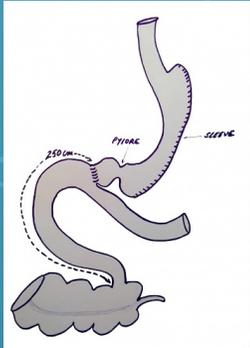


21^{ème} Congrès du Club Coelio



SADI-Sleeve

David LECHAUX

24&25
SEPTEMBRE
2021

COLORECTAL
HEPATOBILIAIRE
BARIATRIQUE
ENDOSCOPIE
PAROI

Club
Coelio

SADI acronyms

SIPPS: stomach intestinal pylorus preserving surgery

SIPPS-S: stomach intestinal pylorus preserving surgery – sleeve

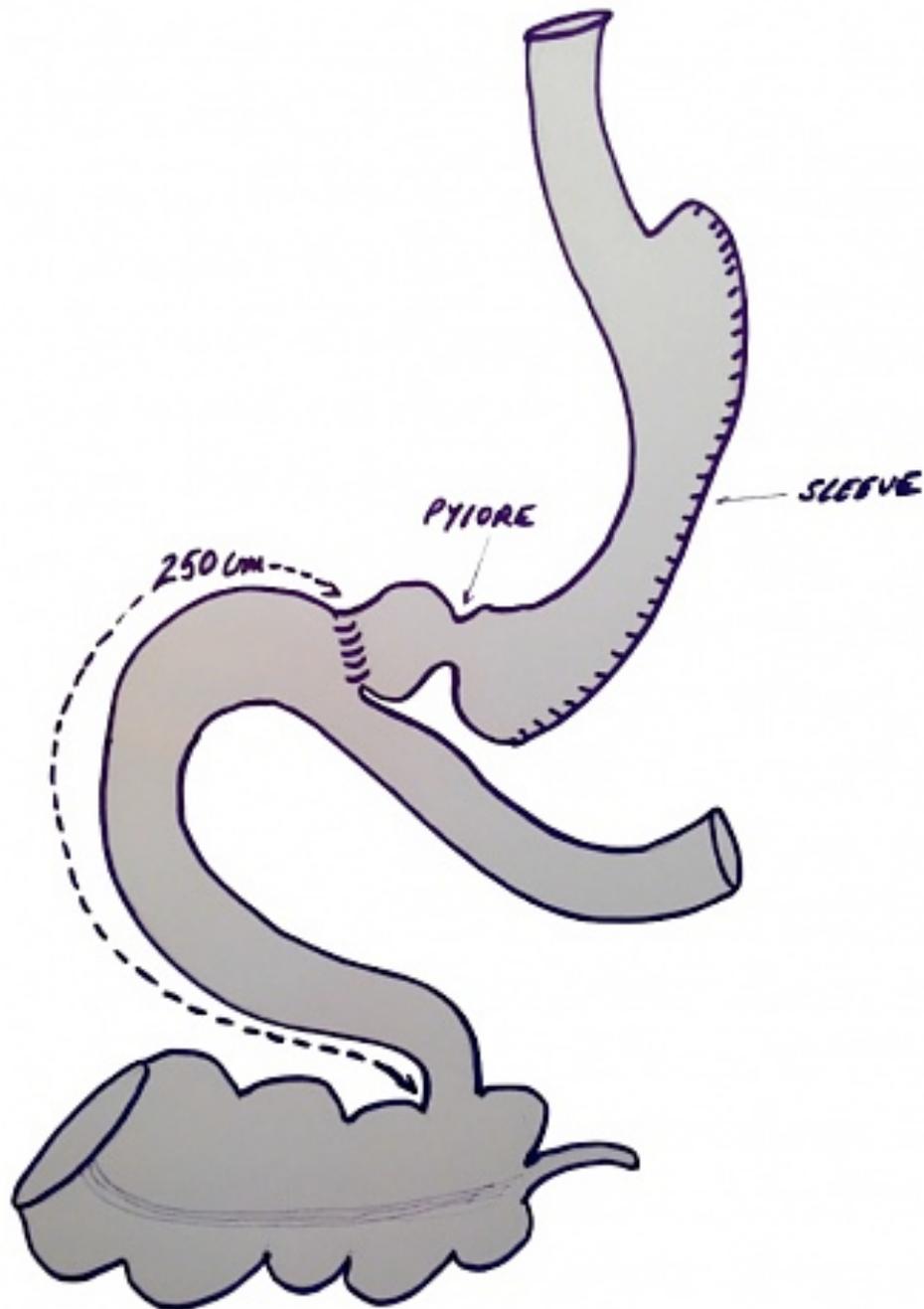
SIPSS: stomach intestinal pylorus sparing surgery

SIPSS-S: stomach intestinal pylorus sparing surgery- sleeve

SADI: single anastomosis duodeno ileal bypass

SADI-S: single anastomosis duodeno ileal bypass – sleeve

SADI-SS: single anastomosis duodeno ileal bypass - sleeve surgery



- sleeve
- préservation pylorique
- section duodénale
- anastomose duodéno-iléale
- anse en OMEGA
- longueur d'anse commune

24&25
SEPTEMBRE
2021

COLORECTAL
HEPATOBIILAIRE
BARIATRIQUE
ENDOSCOPIE
PAROI

Club
celio

- Historique
 - Perte pondérale
 - Effet métabolique
 - Aspect technique
 - Complications
- Revue littérature récente
- Quand proposer un SADI ?

HISTORIQUE

CONSERVATION PYLORIQUE



De Mester 1987 (duodenal switch)

Hess & Marceau 1988

A Torres en 2007

Mortalité < 1 %, morbidité < 10%

Efficacité : perte de 50 % de l'excès de poids chez 75 % des patients

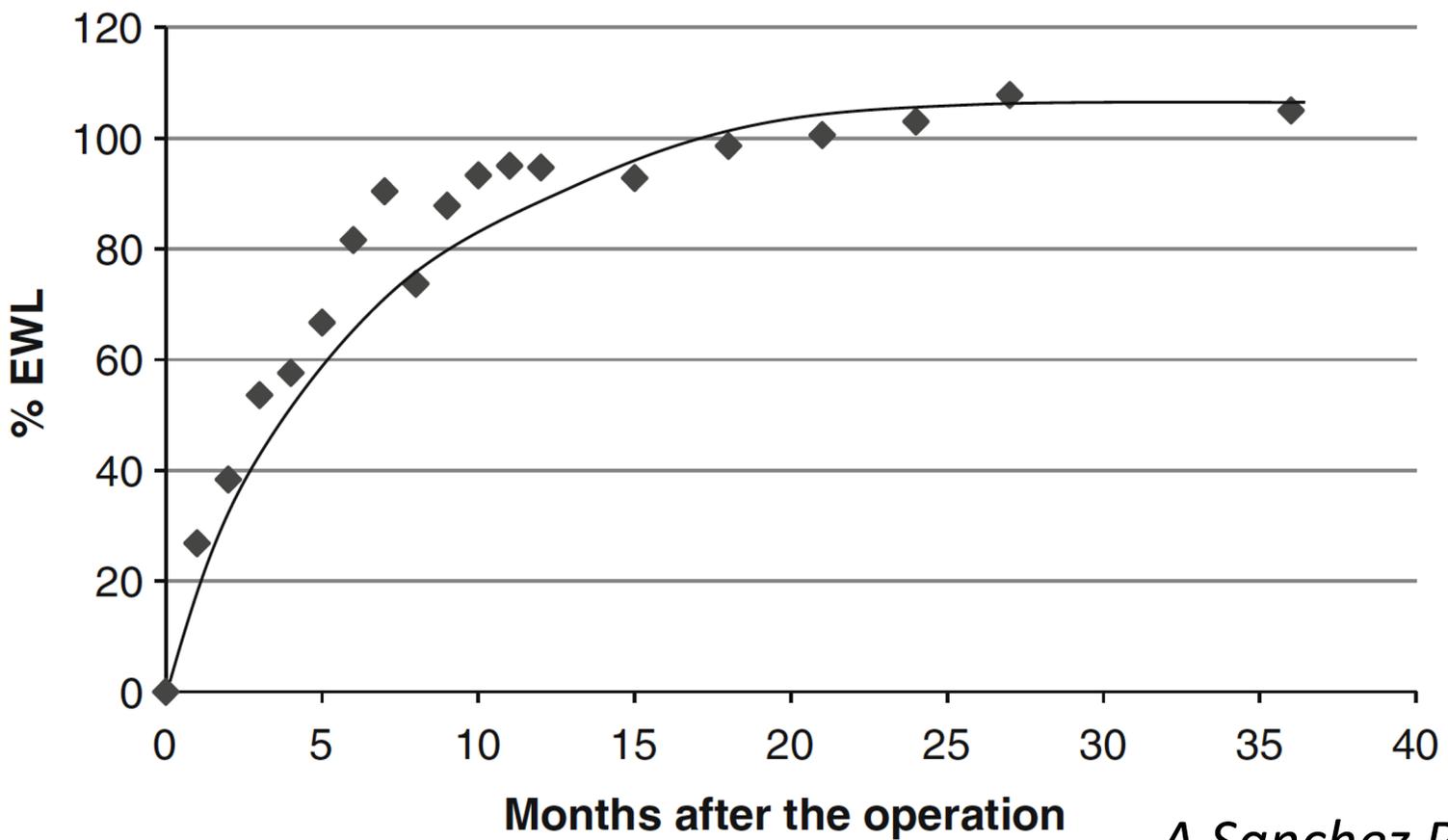
Longueur d'anse de 200 cm (50 premiers) puis de 250 cm

PERTE PONDERALE

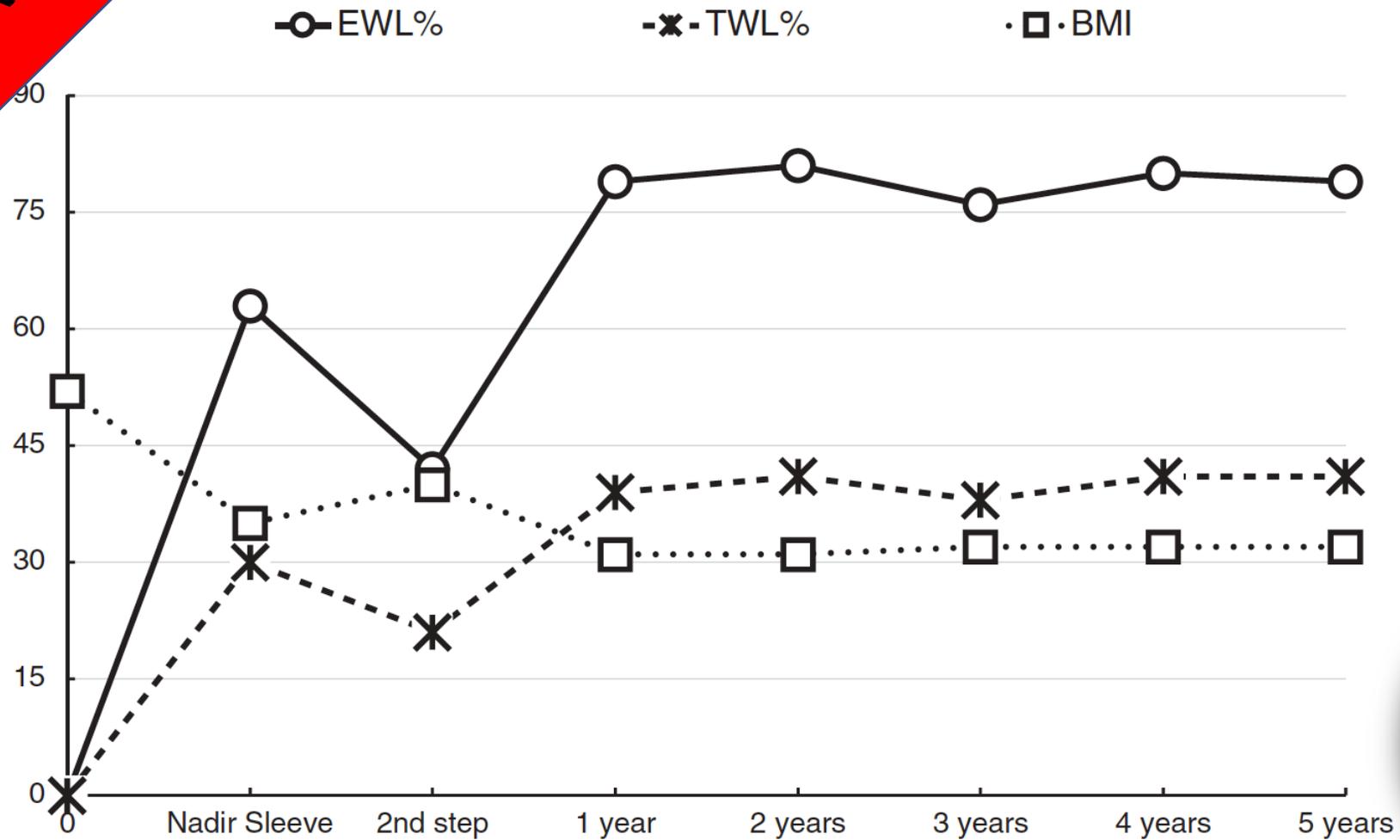
Single Anastomosis Duodeno–Ileal Bypass with Sleeve Gastrectomy (SADI-S). One to Three-Year Follow-up

Andrés Sánchez-Pernaute • Miguel Angel Rubio Herrera • María Elia Pérez-Aguirre • Pablo Talavera • Lucio Cabrerizo • Pilar Matía • Luis Díez-Valladares • Ana Barabash • Estaban Martín-Antona • Alejandra García-Botella • Ester Martín García-Almenta • Antonio Torres

50 premiers cas



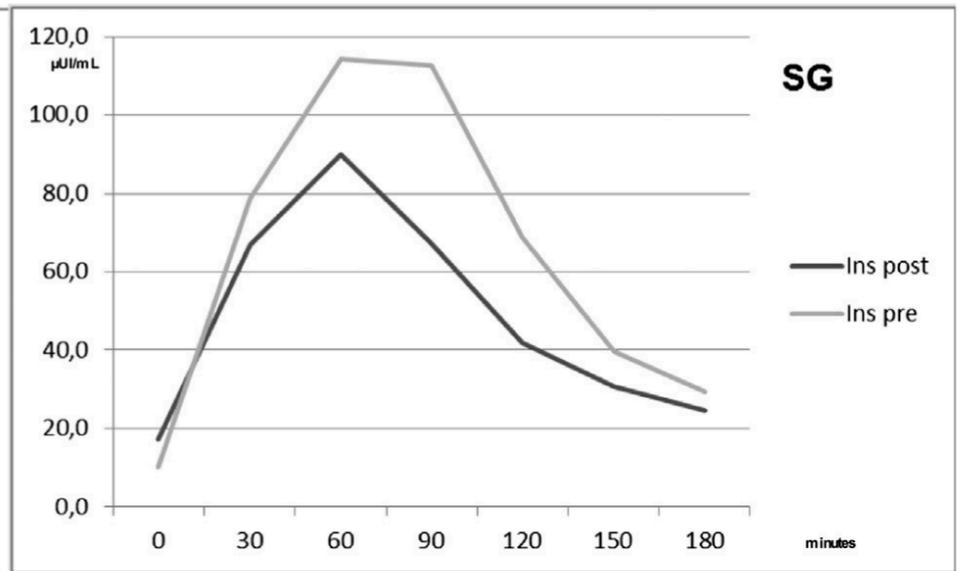
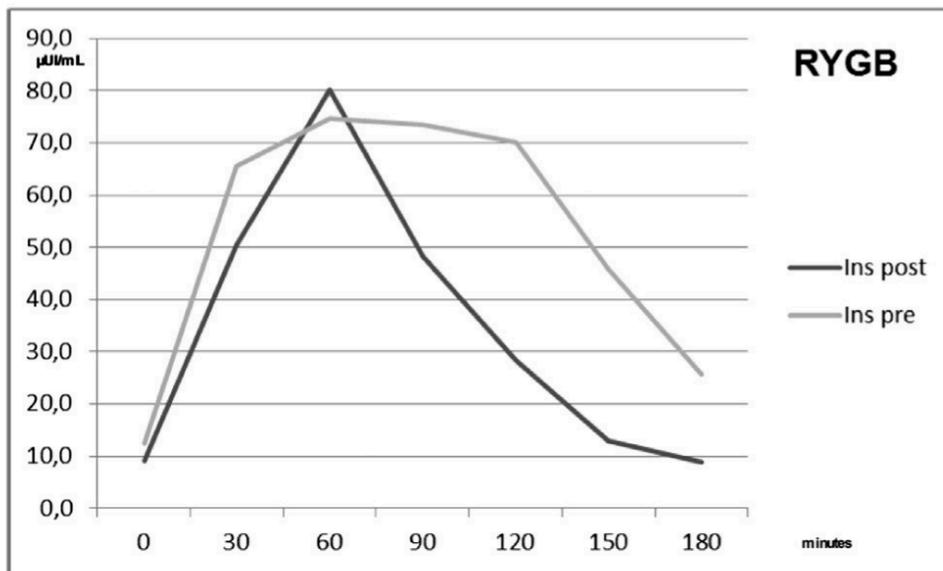
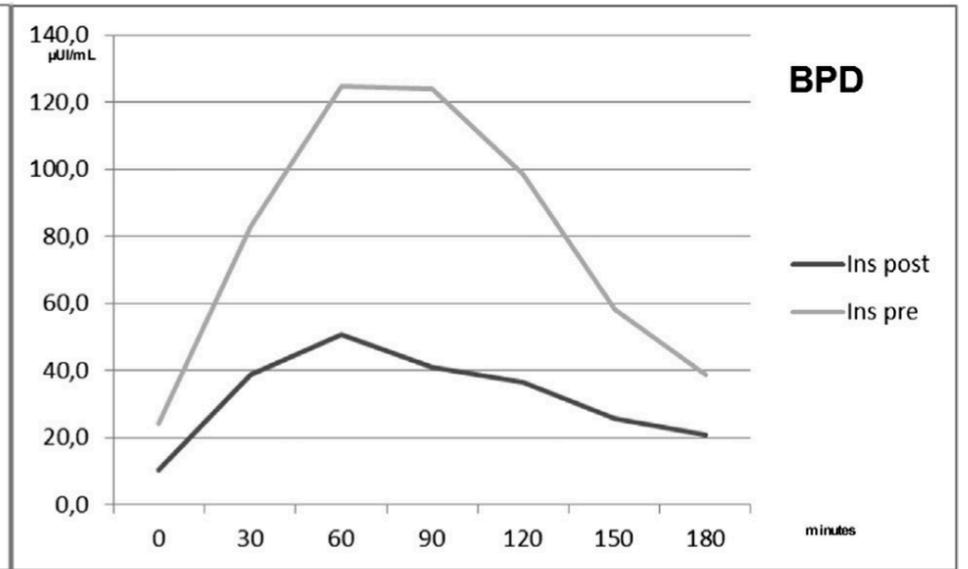
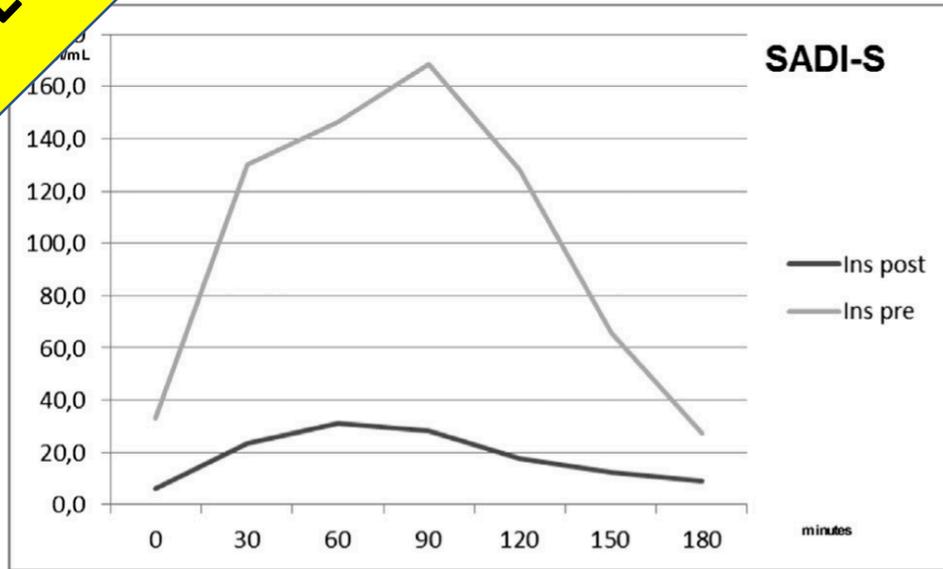
PERTE PONDERALE



| | | | | | |
|-------------|----|----|----|----|----|
| N° Followed | 41 | 29 | 21 | 17 | 17 |
| Total N° | 42 | 39 | 30 | 24 | 22 |

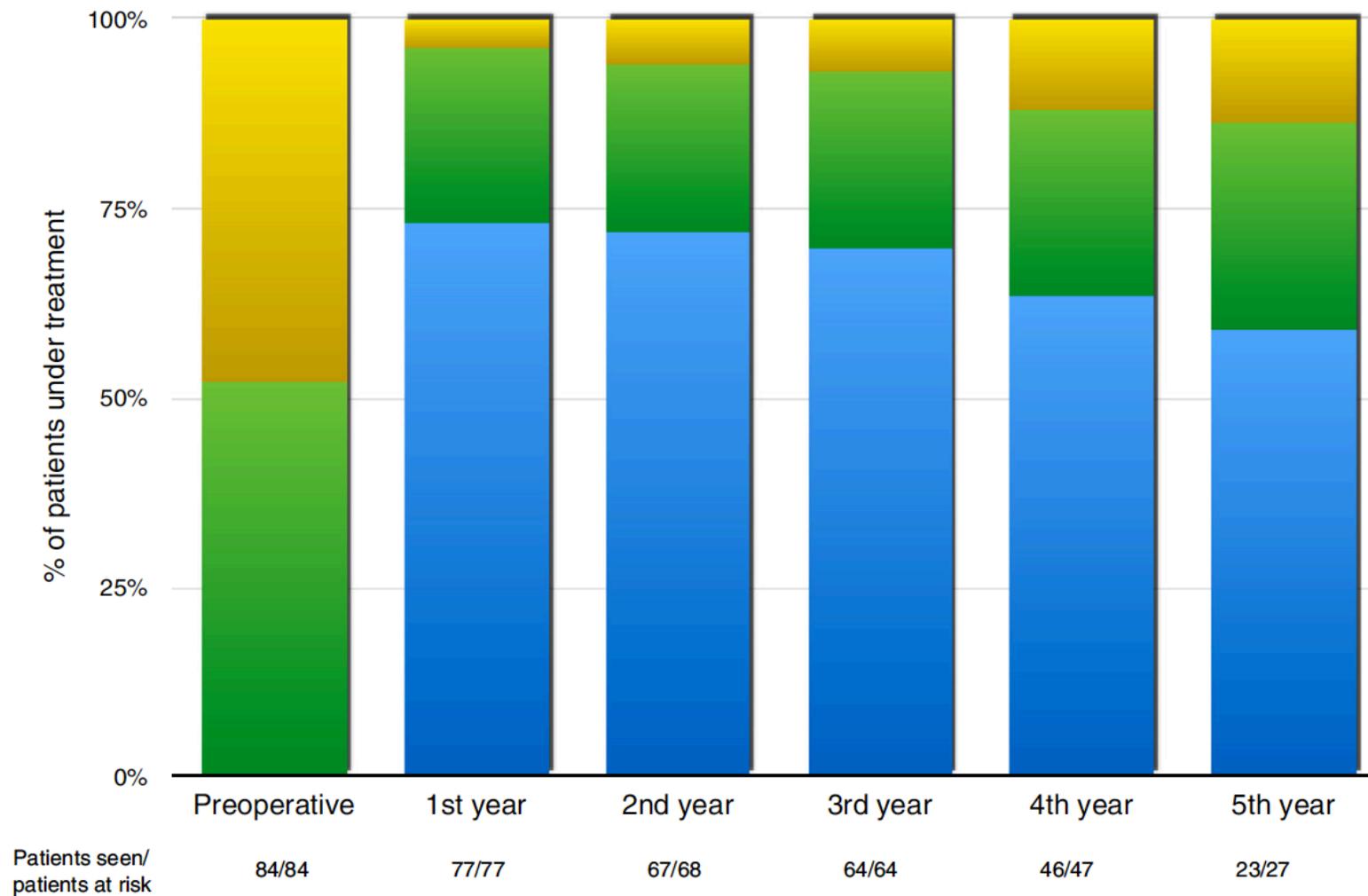


EFFET METABOLIQUE



EFFET METABOLIQUE

■ Diet or no therapy
 ■ Oral antidiabetics
 ■ Insulin



SADI-S : effet sur le contrôle glycémique

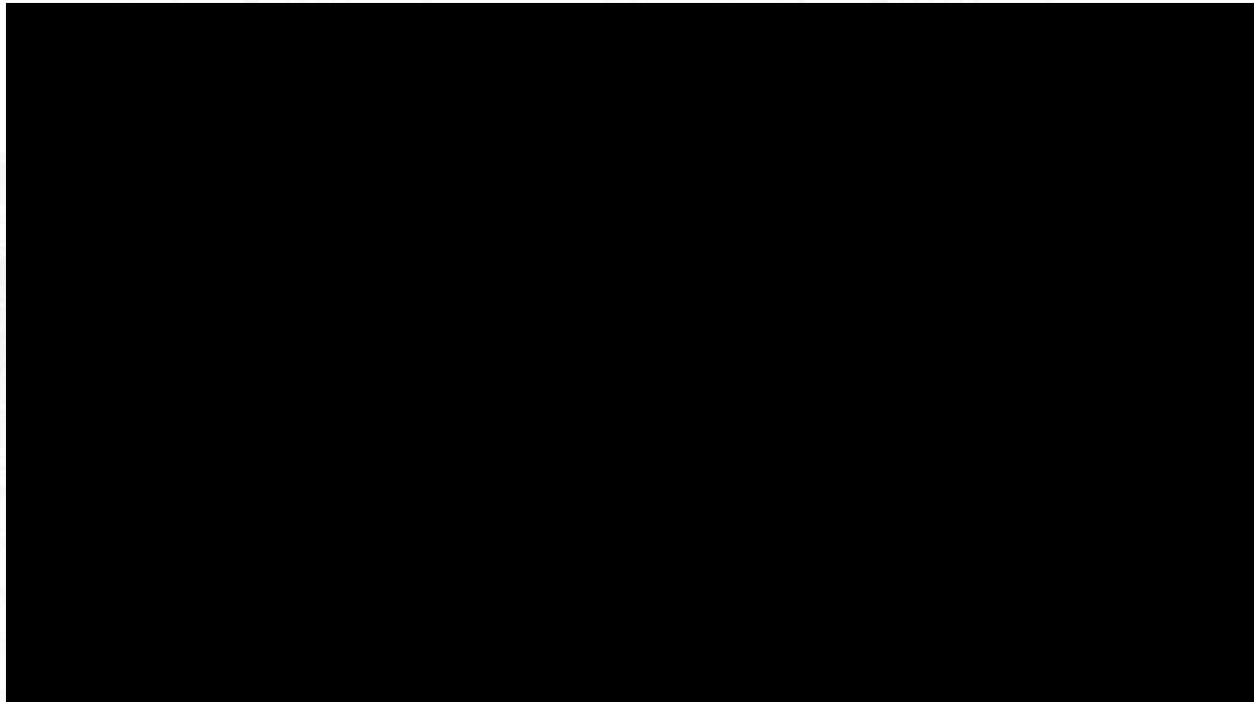
- AMELIORATION
 - de la sensibilité à l'insuline (autant que la Diversion duodenale)
 - du contrôle glycémique (> BYPASS en Y et SLEEVE)
- DIMINUTION
 - des hypoglycémies (mieux que BYPASS en Y ou SLEEVE)

- Sleeve (Ø ? Un temps ou 2 ? Hernie hiatale ?)
- CONSERVATION PYLORIQUE : Dissection de l'antre
- SECTION du duodenum
- Anastomose duodeno-iléale sur une anse en OMEGA

Avantages

- Temps d'intervention plus court → Une anastomose
- Ω : Pas d'ouvertures méésentériques
- Risque d'ulcères anastomotique ↘
- Les changements hormonaux sont comparables à ceux du DS.

ASPECT TECHNIQUE



21^{ème} Congrès du Club Coelio
Centre de Congrès Théâtre Molière

24&25
SEPTEMBRE
2021

COLORECTAL
HEPATOBIILAIRE
BARIATRIQUE
ENDOSCOPIE
PAROI



COMPLICATIONS

Complications court terme (1328 patients dans 9 centres)

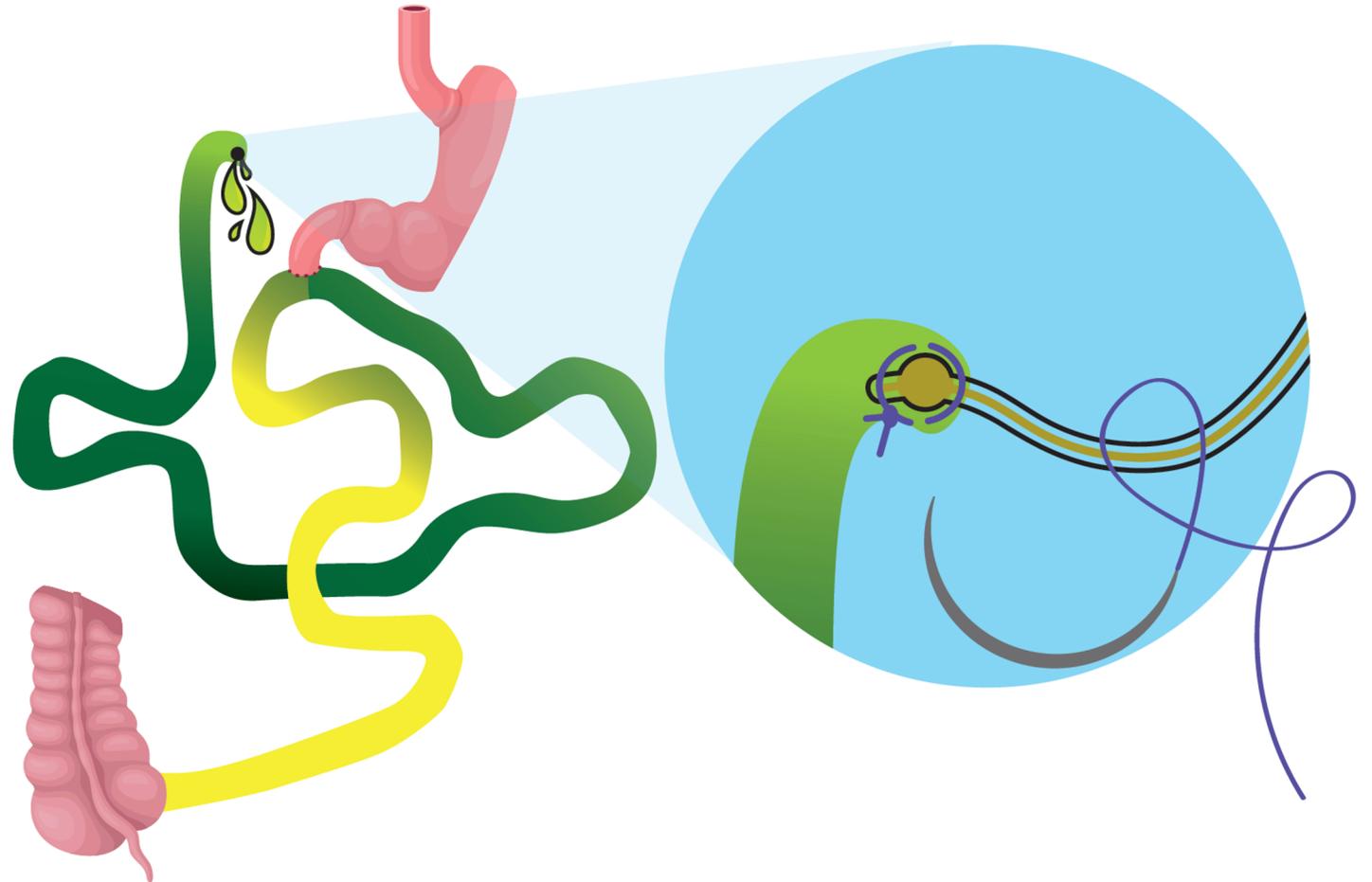
- Mortalité : 0
- Fistule : 0,6 %
- Ulcère : 0,1 %
- Reflux : 0,1 %

A Surve, D Cottam, A Sanchez-Pernaute – SOARD - 2018



Complications court terme

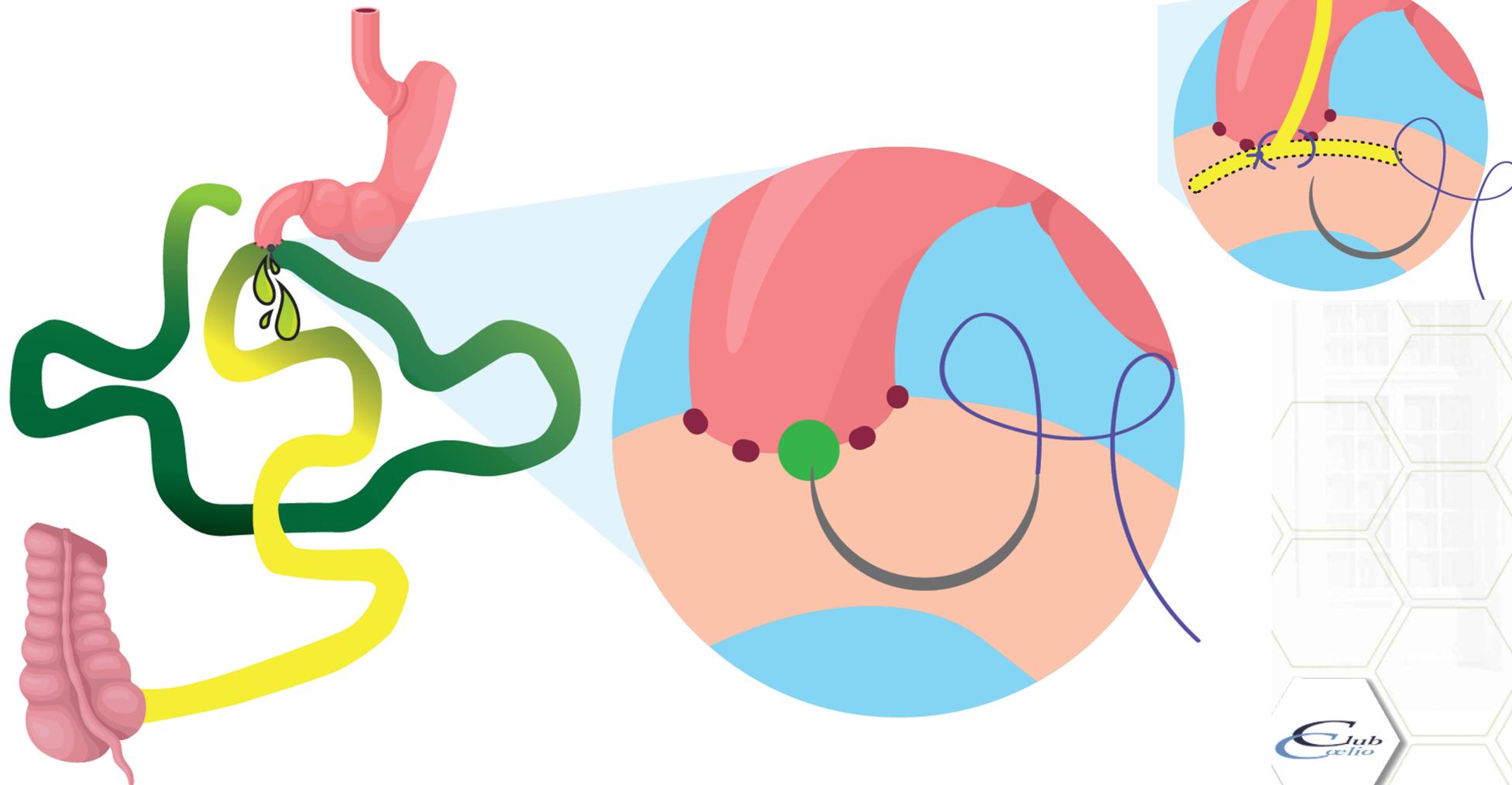
- Fistule du moignon duodéal.



COMPLICATIONS

Complications court terme

- Fistule anastomotique.



Complications long terme (**1328** patients)

- Dénutrition : hypoalbuminémie 15 à 17 %
- Hypoprotéïnémie : jusqu'à 30 %
- Carence martiale : 8 à 12 %
- Carence en micronutriments : jusqu'à 35 %

A Surve, D Cottam, A Sanchez-Pernaute – SOARD - 2018



SADI-S de première intention



- **750** patients (BMI 49) avec 61 % de suivi a 5 ans
- Durée opératoire 67 min et durée de séjour 1,5 jours
- Taux de complication (intra-op, short, long) : 0%. 7,8%. 11,7 %

- Taux de reprise chirurgicale : 1,1%
- Baisse du BMI a 5 ans : 17,5 Kgs/m²
- Rémission complète du diabète : 77 %
- Taux de mortalité : 0,5%

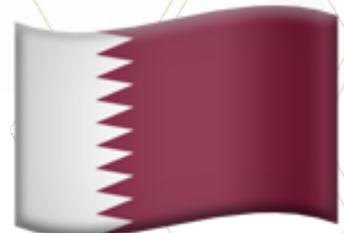


SADI-S de deuxième intention (reprise de poids)

SADI-S vs Ω

- **42 vs 42**
 - Meilleure perte de poids pour le SADI-S
 - 25% de resleeve dans le groupe SADI-S (0 – Ω)
 - 20 fermetures du hiatus dans le groupe Ω (11-SADI)
-
- **42 vs 49**
 - Moins de reflux et de complications
 - Taux de mortalité : 0,5%

A Torres – Soard - 2020
M Bashah – OS - 2020



SADI-S vs DS. (Ω vs Y)

- **181 vs 259**
- BMI 50,8
- EWL 77,4 %

- Plus de problème nutritionnel avec le DS
- Rémission des comorbidités : idem
- Rémission complète du diabète : 85 %
- Supériorité du DS si IMC >55 pour l'EWL et DNID



SADI-S en seconde intention

- 106
- BMI 49,8
- EWL 78% a 4 ans

- Mortalité : 2 cas
- Morbidité 15,1%
- Distinction entre les anses communes de 250 ou 300 cm (selon IMC)

SADI-S vs SLEEVE vs RYGBP

- **160 vs 448 vs 270**
- BMI : critère d'étude: <45, entre 45 et 55, >55
- EWL a 1 an : 83 % vs 67 % vs 75 %
2 ans : 88 % vs 64 % Vs 78 %
- SADI-S : mieux sur le DNID
- Carences nutritionnelles : idem RYGBP



SADI-S+DS vs RYGBP

- **Méta analyse (6 séries éligibles)**
- **377 patients (206 vs 171)**
- **Meilleure perte de poids dans le groupe SADI**
- **Pas de différence pour le reste**



point de vue de la ASMBS & IFSO

- **SADI : procédure validée (idem DS)**
- **2 Q** : diamètre de la sleeve ? longueur de l'anse commune ?
- Nécessité de **centres accrédités** et d'un suivi sur un registre national
- Certaines complications sont plus difficiles à gérer
- **Reflux biliaire** → révision en RYGBP
- Pas suffisamment de **data a long terme** (études randomisées : 0)

CONCLUSION : Quand proposer un SADI ?

- En cas d'**ECHEC** de sleeve pour reprise pondérale
- **SANS** reflux majeur ...
- **AVEC** un diabète de type 2
- CHEZ un Patient observant (**suivi nutritionnel +++**)

