



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

Historique et types de chirurgies bariatriques

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\$

Expérience globale

- **6407** patients (1981-2015)
- **33** décès péri-opératoires (0.5%)
- **237** décès long terme (3.7%)
- **333** patients révisés (5.2%) *
- **30** patients reconvertis (0.5%)

* Incluant 153 (3%) transections duodénales



Symposium bariatrique IUCPQ 2015

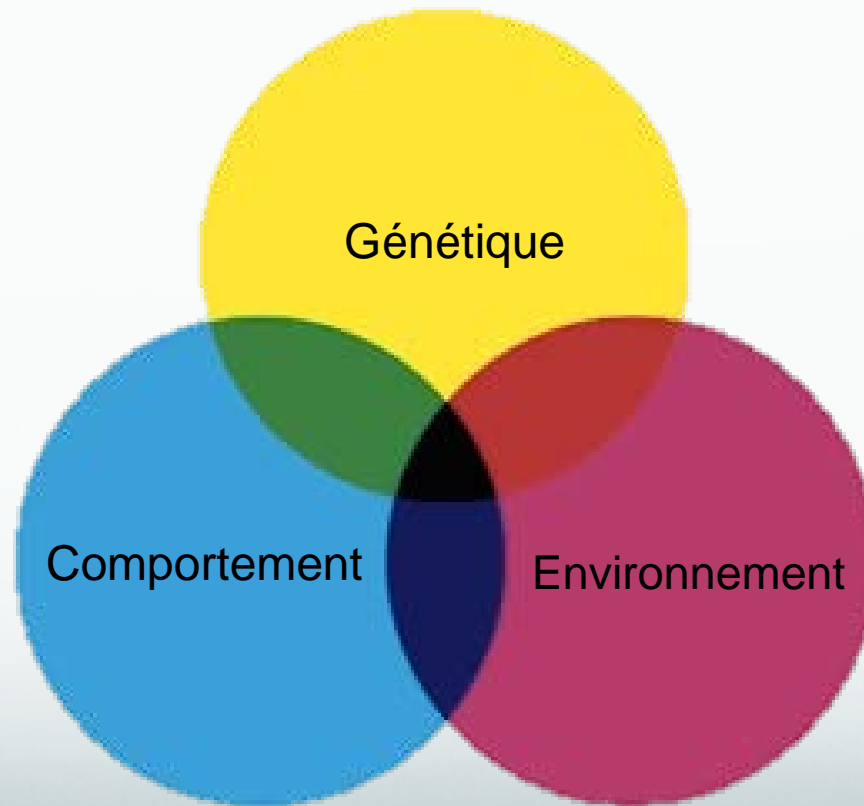


Nature. 2009 May 21;459(7245):340-2.

Obesity: Causes and Control of Excess Body Fat.

Friedman JM.

Maladie complexe et multifactorielle



4 prémices

1. L'obésité sévère est associée à des souffrances importantes
2. Responsabilité du patient limité
3. Irréversibilité
4. Absence de traitement médical efficace

2 principes

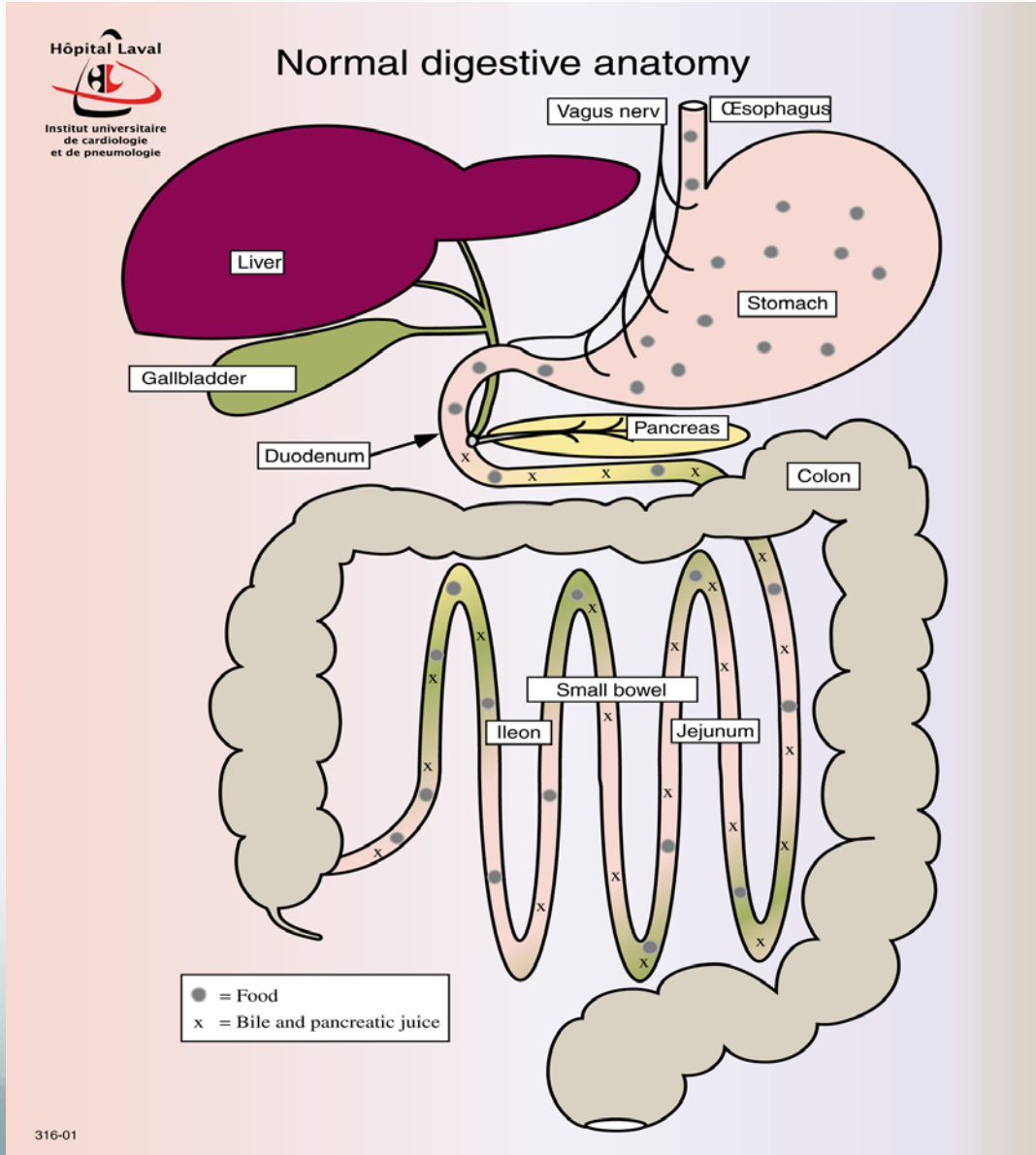
1. Restriction

- Diminuer la quantité de nourriture qui entre...

2. Malabsorption

- Diminuer la quantité de nourriture qui reste...

2 principes



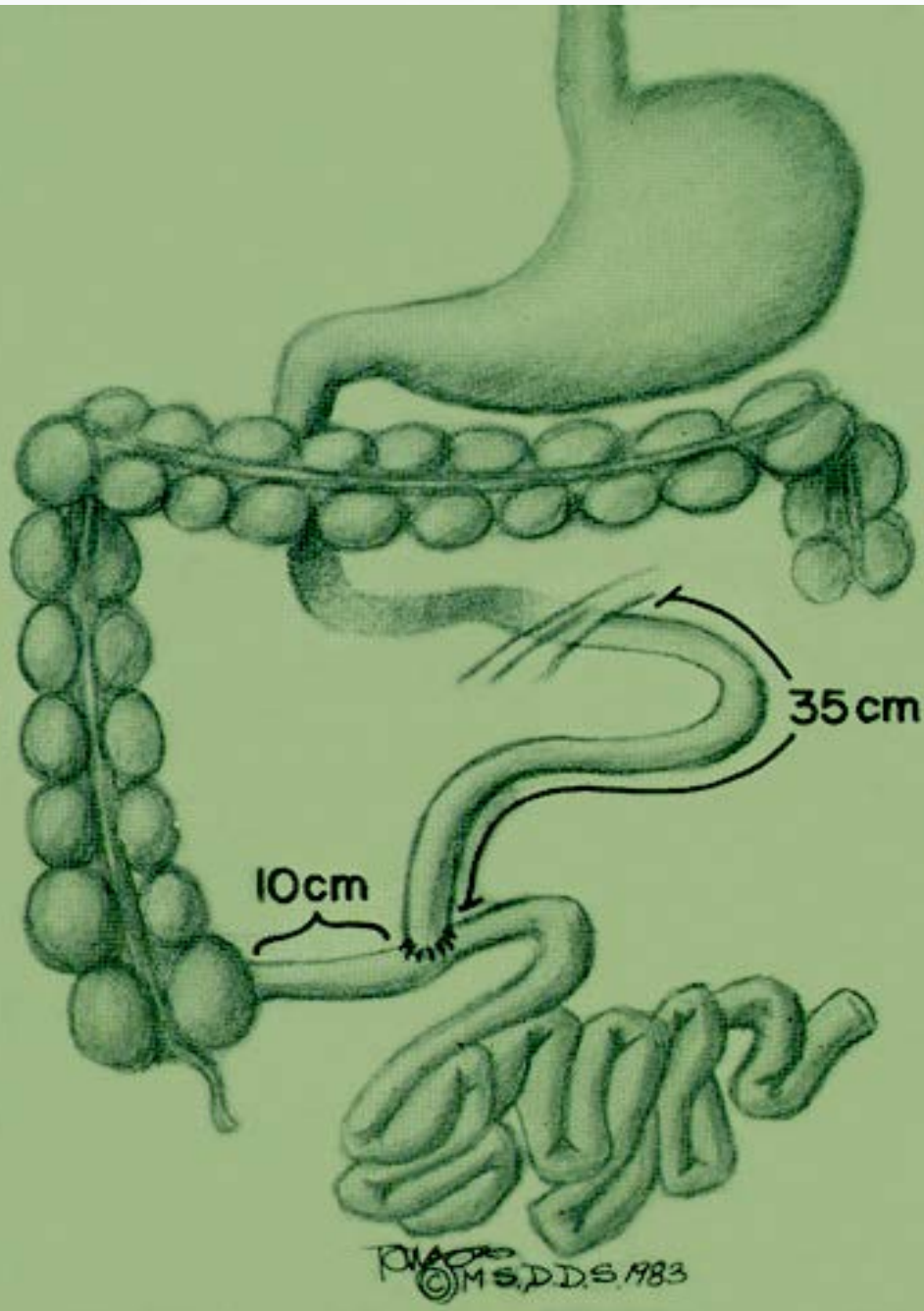
Restriction
Estomac

Malabsorption
Intestin

Dérivation jéjunoiléale

- Première tentative 1950
- Malabsorption pure
- Perte de poids importante
- Complications long terme

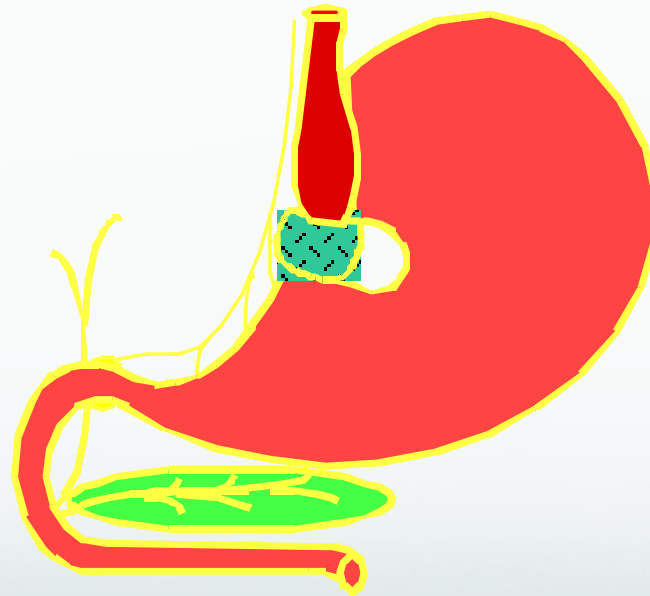
1-2 cas par année de
1975 à 1980



Gastroplastie verticale avec bande polypropylène

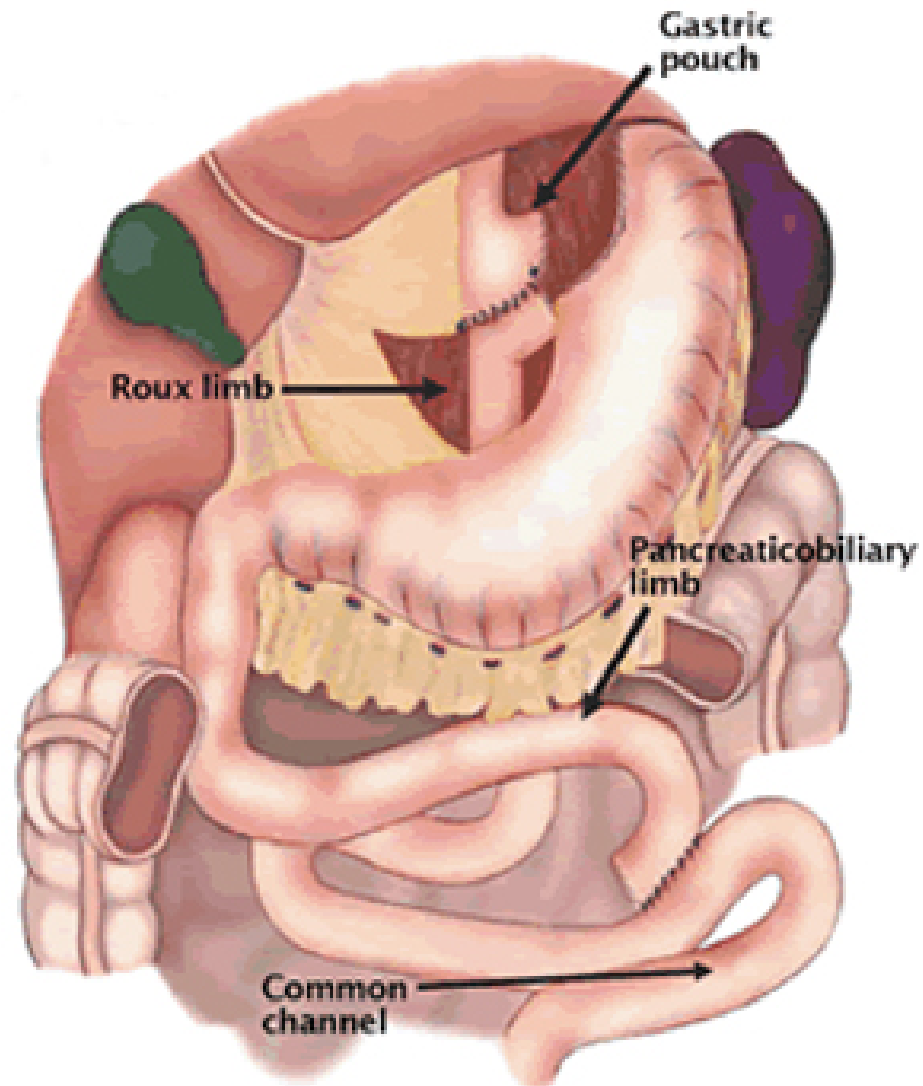


E. Mason



5-10 cas par année de 1981-1985

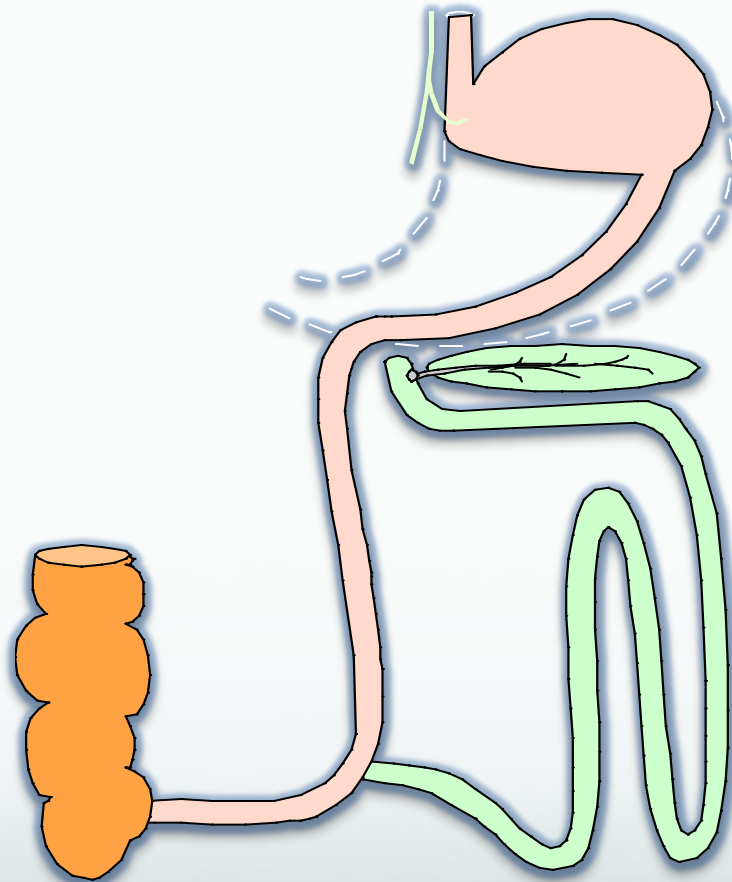
Dérivation gastrique





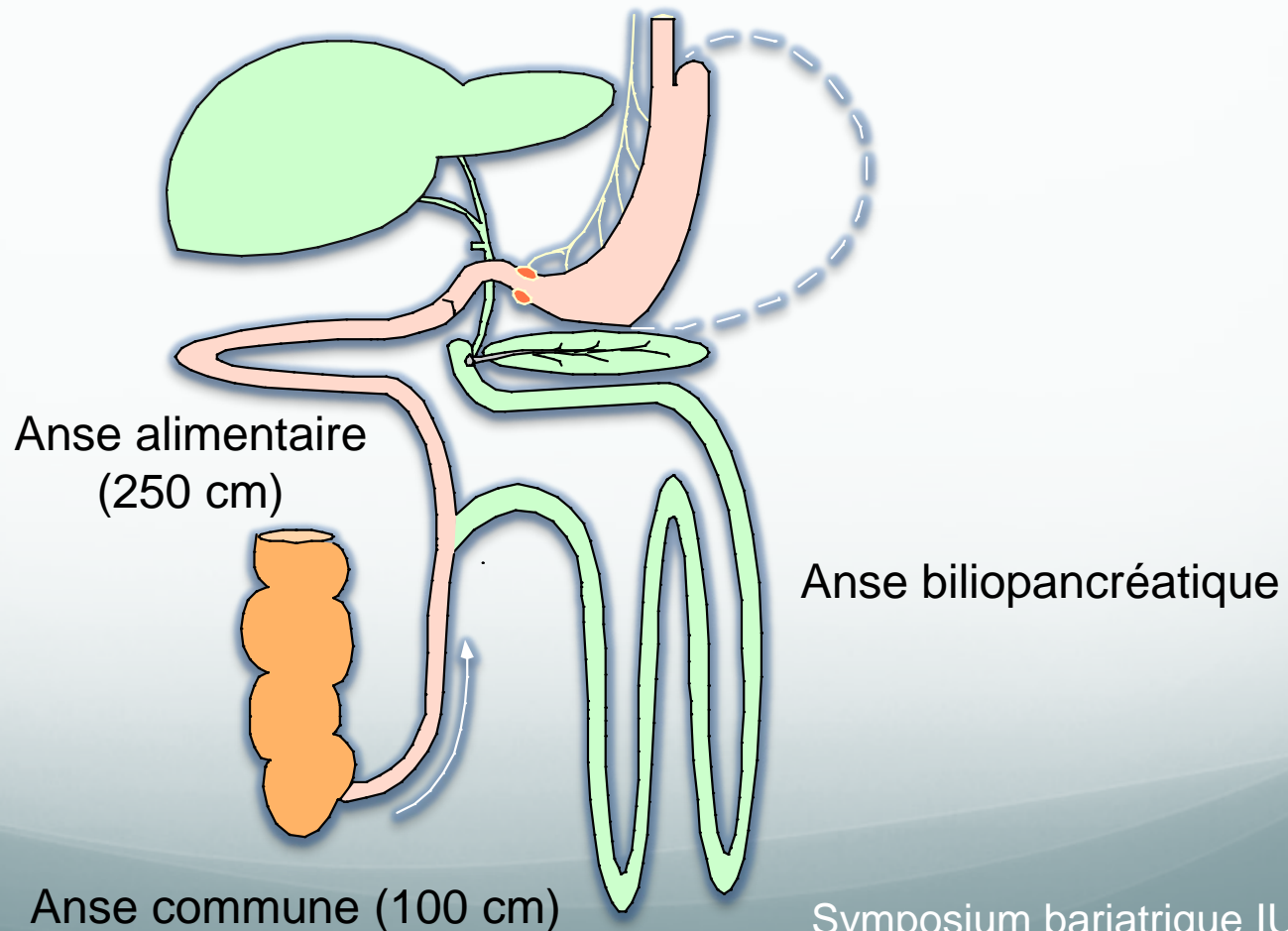
N. Scopinaro

Scopinaro



50 cas par année de 1984-1990

Dérivation biliopancréatique avec permutation duodénale 1990



1991

Approche chirurgicale reconnue

Reconnue par l'OMS, NIH, IOTF comme le seul traitement dont l'efficacité a été démontré pour les patients avec IMC > 40 (Obésité classe 3)

Résistance du milieu

- Est-ce vraiment pertinent d'opérer pour cette condition?
- Est-ce que les ressources permettent ce développement?
- Est-ce vraiment le rôle de l'Hôpital Laval?
- Les patients devraient être évalués par une équipe multi et il n'est pas justifié que la décision repose sur le chirurgien et le patient seulement

Résistance du milieu

- C.A. mandate un comité de planification pour décider de la place que la chirurgie bariatrique devrait avoir
- Demande au CMDP d'étudier la question qui pose des conditions à la poursuite des activités en chirurgie bariatrique
- 1993: Résolution du C.A. de limiter le nombre de cas à un maximum de 80 par année

Résistance du milieu

- 1998: Rapport du CETS (Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec)
 - Favorable au développement de la chirurgie bariatrique
 - La dérivation de type Scopinaro est acceptée mais la variante duodénale switch ne l'est pas
 - L'hôpital demande au CMDP de réévaluer la situation et un comité *ad hoc* est formé

La chirurgie se taille une place

- Le rapport du comité donne un appui sans réserve aux activités en bariatrique, soulignant la qualité scientifique et l'aspect novateur de la dérivation avec permutation duodénale
- La résolution du C.A. sur la limitation de cas restera malgré tout effective jusqu'en 2002
- AETMIS (Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé) supporte la DBP-Switch en 2005 comme étant novatrice et suffisamment éprouvée

La chirurgie se taille une place

- Le développement de l'axe de recherche en obésité a permis une synergie clinique-recherche qui a contribué à solidifier l'encrage définitif de la chirurgie à l'IUCPQ
- Les liens entre obésité sévère-maladie cardiovasculaire et pulmonaire justifie également ce développement

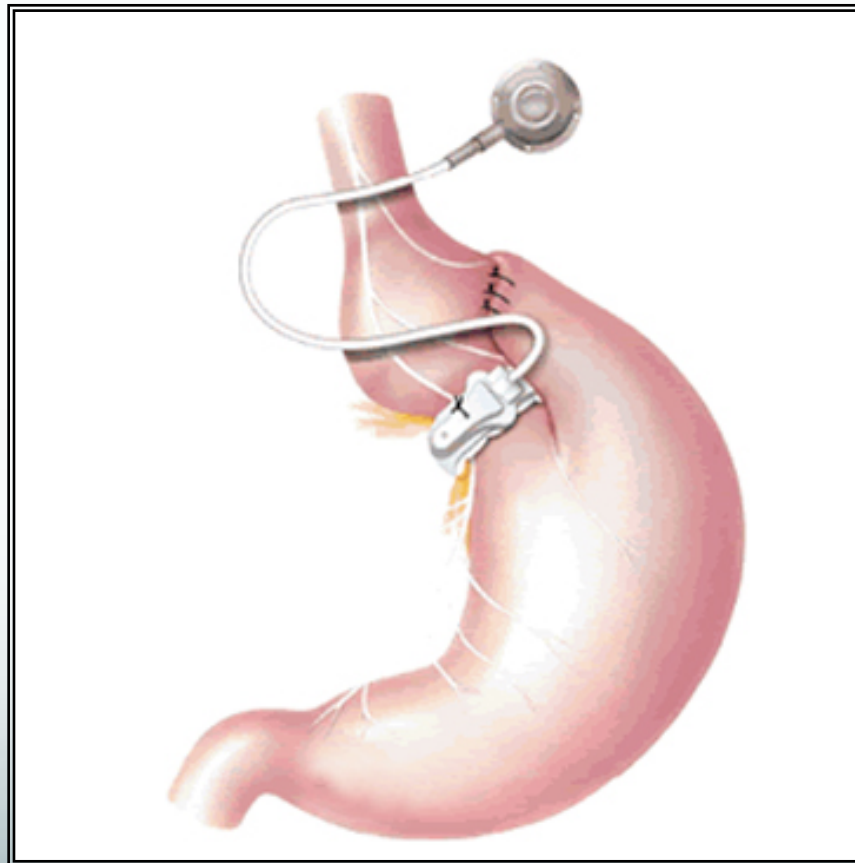
La chirurgie se taille une place

- Mai 2009: L'IUCPQ est désigné centre d'excellence en chirurgie bariatrique
- Septembre 2011: Chaire de recherche en chirurgie bariatrique
 - André Tchernof
 - Laurent Biertho
 - Projet Rémission 2015



Mitiku Belachew

Les premières bandes gastriques ajustables au Canada, 1999





Michel Gagné

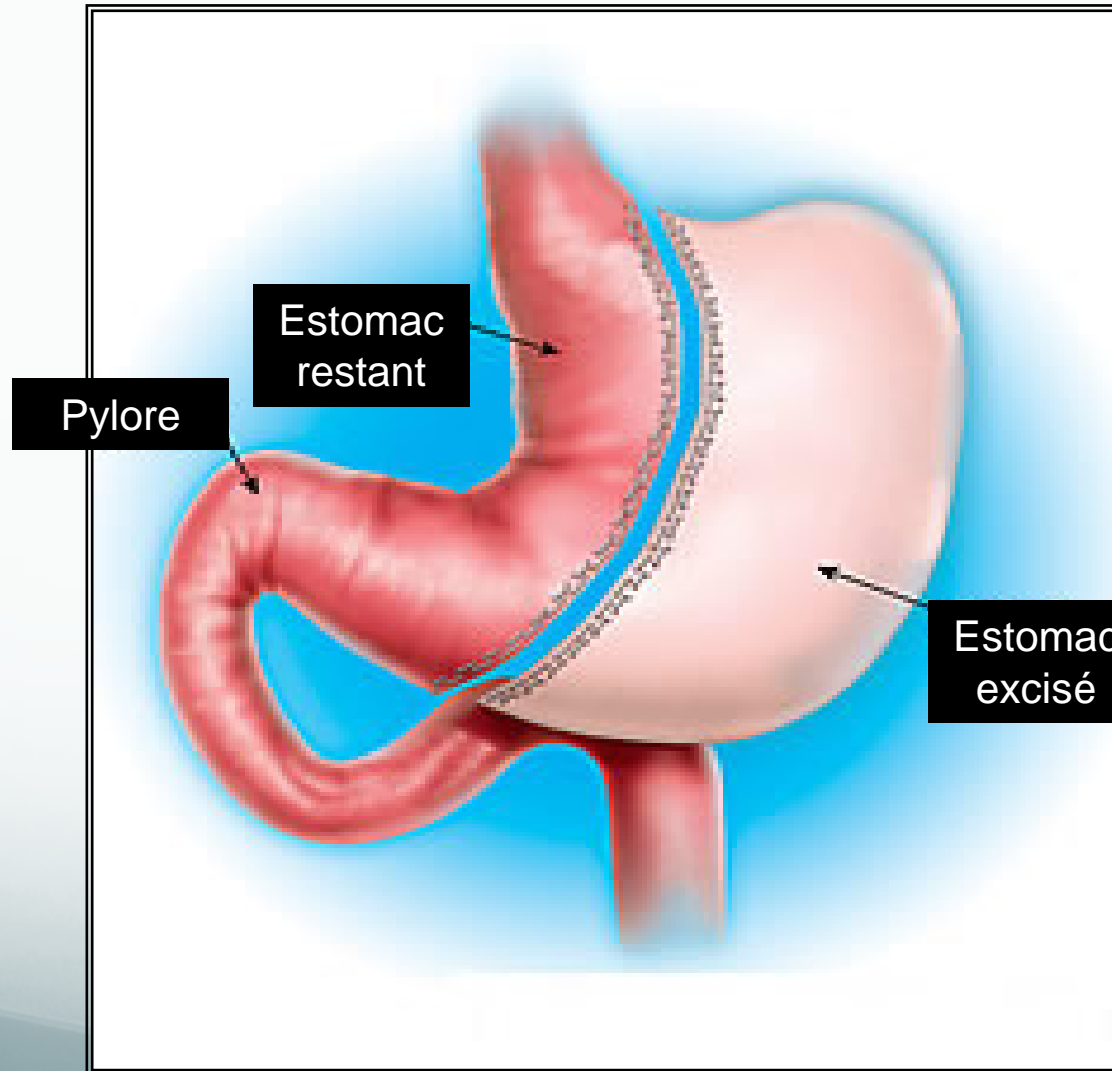
DBP laparoscopique

- 1999: Premier cas DBP-duodenal switch
- 2000: Opération en deux temps
- 2001: Suggère la sleeve seule

DBP laparoscopique à Laval

- Premier cas en 2006
- Sous le leadership de Laurent Biertho
- Actuellement la majorité des cas sont fait en scopie
- Permis d'accroître nos activités avec moins de lits qu'en 2000

Gastrectomie pariétale, 2008

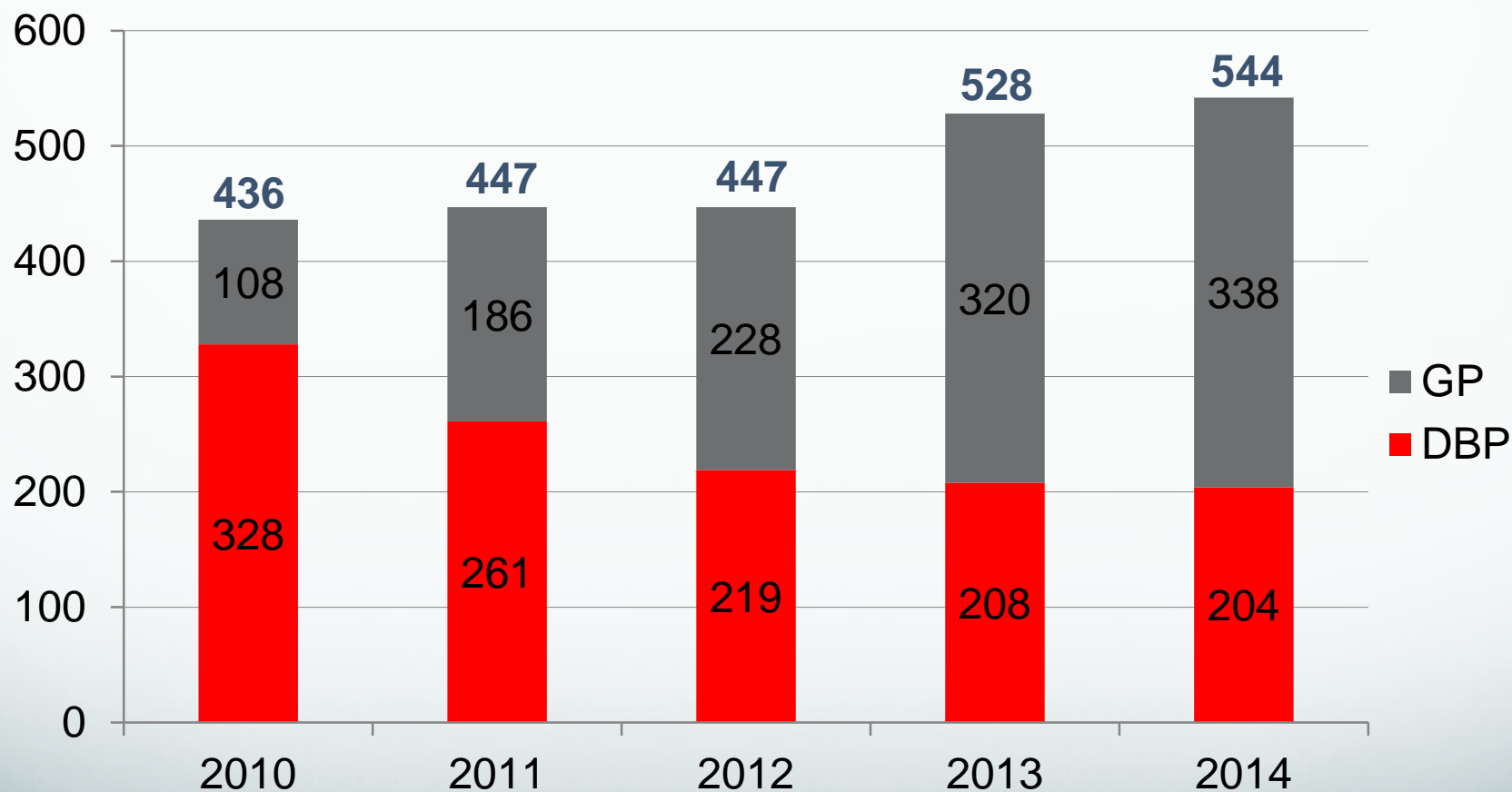


La chirurgie bariatrique à l'IUCPQ

		# cas / année
• 1975-1980	Balbutiements	1
• 1981-1985	Partition gastrique	8
• 1985-1990	Scopinaro	50
• 1990-1992	Scopinaro « amélioré »	120
• 1992-2006	Duodenal switch	100
• 2006	Laparoscopie	200
• 2008	Gastrectomie pariétale	400
• 2012	Sleeve = DBP	450
• 2015	Sleeve/DBP/DG	550

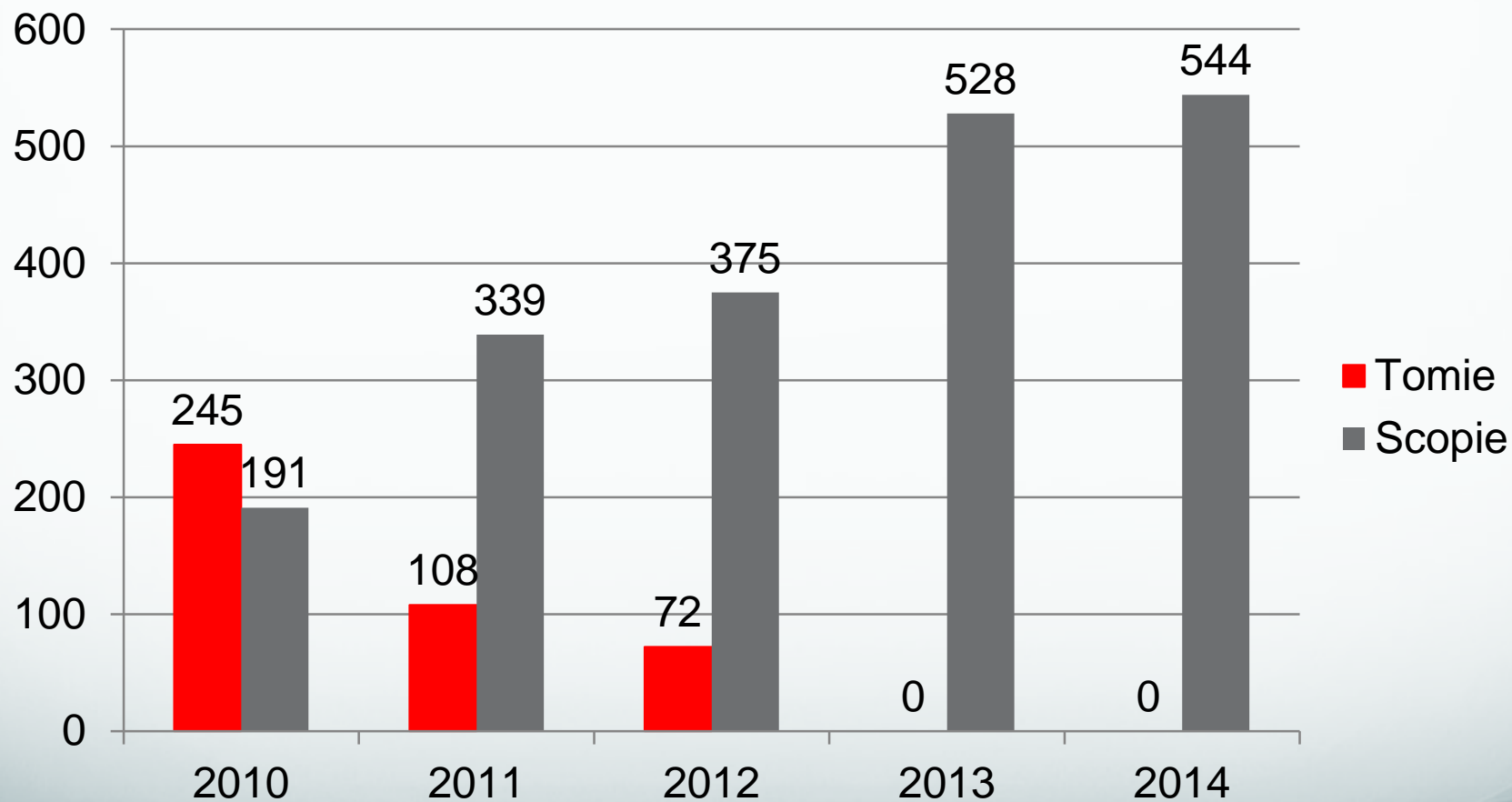
Nombre et type d'interventions

IUCPQ 2010-2014



Tomie VS Scopie

IUCPQ 2010-2014



30 ans de chirurgie bariatrique

Leadership Dr Simon Biron et Picard Marceau

Ont fondé leur action sur le soulagement des patients affligés d'une maladie souvent débilitante.

Ont apporté des modifications à une chirurgie basée sur des principes physiologiques dont les bénéfices sont aujourd'hui documentés et reconnus.

Ont su s'entourer d'une équipe interdisciplinaire, ainsi qu'attirer et encourager la relève.

30 ans de chirurgie bariatrique

- Le développement d'un axe de recherche fondamental en obésité a consolidé le programme clinique.
- Le nombre de cas par année devrait encore progresser mais moins rapidement que dans les dernières années.
- La proportion de Sleeve restera probablement stable, le nombre de dérivation gastrique augmentera et la DBP gardera toujours une place importante.

30 ans de chirurgie bariatrique...

Une affaire d'équipe!
