

L'épidémie d'obésité : que peut apporter la chirurgie ?

Mots clés : La chirurgie « bariatrique » de l'obésité, par voie directe ou laparoscopique, est de plus en plus utilisée¹. Ce peut être une chirurgie de réduction gastrique simple (anneau de gastroplastie ajustable [AGA] ou gastroplastie verticale calibrée [GVC]) les plus utilisées en France ; elle est fréquemment associée aux USA à un court circuit (CC) favorisant une malabsorption intestinale. Quelles sont les indications, résultats et risques de ces interventions ?

Deux méta-analyses américaines^{ln2,3} ont regroupé 147 études concernant 22 000 patients. Il n'y avait que 3 essais randomisés, de petite taille, comparant diverses méthodes chirurgicales à une approche médicale. Une étude observationnelle suédoise (SOS)⁴ a suivi 4 047 sujets sur 2 ans et 1703 sur 10 ans. Une chirurgie était proposée à la moitié, un groupe contrôle apparié était constitué auquel était appliqué un traitement conventionnel. Il n'y avait pas de randomisation pour raisons éthiques en raison de la mortalité opératoire notable au début de l'étude. Les données se basent surtout sur cette étude, mais les autres études sont concordantes.

Une perte de poids importante et durable

A 2 ans, le poids avait diminué de 23,4% dans le groupe chirurgie et augmenté de 0,1% dans le groupe contrôle⁴. A 10 ans, les résultats étaient voisins (-16,1% et +1,6%) différant selon les méthodes chirurgicales (-25% pour CC, -16% pour GVC, -13% pour AGA). Une perte de 20% ou plus de leur poids initial était observée chez 73% des CC, 35% des GVC, 28% des AGA vs 4% dans le groupe contrôle⁴.

Il y a aussi des **échecs** avec une perte de moins de 5% du poids initial : 73% du groupe contrôle, 9% avec CC, 14% avec GVC, 25% avec AGA⁴.

Un bénéfice sur facteurs de risque et comorbidités

A 2 et 10 ans, glycémie, insulinémie, triglycérides, HDL, uricémie, sont améliorés substantiellement dans le groupe chirurgie alors qu'ils sont aggravés dans le groupe contrôle⁴. De même l'incidence de diabète, hypertriglycéridémies, taux bas de HDL, hyperuricémies est moindre dans le groupe chirurgical. Par contre les différences ne sont pas significatives pour l'hypertension et le cholestérol total. De plus, il y a une nette amélioration

des apnées du sommeil. Il n'y a pas de données sur la morbidité à long terme, l'incidence des infarctus du myocarde, des AVC et sur la mortalité totale².

Qualité de vie, des bénéfices et des contraintes

La qualité de vie ressentie chez les opérés est en général améliorée¹. Dans SOS, ils ont un apport calorique moindre et une activité physique plus importante. La chirurgie de réduction conditionne l'alimentation : fractionnement, limitation des boissons au cours du repas, suppression des aliments fortement énergétiques, prévention des carences spécialement en cas de CC. La première cause d'échec est l'ingestion fréquente d'aliments gras ou frits, de boissons et aliments sucrés¹.

Complications post-opératoires, effets secondaires

Dans SOS, la mortalité périopératoire a été de 0,25% (5 sur 2010 opérés), plus basse en fin d'étude qu'au début et plus basse que dans d'autres études (influence de l'expérience du chirurgien ?). Une étude américaine sur 62 000 patients opérés non sélectionnés a montré une mortalité à 30 jours de 1,9%^{2,5}.

Les complications post-opératoires diverses (infections, hémorragies, thrombo-embolies) surviennent chez 13% des patients⁴.

Selon les résultats réunis de 159 études, des effets indésirables peuvent survenir dans 10% à 20% des cas, variant selon le type d'intervention : pour l'AGA, dilatation de la poche gastrique, glissement de l'anneau, occlusion de l'orifice de passage gastrique, oesophagite, vomissements ; pour les CC, dumping syndrome, épigastralgies, lithiase vésiculaire, diarrhée et surtout carences en fer, vitamine B12 et acide folique¹. Ils entraînent 8 à 18% de réintervention. Ils sont plus importants avec les CC et le GVC qu'avec l'AGA.

La chirurgie bariatrique est efficace à court et à long terme : perte de poids importante, amélioration des facteurs de risque cardiovasculaires et de la qualité de vie. La mortalité opératoire est faible, mais les effets secondaires assez fréquents, conduisant souvent à une réintervention. Il y a environ 20% d'échec. Les recommandations internationales sont convergentes^{5,6} :

- **Indications réservées aux obésités morbides (BMI≥40) ou sévères avec comorbidité importante (BMI≥35)** en cas d'échec de la prise en charge médicale préalable d'une durée d'au moins un an.

- **Contre-indications** : impossibilité de suivi, troubles psychiques sévères, trouble grave du comportement alimentaire (boulimie). La chirurgie n'a en principe pas d'indications chez l'enfant et l'adolescent, et des indications très limitées après 60 ans.

- **Evaluation préopératoire pluridisciplinaire** : analyse de la motivation, des conditions du suivi, du contexte somatique, psychologique, familial et social, information et conseils nutritionnels pré, péri et post-opératoires, choix de la méthode adaptée et chirurgien entraîné.

Il faut espérer que des mesures préventives rendront cette chirurgie inutile.²

Références :

- 1- Collectif. Chirurgie gastrique de l'obésité morbide. *Rev Prescrire*. 2003; 23: 294-8.
- 2- Solomon CG, Dluhy RG. Bariatric surgery. Quick fix or long-term solution ? *N Engl J Med*. 2004; 351: 2751-3.
- 3-Maggard MA et al. Meta-analysis Surgical treatment of obesity. *Ann Int Med*. 2005; 142: 547-59.
- 4-Sjöström L et al. Lifestyle, diabetes and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med*. 2004; 351: 2683-93.
- 5- Snow V et al. Pharmacologic and surgical management of obesity in primary care. A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Int Med*. 2005; 142: 525-31.
- 6-Afero, Alfediam, Soc Fr Nutrition. *Recommandations sur la chirurgie de l'obésité. Actualisation des "recommandations pour la pratique clinique" en 2003*. *STV*. 2004; 16: 181-185.