

# Chirurgie de l'obésité : quelle intervention, pour quel patient ?

## *Bariatric surgery : which patient for which type of surgery ?*

**J. Closset**

Service médico-chirurgical d'Hépatogastroentérologie, Hôpital Erasme

### RESUME

*La chirurgie de l'obésité est, actuellement, la seule option thérapeutique permettant une perte de poids durable chez des patients présentant une obésité morbide.*

*L'objectif de cet article est de définir l'approche multidisciplinaire permettant l'évaluation et la sélection des patients ainsi que la technique chirurgicale la mieux adaptée au profil diététique et psychologique de chaque patient.*

*Rev Med Brux 2007 ; 28 : 254-6*

### ABSTRACT

*Bariatric surgery remains the only durable option for weight loss in the morbidly obese patient. The aim of this article is to present the different types of surgical procedures. This multidisciplinary approach try to define which type of surgery would be the more indicated for which patient.*

*Rev Med Brux 2007 ; 28 : 254-6*

*Key words : bariatric surgery, morbidly obese patient, multtidisciplinary evaluation*

### INTRODUCTION

L'obésité importante pathologique, appelée "obésité morbide", est associée à une espérance de vie réduite<sup>1</sup>. En effet, l'excès pondéral excessif engendre ou aggrave des problèmes médicaux tels que l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, le diabète, etc.

Les conséquences sociales et économiques ne sont pas non plus négligeables ; le patient obèse consacre le plus souvent un budget considérable pour combattre l'excès pondéral, la perte de kilos est souvent suivie par une reprise de poids plus importante : régimes alimentaires (équilibrés ou fantaisistes), cure de jeûne, substituts de repas, médicaments, instituts spécialisés, etc.

Sur base d'un bilan préopératoire complet et d'une sélection rigoureuse par une équipe multidisciplinaire (chirurgien, endocrinologue, psychologue, diététicienne, gastro-entérologue,...), le traitement chirurgical de l'obésité morbide est une alternative de choix<sup>1,2</sup>.

Les patients présentant les critères de sélection suivants sont candidats à une chirurgie de l'obésité<sup>2</sup> :

- BMI > 40. Le BMI (*Body Mass Index*) est défini par

- le rapport entre la taille et le poids au carré ;
- BMI > 35 ou < 40 lorsqu'il existe une pathologie associée pouvant être améliorée par la perte de poids : HTA, diabète, arthrose, apnée du sommeil, problèmes cardiorespiratoires, etc. ;
- âge compris entre 18 et 55 ans ;
- obésité stable depuis plus de 5 ans ;
- échec à la prise en charge médico-diététique ;
- absence de maladie endocrinienne ;
- compréhension et compliance du patient ;
- absence de dépendance à l'alcool ou aux drogues ;
- risque opératoire acceptable.

Les situations cliniques suivantes contre-indiquent une chirurgie de l'obésité :

- obésité d'origine endocrinienne ;
- âge avancé ;
- instabilité psychologique ;
- manque de motivation suffisante ;
- boulimie devenue indispensable pour compenser un vide affectif ;
- dépendance vis-à-vis de l'alcool ou de la drogue.

### TECHNIQUES CHIRURGICALES

En chirurgie de l'obésité, dite chirurgie bariatrique, plusieurs procédés chirurgicaux peuvent aider le patient obèse à perdre du poids<sup>2-4</sup>.

Les interventions chirurgicales sont soit à visée restrictive, visant à réaliser un “ mini ” réservoir gastrique, soit restrictives et de dérivation visant en plus à “ shunter ” une partie du tube digestif.

### **S.R.V.G. : Silicone Ring Vertical Gastroplasty**

Le chirurgien réalise cette gastroplastie par un agrafage calibré qui divise l'estomac en deux compartiments (Figure 1) :

- a. Un compartiment proximal de 30 à 60 ml de capacité, communiquant avec l'œsophage. L'orifice inférieur du réservoir est calibré par un anneau de Silastic® de 5 cm de circonférence, soit  $\pm 11$  mm de diamètre.
- b. Un compartiment distal, le reste de l'estomac.

L'intervention est réalisée par mini-laparotomie.

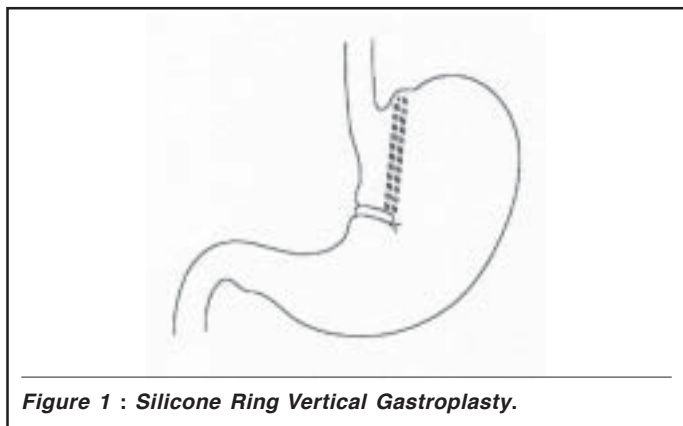


Figure 1 : Silicone Ring Vertical Gastroplasty.

### **A.S.B.G. : Adjustable Silicone Gastric Banding**

Le chirurgien met en place, autour de l'estomac, une ceinture gastrique en matière siliconée délimitant vers le haut une poche gastrique calibrée à 25 ml (Figure 2). La ceinture gastrique est reliée à un réservoir sous-cutané permettant de gonfler ou de dégonfler le *banding* afin d'ajuster l'orifice du réservoir gastrique. Ce réservoir sous-cutané est accessible par une ponction transcutanée, le gonflement et le dégonflement du *banding* sont réalisés sous contrôle radioscopique.

L'intervention est réalisée par laparoscopie.

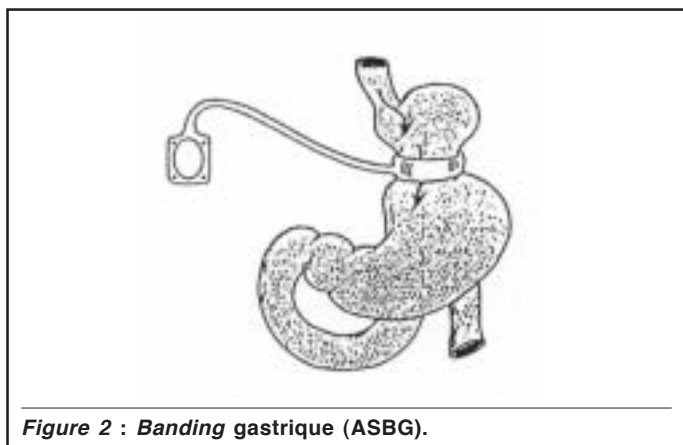


Figure 2 : Banding gastrique (ASBG).

### **Principes de ces deux techniques**

Ces deux procédés, différents dans la technique mais de principes similaires, aboutissent à la formation d'un sablier au niveau de l'estomac : la quantité de nourriture que le patient peut avaler est déterminée par le volume du réservoir gastrique ; la vidange est ralentie par l'étroitesse du passage. Il en résulte une sensation de plénitude gastrique et la disparition de la sensation de faim.

Pour que l'opération soit une réussite, la coopération du patient est indispensable : les habitudes alimentaires doivent changer. La gastroplastie “ ne fait pas maigrir ” mais oblige le patient à modifier ses (mauvaises) habitudes alimentaires.

Par ailleurs, le rétrécissement calibré entre les deux compartiments de l'estomac, n'entrave en rien le passage des aliments liquides, tels boissons, crèmes glacées, chocolat, milk-shake. L'abus d'aliments liquides hyper caloriques est une limite sérieuse à la réussite à long terme de cette intervention chirurgicale.

### **Sleeve gastrectomy**

Le chirurgien réalise la “ tubulisation ” de l'estomac par résection d'une partie du corps gastrique sans interruption de la continuité digestive.

Cette intervention est également à visée restrictive et est réalisée par laparoscopie.

### **By-pass gastrique**

L'estomac est sectionné complètement pour réaliser un réservoir gastrique de plus ou moins 25 à 30 cc.

Le reste du corps gastrique est laissé en place et reste en continuité avec le duodénum (Figure 3).

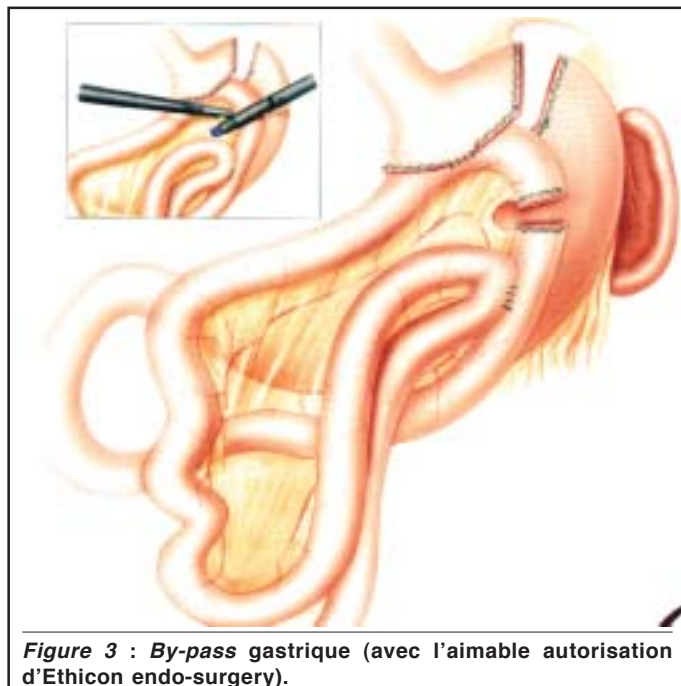


Figure 3 : By-pass gastrique (avec l'aimable autorisation d'Ethicon endo-surgery).

Le réservoir gastrique est anastomosé à la première anse jéjunale, sectionnée à 30 cm de l'angle de treitz.

Cette anse dite alimentaire est longue de 120 cm.

Les aliments ingérés par le patient retrouvent les sécrétions bilio-pancréatiques à 120 cm de l'anastomose gastro-jéjunale.

L'estomac, le duodénum et le jéjunum proximal sont " shuntés " et isolés du tractus digestif. En outre, les aliments sont moins longtemps en contact avec les sécrétions bilio-pancréatiques, la digestion est moins efficace, l'absorption calorique est moindre.

Cette intervention est à visée restrictive et de dérivation.

Elle est réalisée par laparoscopie ou par laparotomie.

La laparotomie peut être indiquée chez des patients aux multiples antécédents chirurgicaux.

### Interventions restrictives ou mixtes ?

Les interventions purement restrictives sont réservées aux patients présentant un BMI inférieur à 50, et un profil diététique dit de " *volume eaters* "3,4.

Le succès de ces interventions dépend également de la motivation du patient ; en effet, la perte pondérale est limitée chez un patient grignotant sans cesse.

Les interventions type *by-pass* gastrique sont réservées aux patients présentant un BMI supérieur à 50, mais aussi chez les patients non super-obèses mais présentant un profil diététique de " *sweet eaters* ".

Le *by-pass* est également indiqué chez les patients diabétiques ou présentant un reflux gastro-œsophagien pathologique.

Notons enfin que l'intervention type *sleeve gastrectomy* peut être une première étape chirurgicale chez des patients hyper-obèses aux BMI supérieurs à 60, si le risque opératoire est élevé.

Le choix entre les différentes techniques chirurgicales est assumé par l'équipe pluridisciplinaire tenant compte principalement des antécédents chirurgicaux du patient, du profil diététique et psychologique du patient.

### ROLE DE L'EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

La chirurgie bariatrique implique un changement radical de mode de vie du patient. La décision opératoire demande une mûre réflexion et l'aide de spécialistes médicaux et paramédicaux (équipe multidisciplinaire)2.

L'endocrinologue explore le fonctionnement des glandes endocrines par des analyses de sang, d'urine et il recherche les complications métaboliques liées à l'obésité.

Le psychologue évalue la motivation du patient, les facteurs de stress et les possibilités de changement et par là, les chances d'une adaptation maximale à la chirurgie.

La diététicienne analyse l'alimentation habituelle et le profil diététique du patient et donne les conseils diététiques adéquats dans la période postopératoire immédiate et à plus long terme (suppléments en vitamines et en sels minéraux).

Le gastro-entérologue réalise une gastroscopie avant l'intervention chirurgicale afin d'exclure des affections gastriques (éradication HP) et en particulier le reflux gastro-œsophagien. Ce diagnostic peut également influencer la tactique chirurgicale.

Selon les facteurs médicaux associés, d'autres praticiens peuvent participer à la décision : rhumatologues, pneumologues, psychiatres (enregistrement du sommeil), gynécologue, chirurgien plasticien, ...

Enfin, le chirurgien, en concertation avec l'équipe multidisciplinaire, choisit le procédé chirurgical le mieux adapté et le présente au patient.

### CONCLUSION

Le patient obèse est rarement capable de suivre un traitement médico-diététique sévère pendant une période prolongée. Certains patients, après une mise au point médicale pluridisciplinaire, peuvent bénéficier d'une chirurgie bariatrique.

### BIBLIOGRAPHIE

1. Sjostrom L, Lindroos AK, Peltonen M *et al.* : Swedish obese subjects scientific groups. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004 ; 351 : 2683-93
2. Buchwald H, Avidor Y, Brauwald E *et al.* : Bariatric surgery, a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004 ; 292 : 1724-37
3. Christou NV, Sampalis JS, Liberman M *et al.* : Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidly obese patients. *Ann Surg* 2004 ; 240 : 416-24
4. Closset J, Mehdi A, Barea M *et al.* : Results of silastic ring vertical gastroplasty more than 6 years after surgery : Analysis of a cohort of 214 patients. *Obesity Surgery* 2004 ; 14 : 1233-6

#### Correspondance et tirés à part :

J. CLOSSET  
Hôpital Erasme  
Service d'Hépatogastroentérologie  
Route de Lennik 808  
1070 Bruxelles

Travail reçu le 15 mai 2007 ; accepté dans sa version définitive le 16 juillet 2007.