

Chirurgie de l'obésité et alcool

Des effets secondaires à connaître

■ Bien que ses bénéfices ne soient plus à démontrer, la chirurgie de l'obésité n'est pas dénuée d'effets secondaires pouvant mettre le patient dans des situations inconfortables. Son impact sur le métabolisme de l'alcool doit notamment être pris en compte. À travers cet entretien, le Pr Marie-Astrid Piquet, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier au CHU de Caen, nous éclaire sur les mécanismes mis en jeu.

Diabète & Obésité : Quels sont les effets de la chirurgie bariatrique sur le métabolisme de l'alcool ?

Pr Marie-Astrid Piquet : Les effets ne sont pas les mêmes pour le by-pass gastrique que pour la *sleeve gastrectomy* ou l'anneau gastrique. En ce qui concerne la *sleeve gastrectomy* et l'anneau gastrique, il n'y a pas d'effet très significatif sur la tolérance à l'alcool. En revanche, pour le by-pass, pour une même consommation d'alcool, l'éthylémie monte plus haut qu'avant l'intervention chirurgicale.

Une étude a comparé des patients avec by-pass et des patients sans by-pass mais avec un poids similaire. Après absorption de deux verres d'alcool, les patients non opérés restent en dessous de 0,5 g/L (seuil légal pour conduire) alors que les patients opérés sont en moyenne aux alentours de 0,8 g/L. Leur éthylémie monte donc plus haut et apparaît aussi plus précocement (au bout de 15 minutes). Chez les patients non opérés, l'éthylémie monte plus lentement.

Une autre étude a comparé des patients avant et après leur opération. Avant l'opération, avec un seul verre de vin, ils restent en dessous de 0,5 g/L alors que, à 3 mois et à 6 mois après l'opération, ils dépassent ce seuil. Et l'effet continue à s'amplifier à 6 mois car ils continuent à maigrir et la perte de poids amplifie ce phénomène. Leur taux d'éthylémie atteint 1 g/L au bout de 15 minutes, un taux qui influence le comportement et empêche de conduire. Les mêmes études ont été menées chez des patients avec anneau ou *sleeve gastrectomy* et n'ont pas retrouvé cet effet.

Les mécanismes mis en jeu sont nombreux.

- Dans l'estomac, il existe une enzyme, l'alcool dés-hydrogénase, qui détoxifie l'alcool (elle est aussi pré-

sente dans le foie mais une première étape se déroule dans l'estomac). Lors d'un by-pass, l'estomac est dé-fonctionnalisé et on ne bénéficie donc pas de cette première détoxification. Avec l'anneau gastrique, même si le passage gastrique est ralenti, l'étape de détoxification a lieu. Lors d'une *sleeve gastrectomy*, il reste suffisamment de muqueuse gastrique pour que le métabolisme se fasse normalement.

- Un autre mécanisme mis en jeu est la perte de poids. L'alcool se diluant dans l'ensemble du corps, en cas d'amaigrissement le volume de dilution de l'alcool diminue. Lorsqu'un patient obèse maigrit, il a beaucoup moins de litres pour diluer les grammes d'alcool ingérés, c'est pourquoi l'éthylémie augmente.
- En cas de by-pass, les effets du repas disparaissent. Normalement, la prise d'un repas concomitante à la consommation d'alcool accélère le métabolisme de l'alcool, car la vidange gastrique est ralentie et le temps de contact de l'alcool avec la muqueuse gastrique et l'enzyme gastrique de détoxification augmente. En cas de by-pass, le ralentissement de la vidange gastrique et l'augmentation du temps de contact avec l'estomac n'ont pas lieu. Ainsi, l'effet protecteur du repas sur l'éthylémie retrouvé chez les patients qui n'ont pas été opérés ou qui ont eu juste un anneau disparaît.

D&O : Y a-t-il d'autres conséquences que l'éthylémie plus élevée, faut-il et comment informer les patients ?

Pr M.-A. P. : L'une des conséquences liées à l'alcool est la dépendance. Des études ont d'ailleurs analysé le risque de devenir dépendant. En cas d'expositions répétées à des concentrations d'alcool élevées, le risque

est de devenir dépendant c'est-à-dire de ne plus être capable d'arrêter de consommer.

Dans une étude récente, les auteurs observent, dans une population contrôlée qui n'a jamais été opérée, environ 2 % de personnes qui deviennent dépendantes en 15 ans. Chez les patients opérés d'un by-pass, ce chiffre passe à 6 %, le risque de dépendance est donc triplé. L'un des mécanismes mis en jeu est peut-être la présence de pics d'éthylémie plus élevés. D'autres mécanismes sont suggérés au niveau des systèmes de récompense du cerveau. En effet, dans l'obésité, on note souvent la présence de troubles du comportement alimentaire, c'est-à-dire que la personne recherche dans l'alimentation une façon de calmer sa souffrance psychique. Avec des pics d'éthylémie élevés, peut-être que finalement cette compensation sur l'alimentation se déporte sur l'alcool. Il y a donc un effet de dépendance.

Il faut prévenir les patients qu'ils vont avoir une tolérance à l'alcool moins bonne et que leur éthylémie va monter plus haut.

Une autre conséquence négative après chirurgie sur le tube digestif concerne la diarrhée. L'alcool est une substance osmotiquement active, c'est-à-dire qu'elle entraîne une sécrétion d'eau par l'intestin. En cas de by-pass, l'alcool arrive directement dans l'intestin et va entraîner le mécanisme du dumping syndrome, c'est-à-dire qu'il entraîne une sécrétion d'eau. La consommation d'alcool va aussi stimuler la motricité de l'intestin en agissant sur les muscles lisses digestifs. Donc les troubles digestifs postchirurgicaux vont être amplifiés par l'alcool.

Enfin, l'alcool utilise la vitamine B1 comme cofacteur pour être métabolisé et va donc entraîner des carences. D'autant plus que les chirurgies, surtout en cas de vomissements, favorisent aussi les carences en vitamine B1, responsables de troubles neurologiques. En cas de vomissements, les patients se retrouvent en alcalose métabolique et je pense que cela favorise la carence, mais on manque de preuves dans la littérature. En pratique clinique, les carences en vitamine B1 ne sont observées quasiment que dans les pathologies où il y a beaucoup de vomissements (*hyperemesis gravidarum*, by-pass ou complications de chirurgie digestive). Ainsi, en cas de consommation d'alcool, ces patients vont être encore plus exposés puisque l'alcool utilise la vitamine B1 dans son métabolisme.

Il faut donc rester très vigilant en cas d'intolérance à la chirurgie avec vomissements.

Ainsi, je pense qu'il est indispensable de prévenir les patients. Il faut les prévenir qu'ils vont avoir une tolérance à l'alcool moins bonne et que leur éthylémie va monter plus haut (par exemple, si d'habitude il peuvent prendre un apéritif et conduire ensuite, cette tolérance va disparaître, et un simple apéritif risque de les placer au dessus de 0,5 g/L). Je pense donc qu'il vaut mieux les prévenir, en particulier pour la conduite, que c'est un danger.

Il y a aussi une particularité dont j'aimerais vous parler : il s'agit de l'anse borgne. Dans le by-pass, il y a une anse borgne dans laquelle on peut observer une pullulation de bactéries dont on sait que certaines produisent de façon endogène de l'éthanol. Les patients peuvent donc voir une éthylémie apparaître sans avoir consommé d'alcool ! Il y a quelques rapports dans la littérature de cas cliniques en chirurgie digestive, même si cela n'a jamais été décrit dans des by-pass. Si on suspecte cela, cela peut valoir le coup de rechercher une pullulation microbienne, car théoriquement c'est possible.

D&O : La dépendance à l'alcool est-elle pour vous une contre-indication à la chirurgie pour tous les patients (selon les recommandations HAS) ?

Pr M.-A. P. : En règle générale, on opère le patient une fois qu'il a été sevré. À mon avis, l'important c'est d'avoir bien consolidé le sevrage avant l'intervention chirurgicale car, en cas de rechute, les effets seront plus intenses et le risque de pérenniser la rechute sera plus grand. Nos patients ont des souffrances psychiques qui les ont fait tomber dans la dépendance à l'alcool ou dans l'obésité et je trouve que c'est difficile de les récuser totalement s'ils ont fait la démarche pour être sevrés. Dans la transplantation hépatique, par exemple, on dit qu'il faut avoir 6 mois de sevrage et je pense que c'est une sécurité pour diminuer le risque de rechute. ■

Propos recueillis par Caroline Sandrez

Mots-clés :

Obésité, Chirurgie bariatrique, Alcool