

IUCPQ Symposium 2015

Chirurgie révisionnelle: Pour qui, pourquoi?

Simon Marceau,

S. Biron, P. Marceau, F.-S. Hould, S. Lebel,

O. Lescelleur, L. Biertho, F. Julien

IUCPQ Symposium 2015

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS POTENTIELS 2012-2015

- Fond pour éducation et formation IUCPQ (Ethicon)
Transport et hébergement pour congrès 2010-2015: 2000\$/an
- Covidien Honoraire pour présentation 2015: 2000\$
- Rogers Group of companies
Honoraire pour contribution pour un article Médical Post 2012
500\$
- Allergan 2012
Transport et hébergement pour conférence annuelle
estimation :1500\$
- CIISOQ (corporation des infirmières salle d'op)
Présentation/conférence 2012 :1500\$

Pourquoi?

- Perte de poids insuffisante
- Regain pondérale, réapparition de comorbidités
- Perte trop importante, dénutrition
- Complications mécaniques

Érosion

Fistule

Volvulus

Glissement

Sténose

Hernie

Infection

Ulcère

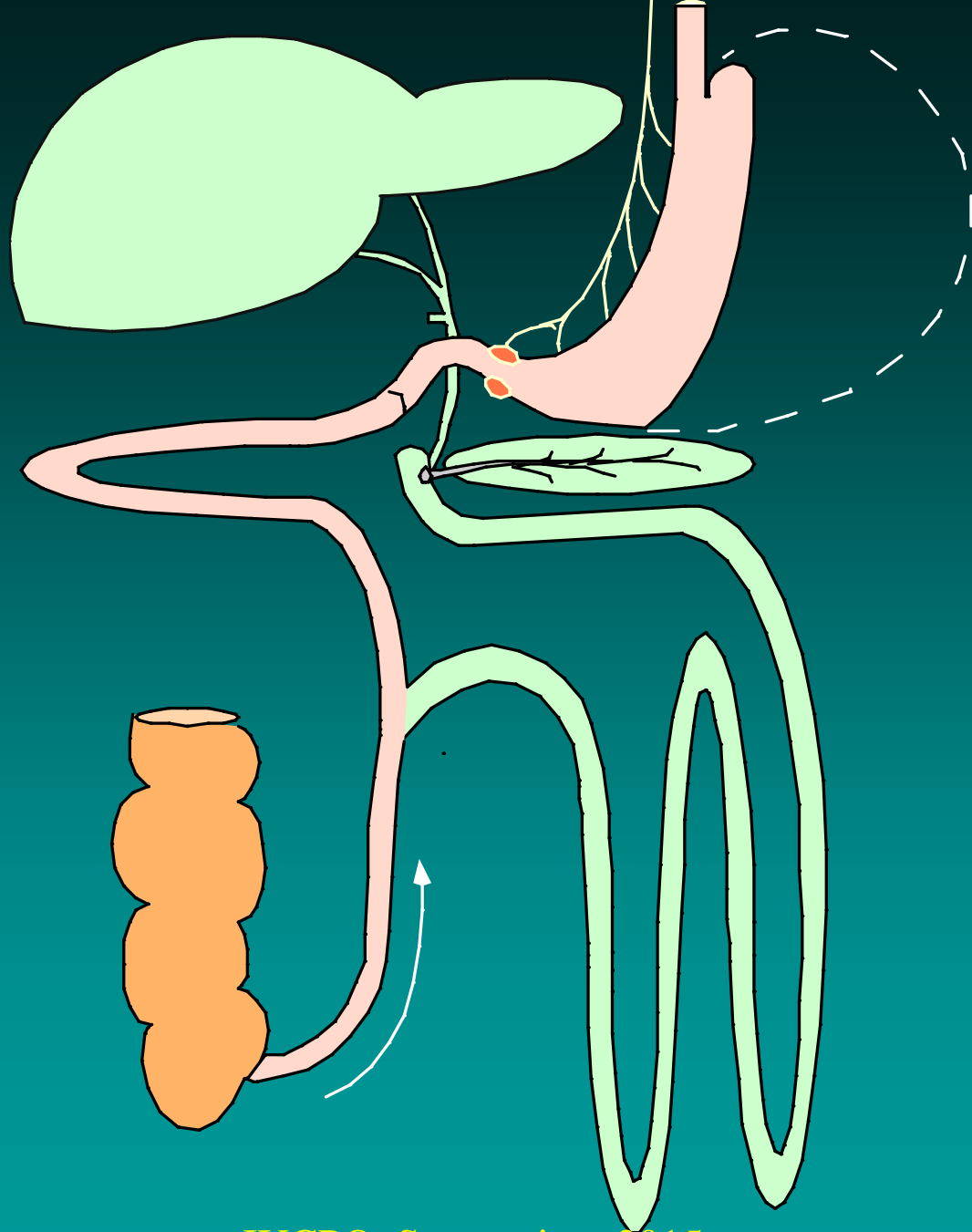
Expérience globale

- **6407** patients (1981-2015)
- **33** décès péri-opératoires (0.5%)
- **237** décès long terme (3.7%)
- **333** patients révisés (5.2%) *
- **30** patients reconvertis (0.5%)

Révisions &
Conversions

3%

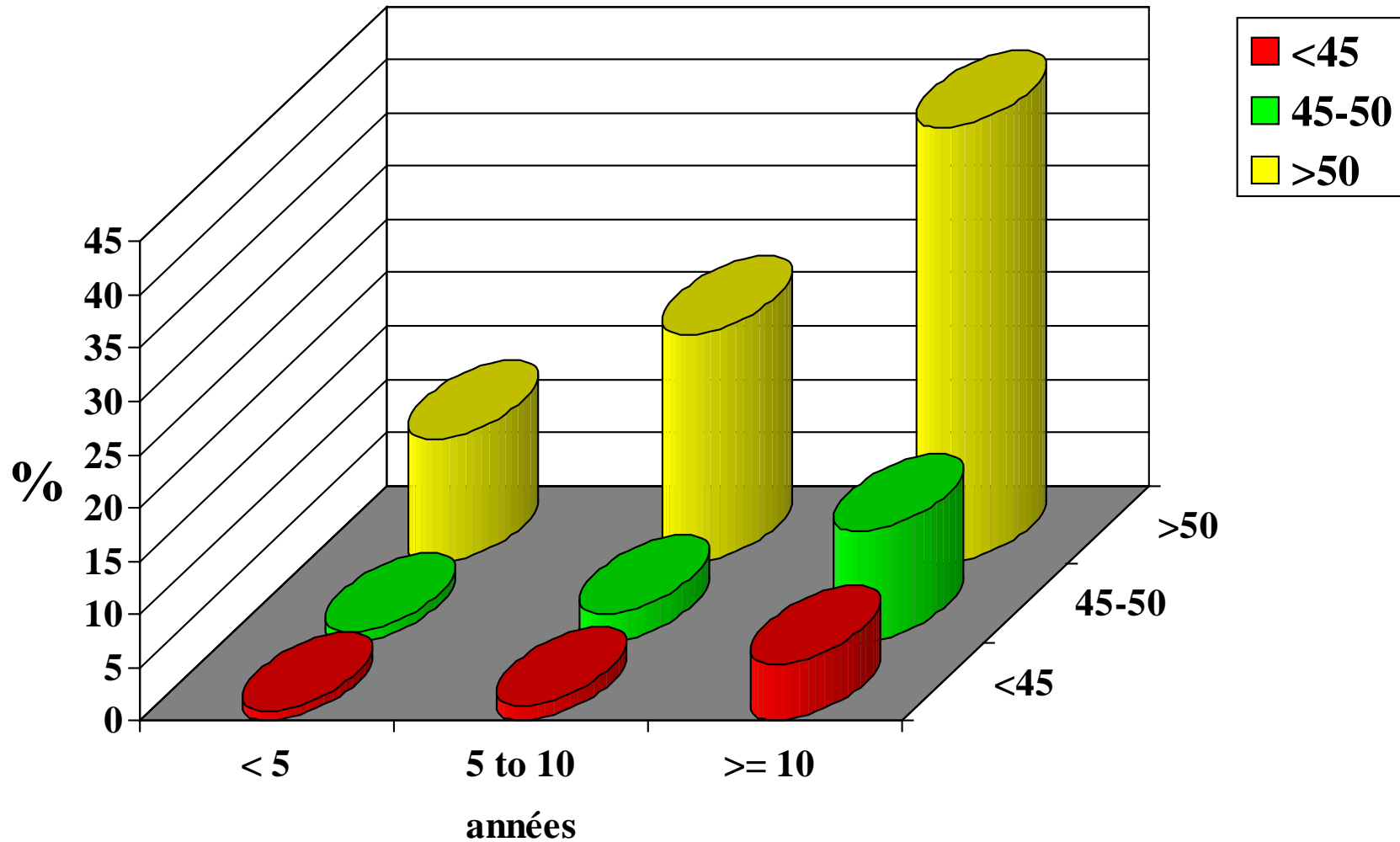
* Incluant 153 (3%) transections duodénales



Perte de poids insuffisante?

- Pas de consensus sur définition
 - Moins de 25% du poids (50% en perte d'excès initial)
 - IMC final > 40 (vs > 35)
- Fonction de la sélection, préparation et support du patient
- Fonction de la motivation et persévérance du patient
- Fonction des limitations physiques « irréversibles » (âge)
- Fonction des attentes initiales

Taux d'échec (IMC > 40)



Taux de satisfaction

IMC initial	final < 35	35-40	>40
< 50	90%	40%	20%
>50	95%	80%	57%

Obesity Surgery. 2004 feb; 14:160-164

IUCPQ Symposium 2015

Résultats

- Selon questionnaire pré-op (n=139)
- Perte de poids espéré 63,6 kg (IMC 28)
- 95 % des patients avec IMC > 50 espéraient un poids équivalent à un IMC <35
- Niveau de satisfaction dépend du IMC final.

Obesity Surgery. 2004 feb; 14:160-164

Perte de poids insuffisante?

Bande gastrique

Vérifier l'anneau et réajuster prn

S'assurer qu'il n'y a pas d'érosion gastrique

Avis nutritionniste

Considérer une révision

Retrait /Sleeve

Retrait/ Dérivation Gastrique

Retrait/ DBP 1 vs 2 temps

Perte de poids insuffisante? Sleeve

Bon candidat on peut considérer Dérivation
Gastrique ou DBP

Contre-indication chirurgie mixte,
« Re-sleeve »?

Documenter l'anatomie: TDM/ gastroscopie/transit
s'il il n'y a pas d'anomalie décelable, supporte le
patient. (psy,nutrition, kinésiologie, etc.)

Perte de poids insuffisante?

DG

«Sleeve » du réservoir gastrique?

Augmenter la réabsorption en reanastomosant le pied de l'anse distalement (Long Roux in Y)
risque de dénutrition important (prohibitif?)

- Rapport risque/ bénéfice ??

Perte de poids insuffisante? DBP

Re-Sleeve?

n=18 perte 19 kg

Racourcir les anses pour conserver 250/100

n=13 perte moyenne 14 kg, final 49kg, BMI 34

Les deux

n=9 perte moyenne 14 kg

- Rapport risque/ bénéfice ??

Regain pondéral

- Le suivi est important pour prévenir ce regain
 - Conseils nutritionnels
 - Ajustements bande
 - Groupes supports
 - Renforcement positif de tous les intervenants
- Toutes les types de chirurgies sont concernées
- Cela doit-être bien enseigné en pré-op

Regain pondéral

- Impliquer les autres membres de l'équipe dans la décision
- Comité multidisciplinaire
- Tester la compliance du patient à nouveau

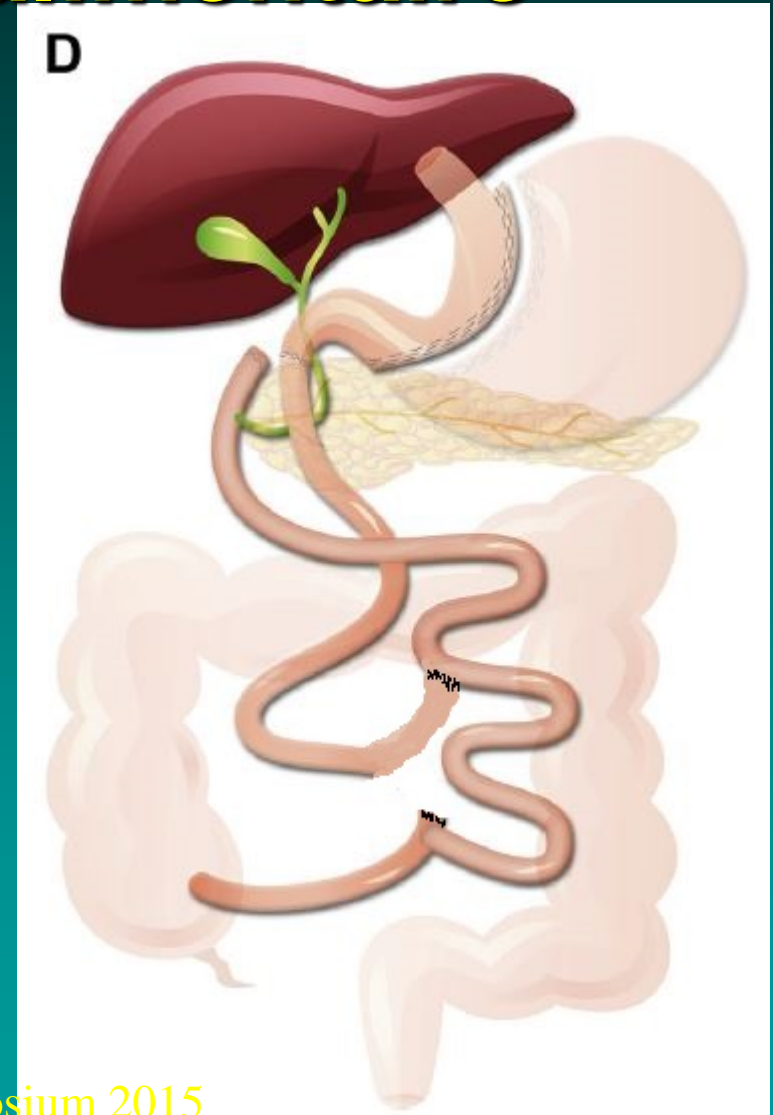
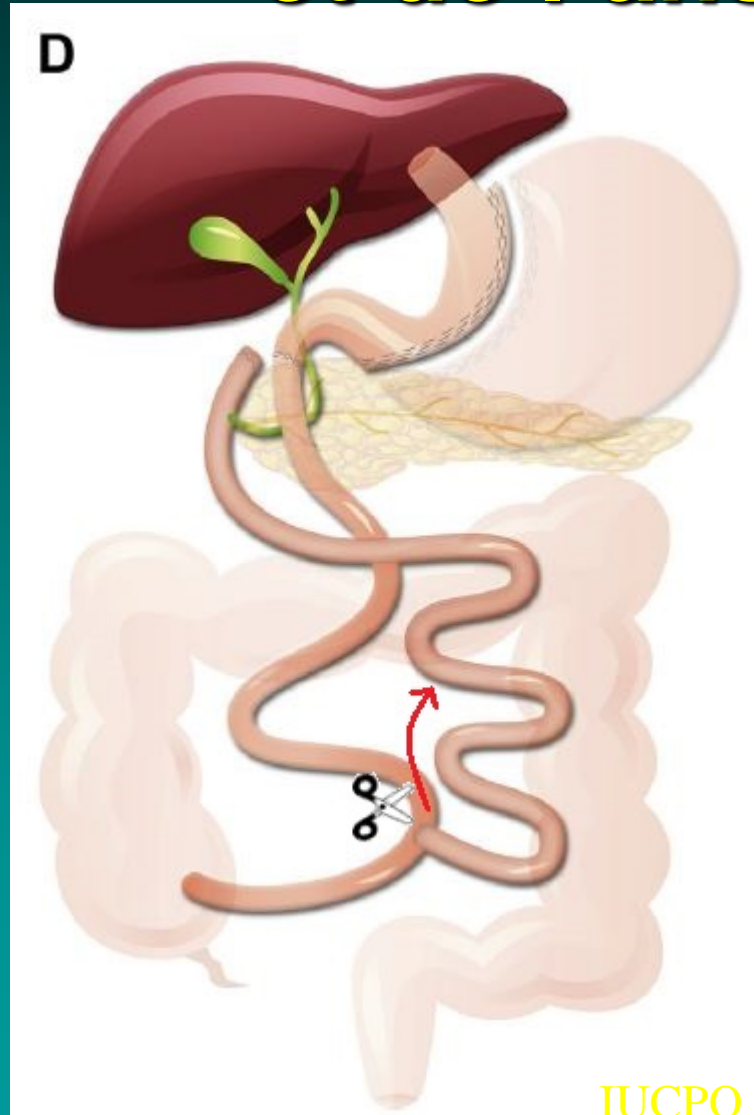
Réapparition de comorbidité

- Taux de récurrence du diabète et d'autres comorbidités et fonction du regain de poids

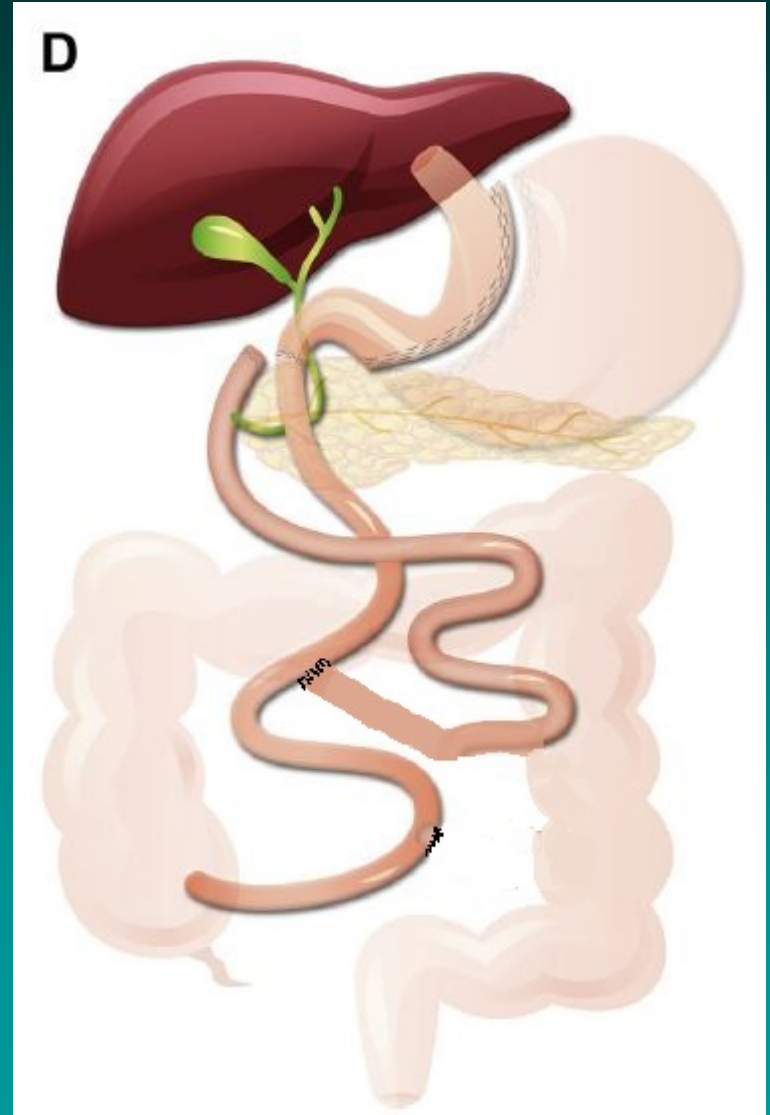
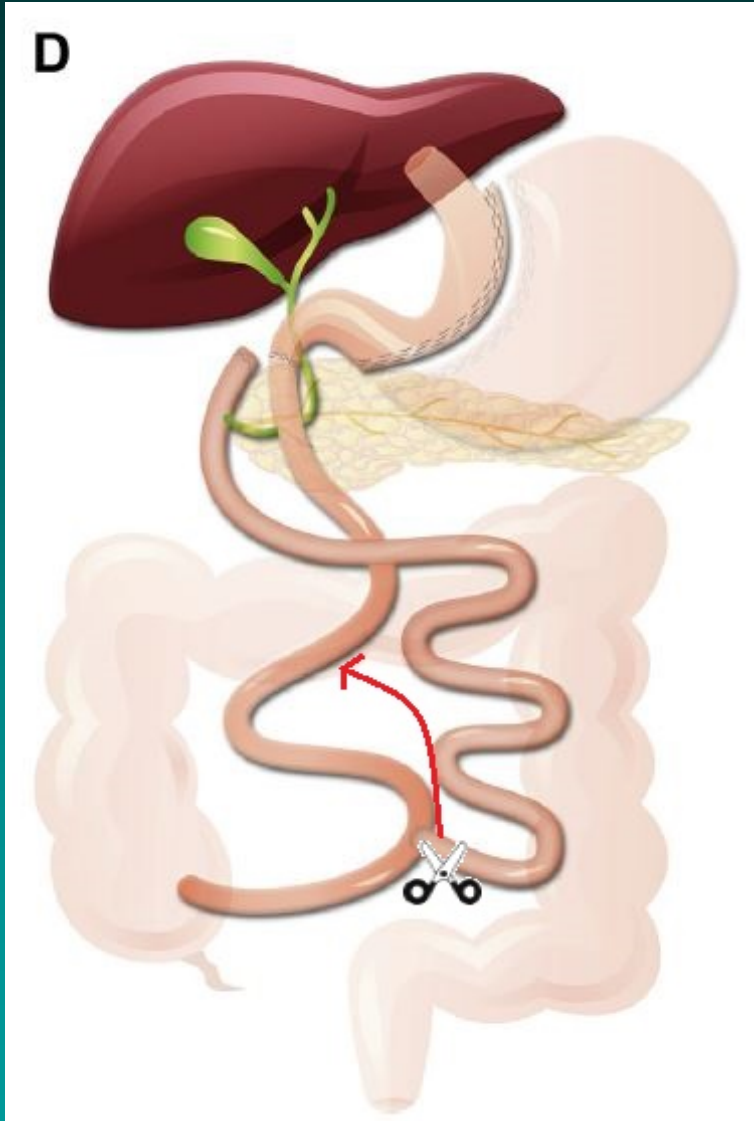
Dénutrition / perte excessive

- Pas de révision chirurgicale avant 18 mois sauf pour complication mécanique
 - Fistule, ulcère, sténose, hernie interne.
- Gavage par keofeed vs jejunostomie peut-être nécessaire
- 20% DBP auront de l'hypoalbuminémie la première année

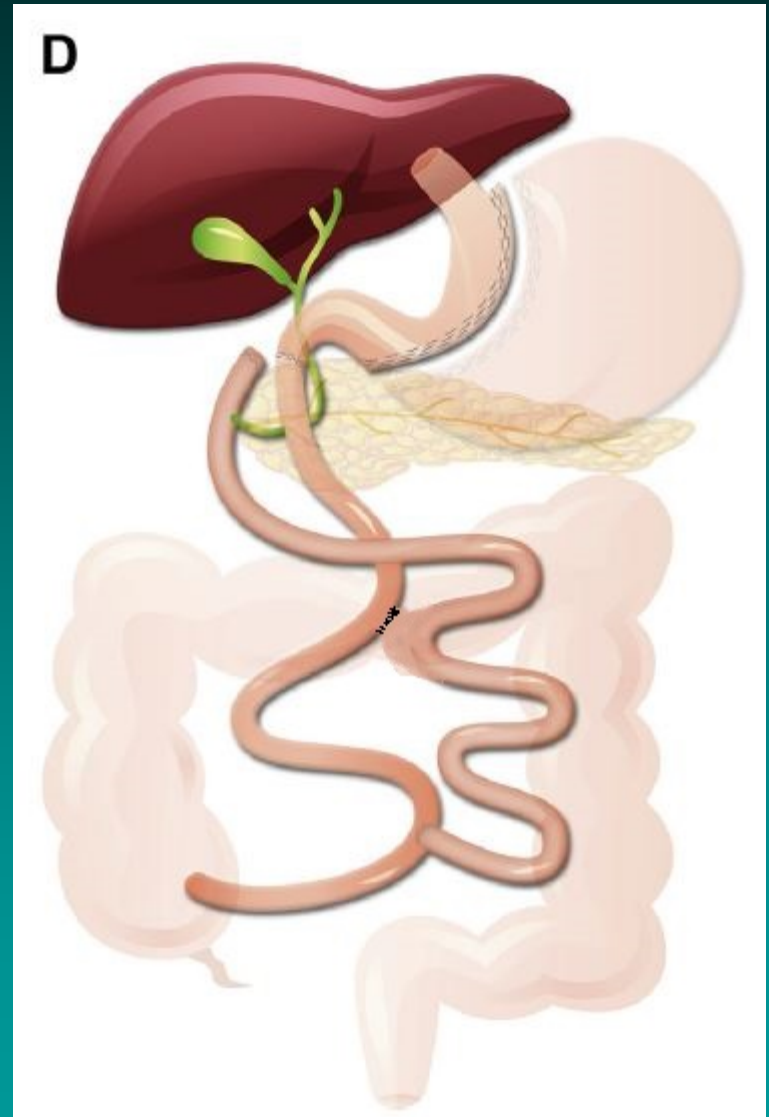
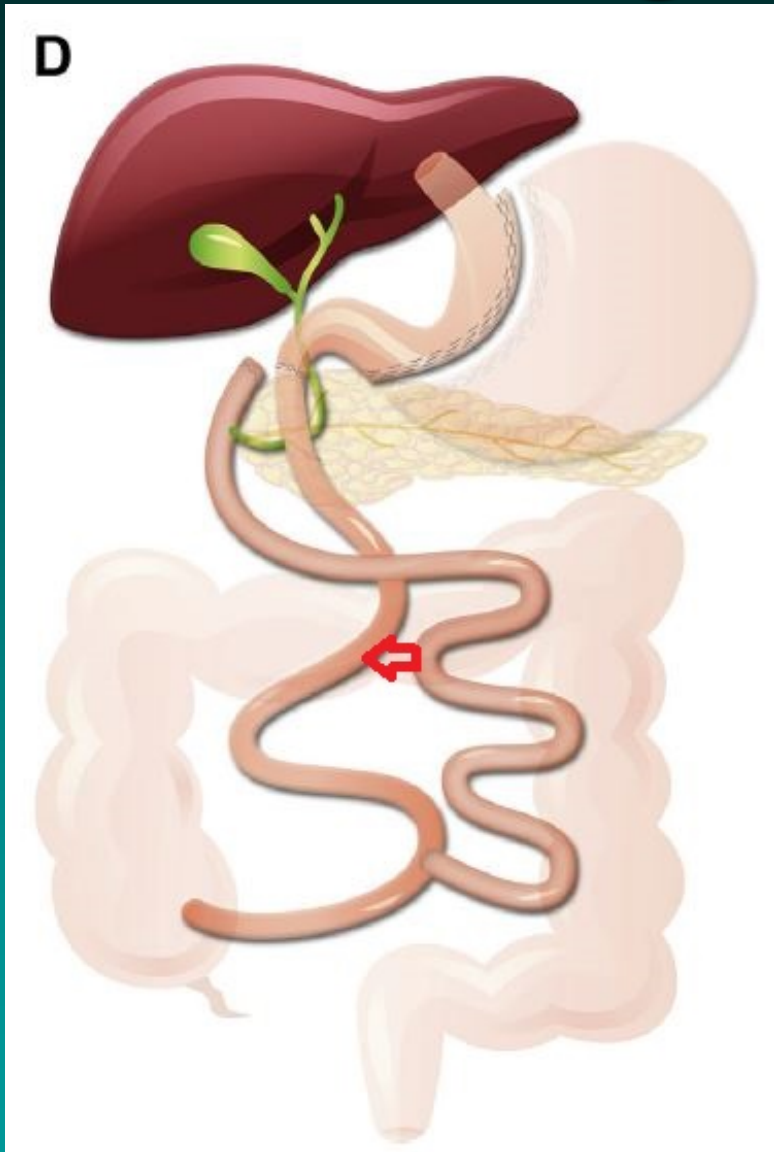
Allongement de l'anse commune et de l'anse alimentaire



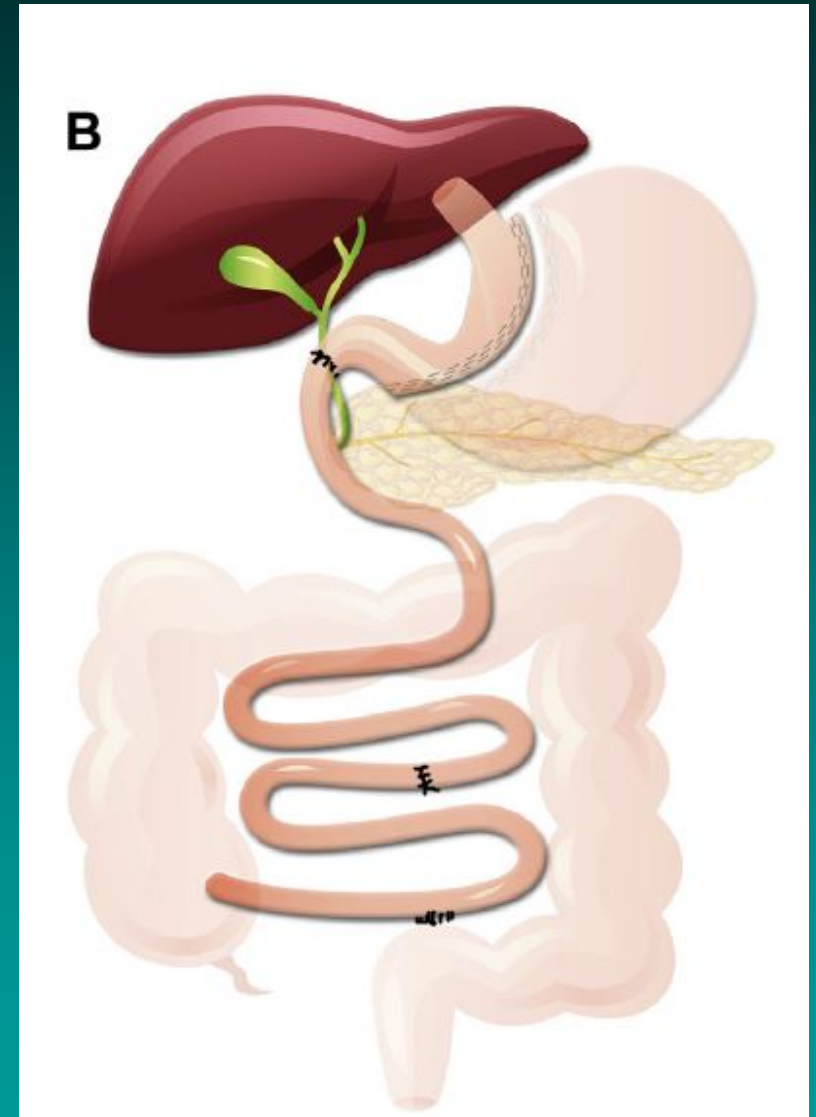
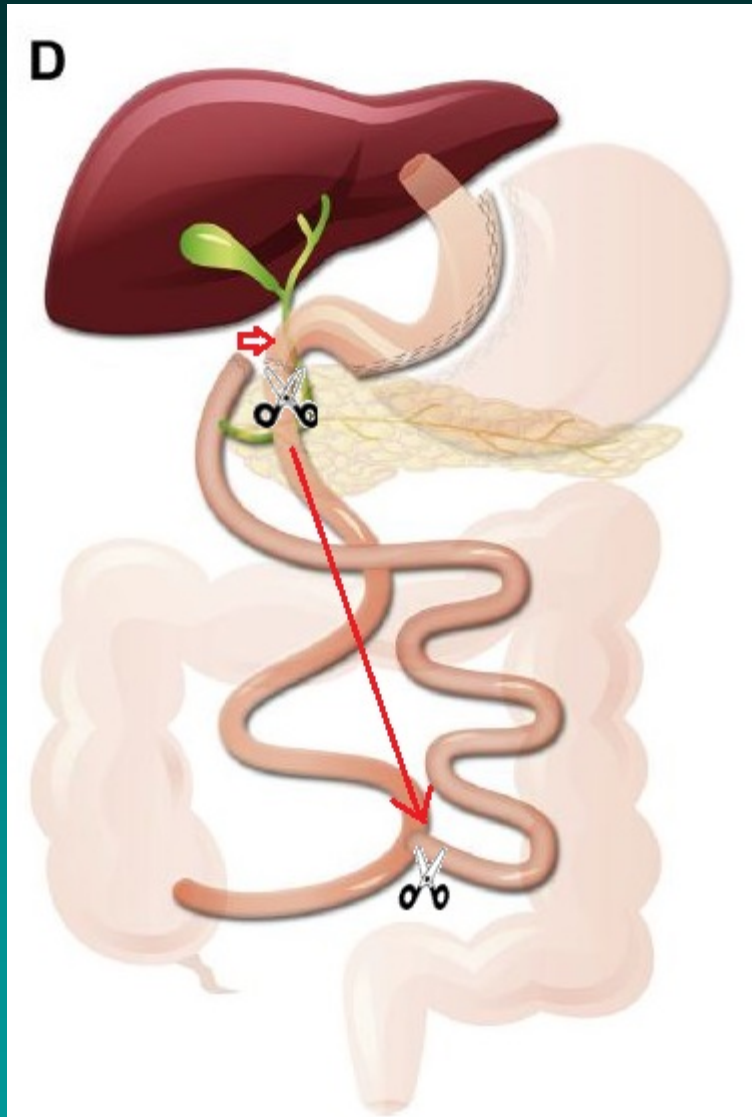
Allongement de l'anse commune



« Kissing anastomose »



« Demembrement » complet



N=9, gain 32kg(18-74kg)

Conclusion

- L'éligibilité du patient à une deuxième étape devrait-être discuter avant la première chirurgie
- Les révisions chirurgicales devraient-être l'exception en chirurgie bariatrique
- La chirurgie qui nécessite le plus de réintervention est l'anneau gastrique
- Les ré interventions pour perte de poids insuffisante ou regain pondéral occupent la majeure parti des révisions
- La DBP nécessite parfois des allongements qui sont à ajuster selon chaque cas et entraine un regain pondéral parfois important.