

Chirurgie de l'obésité chez l'adulte

L'obésité est définie par un IMC ≥ 30 kg/m². C'est une maladie chronique qui nécessite une prise en charge globale, pluridisciplinaire et au long cours.

Chez des patients sélectionnés, la chirurgie de l'obésité (ou chirurgie bariatrique), associée à une modification des habitudes alimentaires et à une activité physique renforcée, est efficace sur la perte de poids. Elle permet en outre de contrôler ou d'améliorer certaines comorbidités, d'améliorer la qualité de vie et de diminuer la mortalité liée à l'obésité.

Ce document d'information s'appuie sur des recommandations de bonnes pratiques disponibles sur le site de la HAS : www.has-sante.fr

Six conditions sont requises pour bénéficier de la chirurgie bariatrique

- IMC ≥ 40 kg/m² ou IMC ≥ 35 kg/m² avec au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (HTA, syndrome d'apnées du sommeil (SAS), diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique, etc.).
 - **Échec d'un traitement médical**, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6 à 12 mois (absence de perte de poids suffisante ou absence de maintien de la perte de poids).
 - **Patient bien informé au préalable** (brochure d'information pour les patients disponible sur le site de la HAS).
 - **Évaluation et prise en charge préopératoires pluridisciplinaires pendant plusieurs mois.**
 - **Nécessité comprise et acceptée par le patient** d'un suivi chirurgical et médical la vie durant.
 - **Risque opératoire acceptable.**
- **Il existe des contre-indications, dont certaines peuvent être temporaires :**
- troubles cognitifs ou mentaux sévères ;
 - troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire ;
 - dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites et illicites ;
 - maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme ;
 - contre-indications à l'anesthésie générale ;
 - absence de prise en charge médicale préalable identifiée et incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical la vie durant.

Une prise en charge préopératoire de quelques mois, médicale, psychologique et éducative, est nécessaire

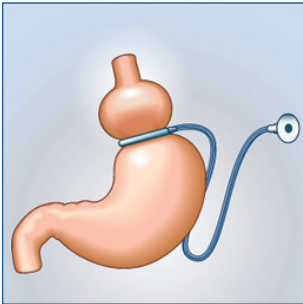
- **Recherche et prise en charge** des comorbidités (HTA, SAS, diabète, etc.), évaluation du comportement alimentaire et prise en charge d'un trouble éventuel, bilan nutritionnel et vitaminique, endoscopie œsogastroduodénale avec recherche d'*Helicobacter pylori*.
- **Évaluation psychologique/psychiatrique** : pour tous les patients candidats à la chirurgie bariatrique.
- **Éducation thérapeutique** : diététique et activité physique.

La décision d'intervention

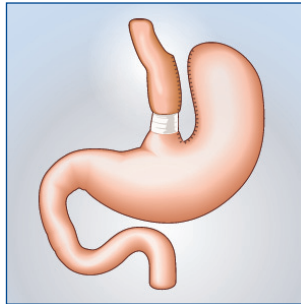
- Elle est prise à l'issue d'une discussion et concertation médico-chirurgicale pluridisciplinaire (réunion physique ou autres modalités de concertation), pouvant impliquer le médecin traitant.

Les techniques chirurgicales sont restrictives ou malabsorptives

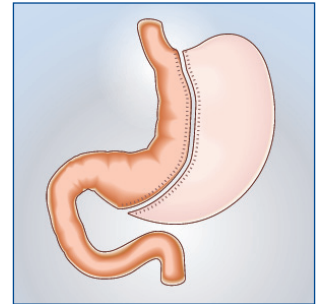
- **Les techniques basées exclusivement sur une restriction gastrique** permettent de diminuer l'ingestion alimentaire par réduction de la capacité gastrique sans malabsorption :
 - ▶ anneau gastrique ajustable ;
 - ▶ gastroplastie verticale calibrée (de moins en moins pratiquée) ;
 - ▶ gastrectomie longitudinale, ou gastrectomie en manchon ou *sleeve gastrectomy*.



Anneau gastrique ajustable

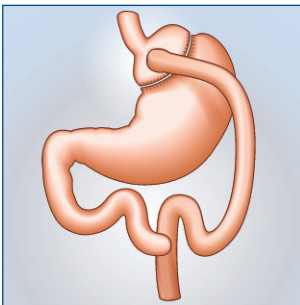


Gastroplastie verticale calibrée

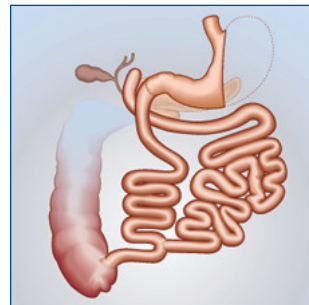


Gastrectomie longitudinale

- **Les techniques mixtes associent à une restriction gastrique le principe d'une malabsorption intestinale** par la création d'un court-circuit ou d'une dérivation :
 - ▶ *bypass* gastrique, ou court-circuit gastrique ;
 - ▶ dérivation biliopancréatique.



Bypass gastrique



Dérivation biliopancréatique

- **La cœlioscopie** est la voie d'abord recommandée.
- **Le rapport bénéfice/risque des différentes techniques ne permet pas d'affirmer la supériorité d'une technique par rapport à une autre.**

Plus les interventions sont efficaces sur la perte de poids (40 à 80 % de l'excès de poids), plus elles sont complexes et entraînent des risques : complications postopératoires, risque de retentissement nutritionnel et mortalité opératoire (0 à 1 %). L'anneau gastrique est l'intervention la moins risquée mais la moins efficace. À l'inverse, la dérivation biliopancréatique est la plus risquée mais la plus efficace.

■ Morbidité

- ▶ La **morbidité précoce** est principalement liée à des perforations et fistules digestives, des occlusions, des hémorragies et des complications thrombo-emboliques et respiratoires (atélectasies, etc.).
- ▶ **À plus long terme**, les complications peuvent être chirurgicales (glissement de l'anneau et/ou dilatation de poche, sténose anastomotique, occlusion, migration de l'anneau), nutritionnelles (notamment après chirurgie malabsorptive) ou psychologiques.

Le suivi des patients opérés doit être assuré toute la vie

Il est assuré par l'équipe pluridisciplinaire qui a posé l'indication opératoire et par le médecin traitant.

■ Évaluer la perte de poids et sa cinétique

■ Rechercher des complications du montage chirurgical : certains symptômes doivent conduire à consulter en urgence le chirurgien de l'équipe pluridisciplinaire

- ▶ Symptômes de **survenue précoce** : tachycardie, dyspnée, douleur abdominale, confusion ou hyperthermie, même en l'absence de défense ou de contracture.
- ▶ Symptômes de **survenue parfois tardive** : douleur abdominale, vomissements, dysphagie, reflux gastro-œsophagien invalidant.

■ Prévenir et dépister les carences vitaminiques et nutritionnelles, dont certaines peuvent conduire à des atteintes neurologiques graves

- ▶ Après chirurgie malabsorptive, la supplémentation est systématique (multivitamines, calcium, vitamine D, fer et vitamine B12 le plus souvent).
- ▶ Après chirurgie restrictive, elle se discute en fonction du bilan clinique et biologique.

■ Adapter les traitements éventuels et leur posologie

- ▶ La chirurgie bariatrique peut **corriger certaines comorbidités**, parfois quelques semaines seulement après l'intervention (le diabète notamment). Ces comorbidités doivent être réévaluées précocement et leur traitement doit être adapté.
- ▶ La chirurgie malabsorptive peut entraîner **une malabsorption de divers médicaments** (antivitamines K, hormones thyroïdiennes, antiépileptiques, etc.), dont la posologie doit alors être modifiée.
- ▶ **Les médicaments gastrottoxiques** (aspirine, AINS, corticoïdes, etc.) doivent être évités dans la mesure du possible.

■ Poursuivre l'éducation du patient (diététique et activité physique) commencée en préopératoire en vérifiant notamment qu'il s'adapte bien à ses nouvelles habitudes alimentaires.

■ Évaluer la nécessité d'un suivi psychologique ou psychiatrique

- ▶ Suivi recommandé pour les patients qui présentaient avant l'intervention des troubles du comportement alimentaire ou une autre pathologie psychiatrique.
- ▶ Suivi proposé au cas par cas pour les autres patients.
- ▶ La perte de poids peut entraîner des modifications psychologiques plus ou moins faciles à gérer. Une période d'adaptation au changement est souvent nécessaire, pour soi-même et pour l'entourage (couple, famille, environnement socioprofessionnel).

■ Envisager éventuellement le recours à la chirurgie réparatrice

- ▶ Il est possible 12 à 18 mois après chirurgie bariatrique, une fois la perte de poids stabilisée et en l'absence de dénutrition.

Une contraception est recommandée dès que la chirurgie est programmée, puis pendant 12 à 18 mois après l'intervention

- **L'efficacité de la contraception orale pourrait être diminuée après chirurgie malabsorptive.** Une autre méthode de contraception doit être discutée.
- **En cas de désir de grossesse** après chirurgie bariatrique, il est recommandé de programmer un suivi nutritionnel par l'équipe pluridisciplinaire avant toute conception, à défaut au tout début de la grossesse, pendant la grossesse et en *post-partum*.
L'ajustement d'un anneau gastrique ajustable doit être discuté.
- **La chirurgie bariatrique est contre-indiquée chez les femmes enceintes.**

Les interventions de chirurgie bariatrique sont prises en charge par l'Assurance maladie sur entente préalable

En revanche, l'Assurance maladie ne prend pas en charge certains suppléments vitaminiques (multivitamines par exemple ; coût : 9 à 25 euros par mois), la plupart des suppléments protidiques, les consultations des psychologues et des diététiciens libéraux, certains actes de biologie (par exemple dosage de vitamine B1) et certains actes de chirurgie réparatrice.

Quelques liens utiles pour s'informer ou informer ses patients*

- **Société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques** : 29, rue Antoine-Péricaud 69008 Lyon, téléphone : 04 78 00 45 87, site Internet : <www.soffco.fr>, courriel : <soffco@orange.fr>.
- **Associations de patients**
 - ▶ **Association Allegro Fortissimo** : Maison des associations - Boîte 13, 22, rue Deparcieux 75014 Paris, téléphone : 01 45 53 98 36, site Internet : <www.allegrofortissimo.com>.
 - ▶ **Collectif national des associations d'obèses** : 38, rue des Blancs-Manteaux 75004 Paris, téléphone : 01 42 71 17 57, site Internet : <www.cnao.fr>, courriel : <cnao@wanadoo.fr>.
- **Site Internet de la HAS : www.has-sante.fr**

* La liste des liens proposés n'est pas exhaustive, elle est donnée à titre indicatif. La responsabilité de la HAS ne saurait être engagée pour les informations contenues dans ces sites.

La HAS remercie les professionnels de santé qui ont contribué à la réalisation de document d'information.

Groupe de rédaction : Dr Jean Brami (HAS, Saint-Denis), Dr Cécile Ciangura (Paris), Dr Valérie Lindecker-Cournil (HAS, Saint-Denis), Dr David Nocca (Montpellier), Dr Frank Stora (HAS, Saint-Denis)

Groupe test : Dr Marc Ducros (Reims), Dr Agnès Dumont (Verzy), Dr Rémy Durand (Corgoloin), Dr Dominique Girardon (Montlignon), Dr Alexandra Giraud-Roufast (Clermont-Ferrand), Dr Jacques Grichy (Montlignon), Dr Pierre Leroux (Bagneux), Dr Christian Michel (Strasbourg), Dr Philippe Nicot (Panazol), Dr Macario Sorribas (Sète), Mme Marie-Josée Stachowiak (Meaux)

Élaboré avec le concours de médecins généralistes, ce document s'appuie sur des recommandations de bonnes pratiques à l'usage des soignants : « Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte ». Argumentaire, recommandations, synthèse et brochure d'information destinée aux patients sont téléchargeables, comme l'ensemble des publications de la HAS, sur www.has-sante.fr

Juillet 2009