

JRO BFC 2025



Flash info



Recommandations HAS 2024 PEC chirurgicale de l'adulte



Pr Marie-Claude Brindisi
PU-PH Nutrition
CSO Bourgogne/CHU Dijon



Recommandations HAS 2024

PEC chirurgicale de l'adulte



RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

FICHE

Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux

PARTIE II : pré et post chirurgie bariatrique

Validée par le Collège le 8 février 2024

Fiche synthétique 7 pages

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Obésité de l'adulte :
prise en charge de
2e et 3e niveaux

160 Recommandations 51 pages

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

Obésité de l'adulte :
prise en charge de
2e et 3e niveaux

Argumentaire 546 pages



Caisse nationale

RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

SYNTHÈSE

Guide du parcours de soins :
surpoids et obésité de l'adulte

Validée par le Collège le 11 janvier 2023

Mis à jour en févr. 2024



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Chirurgie de l'obésité
Ce qu'il faut savoir avant de vous décider

Juillet 2024

Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux

PARTIE II : pré et post chirurgie bariatrique

Validée par le Collège le 8 février 2024

160 recommandations qui ont mis à jour de façon très détaillée :

1. Les indications et contre-indications de la chirurgie bariatrique (CB) ;
2. Le parcours pré CB et les prérequis indispensables en ce qui concerne l'évaluation médicale du patient, la préparation diététique, comportementale et psychologique ;
3. Le parcours post CB et l'implication des professionnels de niveau 1 en partenariat avec l'équipe qui a réalisé la CB;
4. Les points de vigilance concernant les ATCD psychologiques et psychiatriques (TCA, addictologie) dans le suivi pré et post opératoire ; concernant également les modifications pharmacodynamiques des traitements en post CB, les patients atteints de diabète et les femmes jeunes en âge de procréer ;
5. La définition et la prise en charge de l'échec de la CB

Indications : seuil d'IMC



IMC : ≥ 40 KG/M²

IMC : ≥ 35 KG/M²
+ MALADIES ASSOCIÉES
À L'OBÉSITÉ

ÉCHEC DE 6 MOIS
DE PRISE EN CHARGE
NUTRITIONNELLE

Quid de la chirurgie entre 30 et 35 kg/m²

ÉVALUER
LES TECHNOLOGIES DE SANTÉ

RAPPORT
D'ÉVALUATION

Chirurgie
métabolique :
traitement
chirurgical du
diabète de type 2

Pas assez de données pour
les autres complications métaboliques



Indications : IMC ≥ 35 kg/m² et comorbidités



DT2



SAOS
IAH ≥ 15 /h



Asthme
*Après avis
pneumo, ORL,
allergo*

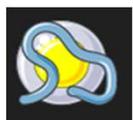
- Réduction des TT de l'asthme
- Amélioration de :
 - l'hyperréactivité bronchique
 - de la fonction pulmonaire
- Réduction des hospitalisations pour asthme grave



**HTA
traitée**

MASH* ou fibrose quel
que soit le stade

**diagnostic histologique
(stéatose isolée n'est pas une
indication)*

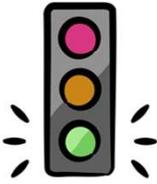


**Dyslipidémie :
hyper-Tg >5 g/l et
résistante au
traitement**



Cirrhose child A
Après avis hépatologue

Indications : IMC ≥ 35 kg/m² et comorbidités



SOPK

**Problème de fertilité
avec projet d'AMP**

Avis service AMP

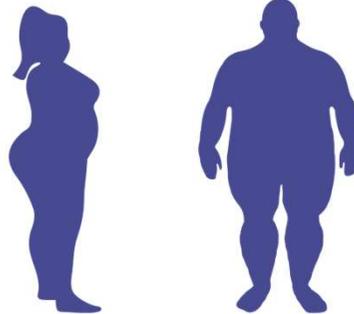
Incontinence urinaire invalidante

Ne répondant pas aux
traitements médicamenteux
Après avis gyneco/uro



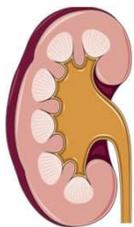
**Gonarthrose,
coxarthrose,
Lombalgies chroniques
invalidantes**

Avis rhumato/ortho



**Hernie pariétale ou
éventration symptomatique
ou complexe**

**HTIC idiopathique
résistante aux ttt**



Maladie rénale chronique

Jusqu'au stade d'IRC modérée (3A ou B), voire IR sévère ou terminale avec projet de greffe

Avis du néphrologue

Recherche sarcopénie en amont

Contre-indications



TROUBLES
PSYCHIATRIQUES GRAVES

TROUBLES DU
COMPORTEMENT
ALIMENTAIRE NON TRAITÉS

TOXICOMANIE

CONTRE INDICATIONS
ANESTHÉSIIQUES

MALADIES INCURABLES

Grossesse en cours

Age \geq 70 ans

La chirurgie bariatrique est envisageable entre l'âge de **60 ans et 70 ans** mais doit prendre en compte l'augmentation du **risque de morbi-mortalité post-opératoire** après 60 ans, la **moindre efficacité** de la chirurgie sur le poids et le risque de majoration d'une **sarcopénie**



RCP chirurgicale de recours obligatoire, coordonnée par le CSO

Handicap moteur avec ou sans paraplégie

IMC ≥ 60 kg/m²

Antécédents d'anorexie mentale ou de boulimie

Déficiência intellectuelle avérée

Obésités de causes rares:

(obésité syndromique ; obésité monogénique non syndromique ; obésité hypothalamique liée à une altération anatomique de l'hypothalamus ; obésité hypothalamique du syndrome ROHHAD)

Hypoglycémies réfractaires aux thérapeutiques disponibles

Fiche RCP de recours type post SOFFCOMM avec informations requises, et présence des soignants requise: en attente SOFFCOMM 2025

Adaptation des ttt post chirurgie

Antidiabétiques

Hypolipémiants

Anti HTA

Antalgiques

Anticoag: AVK oui, NACO non

Psychotropes

LVTX

Immunosuppresseurs

Antirétroviraux

Adaptation des TT des comorbidités

Traitements anti-diabétiques

Tableau 2. Résumé de l'adaptation des traitements médicamenteux du diabète de type 2 en péri-opératoire d'une chirurgie bariatrique

Chez le patient atteint de DT2	Préopératoire	Post-opératoire
Metformine	J-1	A partir de J3 (fonction de la tolérance et de la fonction rénale)
Sulfamides hypoglycémiants	J0	Ne pas reprendre
Inhibiteur de la DPPIV	J0	A partir de J3 (si nécessaire en association avec metformine)
Analogues du GLP1	J0 pour les formes quotidiennes et J-7 pour les formes hebdomadaires	Ne pas reprendre (la reprise peut être discuté à partir de 6-12 mois)
ISGLT2	J-1	Ne pas reprendre avant reprise d'une alimentation « normale » (à partir de 1 mois si nécessaire)
Insuline lente	J-1	Réduction des doses de moitié à J1
Insuline Rapide	J0	Ne pas reprendre sauf si hyperglycémie persistante (à moitié de dose par rapport au préopératoire)

RDV de suivi rapide avec Diabétologue si patient traité à l'insuline
Pour les autres: RDV médecin généraliste à 1 mois

Traitements anti-HTA

Amélioration rapide de la TA

Attention aux bêtabloquants (bradycardie avec amaigrissement) et diurétique (K+)

Surveillance à moyen et long terme car récidive

Traitements dyslipidémie

Prévention laire: réduire les statines (/2) et ajuster au LDL-C et risque CV à 6 mois puis annuellement

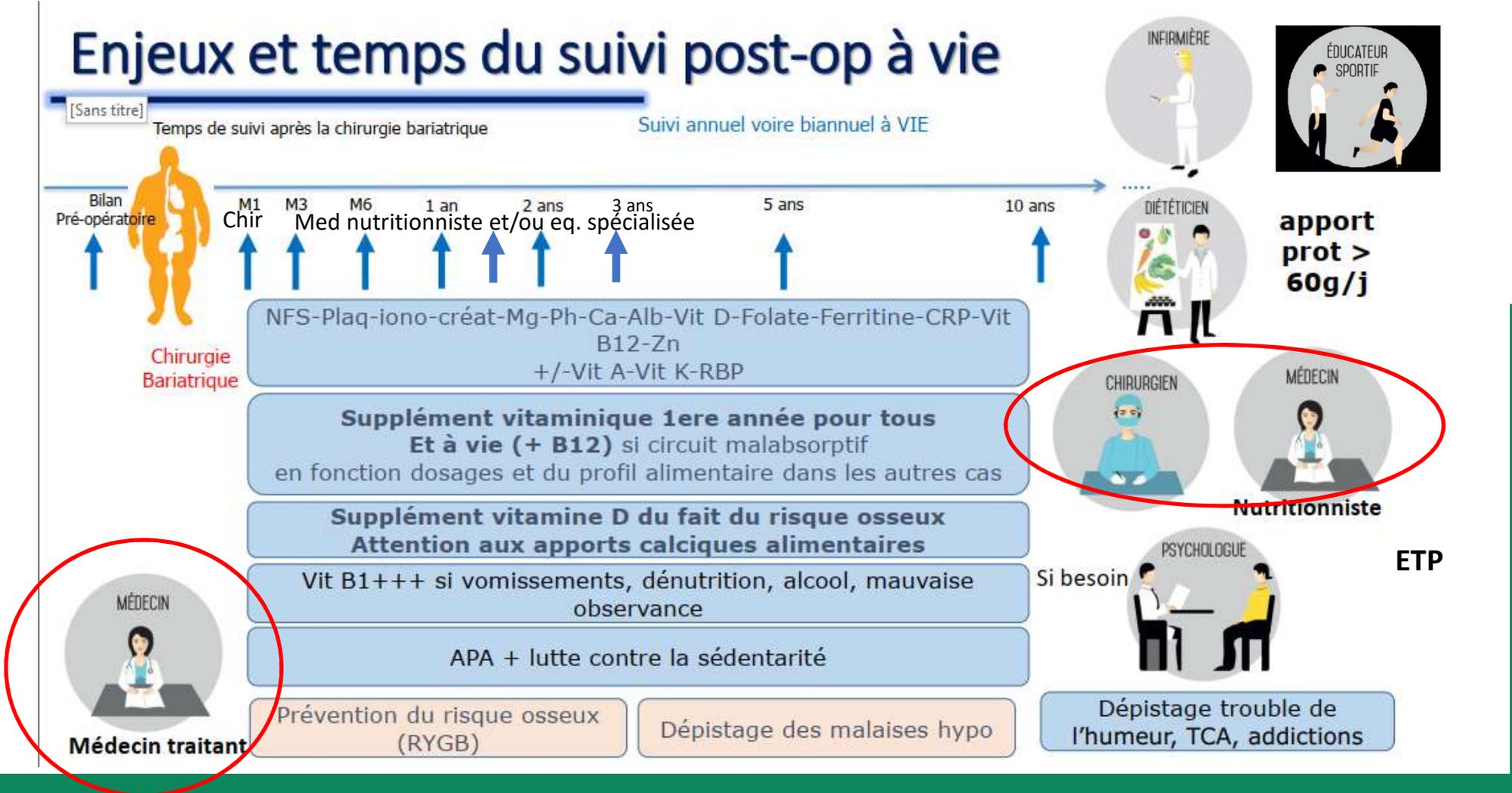
Prévention Iliaire: pas de réduction mais ajustement au LDL-C (tous les 3 mois pdt 12 mois puis annuellement)

Enjeux et temps du suivi post-op à vie

[Sans titre]

Temps de suivi après la chirurgie bariatrique

Suivi annuel voire biannuel à VIE



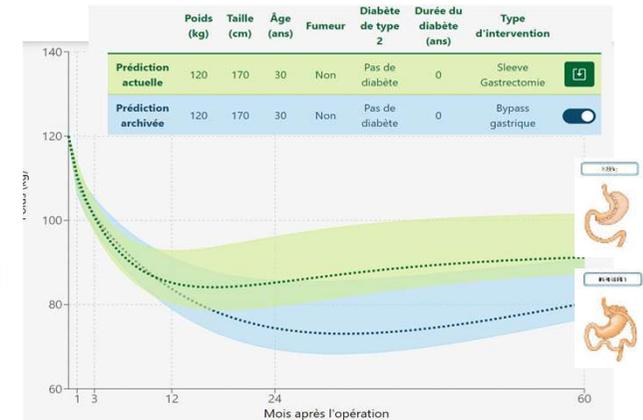
À intervalles réguliers au début, adaptation des ttt, puis à partir de la 3eme année: 1 à 2 fois/an à vie, cs spécifique

Définition et prise en charge de l'échec

- une reprise de poids d'environ 10 % du poids total perdu* (par rapport au poids initial documenté juste avant la chirurgie) entre 2 et 5 ans est un phénomène attendu de la chirurgie bariatrique.

L'échec de la chirurgie bariatrique est défini à partir de 2 ans de l'intervention (AE) :

- par une perte de poids totale < 10 % calculée selon la formule suivante à partir du poids au moment de l'intervention :
 - % perte de poids totale = (poids initial – poids postopératoire) / poids initial ;
- ou une reprise de poids aboutissant à une perte de poids totale < 10 % ;
- et/ou une absence d'amélioration ou une réaggravation sévère d'une comorbidité ayant motivé la chirurgie.



Proposition de prise en charge de la reprise de poids

- Compliances aux modifications thérapeutiques du mode de vie postopératoires (alimentation, activité physique et lutte contre la sédentarité)
 - Suivi diététique éventuel
 - Reprise d'APA
 - ETP à proposer ?
- Recherche variant voie leptine mélanocortine
- Survenue de symptômes d'anxiété ou de dépression
- TCA, Addictions
- TTT favorisant la prise de poids?
- Rechercher d'éventuelles modifications de l'anatomie gastro-intestinale
- Traitement médicamenteux de l'obésité ?
- Conversion bariatrique ?





Merci pour votre attention