

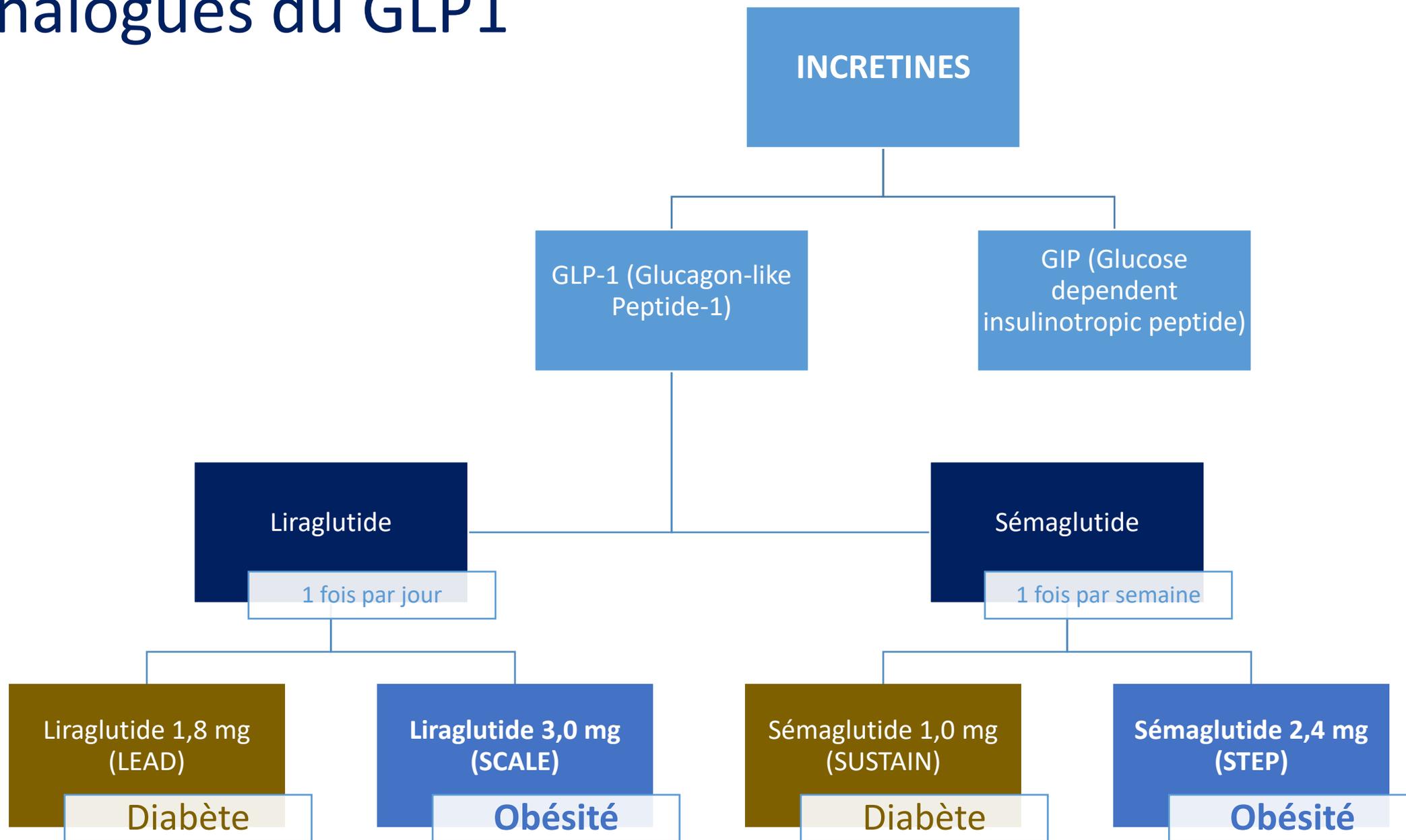
**13<sup>ème</sup>**  
**JOURNÉE TERRITORIALE**  
**de l'Obésité**  
**du CSO d'Île-de-France Nord**

**Place des analogues GLP-1R en chirurgie**

David MOSZKOWICZ, Alya BELLEMIN  
Hôpital Louis-Mourier, Colombes



# Analogues du GLP1





# Qu'est-ce que le GLP-1 ?

## Le peptide 1 similaire au glucagon

- Peptide constitué de 31 acides aminés
- Membre de la famille des incrétines



GLP-1 humain endogène

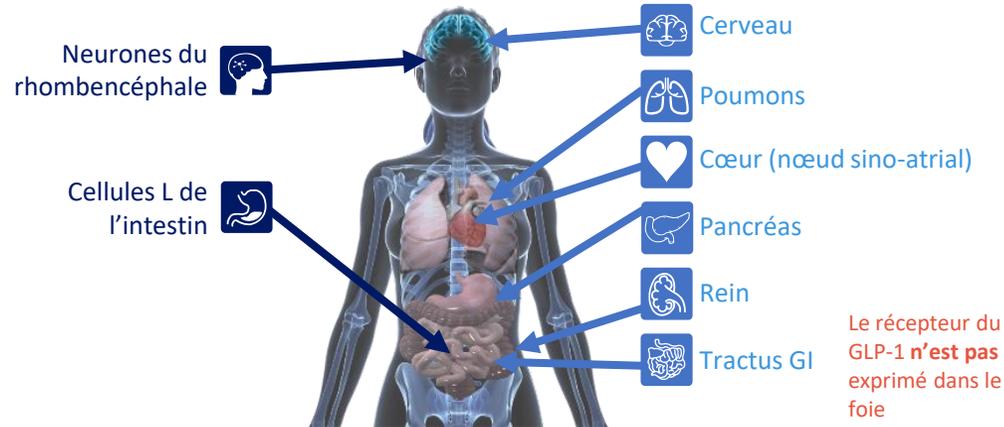
Le GLP-1 est libéré en réponse à une prise de nourriture



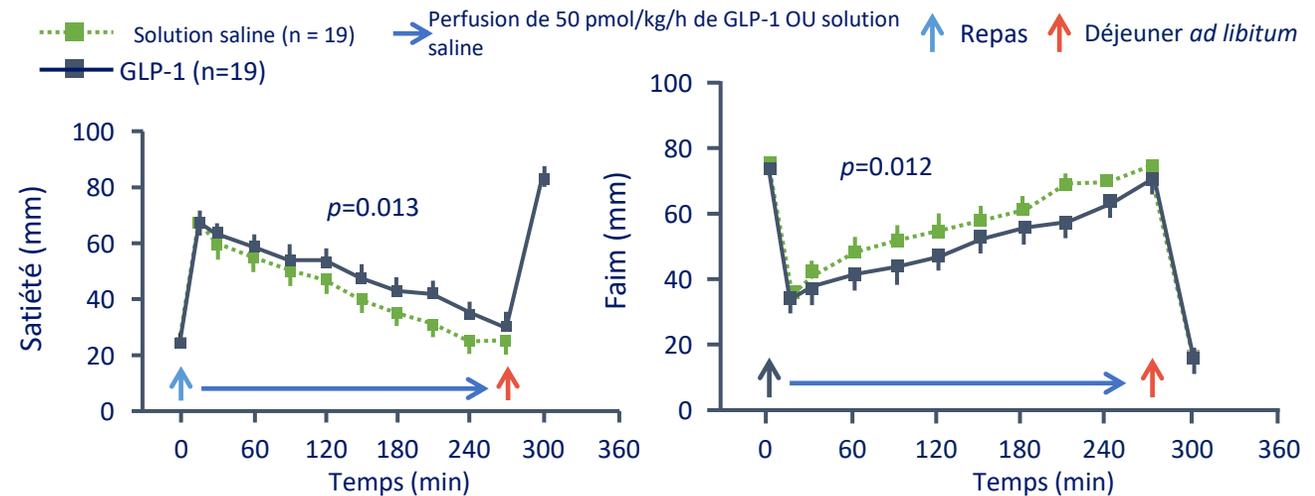
Le GLP-1 réduit les apports énergétiques

Le **GLP-1** est synthétisé et sécrété par :

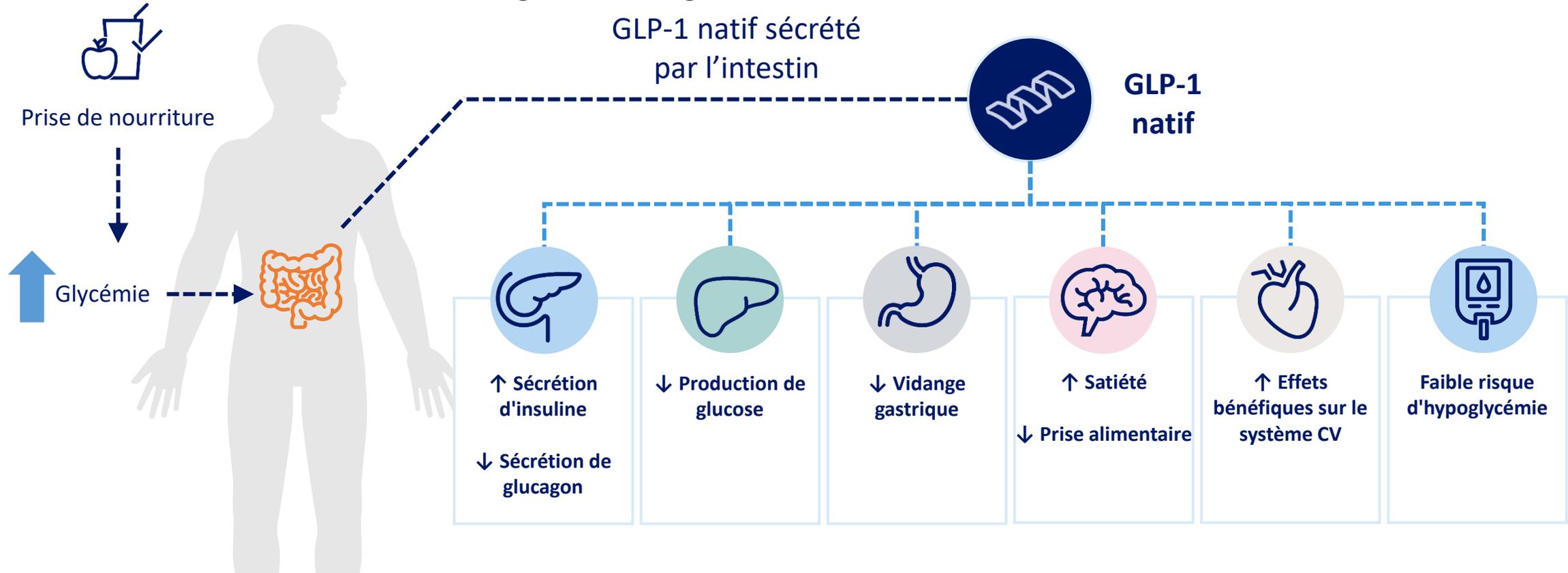
Le récepteur du **GLP-1** est exprimé dans :



Le **GLP-1** augmente la satiété et réduit la sensation de faim chez les sujets de poids normal



# Effets tissulaires spécifiques du GLP-1 natif



Le GLP-1 est une hormone incrétine endogène sécrétée dans l'intestin en réponse à la prise alimentaire

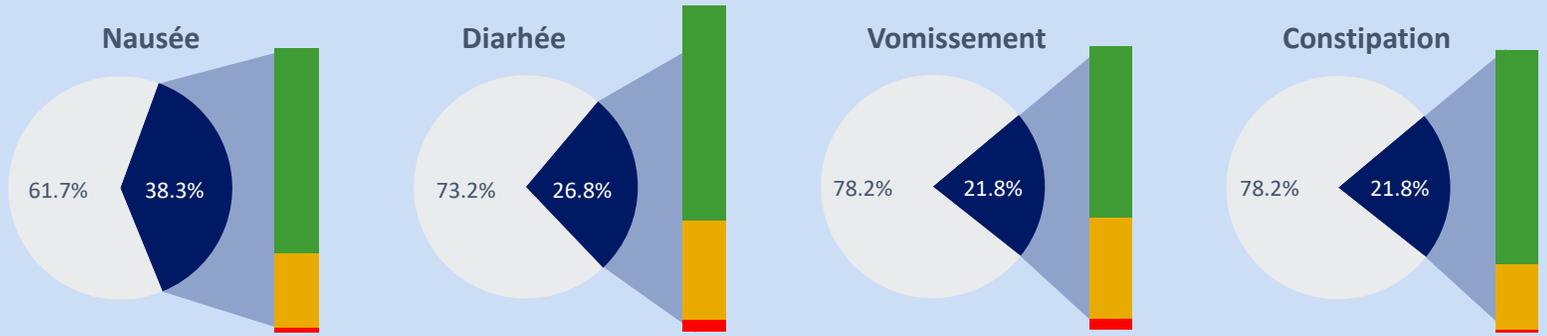


# Que savons-nous du profil de sécurité & tolérance du sémaglutide ?



## Effets indésirables gastro-intestinaux les plus courants à partir des données regroupées de STEP 1 à 4

Pourcentage de participants ayant vécu au moins un événement



Les effets secondaires gastro-intestinaux étaient généralement gérables avec des soins cliniques conservateurs

Gestion des EI GI

**Éduquer**  
 & **Expliquer**  
**Escalader**  
**Efficace**  
 Management

# 3

### Augmentation progressive de la dose

Au début du traitement, l'augmentation progressive de la dose sur une période de 16 semaines aide à réduire les effets secondaires gastro-intestinaux initiaux.

## Profil d'innocuité bien établi de la classe de médicaments GLP-1RA

### Conforme à la littérature

Les troubles gastro-intestinaux étaient les effets secondaires les plus courants, ce qui correspond au profil connu de la classe de médicaments GLP-1 pour la PR.

La plupart étaient de gravité légère à modérée et transitoires, survenant le plus souvent pendant la période d'escalade de la dose.

La classe des agonistes des récepteurs GLP-1 a un profil d'innocuité bien documenté avec un historique de 17 ans de données accumulées.



Données de sécurité provenant d'une variété de Données d'essais cliniques



De la surveillance post-commercialisation

AE, adverse events; GI, gastrointestinal.

1. Novo Nordisk, data on file; 2. Wharton et al. Postgraduate Med 2022;134:14-9.

# Analogues en chirurgie

```
graph TD; A[Analogues en chirurgie] --> B[Avant la chirurgie bariatrique  
→ pour patienter]; A --> C[Après la chirurgie bariatrique  
→ pour rattraper]; A --> D[A la place la chirurgie bariatrique  
→ pour accéder à une autre intervention];
```

**Avant la chirurgie bariatrique**  
→ pour patienter

**Après la chirurgie bariatrique**  
→ pour rattraper

**A la place la chirurgie bariatrique**  
→ pour accéder à une autre intervention

# Analogues en chirurgie

```
graph TD; A[Analogues en chirurgie] --> B[Avant la chirurgie bariatrique  
→ pour patienter]; A --> C[Après la chirurgie bariatrique  
→ pour rattraper]; A --> D[A la place la chirurgie bariatrique  
→ pour accéder à une autre intervention];
```

**Avant la chirurgie bariatrique**  
→ pour patienter

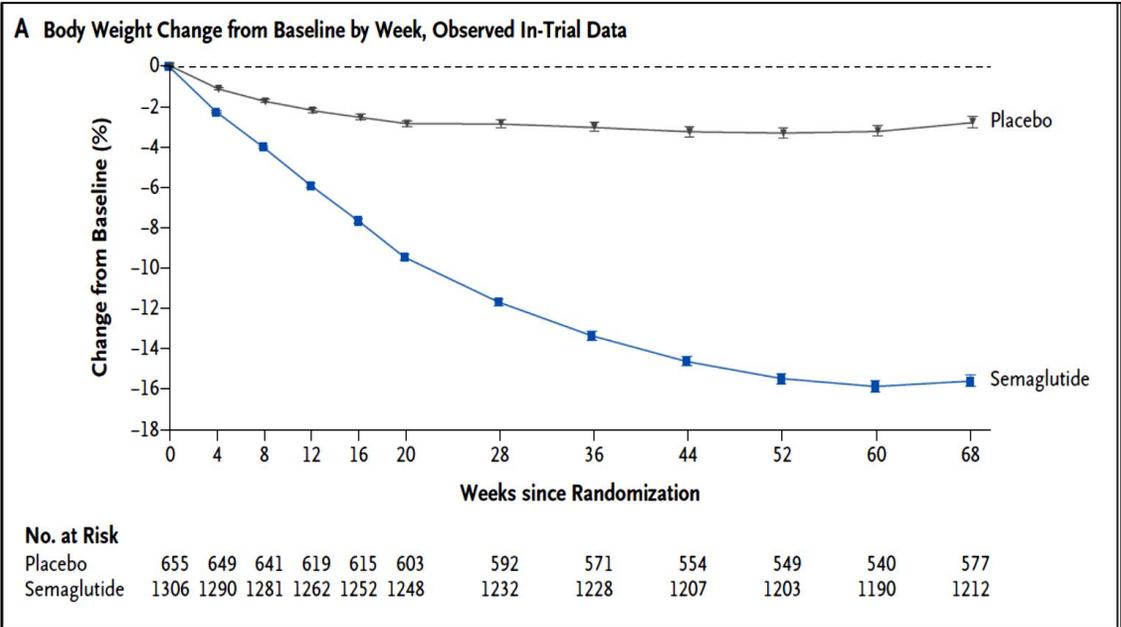
**Après la chirurgie bariatrique**  
→ pour rattraper

**A la place la chirurgie bariatrique**  
→ pour accéder à une autre intervention

# Analogues du GLP-1R

ESTABLISHED IN 1812      MARCH 18, 2021      VOL. 384 NO. 11

## Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity



# Analogues en chirurgie

```
graph TD; A[Analogues en chirurgie] --> B[Avant la chirurgie bariatrique]; A --> C[Après la chirurgie bariatrique]; A --> D[A la place la chirurgie bariatrique];
```

**Avant la chirurgie bariatrique**  
→ pour patienter

**Après la chirurgie bariatrique**  
→ pour rattraper

**A la place la chirurgie bariatrique**  
→ pour accéder à une autre intervention

## FICHE

# Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux

## PARTIE II : pré et post chirurgie bariatrique

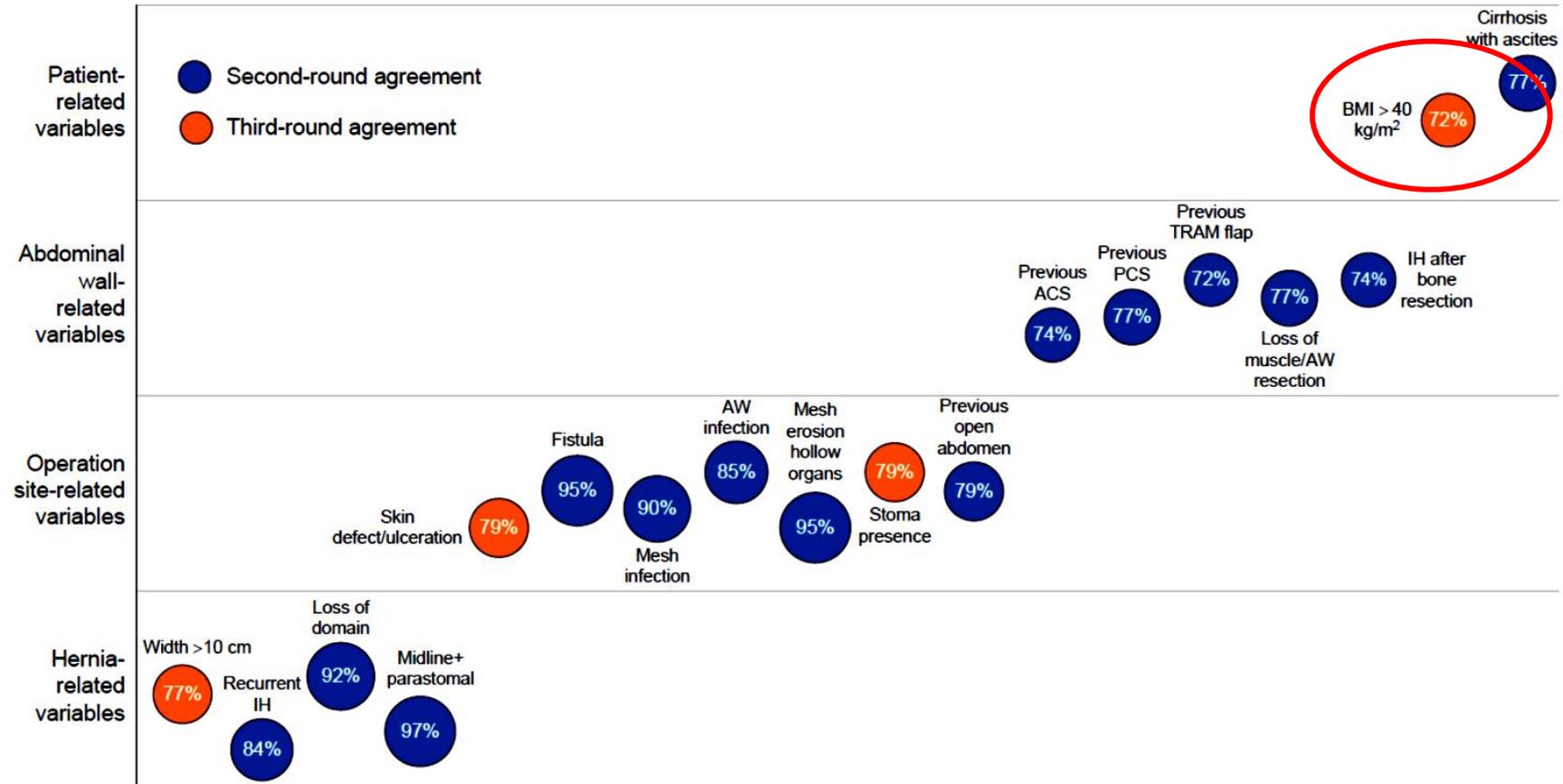
Validée par le Collège le 8 février 2024

### Indications de la chirurgie bariatrique<sup>1</sup>

- ➔ IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> (IMC maximal atteint et objectivé lors d'une consultation)
  - ➔ IMC compris entre 35 et 40 kg/m<sup>2</sup> associé à au moins une comorbidité sévère susceptible d'être améliorée après la chirurgie :
- une hernie pariétale ou une éventration symptomatique ou complexe dont le traitement chirurgical impose une perte de poids avant la chirurgie pariétale (AE) ;

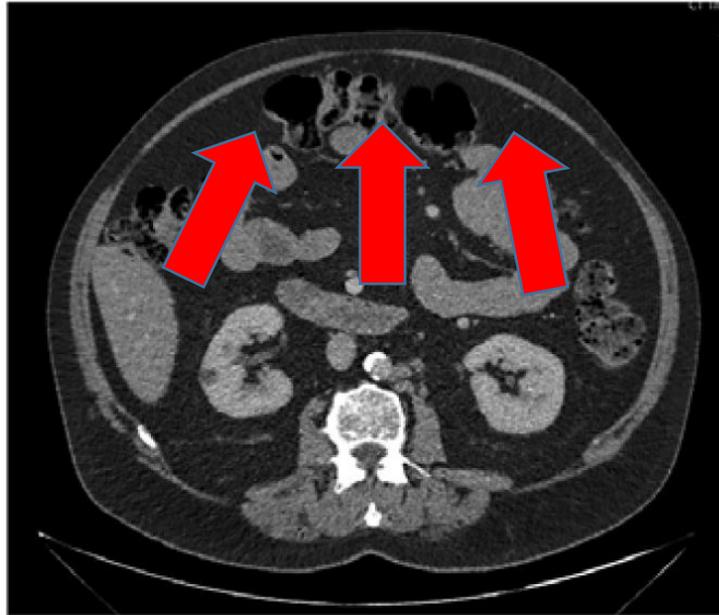
# Qu'est-ce qu'une « éventration complexe »?

What defines an incisional hernia as 'complex': results from a Delphi consensus endorsed by the European Hernia Society (EHS)

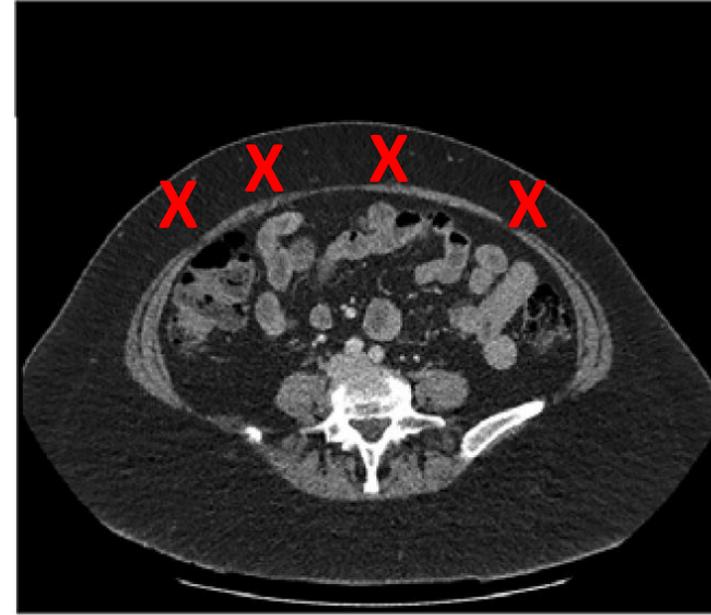


# Différents profils d'obésité

## Distribution patterns of fatty tissue in obese patients



**Visceral fatty tissue (android):**  
↑ Intra-Abdominal-Pressure (IAP)  
1 BMI-point = 10% ↑ increase of IAP  
Caveat: very thin abdominal wall (CST)



**Subcutaneous fatty tissue (gynoid):**  
↑ Risk for wound events  
Caveat: lymphangiosis  
Caveat: adipocutaneous shafterforces





## Midline incisional hernia guidelines: the European Hernia Society

### Perioperative optimization in complex abdominal wall hernias: Delphi consensus statement

- **IMC < 35 kg/m<sup>2</sup>**
- **HbA1c < 7%**
- **ARRET TABAC**
- **KINE respiratoire & motrice**
- **ACTIVITE encouragée**

# Objectif perte de poids première: le patient est-il intéressé?

## Can a free weight management program “move the needle” for obese patients preparing for hernia surgery?: outcomes of a novel pilot program

- N=191
- 56 ans
- IMC 45,7 kg/m<sup>2</sup>
- Paroi complexe
- Online coache + équipe nutrition

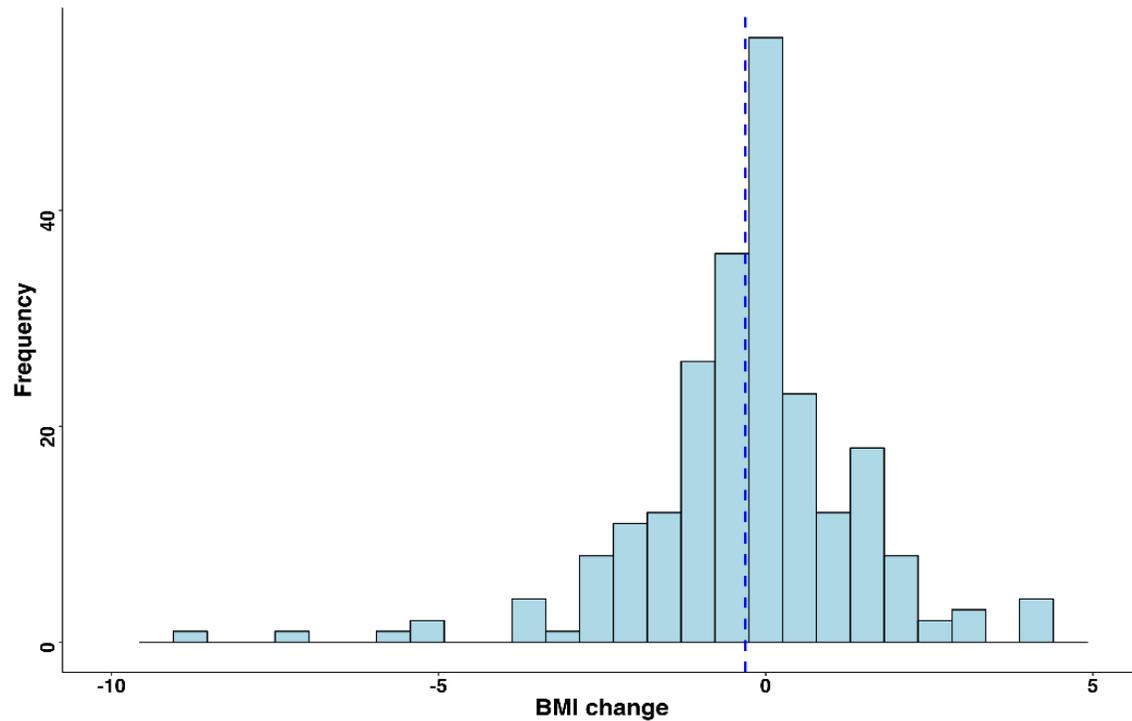
→ 60% refus ou non participation  
→ 40% ok: 55% interruption  
→ 9% opérés de la paroi

**Table 3** Number of patients enrolled in various programs through the Weight Management Navigator

Program	<i>n</i>	%
None	111	58%
Online coaching	60	31%
Dietician	11	6%
Lifestyle/integrative-	5	3%
Functional med	0	0%
Bariatric	1	0.5%
Medical/non-surgical	2	1%
Endocrinology	3	2%
Personal training	0	0%
Enrolled in more than one program	2	–

# Faire perdre du poids: le patient seul?

Exhortation to lose weight prior to complex ventral hernia repair:  
Nudge or noodge?



Etude rétrospective de 230 cures  
d'événtration complexes

IMC=  $36,4 \pm 5,9$

« il faudrait maigrir »

Après 95 jours préopératoires:

**23% perte  $\geq 1$  kg/m<sup>2</sup>**

**58% stables**

**19% gain  $\geq 1$  kg/m<sup>2</sup>**

**→ Inutile dans 80% des cas**

# Faire perdre du poids: préhabilitation nutritionnelle seule?

ASA-RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Modifying Risks in Ventral Hernia Patients With Prehabilitation  
A Randomized Controlled Trial

Characteristics	Prehabilitation (N = 59)	Standard Counseling (N = 59)	P
<b>Secondary outcomes</b>			
Dropped out	3 (5.1%)	1 (1.7%)	0.619
Emergent repair	4 (6.8%)	0 (0%)	N/A <sup>‡</sup>
Gained weight	9 (16.7%)	14 (24.1%)	0.359
Met weight goal <sup>†</sup>	12 (22.2%)	6 (10.3%)	0.122
Lost weight <sup>†</sup>	45 (83.3%)	44 (75.9%)	0.359
Total weight loss, lbs*	6.0 (± 9.4)	4.3 (± 8.3)	0.309
Underwent VHR <sup>†</sup>	44 (81.5%)	34 (58.6%)	0.013
Wound complication	3 (6.8%)	6 (17.6%)	0.167
<b>Primary outcome</b>			
Hernia- and complication-free	41 (69.5%)	28 (47.5%)	0.015

	Met Weight Loss Goal ( $\geq 7\%$ TBW)	Weight Loss but Did Not Meet Goal ( $< 7\%$ TBW)	P
Prehabilitation	12/45 (27.3%)	32/45 (72.7%)	—
Standard counseling	6/44 (17.6%)	28/44 (82.4%)	—

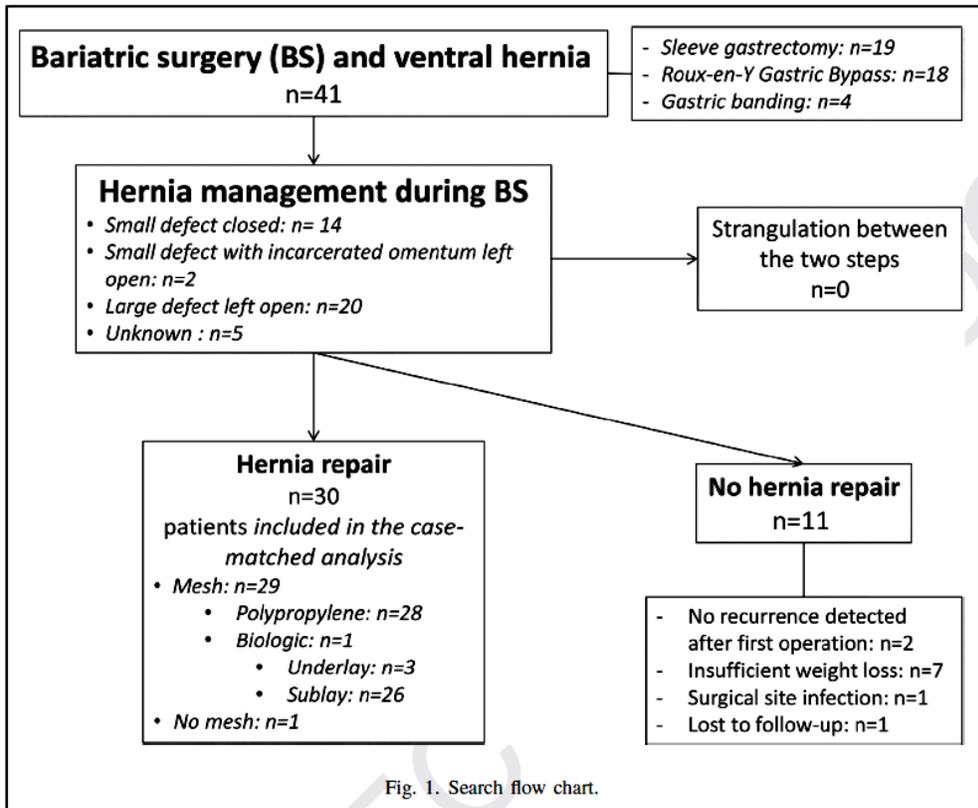
**Préhabilitation: plus d'accès à la chirurgie pariétale  
mais  $\approx 30\%$  de succès pondéral et risque d'occlusion dans l'intervalle (7% vs. 0)**

# Faire perdre du poids: chirurgie bariatrique première?





Surgery for Obesity and Related Diseases 15 (2019) 83–90  
 Original article  
**Ventral hernia surgery in morbidly obese patients, immediate or after bariatric surgery preparation: Results of a case-matched study**  
 Marie-Maëlle Chandeze, M.D.<sup>a</sup>, David Moszkowicz, M.D., Ph.D.<sup>a,b,\*</sup>, Alain Beauchet, M.D.<sup>c</sup>,  
 Karina Vychnevskaja, M.D.<sup>a</sup>, Frédérique Peschaud, M.D., Ph.D.<sup>a,b</sup>,  
 Jean-Luc Bouillot, M.D., Ph.D.<sup>a,b</sup>



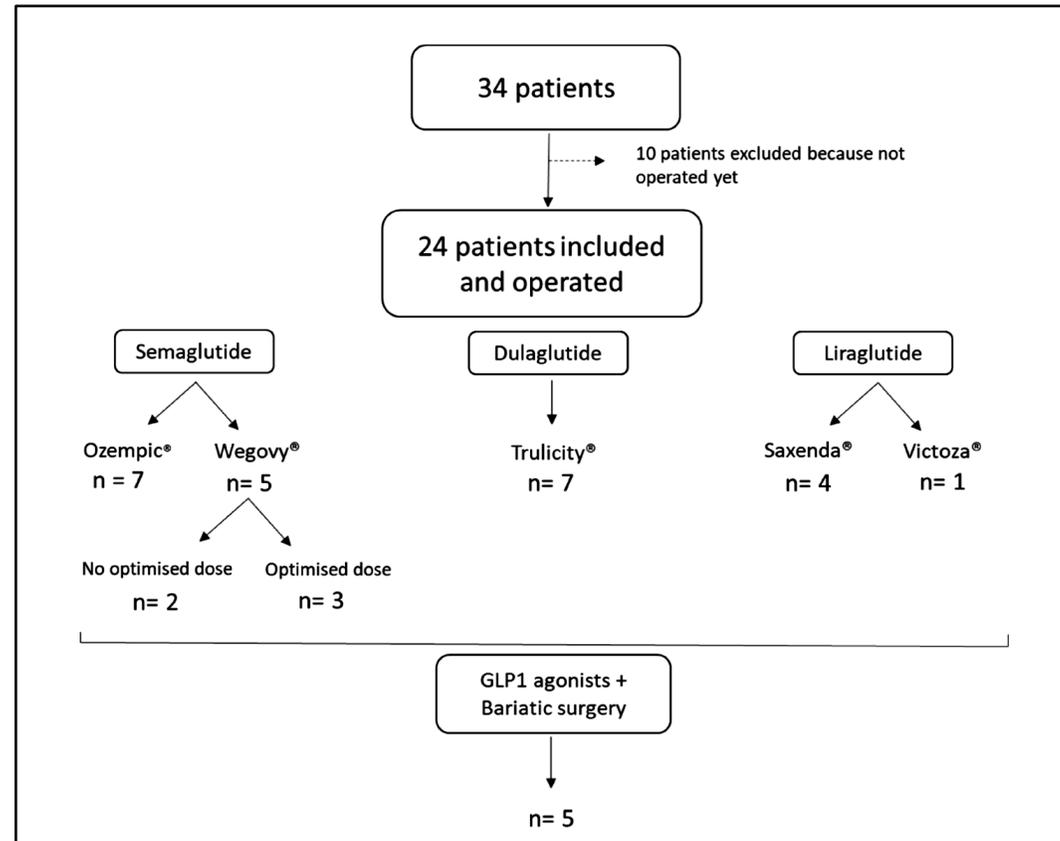
	Chirurgie bariatrique première n=30	Groupe témoin (PSO non préparés) n=60	P
Récidives	2/30 (6,7%)	12/50 (24%)	0,048
Morbidité	11/30 (37%)	23/54 (44%)	0,45
DMS	6,2 +/- 2,6	10,7 +/- 9,3	0,02

**Chirurgie bariatrique avant cure d'éventration: moins de récurrences !**

ORIGINAL RESEARCH **OPEN ACCESS**

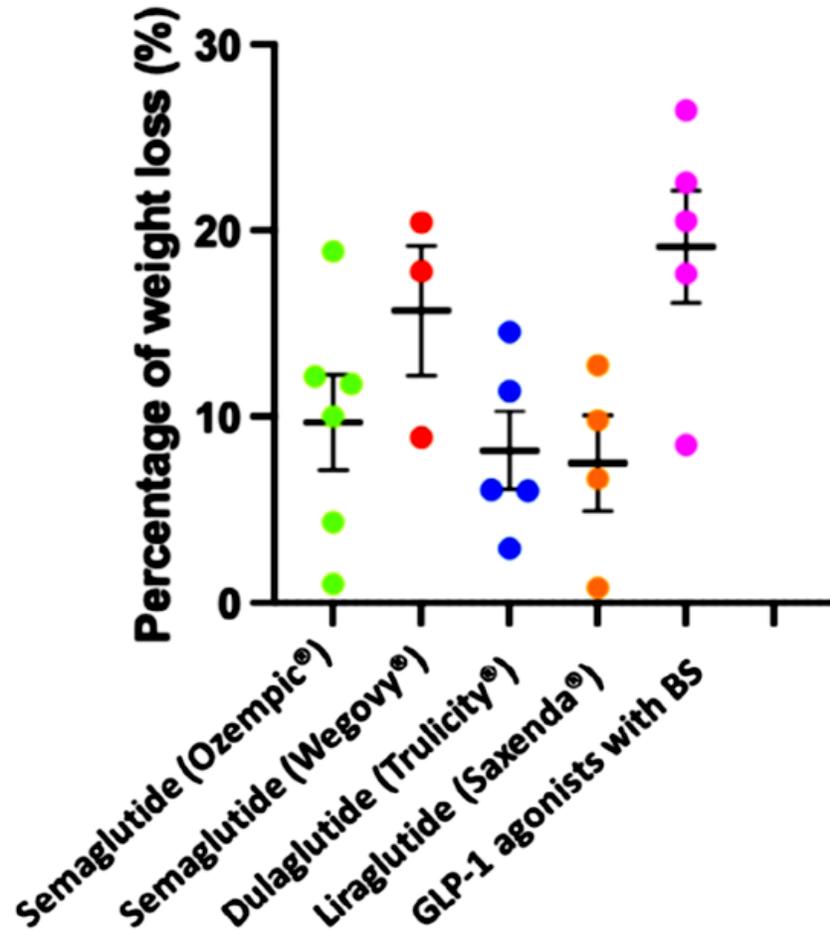
# Patients With Severe Obesity Are Made Eligible for Complex Abdominal Wall Repair After Preoptimization With GLP-1 Agonists: Results of a Bicentric Pilot Study

Benoit Romain<sup>1,2</sup> | Vincent Pfirsch<sup>1</sup> | Simone Manfredelli<sup>1</sup> | Thomas Leroi<sup>3</sup> | Fadi Salman<sup>4</sup> | Ouidad Sami<sup>5</sup> | Diane Westerfeld-Ruillier<sup>6</sup> | Séverine Ledoux<sup>5</sup> | David Moszkowicz<sup>4,5</sup>



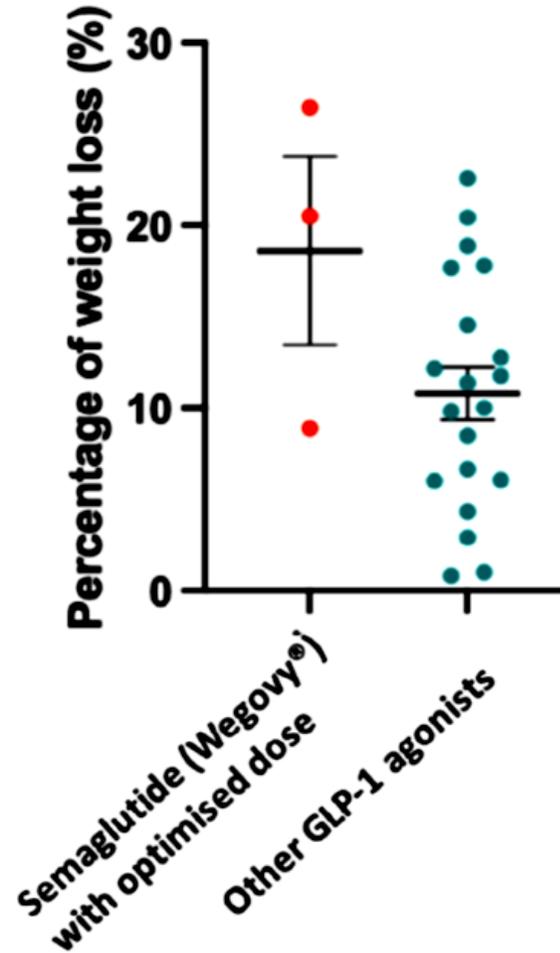
**%WL: 11,3 +/- 7,4% with GLP-1R+**

**A.**



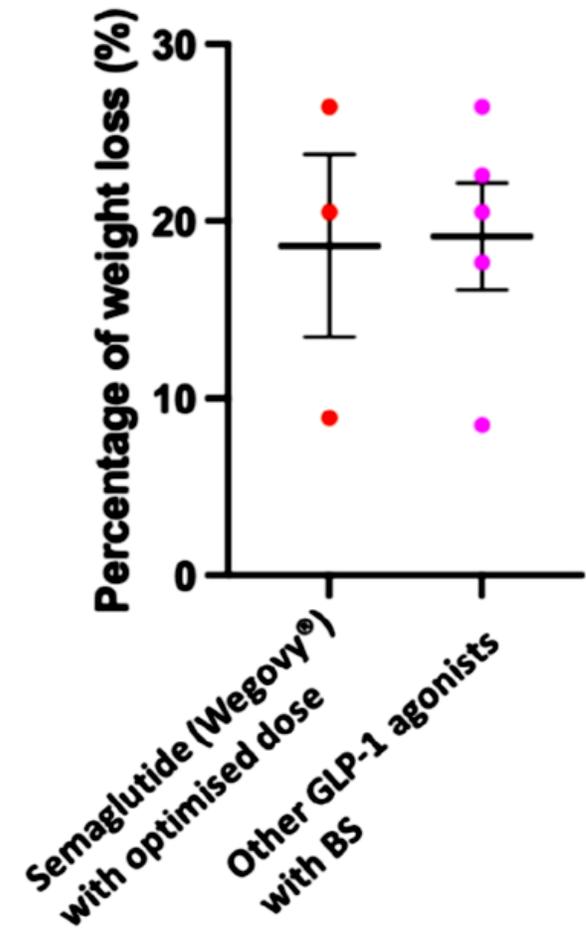
p=0.09

**B.**



p=0.04

**C.**



p=0.5

**Succès: 15/24 (62,5%)**

ORIGINAL RESEARCH **OPEN ACCESS**

## Patients With Severe Obesity Are Made Eligible for Complex Abdominal Wall Repair After Preoptimization With GLP-1 Agonists: Results of a Bicentric Pilot Study

Benoit Romain<sup>1,2</sup> | Vincent Pfirsch<sup>1</sup> | Simone Manfredelli<sup>1</sup> | Thomas Leroi<sup>3</sup> | Fadi Salman<sup>4</sup> | Ouidad Sami<sup>5</sup> | Diane Westerfeld-Ruillier<sup>6</sup> | Séverine Ledoux<sup>5</sup> | David Moszkowicz<sup>4,5</sup>

**TABLE 1** | Changes in analog intake during the preoperative optimization.

	<b>Start of the optimization (number of patients)</b>	<b>End of the optimization (number of patients)</b>	<b>Mean treatment length (months <math>\pm</math> SD)</b>	<b>Mean dosage</b>
Semaglutide (Ozempic)	6	8	8.88 $\pm$ 7.1	0.83 mg/week
Semaglutide (Wegovy)	6	5	11.5 $\pm$ 5.8	1.62 mg/week
Dulaglutide (Trulicity)	7	7	11.63 $\pm$ 21.7	1.93 mg/week
Liraglutide (Saxenda)	4	4	4 $\pm$ 1.4	4.4 mg/week
Liraglutide (Victoza)	1	0	4	1.8 mg/week

**TABLE 2** | Comparison between the control group without GLP-1 agonist optimization and the experimental group with GLP-1 agonists.

	<b>Control group (<i>n</i> = 52)</b>	<b>Group GLP-1 analogs (<i>n</i> = 24)</b>	<b><i>p</i></b>
Mean BMI before GLP-1	40.3 ± 2.8	39.7 ± 12.2	0.26
Mean BMI after preoperative optimization	40.3 ± 2.8	34.8 ± 10.5	<b>&lt; 0.001</b>
<b>Complication Calvien–Dindo (%)</b>			
≤ II	19 (36.5)	7 (29.1)	0.53
≥ III	12 (23.0)	4 (16.6)	0.52
No complications	21 (35.5)	13 (54.1)	0.26
Surgical site infection (SSI) (%)	12 (23.1)	6 (25.0)	0.85
Surgical site occurrence (SSO) (%)	20 (38.4)	9 (37.5)	0.94
Readmission rate (%)	9 (17.3)	5 (20.1)	0.71

# Analogues en chirurgie

```
graph TD; A[Analogues en chirurgie] --> B[Avant la chirurgie bariatrique  
→ pour patienter]; A --> C[Après la chirurgie bariatrique  
→ pour rattraper]; A --> D[A la place la chirurgie bariatrique  
→ pour accéder à une autre intervention];
```

**Avant la chirurgie bariatrique**  
→ pour patienter

**Après la chirurgie bariatrique**  
→ pour rattraper

**A la place la chirurgie bariatrique**  
→ pour accéder à une autre intervention



# Role of GLP1-RA in Optimizing Weight Loss Post-Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis

Fig. 2 Change from baseline/ average BMI at 6 months follow up

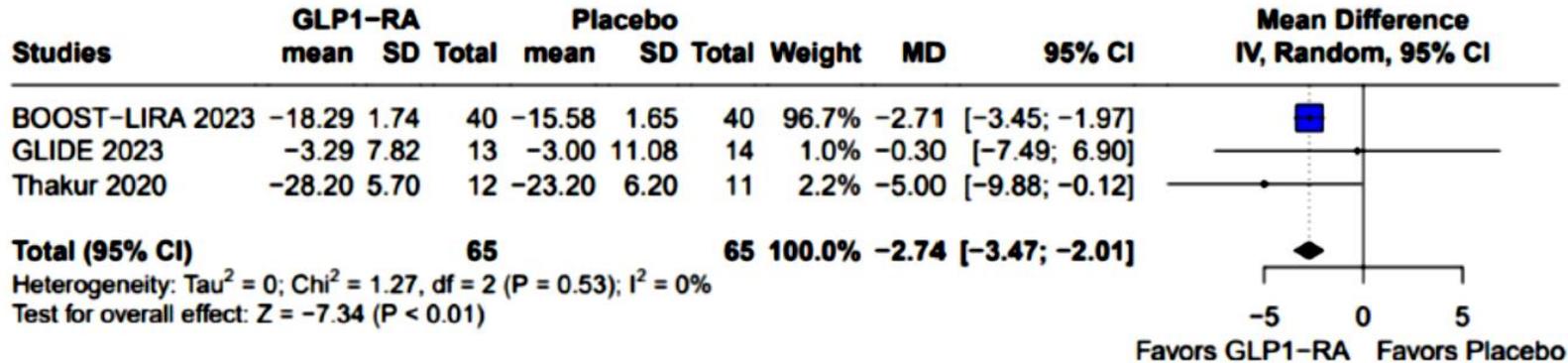
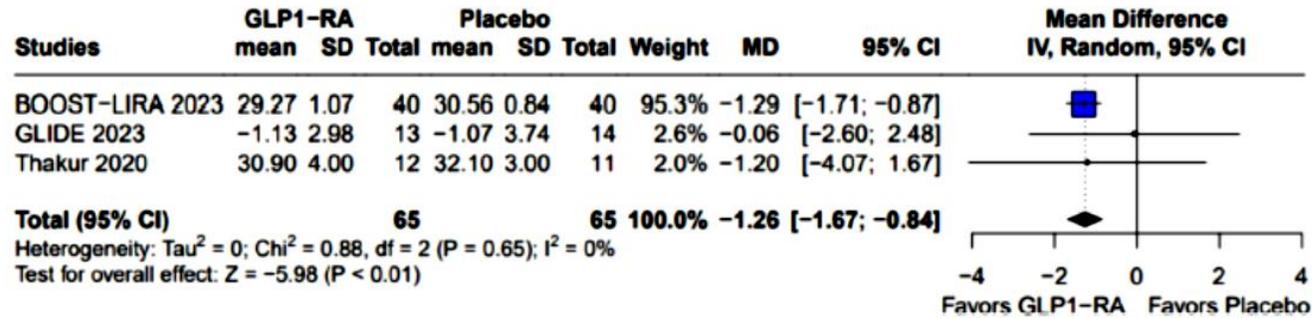


Fig. 3 Percentage change in body weight from baseline at 6 months

# GLP1-R en chirurgie

```
graph TD; A[GLP1-R en chirurgie] --> B[Avant la chirurgie bariatrique  
→ pour patienter]; A --> C[Après la chirurgie bariatrique  
→ pour rattraper]; A --> D[A la place la chirurgie bariatrique  
→ pour accéder à une autre intervention];
```

**Avant la chirurgie bariatrique  
→ pour patienter**

**Après la chirurgie bariatrique  
→ pour rattraper**

**A la place la chirurgie bariatrique  
→ pour accéder à une autre intervention**

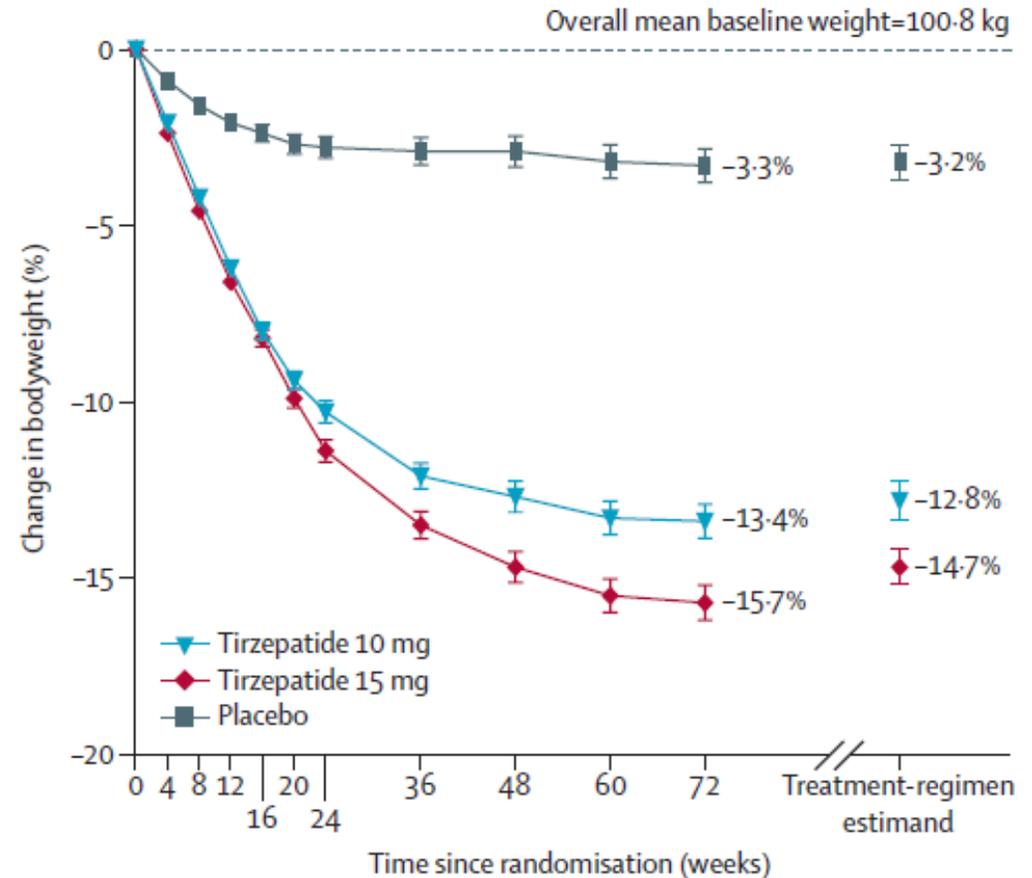
# Quel avenir?

x2

Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity in people with type 2 diabetes (SURMOUNT-2): a double-blind, randomised, multicentre, placebo-controlled, phase 3 trial

x3

Retatrutide, a GIP, GLP-1 and glucagon receptor agonist, for people with type 2 diabetes: a randomised, double-blind, placebo and active-controlled, parallel-group, phase 2 trial conducted in the USA



# 47<sup>th</sup> ANNUAL INTERNATIONAL CONGRESS



# EHS 2025

JUNE

4-6

**PARIS - FRANCE**

Palais des Congrès de Paris

[www.ehs2025.org](http://www.ehs2025.org)



EXECUTIVE COMMITTEE  
MD, PhD Guillaume PASSOT  
MD, PhD Yohann RENARD



[david.moszkowicz@aphp.fr](mailto:david.moszkowicz@aphp.fr)

[www.sfcpc-h.fr](http://www.sfcpc-h.fr)



# SFCP-CH

Société Française de Chirurgie Pariétale  
Club Hernie