



CHIRURGIE DE L'OBESITE

Simon MSIKA

Service de Chirurgie Digestive

Hôpital Louis Mourier

178, rue des Renouillers

92701 COLOMBES Cedex

simon.msika@lmr.ap-hop-paris.fr

La chirurgie de l'obésité assure une perte pondérale significative chez des patients obèses morbides, pour lesquels les autres méthodes, en particulier médicales n'ont pas permis cette perte de poids, de manière durable. Le but de cette perte de poids est de réduire le risque de morbidité et de mortalité liés à l'obésité. Cette chirurgie, en plein essor grâce au progrès de la laparoscopie, fait appel à des méthodes réversibles et irréversibles, d'une part, et à des méthodes restrictives (gastriques) ou mixtes (restrictives et malabsorptives) d'autre part. Son succès est en partie lié au maintien de la perte de poids dans le temps, qualité que le traitement médical seul ne pouvait obtenir.

HISTORIQUE

Les premières interventions chirurgicales pour obésité datent des années 60 et consistaient en des courts-circuits jéjuno-iléaux dont les conséquences malabsorptives ont été désastreuses. Ces techniques pouvaient parfois même conduire à de véritables cirrhoses. Elles ont été progressivement abandonnées ; ainsi dans le texte de la conférence de consensus de 1991 du NIH, les court-circuits jéjuno-iléaux devaient être abandonnés en raison de leurs risques. Ce n'est véritablement qu'à partir de 1965-1970 que se sont développées des techniques restrictives efficaces et beaucoup moins dangereuses ; la gastroplastie verticale calibrée (GVC) fut une des premières réalisée par Edward Mason en 1970. Toutes ces interventions ont d'abord été réalisées aux USA du fait de la forte incidence de l'obésité dans ce pays. Les interventions étaient faites par laparotomie, avec des conséquences pariétales non négligeables ; du fait d'un certain nombre d'échecs (insuffisance de perte pondérale chez les grands obèses, complications liées à la méthode), cette intervention a progressivement laisser la place à une intervention plus complexe, mais plus efficace : le court-circuit gastrique (CCG). Progressivement dans les années 90, aux USA, cette intervention mixte restrictive et malabsorptive s'est imposée comme le gold-standard dans ce pays ; en France, comme en Europe, le développement de la chirurgie de l'obésité (chirurgie bariatrique) est surtout le fait des anneaux de gastroplastie (AG) ajustable posés par laparoscopie. Vers les années 1980-1985, Kuzmak inventa le principe d'un cerclage péri-gastrique dont le but était de réduire le volume alimentaire. Ce procédé ingénieux avait comme avantage de ne pas modifier l'anatomie de l'estomac et par conséquent d'être réversible ; c'est ainsi que l'anneau de gastroplastie est né. Le procédé a ensuite été amélioré pour devenir ajustable grâce à un ballonnet qui permettait de réduire de façon dosée le serrage péri-gastrique. Dans les années 1990, l'avènement de la laparoscopie a permis la pose de cet anneau par cette voie rendant ainsi cette chirurgie mini-

invasive chez l'obèse ; depuis ces interventions se sont multipliées en France, pour atteindre le chiffre de 10 000 en 2001 (source CNAM).

DEFINITION, INDICATIONS, EFFICACITE

L'obésité se définit par un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m². L'obésité est dite morbide lorsque l'IMC est supérieur ou égal à 40kg/m². En France, la prévalence de l'obésité est en progression et sa valeur moyenne est de 11.3%. La prévalence des obésités morbides est estimée chez l'adulte à 0,6 %. Il existe de nombreuses complications associées à l'obésité, au premier rang desquelles on trouve l'augmentation du risque cardiovasculaire (en particulier d'hypertension artérielle), du risque d'hyperlipidémie et de diabète de type 2. Le traitement de l'obésité consiste dans un premier temps en une prise en charge médicale multidisciplinaire ; la chirurgie de l'obésité n'est envisagée qu'en cas d'échec de ce premier traitement. Compte tenu de cette évolution des pratiques, l'ANAES a réalisé une évaluation du rapport bénéfice-risque des principales interventions chirurgicales de l'obésité morbide chez l'adulte.

L'évaluation a porté sur les trois principales interventions pratiquées en France, qui sont : Les interventions entraînant une restriction de la capacité gastrique, la pose d'AG ajustables, la GVC et les interventions mixtes qui associent à la réduction de capacité gastrique des dérivations intestinales, ce qui permet d'obtenir un certain degré de malabsorption : les courts-circuits gastriques. Les guides de recommandations présentent actuellement une grande homogénéité en termes :

D'Indications à la chirurgie

Obésité morbide (IMC > 40), ou obésité majeure (IMC > 35) associée à des facteurs de comorbidité, et, obésité stable (ou s'aggravant) depuis au moins 5 ans, et, échec de la prise en charge médicale multidisciplinaire depuis un an minimum.

De Contre-indications

endocrinopathies, troubles moteurs de l'oesophage ou reflux gastro-oesophagien par volumineuse hernie hiatale, troubles psychotiques ou de la personnalité, dépressions sévères non traitées avec tendances suicidaires, alcoolisme ou toxicomanie, maladies évolutives (cancers, maladies inflammatoires) ou contre-indications à l'anesthésie générale.

De Conditions de mise en œuvre de la chirurgie et de suivi

L'indication chirurgicale ne peut être posée qu'après une évaluation préopératoire par une équipe pluridisciplinaire, réalisée par un chirurgien compétent dans les techniques chirurgicales de l'obésité et en cœlioscopie, dans un environnement adéquat, le suivi post-opératoire doit être pluridisciplinaire et se poursuivre sur le long terme.

A l'heure actuelle (par manque de recul), l'évaluation des AG souffre d'une absence de résultats à long terme. Elle est de ce fait de qualité inférieure à celles des deux autres techniques dans le dossier. Enfin, la quasi absence d'études comparatives randomisées engage à une grande prudence quant à des conclusions à type de comparaison des techniques entre elles.

Efficacité à court terme sur la perte de poids

Un an après l'intervention, la revue de littérature retrouve pour les trois techniques des pertes moyennes de poids de l'ordre de -20 à -50 kg. Les études portant sur la technique des AG retrouvent une perte moyenne de 45 % de l'excès de poids, et de 61 % et de 68 % respectivement pour la GVC et le CCG.

Efficacité à long terme sur la perte de poids

Le maintien de la perte de poids sur le long terme est globalement mal documenté, particulièrement dans le cas des AG. Pour la GVC, la perte de poids semble se maintenir en partie, sachant que selon les patients, le poids reste stable ou ré-augmente partiellement. Des résultats similaires sont observés avec le CCG, avec une plus grande proportion d'études où la perte de poids se maintient dans le temps.

Qualité de vie

La qualité de vie est peu abordée dans les études, et lorsque c'est le cas, la méthodologie est souvent imprécise.

Conséquences sur les co-morbidités

Cet aspect de l'efficacité est rarement retrouvé dans la revue de littérature. Il est cependant démontré que toute perte de poids significative chez un patient obèse entraîne une amélioration de ses co-morbidités, et les auteurs extrapolent ce bénéfice à la chirurgie si elle est appliquée dans le respect des recommandations. Récemment, l'efficacité du CCG a été démontrée sur le diabète de type 2. Deux études récentes ont montré une diminution significative de la mortalité et de la morbidité globale chez les obèses ayant eu une chirurgie bariatrique.

Complications

En termes de **décès postopératoires précoces**, les chiffres varient d'une moyenne de 0,14 % pour les anneaux à 0,32 % pour les gastroplasties verticales calibrées et 0,35 % pour les court-circuits gastriques. Quelle que soit la technique utilisée, l'embolie pulmonaire est l'étiologie la plus fréquemment retrouvée.

Les **complications postopératoires précoces** dépendent fortement de la technique chirurgicale utilisée. Les complications pariétales sont classiques en postopératoire chez les patients obèses, et ont été davantage retrouvées avec la GVC et le CCG qu'avec les AG, du fait de la voie d'abord cœlioscopique préférentielle pour cette dernière technique.

La technique des AG entraîne certaines complications postopératoires précoces spécifiques dues à des problèmes techniques (perforation gastrique, hémorragie sur trocart) ou liées au site implantable (suppuration ou malposition du boîtier). Les deux autres techniques rapportent des fistules gastriques (surtout pour la GVC), des hémorragies graves et des abcès profonds (surtout pour le CCG).

Les complications tardives

Dans le cas de la pose d'un AG, la dilatation de la poche (avec ou sans glissement de l'AG) est une des complications tardives les plus fréquemment retrouvées (5%). L'érosion gastrique (1%) par l'AG, le plus souvent asymptomatique, peut dans de rares cas aboutir à la migration intra-gastrique de l'anneau et entraîner un syndrome obstructif. D'autres complications, telles la fuite sur le système du ballonnet de l'anneau ou la rupture d'un modèle particulier d'AG ont parfois été constatées (5%). Des occlusions de la bouche de passage gastrique à travers l'anneau et des œsophagites ont été plus rarement décrites. Une complication classique et fréquente de la GVC est la désunion de la ligne d'agrafes, qui restaure la capacité stomachale.

Pour ce qui concerne les courts-circuits gastriques, on citera également la sténose de la bouche anastomotique gastro-jéjunale, la survenue d'un ulcère anastomotique souvent accompagné d'ulcérasions marginales près de la ligne d'agrafes. Les trois techniques entraînent fréquemment des **complications fonctionnelles**, à type de vomissements, de pyrosis avec œsophagite ou de dysphagie. Le CCG entraîne également des diarrhées, associées ou non à un dumping syndrome.

Les **complications nutritionnelles et métaboliques** sont fortement sous-estimées par la littérature, car elles requièrent des études accompagnées d'un suivi conséquent, ainsi qu'une sensibilisation spécifique à leur déclaration. Celles-ci sont cependant retrouvées avec une fréquence et une sévérité plus importantes pour le CCG que pour les techniques de réduction gastrique pures. Ces carences doivent être régulièrement recherchées lors du suivi à long terme du patient, et être prévenues par une supplémentation adaptée en micronutriments.

AU TOTAL

L'obésité est un problème de santé publique majeur croissant, nécessitant une prévention et un traitement le plus souvent multidisciplinaire. Les indications, les conditions de mise en œuvre et le suivi de la chirurgie de l'obésité sont clairement définis par les recommandations existantes. Du fait de l'augmentation de la prévalence de l'obésité et de l'application de nouvelles techniques (abord cœlioscopique, poses d'anneaux de gastroplastie), on assiste à une progression importante du nombre d'interventions chirurgicales.

Les trois techniques chirurgicales le plus souvent pratiquées (anneaux de gastroplastie, gastroplastie verticale calibrée et court-circuit gastrique) présentent un rapport bénéfice-risque acceptable. La technique des anneaux de gastroplastie est plus simple, réversible et respecte davantage la physiologie. Cependant, cette technique semble en terme de perte de poids d'efficacité légèrement inférieure à la gastroplastie verticale calibrée et au court-circuit gastrique, et ses résultats à long terme ne sont pas parfaitement bien connus.

La prise en charge chirurgicale doit être réservée aux patients dont l'obésité a des conséquences sévères en terme de comorbidités, malgré un traitement médical pluridisciplinaire bien conduit.

PERSPECTIVES

Il est nécessaire de poursuivre l'évaluation des différentes techniques de chirurgie de l'obésité, en particulier d'obtenir une évaluation plus précise des anneaux de gastroplastie ajustables. Ces études doivent être menées sur le long terme, doivent comporter des essais prospectifs contrôlés comparant la pose des anneaux de gastroplastie aux techniques plus anciennes (gastroplastie verticale calibrée, court-circuit gastrique) et devraient privilégier, quel que soit le type d'intervention, les techniques laparoscopiques. En regard de l'importance des coûts, directs et indirects, induits par la prise en charge de l'obésité, il est fortement recommandé de joindre à ces études un volet économique qui permettrait d'aborder également le coût des comorbidités. L'incidence des complications de ces différentes techniques doit être bien connue et mieux évaluée par l'exhaustivité de leur recueil. L'évaluation en termes de qualité de vie est actuellement insuffisante au vu des données de la littérature alors qu'elle constitue un point fondamental des résultats.

Bibliographie

1. Glenny AM, O'Meara S, Melville A, Sheldon TA, Wilson C. The treatment and prevention of obesity: a systematic review of the literature. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997;21:715-37.
2. Karlsson J, Sjostrom L, Sullivan M. Swedish obese subjects (SOS) - An intervention study of obesity. Two-year follow-up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *Int J Obes* 1998;22:113-26
3. Mason EE, Tang S, Renquist KE, Barnes DT, Cullen JJ, Doherty C, et al. A decade of change in obesity surgery. National Bariatric Surgery Registry (NBSR) Contributors. *Obes Surg* 1997;7:189-97
4. National Institutes of Health, National Heart Lung and Blood Institute. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: Executive summary. *Am J Clin Nutr* 1998;68:899-917
5. World Health Organization. Prevention and management of the global epidemic of obesity. Report of a WHO consultation on obesity, 3-5 june 1997. Geneva: WHO; 1997
6. Msika S. Surgery of morbid obesity in the adult: clinical efficacy of different surgical procedures . *J Chir* : 2002 139:194-204.
7. Sjostrom CD. Surgery as an intervention for obesity. Results from the Swedish obese subjects study. *Growth Horm IGF Res*. 2003 Aug;13 Suppl A:S22-6.
8. Flum DR, Dellinger EP. Impact of gastric bypass operation on survival: a population-based analysis. *J Am Coll Surg*. 2004;199:543-51.
9. Christou NV, Sampalis JS, Liberman M, Look D, Auger S, McLean AP, MacLean LD. Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidly obese patients. *Ann Surg*. 2004;240:416-23.