

Les bénéfices et les risques de la chirurgie de l'obésité

UN OUTIL POUR DISCUTER AVEC LES PATIENTS



Pr Patrick Ritz

CIO et CHU de Toulouse

25 ans ont passé depuis la publication provocatrice de Pories prétendant guérir le diabète grâce à une intervention chirurgicale. C'était l'opportunité pour des leaders d'opinion, reconnus (1) dans le domaine, de proposer une revue systématique des bénéfices et des risques de cette chirurgie. Les tableaux ci-dessous ont pour objectif de disposer de données simples et claires pour pouvoir discuter avec les patients des bénéfices attendus, de la supériorité de telle ou telle technique, des zones

moins bien connues.

Je crois à l'exigence d'une information juste proposée aux patients. Elle se base sur des métriques simples, comme X % des patients retrouverons le poids de départ, Y % verront leur diabète récidiver. Ces mots ne sont pas toujours entendus quand on les dit, mais ils ont l'avantage de reposer sur une analyse solide du savoir collectif. Les paragraphes ci-dessous sont disponibles pour cela. Je vous souhaite une belle lecture.

Diabète et chirurgie

Induction d'une rémission

11 parmi les 12 essais randomisés (1) montrent une supériorité de la chirurgie pour induire une rémission par rapport au traitement médical (Tab. 1 ; même si les critères de rémission varient entre les études). La durée des études est de 1 à 5 ans. Bien que le taux de rémission diminue avec le temps, **il reste supérieur à 5 ans par rapport au traitement médical.**

La baisse d'HbA_{1c} est :

- entre 1,8 et 3,5 % dans les bras chirurgicaux ;
- entre 0,4 à 1,5 % dans les bras médicaux.

Réduction des complications du diabète

Une revue systématique des essais randomisés et des études

d'observation montre **une réduction de 74 % des complications microvasculaires.** Une autre revue systématique montre **une réduction de 48 % des complications macrovasculaires**, et une réduction de 79 % de la mortalité.

Le by-pass fait-il mieux que la sleeve ?

À 5 ans, les essais randomisés ne montrent pas de différence. Les études observationnelles semblent en faveur du *by-pass* en ce qui concerne la rémission à 5 ans.

La récurrence du diabète semble moins fréquentes avec le *by-pass* (33 %) qu'avec la *sleeve* (42 %).

Au total, il est bien difficile de dire qu'une des interventions est supérieure à l'autre. **Mais les résultats sont impressionnants.**

Dislipidémie

Les deux tiers des candidats à une chirurgie de l'obésité ont une dyslipidémie. À 7 ans, la prévalence :

- d'un **taux de LDL** élevé est réduit de moitié (à 14,3 %) ;
- d'un **taux de triglycérides** élevé est réduit de plus de quatre fois (à 4,9 %) ;
- d'un **taux de HDL** abaissé est réduit de presque six fois (à 5,8 %).

Il semble que le *by-pass* fait mieux que la *sleeve*.

Hypertension artérielle

Environ les deux tiers des candidats à une chirurgie de l'obésité sont hypertendus (68 %). Les données sont concordantes pour montrer **des taux de rémission entre 43 à 83 %.** Le *by-pass* fait mieux que la *sleeve* en termes de rémission.

Tableau 1 - 12 essais randomisés sur la chirurgie bariatrique versus traitement médical/hygiène de vie dans le diabète de type 2 (n = 874) (1).

Source	No. of patients randomized	Patients with body mass index <35, % ^a	Follow-up, y	Remission criteria ^b	Intervention and control group rates of remission, % ^c	P value
AGB vs control						
Dixon et al, ⁷ 2008	60	22	2	HbA _{1c} <6.2%	73 vs 13	<.001
Wentworth et al, ⁸ 2014	51	100	2	Fasting glucose < 7.0 mmol/L	52 vs 8	.001
Ding et al, ⁹ 2015	45	34	1	HbA _{1c} <6.5% ^d	33 vs 23	.46
RYGB vs control						
Ikramuddin et al, ¹⁰ 2018	120	59	5	HbA _{1c} < 7%	55 vs 14	<.001
Liang et al, ¹¹ 2013	101	100	1	HbA _{1c} < 6.5% ^e	90 vs 0 vs 0	<.001
Simonson et al, ¹² 2018	38	34	3	HbA _{1c} < 6.5%; FPG < 126 mg/dL	42 vs 0	.005
Cummings et al, ¹³ 2016	43	25	1	HbA _{1c} < 6.0%	60 vs 5.9	.002
Shah et al, ¹⁴ 2016	80	85	2	HbA _{1c} ≤ 6.5%	60 vs 2.5	.001
RYGB vs sleeve gastrectomy vs control						
Schauer et al, ¹⁵ 2017	150	36	5	HbA _{1c} ≤ 6.0%	22 vs 15 vs 0	<.05
RYGB vs biliopancreatic diversion vs control						
Mingrone et al, ¹⁶ 2015	60	0	5	HbA _{1c} ≤ 6.5%	37 vs 63 vs 0	.003
RYGB vs AGB vs control						
Courcoulas et al, ^{17,18} 2020	69	43	5	HbA _{1c} < 6.5%	30 vs 19 vs 0	.004
RYGB, AGB, and sleeve gastrectomy vs control						
Parikh et al, ¹⁹ 2014	57	100	3	HbA _{1c} < 6.5%	65 vs 0	<.001

Abbreviations: AGB, adjustable gastric banding; HbA_{1c}, glycated hemoglobin A1c; RYGB, Roux-en-y gastric bypass.

Conventional conversion factor: To convert glucose to mg/dL, divide the value by 0.0555.

^a Calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared. / ^b Remission defined as reaching HbA_{1c} value without medication, unless otherwise specified. / ^c Intervention and control groups are shown in column 1. / ^d With or without medications. / ^e Remission not precisely defined or extrapolated.

À noter que les chiffres de tension artérielle ne sont pas différents, seule la charge en traitement diffère. Environ 44 % des personnes en rémission récidivent leur hypertension.

Syndrome des apnées du sommeil

Dans une méta-analyse, la chirurgie réduit l'indice apnée-hypopnée de 39,3 à 12,5 par heure, la réduction

étant peut-être plus importante chez ceux qui ont l'indice le plus élevé.

Le score Epworth de somnolence est réduit de 11,1 à 5,6 (un score au-dessus de 10 traduit la somnolence diurne).

Incontinence urinaire

C'est un facteur très fréquent chez les hommes et chez les femmes candidats à une chirurgie. La réduction de la prévalence est impressionnante à 1 an, de 22 à 9,8 % chez les

hommes, et de 49 à 18,3 % chez les femmes ; même si elle augmente un peu à 3 ans.

Prévalence des cancers

Les études portant sur plus de 600 000 sujets suggèrent une réduction du risque d'environ 28 % de tous les cancers, et d'environ 45 % de ceux associés à l'obésité. Par exemple, la prévalence du cancer du sein est réduite de 50 %.

Perte de poids à long terme

Les études randomisées et les études observationnelles montrent que la chirurgie est le meilleur traitement pour une perte de poids durable.

Il semble que la *sleeve* et le *by-pass* aient la même efficacité dans les études randomisées, mais que le *by-pass* aurait un avantage dans les études observationnelles. Par exemple, une étude à 5 ans montre une perte de 25,5 % du poids initial avec le *by-pass*, 18,8 % avec la *sleeve*, et 11,7 % avec l'anneau gastrique.

Cette perte de poids est durable et, dans une revue systématique avec un suivi de 10 ans (presque 10 000 sujets), la perte d'excès de poids était d'environ 60 % avec le *by-pass*, 57 % avec la *sleeve*, et 49 % avec l'anneau. Peu de patients reviennent au poids initial. À 4-5 ans : 2,5 à 3,3 % en cas de *by-pass*, 12,5 à 14,6 % après une *sleeve* et 30 à 36 % après un anneau. ■

* L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec cet article.

Mots-clés :

Chirurgie bariatrique, Diabète de type 2, Dyslipidémie, Hypertension artérielle, Syndrome des apnées du sommeil, Incontinence urinaire, Cancers, Poids



Bibliographie

1. Arterburn DE, Telem DA, Kushner RF, Courcoulas AP. Benefits and risks of bariatric surgery in adults: a review. JAMA 2020 ; 324 : 879-87.

Encadré - En une fiche, dans sa poche ou à l'écran

Les bénéfices et les risques de la chirurgie de l'obésité

■ Diabète

- Réduction de HbA_{1c} de 1,8-3,5 %, quand les traitements médicaux font 0,4-1,5 %
- Réduction de 74 % de complications microvasculaires, de 48 % de complications macrovasculaires, de 79 % de la mortalité
- Récidive dans 33-42 %

■ Dyslipidémie

- Réduction de prévalence de deux à six fois des indicateurs (plus les TG et HDL)

■ Hypertension artérielle

- Rémission dans 43-83 %
- Récidive dans 44 %

■ Apnées du sommeil

- IAH de 39,3 à 12,5 (reste anormal, mais en moyenne pas besoin d'appareillage)
- Normalisation de la somnolence

■ Incontinence urinaire

- Réduction de prévalence de moitié environ :
 - ✓ de 22 à 9,8 % chez les hommes
 - ✓ de 49 à 18,3 % chez les femmes

■ Prévalence des cancers

- Réduction de 45 % de prévalence des cancers associés à l'obésité

■ Perte de poids à long terme

	By-pass	Sleeve	Anneau gastrique
À 5 ans (% du poids de départ)	25,5 (-30,6)	18,8 (-22,5)	11,7 (-14)
À 10 ans (perte d'excès de poids en %)	60 (-27)	57 (-26)	49 (-22)
% de personnes revenant au poids de départ	2,5-3,3	12,5-14,6	30-36

Exemple poids de départ : 120 kg, 1,73 m (perte en kg, en rouge).