

Recommandations de la SOFFCO-MM en vue de la reprise de l'activité de chirurgie bariatrique et métabolique pendant et après la pandémie covid-19

-Texte court -

Face à la crise sanitaire actuelle responsable d'un arrêt des activités de chirurgie programmées depuis le 16 mars 2020, il paraît nécessaire de reprendre une activité de chirurgie bariatrique et métabolique, à partir de la date du déconfinement, le 11 mai 2020.

Le seul traitement efficace actuel de l'obésité est la chirurgie avec un bénéfice rapide et durable (amélioration la qualité de vie, des comorbidités et augmentation de l'espérance de vie).

Le confinement et l'arrêt de cette chirurgie depuis le 15 mars ont eu un impact méconnu, et sous-estimé sur la population obèse avec prise de poids, et aggravation des comorbidités (diabète, HTA...). Une étude canadienne(1) a montré que le taux de mortalité sur liste d'attente avant chirurgie bariatrique est 3 fois plus élevé que dans la population générale. Prolonger l'arrêt de cette activité engendrerait une perte de chance avec risque d'augmentation de la mortalité et d'aggravation des comorbidités. De plus, des travaux récents ont montré (2) que l'obésité était un facteur de gravité indépendant en cas d'infection à covid-19, en particulier respiratoire, conduisant ainsi à une réflexion approfondie de notre conduite à tenir à court, moyen et long terme.

La mise en place d'un suivi par téléconsultations depuis le début de la période de confinement, selon les recommandations actuelles, a permis de poursuivre le suivi des patients souffrant d'obésité et leur préparation avant la chirurgie.

Le but de ce travail n'est pas de changer les recommandations mais de hiérarchiser la reprise en l'adaptant au contexte.

La reprise sera progressive et adaptée au risque sanitaire actuel, à partir de la date de déconfinement officielle.

Les organigrammes proposés aideront à déterminer les patients prioritaires en tenant compte de la balance bénéfice risque (figures 1, 2, 3, 4) .

Les modalités de reprise seront variables d'un centre à l'autre selon les ressources humaines, matérielles et médicamenteuses, et seront à adapter à l'évolution épidémique (actuellement via le suivi hebdomadaire sur le site santepubliquefrance.fr).

Les indications restent soumises à la validation pluri disciplinaire (RCP) selon les recommandations HAS, après un suivi et une préparation d'au moins 6 mois. Un consentement éclairé spécifique sera tracé et signé par le patient justifiant l'indication opératoire, les précautions renforcées mises en place lors de l'hospitalisation et les précautions personnelles à prendre pour éviter une contamination avant ou après la chirurgie.

Avant la programmation d'une chirurgie bariatrique, l'interrogatoire portant sur les signes cliniques d'une éventuelle infection par le Covid se fera par téléconsultation.

Un dépistage avant convocation hospitalière des patients obèses est à envisager en raison du risque avéré de forme grave de Covid chez ces patients.

Les modalités de dépistage (RT-PCR sur prélèvement naso-pharyngé; TDM thoracique) sont élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de leur publication sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

En cas de suspicion de Covid+, la chirurgie sera différée. Un délai minimum de un mois avec réévaluation clinico-biologique et avis spécialisé paraît raisonnable avant de re programmer une chirurgie.

La chirurgie ambulatoire et les durées d'hospitalisation courtes sont à privilégier.

Tous les patients opérés seront renseignés dans le registre SOFFCO-MM (mention d'un éventuel dépistage). Une insistance particulière sur les mesures et gestes barrières avec si possible un confinement sont fortement suggérés pour le patient durant le premier mois postopératoire. Le suivi des patients sera effectué de préférence par téléconsultation selon le même rythme que celui préconisé par les recommandations HAS. En cas de nécessité une consultation physique peut être envisagée en respectant les mesures barrières.

Ces recommandations peuvent évoluer en fonction de l'évolution de la pandémie Covid19 qui reste inconnue.

[1] Lakoff JM, Ellsmere J, Ransom T. Cause of death in patients awaiting bariatric surgery. Can J Surg. 2015; 58:15-8.

[2] Simonnet A, Chetboun M, Poissy J, Raverdy V, Noulette J, Duhamel A, Labreuche J, Mathieu D, Pattou F, Jourdain M; Lille Intensive Care COVID-19 and Obesity study group. High prevalence of obesity in severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) requiring invasive mechanical ventilation. Obesity (Silver Spring). 2020 [Epub ahead of print]

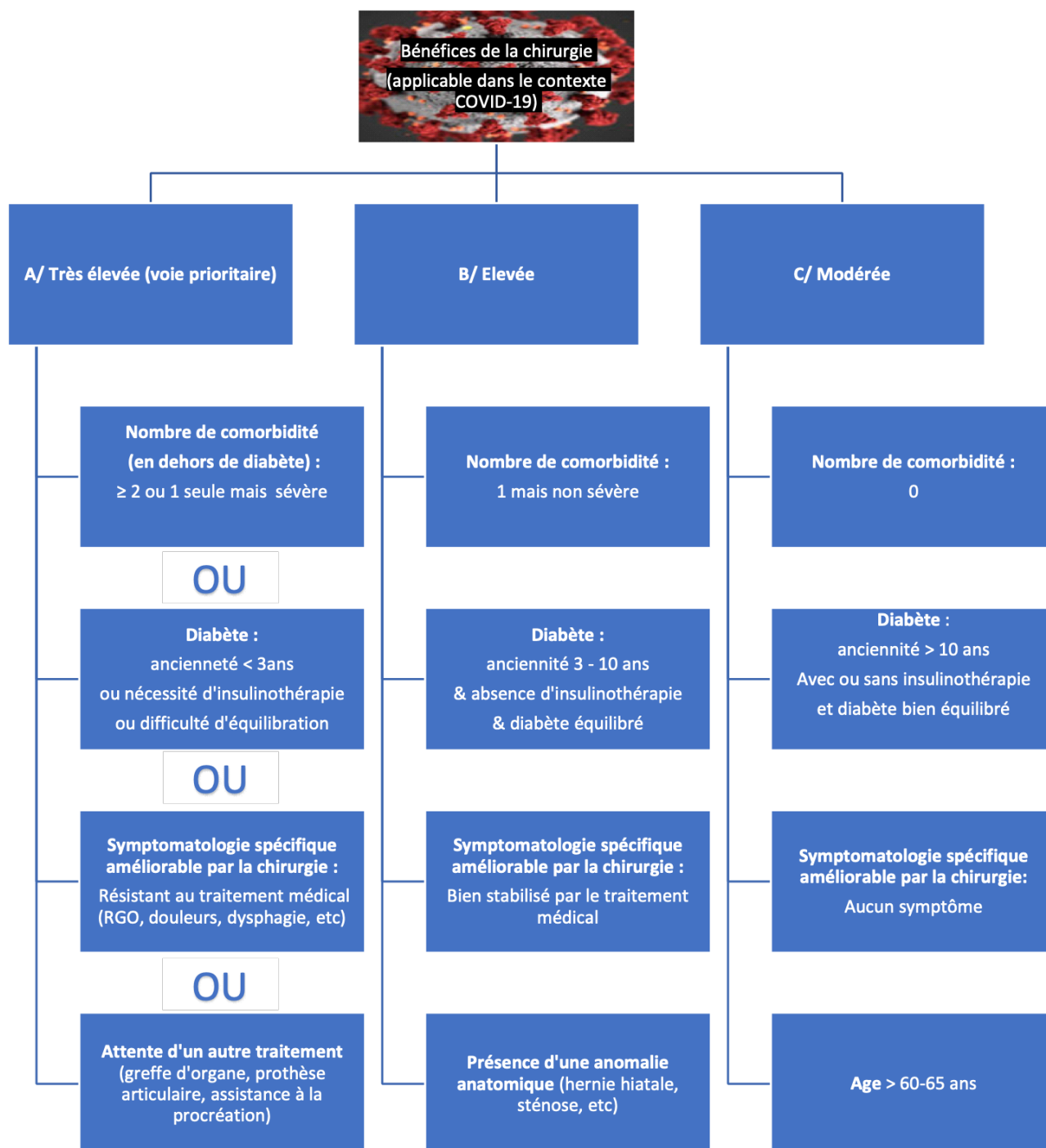


Figure 1. Bénéfices de la chirurgie bariatrique/métabolique durant la crise COVID-19. Cet organigramme est fondé sur des données solides de la littérature

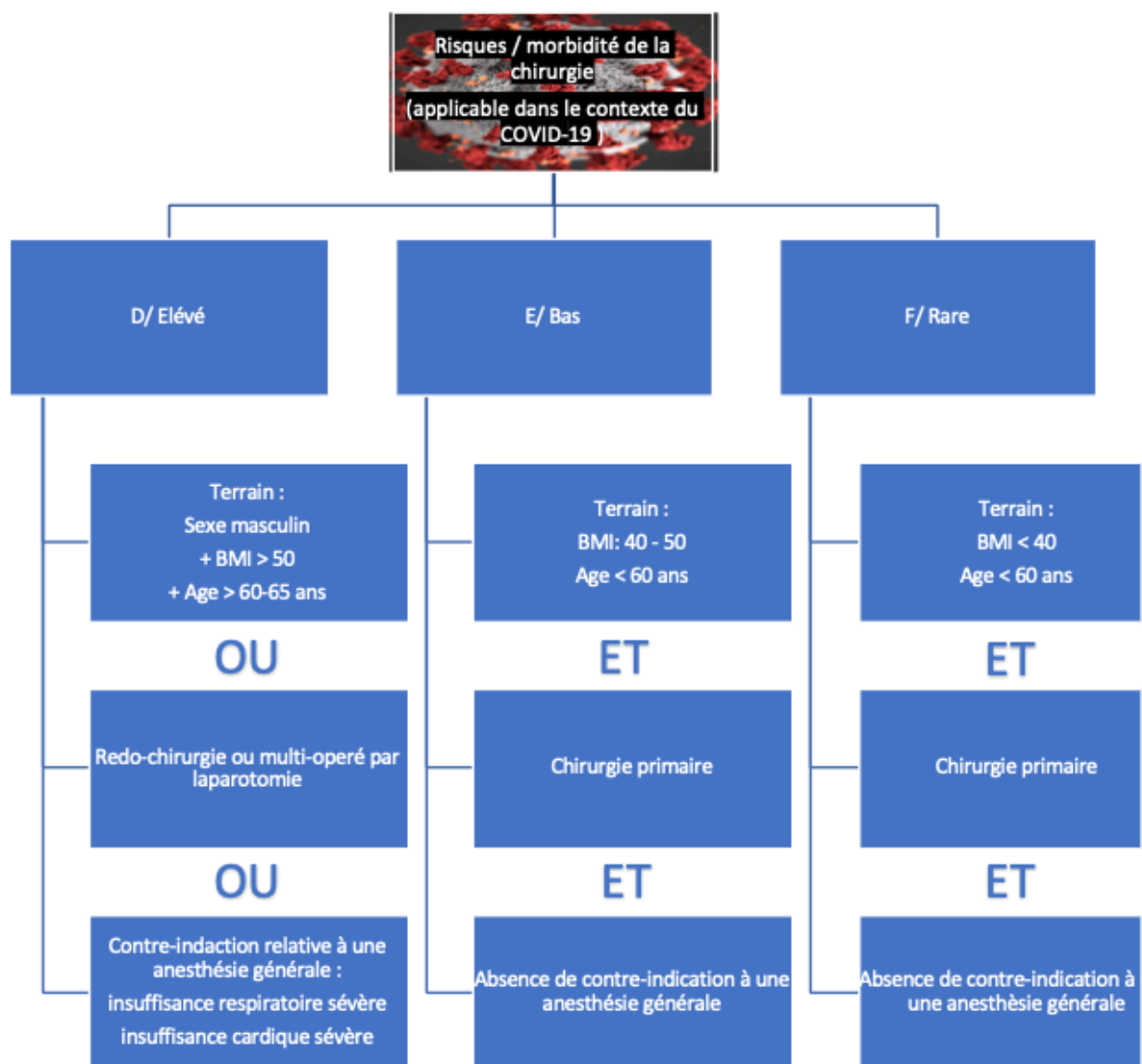
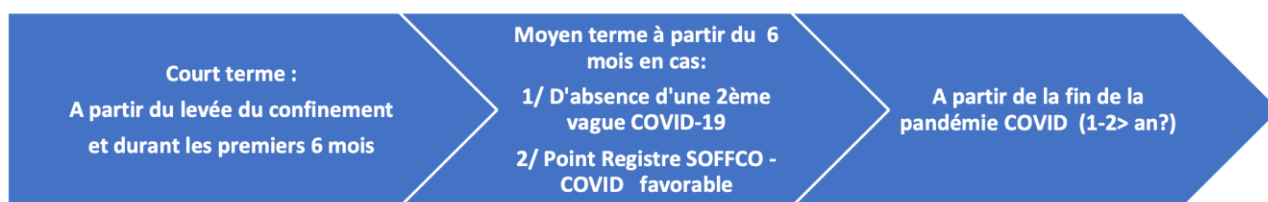


Figure 2. Risques de la chirurgie bariatrique/ métabolique durant la crise COVID-19. Cet organigramme est fondé sur des données solides de la littérature



BBR très élevée dans le contexte COVID : voie prioritaire	BBR élevée dans le contexte du COVID	BBR modérée dans le contexte du COVID
• A (au moins 1 élément) + F • A (au moins 1 élément) + E	• B (au moins 1 élément) + E • B (au moins 1 élément) + F	• C (au moins 1 élément) + F • C (au moins 1 élément) + E

Figure 3. Catégories des patients opérés d'une chirurgie bariatrique durant le contexte actuel COVID-19. BBR = Balance Bénéfice Risque

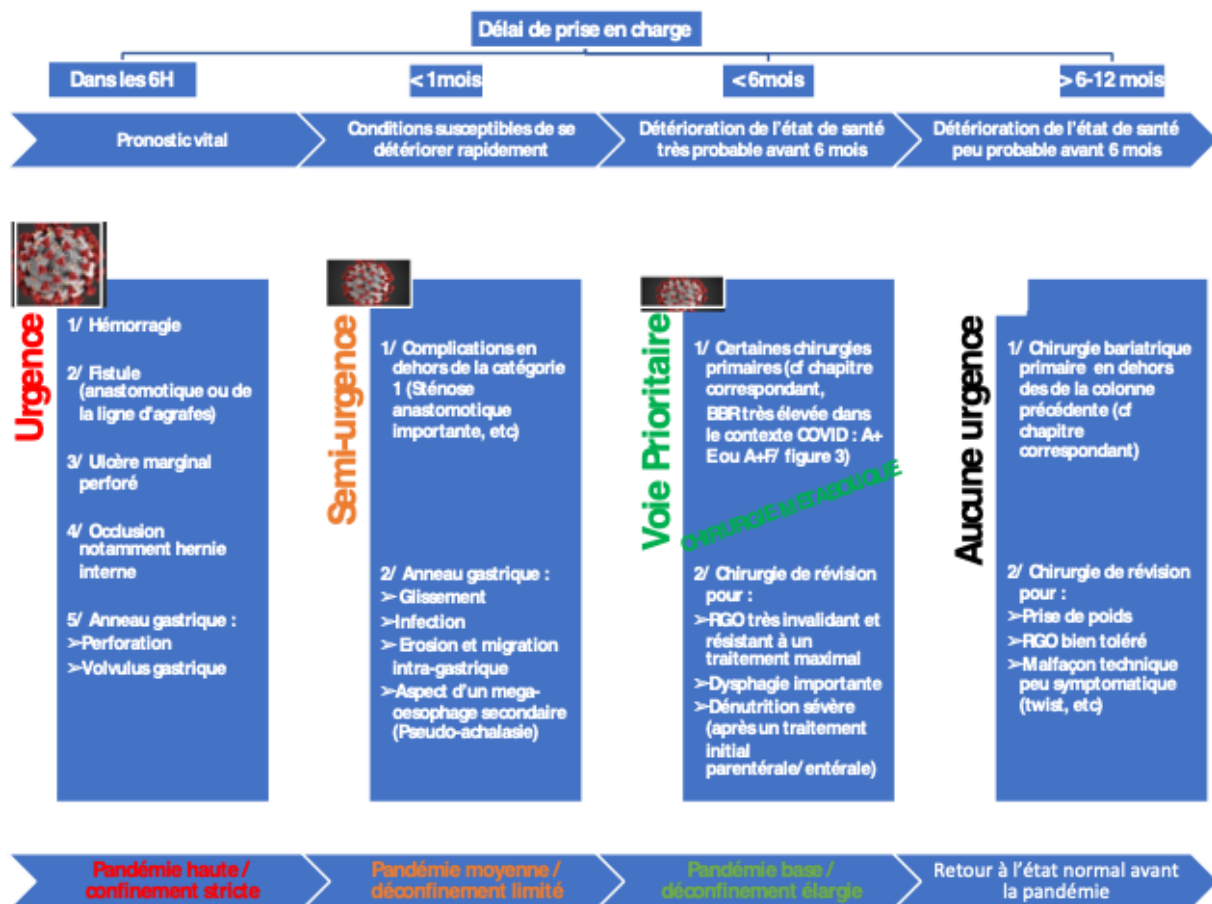


Figure 4. Reprise de la chirurgie bariatrique (urgence et programmée) selon l'évolution de la pandémie. RGO = Reflux Gastro-Esophagien