

II Série • N.º 6 • Setembro 2008



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 6 • Setembro 2008

Revista Portuguesa de Cirurgia

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Les Contre-Indications de la Chirurgie Bariatrique

S. Msika, M. Coupaye

Colombes – France

“Reproduzido com autorização do “Journal de Coelio Chirurgie”, Copyright SREC diffusion”
Se este artigo for citado em qualquer futura publicação e/ou apresentação, deve ser usada como citação a publicação original:
Journal de Coelio Chirurgie n.º 64 – Dezembro 2007, 10-15

RÉSUMÉ

Les contre-indications à la chirurgie bariatrique sont nombreuses et doivent être reconnues sous peine d'échec de cette chirurgie. Les pathologies psychiatriques bénéficient au mieux d'une évaluation précise et répétée; elles conduisent à des contre-indications nombreuses mais qui ne sont pas toujours définitives; les addictions (alcoolisme et toxicomanie) sont des contre-indications claires; le reflux gastro-œsophagien est une contre-indication relative à certains types d'interventions en particulier restrictive, mais les explorations morphologiques gastro-entérologiques permettent de discuter au cas par cas; l'âge représente une contre-indication relative aux extrémités: chez l'adolescent, la chirurgie reste encore discutable, mais des évolutions sont attendues; chez le sujet de plus de 60 ans, c'est l'analyse du rapport bénéfice/risque qui permet de décider. Les pathologies abdominales, qu'il s'agisse de maladies inflammatoires du tube digestif, qui sont plus des contre-indications à une chirurgie de type court-circuit gastrique, ou qu'il s'agisse d'antécédents de chirurgie abdominale, doivent faire peser le geste opératoire avec attention. Toutes ces situations doivent être discutées de façon précise, au mieux au sein d'une équipe pluridisciplinaire de prise en charge globale de l'obésité.

SUMMARY

Contra indications to bariatric surgery are numerous and must be recognized under penalty of failure of this surgery. Psychiatric diseases pro fit as well as possible from a precise and repeated evaluation; they lead to many contraindications however not always final; the addictions (alcoholism and drug-addiction) are clearly contraindications; gastro-esophageal reflux is a relative contra indication to certain types of restrictive procedures but gastro-enterologic morphological explorations make it possible to discuss on a case-by-case basis; the age represents a relative contra indication particularly to the extremes: for the adolescent, the surgery remains still debatable, but evolutions are awaited; for a patient older than 60, it is the analysis of the benefit report/ratio risks which makes it possible to decide. Abdominal pathologies, such as inflammatory bowel diseases, which are bigger contraindications to gastric bypass, or antecedents of abdominal surgery, are situations that must be discussed in a precise way, at best within a multidisciplinary team invested in a global take over of obesity.

(**Key words:** Bariatric surgery, Contraindications, Psychiatric diseases, Gastro-esophageal reflux, Gastric bypass, Gastric banding)

RIASSUNTO

Le controindicazioni alla chirurgia bariatrica sono numerose e devono essere riconosciute, altrimenti si incorre nel fallimento di questa chirurgia. Le patologie psichiatriche beneficiano al meglio di una valutazione precisa e ripetuta; esse portano a controindicazioni numerose ma che non sono sempre definitive; le dipendenze (alcoolismo e tossicomania) sono controindicazioni chiare; il reflusso gastroesofageo è una controindicazione relativa a certi tipi di interventi in particolare restrittivi, ma le indagini morfologiche gastroenterologiche permettono di discutere caso per caso; l'età rappresenta una controindicazione relativa alle estremità: nell'adolescente, la chirurgia resta ancora discutibile, ma delle evoluzioni sono attese; nel soggetto con più di 60 anni, è l'analisi del rapporto rischio/beneficio che permette di decidere. Le patologie addominali, che si tratti di patologie infiammatorie dell'apparato digestivo, che sono più controindicazioni alla chirurgia tipo bypass gastrico, o che si tratti di antecedenti chirurgici, devono far pesare il gesto chirurgico con attenzione. Tutte queste situazioni devono essere discusse in maniera precisa, meglio in seno ad una equipe multidisciplinare di presa in carico globale.

Parole chiave: Chirurgia bariatrica; Controindicazioni; Problemi psichiatrici, Reflusso gastroesofageo, Bypass gastrico, Bendaggio gastrico)



L'obésité morbide, définie par un index de masse corporelle (IMC=poids (KG)/taille (m²)) supérieur à 40, est en progression constante dans le monde [1]. Ainsi, en France, elle a progressé en 5 ans pour passer de 0,3 à 0,6% de la population, sachant que 11,3% de la population a un IMC supérieur ou égal à 30. Sa prise en charge commence à préoccuper les pouvoirs publics, et des programmes de prévention ont été mis en place. De nombreuses stratégies thérapeutiques ont été proposées avec des résultats souvent décevants. Les différents types de régimes, même s'ils sont efficaces à court terme, ne permettent pas d'obtenir une perte de poids durable. L'intensification de l'activité physique est difficile à mettre en place et n'a que des effets modérés sur la perte de poids. Les différents médicaments proposés se sont révélés soit dangereux, soit, pour la plupart inefficaces. C'est pourquoi, la chirurgie de l'obésité s'est progressivement développée, aux Etats-Unis d'abord, puis en Europe où elle est en progression constante. Si de nombreuses publications font état des résultats de la chirurgie, si les indications sont décrites de manière consensuelle dans de nombreux textes de recommandations [2-4], les contre-indications à cette chirurgie sont souvent peu abordées et en tout cas n'ont pas fait l'objet de nombreuses publications. Elles sont pourtant assez bien définies, mais pour certaines ne doivent pas être considérées comme définitives et irréversibles et peuvent faire l'objet d'une réévaluation ; c'est une des raisons pour lesquelles une préparation nutritionnelle, diététique et psychologique est le plus souvent proposée avant une chirurgie.

Mots Clés: Chirurgie bariatrique, Contre-indications, Troubles psychiatriques, Refluxgastro-œsophagien, Court-circuit gastrique, Anneau de gastroplastie.

LES CONTRE-INDICATIONS PSYCHIATRIQUES

L'obésité s'accompagne souvent d'un syndrome dépressif; par ailleurs de véritables maladies psychiatriques s'accompagnent d'obésité induites par les thérapeutiques employées (neuroleptiques,...). Aussi les contre-indications d'ordre psychiatriques sont certes nombreuses, mais nécessitent une évaluation très précise [3]. Ainsi, toute dépression sévère non stabilisée ou non prise en charge est une véritable contre-indication. En revanche, un syndrome dépressif stabilisé et suivi n'est pas forcément une contre-indication.

Les psychoses sévères sont des contre-indications souvent définitives, ainsi que la schizophrénie et autres troubles de la personnalité. Les troubles du comportement alimentaire à type boulimie sont aussi des contre-indications chirurgicales; les autres troubles du comportement alimentaire sont parfois accessibles à une rééducation grâce à un suivi prolongé, mais contre-indiquent souvent une intervention restrictive.

Enfin les tendances suicidaires doivent être impérativement

décelées avant décision chirurgicale. On comprend aisément l'importance d'une bonne évaluation psychiatrique préalable, pour assurer le succès du traitement chirurgical [5]. Elle est au mieux réalisée par la collaboration psychiatre/psychologue, ce dernier assurant souvent un suivi dans le temps.

LES ADDICTIONS: ALCOOLISME ET TOXICOMANIE

Ces deux addictions doivent être impérativement détectées.

La première car elle apporte par une simple consommation liquide, un apport calorique important bien que déséquilibré et met en échec de manière certaine, toutes les interventions chirurgicales restrictives. Elle exagère le dumping syndrome provoquée dans le court-circuit gastrique (bypass).

La toxicomanie induit des comportements alimentaires très variables et souvent non contrôlables.



LES CONTRE-INDICATIONS ENDOCRINIENNES

La recherche d'une pathologie surrénalienne (hypercorticisme en particulier) et/ou thyroïdienne (hypothyroïdie en particulier) fait partie du bilan médical préalable indispensable avant d'envisager un traitement chirurgical. Ces conditions, générant des obésités accessibles à un traitement spécifique, sont bien sûr des contre-indications évidentes.

LES CONTRE-INDICATIONS DIGESTIVES ET SOMATIQUES

Il en est certaines qui concernent les anneaux de gastroplastie et qui commencent à être bien documentées.

Les contre-indications en rapport avec des pathologies abdominales préexistantes:

- *Les pathologies inflammatoires du tube digestif* et en particulier la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique, sont habituellement des contre-indications classiques à la chirurgie bariatrique au sens large et en particulier au court-circuit gastrique pour des raisons évidentes de surveillance du tube digestif. En revanche, la pose d'AG n'est pas abordée de façon détaillée dans la littérature. Mais certains auteurs semblent insister sur le caractère aggravant de l'obésité sur le développement de maladies inflammatoires du tube digestif (MICI) [6,7], rendant ainsi la lutte contre l'obésité comme une arme de plus contre les MICI.

- *L'emploi prolongé de corticoïdes* est souvent incompatible avec cette chirurgie et en particulier ses suites. La réalisation d'un GBP rend le suivi gastrique difficile et à un degré moindre la pose d'un AG; cependant une maladie systémique ou inflammatoire bien stabilisée, nécessitant un traitement corticoïde et s'accompagnant de retentissement articulaire a fortiori sur les articulations porteuses, peut devenir chirurgicale dans certaines conditions.

- *La maladie de Biermer*, la pathologie ulcéreuse gastroduodénale et les antécédents familiaux de cancer gastrique ne sont abordés dans la littérature que par le biais de cases reports [8], et de toute manière posent des problèmes pour la réalisation du GBP. En revanche, il n'y a pas de contre-indications claires concernant la pose d'AG.

Les contre-indications en rapport avec des antécédents chirurgicaux:

- *Les adhérences intra - abdominales* liées à une chirurgie de l'étage sous et sus-mésocolique:

Chacune peut rendre difficile, voire impossible, cette chirurgie par laparoscopie; ainsi, par exemple, des antécédents chirurgicaux de péritonite par sigmoïdite obligent à une viscérolyse parfois étendue pour rendre possible un GBP; ainsi l'éventualité d'une viscérolyse étendue peut amener à revoir l'indication d'un GBP en sleeve gastrectomie. Cependant en pratique, l'existence d'adhérences à l'étage sous-mésocolique ne représente pas une contre-indication à la pose d'un AG.

- *Les antécédents de hernie hiatale opérée ou de montage antireflux :*

Il s'agit d'une des rares contre-indications à la pose d'un AG, pour des raisons techniques évidentes.

Les contre-indications liées au reflux gastroœsophagien et aux troubles moteurs de l'œsophage:

Un reflux gastro-œsophagien (RGO) ou des troubles moteurs de l'œsophage pourraient constituer une contre-indication relative à la pose d'un anneau de gastroplastie, selon une revue de la littérature [9]. Cependant, cette contre-indication ne reposait que sur deux études à faible effectif [10,11] (43 et 50 malades respectivement) et semblerait être contredite par deux autres études plus récentes [12,13].



L'accord n'est donc pas fait en ce qui concerne ce problème; en effet dans certains cas, on voit disparaître le RGO grâce à la perte de poids et dans d'autres conditions, en particulier au décours d'une dilatation gastrique sur anneau gastrique ajustable, ce RGO s'aggrave. Des travaux récents et concordants [14-16], portant sur les études manométriques de l'œsophage montrent que la pression du SIO semble réellement altérée par l'AG avec des troubles de la relaxation, et du péristaltisme (ainsi l'incidence de la dyskinesie œsophagienne est de 7% avant tout geste chirurgical [14]); ceci est corroboré par des observations de méga-œsophage induit [17]. Dans ces conditions, la pose d'AG pourrait être contre-indiquée en cas de trouble préopératoire du péristaltisme œsophagien. Ceci impose de réaliser une manométrie œsophagienne systématique avant toute pose d'AG. Par ailleurs, l'existence d'une volumineuse hernie hiatale par roulement ou intrathoracique rend impossible la pose d'un anneau gastrique.

En ce qui concerne les autres procédés (en particulier la gastroplastie verticale calibrée), il n'y a pas d'études contre-indiquant cette technique chirurgicale en cas de RGO.

Les contre-indications liées à la découverte peropératoire d'une difficulté technique:

- *Hépatomégalie stéatosique:*

Si la présence d'une grosse hépatomégalie peut gêner la pose d'un AG, il est rare qu'elle soit à la source d'une conversion en laparotomie, à tel point qu'un avis d'expert suggère d'abandonner l'intervention si la laparoscopie n'est pas possible et de ne pas convertir en laparotomie; il est suggéré dans ces cas d'adresser le patient vers un centre plus expérimenté. Mais dans la littérature, le taux de conversion en laparotomie pour AG en rapport avec hépatomégalie est inférieur à 3%.

- *Perforation de l'estomac au moment de la dissection périgastrique:*

L'accord n'est pas fait quant à la conduite à tenir en cas de perforation de l'estomac lors de la dissection pour pose d'AG ; pour certains, le risque septique est grand et la pose est contre-indiquée; pour d'autres, si la plaie est reconnue en peropératoire et facilement suturable, a fortiori si elle se trouve à distance de la zone de pose, cette dernière n'est pas contre-indiquée. Il faut cependant noter qu'en cas de plaie peropératoire de l'estomac (reconnue et traitée), le risque de migration intragastrique de l'anneau après pose est très élevé.

- *Les pathologies somatiques graves évolutives* comme les cancers, sont bien sûr des contre-indications à la chirurgie bariatrique; cependant les antécédents de cancer ne sont pas dans tous les cas des contre-indications, en particulier lorsque le recul est suffisant ou si le pronostic du cancer est favorable.

LES CONTRE-INDICATIONS ANESTHÉSQUES

Trop élevées, elles constituent aussi une contre-indication classique à la chirurgie bariatrique [18]. Cependant, les malades les plus graves, autrement dit ceux présentant les plus importantes comorbidités, sont par définition ceux qui pourraient le plus bénéficier de la chirurgie (atteinte respiratoire, cardiovasculaire...).

Dans ces cas, une amélioration de la condition sous-jacente (respiratoire par exemple) réduisant le risque anesthésique, peut être obtenue par une perte de poids préalable induite par soit un séjour en cure, soit une thérapie peu invasive (ballon intragastrique par exemple); dans d'autres conditions, une intervention majeure, comme un court-circuit gastrique, peut être contre-indiquée, alors qu'une intervention moins risquée comme une sleeve gastrectomy (gastrectomie en gouttière) par exemple, pourrait être proposée de première intention, réduisant ainsi le risque anesthésique.



L'ÂGE

Il est difficile de définir un âge minimum ou maximum pour réaliser une chirurgie bariatrique. Les études sont très rares chez l'adolescent [19,20] (entre 13 et 17 ans et a fortiori avant 12 ans) et ne permettent pas d'établir un bénéfice net en faveur de la chirurgie à cet âge. Le plus souvent, les équipes attendent l'âge adulte (18 ans) pour décider d'un geste chirurgical, sauf cas très particulier d'obésité génétique.

Il y a actuellement des travaux afin d'évaluer le bénéfice de la pose d'un anneau gastrique chez l'adolescent (à partir de 14 ans). L'âge limite supérieur n'est pas plus défini, mais la règle est plus simple, dans la mesure où il faut dans ces cas, mettre en balance le

bénéfice attendu par la chirurgie et le risque anesthésique, compte tenu du fait qu'à partir d'un certain âge, certaines comorbidités, comme l'hypertension artérielle ou le retentissement articulaire, ne sont plus réversibles après perte de poids.

CONCLUSION

Les contre-indications à la chirurgie bariatrique sont assez nombreuses et parfois non définitives; elles doivent faire l'objet d'une évaluation précise, au mieux réalisée au sein d'une équipe pluridisciplinaire, parfois au terme d'une préparation.



BIBLIOGRAPHIE

1. CHARLES MA, BASDEVANTA, ESCHWEGE E: Prevalence of obesity in adults in France: the situation in 2000 established from the OBEPI Study. : *Ann. Endocrinol.* 2002 ; 63 : 154-8.
2. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, NATIONAL HEART LUNG AND BLOOD INSTITUTE: Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: Executive summary. : *Am. J. Clin. Nutr.* 1998 ; 68 : 899-917.
3. BASDEVANT A, LAVILLE M, ZIEGLER O, BARBE P, BELLISLE F, BORYS J, et al. : Guide pratique pour le diagnostic, la prévention, le traitement des obésités en France. : *Cah. Nutr. Diet* 1998 ; 33 : 10-42.
4. GLENNY AM : A systematic review of the interventions for the prevention and treatment of obesity, and the maintenance of weight loss. *York: National Health Service Center for Reviews and dissemination; 1997.*
5. VAN HOUT GC, VERSCHURE SK, VAN HECK GL: Psychosocial predictors of success following bariatric surgery.: *Obes. Surg.* 2005; 15:552-60.
6. KARAGIANNIDES I, POTHOUKAKIS C : Obesity, innate immunity and gut inflammation.: *Curr. Opin. Gastroenterol.* 2007; 23:661-6.
7. TILG H, MOSCHEN AR : Role of adiponectin and PBEF/visfatin as regulators of inflammation: involvement in obesity-associated diseases.: *Clin. Sci. (Lond).* 2008; 114: 275-88.
8. SODJI M, SEBAG FA, CATHELIN JM: Laparoscopic gastric bypass with subtotal gastrectomy for a super-obese patient with Biermer anemia.: *Obes. Surg.* 2007; 17: 1132-5.
9. SLIM K : La chirurgie coelioscopique de l'obésité. Laparoscopic surgery for obesity.: *J. Chir.* 1999; 136: 188-97.
10. OVREBO KK, HATLEBAKK JG, VISTE A, BASSOE HH, SVANES K : Gastroesophageal reflux in morbidly obese patients treated with gastric banding or vertical banded gastroplasty.: *Ann. Surg.* 1998; 228: 51-8.
11. GREENSTEIN RJ, NISSAN A, JAFFIN B: Esophageal anatomy and function in laparoscopic gastric restrictive bariatric surgery: implications for patient selection.: *Obes. Surg.* 1998; 8: 199-206.
12. ANGRISANI L, LORENZO M, SANTORO T, NICODEMI O, PERSICO G, TESAURO B: Videolaparoscopic treatment of gastric banding complications.: *Obes. Surg.* 1999; 9: 58-62.
13. DIXON JB, O'BRIEN PE: Gastroesophageal reflux in obesity: the effect of lap-band placement.: *Obes. Surg.* 1999; 9: 527-31.
14. MERROUCHE M, SABATÉ JM, JOUET P, HARNOIS F, SCARINGI S, COFFIN B, MSIKA S: Gastro-esophageal reflux and esophageal motility disorders in morbidly obese patients before and after bariatric surgery.: *Obes. Surg.* 2007; 17: 894-900.
15. WEISS HG, NEHODA H, LABECK B, PEER-KÜHBERGER MD, KLINGLER P, GADENSTÄTTER M, AIGNER F, WETSCHER GJ: Treatment of morbid obesity with laparoscopic adjustable gastric banding affects esophageal motility. : *Am. J. Surg.* 2000; 180: 479-82.
16. SUTER M, DORTA G, GIUSTI V, CALMES JM: Gastric banding interferes with esophageal motility and gastroesophageal reflux.: *Arch. Surg.* 2005; 140: 639-43.
17. FACCHIANO E, SCARINGI S, SABATE JM, MERROUCHE M, JOUET P, COFFIN B, MSIKAS: Is esophageal dysmotility after laparoscopic adjustable gastric banding reversible?: *Obes. Surg.* 2007; 17: 832-5.
18. MUNSCH Y, SAGNARD P: Le point de vue de l'anesthésiste dans le traitement chirurgical de l'obésité morbide: Traitement chirurgical de l'obésité morbide.: *Ann. Chir.* 1997; 51: 183-8.
19. MAGGARD MA, SHUGARMAN LR, SUTTORP M, MAGLIONE M, SUGERMAN HJ, LIVINGSTON EH, NGUYEN NT, LI Z, MOJICA WA, HILTON L, RHODES S, MORTON SC, SHEKELLE PG : Meta-analysis: surgical treatment of obesity.: *Ann. Intern. Med.* 2005; 142: 547-59.
20. SAUERLAND S, ANGRISANI L, BELACHEW M, CHEVALLIER JM, FAVRETTI F, FINER N, FINGERHUT A, GARCIA CABALLERO M, GUIASADO MACIAS JA, MITTERMAIR R, MORINO M, MSIKA S, RUBINO F, TACCHINO R, WEINER R, NEUGEBAUERA: European Association for Endoscopic Surgery. Obesity surgery: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES).: *Surg. Endosc.* 2005; 19: 200-21.

Service de Chirurgie Digestive
CHU Louis Mourier AP-HP
178 rue des Renouillers
92700 Colombes - France
simon.msika@lmr.aphp.fr

