

# Chirurgie de l'obésité

## Comment et pour qui ?

**La chirurgie bariatrique est désormais reconnue comme un des moyens les plus efficaces de lutte contre l'obésité. Depuis ses prémices dans les années soixante et plus particulièrement depuis une vingtaine d'années, grâce à des travaux de plus en plus nombreux, sa place dans l'arsenal thérapeutique contre l'obésité s'est progressivement affinée permettant de définir aujourd'hui des règles bien précises, qui cependant évolueront très probablement avec le temps grâce à une meilleure connaissance de cette maladie chronique et de son évolution mondiale.**

*Dr Guillaume Becouarn (Chirurgie digestive, Clinique de l'Anjou, Angers)*

**S**i ces règles permettent globalement de savoir "qui" faut-il opérer et "quand" faut-il le faire, la question "par quelle technique ?" reste un sujet largement débattu qui n'a toujours pas, dans l'immense majorité des cas, trouvé de réponse. Les arguments amenant un chirurgien à faire tel ou tel geste chirurgical sont aussi variés qu'il y a de chirurgiens ou d'équipes multidisciplinaires.

Pour ma part, les équipes doivent aujourd'hui travailler à définir plus clairement les indications des différentes techniques chirurgicales pour la crédibilité de ce moyen thérapeutique.

### Qui et quand faut-il opérer ?

#### → Qui faut-il opérer ?

À ces deux questions, les travaux de la Haute autorité de Santé donnent des grandes lignes qui permettent aux équipes de sélectionner les patients selon des critères bien standardisés (Fig. 1).

L'ensemble des contre-indications peuvent être temporaires. Tout le travail de l'équipe multidisciplinaire sera de mettre en place les moyens afin de faire évoluer le patient, sachant qu'au-delà d'un délai raisonnable que nous avons pour notre part fixé arbitrairement à 18 mois, il paraît difficile d'envisager un geste

chirurgical s'il n'y a pas eu la moindre amélioration.

#### → Quand faut-il opérer ?

Cette question est elle aussi relativement bien codifiée puisqu'elle concerne les patients en échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant six à douze mois, en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids.

Incontestablement, si chaque équipe peut interpréter ces recommandations selon ses critères amenant des prises en charge variables, elles permettent néanmoins de définir un cadre suffisamment clair pour qu'il n'y ait pas, si elles étaient toujours respectées, trop de disparité en France pouvant aboutir à un nomadisme médical.

### Quelle intervention proposer ?

Il s'agit du sujet actuellement le moins bien codifié, ce qui peut donner une impression d'incohérence, argument utilisé par les détracteurs de la chirurgie bariatrique.

A contrario de toute autre chirurgie, la chirurgie bariatrique doit beaucoup aux patients et plus particulièrement aux associations et autres groupes d'influence qui ont œuvré pour la faire accepter par les Pouvoirs Publics. En conséquence, on

constate, parfois, un phénomène de "mode" relayé par tous les moyens de communication actuels qui peut largement influencer la décision de la technique chirurgicale.

D'autre part, si la chirurgie bariatrique n'est ni plus ni moins que de la chirurgie digestive, elle implique avec le temps un degré d'investissement de plus en plus important du chirurgien. Celui-ci, parfois contraint à une diversité de sa pratique, pourra être tenté de réaliser des gestes estimés souvent à tort plus "faciles" d'exécution et de suivi.

Enfin, si l'équipe multidisciplinaire et son fonctionnement sont désormais correctement définis, cela reste hélas souvent dans les faits une structure nébuleuse où la discussion va se résumer à l'analyse rapide de quelques courriers succincts.

**En résumé, qui va décider du type d'intervention à réaliser ?** Le patient, le chirurgien ou l'équipe ? À mon sens, chacun détient une part de vérité et c'est la concertation de ces trois entités qui va permettre de définir la meilleure attitude à avoir. Les premières questions à se poser sont les suivantes :

#### → Quel est l'objectif prioritaire pour le patient ?

Si la perte de poids paraît la réponse la plus évidente, elle peut parfois passer au second plan derrière

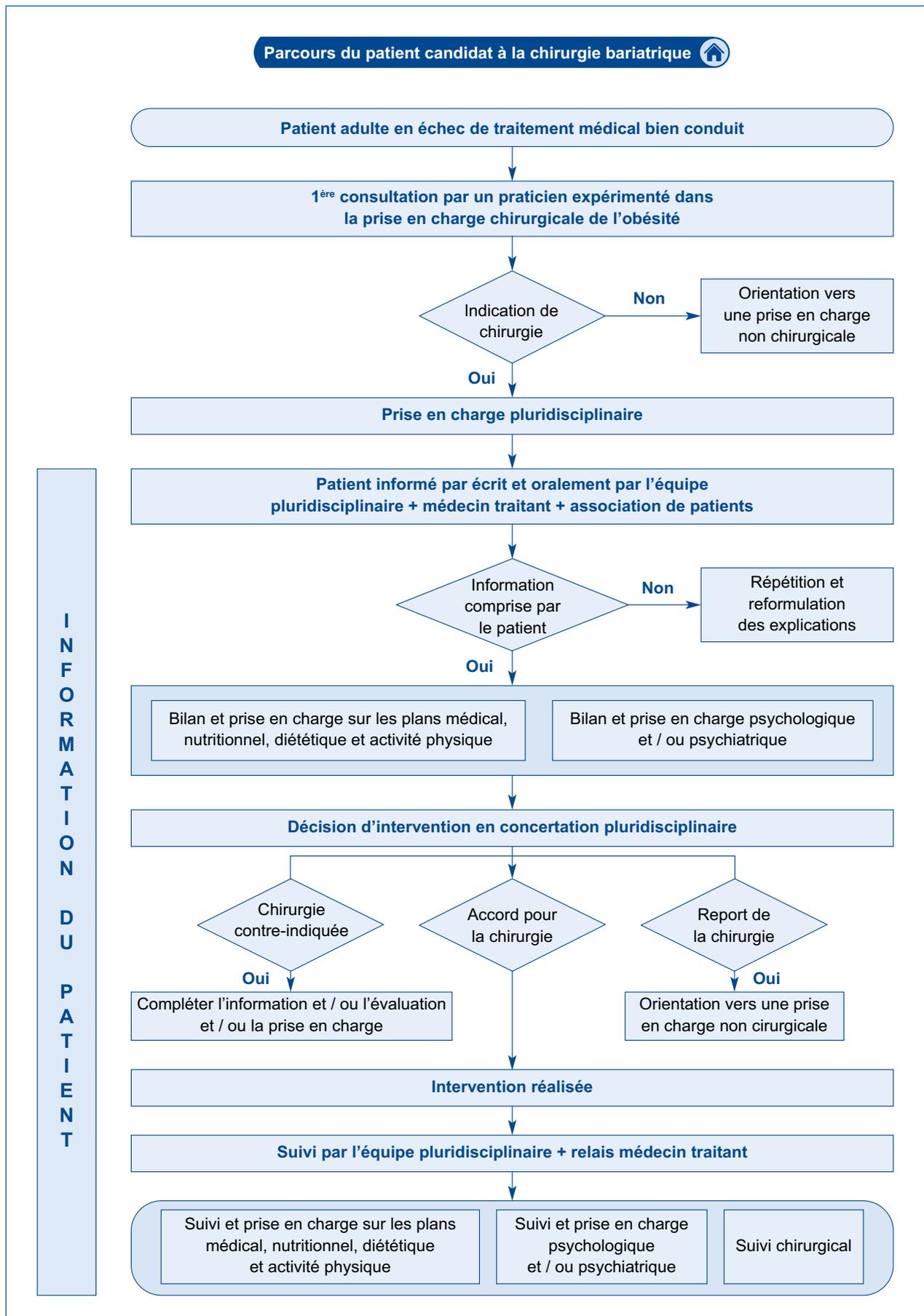


Figure 1 - Parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique. Nous remercions la Haute autorité de Santé de nous avoir autorisés à reproduire cette figure. Le texte intégral est consultable sur le site [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) rubrique Évaluation & recommandation.

l'amélioration voire la guérison des co-morbidités ou l'amélioration de la qualité de vie tant physique que morale ou socioprofessionnelle.

#### ➔ Quel est la qualité du plateau technique ?

Contrairement à ce qui a été régulièrement annoncé, la présence d'une unité de soins intensifs n'est pas une nécessité à une prise en charge de qualité en chirurgie bariatrique. Il convient cependant d'avoir des conventions avec des unités de réanimation et de savoir récuser un patient dont le risque chirurgical serait trop élevé. Cependant, un minimum d'équipement en matériel adapté (lit, brancard, table opératoire...) et d'investissement humain (anesthésiste réanimateur, permanence des soins et personnel paramédical) sont requis.

#### ➔ Quelle capacité ou volonté a l'équipe à mettre en place un suivi ?

Si ce suivi est théoriquement indispensable, sa déficience ou pire, son absence, n'aura pas les mêmes conséquences en fonction des différents types d'actes opératoires. Cela prend toute sa mesure entre, par exemple, une sleeve gastrectomie et une dérivation bilio-pancréatique.

Afin de pouvoir répondre en partie à ces questions, les deux éléments à analyser sont :

- le rapport bénéfice-risque de chacune des quatre techniques chirurgicales ;
- les contre-indications de certaines interventions.

### Le rapport bénéfice-risque de chaque technique chirurgicale

#### ➔ La dérivation bilio-pancréatique avec duodéal switch

Il s'agit de la plus puissante des interventions chirurgicales puisque ses résultats à long terme montrent 75 à 80 % de perte d'excès de poids (PEP) à dix ans (Fig. 2). Cependant, la mortalité périopératoire est non

négligeable (environ 1 % des patients) et le risque de carence nutritionnelle postopératoire est important. Il peut exister une dégradation de la qualité de vie avec une accélération du transit, une impression d'impériosité et la survenue de gaz nauséabonds pouvant être extrêmement invalidants. Il convient de noter que le risque carenciel attaché à juste titre à ce type d'intervention, et qui en fait sa principale limite, peut rester sous contrôle et qu'il y a même une possibilité de réversibilité de l'intervention par allongement de l'anse commune, voire une réversibilité totale du montage malabsorptif. L'autre élément à prendre en compte est la quasi absence de *dumping syndrome* en raison du maintien d'un pyllore fonctionnel.

#### ➔ Le by-pass gastrique

Il s'agit de la plus ancienne des interventions de chirurgie bariatrique pratiquée à ce jour (Masson, 1967) avec des résultats restant très satisfaisants avec 65 à 70 % de perte d'excès de poids à 10 ans. La mortalité périopératoire est plus faible de l'ordre de 0,5 % des patients. Le risque carenciel, sans être à négliger, est moindre que dans la dérivation bilio-pancréatique et surtout en général bien mieux contrôlable. Le risque de *dumping syndrome* est bien plus important. L'intérêt du by-pass gastrique est, ce qui a été longtemps négligé, sa totale réversibilité puisqu'il n'existe aucune exérèse d'organe. Cependant, les situations d'échec sont délicates à gérer. Elles nécessitent une analyse étiologique fine afin de faire la part du trouble du comportement alimentaire et des dysfonctionnements du montage (élargissement de la poche gastrique et/ou de l'anastomose, mauvaise appréciation de l'anse commune).

Ces deux chirurgies dites malabsorptives ont longtemps été préférées en cas de diabète de type 2. Si la dérivation bilio-pancréatique est incontestablement la plus efficace, les choses ne sont pas aussi tranchées pour le by-pass gastrique, puisque la sleeve gastrectomie

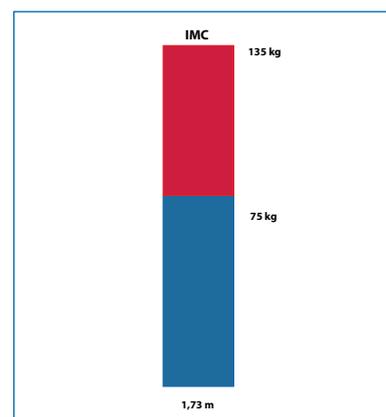


Figure 2 - Comment calculer la perte d'excès de poids ? La zone bleue représente l'IMC normal, jusqu'à la valeur de 25 kg/m<sup>2</sup>. La zone rouge représente l'excès de poids. C'est donc la différence entre le poids actuel et celui correspondant à un IMC de 25 (ici 75 kg pour 1,73 m). Dans ce cas l'excès de poids est donc de 60 kg. La perte d'excès de poids correspond donc au rapport entre le nombre de kilos perdus et l'excès de poids. Par exemple, une perte de 20 kg correspond à  $20/60 = 33\%$  de perte d'excès de poids.

donne, semble-t-il des résultats comparables.

#### ➔ La sleeve gastrectomie

Il s'agit de la dernière technique en date et son recul moindre que les deux premières interventions semble montrer des résultats sur la perte d'excès de poids de l'ordre de 45 à 60 % à 10 ans. La mortalité est aux alentours de 0,3 %. Son mode d'action est principalement restrictif mais s'y associe un effet anorexigène plus important que le by-pass par résection du fundus et donc exérèse des cellules à grhélène (hormone orexigène). Cet effet très intéressant ne doit pourtant pas être négligé chez des patients de plus de 60 ans avec un risque de dénutrition protéique parfois difficile à contrôler. Son autre avantage est le fait qu'il puisse s'agir d'un premier temps chirurgical aboutissant, selon des modalités qui restent à définir, à une dérivation bilio-pancréatique ou un by-pass gastrique. Comme tout acte digestif, cette technique présente un risque de fistule le plus souvent situé à la partie haute du montage en lien

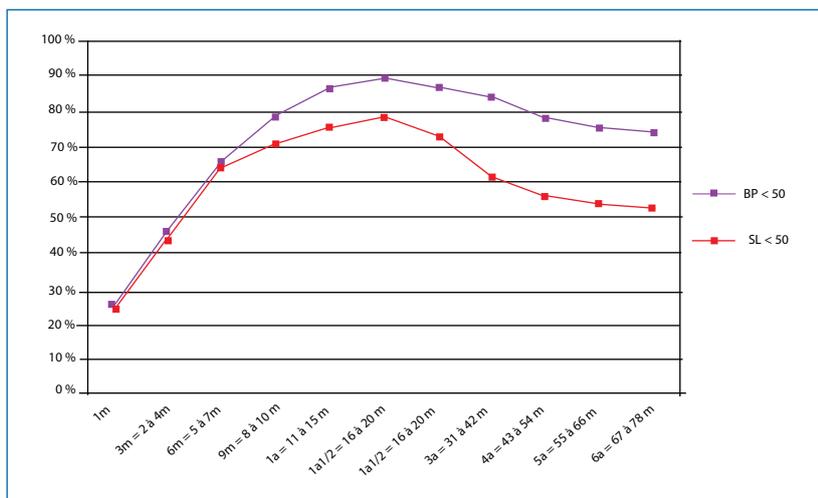


Figure 3 - Comparaison des résultats avec le by-pass et la sleeve gastrectomie, pour des IMC inférieurs à 50 kg/m<sup>2</sup>

avec des phénomènes de dévascularisation, de maintien de la sécrétion acide et de l'hypertonie du pylore. La gestion de cette redoutable complication est souvent complexe, longue, pour finalement aboutir, du fait de l'irréversibilité du montage, à une gastrectomie totale avec anastomose œso-jéjunale. Il est donc important de bien en informer le patient qui souvent souhaite ce type d'intervention en raison de sa fausse facilité.

➔ **L'anneau gastrique**

Il s'agit de la technique restrictive par excellence, ajustable dans le temps et parfaitement réversible. La mortalité est très faible entre 0 et 0,1 %. Ses résultats à long terme sont hélas très moyens avec un pourcentage de perte d'excès de poids à guère plus de 50 % à 10 ans. En cas d'échec, l'évolution vers une autre technique plus agressive est parfaitement envisageable même s'il ne faut pas sous-estimer les difficultés chirurgicales de ces conversions. Enfin, le risque de carences est très faible.

**Les contre-indications de certaines interventions**

Une seule contre-indication a été clairement définie dans les recommandations de la HAS : c'est l'interdiction de pratiquer une dérivation bilio-pancréatique chez des

patients sans antécédent de chirurgie bariatrique présentant un IMC < 50 kg/m<sup>2</sup>". Pour le reste, il s'agit surtout de contre-indications basées sur le bon sens et les habitudes des équipes. Ce qui va donc suivre correspond aux critères de l'équipe angevine et peut parfaitement être discutable.

➔ **La dérivation bilio-pancréatique**

Un âge inférieur à 30 ans ou supérieur à 60 ans, un désir de grossesse, une activité professionnelle rendant l'accès à des toilettes difficiles (ex. : chauffeur routier...).

➔ **Le by-pass gastrique**

L'existence d'une lésion gastrique potentiellement maligne, d'une maladie de Biermer ou la présence d'un *Helicobacter Piloni* résistant au traitement médical. Il convient d'être prudent avec les patients présentant des lithiases rénales calciques, d'autant plus s'ils ont un rein unique ou a fortiori s'ils sont sur liste de greffe. De même, la nécessité d'une prise au long cours d'AINS doit inciter à la plus grande prudence en raison du risque d'ulcère anastomotique. En général, nous récusons pour les chirurgies malabsorptives les patients ayant un traitement par AVK ou anti-épileptique, ce d'autant que la prescription de ce dernier est récente, ceux pour lesquels il existe un doute sur la compliance à un suivi correct ou à l'achat des complé-

ments alimentaires et vitaminiques. Enfin, nous orientons vers d'autres techniques les patients présentant une maladie inflammatoire du tube digestif afin de garder un accès endoscopique à la partie haute du système digestif.

➔ **L'anneau gastrique et la sleeve gastrectomie**

L'essentiel des contre-indications est l'existence d'un reflux gastro-œsophagien. Il conviendra d'être prudent avant d'indiquer une sleeve gastrectomie chez un patient de plus de 60 ans en raison de l'effet anorexigène plus fort de ce type d'intervention pouvant aboutir à des carences protéiques intenses et souvent difficilement compensables.

**Au final, comment choisir ?**

Ayant tenté de poser l'ensemble des problématiques liées aux patients et aux différentes interventions chirurgicales, nous avons défini de grands axes décisionnels correspondant à notre expérience et notre environnement médico-chirurgical.

Même si, comme je viens de l'expliquer, le critère principal n'est pas la quête du "plus de poids à perdre", l'IMC et un objectif pondéral optimal seront les premiers éléments qui permettront de définir la stratégie thérapeutique qui sera proposée au patient

➔ **IMC compris entre 35 et 50 kg/m<sup>2</sup>**

Le *gold standard* reste le by-pass gastrique.

La *figure 3* montre sur une période de 6 ans nos résultats avec les techniques du by-pass et de la sleeve gastrectomie. Les quelques avantages relatifs de la sleeve gastrectomie en termes de carences et de complications ne justifient pas à notre sens un tel delta (PEP de 74 % pour le by-pass vs 52 % pour la sleeve).

Cependant, l'existence d'adhérences postopératoires ou de méso-jéjunaux courts et épais entraînant une difficulté à mobiliser le grêle

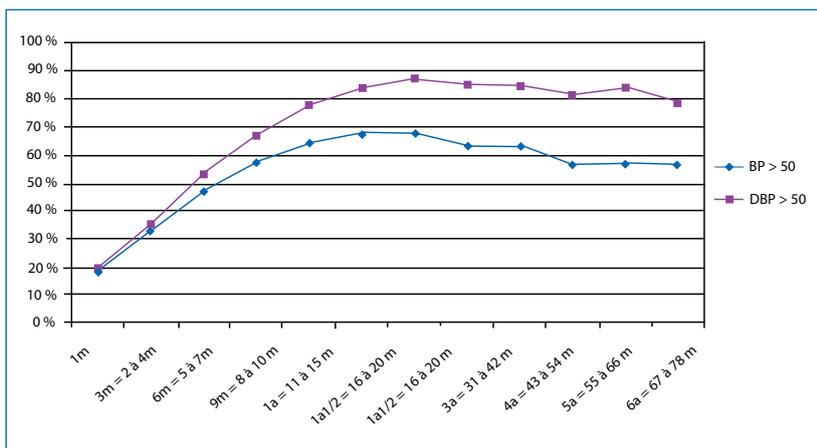


Figure 4 - Comparaison des résultats avec le by-pass et la dérivation bilio-pancréatique, pour des IMC supérieurs à 50 kg/m<sup>2</sup>.

incitera à s'orienter en peropératoire vers une sleeve gastrectomie. Raison pour laquelle il convient de vérifier dès le début de l'intervention de la faisabilité du by-pass gastrique

#### ➔ IMC compris entre 50 et 65 kg/m<sup>2</sup>

La dérivation bilio-pancréatique nous semble la meilleure option.

Si un pourcentage de PEP à 7 ans à 58 % pour le by-pass gastrique réalisé chez des patients avec un IMC supérieur à 50 kg/m<sup>2</sup> est un résultat très satisfaisant, il est néanmoins très en deçà des 79 % obtenus par la dérivation bilio-pancréatique et qui permet donc d'espérer un IMC final et stable dans la zone de surcharge pondérale et non plus dans celle de l'obésité (Fig. 4). La discus-

sion sur le rapport bénéfice-risque, tel que je l'ai défini précédemment, prend, dans cette configuration, tout son sens tant ces deux techniques impactent différemment la qualité de vie.

En l'absence de maîtrise de la dérivation bilio-pancréatique, la sleeve gastrectomie paraît plus adaptée que le by-pass gastrique qui, en situation d'échec, sera plus difficile à transformer.

En revanche, pour ceux qui ont la maîtrise de la dérivation bilio-pancréatique, la chirurgie en un temps nous semble préférable afin d'obtenir rapidement, au prix d'une seule intervention, le meilleur résultat possible.

#### ➔ IMC supérieur à 65 kg/m<sup>2</sup>

La sleeve gastrectomie est dans ce cas la solution la plus acceptable. Elle peut être un premier temps opératoire ou permettre à elle seule d'obtenir un résultat satisfaisant. ■

#### Mots-clés

Obésité, Chirurgie