

LIVRE OFFICIEL DU **COLLÈGE**

**Collège Français de Chirurgie  
Générale, Viscérale et Digestive**



**Conseil National des Universités  
de Chirurgie Viscérale et Digestive**



# Chirurgie générale, viscérale et digestive

**3<sup>e</sup> édition actualisée**



**R  
2  
C**

- Le nouveau programme de connaissances R2C
- L'ouvrage officiel de la spécialité
- Les objectifs de connaissances hiérarchisés : rangs A et B
- Les situations de départ en lien avec les objectifs de connaissances

LE RÉFÉRENTIEL | MED-LINE  
LIVRE OFFICIEL DU **COLLÈGE**

**Collège Français de Chirurgie  
Générale, Viscérale et Digestive**



**Conseil National des Universités  
de Chirurgie Viscérale et Digestive**



# Chirurgie générale, viscérale et digestive

3<sup>e</sup> édition actualisée

**R 2 C**

Préface

**Pr Olivier Farges**

Président du Collège

**Pr Olivier Soubrane**

Président du CNU

**Pr Jérémie Lefèvre**

Coordinateur de l'ouvrage

**MED-LINE**  
Editions

**Éditions MED-LINE**  
Tél. : 09 70 77 11 48  
e-mail : inline75@aol.com  
**www.med-line.fr**

*CHIRURGIE GÉNÉRALE, VISCÉRALE ET DIGESTIVE - 3<sup>E</sup> ÉDITION ACTUALISÉE*

ISBN : 978-2-84678-306-4

© 2022 ÉDITIONS MED-LINE

Maquette : Lorraine Desgardin

Achévé d'imprimer par Printcorp en décembre 2021.

Dépot légal : janvier 2022.

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs, ou de leurs ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

## Sommaire

---

Préface.....	5
Les auteurs.....	7
Chapitre 1 : <b>Tuméfaction pelvienne chez la femme</b> .....	9
<i>Item 44</i>	
Chapitre 2 : <b>Transplantation d'organes : Aspects épidémiologiques et immunologiques ; principes de traitement et surveillance ; complications et pronostic ; aspects éthiques et légaux</b> .....	23
<i>Item 201</i>	
Chapitre 3 : <b>Goitre, nodule thyroïdien et cancers thyroïdiens</b> .....	33
<i>Item 241</i>	
Chapitre 4 : <b>Obésité de l'enfant et de l'adulte</b> .....	43
<i>Item 253</i>	
Chapitre 5 : <b>Hépatomégalie et masse abdominale</b> .....	53
<i>Item 276-1</i>	
Chapitre 6 : <b>Adénomes surrénaliens</b> .....	71
<i>Item 276-2</i>	
Chapitre 7 : <b>Lithiase biliaire et complications</b> .....	79
<i>Item 277</i>	
Chapitre 8 : <b>Carcinose péritonéale</b> .....	99
<i>Item 280</i>	
<i>Items 291, 292, 294</i>	
Chapitre 9 : <b>Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) chez l'adulte et l'enfant</b> .....	107
<i>Item 282</i>	
Chapitre 10 : <b>Diverticulose colique et diverticulite aiguë du sigmoïde</b> .....	115
<i>Item 287</i>	
Chapitre 11 : <b>Pathologie hémorroïdaire</b> .....	127
<i>Item 288</i>	
Chapitre 12 : <b>Hernie pariétale chez l'enfant</b> .....	137
<i>Item 289-1</i>	
Chapitre 13 : <b>Hernie pariétale chez l'adulte</b> .....	145
<i>Item 289-2</i>	
Chapitre 14 : <b>Traitement des cancers : chirurgie</b> .....	153
<i>Item 294-1</i>	



Chapitre 15 : <b>Traitement des cancers : traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie)</b> .....	163
<i>Items 294-2, 295</i>	
Chapitre 16 : <b>Traitement des cancers : radiothérapie</b> .....	169
<i>Item 294-3</i>	
Chapitre 17 : <b>Tumeurs du côlon</b> .....	175
<i>Item 301-1</i>	
Chapitre 18 : <b>Tumeurs du rectum</b> .....	199
<i>Item 301-2</i>	
Chapitre 19 : <b>Tumeurs de l'estomac</b> .....	209
<i>Item 303</i>	
Chapitre 20 : <b>Tumeurs primitives du foie</b> .....	221
<i>Item 304-1</i>	
Chapitre 21 : <b>Tumeurs secondaires du foie</b> .....	241
<i>Item 304-2</i>	
Chapitre 22 : <b>Tumeurs de l'œsophage</b> .....	253
<i>Item 305</i>	
Chapitre 23 : <b>Tumeurs du pancréas</b> .....	267
<i>Item 308</i>	
Chapitre 24 : <b>Polytraumatisé, traumatisé abdominal</b> .....	285
<i>Item 334</i>	
Chapitre 25 : <b>Syndrome occlusif de l'adulte</b> .....	295
<i>Item 354</i>	
Chapitre 26 : <b>Appendicite de l'enfant et de l'adulte</b> .....	307
<i>Item 356</i>	
Chapitre 27 : <b>Péritonite aiguë</b> .....	317
<i>Item 357</i>	
Chapitre 28 : <b>Pancréatite aiguë</b> .....	325
<i>Item 358</i>	
Chapitre 29 : <b>Prise en charge médico-chirurgicale des ingestions de caustique du tube digestif haut</b> .....	341
<i>Item 273</i>	
<i>Items 353, 357</i>	

**Attention** : les photographies présentées sur un fond vert dans l'ouvrage correspondent à un contenu multimédia que l'étudiant doit connaître et sur lequel il peut être interrogé.

Cette troisième édition du référentiel du Collège de Chirurgie Viscérale et Digestive témoigne de la constance de son coordonnateur Jérémie Lefèvre et de la mobilisation des enseignants de notre spécialité autour de mêmes objectifs : faciliter l'acquisition des connaissances de rang A nécessaires à tous les futurs médecins, permettre à ceux qui souhaitent s'orienter vers la chirurgie viscérale et digestive d'approfondir les connaissances de rang B et permettre à chacun (étudiants et enseignants) de se préparer aux ECOS. Nous les en remercions.

La réforme du 2<sup>e</sup> cycle a pour objectif originel de permettre à des étudiant(e)s de mieux se connaître, de tester leurs appétences et leurs compétences pour la spécialité à laquelle ils/elles souhaitent se destiner... ou de les identifier. C'est aussi dans cet esprit que cet ouvrage a été conçu.

Il appartient aux enseignant(e)s de Chirurgie Viscérale et Digestive de vous guider et vous aider dans cette démarche bienveillante. Il vous appartient tout autant, en tant qu'étudiant(e)s, de préserver ces objectifs. Nous saurons, conjointement, évoluer au fil du temps, nous adapter, et poursuivre une réflexion partagée sur la façon d'y parvenir, hors stages et en stages. S'adapter à une situation concrète, trouver des solutions, préserver un objectif... font partie de l'essence des spécialités chirurgicales.

Nos remerciements vont aussi à l'éditeur qui a accepté de poursuivre le financement d'un prix annuel de 3 000 € récompensant le meilleur mémoire national publié du DES de Chirurgie Viscérale et Digestive.

Au plaisir de vous accueillir dans notre spécialité, aux multiples facettes et qui s'engage à vous recevoir.

**Pr Olivier Farges et Pr Olivier Soubrane,**

Collège de Chirurgie Viscérale et Digestive

Conseil National des Universités de Chirurgie Viscérale et Digestive (52.02)

## Introduction

---

Réalisé sous l'égide du Collège Français de Chirurgie Générale, Viscérale et Digestive cette nouvelle édition du cours Référentiel de **Chirurgie Générale, Viscérale et Digestive** adopte le nouveau programme de connaissances de la « Réforme du second cycle des études médicales » (R2C), paru au *Journal Officiel* du 2 septembre 2020, qui a fait l'objet d'une suppression des unités d'enseignement (UE), d'une nouvelle numérotation et d'une hiérarchisation des objectifs de connaissances en rang A (connaissances indispensables pour tout futur médecin) et rang B (à connaître à l'entrée dans une spécialité de troisième cycle).

Cette mise à jour a été possible grâce à la participation des équipes universitaires impliquées dans l'enseignement de la Chirurgie Générale, Viscérale et Digestive, qui sont ici remerciées pour leur implication dans la préparation de ce Référentiel.

Pour chacun des items du programme de connaissances abordés, les objectifs hiérarchisés en rang A et rang B sont listés dans un tableau au début de chaque chapitre. L'ouvrage prend en compte les situations de départ, en lien avec les objectifs de connaissances. Elles sont appelées dans le texte et sont listées à la fin de chaque chapitre dans un tableau récapitulatif. Nous avons gardé les fiches de synthèse qui clôturent chaque chapitre ainsi que la riche iconographie qui avaient fait le succès des éditions précédentes.

Nous espérons que cet ouvrage répondra à vos attentes, vous guidera au mieux dans votre préparation et peut être suscitera des vocations de chirurgiens digestifs...

Très bonne lecture.

**Pr Jérémie Lefèvre**  
Coordonnateur de l'ouvrage

## Les auteurs

---

- Pr Thierry André (CHU Saint-Antoine, Paris)
- Pr Catherine Arvieux (CHU Grenoble)
- Dr Sandrine Barbois (CHU Grenoble)
- Dr Clément Baratte (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)
- Pr Daniel Benchimol (CHU Nice Archet 2)
- Pr Emmanuel Benizri (CHU Nice Archet 2)
- Pr Stéphane Berdah (CHU Nord, Marseille)
- Pr Laura Beyer-Berjot (CHU Nord, Marseille)
- Pr Thomas Blanc (CHU Necker, Paris)
- Pr Emmanuel Boleslawski (CHRU Lille)
- Pr Karim Boudjema (CHU Rennes)
- Pr Laurent Brunaud (CHU de Nancy)
- Pr Laurent Bresler (CHU Nancy)
- Pr Pierre Cattan (CHU Saint-Louis)
- Dr Antoine Cazelles (Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris)
- Dr Alexandre Challine (CHU Saint-Antoine, Paris)
- Dr Amélie Chau (CHRU Lille)
- Dr Nathalie Chereau (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)
- Pr Laurence Chiche (CHU Haut-Lévêque, Bordeaux)
- Pr Mircea Chirica (CHU Grenoble)
- Pr Jean-Robert Delpero (Institut Paoli-Calmettes, Marseille)
- Dr Damien Dousse (CHU Toulouse)
- Dr Côme Duclos (CHRU Besançon)
- Dr Bénédicte Durand (CHU Tenon, Paris)
- Dr Sanaa El-Mouhadi (CHU Saint-Antoine, Paris)
- Pr Sébastien Gaujoux (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)
- Dr Laurent Genser (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)
- Pr Olivier Glehen (CHU Lyon Sud)
- Dr Claire Goumard (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)
- Pr Florence Huguet (CHU Tenon, Paris)
- Dr Florence Jeune (CHU Saint-Louis, Paris)
- Pr Mehdi Karoui (Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris)
- Dr Zaher Lakkis (CHRU Besançon)
- Pr Jérémie Lefèvre (CHU Saint-Antoine, Paris)
- Pr Paul-Antoine Lehur (CHU Nantes)
- Pr Léon Maggiori (CHU Saint-Louis, Paris)
- Dr Gilles Manceau (Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris)
- Dr Arthur Marichez (CHU Haut-Lévêque, Bordeaux)
- Dr Alexandre Maubert (CHU Nice Archet 2)
- Dr Clémentine Mazoyer (CHU de Nantes)
- Pr Fabrice Ménégau (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)
- Dr Mathieu Messenger (CHRU Lille)
- Dr David Moszkowicz (CHU Louis-Mourier, Colombes)
- Pr Pablo Ortega-Deballon (CHU Bocage Central, Dijon)
- Pr Yves Panis (CHU Beaujon, Clichy)
- Pr Guillaume Passot (CHU Lyon Sud)
- Pr François Pattou (CHRU Lille)
- Pr François Paye (CHU Saint-Antoine, Paris)
- Dr Florian Pequenard (CHRU de Lille)
- Pr Frédérique Peschaud (CHU Ambroise Paré, Boulogne Billancourt)
- Pr Guillaume Piessen (CHRU Lille)
- Dr Marie Pigeyre (CHRU Lille)
- Pr Guillaume Portier (CHU Purpan, Toulouse)
- Dr Fabien Robin (CHU de Rennes)
- Pr Emile Sarfati (CHU Saint-Louis, Paris)
- Pr Alain Sauvanet (CHU Beaujon, Clichy)



Pr Olivier Scatton (CHU Pitié-Salpêtrière,  
Paris)

Pr Laurent Siproudhis (CHU Pontchaillou,  
Rennes)

Dr Edouard Vaucel (CHU Nantes)

Dr Nicolas Vinit (CHU Necker, Paris)

Dr Mathilde Wagner (CHU Pitié-Salpêtrière,  
Paris)

Dr Jean-David Zeitoun (CHU Saint-Antoine,  
Paris)

# Obésité de l'enfant et de l'adulte

Dr Laurent Genser<sup>1</sup>, Dr Clément Baratte<sup>1</sup>, Dr Marie Pigeyre<sup>2</sup>, Pr François Pattou<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Service de Chirurgie Digestive Hépato-bilio-pancréatique, transplantation hépatique, Sorbonne Université, Institut hospitalo-universitaire ICAN, AP-HP, Hôpital Universitaire Pitié-Salpêtrière, Paris

<sup>2</sup>Service de Nutrition, CHRU Lille

<sup>3</sup>Service de Chirurgie Générale et Endocrinienne, CHRU Lille

## OBJECTIFS : N° 253. OBÉSITÉ DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

- Diagnostiquer une obésité de l'enfant et de l'adulte.
- Connaître les principes de la prise en charge thérapeutique.

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Épidémiologie</li> <li>2. Définition de l'obésité</li> <li>3. Évaluation du sujet obèse               <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Interrogatoire</li> <li>3.2. Examen physique</li> <li>3.3. Examens complémentaires</li> </ol> </li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Prise en charge du patient obèse               <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. Modifications thérapeutiques du mode de vie</li> <li>4.2. Traitement pharmacologique</li> <li>4.3. Chirurgie bariatrique</li> </ol> </li> </ol> |
|---|--|

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
B	Prévalence	Connaître l'épidémiologie de l'obésité et ses enjeux	
A	Définition	Connaître la définition de l'obésité et de ses différentes grades	Différences en fonction de l'âge
B	Éléments physiopathologiques	Connaître l'évolution naturelle de l'obésité	Connaître l'influence négative de la restriction cognitive sur la perte de poids à long terme – Connaître l'influence de la distribution corporelle de la masse grasse sur la perte de poids
B	Diagnostic positif	Connaître les signes en faveur d'un rebond d'adiposité précoce chez l'enfant	Savoir suivre et analyser la courbe de corpulence sur le carnet de santé
A	Diagnostic positif	Connaître les principes de l'examen physique d'un sujet obèse	Savoir mesurer le tour de taille
B	Diagnostic positif	Savoir rechercher et reconnaître des signes cliniques d'orientation vers une obésité «secondaire»	Connaître les éléments qui doivent faire évoquer une obésité secondaire – Connaître les examens complémentaires à réaliser en cas de suspicion d'obésité secondaire

A	Diagnostic positif	Savoir diagnostiquer les complications de l'obésité chez l'adulte et l'enfant	Connaître les principaux examens complémentaires lors de la prise en charge initiale d'un sujet obèse – Critères diagnostiques du syndrome métabolique – Mesure du tour de taille – Définition et dépistage du syndrome d'apnées du sommeil – Définition du syndrome d'hypoventilation alvéolaire – Savoir évaluer le retentissement global de l'obésité (médical, fonctionnel dont l'épiphyse de la tête fémorale chez l'enfant, psychologique)
A	Étiologie	Savoir identifier les circonstances et éléments à l'origine de l'excès pondéral chez l'adulte	Connaître les facteurs favorisant la prise de poids – Savoir faire le lien entre histoire pondérale et événements de vie – Être capable d'évaluer la situation sociale, familiale, financière et éducative – Savoir rechercher les antécédents familiaux d'obésité
B	Étiologie	Savoir identifier les circonstances et éléments à l'origine de l'excès pondéral chez l'enfant	Savoir quels éléments évaluer devant un rebond d'adiposité précoce – Savoir diagnostiquer les éléments favorisant l'excès pondéral chez l'enfant – Savoir évoquer une obésité génétique
A	Diagnostic positif	Connaître les principes de l'évaluation des habitudes alimentaires	
A	Prise en charge	Connaître la stratégie et les objectifs de prise en charge de l'obésité chez l'adulte et l'enfant	
B	Prise en charge	Connaître les indications et contre-indications de la chirurgie bariatrique	Connaître les principes de cette chirurgie et leurs effets



Les situations de départ sont indiquées **en violet et gras** dans le texte. Elles sont ensuite listées à la fin du chapitre.

B

## 1. Épidémiologie

- La prévalence de l'obésité continue à augmenter dans les pays industrialisés et devrait doubler d'ici 2030 :
  - En France : 17 % chez l'adulte, 3,5 % chez l'enfant.
- En France, la prévalence de l'obésité est plus forte dans les classes sociales défavorisées (gradient social) et chez les sujets âgés.

A

## 2. Définition de l'obésité

- L'obésité correspond à « un excès de masse grasse entraînant des conséquences néfastes pour la santé » (OMS, 1997).
- Le statut pondéral est défini à partir de l'indice de masse corporelle (IMC) :
 
$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \text{poids} / \text{taille}^2$$
- Chez l'adulte (après 18 ans), l'obésité est définie par un **IMC  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$**  et associée à un risque de développer une ou plusieurs comorbidités et de mortalité précoce. Les seuils sont les mêmes chez l'homme et chez la femme (Tableau I).

TABLEAU I : DÉFINITION ET CLASSIFICATION DE L'OBÉSITÉ DE L'ADULTE

Classification	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Risque de comorbidités-mortalité
Valeurs de référence	18,5 à 24,9	Moyen
Surpoids	25,0 à 29,9	Légèrement augmenté
<b>Obésité</b>		
Grade I (modérée)	30,0 à 34,9	Modérément augmenté
Grade II (sévère)	35,0 à 39,9	Fortement augmenté
Grade III (massive, morbide)	≥ 40	Très fortement augmenté

- Chez les moins de 18 ans, l'IMC doit être interprété en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant en raison des fortes variations de corpulence liées à la croissance. Le diagnostic de surpoids et d'obésité est porté sur des courbes prédéfinies (poids, taille et IMC). Elles comprennent des seuils par âge et sexe au-dessus desquels l'enfant ou l'adolescent est en surpoids (au-delà du 97<sup>e</sup> percentile) ou présente une obésité (IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>).

## A 3. Évaluation du sujet obèse

### 3.1. Interrogatoire

- **Antécédents familiaux** d'obésité, de pathologies cardio-métaboliques (diabète, dyslipidémies, hypertension artérielle) et de cancer.
- **Histoire pondérale** = évolution du poids au cours du temps avec notamment les **circonstances de prise de poids**.
- **Habitudes alimentaires** :
  - typologie des aliments;
  - répartition, rythme et circonstances de prise alimentaire.
- **Niveau d'activité physique** :
  - niveau habituel d'activité physique (professionnel, loisirs, sports);
  - sédentarité (temps devant un écran, temps assis).
- **Recherche de troubles du comportement alimentaire** :
  - difficultés psychologiques;
  - restriction cognitive, grignotages, compulsions (*craving*), accès boulimiques (*binge eating*), alimentation nocturne (*night eating*).
- **Évaluation psychologique** = recherche d'une dépression, traumatismes, autre trouble psychiatrique associé et non traité, évaluation de l'estime de soi, de l'image du corps, recherche d'addictions.
- **Évaluation de la situation sociale et de l'environnement** : familiale, professionnelle, éducative, financière.
- **Évaluation de la motivation** +++

### 3.2. Examen physique

- **Évaluation du statut pondéral et de la répartition du tissu adipeux**.
  - **IMC** : détermine le statut pondéral;
  - **Tour de taille** : mesuré avec un mètre ruban à mi-distance entre le rebord costal inférieur et l'épine iliaque antéro-supérieure sur la ligne médio-axillaire;
    - **Seuils de tour de taille** dénotant une augmentation du risque de pathologies métaboliques et vasculaires liées à l'accumulation de graisse viscérale :

- $\geq 80$  cm chez la femme,  $\geq 94$  cm chez l'homme : niveau 1
  - $\geq 88$  cm chez la femme,  $\geq 102$  cm chez l'homme : niveau 2
  - **Répartition du tissu adipeux** permet de distinguer 2 types d'obésité :
    - **obésité androïde** : répartition du tissu adipeux sur la partie haute du corps, centrale, plutôt observée chez l'homme ;
    - **obésité gynoïde**, répartition sur la partie basse du corps, périphérique, plutôt typique de l'obésité féminine.
- B**
- **Chez l'enfant : établir les courbes de taille, de poids et d'IMC :**
    - l'IMC augmente la première année, diminue jusqu'à l'âge de 6 ans, et augmente à nouveau (rebond d'adiposité) jusqu'à la fin de la croissance. La survenue d'un rebond d'adiposité précoce ( $< 6$  ans), une ascension continue de la courbe d'IMC depuis la naissance, un changement rapide de couloir de la courbe d'IMC vers le haut sont des signes d'alerte à identifier car facteurs de risque d'obésité à l'âge adulte.
    - les trois courbes doivent être tracées dès les premiers mois de la vie des enfants et surveillées régulièrement, au minimum 2 à 3 fois par an et reportées dans le carnet de santé indépendamment de l'âge, de la corpulence et du motif de consultation.

• **Recherche d'une cause d'obésité secondaire\***

Même si ces étiologies sont exceptionnelles, il faut savoir évoquer :

- **hypothyroïdie** ;
- **hypercorticisme** (obésité facio-tronculaire associée à des signes d'hypercatabolisme) ;
- **tumeur hypothalamique ou hypophysaire** ;
- **syndrome génétique** (rare) :
  - **obésité monogénique** = liée à la mutation d'un gène sur la **voie de la leptine** :
    - obésité précoce et sévère, avec histoire familiale (transmission autosomique récessive ou dominante selon le gène impliqué).
  - **obésité syndromique** = le plus souvent lié à la délétion ou l'inactivation de plusieurs gènes (transmis ou *de novo*) :
    - obésité précoce associée à un syndrome malformatif et dysmorphique, une petite taille et une déficience intellectuelle (ex : syndrome de Prader Willi, syndrome de Bardet Biedl).

**A** • **Recherche des complications\***

TABLEAU II : PRINCIPALES COMPLICATIONS LIÉES À L'OBÉSITÉ	
Grades	Complications
<b>Métaboliques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabète de type 2*</li> <li>• Syndrome métabolique*</li> <li>• Hyperuricémie</li> </ul>
<b>Cardio-vasculaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypertension artérielle*</li> <li>• Insuffisance coronarienne*</li> <li>• Accident vasculaire cérébral*</li> <li>• Infarctus du myocarde*</li> <li>• Insuffisance cardiaque G</li> <li>• Insuffisance cardiaque D</li> </ul>
<b>Respiratoires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndrome respiratoire restrictif</li> <li>• Syndrome d'apnée du sommeil</li> <li>• Syndrome d'hypoventilation alvéolaire</li> <li>• Asthme</li> </ul>
<b>Thrombo-emboliques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thrombose veineuse profonde</li> <li>• Embolie pulmonaire</li> </ul>

<b>Opératoires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morbi-mortalité per et post-opératoire plus élevée</li> <li>• Complications de decubitus plus fréquentes</li> </ul>
<b>Digestives et hépatiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RGO (béance cardiale)</li> <li>• Lithiase biliaire</li> <li>• Stéatose hépatique*</li> </ul>
<b>Rénales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protéinurie</li> </ul>
<b>Ostéo-articulaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gonarthrose fémoro-tibiale</li> <li>• Coxarthrose</li> <li>• Arthrose de l'articulation fémoro-patellaire</li> </ul>
<b>Cutanées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mycoses des plis sous-mammaires et inguinaux</li> <li>• Lymphoedème</li> <li>• Insuffisance veineuse</li> </ul>
<b>Uro-génitales (femmes)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incontinence urinaire d'effort</li> <li>• Troubles de la fertilité (dystrophie ovarienne)</li> <li>• Risque de fausse couche plus élevé</li> <li>• Déroulement et issue de la grossesse plus risqués</li> </ul>
<b>Neurologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypertension intracrânienne idiopathique ou bénigne</li> </ul>
<b>Cancers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rein, vessie, œsophage, estomac, colorectal, foie, pancréas, sein, utérus, ovaire</li> </ul>
<b>Psychologiques et sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discrimination sociale</li> <li>• Diminution de la qualité de vie</li> </ul>

(Le signe \* indique les complications pour lesquelles une répartition abdominale du tissu adipeux est considérée comme facteur de risque indépendant de la corpulence globale).

### 3.3. Examens complémentaires

- **Examens systématiques :**
  - glycémie à jeun ;
  - bilan lipidique (EAL : triglycérides, cholestérol total et HDL, calcul du LDL) ;
  - GGT, transaminases ;
  - NFS ;
  - ionogramme sanguin, créatinine, uricémie ;
  - ECG de repos.
- **En fonction du contexte clinique :**
  - **bilan de complications :**
    - **cardiovasculaires** : épreuve d'effort, ETT ;
    - **respiratoires** : polysomnographie nocturne, épreuves fonctionnelles respiratoires, gazométrie artérielle ;
    - **hépatiques** : échographie abdominale ± biopsie hépatique ;
    - **ostéo-articulaires** : radios standards centrées sur les articulations douloureuses.
  - **bilan étiologique :**
    - TSHus (hypothyroïdie) ;
    - CLU/24 h, cycle nyctéméral du cortisol, freinage minute à la dexaméthasone (hypercorticisme) ;



- hypophysiogramme et IRM hypophysaire (pathologies hypophysaires);
- analyses génétiques.

## A 4. Prise en charge du patient obèse

### 4.1. Modifications thérapeutiques du mode de vie

- **Objectif : perte de 5 à 15 % du poids, progressive (au moins 6 à 12 mois).**
  - **Conseils alimentaires réalistes et personnalisés :**
    - alimentation normo-calorique (Homme : 2500 kcal/j ; Femme : 2000 kcal/j) équilibrée (50 % glucides, 30 % lipides, 20 % protides);
    - préconiser des aliments satiétants (protéines, fibres), à faible densité énergétique (soupe, salade en entrée par exemple);
    - absence d'interdit alimentaire;
    - insister sur une bonne mastication et une ingestion lente (au moins 20 min pour un repas).
  - **Conseils concernant l'activité physique.**
    - Conseils adaptés au sujet et progressifs :
      - limiter le temps passé à des occupations sédentaires;
      - commencer par atteindre le niveau d'activité physique recommandé pour la population générale soit 30 min/j d'activité d'intensité modérée de type marche;
      - recommandés : 1 h par jour d'activité physique d'intensité modérée, au moins 5 fois par semaine. L'OMS recommande d'effectuer au minimum l'équivalent de 10 000 pas quotidiens.
  - **Prise en charge psychologique voire psychiatrique et comportementale.**

### 4.2. Traitement pharmacologique (adultes uniquement)

- **Toujours en association avec les mesures précédemment citées.**
- **Orlistat** : (Xenical®, Alli®), non remboursé :
  - principe actif : inhibiteur des lipases intestinales réduisant de 30 % l'absorption des graisses;
  - indications : IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, ou IMC  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> associé à des facteurs de risque cardiovasculaire;
  - efficacité : seulement démontrée sur le court terme, 15 % de perte de poids.
- **Traitement adapté des TCA, de la dépression, de l'anxiété, des comorbidités et des facteurs de risques associés\*.**

## B 4.3. Chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique vise à modifier l'anatomie du tube digestif par une restriction gastrique (anneau gastrique, gastrectomie longitudinale)  $\pm$  associée à une malabsorption intestinale : bypass gastrique Roux-en-Y, dérivation bilio-pancréatique.

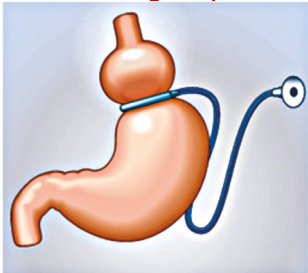
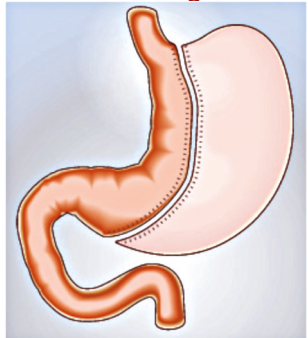
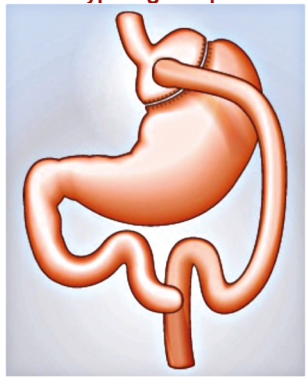
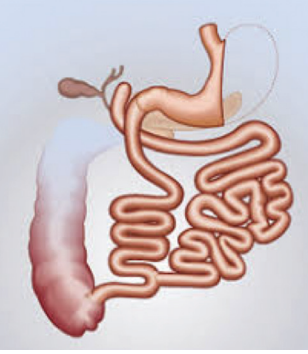
- **Indications :**
  - âge 18 à 60 ans;
  - IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> ou IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée par l'amaigrissement (**Tableau II**);
  - en l'absence de perte de poids suffisante ou de maintien de la perte de poids malgré une prise en charge médicale multidisciplinaire correctement menée pendant 6-12 mois;

- patients informés au préalable et ayant bénéficié d’une évaluation et d’une prise en charge pré-opératoire pluridisciplinaire;
- patients ayant compris et accepté la nécessité d’un suivi médical et chirurgical post-opératoire à vie;
- risque opératoire acceptable.
- **Contre-indications :**
  - troubles psychiatriques sévères et non stabilisés;
  - alcoolisme et toxicomanie;
  - troubles graves, sévères et non stabilisés du comportement alimentaire;
  - impossibilité du suivi médical;
  - contre-indication à l’anesthésie générale, pathologie menaçant le pronostic vital à court et moyen terme;
  - absence de prise en charge médicale préalable identifiée.
- **Particularités de la prise en charge chirurgicale des moins de 18 ans :**
  - **interventions :** celles-ci sont réalisées uniquement au sein des centres spécialisés obésité (CSO). Toutes les interventions sauf la dérivation bilio-pancréatique peuvent être réalisées chez les adolescents.
  - **indications :**
    - âge  $\geq 15$  ans et au cas par cas entre 13 et 15 ans;
    - avoir atteint un stade de croissance osseuse et de puberté suffisant (âge osseux  $\geq 13$  ans chez les filles et  $\geq 15$  ans chez les garçons, Stade IV (échelle pubertaire de Tanner));
    - IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> avec au moins une des 4 comorbidités sévères suivantes : diabète, syndrome d’apnée du sommeil sévère, hypertension intracrânienne idiopathique, stéatohépatite non alcoolique sévère ou  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> avec une altération majeure de la qualité de vie (physique ou psychologique);
    - avoir une maturité psychologique assurant une compréhension des risques liés à la chirurgie et de son engagement à vie concernant les modifications diététiques et de du mode de vie et le suivi médical régulier.

## FICHE DE SYNTHÈSE

1. L’obésité touche 17 % des adultes et 3,5 % des 3-17 ans en France.
2. L’obésité est associée à de nombreuses complications somatiques (respiratoires, mécaniques, cardiovasculaires, métaboliques) mais aussi psychologiques et sociales.
3. L’objectif de la prise en charge thérapeutique de l’obésité n’est pas seulement pondéral, mais vise la prévention, le traitement des complications et l’amélioration de la qualité de vie.
4. L’approche thérapeutique est individualisée et s’effectue dans une démarche d’éducation thérapeutique.
5. Le recours à la chirurgie bariatrique est nécessaire dans les formes sévères et morbides d’obésités après échec d’une prise en charge médicale globale.

TYPES D'INTERVENTION (POUR EN SAVOIR PLUS)

Type d'intervention	Description	Complications et suivi
<p><b>Anneau gastrique</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique restrictive qui consiste à placer un anneau en silicone, autour de la partie supérieure de l'estomac. L'anneau est relié par une tubulure à un boîtier localisé sous la peau, permettant par injection de liquide de modifier son diamètre et donc la contrainte exercée sur l'estomac</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glissement / bascule de l'anneau</li> <li>• Dilatation de la poche voire de l'œsophage</li> <li>• Vomissements et intolérance alimentaire en cas de serrage excessif</li> <li>• Migration intra-gastrique</li> <li>• Reflux gastro-œsophagien</li> <li>• Complications liées au boîtier sous cutané</li> </ul>
<p><b>Gastrectomie longitudinale</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique restrictive qui consiste à retirer les 2/3 de l'estomac</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sténose, fistule</li> <li>• Reflux gastro-œsophagien</li> <li>• Carences nutritionnelles : vit B12, Fer</li> <li>• <b>Supplémentation systématique</b> : 1 amp de vit B12 par voie IM tous les 3 mois</li> </ul>
<p><b>Bypass gastrique</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique restrictive et malabsorptive qui consiste à créer une petite poche gastrique combinée à une dérivation entre l'estomac et le jéjunum par une anse intestinale montée en Y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulcération et sténose de l'anastomose gastro-jéjunale, fistules anastomotiques, hernie interne</li> <li>• Dumping syndrome</li> <li>• Carences nutritionnelles : vit B12, fer, Ca, folates</li> <li>• <b>Supplémentation systématique</b> : vit B12 en IM/3 mois, Fer, Ca+vitD, folates</li> <li>• Risque de carence en vit B1 en cas de vomissements prolongés</li> </ul>
<p><b>Dérivation bilio-pancréatique</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique restrictive et malabsorptive qui consiste à réaliser une gastrectomie longitudinale combinée à une dérivation entre le duodénum et l'iléon par une longue anse intestinale montée en Y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mêmes carences que pour le bypass gastrique</li> <li>• Le risque de carences est plus élevé qu'après bypass gastrique</li> </ul>

**PRINCIPALES SITUATIONS DE DÉPART EN LIEN AVEC L'ITEM 253 :  
« OBÉSITÉ DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE »**

Situation de départ	Descriptif
<b>En lien avec l'évaluation du sujet obèse</b>	
51. Obésité et surpoids	L'obésité peut être la conséquence, voire révéler un TCA sous-jacent.
132. Troubles des conduites alimentaires (anorexie ou boulimie)	
284. Consultation de suivi et éducation thérapeutique d'un patient avec hypothyroïdie	La recherche de signes cliniques évocateurs d'obésité secondaire doit être systématique et motiver la réalisation d'examens complémentaires ciblés.
<b>En lien avec les complications</b>	
42. Hypertension artérielle	L'obésité est un facteur de risque de l'ensemble des pathologies indiquées dans la colonne de gauche, ainsi que des pathologies suivantes : diabète sucré de type 1 et 2 chez l'enfant et l'adulte, arthrose, facteurs de risque cardiovasculaires et prévention, thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire, insuffisance veineuse chronique, varices.
279. Consultation de suivi d'une pathologie chronique	
281. Prescription médicamenteuse, consultation de suivi et éducation d'un patient diabétique de type 2 ou ayant un diabète secondaire	
282. Prescription médicamenteuse, consultation de suivi et éducation d'un patient hypertendu	
287. Consultation de suivi et éducation thérapeutique d'un patient insuffisant cardiaque	
<b>En lien avec les examens complémentaires</b>	
195. Analyse du bilan lipidique	L'obésité est un facteur de risque de dyslipidémies qui doivent être dépistées (EAL) puis prises en charge.
<b>En lien avec l'obésité chez l'enfant</b>	
30. Dénutrition/malnutrition	La prévention de l'obésité passe avant tout par la prévention primaire nutritionnelle. Les besoins alimentaires de l'enfant doivent être adaptés à son âge en veillant à respecter une alimentation normocalorique et équilibrée.
265. Consultation de suivi d'un nourrisson en bonne santé	Les trois courbes (poids, taille et IMC) doivent être tracées dès les premiers mois de la vie des enfants et surveillées régulièrement, au minimum 2 à 3 fois par an et reportées dans le carnet de santé indépendamment de l'âge, de la corpulence et du motif de consultation afin de dépister les signes d'alerte. Le suivi concerne le nourrisson, mais aussi l'enfant et l'adolescent.
<b>En lien avec la prise en charge</b>	
319. Prévention du surpoids et de l'obésité	L'obésité est un facteur de risque cardio-vasculaire. La prévention de ces FDRCV passe par celle de l'obésité et sa prise en charge.
320. Prévention des maladies cardiovasculaires	
324. Modification thérapeutique du mode de vie (sommeil, activité physique, alimentation...)	Le premier niveau de prise en charge thérapeutique de l'obésité de l'adulte et de l'enfant sont les modifications thérapeutiques du mode de vie. Les autres thérapeutiques ne seront envisagées qu'en 2 <sup>e</sup> intention.



# Chirurgie générale, viscérale et digestive

**R2C****3<sup>e</sup> édition actualisée**

- L'ouvrage officiel réalisé par le Collège Français de Chirurgie générale, viscérale et digestive pour les étudiants du DFASM.
- Conçu et rédigé par près de 60 enseignants de la discipline.
- Tout le nouveau programme de connaissances de la spécialité pour la R2C et les modules du DFASM, avec la nouvelle numérotation.
- Pour chaque item, les objectifs de connaissances hiérarchisés en rang A et rang B (dans un tableau en début d'item et tout au long de l'item grâce à un repérage couleur).
- Toutes les situations de départ en lien avec les différents objectifs de connaissances (tout au long de l'item grâce à un repérage couleur, et à la fin de l'item dans un tableau récapitulatif).
- Une iconographie abondante pour faciliter l'apprentissage.
- Une fiche de synthèse par item pour retenir l'essentiel.

**Un livre indispensable pour mettre toutes les chances de votre côté.**

38 € TTC

ISBN : 978-2-84678-306-4

**MED-LINE**  
Editions[www.med-line.fr](http://www.med-line.fr)