



Ateliers

LLN 2022

Cas clinique

BARIATRIQUE

Source principale

Duboc H, Gatta-Cherifi B. Les complications médicales à long terme de la chirurgie bariatrique. Hépatogastro-entérologie et Oncologie Digestive 2021 ; 28 : 1001-1010. doi : 10.1684/hpg.2021.2233

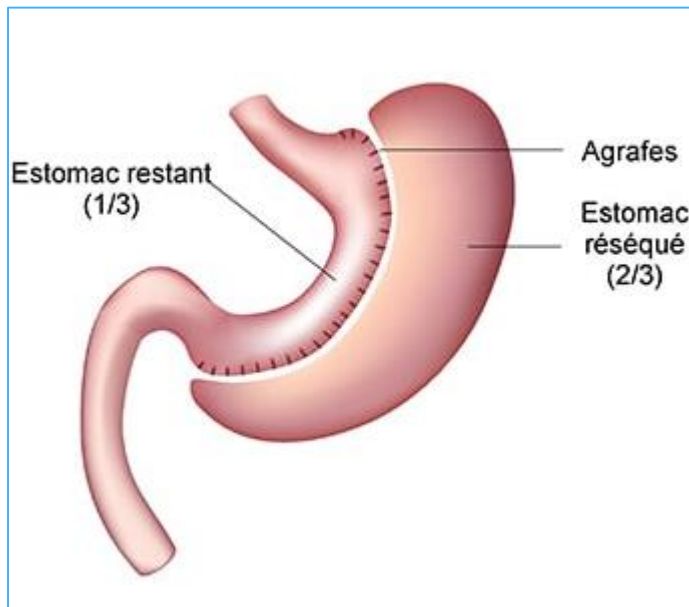
Liens d'intérêts

- NEANT

Cas clinique

- Patiente de 26 ans
- Aucun traitement ni suivi
- Consulte pour sensation de brûlures et d'étouffement nocturne, dort assise
- Reflux gastro-œsophagien invalidant
- Il y a 9 mois: sleeve gastrectomy
 - ✓ aucun symptôme avant la chirurgie
 - ✓ OGD normale en pré-op, Hp nég

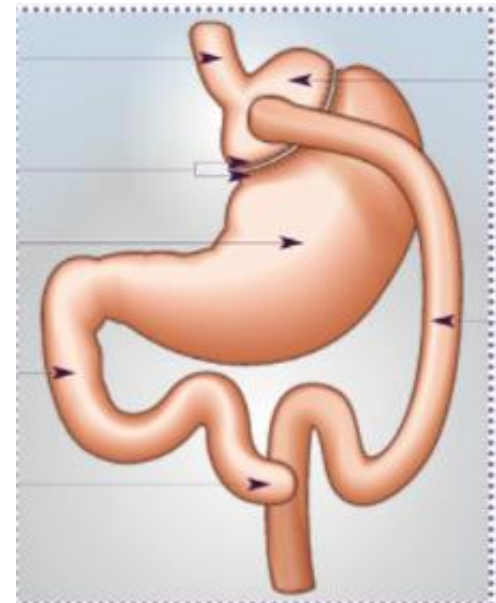
Sleeve gastrectomy



25%

Perte de poids à 1-2 ans

Bypass



30%

Cas clinique

- Avant chirurgie: poids 129 kg, taille: 173 cm, IMC 43,1
- Après chirurgie: poids 72 kg, IMC 24, soit **perte de 44 % du poids corporel en 9 mois**
- Elle vient vous voir car son chirurgien conseille une endoscopie digestive haute mais elle ne veut pas et a peur de l'examen

Cas clinique: question 1

- Devant ce RGO, quelle est la cause la plus probable?

1. Sténose médio-gastrique
2. Gastroparésie post-opératoire
3. RGO de novo
4. Gloutonnerie
5. Dumping syndrome tardif

Discussion

- **Satiété précoce**

- ✓ Fréquent après toute chirurgie bariatrique
- ✓ Fractionner les repas (4-6/j)

Discussion

- **Dumping syndrome**

- ✓ Précoce: 5-10% < 30 min après le repas, sans hypoglycémie
 - Arrivée rapide d'aliments hyperosmolaires dans jéjunum
 - Symptômes
 - Satiété précoce
 - Crampes abdominales, nausées et diarrhée
 - Trouble vaso-moteurs : flush, palpitations, vertiges, besoin de s'allonger
 - Traitement
 - Elimination sucres rapides (sodas!) et alcool
 - Fractionnement des repas, bien mastiquer, prendre le temps
 - Acarbose pour ralentir l'absorption des sucres rapides
- ✓ Tardif : 0,5% > 90 min après le repas, avec hypoglycémie
 - Symptômes
 - Adrénergiques ou neuroglycopéniques
 - Glycémie <50 mg/dL

Discussion

- Le **RGO de novo** après sleeve est une complication classique
- Pas de facteur prédictif de l'apparition de RGO post-op, même si impédancemétrie pré et post-op
- Anamnèse en faveur du RGO:
pyrosis , régurgitations, syndrome postural
- Traitement de première intention: IPP
- Si RGO réfractaire: rechercher complication mécanique

Cas clinique

- On retient l'indication de gastroscopie encore refusée par la patiente.
- Elle préfère se soigner avec des plantes mais on la convainc d'utiliser des **IPP**. Elle n'a pas d'autre R/
- Deux mois plus tard , le traitement avec les IPP améliore les symptômes de pyrosis mais elle a de plus en plus de mal à s'alimenter,
- Elle pèse 58 kg(IMC 19,4), elle s'inquiète des réflexions de l'entourage du fait de sa maigreur et se sent faible, elle **vomit!**

Cas clinique: question 2

Que proposez-vous en traitement outre les IPP?

1. Rien de particulier puisqu'il s'agit uniquement d'une chirurgie restrictive
2. Supplémentation par multi-vitamines pendant la période de perte de poids
3. Supplémentation par multi-vitamines pendant toute la vie
4. Bilan biologique tous les 3 à 6 mois post –opératoire
5. Pas de supplémentation en l'absence de signes cliniques de carences

Discussion

- Evaluation nutritionnelle, vitaminique, clinique et biologique recommandée à 3, 6, 12 mois post-op, ensuite 1 fois par an
- Également en pré-op avec substitution des éventuelles carences
- Evaluation des apports protidiques: 0,8g/kg/j. Si nécessaire, ajouter des compléments protidiques
- Les carences ne sont pas uniquement liées à la malabsorption ou au bypass:

Sleeve: \uparrow pH, \downarrow FI: carence en Fer, Ca, Vit B1 et B12

Contrôles biologiques

- Bilan martial
 - Hémogramme
 - Albumine, préalbumine
 - Calcium, Zinc, Sélénium
 - Vitamines D, B1, B6, B12, ac folique
 - PTH
-
- ! Grossesse déconseillée dans les 12 mois post bypass car si carence en folate, risque de spina bifida

Discussion

- Avant et pendant la perte de poids, supplémentation vitaminique systématique (dont Vit B1!) quel que soit le type de chirurgie bariatrique
- Signes cliniques souvent tardifs
- Hydratation suffisante

Supplémentation

- **Post by-pass**

- Multivitamines
- Fer
- Citrate de Calcium
- Vit D
- Vit B12

- **Post sleeve ou anneau**

- Multivitamines **pendant la perte de poids**
- Fer
- Vit D selon dosage
- Vit B12

Que penser de la perte de poids?

- Sa perte de poids correspond à celle attendue après 9 mois (nadir pondéral)
- Identique à celle d'un bypass
- Résultat hétérogène mais en moyenne -25% à 1-2 ans après sleeve
- ! Si perte de poids trop rapide $> 2,5$ kg/sem et/ou 10% du poids corporel en 1 mois:
vomissements? complications mécaniques? apports caloriques suffisants?
- Reprise de poids à 10 ans: 20-25% du poids perdu

Cas clinique

- 2 mois plus tard, la patiente revient car la perte de poids se poursuit
- La patiente signale des vomissements répétés et de l'intolérance alimentaire
- Elle accepte enfin la gastroscopie

Cas clinique: question 3

A quoi s'attendre lors de la gastroscopie?

1. Sténose médio-gastrique
2. Fistule sur le trajet des agrafes
3. Œsophagite peptique sévère
4. Stase gastrique
5. Glissement sus-cardial du montage de la sleeve

Sténose médio-gastrique

OGD: sténose franchie avec ressaut et œsophagite de grade D



Sténose médio-gastrique

- ✓ Complication sévère mais non exceptionnelle (0,7-4%)
- ✓ Diagnostic retardé en post-opératoire
- ✓ Agrafage trop serré ou en rotation ou « avec le temps »
- ✓ Symptômes: intolérance alimentaire et vomissements avec perte de poids incontrôlable
- ✓ Diagnostic : gastroscopie et /ou RX OED transit
- ✓ Traitement:
 - dilatation hydrostatique 2-3 séances: efficacité 56-88%
 - Si échec, conversion en bypass

TAKE HOME MESSAGES

- **SURVEILLANCE A VIE MEME POUR UNE SLEEVE!!**
- **Correction systématique des carences vitaminiques en pré-op ET en post-op**
 - ✓ Si carence sévère en Vit B1: complications neurologiques gravissimes!!
- **Contrôles biologiques réguliers indispensables**
 - ✓ Fer, Zinc, Calcium, folates, vit B12, Vit B1, D, albumine,...