

# 1 Recommandations de traitement de l'obésité morbide par chirurgie

## Consensus européen

En 2005, un groupe d'experts européen a révisé les indications et procédures relatives à la chirurgie bariatrique ■ L'objectif de ce travail était de fournir aux professionnels de santé des éléments susceptibles de les aider dans leur pratique quotidienne ■ Voici une synthèse des recommandations qui ont été publiées ■

Pr Patrick Ritz\*, Dr Philippe Topart\*\*, Dr Guillaume Becouarn\*\*

La chirurgie de l'obésité est devenue un outil de traitement de l'obésité morbide (IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>) ou de grade II avec comorbidités sévères (IMC > 35 kg/m<sup>2</sup>). L'étude SOS (*Swedish Obese Subjects Study*) et les méta-analyses suggèrent qu'il s'agit d'une méthode de perte de poids significative et durable (1, 2). Les dernières recommandations françaises datent de 2000. Elles n'ont pas été réévaluées malgré l'évolution du nombre et des techniques des procédures chirurgicales (3). En 2005, les sociétés savantes européennes de médecine et de chirurgie de l'obésité, ont requis un groupe expert, le *Bariatric Scientific Collaborative Group* (BSCG), afin de réviser les indications et procédures relatives à cette chirurgie. L'objectif était de fournir aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de ces patients, les éléments essentiels de bonne pratique clinique. La stratégie

d'analyse des données publiées est classique (semblables à celles de HAS). Elles sont publiées (4) et cet article en fait la synthèse.

### LES INDICATIONS DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

Rassemblées dans le **tableau 1**, ces indications de la chirurgie bariatrique constituent une avancée et une précision par rapport aux

recommandations françaises (3). Par exemple, les comorbidités sont détaillées et « l'IMC ou le poids le plus haut » sont les indicateurs et non les valeurs au moment de l'évaluation quand le patient peut avoir éventuellement perdu du poids.

La chirurgie pour le traitement de l'obésité de l'adolescent et de l'enfant pourrait être considérée dans les centres avec une expérience avérée d'une telle chirurgie chez

Tableau 1 - Indications de chirurgie bariatrique.

Patients de 18 à 60 ans	Remarque
IMC > 40 kg/m <sup>2</sup>	
IMC > 35 kg/m <sup>2</sup>	Avec comorbidité susceptible d'être améliorée par la perte de poids (désordres métaboliques, pathologies cardiorespiratoires, atteintes articulaires sévères, troubles psychologiques sévères liés à l'obésité du patient)
IMC actuel ou antérieur prouvé	La perte de poids pendant l'évaluation du patient n'est pas une contre-indication L'indication peut être retenue en cas de reprise de poids après une perte de poids avec une autre stratégie
Echec documenté de perte de poids ou de perte durable avec une stratégie non chirurgicale	
Le patient est compliant à la prise en charge	

\*Pôle de maladies métaboliques et médecine interne, Angers; Inserm UMR 694, Angers.

\*\*Clinique de l'Anjou, Angers.

l'adulte, et capable d'offrir une véritable prise en charge multidisciplinaire pédiatrique (diététique, chirurgie, psychologie).

**Les indications chez l'adolescent** sont :

1. un IMC supérieur à 40 kg/m<sup>2</sup> ou au 99<sup>e</sup> percentile pour l'âge, avec au moins une comorbidité ;
2. un échec d'une tentative de perte de poids dans un centre spécialisé ayant duré au moins 6 à 12 mois ;
3. une maturité sexuelle et musculaire ;
4. une capacité de compliance à une prise en charge psychologique et médicale avant et après la chirurgie ;
5. une volonté pour une prise en charge post-opératoire multidisciplinaire ;
6. cette chirurgie peut être considérée pour des patients avec ano-

malie génétique : Prader-Willi par exemple, dans un centre expert de cette pathologie.

**Les indications chez les personnes de plus de 60 ans** doivent être évaluées très prudemment sur une base individuelle. En particulier, une analyse du bénéfice-risque de la perte de poids est exigée. L'objectif chez ces patients est une amélioration de la qualité de vie, car une diminution de la mortalité n'est pas probable.

### CONTRE-INDICATIONS DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

La chirurgie pour le traitement de l'obésité n'est pas indiquée en cas :

1. d'absence de preuve de prise en charge médicale antérieure ;

2. d'incapacité par le patient de participer à une prise en charge prolongée ;
3. de pathologie psychiatrique non stabilisée (y compris psychose), dépression sévère et troubles de la personnalité, en dehors d'un avis psychiatrique expert (y compris pour la prise en charge des obèses) ;
4. de dépendance à l'alcool ou aux drogues ;
5. d'espérance de vie réduite à court terme ;
6. de patient en perte d'autonomie, ou sans un soutien social ou familial durable.

### L'ÉVALUATION PRÉ-OPÉRATOIRE DES PATIENTS

La décision de chirurgie doit faire

### Conclusion et interview du Pr Arnaud Basdevant.

**D&O :** Professeur Basdevant, vous avez contribué au travail qui a conduit à ce consensus européen.

Considérez-vous que ces mesures s'appliquent en France et "remplacent" les recommandations de 2000 ?

**PAB :** Ces recommandations ont été développées à la demande de sociétés savantes européennes de médecine et de chirurgie de l'obésité, en particulier sous l'égide de l'European Association for the Study of Obesity (EASO), dont le président est le Pr Vojtech Hainer. Elles doivent donc être considérées comme des recommandations de sociétés savantes. Elles n'entrent pas dans le cadre "officiel" des recommandations labélisées par la HAS. Ce qui est intéressant ici est le travail de consensus entre la société européenne de médecine de l'obésité et la société européenne de chirurgie de l'obésité. Cette démarche consensuelle avait d'ailleurs été précédée par une démarche de même type en France (5).

**D&O :** La recommandation d'évaluation pré-opératoire ne fait plus référence à un suivi d'au moins un an. Quel est votre avis ?

**PAB :** Cette recommandation est centrée sur la prise en charge chirurgicale elle-même, et ne reprend pas l'ensemble de la stratégie médicale. Il est expressément mentionné la nécessité d'une adhésion préalable au suivi médical. Il aurait été préférable de maintenir un délai précis, mais les pratiques dans les différents pays européens sont encore variables. L'essentiel est la notion d'inscrire la chirurgie, quand elle est indiquée, dans un bilan et suivi médicaux complets. Il est hautement souhaitable que la HAS, dans le cadre du PNNS2,

mette à jour les recommandations françaises.

**D&O :** Les patients atteints de psychose ne constituent plus une contre-indication. En avez-vous l'expérience ?

**PAB :** Non, ce n'est pas ce qu'il est dit. Il est clairement mentionné que les situations de pathologie psychiatrique de type psychose non stabilisées restent des contre-indications. Les situations où le désordre psychiatrique est contrôlé ne représentent pas une contre-indication, si le psychiatre donne son accord. A partir de nos observations cliniques, nous sommes en accord avec ce principe.

**D&O :** La recommandation ne précise pas d'IMC en cas de prévention de la reprise pondérale. Est-ce bien le cas et quelle que soit la stratégie de prise en charge antérieure ?

**PAB :** Oui, il s'agit là d'une évolution notable. L'idée est que l'objectif est d'obtenir un résultat durable. Or, ce que l'on constate, même après *by-pass*, c'est une proportion non négligeable de reprises pondérales malgré le suivi des consignes, en particulier diététiques et d'activité physique. Dans ces situations, il n'y a pas lieu d'attendre que le patient ait repris le poids "réglementaire" pour la chirurgie : il est raisonnable de discuter une nouvelle intervention. Attention, celle-ci ne peut être envisagée qu'en cas d'adhésion aux recommandations diététiques et autres sinon le patient s'expose à un nouvel échec. Il est bien évident que ces nouvelles interventions doivent être discutées en termes de risque/bénéfice avec la plus grande prudence. La collaboration médico-chirurgicale est ici plus importante que jamais.

suite à une évaluation complète et multidisciplinaire, par des professionnels habitués à la prise en charge des patients obèses, et regroupant de façon optimale : un médecin, un chirurgien, un anesthésiste, un psychologue ou un psychiatre, un médecin nutritionniste et/ou un diététicien, une infirmière de terrain ou une assistante sociale.

L'évaluation devrait comporter :

- une analyse de l'état de santé et de l'état nutritionnel ;
- une explication claire des habitudes alimentaires post-opératoires ;
- un traitement optimal des comorbidités pour réduire le risque péri-opératoire, une évaluation des motivations et de la compliance (y compris post-opératoire) ;
- l'assurance que le patient est informé des bénéfices, consé-

quences et risques de la procédure chirurgicale et de la nécessité d'un suivi durable ;

- l'assurance que le patient comprend les éventuelles limites de la procédure ;
- le consentement éclairé du patient quant aux risques chirurgicaux, aux modifications de comportements, et au suivi nécessaire.

Une évaluation de certaines comorbidités peut s'avérer souhaitable ou nécessaire :

- épreuves fonctionnelles respi-

ratoires et dépistage du syndrome des apnées du sommeil ;

- recherche d'anomalies métaboliques ou endocriniennes ;
- recherche de pathologies œsogastriques (*Helicobacter pylori*) ;
- mesure de la composition corporelle et de la densité osseuse ;
- calorimétrie indirecte. ■

#### Mots-clés :

Recommandations, EASO,  
Obésité morbide, Chirurgie

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Sjostrom L, Lindroos AK, Peltonen M et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004 ; 351 : 2683-93.
2. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004 ; 292 : 1724-37.
3. Haute Autorité de santé. Chirurgie de l'obésité. Mai 2000. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).
4. Fried M, Hainer V, Basdevant A et al. Interdisciplinary European guidelines for surgery for severe (morbid) obesity. *Obes Surg* 2007 ; 17 : 260-70.
5. Laville M, Romon M, Chavrier G et al. Recommendations regarding obesity surgery. *Obes Surg* 2005 ; 15 : 1476-80.

## 2 La chirurgie bariatrique améliore la glycémie

### Quels sont les mécanismes en jeu ?

Alors que la chirurgie bariatrique connaît un essor sans précédent, il a été rapporté, dans le cadre de cette chirurgie, une amélioration de certaines comorbidités métaboliques telles que l'hypertriglycéridémie, l'insulinorésistance et le diabète de type 2 ■ Si la restriction calorique en elle-même semble incapable d'expliquer ces effets métaboliques, que sait-on exactement des mécanismes d'amélioration du métabolisme glucidique par la chirurgie bariatrique ? ■

Dr Amal Yazigi\*, Pr Fabrizio Andreelli\*

La chirurgie bariatrique est indiquée en cas d'obésité sévère (IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> avec au moins une comorbidité sévère telle que hypertension

artérielle, diabète de type 2, apnées du sommeil) ou morbide (IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>). Du fait du développement de l'obésité dans la population générale et du rajeunissement de la population obèse, la chirurgie bari-

atrique a connu un développement sans précédent ces dernières années. Même si tous les effets favorables et défavorables des différentes techniques de chirurgie de l'obésité ne sont pas encore connus, il est clair

\* Service de Diabétologie-Endocrinologie-Nutrition, CHU Bichat Claude Bernard, Paris