



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

Sélection chirurgicale

Simon Marceau,
S. Biron, P. Marceau, F.-S. Hould, S. Lebel,
O. Lescelleur, L. Biertho, F. Julien

Divulgence de conflits d'intérêts potentiels 2012-2015

- Fond pour l'éducation et la 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 Medical Post, 2012: 500\$
- Allergan
 - Transport et hébergement pour conférence annuelle, 2012: estimation 1500\$
- CIISOQ (Corporation des infirmières salle d'op)
 - Présentation/conférence, 2012: 1500\$

Sélection chirurgicale

1. Quelques prémices
2. Indications acceptées
3. Les techniques actuelles
4. Critères pour choisir l'opération
5. Cas cliniques
6. Conclusions

Prémices

- L'obésité est une condition chronique
- L'obésité est associée à des risques pour la santé
- L'obésité sévère est associée à des souffrances importantes
- Aucun traitement médical n'a été démontré efficace pour traiter à moyen et long terme l'obésité sévère

Pour qui?



Définitions

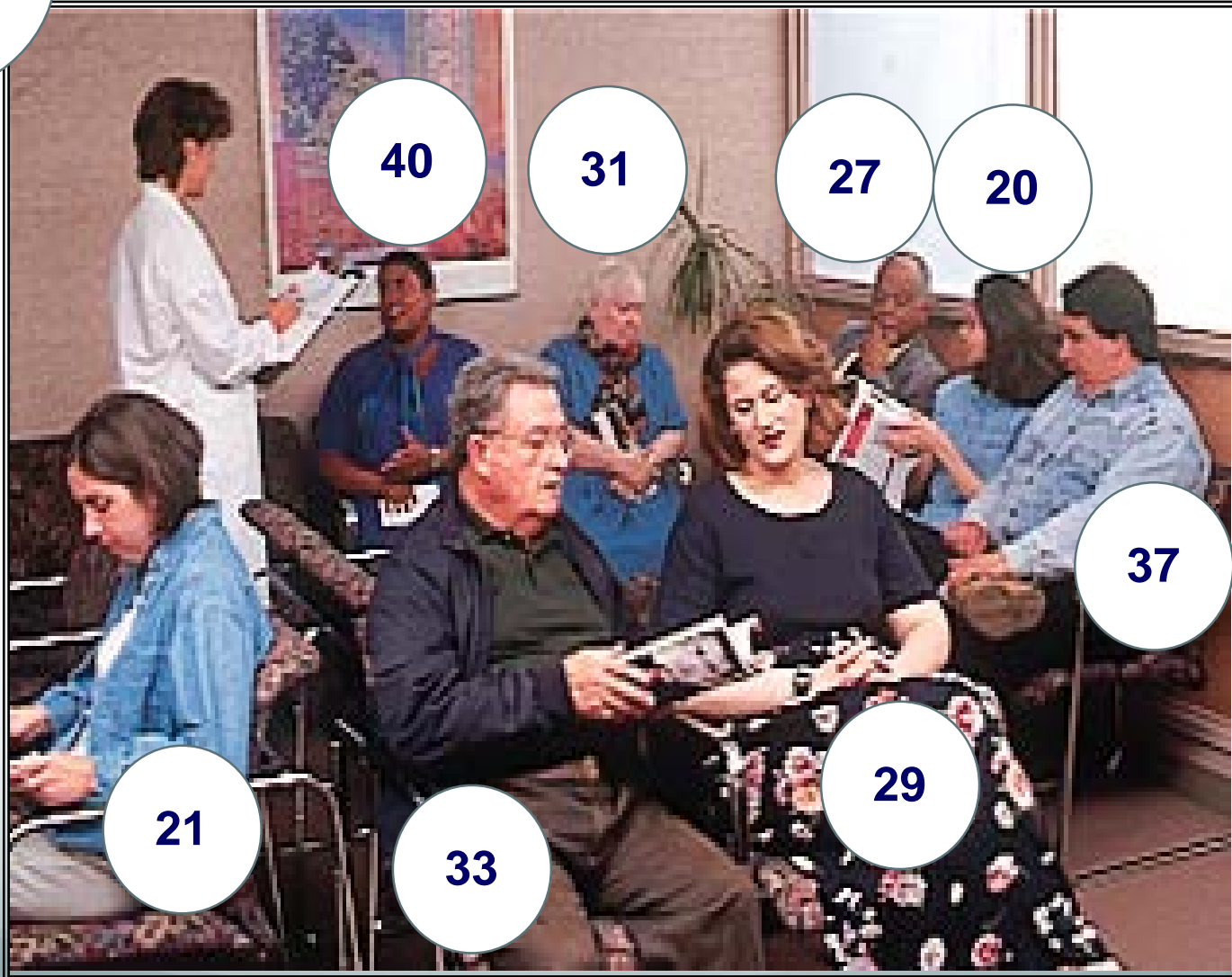
Index de masse corporelle (IMC)

Poids (kg) / grandeur x grandeur (m²)

Définitions

- Surpoids IMC > 25
- Obésité (Classe 1) IMC > 30
- Obésité morbide (Classe 2) IMC > 35
- Obésité chirurgicale (Classe 3) IMC > 40
- Super obésité IMC > 50

IMC



Indications

- IMC > 40 ou 35 avec comorbidités
- Essai médical échoué
- Risque chirurgical acceptable
 - Âge < 65 ans
 - Espérance de vie > 5 ans
- En mesure de comprendre et de respecter les consignes post-op (motivation et observance)

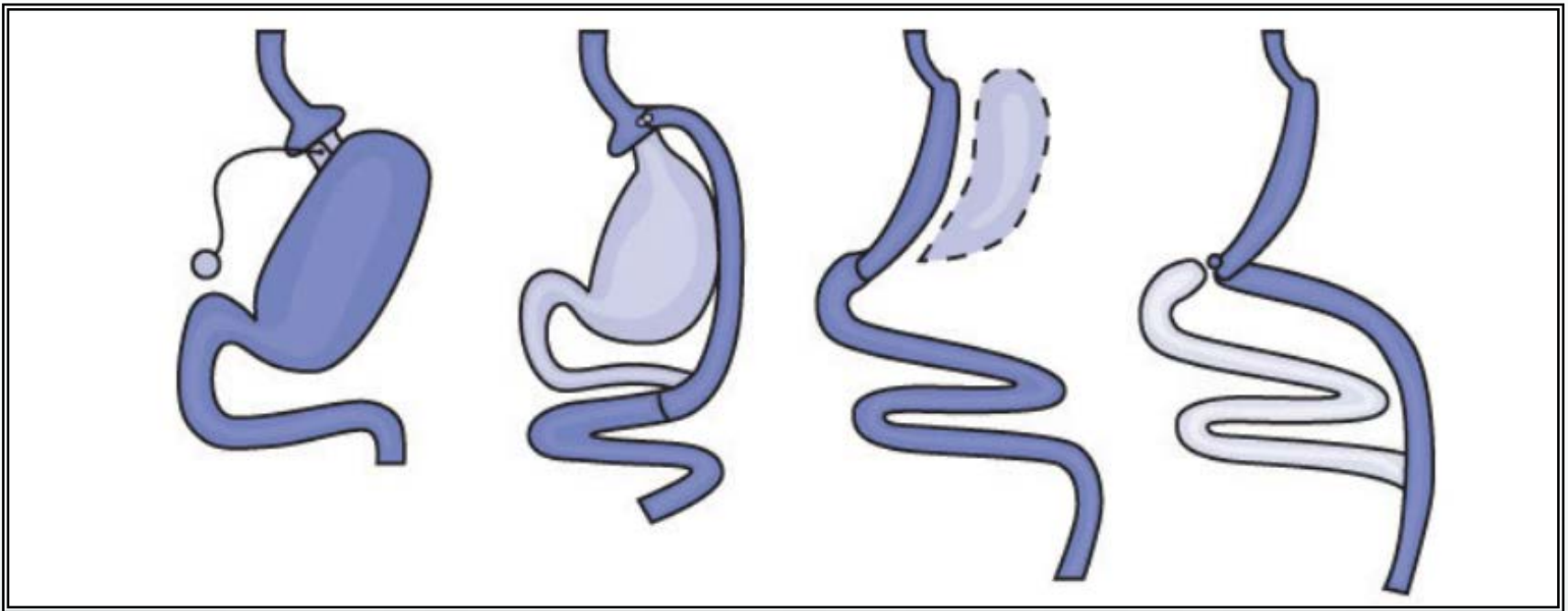
Contre-indications « absolues »

- Cancer actif
- Cirrhose Child-Pugh C
- Instabilité psychique
- Toxicomanie
- Alcoolisme
- Narco dépendance
- Tabagisme (incoercible)

Contre-indications « relatives »

- M.i.i. (Crohn, Colite Ulcéreuse)
- Mx Coeliaque
- Allergies alimentaires multiples, intolérances vitamines
- Cirrhose (Child-Pugh B)
- PMD lithium dépendant?
- Tr. de personnalité limite?
- Syndrome Prader Willi?
- Syndrome colon irritable
- Fibromyalgie

4 chirurgies à connaître



Bande

DG

Sleeve

DBP

Types de chirurgies au Québec

Site	Bande	Sleeve	DG	DBP
IUCPQ		X	X	X
Rimouski	X	X		
Rivière du Loup	X	X		
Saguenay		X		X
Roberval	X	X		
Drummondville	X	X		
Sherbrooke		X	X	
Joliette		X		
Laval	X	X	X	
Longueuil	X	X	X	
Sacré-Cœur		X	X	X
McGill		X	X	X
Val d'Or		X	X	

Quelle opération choisir?

- Complications
 - Immédiates / tardives
- Efficacité
 - Perte / maintien
- Résolution des comorbidités
- Effets secondaires
- Mortalité
- Autres considérations

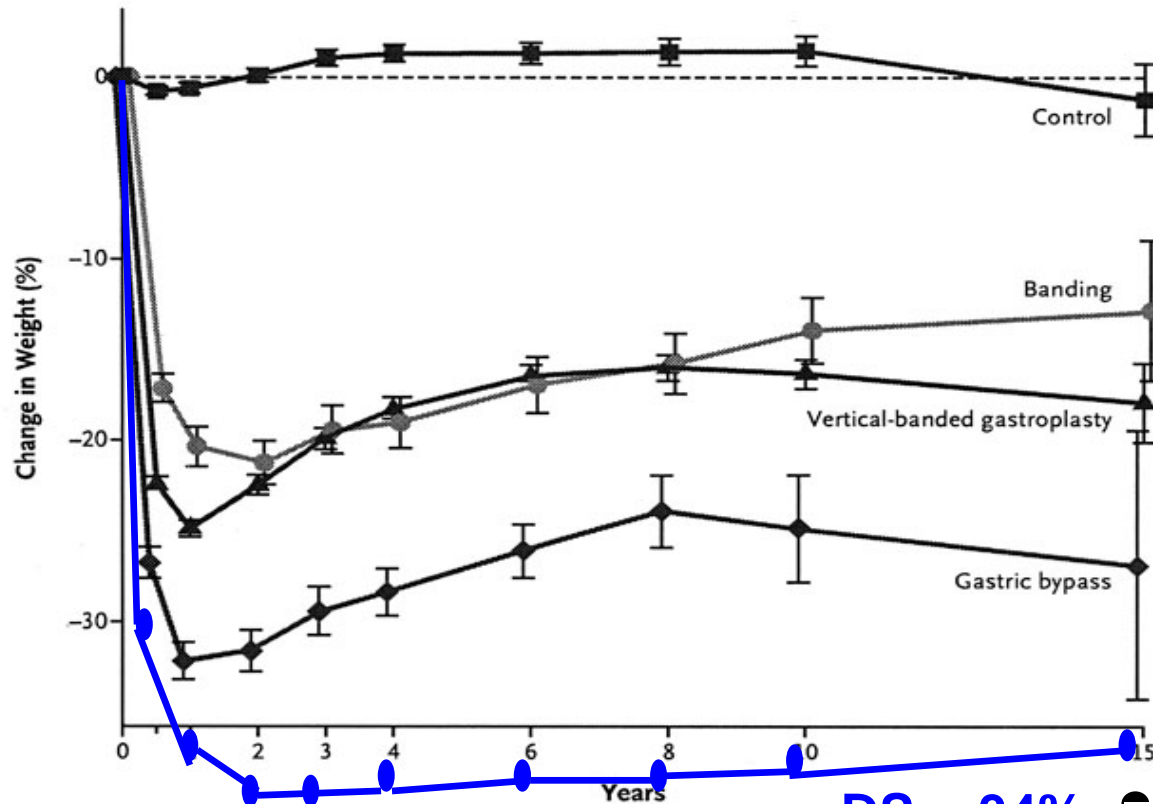
Complications

- Immédiates (30 jours)
 - Bande < Sleeve < DG < DBP
- Tardives (réopérations)
 - Sleeve < DBP = DG < Bande
- Tardives (réopérations et regain de poids ++)
 - DBP < Sleeve < DG < Bande

Perte de poids

Opération	Perte de l'excès de poids	Perte du poids total
Bande Gastrique	46%	20-30%
Gastrectomie Pariétale (Sleeve)	50%	20-30%
Dérivation gastrique (DG)	62%	30-40%
Dérivation Biliopancréatique (DBP)	70%	30-50%

S.O.S. perte de poids



No. Examined

Control	2037	1768	1660	1553	1490	1281	982	886	190
Banding	376	363	357	328	333	298	267	237	52
Vertical-banded gastroplasty	1369	1298	1244	1121	1086	1004	899	746	108
Gastric bypass	265	245	245	211	209	166	92	58	10

Figure 1. Mean Percent Weight Change during a 15-Year Period in the Control Group and the Surgery Group, According to the Method of Bariatric Surgery.

I bars denote 95% confidence intervals.

Table 2 – Bariatric Surgical Procedures: Weight Loss and Comorbidities at 2 Years

Operation	%EBWL (% Excess Body Weight Loss)	Diabetes resolved	Hyper- cholesterolemia improved	Hypertension resolved	Sleep apnea resolved
LAGB (Laparoscopic Adjustable Gastric Banding)	45-50%	47.8%	71.1%	38.4%	94.6%
RYGB (Roux-en-Y Gastric Bypass)	60-70%	83.8%	93.6%	75.4%	86.6%
BPD ± DS (Biliopancreatic Diversion with or without duodenal switch)	70-80%	97.9%	99.5%	81.3%	95.2%

Taux de résolution des comorbidités DBP-DS Laval

- Diabète 91%
- Apnée du sommeil 86%
- Hypertension 55%
- Dyslipidémie 95%

Inconvénients

« Effets secondaires »

- N/V intermittents
- Syndrome de chasse
- RGO, dyspepsie, ulcus peptique
- Ballonnements / gaz malod.
- Diarrhée / stéatorrhée
- Douleurs abdominales
- Prise de vitamines, minéraux

Qualité de vie

Amélioration globale de la qualité de vie

Les effets secondaires sont perçus le plus souvent comme acceptables et facilement tolérables par le patient qui a bénéficié d'améliorations importantes de son quotidien par la perte pondérale.

Health Qual Life Outcomes, 2011 Aug 15;9;66

The Laval Questionnaire: a New Instrument to Measure Quality of Life in Morbid Obesity.

Therrien F, Marceau P, Turgeon N, Biron S, Richard D, Lacasse Y.

Mortalité immédiate

La mortalité post-op immédiate est à la baisse pour toutes les interventions.

- 0.1% Centre d'excellence 2010
- 0.2% National Bariatric Surgery Registry UK
- IUCPQ < 0.1% depuis 5 ans

Bande < Sleeve < Dériv. gastr. < DBP

La survie est améliorée

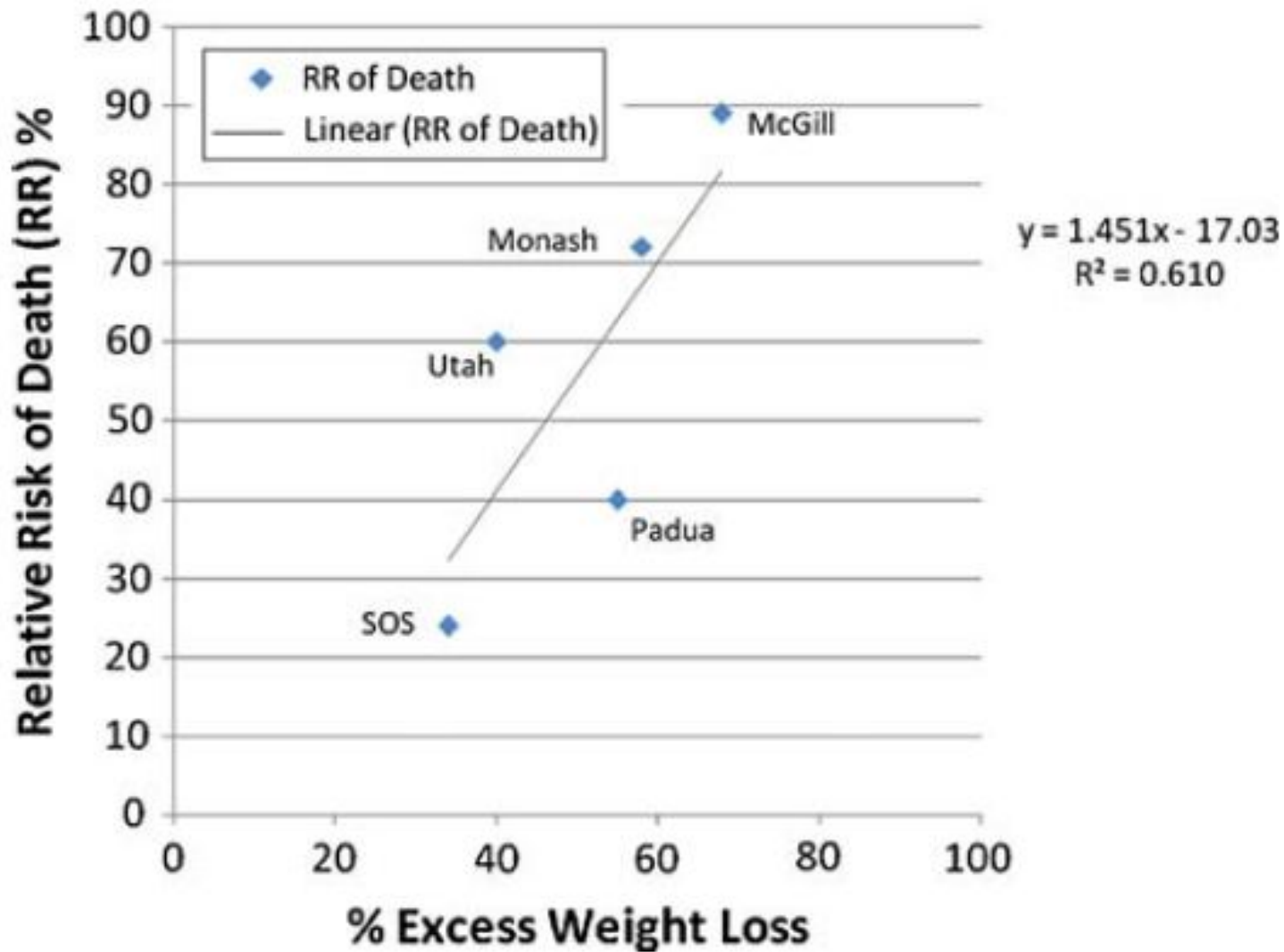
- « Long-term mortality after gastric bypass surgery »
 - Adams TD et coll., Utah
 - Diminution 40% mortalité globale après 7 ans
- « Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects »
 - Sjostrom L et coll.
 - 101/2010 VS 127/2037 R.R 0.76

N Engl J Med 2007 Aug



rr mortalité VS perte de poids

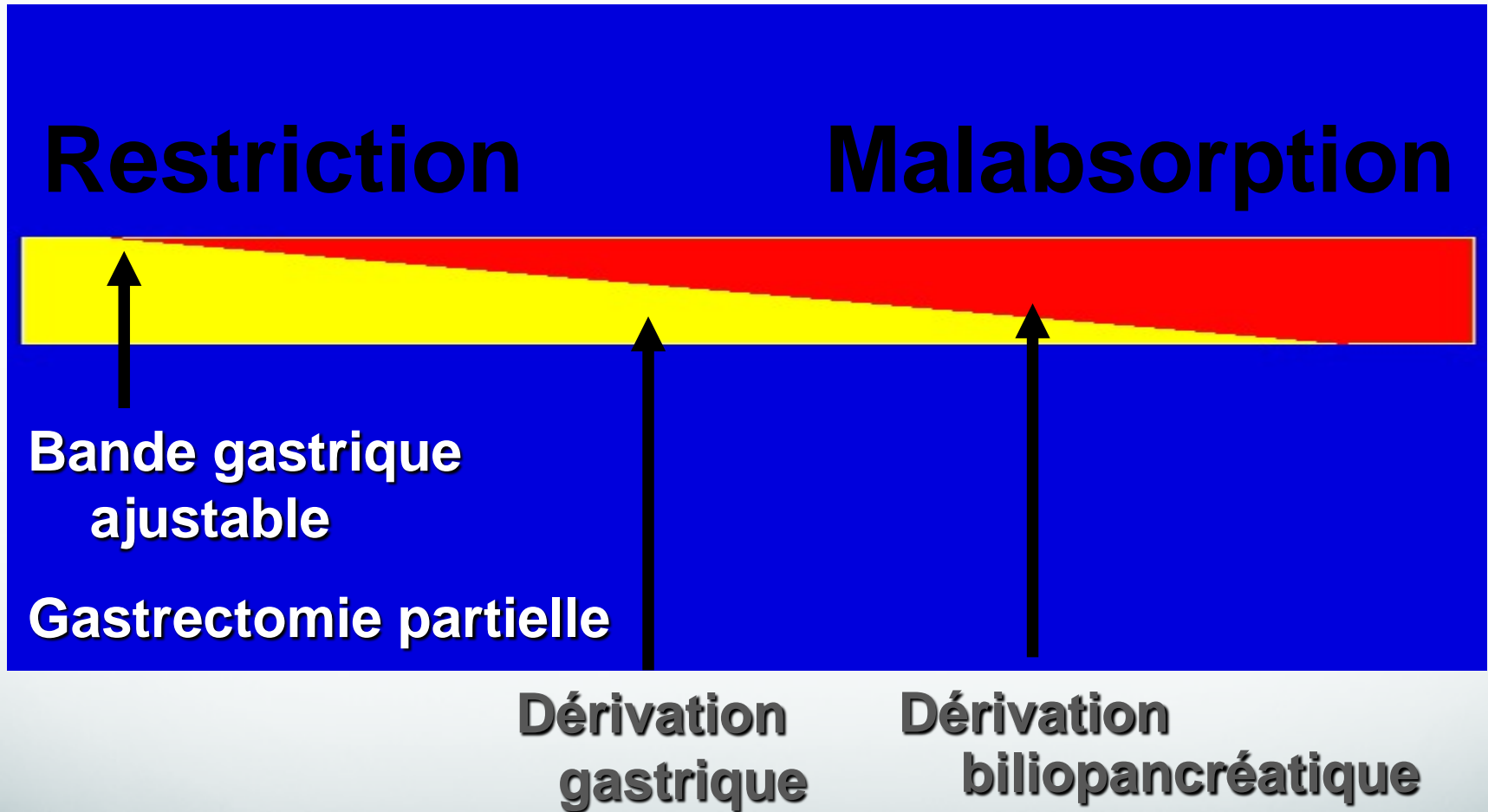
% de baisse du risque de mortalité



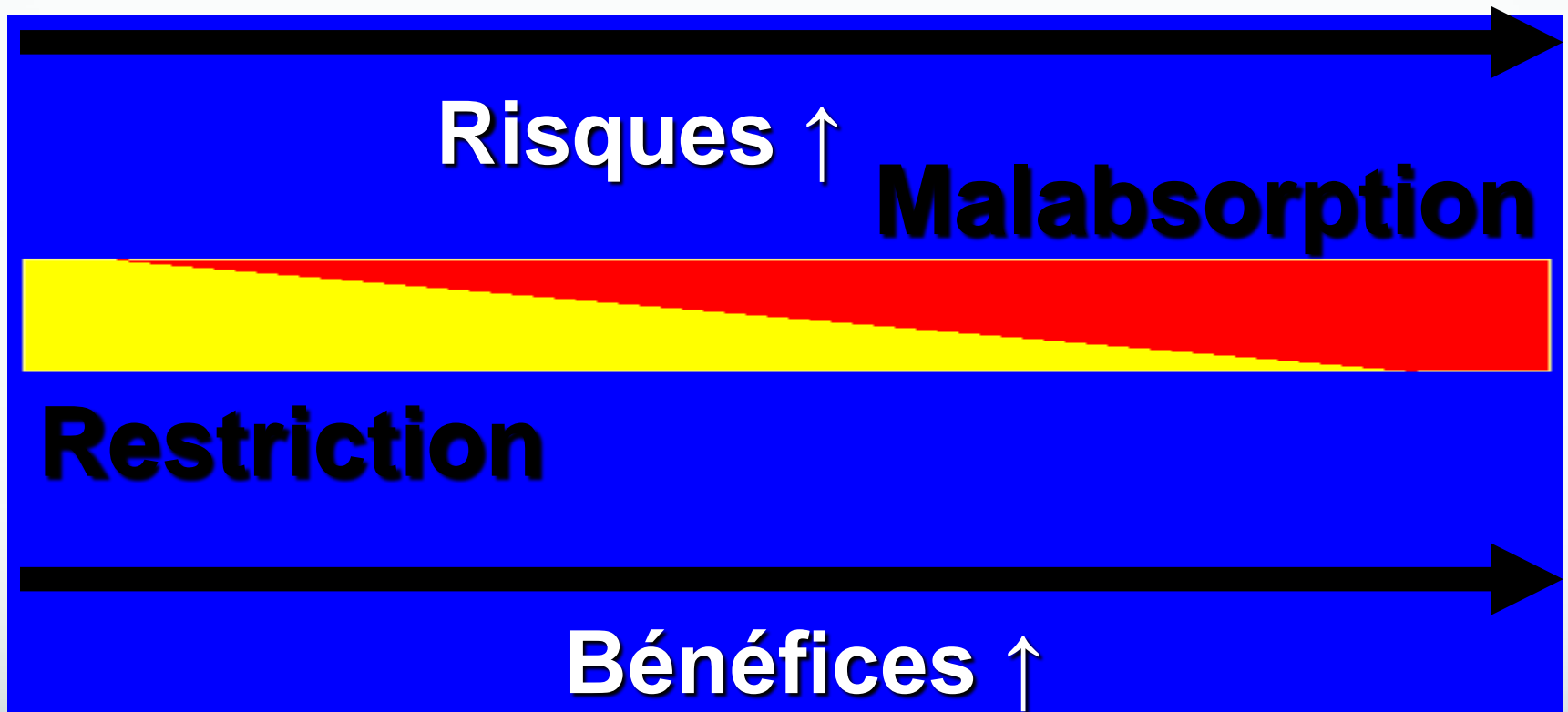
Autres considérations

- Coût
- Durée opératoire
- Ressources hospitalières
- Exigences du suivi
- Principe du traitement en étapes
 - Pour minimiser les risques
 - Pour tester la compliance
- Progéniture

Types de chirurgies



Types de chirurgies



Cas 1

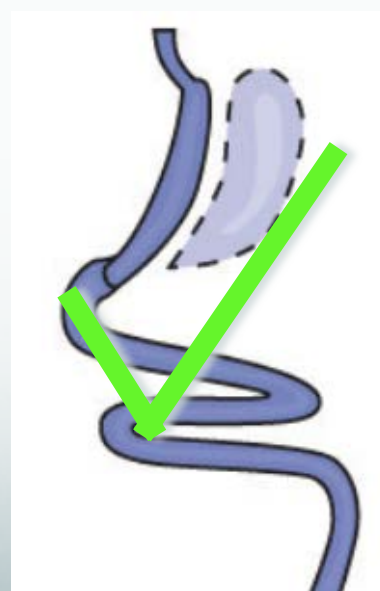
- Une compta de 22 ans
- IMC 45
- Motivée ++
- Inquiète des risques (peur de l'anesthésie)
- Aimerait revenir à « son poids idéal »



BANDE



DG



SLEEVE



DBP

Cas 2

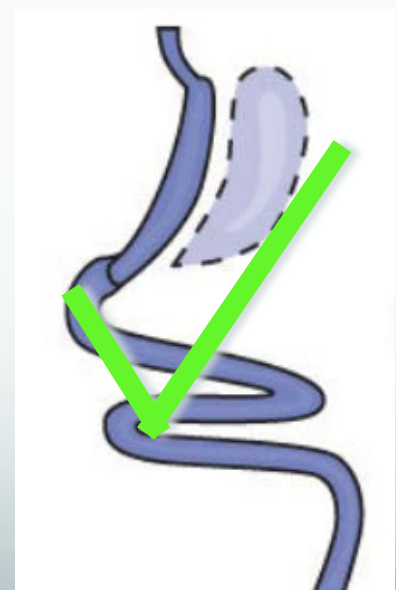
- Un camionneur de 62 ans
- IMC 49
- MCAS (2 tuteurs)
- Diabétique 2 sous insuline * 4 ans
- SAHS (ne tolère pas CPAP)
- Résection sigmoïde (diverticulite)
- Fume ½ paq/jour, accepte de cesser si exigé
- AINS pour arthrose
- *Veut la meilleure opération!*



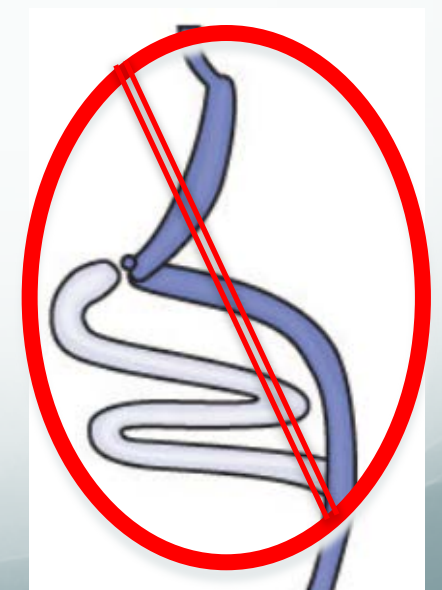
BANDE



DG



SLEEVE



DBP

Cas 3

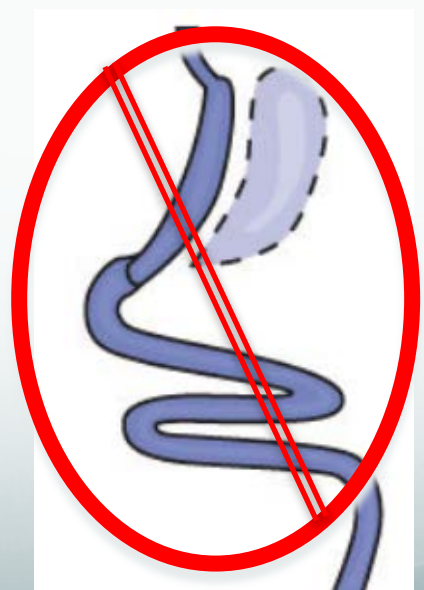
- Une patiente de 52 ans
- IMC 51
- HTA / Diabète 2 * 10 ans / Dyslip
- RGO avec œsophagite gr. 1-2
- Syndrome colon irritable
- Post HAT-SOB / hernie incisionnelle
- *Voudrait la chirurgie que sa sœur a eu, i.e. DBP*



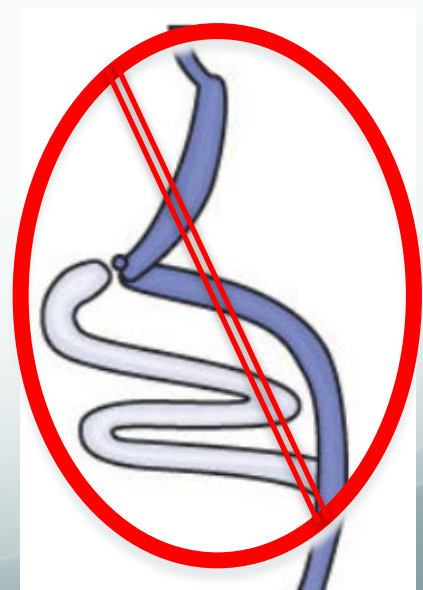
BANDE



DG



SLEEVE



DBP

Cas 4

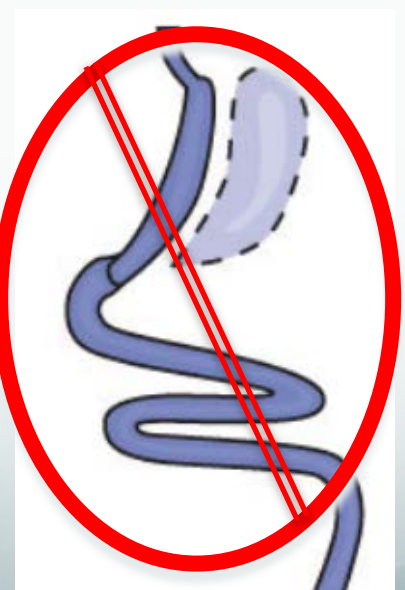
- Une patiente de 19 ans avec ses parents
- IMC 62
- Syndrome Prader Willi
- Diabète (fait ses glycémies elle-même)
- Difficulté d'hygiène
- *Les parents craignent que si le poids augmente, son autonomie relative sera compromise.*



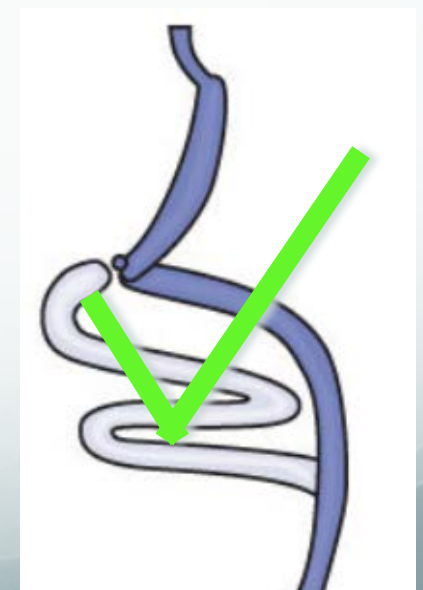
BANDE



DG



SLEEVE



DBP

Cas 5

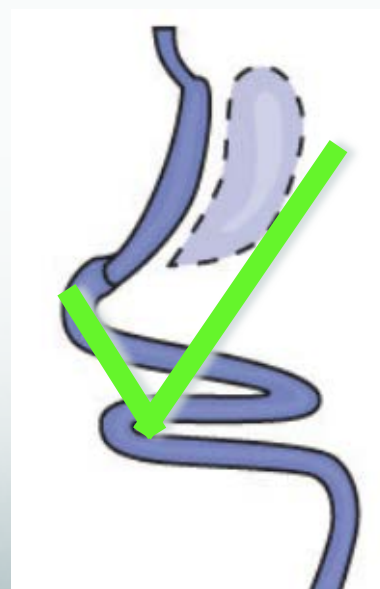
- Une patiente de 28 ans
- IMC 40
- Diabète de type 1 (bien contrôlé)
- HTA, dyslipidémie
- *Aimerait pouvoir suivre ses deux enfants (4 et 6 ans) et s'inquiète de ses risques d'atteinte cœur/rein/yeux.*



BANDE



DG



SLEEVE



DBP

Cas 6

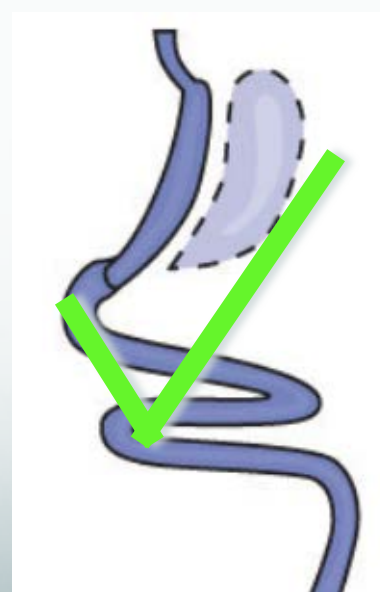
- Une patiente de 44 ans
- IMC 38
- Trouble de personnalité limite
- Pseudotumeur cerebri, réfractaire et menace de cécité selon neuro-ophtalmologue
- Narcotique pour céphalée secondaire
- *Ne veut pas devenir aveugle!!*



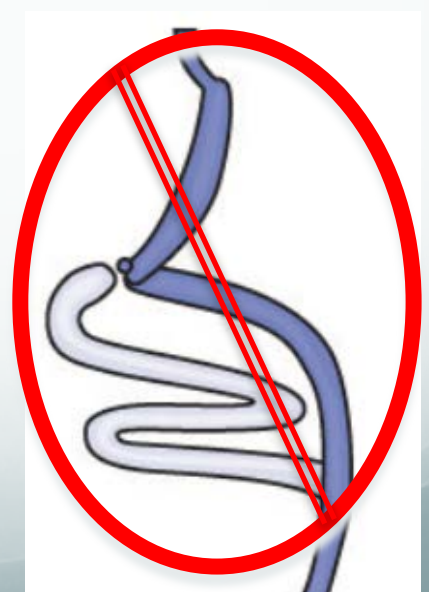
BANDE



DG



SLEEVE



DBP

Conclusion

- La chirurgie bariatrique est le seul traitement éprouvé pour le traitement de l'obésité sévère.
- Lorsqu'elle est indiquée, le choix du type appartient au patient informé et au chirurgien (et son équipe) qui assurera le suivi à long terme.
- Le suivi à long terme est essentiel pour le prévenir et/ou corriger les carences vitaminiques et le regain pondéral pour les chirurgies moins invasives.

Merci pour votre attention!

Et merci à toute notre équipe!

Symposium bariatrique IUCPQ 2015