JP, DANION J

Unité : CHU de poitiers / VIENNE

INTRODUCTION :

La chirurgie bariatrique est actuellement le traitement le plus efficace et le plus durable de l'obésité morbide de l'adulte. La sleeve gastrectomie (SG) est une technique chirurgicale restrictive pour laquelle il apparait que le volume gastrique résiduel (VGR) est un élément clef du résultat pondéral à long terme. Nous avons réalisé une étude morphologique des VGR à 12 mois après SG par scanner tridimensionnel (TDM 3D).

METHODES :

Nous avons réalisé une étude descriptive sur une période de 1 an en incluant les patients ayant bénéficié d'une SG calibrée sur un tube de charrière 36Fr. Chaque patient bénéficiait d'un TDM 3D avec ingestion de 20 ml de soluté gazeux et était pesé à 12 mois. Le critère de jugement principal était les VGR calculés radiologiquement à 12 mois en millilitres (ml). Les %EBMIL à 1 an étaient également rapportés en fonction des anomalies anatomique retrouvées.

RESULTATS :

45 patients ont réalisé un TDM 3D à 12+/-1mois. Il y avait 15 hommes et la moyenne d'âge de 41 +/- 11ans avec un Indice de Masse Corporelle (IMC) de 46,5 +/- 6,5 Kg/m². Le VGR moyen à 1 an était de 204 +/-77ml. L'analyse morphologique retrouvait 18 dilatations antrales majeurs, 9 dilatations fundiques, 3 dilatations globales, 21 dilatations harmonieuses avec morphologies normales et 3 patients avaient des migrations intra thoracique de la SG. Les VGR respectifs de ces patients étaient de 245 ml, 267 ml, 306 ml, 180 ml et les %EBMIL à un an de 78%, 72%, 84%, 82%. Les 3 patients avec migrations intrathoraciques de leur SG avaient un VGR de 207 ml, un %EBMIL de 89% et un reflux gastro œsophagien (RGO) sous traitement médical maximal.

CONCLUSION :

L'analyse morphologique tridimensionnelle à 12 mois d'une SG montrait qu'il existait une tendance à une faible perte de poids chez les patients avec une dilatation antrale et une poche résiduelle fundique. Egalement, la présence d'une SG de faible calibre avec une migration intrathoracique de l'estomac était associée à un RGO. Le TDM 3D à 1 an a montré qu'il était un examen reproductible, fiable, peu irradiant et intéressant pour permettre de déceler des anomalies anatomiques précoces sur les SG. Cet outil radiologique pourrait orienter la discussion multidisciplinaire en cas de stratégie chirurgicale de reprise pour échecs primaires ou secondaires.

GAILLARD M, GRONNIER C, MOSZKOWICZ D, BEN AMOR I, SAVALA N, MEUNIER H, LE ROUX Y, DEGRANDI O, BARATTE C, LAINAS P , KASSIR R, GUGENHEIM J, DAGHER I, TRANCHART H

Unité : Service de chirurgie digestive minimale invasive, Hopital Antoine Béclère, APHP, Clamart

Introduction :

Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque de développer un cancer. De faite, un certain nombre de patients opérés d'une chirurgie bariatrique ont un antécédent de cancer ou développeront un cancer en postopératoire. Les données épidémiologiques disponibles dans la littérature sur ce sujet sont limitées. Par ailleurs, les résultats de la chirurgie bariatrique dans cette population sont inconnus.

Méthode :

Nous avons conduit une étude de cohorte dans 6 centres français spécialisés en chirurgie de l'obésité concernant tous les patients ayant un antécédent de cancer avant une chirurgie bariatrique ou développant un cancer au cours de leur suivi. Les données épidémiologiques ainsi que celles concernant la perte pondérale et l'évolution des comorbidités mais aussi la prise en charge et la récurrence des cancers ont été analysées.

Résultats :

De 2008 à 2018, 8927 patients ont été opérés dont 89 patients (1%) ayant un antécédent de cancer en préopératoire (femmes 85%, âge médian de 53 ans [19-73], 44% de cancers gynécologiques). Le délai médian entre la prise en charge du cancer et la chirurgie de l'obésité était de 47 mois [6-288] et 9 cancers (0,1%) avaient été découverts dans le bilan préopératoire. Avec un suivi médian de 36 mois [2-133], le % de perte d'excès de poids médian était de 72% [2-157] et trois patients ont présenté une récurrence de leur maladie au cours du suivi (3%). Dix-huit patients (0,2%) ont présenté un cancer dans la première année de leur suivi (délai médian de 4 mois [1-11]) dont 13 femmes (73%) atteintes dans 10 cas par des cancers gynécologiques. Enfin, 27 patients (0,3%) ont présenté un cancer après plus d'un an de suivi (délai médian de 4 ans [1,5-8]) dont 17 femmes (63%) atteintes dans 9 cas par des cancers gynécologiques et ont tous été traités de manière curative. Avec suivi médian de 60 mois [24-124], aux dernières nouvelles le % de perte d'excès de poids médian était de 71% [-26-121].

Conclusions :

La prévalence d'un antécédent de cancer avant chirurgie bariatrique est faible (1%) comme l'incidence de survenue d'un cancer en postopératoire à moyen terme (0,5%). Cependant, une attention particulière doit être portée au dépistage des cancers gynécologiques qui sont majoritaires. Les résultats de la chirurgie bariatrique dans cette population semblent satisfaisants et la chirurgie bariatrique ne semble pas avoir d'impact négatif sur la prise en charge de cancers découverts en postopératoire.

PC 26

EVALUATION PRONOSTIQUE DE LA PERTE DE POIDS A COURT TERME SUR LA PERTE DE POIDS A LONG TERME APRES CHIRURGIE BARIATRIQUE

PIGUEL X, FAURE JP, SOUSSI D, GAND E, MERCKX FRATY M

Unité : CHU de poitiers

Introduction :

La chirurgie bariatrique est de plus en plus pratiquée chez les patients souffrant d'obésité morbide. Toutefois certains patients sont « peu répondeurs » avec une perte pondérale insuffisante après l'intervention, dont l'identification précoce permettrait une prise en charge adaptée. Le but de notre étude était d'évaluer la valeur prédictive de la PEP précoce sur la PEP maximale lors du suivi sur 2 ans chez des patients obèses opérés par sleeve gastrectomie (SG) ou by pass gastrique (GBP).

Matériels et méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétrospective et monocentrique sur le CHU de POITIERS. Etaient inclus 118 patients opérés d'une SG(60) ou d'un GBP(58), et suivis au moins 2 ans après l'intervention. Les PEP(%) étaient évaluées à chaque visite. Des analyses de corrélation entre les PEP précoces et la PEP maximale et à 2 ans étaient effectuées et l'influence des co-morbidités avait été regardée.

Résultats :

La PEP précoce à 6 mois était significativement corrélée à la PEP maximale chez les 118 patients ($p < 0.0001$) et pour le groupe SG ($p < 0.0001$). Les PEP à 3 et 6 mois étaient corrélée au succès de l'intervention à 2 ans pour le groupe SG ($p = 0,04$ et $0,03$ respectivement). La PEP maximale était également inversement corrélée à la présence de diabète, HTA, dyslipidémie et SAS.

Conclusion :

La PEP précoce à 6 mois apparait donc comme un élément clinique déterminant sur l'évolution pondérale des patients opérés par SG et pourrait permettre d'identifier précocement les patients à risque d'échec afin de leur proposer une prise en charge adaptée.

RICHY C, BOREL F, MAGRI M, SEMAN M, BARBALAN A, DUFOUR F, CORTES A, NOEL K

Unité : CH de Marne-la-Vallée

Introduction :

La chirurgie bariatrique intéresse un nombre croissant de patients en France. En plus de la perte pondérale et de l'amélioration des comorbidités liées à l'obésité, ces chirurgies sont associées à des modifications importantes de la sphère psycho-sociale des patients, ainsi que de leur qualité de vie. Les conséquences de la chirurgie sur la vie sexuelle ont été peu étudiées, notamment chez les femmes qui représentent en France plus de 80% des patientes opérées. L'objectif de cette étude était d'étudier l'évolution de la qualité de vie sexuelle après chirurgie bariatrique chez les patientes opérées.

Méthodes :

Quarante-trois patientes opérées d'une chirurgie bariatrique ont été incluses prospectivement dans cette étude monocentrique. La qualité de vie sexuelle était évaluée par l'auto-questionnaire FSFI (Female Sexual Function Index) en préopératoire, puis 6 mois après la chirurgie. Plus le score était élevé, meilleure était la qualité de vie sexuelle.

Résultats :

Vingt-deux patientes (51%) ont complétés les questionnaires pré- et postopératoires. Leur âge moyen était de 41,5 ans \pm 1,7 ans ; leur IMC préopératoire était de 42,9 \pm 6,5 kg/m². Vingt-et-une patientes (95%) ont été opérées d'une sleeve gastrectomie et une d'un gastric bypass en Y. La perte d'excès de poids moyenne à 6 mois était de 75 \pm 26%.

La fréquence des dysfonctions sexuelles étaient significativement diminuées 6 mois après la chirurgie (54% vs 23%, $p=0,01$) ; le score FSFI était significativement amélioré après chirurgie (22,2 vs 30,5, $p=0,01$). L'amélioration était significative dans les domaines « désir » ($p=0,002$), « excitation » ($p=0,03$), et « satisfaction sexuelle » ($p=0,01$). L'amélioration du score FSFI était corrélée avec l'âge des patientes. A noter que le statut marital postopératoire des patientes était comparable avec celui en préopératoire.

Conclusion :

La qualité de vie sexuelle des patientes obèses semble être améliorée 6 mois après chirurgie bariatrique. Nous espérons confirmer ces résultats 2 ans après la chirurgie par une poursuite de l'étude.

PC 43

DIFFERENCE DE RESULTATS A 1 AN ENTRE SG ET BPO EN FONCTION DU REGIME DE PROTECTION SOCIALE

MURCIA S, DUROU J, COSCULUELLA D

Unité : CETOP POLE DE SANTE DE VILLENEUVE SUR LOT

INTRODUCTION :

Le but de ce travail est de voir si il existe des différences de PEP à plus de 1 an de recul entre sleeve gastrectomie et by pass en oméga en fonction de l'appartenance à la protection maladie universelle maladie (PUMA) anciennement CMU.

METHODE :

Après une enquête rétrospective, basé sur les consultations de contrôle, avec calcul statistique sur les médianes (scores de mann-whitney)

RESULTATS :

1. Pour les patients opérés de SG :

- 15 patients CMU (2 hommes et 13 femmes), âge au moment intervention 41,7 (21,5 à 68) ; IMC de départ 42,4 (33,6 à 54,8) ; recul 2,2 a (1,02 à 3,45) ; PEP 49 % (0à 130 %)
- 41 patients non CMU (13 hommes et 28 femmes), âge 41,4 (20,6 à 67, 8) ; IMC de départ 41,4 (33,1 à 55,3) ; recul 2,2 ans (1 à 5,5) ; PEP 85 % (-6 à 139 %).
- Il n'existe pas de différence pour âge, IMC départ ou recul mais il existe une différence significative concernant la PEP en faveur des SG chez les patients non bénéficiaires de la CMU (P=0,00014)

2. Pour les patients opérés de BPO :

- 7 patients CMU, (0 homme et 7 femmes), âge 40,2 (24 à 59) ; IMC 44,9 (37,1 à 49,8) ; recul 1,9 a (1,1 à 3,4) ; PEP 97 % (72 à 145 %).
- 48 patients non CMU (13 hommes et 35 femmes), âge 43,5 (20,6 à 65,8) ; IMC 41,8 (34,5 à 56,2) ; recul 1,9 a (1 à 4,2) ; PEP 96 % (22 % à 146 %)
- Il n'existe pas de différence pour âge, IMC départ, recul depuis intervention ou PEP

CONCLUSION

La Sleeve gastrectomie semble moins efficace chez les patients bénéficiant de la CMU alors que le BPO semble être d'efficacité égale quel que soit le mode de protection sociale.

PC 44

ETUDE COMPARATIVE DE L'IMPACT OBSTETRICAL DES DIFFERENTS TYPES DE CHIRURGIE BARIATRIQUE

TAVERNIER, M. (*Mémoire dirigé par le Dr Pamela Nessler*)

Unité : Ecole de sage-femme du CHRU de LILLE

Introduction

L'objectif de cette étude est d'évaluer s'il existe un type de chirurgie bariatrique (CB) à recommander pour les femmes en âge de procréer.

Méthodes

Une étude rétrospective a été menée sur 110 grossesses post-CB : 32 sous anneau gastrique (AG), 16 après une sleeve gastrectomie (SG) et 62 après un bypass gastrique (GBP). Dans un premier temps, les variables ont été comparées entre 2 groupes : AG+SG vs BPG. Dans un deuxième temps, les grossesses sous AG et SG ont été comparées. Les variables étudiées correspondaient aux caractéristiques maternelles et du nouveau-né, et au déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

Résultats

Dans notre échantillon, les femmes ont débuté leur grossesse dans leur première à leur dixième année post-opératoire, et en moyenne dans leur troisième année.

La prise de poids gestationnelle était plus faible chez les patientes opérées de GBP par rapport à celles ayant bénéficié d'un AG ou d'une SG (5 kg vs 8 kg – $p=0.0142$). La prise de poids gestationnelle par rapport à l'IMC différait également selon le type de chirurgie ($p=0.0359$) : les patientes ayant eu un AG ou une SG ont plus souvent une prise de poids gestationnelle excessive (47% vs 23%), tandis que celles opérées d'un GBP ont plus souvent une prise de poids gestationnelle insuffisante (47% vs 30%). L'anémie gravidique était aussi plus fréquente chez les femmes ayant bénéficié d'un GBP (26% vs 8% - $p=0.0166$). Le pH artériel à la naissance des nouveau-nés de patientes ayant subi une SG est plus faible que celui des patientes qui ont un AG (7.19 vs 7.26 – $p=0.0129$), et que celui des patientes qui ont eu un GBP (7.19 vs 7.23 – $p=0.0118$). Enfin, le déroulement de l'accouchement, les autres paramètres en relation avec le déroulement de la grossesse ainsi que les autres caractéristiques du nouveau-né, ne semblent pas varier avec le type de CB.

Conclusion

Cette étude montre que chacune des techniques de CB a ses particularités pendant la grossesse, sans complication sévère d'après notre étude. Elle ne permet pas de recommander un type de CB pour les femmes souhaitant avoir des enfants. Il serait intéressant de réaliser une étude similaire sur un plus grand nombre de grossesses, car les faibles effectifs n'ont pas permis de réaliser les tests statistiques souhaités pour toutes les données.

BENVENGA R, CATHELIN JM, BENDACHA Y, EL KHOURY L, DBOUK R, ROMERO R, COHEN R

Unité : Centre Hospitalier de Saint-Denis / Service de Chirurgie Viscérale

Introduction :

La fibroscopie oeso-gastrique effectuée à long terme après sleeve gastrectomie (SG) semble donner des résultats inquiétants. Certains auteurs ont souligné la présence de lésions digestives majeures telles que l'oesophagite, l'oesophage de Barrett's, et le cancer de l'oesophage en particulier après SG.

Méthodes :

Nous avons envoyé une ordonnance de fibroscopie oeso-gastrique à chaque patient qui a bénéficié d'une chirurgie bariatrique dans notre établissement du 01/04/2010 au 31/8/2014. Les résultats ont été collectés en consultation de suivi du 01/01/2018 au 01/02/2019. Sur les 820 patients qui ont eu une chirurgie bariatrique, seulement 84 (10,2%) ont rapporté les résultats d'une endoscopie digestive haute effectuée au moins 5 ans après une chirurgie bariatrique. Les résultats obtenus ont été comparés aux données endoscopiques pré-opératoires.

Résultats :

L'âge moyen était de 52 ans (extrêmes : 23-70 ans). L'IMC pré-opératoire moyen était de $44,4 \pm 4,8$ kg/m². Soixante-quinze patients (89,2%) parmi les 84 ont eu une SG ; 6 (7,1%) un bypass (3 Roux-en-Y gastrique bypass (RYGB) et 3 Omega gastrique bypass (OGB)) ; 3 ont eu une Revisional-SG (Re-SG) (3,5%). Quinze fois (17,8%) il s'agissait d'une chirurgie de révision : 9 SG après gastric banding ; 3 Re-SG ; et 3 RYGB après SG. Avec un suivi moyen de $6,4 \pm 0,9$ ans, les résultats endoscopiques des 84 patients étaient normaux dans 31 cas (36,9%). Il a été constaté 30 cas de gastrites (35,7%) dont une avec ulcère ; 15 oesophagites sévères de grade C ou D (17,8%), 20 hernies hiatales (23,8%), un polype gastrique bénin chez 2 patients (2,4%), et un ulcère anastomotique après RYGB 2 fois. Huit des 30 gastrites étaient infectées à *Helicobacter Pylori* (26,7%). Il n'y avait aucun cancer et 1 seul cas d'oesophage de Barrett's (1,2%) avec métaplasie intestinale incomplète. Tous les patients avec oesophagite avaient eu une SG et 6 patients (40%) avaient des symptômes de reflux au moment de l'endoscopie de contrôle. Quatorze des 15 patients avec oesophagite sévère (93,3%) ont présenté une oesophagite de novo. L'endoscopie pré-opératoire du patient avec oesophage de Barrett's était normale.

Conclusion :

Seulement 10% des opérés ont accepté de faire une fibroscopie oeso-gastrique à long terme. La fréquence et la sévérité des anomalies endoscopiques constatées avec un suivi moyen supérieur à 6 ans justifie les fibroscopies systématiques à long terme après chirurgie bariatrique, et surtout après SG.

PC 49

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES ECHECS DE CHIRURGIE BARIATRIQUE

A.ROBERT, A.JAUSSANT, C.LENEL, F.MARTIN, D.LIGOT, GROUPE DE TRAVAIL
COHORTE BAREVAL C.ZENONE, M.SILVESTRI, D.NOCCA

Unité : CHU Montpellier / Hérault

La chirurgie bariatrique est actuellement indiquée en France en cas d'obésité massive ou sévère associée à des comorbidités et après échec d'un traitement médical d'au moins 1an. La prise en charge est pluridisciplinaire comme le recommande l'H.A.S (2009). Plus de 50000 opérations ont été réalisées en France en 2017(données PMSI nationale).

Cependant, il a est souligné qu'environ 25% des patients sont en échec de chirurgie bariatrique à 2ans et ne retrouve pas une qualité de vie satisfaisante.

Selon la classification de Reinhold, le résultat de la chirurgie bariatrique est considéré comme : (Excellent = PEP>75% ; Bon=PEP entre 50 et 75% ; Moyen=PEP entre 50 et 25 ; Mauvais=PEP <25%).

Une prise en charge spécifique de ces patients en difficultés a été mise en place au sein de notre structure. Après analyse pluridisciplinaire et examens spécifiques (scanner avec analyse volumétrique et/ou fibroscopie...), les patients passent en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). S'il y a une indication, ils peuvent bénéficier d'une reprise chirurgicale. Dans le cas contraire un suivi médico-psycho-nutritionnel est mis en place.

366 patients (296femmes et 70hommes) d'IMC moyen 37,8(\pm 7,9kg/m²) ont été pris en charge depuis septembre 2015. Ils sont venus en HDJ en moyenne 5,8 \pm 3,8ans après leur opération (214sleeve, 65sleeve 2èmeintention, 17BPG, 46BPG 2èmeintention, 7gastroplastie verticale calibrée, 1AGA, 2 BPG en oméga, dérivation biliopancréatique et 13 chirurgies 3ème intention). La PEP moyenne était de 36,1 \pm 32,5% (résultat moyen selon Reinhold). Le motif d'hospitalisation est à 87,2% pour une reprise de poids et 12,8% pour complications. Les résultats de la volumétrie ont retrouvé dans 44,60% des cas avaient une volumétrie trop importante.

57,9% des patients n'avaient plus de suivi nutritionnel en postopératoire, 60,9% ne pratiquaient pas d'activité physique et 37,19%(n=121) avaient eu une réticence de la part de la psychologue lors de l'évaluation préopératoire.

Après analyse pluridisciplinaire : 51,6% des patients n'ont pas d'indication chirurgicale. 38,3% des patients présentent une indication mais nécessite une prise en charge médico-psycho-nutritionnelle au préalable. Seulement 10,1% ont bénéficié d'une reprise chirurgicale (18conversion en BPG, 6re-sleeve, 6cures hernie hiatale, 2dilatations sténose, 2protocoles Apollo, 1recalibrage anastomose, 1cure hernie ligne blanche et 1revers bypass).

La prise en charge pluridisciplinaire préopératoire et postopératoire est indispensable afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles après chirurgie bariatrique. Cette prise en charge est d'autant plus importante en cas d'échec pondéral, afin de traiter la réelle cause du problème au lieu de se précipiter vers une nouvelle intervention.