Particularités de la prise en charge de l'obésité à la Clinique Mathilde

Dr Olivier Foulatier

Chirurgie Viscérale et Digestive

Clinique Mathilde (Partenaire CSO)

Praticien attaché au CHU de Rouen

Président de la Ligue Régionale contre l'Obésité

Elément nouveau dans la prise en charge médico chirurgicale en 2019: les effets de la DAP (au 01.03.2019, avec report au 01.04.2019)

Un critère auxquels étaient déjà soumis les MCO

Un critère auxquels sont désormais soumis tous les établissements

Qui répond à une réalité « les excès de la chirurgie bariatrique »

Qui se manifeste par une chute d'activité régionale attendue de 10%, allant de -15 à -25% selon les établissements

2-7 RDV

Particularités de la prise en charge de l'obésité à la Clinique Mathilde

Evolution depuis 2007 du bilan de prise en charge médico-chirurgicale

Rouen, le vendredi 20 septembre 2019

Cher Confrère,

Je revois ce jour en consultation **Madame X (Féminin), née le 4 mai 1990**, profession, qui reconsulte accompagnée de , au terme du bilan réalisé en vue de sleeve gastrectomy.

Elle a pesé jusqu'à kg (IMC maxi à kg/m2), pesait lors de la première consultation **kg, pèse ce jour kg, pour taille à cm, soit IMC actuel à kg/m2**. Malgré l'aide de , diététicienne/nutritionniste, et de/u Dr , psychothérapeute/iatre, un contrôle pondéral satisfaisant n'a donc pas été atteint.

Elle a été opérée de .

Le bilan a mis en évidence les éléments suivants :

1) *Retentissement ostéo-articulaire et évaluation de l'activité physique :* pas de cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, sciatalgie, coxalgie, gonalgie, douleurs de chevilles, aponévrosite plantaire, épine calcanéennes. Activité physique quotidienne moyenne actuelle évaluée à ppj par bracelet/téléphone. Score de Ricci-Gagnon à /45

2) *Sur le plan cardio vasculaire :* Pas d'HTA /traitée par depuis , n'a jamais pris d'Isoméride ou Médiator° . Circonférence abdominale à cm. Pas d'ATCD thrombo-embolique personnel ni familial identifié. Maladie veineuse des membres inférieurs Classée C (Consensus Transatlantique CEAP de 2009). Döppler veineux des membres inférieurs non demandé/montrant une insuffisance veineuse tronculaire /ostiale saphène gauche/droite/bilatérale.

3) *Sur le plan pneumo-allergologique :* Epworth à /24. Pas de SAOS non/appareillé depuis avec IAH à /h.

Polysomnographie non demandée. Pas d'ATCD de tabagisme à cigarettes sevré depuis . Sous réserve de la consultation d'anesthésie, pas de contre indication respiratoire pour intervention qui sera réalisé par coelioscopie. Pas d'allergie connue.

4) *Sur le plan métabolique et endocrinien :*

Cholestérolémie totale à g/l, HDL-Cholestérol à g/l; LDL-Cholestérol à g/l ; triglycéridémie à g/l, glycémie à jeun à g/l, HbA1C à %; folates à ng/ml, Vitamine D à ng/ml, vitamine B1 à nmol/l, vitamine B12 à pmol/l, uricémie à mg/l, clairance de la créatinine à ml/min/1.73m2, TSH à mUI/l. Albuminémie à g/L. Pas d'endocrinopathie décelée. *Complications du diabète:* Acanthosis nigricans FO: rétinopathie diabétique ; DTSA: rapport EIM à um (norme <um) EIM droit à um ; microalbuminurie.

5) *Etat bucco dentaire:* pas de soin dentaire en cours, ni envisagé. Coefficient masticatoire NR.

7) *Sur le plan neuro-psychique:* Absence d'hospitalisation en secteur psychiatrique depuis un an. Pas d'ATCD d'addiction. Retentissement psychosocial jugé sévère sur le plan personnel, familial, professionnel, avec retentissement sur la vie intime du couple, phobie sociale, isolement social. Score BAROS à NR

8) *Densitométrie corporelle* DXA réalisée avec DER à cal/jour

9) *Évaluation diététique:* Score TFEQ NR ou questionnaire du GROS. Quantification calorique initiale des apports à Cal/jour. Patient informé des modifications alimentaires à accepter à vie. Spécificité alimentaires:

10) *Statut parental et contraception: pas de désir de parentalité. Conjoint (e) en situation d'obésité: oui/non. Évaluation de la réserve ovocytaire proposée/refusée. Contraception assurée par et rappel à la patiente de ne pas débuter de traitements à risques thrombo emboliques 6 semaines avant et 6 semaines après l'intervention (revoir le prescripteur si nécessaire*). La nécessité d'une contraception efficace au cours de la première année lui a été rappelée, ainsi que la nécessité **en cas d'éventuelle grossesse ultérieure d'un bilan spécifique précoce par son endocrinologue**, d'accroitre le fractionnement alimentaire pour couvrir les besoins du troisième trimestre de grossesse, d'aviser son pédiatre en cas d'allaitement maternel de cet antécédent chirurgical pouvant altérer la qualité du lait maternel.

DERNIER RDV

Il me confirme avoir consulté le feuillet de l'HAS que je lui avais remis, a consulté les sites du cnao.fr et de la soffcomm.fr comme demandé, et indique avoir pu échanger ou rencontrer des patients ayant déjà eu ce type de chirurgie. Il a visionné la procédure en VR 360° .

Ce jour, sous réserve de validation de l'indication en RCP d'une part, d'acceptation de la Demande d'Accord Préalable de sa CPAM, je programme une sleeve gastrectomy le 05.2019, avec admission le matin à 089h00, à jeun à partir de minuit (sauf boisson claire sucrée, type thé ou café sucré ou jus de pomme ou de raisin) prise avant 08h00.

Je lui rappelle une nouvelle fois les modalités, risques et complications éventuelles, notamment les risques liés au pneumopéritoine (embolie gazeuse, douleurs...), de complication hémorragique (pouvant nécessiter une réintervention, un acte interventionnel pour embolisation en cas de saignement, une transfusion, ou l'utilisation de médicaments ou produits dérivés du sang), d'asthénie post-opératoire (fatigue), de troubles carentiels **nécessitant un suivi médical à vie et des supplémentations adaptées**, d'occlusion intestinale précoce ou tardive après le geste, d'éventuels troubles fonctionnels digestifs (douleurs, blocages alimentaires, régurgitations, modifications des goûts et habitudes alimentaires, modification du transit) et leurs traitements correctifs (médicaments, explorations physiologiques et endoscopiques, dilatations pneumatiques du tube digestif), comportant y compris le risque de convertir le montage et donc de réinterventions, parfois multiples. Je l'ai également informé de la difficulté, voire l'impossibilité d'une alimentation orale suffisante et de la nécessité de recourir soit à des compléments alimentaires oraux, soit à une alimentation par cathéter veineux ou par une sonde d'alimentation entérale naso jejunale ou jejunostomie, de façon temporaire ou définitive. Je lui rappelle aussi plus particulièrement le risque de survenue de péritonite, de fistule dont il est parfaitement informé, les traitements à envisager (réinterventions, drainage chirurgical ou endoscopique prolongé, alimentation entérale (par voie digestive) ou parentérale (voie veineuse) prolongées, de traitements endoscopiques par Clip type Ovesco° , drain type "queue de cochon", encollage, drainage endoscopique et endoprothèse oeso gastrique, de nécessité d'acte anesthésiques supplémentaires pour la réalisation de ces traitements, et du risque de mortalité post opératoire, et/ou des conséquences éventuelles tant médicales que professionnelles, familiales, matérielles, de préjudice sexuel secondaire, ou esthétiques (lié aux cicatrices et à une éventuelle chirurgie réparatrice ultérieure) auxquelles néanmoins il me dit consentir et qu'il a bien intégrés.

Je lui demande enfin, au décours de l'intervention, de signaler tout vomissement répété, **de respecter le suivi médico- chirurgical auquel il s'engage donc à vie.** Je ne manquerai pas de vous tenir informée des suites.

Bien Confraternellement,

Courrier dicté en présence du patient et remis en main propre pour transmission paramédicale par le patient

Docteur Olivier FOULATIER

6) *Sur le plan uro-digestif :* Suspicion biologique de NASH évaluée par FIB-4 <1.45, >3.25 et NAFLD fibrosis score <-1.455 ou > 0.675 justifiant une élastographie Impulsionnelle à Vibration Contrôlée à Kpa/ non demandée. Endoscopie normale/montrant une gastrite, HP-/ éradiqué contrôlé HP-. Pas de RGO clinique occasionnel, fréquent, quotidien, traité par IPP.

$$\text{FIB} - 4 = \frac{\text{Age } (ans) \times \text{ASAT } (UI/L)}{\text{Nombre de plaquettes } (10^9/L) \times \sqrt{\text{ALAT } (UI/L)}}$$

Formule du score FIB-4

CALCULATEUR

Age (ans)*

ASAT (UI/L)*

Nombre de plaquettes (10^9/L)*

ALAT*

Score FIB-4

NAFLD fibrosis score
Online calculator

Angulo P, Hui JM, Marchesini G et al. **The NAFLD fibrosis score**
A noninvasive system that identifies liver fibrosis in patients with NAFLD
Hepatology 2007;45(4):846-854 doi:10.1002/hep.21496

Age (years)
BMI (kg/m²)
IGF/diabetes
AST
ALT
Platelets (x10⁹/l)
Albumin (g/l)
calculate score

BMI: body mass index
IGF: impaired fasting glucose

COMPTE-RENDU : FIBROSCAN du 17/09/2019

De : [redacted]
Sexe **MASCULIN** N° de dossier : 19-13313

Cher Confrère,

Veuillez trouver ci-joint le résultat d'élastométrie de votre patient : **12,6 Kpa**
Résultat du fibroscan en fonction de l'étiologie de l'hépatopathie
Pour les autres anomalies hépato-biliaire, pas de référence précises : utiliser de préférences les données de l'hépatite C.

Je vous prie de croire à l'expression de mes salutations les meilleures.

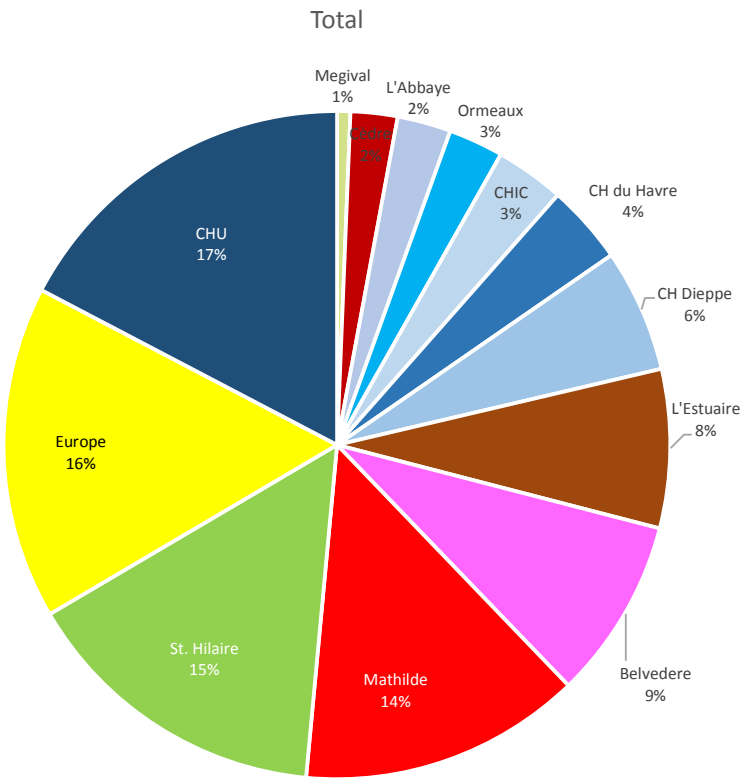
HEPATOLOGUES / A.FOURRIER

	F0-F1	F2	F3	F4
Hépatite C	<7.2	7.2<x<9.5	9.5<x<12.4	>12.4
Hépatite B	<7.2	7.2<x<9.5	9.5<x<12.3	>12.3
Stéatose	<7	7<x<8.8	8.8<x<10.2	>10.2
Alcool	<9	9<x<12	12<x<18.4	>18.4
CBP	<8.8	8.8<x<10.6	10.6<x<16.9	>16.9
HAI	<5.8	5.8<x<10.5	10.5<x<16	>16
VHC-VIH	<7	7<x<11.5	11.5<x<14	>14

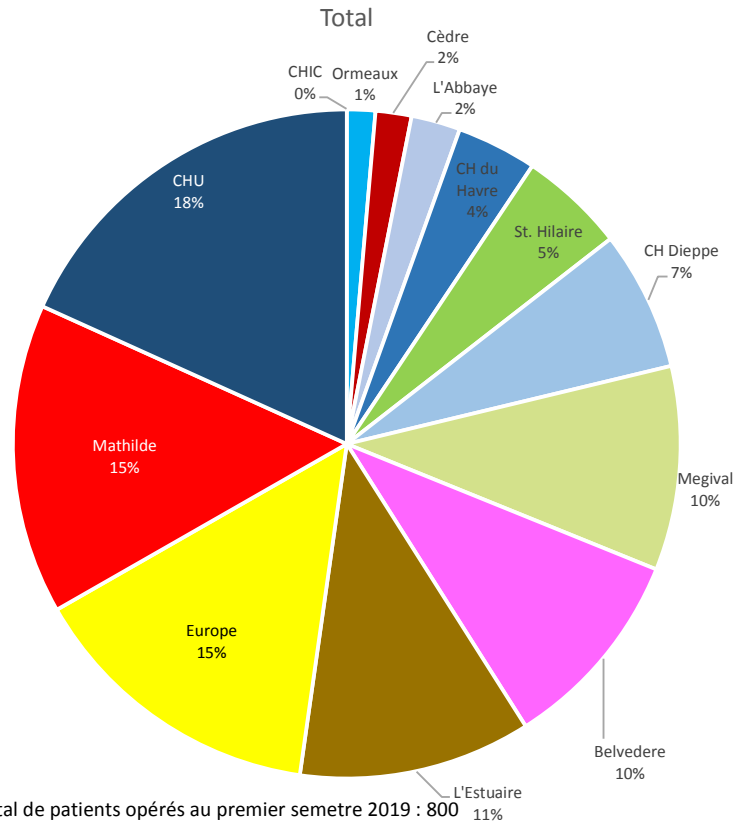
Application smartphone : myFibroScan

Pas de trouble de la continence urinaire/trouble des fonctions érectiles ni de trouble fonctionnel digestif allégué. Echographie hépatique: pas d'ATCD de lithiase biliaire symptomatique ni de lithiase urinaire.

Effets de la DAP (01.03.2019, avec report au 01.04.2019)



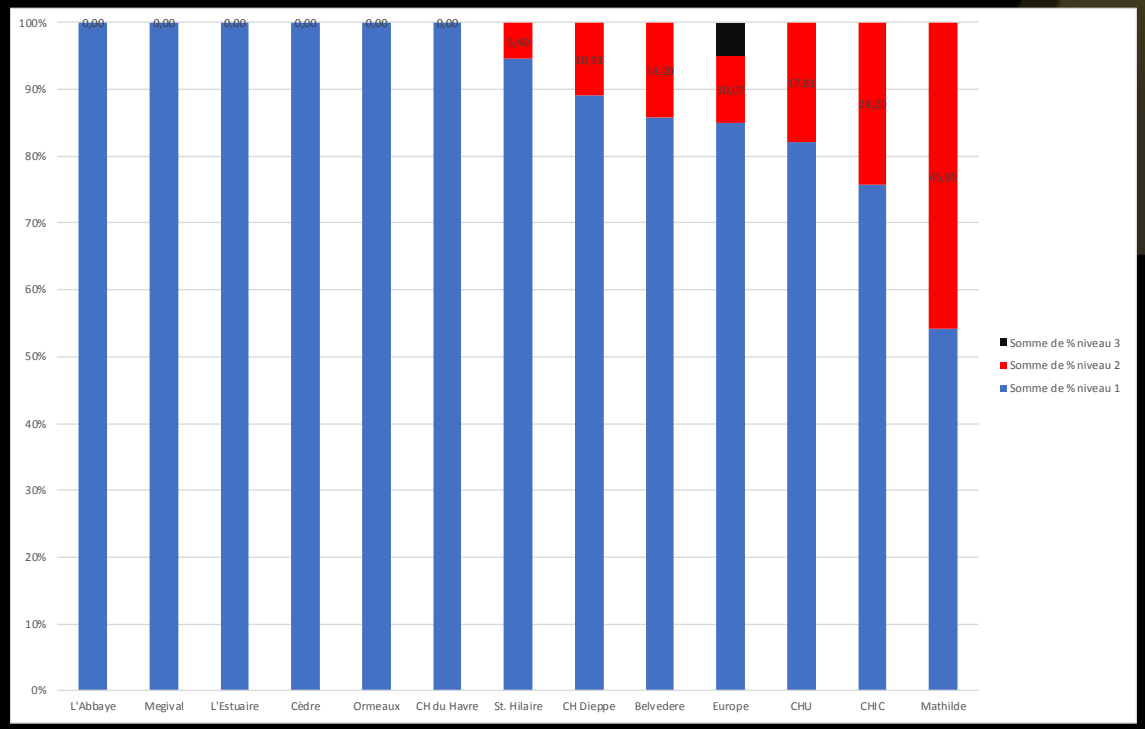
Nombre total de patients opérés en 2018 : 1785



Nombre total de patients opérés au premier semetre 2019 : 800

Particularités de la prise en charge de l'obésité à la Clinique Mathilde
Evolution du bilan de prise en charge médico-chirurgical d'un patient

Niveaux de gravité de patients



Grade 1 (bleu) Grade 2 (rouge) Grade 3 (noir)

TARIFICATION DES ACTES

	Public	Privé	%
Sleeve niveau 1	4 524,77	3 222,27	71,2140065
Sleeve niveau 2	5 195,13	3 870,45	74,5015043
Sleeve niveau 3	11 050	6 793,6	61,480543
Sleeve niveau 4	18 038,8	15 436,9	85,5760915

Taux de suivi à cinq ans: critère essentiel d'évaluation des résultats de la chirurgie bariatrique

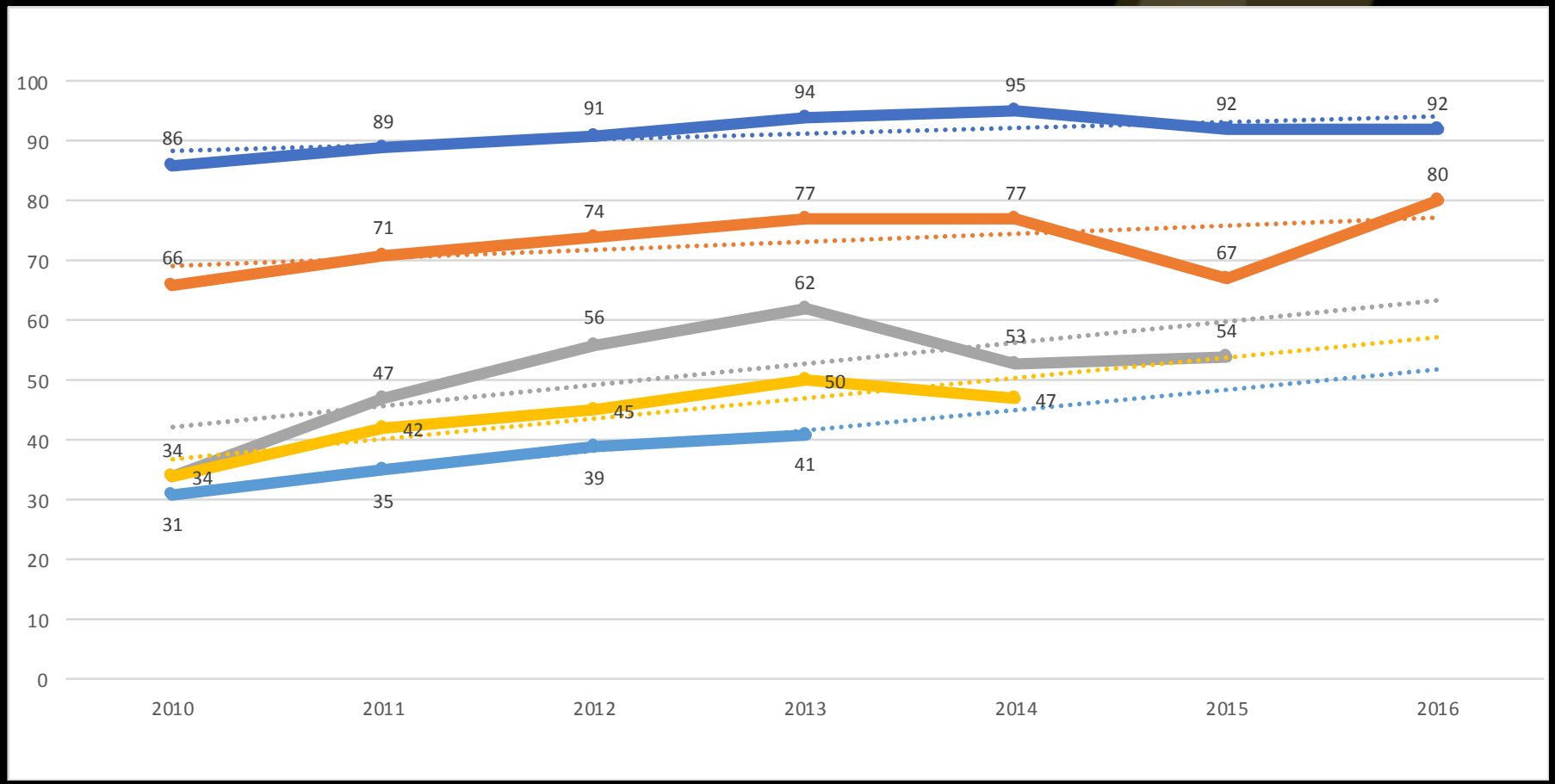
Un critère réclamé par le Cnao

Un critère convergent de l'ensemble de la littérature chirurgicale

Critère d'aggréement/labellisation des centres?

Obstacle? SOFFCO, CPAM…

Taux de suivi, Clinique Mathilde



A un an , deux ans, trois ans, quatre ans, cinq ans

Les particularités

Multi partenaire (SSR, La musse, SSR CAUX, Equemeauville…), partenaires libéraux régionaux conforme aux ambitions de la nouvelle loi de santé et au rapport de l'HCCAM

Prise en charge individualisée

Pas de régime Yaourt

TOGD+

RCP avec Plan de Soin Personalisé

e RCP

e Télé expertise; e téléconsultation

VR 360°

Volume d'activité, Niveau de gravité, valorisation de l'activité

Suivi (+extra régional)

Conclusion

- Au premier semestre 2019, sur la base des données publiques de l'ATIH, la Clinique Mathilde est le premier établissement privé en chirurgie bariatrique en Seine Maritime

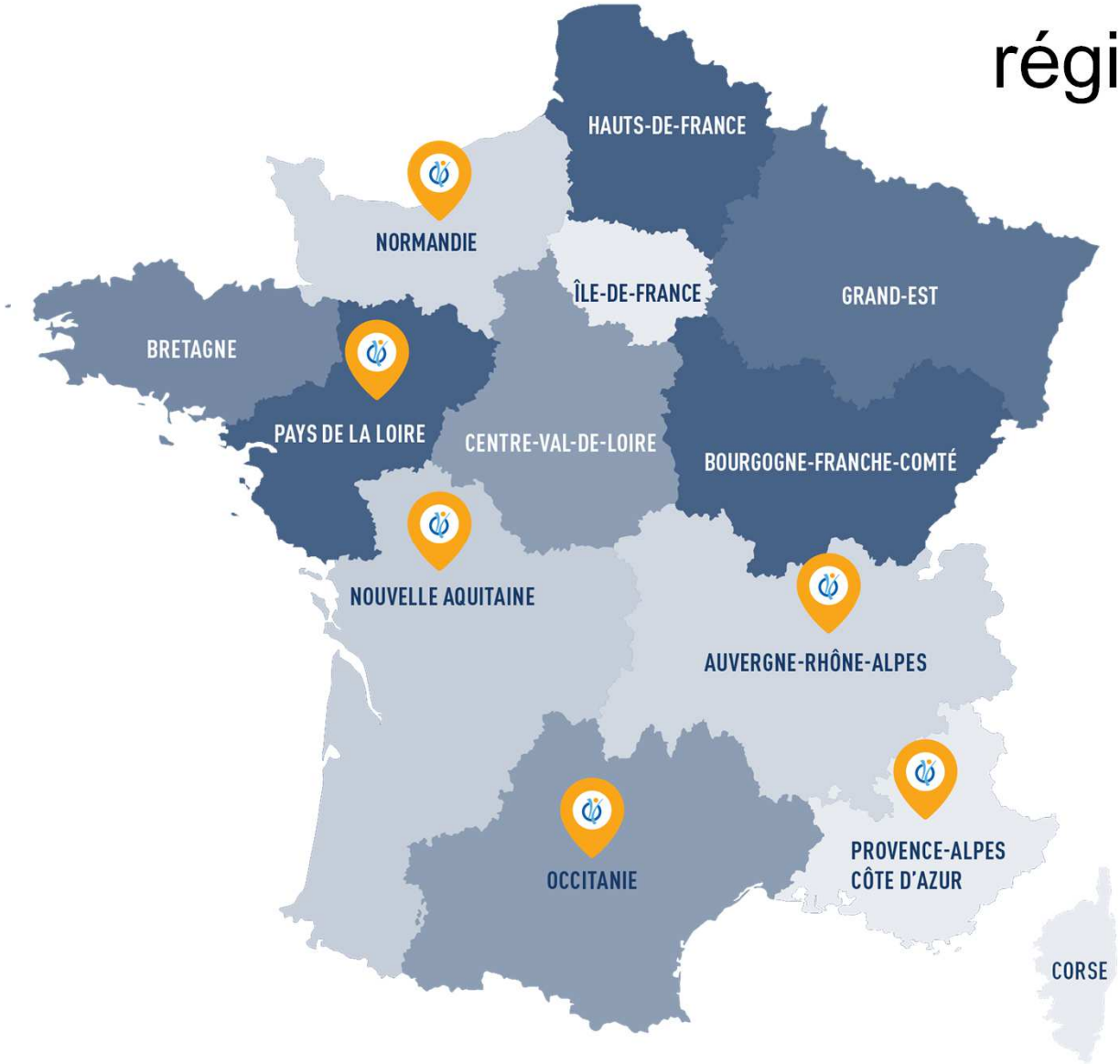
- Les pistes: évaluation des résultats médicaux (DOQBOARD)
- Labellisation du centre

- Déploiement de la Ligue Régionale Contre l'Obésité

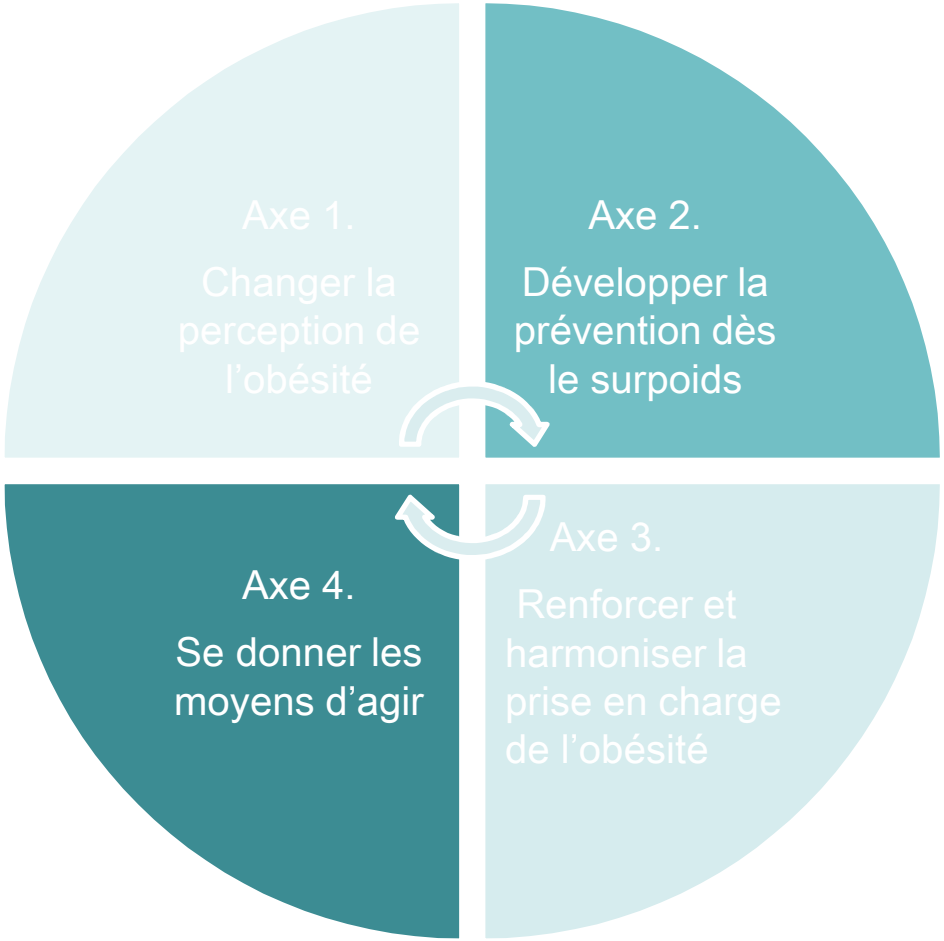
La Ligue Contre l’Obésité

LIGUE CONTRE OBÉSITÉ

Nos comités régionaux



Les orientations stratégiques



Implication de la Ligue dans les instances nationales

Commission Européenne Bruxelles

L'agrément santé

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Feuille de route

Ligue Contre l'Obésité

contact@liguecontrelobesite.org

Région Normandie :

olivier.foulatier@clinique-mathilde.com

Tel : 07 69 86 18 46