Chirurgie de l’obésité ET SAOS

JPRS
Le 09/09/2011
Dr M.A. QUILICHINI
Dr H.PEGLIASCO

OBJECTIF DE L'ATELIER

- Rappel des recommandations pour la chirurgie de l'obésité
- L'observatoire du sommeil
- Création d'une page spécifique SAOS et chirurgie de l'obésité

CHIRURGIE DE L'OBESITE
prise en charge
pré et postopératoire du patient

Critères de qualité
HAS

3 OBJECTIFS
(13 Critères)

- OBJECTIF N°1 (8critères)

  Indication opératoire fondée sur ene évaluation et une prise en charge multidisciplinaire
- OBJECTIF N°2 (1 Critère)

  Information du patient

  Traçabilité de cette information
- OBJECTIF N°3 (4 Critères)

  Amélioration du suivi

OBJECTIF N°1 .

S’assurer que l’indication est fondée sur une évaluation et une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires du patient

8 Critères de qualité

Critère n° 1: Mention dans le dossier de l'IMC maximal

La chirurgie de l'obésité est indiquée sur décision collégiale, prise après discussion et concertation pluridisciplinaires chez des patients adultes avec

- IMC = 40 kg/m2
- IMC ³ 35 kg/m2
  associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée par la chirurgie
- Néanmoins, une perte de poids avant la chirurgie n'est pas une contre-indication à la chirurgie de l'obésité déjà planifiée, même si le patient a atteint un IMC inférieur au seuil requis (accord professionnel).

Critère n° 2:
Prise en charge préalable du patient pendant 6 à 12 mois

La chirurgie de l'obésité n'est pas un traitement de première intention en raison de ses risques (chirurgicaux et nutritionnels). Elle est indiquée en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6 à 12 mois.

Critère n° 3. Réalisation d'un bilan des 3 principales comorbidités
HTA, Diabète, SAOS

- Il est nécessaire de disposer d'un bilan des comorbidités avant l'intervention du fait de leur prévalence élevée chez les patients obèses candidats à la chirurgie de l'obésité ; ces comorbidités nécessitent d'être prises en charge avant l'intervention.
- La chirurgie de l'obésité, quelle que soit la technique, permet de contrôler ou d'améliorer à court et à long terme les comorbidités (diabète, syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil, hyperlipidémies, hypertension artérielle…)
- il est nécessaire de disposer d'un bilan préopératoire de « référence ».

Critère n° 4.
Réalisation d'une fibroscopie oesogastroduodénale préopératoire

Avant toute intervention de chirurgie de l'obésité, il est recommandé de réaliser une endoscopie oesogastroduodénale afin de dépister et traiter une infection à *Helicobacter pylori* (HP) et de rechercher une autre pathologie digestive associée

(ex. : hernie hiatale importante, ulcère, gastrite…) pouvant contre-indiquer certaines procédures et/ou nécessitant d'être prise en charge avant chirurgie.

Critère n° 5.
Réalisation d’un bilan nutritionnel et vitaminique préopératoire

Il est nécessaire de disposer d’un bilan nutritionnel et vitaminique avant toute intervention de chirurgie de l’obésité. La première raison est la préexistence de déficits chez les patients candidats à la chirurgie de l’obésité ; ces déficits nécessitent d’être corrigés avant l’intervention. D’autre part, la chirurgie de l’obésité, notamment malabsorptive, peut entraîner des déficits (notamment déficit protidique, en fer, calcium, vitamine D, vitamine B12 et folates) ; il est nécessaire de disposer d’un bilan préopératoire de « référence ». Le risque de déficience est moindre après chirurgie restrictive.

Critère n° 6.
Évaluation psychologique/psychiatrique préopératoire

L'évaluation psychologique/psychiatrique préopératoire doit concerner tous les patients candidats à la chirurgie de l'obésité.

Elle doit permettre :

- ·d'identifier les contre-indications psychiatriques à la chirurgie (psychopathologies sévères, comportements d'addiction…) ;
- d'évaluer la motivation du patient, sa capacité à mettre en oeuvre les changementscomportementaux nécessaires et à participer à un programme de suivi postopératoire à long terme ;
- d'évaluer les déterminants et conséquences psychologiques de l'obésité ;
- d'évaluer les ressources intellectuelles et les connaissances qui doivent être suffisantes pour fournir un consentement éclairé ;
- de déterminer les facteurs de stress psychosociaux, la présence et la qualité du soutien sociofamilial ;
- de proposer des prises en charge notamment psychothérapeutiques adaptées avant chirurgie et d'orienter le suivi en postopératoire.

Critère n° 7.
Discussion et concertation de l’équipe pluridisciplinaire pour prendre la décision d’intervention

La décision d’intervention doit être prise à l’issue d’une discussion et d’une concertation de l’équipe pluridisciplinaire. Il est recommandé que la concertation ait lieu au cours d’une réunion physique. Néanmoins, en cas d’impossibilité d’une réunion physique, d’autres modalités de concertation sont possibles (échanges par téléphone, visioconférences, Internet, etc.).

Les conclusions de la concertation doivent être formalisées.

Critère n° 8.
Transmission au patient et au médecin traitant des conclusions de la concertationpluridisciplinaire

La décision d'intervention doit être prise à l'issue d'une discussion et d'une concertation de l'équipe pluridisciplinaire. Les conclusions de la concertation doivent être communiquées au patient, à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire et au médecin traitant ; elles doivent être placées dans le dossier du patient.

OBJECTIF N°2 .

- Critère n° 9 :

  S’assurer que le patient est bien informé

  Information du patient traçable dans le dossier

OBJECTIF N° 2.
Critère n° 9 : L'information traçable

- les différentes techniques chirurgicales : leur principe, leurs bénéfices respectifs, leurs risques et inconvénients respectifs, les limites de la chirurgie (notamment en termes de perte de poids) ;
- la nécessité d'une modification du comportement alimentaire et du mode de vie avant et après l'intervention ;
- la nécessité d'un suivi médico-chirurgical la vie durant et les conséquences potentiellement graves de l'absence de suivi ;
- la possibilité de recours à la chirurgie réparatrice après la chirurgie de l'obésité.

OBJECTIF N°3.
Améliorer le suivi du patient

4 Critères :

- Programmation des différentes consultations du suivi postopératoire du patient
- Prescription d'une supplémentation en vitamines, minéraux et oligoéléments après
- chirurgie malabsorptive
- Prise en charge éducative du patient aux plans nutritionnel et diététique
- Prise en charge éducative du patient au plan de l'activité physique

Critère n° 10
Améliorer le suivi du patient

- Le suivi du patient après chirurgie de l'obésité doit être assuré la vie durant, l'obésité étant une maladie chronique et en raison du risque de complications tardives chirurgicales ou nutritionnelles.
- Les patients devraient être vus au moins 4 fois par an la première année, puis au minimum 1 ou 2 fois par an après.
- Ce suivi est assurépar l'équipe pluridisciplinaire qui a posé l'indication opératoire, en liaison avec le médecintraitant.

Critère n° 11
Prescription d'une supplémentation en vitamines, minéraux et oligoéléments après chirurgie malabsorptive

- Après chirurgie malabsorptive, le risque de déficit en vitamines, minéraux et oligoéléments conduit à recommander de recourir à une supplémentation systématique dont la durée ne peut être précisée (à vie par défaut) : multivitamines, calcium, vitamine D, fer et vitamine B12.
- Après chirurgie restrictive, le risque de déficit est moins grand ; la supplémentation doit se discuter en fonction du bilan clinique et biologique.

Critère n° 12

Prise en charge éducative du patient aux plans nutritionnel et diététique

La mise en place d'un programme d'éducation nutritionnelle et diététique adapté en préopératoire et sa poursuite en postopératoire doivent permettre de modifier les habitudes et le comportement alimentaire du patient.

Critère n° 13

Prise en charge éducative du patient au plan de l'activité physique

Au plan de l'activité physique, il est recommandé de discuter avec le patient du choix d'une activité adaptée et régulière dès la période préopératoire et de la mettre en oeuvre après l'intervention.

Formulaire OSFP

Ce que nous avons déjà

Identification du patient

Nom : | Prénom :

Date de naissance | Lieu de naissance (ville) :

Lieu de vie : n/a - Hors France | FRANCE | Sexe : ○ F ● M

Profession : Autre

Caractéristique de la profession : ○ Travail posté ○ Métier du transport ○ Métier de la sécurité

Antécédents personnels

Antécédents respiratoires :

Asthme : ● Non ○ Oui ○ NSP
Rhinite : ● Non ○ Oui ○ NSP
BPCO : ● Non ○ Oui ○ NSP
Insuffisance respiratoire chronique : ● Non ○ Oui ○ NSP
Chirurgie ORL du ronflement : ● Non ○ Oui ○ NSP
Autre chirurgie ORL : ● Non ○ Oui ○ NSP

=> Allergies : ● Non ○ Oui ○ NSP

=> OLD : ● Non ○ Oui ○ NSP

Antécédents cardio-vasculaires et cérébraux

Hypertension artérielle : ● Non ○ Oui ○ NSP
Infarctus du myocarde : ● Non ○ Oui ○ NSP
Insuffisance coronaire : ● Non ○ Oui ○ NSP
Trouble du rythme : ● Non ○ Oui ○ NSP
Accident vasculaire cérébral : ● Non ○ Oui ○ NSP
Insuffisance cardiaque : ● Non ○ Oui ○ NSP
Artériopathie : ● Non ○ Oui ○ NSP

Autres :

Tabagisme actuel : ● Non ○ Oui ○ NSP — Nb paquets/an :
Tabagisme ancien : ● Non ○ Oui ○ NSP — Nb paquets/an :
Alcool (consommation régulière) : ● Non ○ Oui ○ NSP
Reflux gastro-oesophagien : ● Non ○ Oui ○ NSP
Glaucome : ● Non ○ Oui ○ NSP
Diabète : ● Non ○ Oui - saisir - ○ NSP
Hypercholestérolémie : ● Non ○ Oui ○ NSP
Hypertriglycéridémie : ● Non ○ Oui ○ NSP
Dysthyroïdie : ● Non ○ Oui ○ NSP
Dépression : ● Non ○ Oui ○ NSP
Sédentarité : ● Non ○ Oui ○ NSP

Traitements en cours :

Le patient a des traitements en cours ? ◉ Non ○ Oui

Rechercher

<<< Ajouter

Antécédents familiaux

Syndrome d'Apnées du Sommeil :	◉ Non ○ Oui ○ NSP
Obésité :	◉ Non ○ Oui ○ NSP
Dysmorphie faciale :	◉ Non ○ Oui ○ NSP

Observations :

☐ Le Patient a donné son accord pour l'utilisation de ses données personnelles.

Enregistrer | Enregistrer et accueil | Accueil

Visite n°1 - Suspicion Trouble du Sommeil

Patient : Date visite n°1 : Visite effectuée par :

Equipe OSFP

Adressé par : Médecin traitant
Médecin spécialiste
--Choisir dans la liste--
Patient lui même
Autre professionnel de santé

Bilan biologique : Non Oui
Date bilan : 00/00/0000
Unité : g/l -)
Glycémie : g/l
Cholestérolémie totale : g/l
HDL : g/l
LDL : g/l
Triglycérides : g/l

Taille : cm
Poids : Kg
IMC :
Périmètre cervical : cm
Périmètre abdominal : cm
P.A. systolique : mmHg
P.A. diastolique : mmHg

Automesure Tensionnelle : Non Oui

Auto P.A. systolique : mmHg
Auto P.A. diastolique : mmHg

Profil maxillofacial semble être un facteur dans le SAS : Non Oui NSP

Motif de la consultation :

--Choisir dans la liste--

Clinique :

Ronflements : ○ Non ● Oui ○ NSP 6

Somnolence diurne : ○ Non ● Oui ○ NSP 3

Somnolence conduite : ○ Non ● Oui ○ NSP 9

Accidents liés à la somnolence : ● Non ○ Oui ○ NSP

Presque accident : ○ Non ● Oui ○ NSP

Fatigue matinale : ○ Non ● Oui ○ NSP 6

Arrêts respiratoires constatés par l'entourage : ○ Non ● Oui ○ NSP

Nycturie : ○ Non ● Oui ○ NSP
Nombre de mictions nocturnes : 2

Céphalées matinales : ● Non ○ Oui ○ NSP

Trouble de la libido : ● Non ○ Oui ○ NSP

Trouble de l'éréction : ● Non ○ Oui ○ NSP

Trouble de la mémoire : ● Non ○ Oui ○ NSP

Transpiration nocturne : ● Non ○ Oui ○ NSP

Impatience des membres inférieurs : ● Non ○ Oui ○ NSP

Dyspnée d'effort : ● Non ○ Oui ○ NSP

Auto-questionnaire :

Echelle d'Epworth (somnolence)
Score : 12

Echelle de Pichot (fatigue)
Score :

Echelle de dépression
Score :

SASR critères diagnostiques
Nb de réponses Oui :

Estimation d'une moyenne de sommeil :

[HH:MM] heures

Echelle d'état de santé du patient:

* Selon le patient — score :
* Selon le médecin — score :

1ère exploration du sommeil :

Date : 08/09/2015

IAH/heure :

Index micro-éveil respiratoire/heure :

Nombre de désaturation en O_2/heure :

Saturation moyenne : %

Temps cumulé saturation < 90% :

Polysomnographie
Polygramme

Autre exploration du sommeil :

Date :

Diagnostic :

Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) : ○ Non ● Oui ○ NSP

Syndrome d'apnées centrales du sommeil (SACS, événements centraux > 50%) : ● Non ○ Oui ○ NSP

Syndrome d'apnées mixtes (50% à 90% d'apnées centrales) : ● Non ○ Oui ○ NSP

Autre pathologie du sommeil : ● Non ○ Oui ○ NSP

--Choisir dans la liste--

Autre pathologie du sommeil :

Autre spécialiste : ● Non ○ Oui ○ NSP --Choisir dans la liste--

Avis complémentaire :

Autre spécialiste : ◉ Non ○ Oui ○ NSP —Choisir dans la liste—

Traitements :

Conseils hygiéno-diététiques :	◉ Non ○ Oui ○ NSP
Ventilation en pression positive continue :	○ Non ◉ Oui ○ NSP
Ventilation à deux niveaux de pression :	◉ Non ○ Oui ○ NSP
Ventilation servo-assistée :	◉ Non ○ Oui ○ NSP
Orthèse d'avancée mandibulaire :	◉ Non ○ Oui ○ NSP
Oxygénothérapie :	◉ Non ○ Oui ○ NSP
Chirurgie ORL :	◉ Non ○ Oui ○ NSP
Chirurgie maxillo-faciale :	◉ Non ○ Oui ○ NSP
Traitement médicamenteux (Modafinil) :	◉ Non ○ Oui ○ NSP
Traitement médicamenteux pour le SAHR :	◉ Non ○ Oui ○ NSP
Autres :	◉ Non ○ Oui ○ NSP

Observations :

Visite N°2 - Le suivi

Patient : | Date visite N°2 | Visite effectuée par :

Equipe OSFP

Poids : Kg

Poids antérieur : Kg

IMC :

Périmètre cervical : cm

Périmètre abdominal : cm

P.A. systolique : mmHg

P.A. diastolique : mmHg

Année du bilan :

Glycémie : g/l

Cholestérolémie totale : g/l

HDL : g/l

LDL : g/l

Triglycérides : g/l

Automesure Tensionnelle : ● Non ○ Oui

Traitement
Ventilation nasale non invasive
Société prestataire :
Associations
Hors Associations
-Choisir dans la liste-
PPC
Ventilation à deux niveaux de pression
Ventilation servo-assistée
Type PPC :
Fixe
Autopilotée
Nom ventilateur :
Type masque :
-Choisir dans la liste-
Humidificateur :
Non
Oui
NSP
Observance machine / nuit :
[HH:MM] heures
Observance moyenne :
[HH:MM] heures
Index résiduel d'apnées/hypopnées :
Estimation durée moyenne de sommeil :
[HH:MM] heures
Pression moyenne :
cmH2O
Effets indésirables de la ventilation :
Nez bouché :
Yeux irrités :
Bouche sèche :
Sensation d'étouffement :
Céphalée :
Gêne psychologique :
Tolérance de l'embout :
Aérophagie :
Lésions cutanées :
Hygiène de vie
Régime :
Sevrage Tabac :
Réduction Conso. Alcool :
Activité physique :
Traitement médicamenteux du trouble du sommeil
Poursuite identique
Adaptation des doses
Changement
Arrêt du traitement
Orthèse d'avancée mandibulaire
Non
Oui
Date de la mise en place :
Fréquence d'utilisation :
Toutes les nuits
Utilisation intermittente
NSP
Nombre de dents :

Evolution des symptômes suivants sous traitement :

Ronflements : ○ Non ● Oui ○ NSP — 6

Somnolence diurne : ● Non ○ Oui ○ NSP

Somnolence conduite : ● Non ○ Oui ○ NSP

Accidents liés à la somnolence : ● Non ○ Oui ○ NSP

Presque accident : ● Non ○ Oui ○ NSP

Fatigue matinale : ● Non ○ Oui ○ NSP

Arrêts respiratoires constatés par l'entourage : ○ Non ● Oui ○ NSP

Nycturie : ○ Non ● Oui ○ NSP Nombre de mictions nocturnes : 2

Céphalées matinales : ● Non ○ Oui ○ NSP

Trouble de la libido : ● Non ○ Oui ○ NSP

Trouble de l'érection : ● Non ○ Oui ○ NSP

Transpiration nocturne : ● Non ○ Oui ○ NSP

Impatience des membres inférieurs : ● Non ○ Oui ○ NSP

Dyspnée d'effort : ● Non ○ Oui ○ NSP

Auto-questionnaire :

Echelle d'Epworth (somnolence)
Score : 12

Echelle de Pichot (fatigue)
Score :

Echelle de dépression
Score :

Echelle d'état de santé du patient:

* Selon le patient — score :
* Selon le médecin — score :

Modification thérapeutique :

Arrêt du traitement préconisé ● Non ○ Oui ○ NSP — Date :

Alternative thérapeutique ● Non ○ Oui ○ NSP — -Choisir dans la liste-

Exploration Fonctionnelle Respiratoire :

Date : 02/09/2011

* Spirométrie : ◉ Non fait ○ Oui

- VEMS (valeur prédite) : ____ % - VEMS/CVF (valeur mesurée) : ____ % - VEMS/CVL (valeur mesurée) : ____ %

- VR/CPT (valeur mesurée) : ____ % - Capacité inspiratoire (valeur prédite) : ____ %

* Gaz du sang : ◉ Non fait ○ Oui

- Pa O_2 : ____ mmHg - Pa CO_2 : ____ mmHg - pH : ____

Conclusion EFR :

Anomalie fonctionnelle ? ◉ Non ○ Oui ○ NSP

-> anomalie déjà connue ? ○ Non ○ Oui ○ NSP

Instituez vous un traitement ? ◉ Non ○ Oui

- Bronchodilatateur ☐
- Corticoïde inhalé ☐
- Association BD + CI ☐
- Corticoïde par voie générale ☐
- Autre ☐

Autre exploration du sommeil :

Date : ____

Evènements significatifs de santé : (survenus en cours de prise en charge)

Accident vasculaire cérébral :	◉ Non ○ Oui ○ NSP
Infarctus du myocarde	◉ Non ○ Oui ○ NSP
Insuffisance coronaire :	◉ Non ○ Oui ○ NSP
Insuffisance cardiaque	◉ Non ○ Oui ○ NSP
Diabète :	◉ Non ○ Oui ○ NSP
Décès :	◉ Non ○ Oui ○ NSP
Autre	◉ Non ○ Oui ○ NSP

Précision :

Modification des traitements :

Rechercher

<< ajouter

Observations :

Formulaire OSFP spécifique SAOS/chirurgie de l'obésité

- Objectif 1 : prise en charge, évaluation et décision multidisciplinaire.
- Critères 1 : IMC > = 40 OU IMC 35 + comorbidités sévères HTA, diabète, SAOS, troubles respiratoires sévères, …..
- Critère 2 : prise en charge 6 à 12 mois : comment utiliser ces 6 à 12 mois pour optimiser examens (EFR PSG) et préparation si nécessaire avec traitements masque, PPC,…..?
- Critère 7 discussion multidisciplinaire
- Critère 8 transmission au médecin traitant

Formulaire OSFP spécifique SAOS/chirurgie de l'obésité

- Objectif 3 : Amélioration du suivi
- Critère 10 : programmation du suivi consultation et examens
- Comment évaluer l'impact de la perte de poids sur les troubles respiratoires et du sommeil?
- Faut il refaire une PSG:
  quels patients?
  si oui quand?