Informations utiles pour le médecin de famille

Chirurgie de l'obésité

Adrian Küng
Medici Ärztezentrum, Zell

Le nombre de personnes en surpoids et obèses, qui ne cesse d'augmenter depuis des années, préoccupe de plus en plus les médecins de famille lors de leurs consultations en raison des conséquences sur la santé et des comorbidités associées à la surcharge pondérale. En parallèle, nous assistons à l'émergence de multiples procédés thérapeutiques différents, qui amènent les patients à s'enquérir des taux de réussite et effets indésirables de ces techniques auprès de leur médecin de famille. En plus de fournir un aperçu des procédés chirurgicaux les plus fréquents, cet article explique l'importance de la collaboration interdisciplinaire entre le centre bariatrique et le médecin de famille, ainsi que le rôle essentiel du suivi à vie au cabinet du médecin de famille, qui est décisif pour le succès à long terme de la chirurgie de l'obésité.

Epidémiologie de l'obésité

Au cours des dernières années, la prévalence de l'obésité a connu une augmentation constante à travers le monde. Elle est très répandue avant tout, mais pas uniquement, dans les pays industrialisés et affecte toutes les couches de la population et toutes les tranches d'âge. D'après la dernière enquête suisse sur la santé datant de 2012, 30,8% de la population suisse sont en surpoids et env. 10% sont obèses, avec une tendance à la hausse [1]. Les coûts de santé annuels générés par l'obésité en Suisse étaient estimés à 7990 millions de francs pour l'année 2011 [2].
Etant donné que l'obésité est souvent associée à des comorbidités, telles que syndrome métabolique (diabète sucré, hypertension artérielle, hypercholestérolémie), maladies de l'appareil locomoteur (arthrose, maux de dos) et cancers, les patients concernés présentent une morbidité et une mortalité nettement accrues. Bien informer les patients sur les dangers de l'obésité pour la santé et les motiver à perdre du poids comptent dès lors parmi les missions essentielles du médecin de famille.

Traitement conservateur

Les possibilités conservatrices englobent non seulement des modifications du mode de vie mais également des approches médicamenteuses (inhibiteurs de lipase, lorcasérine, agonistes du *glucagon-like peptide 1* GLP-1, etc.) qui, combinées, sont au mieux capables d'entraîner une perte de poids de 5–10%, d'après les études [3]. Hormis le fait que les mesures conservatrices n'entraînent souvent pas une perte de poids durable, elles n'ont également pas fait preuve d'une amélioration soutenue de la qualité de vie et des maladies internes concomitantes.

Chirurgie de l'obésité

Au cours des 30 dernières années, la chirurgie bariatrique a gagné une importance croissante en tant qu'alternative aux options thérapeutiques conservatrices. Elle permet d'obtenir une perte de poids à long terme de 50–70%. Des études ont en outre démontré une amélioration significative des comorbidités associées à l'obésité et de la qualité de vie, ainsi qu'une réduction de jusqu'à 80% de la mortalité [4].
La place croissante de la chirurgie dans le traitement de l'obésité se reflète également dans le nombre d'interventions réalisées en Suisse. Depuis que les conditions d'éligibilité à un traitement chirurgical en cas de surpoids ont été adaptées, ou plutôt assouplies, en 2011, le nombre annuel d'interventions a plus que doublé, passant d'env. 2000 en 2010 à plus de 5000 en 2015.

Chez qui une intervention bariatrique est-elle envisageable?

La décision de réaliser une intervention bariatrique doit être prise après une sélection minutieuse du patient par une équipe interdisciplinaire (médecin de

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

famille, chirurgien, spécialiste en médecine interne, diététicien, psychiatre, physiothérapeute). Les critères d'admissibilité et d'exclusion selon les directives de la SMOB *(Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders)* sont résumés dans les tableaux 1 et 2 [5].

Lorsqu'un patient remplit les critères d'admissibilité, l'opérabilité est ensuite évaluée au moyen de divers examens préliminaires, incluant généralement une analyse sanguine, une échographie du foie et de la vésicule biliaire et une gastroscopie. D'autres examens, tels qu'une spirométrie, une échocardiographie cardiaque ou un test d'effort, sont nécessaires en fonction de l'âge et des facteurs de risque. Il n'existe néanmoins pas de consensus général concernant les examens préliminaires requis et ces derniers peuvent donc varier d'un centre à l'autre.

Chirurgie bariatrique: comment et à quel niveau?

Alors qu'au début des années 1960 et jusque dans les années 1980 la chirurgie bariatrique était une chirurgie ouverte, elle relève désormais, depuis l'avènement de la laparoscopie il y a une bonne vingtaine d'années, de la chirurgie mini-invasive.

Tableau 1: Conditions de base pour la prise en charge des coûts d'une intervention bariatrique par les caisses-maladies chez les adultes d'après les directives de la SMOB.

IMC supérieur à 35 kg/m^2
Un traitement adéquat de réduction pondérale de 2 ans est resté inefficace
Consentement écrit à l'obligation de suivi de 5 ans dans un centre accrédité
Réalisation de l'opération dans un centre certifié

Tableau 2: Critères d'exclusion à la chirurgie bariatrique.

Coronaropathie instable
Insuffisance rénale prononcée (créatinine >300 umol/l)
Cirrhose hépatique Child B/C
Maladie de Crohn (contre-indication relative à une dérivation gastrique, mais pas à une gastrectomie sleeve)
Embolie pulmonaire récente et/ou thrombose veineuse au cours des 6 derniers mois
Affection tumorale (contre-indication relative)
Maladie psychiatrique grave nécessitant un traitement, avec décompensations récidivantes au cours des 2 dernières années
Abus de substances chronique et continu (drogues, alcool)
Manque d'observance
Grossesse

Aujourd'hui, différents procédés chirurgicaux sont utilisés. Ils peuvent être subdivisés en techniques restrictives, malabsorptives et mixtes restrictives-malabsorptives, qui sont présentées en détails dans les lignes qui suivent.

Parmi les interventions purement restrictives figure l'anneau gastrique ajustable, technique qui était utilisée régulièrement avant tout à la fin des années 1990. Cette technique présente certes l'avantage d'une réversibilité présumée, mais elle est associée à un plus faible succès à long terme par rapport à d'autres procédés et à un taux de complications élevé avec de nombreuses ré-opérations, ce qui explique son déclin au cours des dernières années.

Le procédé restrictif qui est beaucoup plus souvent utilisé aujourd'hui est la gastrectomie longitudinale ou sleeve gastrectomie (*laporoscopic sleeve gastrectomy*, LSG) (fig. 1). Cette intervention consiste à réaliser une résection partielle longitudinale d'env. 75% de l'estomac de sorte à conserver un fin manchon gastrique, qui est moins extensible et entraîne ainsi plus rapidement une sensation de satiété. En outre, l'intervention provoque également des changements hormonaux: d'une part, la concentration de l'«hormone de la faim» ghréline, qui est sécrétée dans la partie de l'estomac réséquée, diminue considérablement après l'intervention; d'autre part, la vidange gastrique accélérée provoque également un effet incrétine, ce qui a non seulement des répercussions positives sur la perte de

Figure 1: Gastrectomie sleeve (gastrectomie longitudinale). Crédit photo: © Tigatelu | Dreamstime.com

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

poids, mais exerce aussi un effet antidiabétique notable.

L'intervention qui est actuellement la plus fréquemment réalisée en Suisse (plus de 70% de toutes les interventions bariatriques) est la dérivation gastrique Roux-en-Y (RYGB), un procédé mixte restrictif-malabsorptif (fig. 2). La restriction résulte de la création d'une petite poche gastrique proximale, qui est isolée du reste de l'estomac et de la sortie de l'estomac et est reliée à l'intestin grêle. La malabsorption résulte du fait que les aliments ingérés contournent une partie de l'estomac et du duodénum en raison de la dérivation (poche-intestin grêle) et que les sucs digestifs s'y mêlent uniquement dans des portions plus basses de l'intestin, entraînant par conséquent une digestion incomplète et donc une absorption uniquement partielle des nutriments. La dérivation gastrique engendre également l'effet incrétine décrit ci-dessus, avec ses répercussions positives sur le syndrome métabolique.

Les deux procédés (LSG, RYGB) présentent une efficacité à peu près équivalente et peuvent entraîner une réduction de 50–70% du poids corporel, comme l'a également montré l'étude suisse de suivi à 5 ans *SM-BOSS Randomized clinical trial* [6]. Par rapport à la gastrectomie sleeve, l'intervention Roux-en-Y présente certains avantages concernant l'amélioration d'un reflux gastro-œsophagien concomitant.

Les procédés purement malabsorptifs, tels que la dérivation bilio-pancréatique selon Scopinaro, sont très complexes et associés à un risque élevé de complications, raison pour laquelle ils ne sont plus guère réalisés.

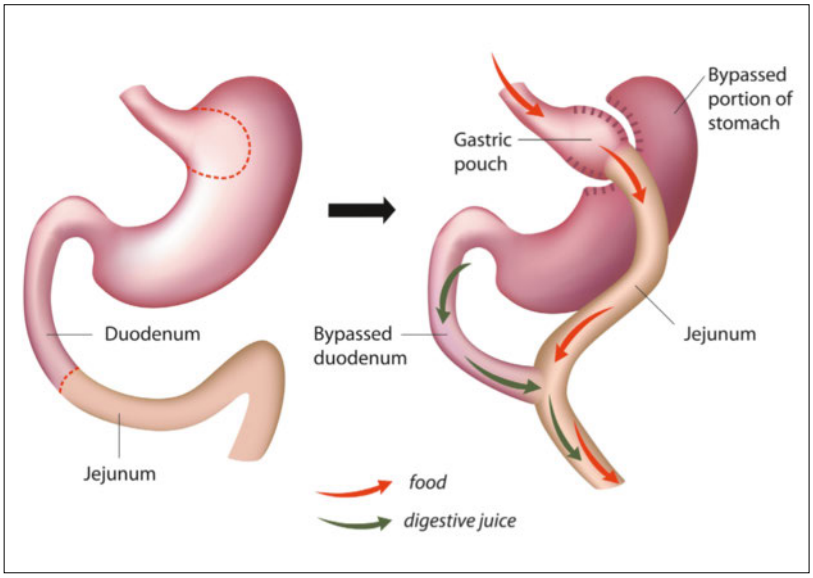

Figure 2: Dérivation gastrique Roux-en-Y. Crédit photo: © Alila07 | Dreamstime.com

Phase postopératoire précoce

Après une telle intervention, les patients restent généralement hospitalisés durant 3 à 5 jours à des fins de surveillance et pour encadrer la reprise alimentaire. Au vu de la population de patients opérés, qui présentent souvent des comorbidités considérables, les complications postopératoires précoces sont rares (env. 5%) [7]. Le fait que les patients ayant subi une intervention bariatrique constituent un groupe à risque élevé d'évènements thromboemboliques intéresse tout particulièrement les médecins de famille. Les mesures de base visant à prévenir la survenue d'évènements thromboemboliques incluent la mobilisation précoce des patients et le port de bas de contention. En outre, les patients doivent suivre une thromboprophylaxie médicamenteuse par héparine de bas poids moléculaire au cours du 1er mois suivant l'intervention.

Une autre complication précoce majeure, dont la fréquence s'élève à 2–5%, est la fuite anastomotique. Ses symptômes sont multiples et, malheureusement, souvent non spécifiques. Elle peut se manifester par des douleurs abdominales, de la fièvre, des paramètres inflammatoires élevés ou encore une tachycardie ou une tachypnée. En cas de suspicion de fuite anastomotique, le patient doit immédiatement faire l'objet d'investigations supplémentaires.

Parmi les autres complications potentielles durant la phase postopératoire précoce figurent les hémorragies et les infections de la paroi abdominale, mais ces dernières sont toutefois rares grâce à l'utilisation de la laparoscopie.

Suivi/complications tardives

Bien que les résultats à long terme de la chirurgie bariatrique montrent des améliorations impressionnantes tant au niveau de la santé physique que sur le plan psychosocial [8], la phase postopératoire ne doit pas être prise à la légère et nécessite un suivi correct et continu. L'obligation de mettre en œuvre ce suivi est, comme déjà mentionné, stipulée comme une condition de base dans les directives de la SMOB pour qu'un patient puisse bénéficier d'une opération. Les contrôles doivent se dérouler dans un centre accrédité au cours des 5 premières années. Durant cette phase, le médecin de famille joue également un rôle essentiel en tant que lien avec le spécialiste et en tant qu'interlocuteur et personne de contact en cas d'urgence. En outre, il est fréquent que les analyses de laboratoire complètes régulières soient réalisées au cabinet du médecin de famille et transmises au centre bariatrique via le carnet de contrôle du patient. Par ailleurs, le médecin de

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

famille assume la prise en charge à long terme qui s'ensuit, car le suivi ne s'arrête pas après 5 ans et doit être poursuivi à vie.
Outre la réalisation de l'intervention par un chirurgien expérimenté, la collaboration interdisciplinaire entre le médecin de famille et le centre bariatrique ainsi que le suivi correct au cabinet du médecin de famille sont des facteurs primordiaux pour le succès à long terme de la chirurgie de l'obésité.
Dans le cadre du suivi, il convient d'être attentif à différents aspects, qui sont abordés ci-dessous.

Malnutrition (carence en micronutriments)

En raison des apports en nourriture réduits après l'opération, de nombreux patients développent une carence en micronutriments suite à une intervention bariatrique, particulièrement en cas d'utilisation des méthodes restrictives-malabsorptives lors desquelles la longueur de l'intestin grêle est raccourcie (par ex. dérivation Roux-en-Y). Il s'agit le plus souvent de carences en fer, en vitamine B_{12}, en vitamine D et en calcium, et plus rarement de carences en acide folique et en zinc [9, 10]. Bien que les patients soient tenus de prendre à vie une préparation multivitaminée et une supplémentation en calcium et vitamine D après l'intervention, les micronutriments doivent être contrôlés régulièrement car une supplémentation est fréquemment nécessaire.

Prise de poids secondaire

Même si la chirurgie bariatrique produit des résultats à long terme nettement meilleurs que les approches conservatrices concernant la perte de poids obtenue, une nouvelle prise de poids pertinente s'observe chez jusqu'à 30% des patients opérés. Parmi les causes possibles figurent une distension de la poche (lorsque les patients mangent de grandes portions trop rapidement) et/ou une dilatation de l'anastomose supérieure, qui peuvent éventuellement être corrigées par une intervention de révision endoscopique ou laparoscopique. Une détérioration de l'observance du patient, avec la reprise d'habitudes alimentaires «défavorables» ou une activité physique insuffisante, peut constituer une autre cause. Dans le cadre des contrôles de suivi, une telle évolution fâcheuse doit être détectée et ses causes doivent être recherchées, afin que le résultat à long terme puisse être influencé positivement au moyen de contre-mesures ciblées et d'un coaching du patient.

Syndrome de dumping

Le syndrome de dumping représente une complication fréquente après les opérations Roux-en-Y (env. 15% des patients). En cas de dumping précoce, les patients se plaignent 15–30 minutes après l'ingestion de nourriture d'une sensation de ballonnement, de nausées, de vomissements, de diarrhées, de sudation, de palpitations cardiaques et de vertiges pouvant aller jusqu'à la syncope. Il est causé par l'évacuation accélérée du bol alimentaire hyperosmolaire depuis l'estomac vers l'intestin grêle, où l'iso-osmolarité est à nouveau rétablie par les déplacements liquidiens rapides depuis le plasma vers l'intestin. Il en résulte une hypovolémie temporaire.
En cas de dumping tardif, en revanche, des symptômes d'hypoglycémie (sudation, sensation de faiblesse, faim, chute de la pression artérielle pouvant aller jusqu'à des troubles de la conscience) apparaissent 2–3 heures après l'ingestion d'aliments essentiellement riches en glucides (boissons sucrées, alcool, chocolat). Dans ce cas de figure, la vidange gastrique rapide provoque une surabondance de glucides dans l'intestin grêle. Leur absorption entraîne une élévation rapide du taux de glucose dans le sang, ce qui se traduit par une sécrétion excessive d'insuline avec hypoglycémie consécutive. Pour les deux formes de dumping, le traitement de choix consiste en des mesures diététiques, telles que manger lentement, manger fréquemment de petites portions, éviter les glucides facilement assimilables et limiter l'ingestion de liquides durant les repas.

Autres complications tardives

Une autre complication courante après les interventions bariatiques est la cholélithiase, dont la fréquence peut être multipliée par 5 par rapport aux personnes non opérées [11]. Il peut en résulter des coliques biliaires, ainsi qu'une cholécystite ou pancréatite aiguë.
D'autres complications peuvent survenir au niveau de l'anastomose. En cas de sténose anastomotique, le patient développe une intolérance croissante aux aliments solides (dysphagie). La dilatation au ballonnet par voie endoscopique permet alors d'élargir la lumière. Plus rarement, des ulcérations peuvent se former dans la région de l'anastomose, occasionnant des symptômes dyspeptiques. Parmi les principaux facteurs de risque de développement d'ulcérations figurent la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et le tabagisme. L'effet thérapeutique des inhibiteurs de la pompe à protons pour les traiter est controversé.
Chez les patients souffrant de douleurs abdominales fréquentes après une chirurgie bariatrique, une multitude de causes différentes entrent en ligne de compte dans le cadre du diagnostic différentiel (hernie interne, adhérences, subiléus, cholélithiase, etc.). Dans ce cas de figure, le patient doit être adressé rapidement au chirurgien bariatrique pour un examen approfondi.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Perspectives: chirurgie métabolique

Au cours des dernières années, plusieurs études notables ont montré un contrôle métabolique à long terme du diabète de type 2 nettement meilleur chez les patients ayant subi une opération bariatrique par rapport au groupe contrôle ayant reçu un traitement purement médicamenteux [12–14]. Qui plus est, le nombre de médicaments antidiabétiques (y compris insuline) a pu être significativement diminué chez les patients opérés. Cet effet ne s'observe pas uniquement en cas d'indice de masse corporelle (IMC) ≥35 kg/m^{2,}, mais également en cas de surpoids modéré (à partir d'un IMC de 27 kg/m^2). En conséquence, les recommandations américaines stipulent d'ores et déjà que chez les patients avec obésité légère (IMC 30–35 kg/m^2) et diabète mal contrôlé, une chirurgie bariatrique devrait être considérée comme option thérapeutique [12].

Correspondance:
Dr méd. Adrian Küng
Medici Ärztezentrum
St. Urbanstrasse 8
CH-6144 Zell
adrian.kueng[at]hin.ch

Résumé

Des mesures médicales sont requises face au nombre croissant de personnes obèses, avec les maladies secondaires qui en résultent, ainsi que des coûts grandissants pour le système de santé.

Dans ce contexte, la chirurgie bariatrique joue un rôle de plus en plus important en raison des résultats à long terme nettement meilleurs que pour les approches conservatrices.

La sélection minutieuse des patients et la réalisation de l'opération dans un centre accrédité par un chirurgien expérimenté constituent des prérequis pour obtenir le meilleur résultat possible.

L'importance du suivi interdisciplinaire par le médecin de famille et le centre bariatrique est incontestée et constitue la base du succès à long terme de la chirurgie de l'obésité. Dans le cadre du suivi, il convient de ne pas passer à côté d'une malnutrition. Par ailleurs, une reprise de poids devrait être détectée et ses causes devraient être recherchées.

En raison des effets impressionnants de la chirurgie bariatrique sur le syndrome métabolique, en particulier sur le diabète sucré, il ne fait guère de doute que la chirurgie bariatrique jouera à l'avenir un rôle essentiel en tant que chirurgie métabolique. Des préconisations correspondantes ont déjà été formulées dans les recommandations américaines, même pour les patients avec un IMC inférieur à 35 kg/m^2.

Remerciements
Je remercie le Dr Alessandro Wildisen, médecin-chef en chirurgie viscérale et responsable du centre bariatrique de Sursee, pour la relecture critique de cet article et ses remarques constructives et corrections.

Références

1 Enquête suisse sur la santé 2012, Département fédéral de l'intérieur, Office fédéral de la statistique.
2 Schneider H, und W. Venetz (2014), Cost of Obesity in Switzerland 2012. Etude réalisée pour le compte de l'OFSP. Berne: OFSP.
3 Yanovski et al, Long-term drug treatment for obesity: a systematic and clinical review. JAMA. 2014;311(1):74–86.
4 Christou N et al, Surgery Decreases Long-term Mortality, Morbidity, and Health Care Use in Morbidly Obese Patients. Ann Surg. 2004;240(3):416–24.
5 Directives pour le traitement chirurgical de l'obésité (Directives Médicales), SMOB. 2013.
6 Peterli R, et al. Effect of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy vs Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass on Weight Loss in Patients With Morbid Obesity: The SM-BOSS Randomized Clinical Trial. JAMA. 2018;319(3):255–65. doi: 10.1001/jama.2017.20897.
7 Stenberg E, et al. Early complications after laparoscopic gastric bypass surgery: results from the Scandinavian Obesity Surgery Registry. Ann Surg. 2014;260(6):1040–7.
8 Karlsson J, et al. 10 –y- trend in quality of life. Int J Obes. 2007;31:1248–61.
9 Gouldner W, et al. Prevalence of Vit d deficiency. Obesity Surgery. 2008;18:145–50.
10 Lupoli R, et al. Bariatric surgery and long-term nutritional issues, World J Diabetes. 2017;8(11):464–74. doi: 10.4239/wjd.v8.i11.464.
11 Jonas E, et al. Incidence of postoperative gallstone disease after antiobesity surgery:population-based study from Sweden. Surg Obes Relat Dis. 2010;6:54–8.
12 Rubino F, et al. Metabolic Surgery in the Treatment Algorithm for Type 2 Diabetes: A Joint Statement by International Diabetes Organizations. Diabetes Care. 2016;39(6):861–77. doi: 10.2337/dc16-0236.
13 Schauer R, et al. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes-5-Year Outcomes. N Engl J Med. 2017;376:641–51.
14 Mingrone G, et al. Baraitric-metabolic surgery versus conventional medical treatment in obese patients with type 2 diabetes: 5 year follow-up of an open-label, single-centre, randomized controlled trial. Lancet. 2015;386:964–73.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html