

1- Concernant l'obésité

- le surpoids est défini par un IMC supérieur à 25 ✓
- l'obésité morbide est définie par un IMC supérieur à 40 ✓
- la super obésité est définie par un IMC supérieur à 60
- la fréquence de l'obésité sévère augmente en France ✓
- le taux de l'obésité chez l'enfant est stable en France
- les dépenses de santé attribuables à la prise en charge de l'obésité représentent 3% de départ de santé en France ✓

2- La chirurgie bariatrique:

- est contre-indiquée chez l'adolescent
- est discutable après 60 ans V
- est envisagée après échec du traitement médical V
- est indiquée en cas d'obésité morbide V
- est indiquée en cas d'obésité stable depuis plus de 5 ans V
- est indiquée en cas de surpoids associé à des comorbidités (diabète, hypertension artérielle, apnée du sommeil, athérome)

3- La gastrectomie verticale calibrée (Mason)

- est une chirurgie malabsorptive
- contient un anneau inextensible **V**
- elle est de plus en plus utilisée
- l'érosion de l'anneau est la complication la plus fréquente
- les résultats sont superposables à ceux du by-pass

4- L'anneau gastrique ajustable

- est une méthode restrictive V
- est une technique irréversible
- a le taux de mortalité le plus bas V
- en cas d'échec de l'anneau gastrique, possibilité de by-pass, de sleeve gastrectomy ou de dérivation bilio-pancréatique V
- est de moins en moins utilisée V

5- Concernant l'anneau gastrique ajustable

- l'anneau est gonflé par le boîtier sous-cutané au 1er jour post-opératoire
- un abcès pariétal au niveau du boîtier est au mieux évalué en tomodensitométrie **V**
- l'érosion de l'anneau gastrique n'est pas appréciable en tomodensitométrie
- le transit contrasté objective un passage de produit contraste à l'extérieur de l'anneau en cas d'érosion de celui-ci **V**
- une bascule de l'anneau en cas de glissement est visualisée en radiographie conventionnelle et en tomodensitométrie **V**

6- Concernant les complications de l'anneau gastrique ajustable

- une occlusion gastrique aiguë est observée dans 6% des cas **V**
- l'infection de l'anneau guérit le plus souvent avec un traitement médical par antibiothérapie à large spectre
- des vomissements postopératoire précoces doivent faire rechercher une invagination de l'anneau
- la migration intra gastrique de l'anneau est une complication fréquente

7- Concernant l'anneau gastrique ajustable

- il est indiqué en première intention en cas de super obésité
- il est contre-indiqué en cas de hernie hiatale V
- un glissement ou un déplacement de l'anneau peut entraîner une obstruction gastrique V
- l'érosion de l'anneau est une complication précoce
- une dilatation de l'oesophage peut aboutir à long terme à une pseudo-achalasia V

8- Le by-pass gastrique

- est le plus souvent pratiqué en laparotomie ouverte
- la mortalité survient surtout en période péri-opératoire **V**
- la maladie thrombo-embolique est une des causes principales de mortalité précoce **V**
- il est contre-indiqué si le patient si le patient est porteur d'un anneau gastrique
- peut-être proposé après une sleeve gastrectomy inefficace **V**
- est une procédure mixte restrictive et malabsorptive **V**

9- Concernant les fistules compliquant un by-pass gastrique

- elles surviennent toujours sur l'anastomose gastro-jéjunale
- le diagnostic doit-être obtenu par une opacification barytée
- une opacification digestive n'est pas utile lors de la réalisation d'un examen tomодensitométrique
- un drainage de collection guidée par échographie ou tomодensitométrie associée au traitement médical constitue un traitement suffisant

10- Concernant les complications du by-pass gastrique

- une hémorragie peut être observée en période postopératoire précoce V
- une dilatation de l'estomac exclu peut entraîner une péritonite par lâchage de suture V
- l'estomac exclu peut s'invaginer
- le diagnostic d'une sténose de l'anastomose gastro-jéjunale peut-être obtenu lors d'un transit oeso-gastrique ou en endoscopie V
- le traitement d'une sténose de l'anastomose gastro-jéjunale est toujours chirurgical

11- Concernant la survenue d'un ulcère marginal dans les suites d'un by-pass gastrique

- l'ulcère marginal survient le plus souvent sur le versant jéjunal de l'anastomose gastro-jéjunale **V**
- il est souvent hémorragique
- il peut entraîner une invagination
- il peut aboutir à une sténose de cette anastomose **V**
- il est plus fréquent en cas de présence d'helicobacter **V**
- son traitement est toujours chirurgical

12- Concernant la survenue des hernies internes dans les suites d'un by-pass gastrique

- ces hernies internes sont à l'origine d'un syndrome occlusif V
- elles peuvent également s'observer dans les suites d'une sleeve gastrectomy
- le diagnostic positif est endoscopique
- la précision du type de ces hernies peut-être apportée en tomodensitométrie V
- elles peuvent être évitées par la confection d'une anse montée en rétro colique

13- La sleeve gastrectomy

- comporte une résection gastrique avec obtention d'un manchon gastrique V
- elle conserve le fundus
- elle est contre-indiquée en cas de volumineuse hernie hiatale V
- peut constituer un premier temps chirurgical chez des patients à risque opératoire, avant un by-pass gastrique ou une dérivation bilio-pancréatique V
-
- est une procédure uniquement restrictive

14- Concernant les complications de la sleeve gastrectomy

- l'ulcère marginal est fréquent sur la ligne d'agrafes
- une fistule survenant sur la ligne d'agrafes est la complication la plus fréquente **V**
- elle n'entraîne jamais de malabsorption **V**
- elle prévient le reflux gastro-oesophagien
- l'hémorragie est une complication possible pouvant survenir sur la ligne d'agrafes **V**

15- Concernant les fistules dans les suites d'une sleeve gastrectomy

- complication survenant dans moins de 10% des cas V
- potentiellement graves , parfois mortelles V
- elles sont plus fréquentes en cas de chirurgie secondaire après échec d'un anneau gastrique V
- elles sont plus fréquentes sur la partie haute du tube gastrique, à la jonction oeso-gastrique V
- une tachycardie isolée peut-être le seul symptôme initial en postopératoire V

16- Concernant les fistules après sleeve gastrectomy

- elles sont systématiquement recherchées par transit opaque au 3ème jour en postopératoire V
- un transit oeso-gastrique normal élimine formellement le diagnostic
- la diffusion du trajet fistuleux vers la plèvre gauche est possible V
- le diagnostic de fistule en tomodensitométrie nécessite une opacification digestive haute V
- l'injection iodée IV lors de la tomodensitométrie est indispensable pour le diagnostic de fistule

17- Concernant les dérivations bilio-pancréatiques

- la dérivation bilio-pancréatique est une procédure uniquement malabsorptive
- la dérivation bilio-pancréatique est peu pratiquée en France **V**
- elle comporte une sleeve gastrectomy et une anse en Y alimentaire **V**
- elle est réservée aux patients présentant un IMC supérieur à 60 **V**
- les syndrome carenciel sont fréquents à long terme **V**

18- Le reflux gastro-oesophagien

- peut-être traitée en desserrant un anneau gastrique ajustable V
- est fréquent dans les gastriques by-pass
- est souvent associé à un dumping syndrome
- est fréquent dans les suites d'une sleeve gastrectomy V
- le reflux gastro-oesophagien diminue avec la perte de poids V

19- Le mini by-pass gastrique

- comporte une anastomose sur une anse en oméga V
- le taux de fistule est moins fréquent qu'avec le by-pass gastrique V
- ces fistules sont plus difficiles à traiter que celles survenant lors d'un by-pass gastrique V
- les ulcère anastomotiques son plus difficiles à traiter du fait du reflux biliaire V
- les hernies internes sont fréquentes

20- Concernant les chirurgies restrictives

- l'anneau gastrique et la sleeve gastrectomie sont les 2 techniques restrictives recommandées par la HAS **V**
- la gastroplastie verticale calibrée selon Mason est plus efficace que l'anneau et de ce fait encore souvent pratiquée.
- il est normal de vomir après anneau gastrique ou sleeve gastrectomy.
- la supplémentation vitaminique n'est jamais nécessaire après chirurgie restrictive, ce qui est un de leur intérêt.
- les chirurgies restrictives sont souvent sources de Reflux Gastro Oesophagien, et peuvent aggraver un reflux préexistant **V**

21- Concernant la sleeve gastrectomie

- elle représente environ 60% des procédures bariatriques réalisées en France chaque année **V**
- c'est une intervention moins fréquente que l'anneau du fait de son caractère invasif.
- les complications de type fistule gastrique haute et hémorragie sur la rangée d'agrafes gastriques sont les complications les plus fréquentes **V**
- l'endoprothèse gastrique permet de traiter les fistules gastriques dans plus de 80% des cas
- le drainage par pig tail des fistules est souvent efficace, notamment en cas de prise en charge précoce **V**

22- Concernant les bypass gastriques

- le bypass gastrique est une intervention souvent efficace pour obtenir la rémission du diabète de type 2 **V**
- le bypass en oméga ou « minibypass » n'est pas une procédure recommandée par la haute Autorité de Santé **V**
- la supplémentation vitaminique après bypass gastrique n'est importante que dans les 1er mois post-opératoires.
- le reflux est fréquent après bypass gastrique, quel que soit son type (Bypass en Y ou bypass en Oméga).
- le tabac est un facteur de risque d'ulcère anastomotique **V**