

Chirurgie bariatrique : le suivi médical est **INDISPENSABLE**

32,3 %* des Français adultes sont en surpoids, 15 %* présentent une obésité. Lorsque la chirurgie devient nécessaire, la personne obèse doit bénéficier d'un encadrement médical sur-mesure.

Hélia Hakimi-Prévot

En 2012, le nombre de personnes obèses était estimé à près de 7 millions, soit 3 millions de personnes de plus qu'en 1997*. L'épidémie ne cesse de croître. Mais l'obésité n'est pas sans risque pour la santé. Loin de là, elle diminue l'espérance de vie de plus de 7 ans chez les femmes et de près de 6 ans chez les hommes de 40 ans**. Elle multiplie également par quatre le risque de développer une hypertension artérielle et par huit, celui de voir apparaître un diabète. Les complications respiratoires et la majoration du risque de développer un Syndrome d'apnée du sommeil (Sas) sont, par ailleurs, fréquentes. Autres conséquences non négligeables : le risque de souffrir d'un cancer et de l'arthrose est augmenté en cas de surpoids et d'obésité. Face à ce constat, la prise en charge médicale de l'obésité est une nécessité absolue. Dans certains cas une intervention chirurgicale (appelée chirurgie bariatrique) s'impose. En France, cette chirurgie connaît un

essor important avec plus de 40 000 interventions chaque année (80 % sont des femmes).

Des indications précises

La chirurgie bariatrique ne s'adresse, en effet, qu'aux personnes majeures dont l'indice de masse corporelle (IMC^{***}) est supérieur à 40, ou supérieur à 35 et présentant au moins une autre maladie susceptible d'être améliorée par la chirurgie : diabète de type 2, hypertension artérielle, Sas, troubles respiratoires sévères... Par ailleurs, ce type d'intervention est également indiqué en cas d'obésité après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique (bien conduit pendant 6 à 12 mois), en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids^{****}. Mais la chirurgie bariatrique ne peut être proposée seule, sans une solide préparation en amont et un suivi post-chirurgical adapté. Cet accompagnement doit être multidisciplinaire. Chirurgien digestif, nutritionniste, médecin traitant, cardiologue, pneumologue, gastro-entérologue, psychologue, kinésithérapeute... Tous ces professionnels doivent vérifier - avec la personne en situation d'obésité - la faisabilité de l'opération.

Informier le patient

Avant l'intervention, le patient doit être informé des changements induits par ce type de chirurgie. L'équipe médicale qui le suit doit expliquer les mécanismes de la chirurgie bariatrique sélectionnée : anneau gastrique ajustable, sleeve gastrectomy ou bypass gastrique (lire l'encadré sur les trois grandes techniques chirurgicales). Car la personne candidate à l'opération doit comprendre les raisons pour lesquelles sa façon de s'alimenter doit changer et prendre aussi conscience des répercussions que l'intervention aura sur son mode de vie futur. Elle doit avoir compris et accepté les consignes nutritionnelles post-opératoires, la nécessité de retrouver une alimentation équilibrée et une relation apaisée à l'alimentation afin de consolider la perte de poids. Mais aussi, l'obligation de respecter les prescriptions médicales. « Des messages simples et applicables à chaque repas doivent être délivrés au patient afin

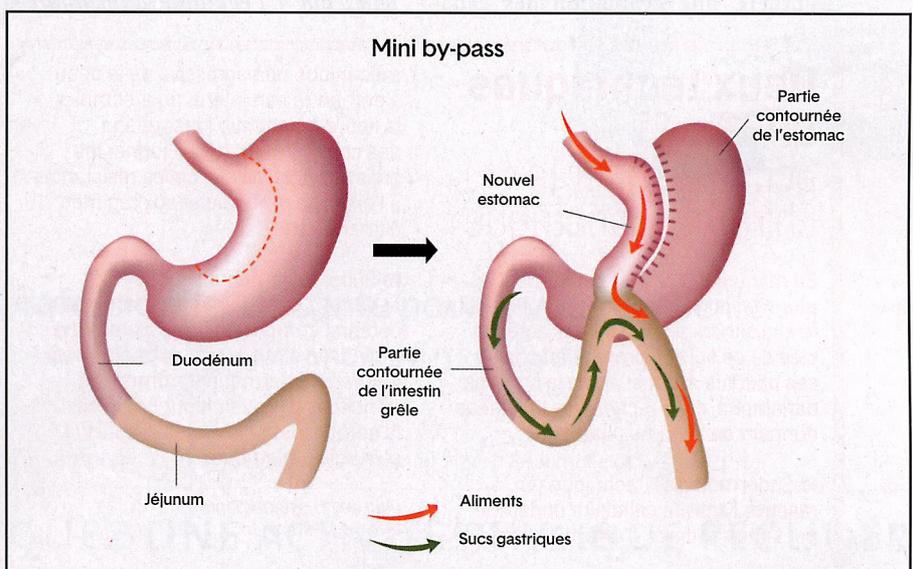
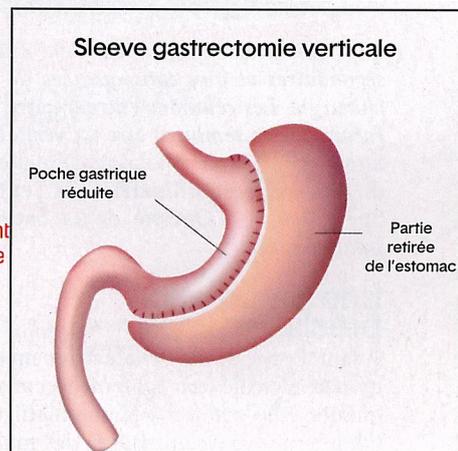
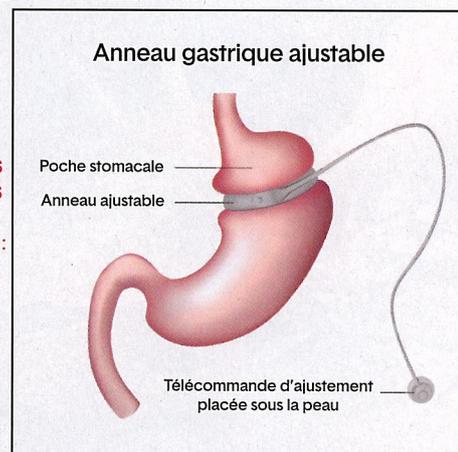
Obésité : trois grandes techniques chirurgicales

Selon l'âge, l'état de santé du patient et le type d'obésité, la technique utilisée en matière de chirurgie bariatrique varie. On distingue deux principaux types de techniques chirurgicales : les techniques dites restrictives pures, diminuant le volume de l'estomac et ralentissant alors le passage des aliments, sans perturber, pour autant, la digestion des aliments (anneau gastrique, sleeve gastrectomie). Et les techniques dites mixtes (by-pass, par exemple) : restrictives et « malabsorptives » (entraînant une diminution de la quantité des nutriments absorbés et donc une perte de poids).

✓ **L'anneau gastrique** est la plus ancienne technique : elle consiste à placer un anneau de diamètre modifiable autour de la partie supérieure de l'estomac. Souvent décevante en terme de durabilité de la perte de poids, elle garde un intérêt, notamment chez l'adolescent ou dans certains types d'hyperphagie (prise importante et compulsive de nourriture).

✓ **La sleeve gastrectomie**, quant à elle, consiste à enlever une grande partie de l'estomac et permet ainsi de réduire, de façon drastique, les volumes alimentaires en provoquant une satiété très précoce. Cette intervention est effectuée chez des patients dont l'obésité est sévère (IMC>40), notamment lorsque le by-pass est délicat à réaliser.

✓ **Opération la plus fréquemment réalisée**, le by-pass consiste à ne conserver qu'une petite poche gastrique directement reliée à la deuxième partie de l'intestin grêle. Ce qui a pour conséquence de mettre « hors circuit » une partie de l'intestin grêle impliquée dans l'absorption des nutriments. Résultats : une réduction du volume gastrique (provoquant une satiété précoce) et la mise en place d'une malabsorption. Enfin, technique plus récente est moins connue, le by-pass oméga (ou mini by-pass) est une variante du by-pass « Roux en Y Gastric ». Elle présente le double avantage d'avoir une seule suture de l'intestin au lieu de deux pour le by-pass gastrique (réduisant le risque de complications post opératoires) et d'être réversible.





qu'il soit préparé au mieux aux effets secondaires et aux conséquences de sa chirurgie. Les réunions entre anciens et futurs opérés semblent être un véritable atout », souligne Violaine Douellou, diététicienne, coordinatrice du Centre Spécialisé de l'Obésité de la Sauvegarde à Lyon.

Une préparation préalable

Avant l'opération, l'évaluation médico-chirurgicale est également conséquente. Elle comporte notamment un bilan et une prise en charge des maladies du patient obèse, une évaluation de son comportement alimentaire et la prise en charge d'un éventuel trouble du comportement alimentaire. Mais aussi, un bilan nutritionnel et vitaminique et une correction des déficits éventuels, une évaluation des capa-

cités de mastication, une endoscopie œsogastroduodénale (examen de référence pour explorer l'œsophage, l'estomac et le duodénum) et la recherche d'*Helicobacter pylori* responsable d'ulcère de l'estomac. Les personnes obèses, candidates à la chirurgie bariatrique, sont le plus souvent en situation d'échec. Les traitements médicamenteux et hygiéno-diététiques n'ayant pas réussi à régler le problème d'obésité. Comme le confirment les docteurs Corinne Chicheportiche-Ayache (médecin nutritionniste) et Sylvie Gueroult (Chirurgien digestif) qui opèrent à la clinique Geoffroy St-Hilaire à Paris, « les médecins jouent un rôle clé qui va au-delà de la prise en charge traditionnelle chirurgicale. Les consultations sont souvent longues (45 minutes en moyenne) pour écouter, appréhender au mieux les inquiétudes, répondre aux questions et laisser le temps aux patients de décider du choix de la technique proposée par l'équipe pluridisciplinaire. »

Assurer un suivi global après la chirurgie

Les effets secondaires et les risques opératoires doivent également être connus avant l'intervention. Après la chirurgie, l'équipe pluridisciplinaire doit être capable d'assurer l'éducation thérapeutique du patient. « La combinaison d'un suivi individuel et collectif sur le long terme est très profitable. Des séances d'éducation diététique de groupe, par exemple, peuvent être insituées avec des thématiques variées telles que : l'équilibre alimentaire au

Deux techniques LPG® pour accompagner la chirurgie bariatrique

En matière d'obésité, le suivi médical pluridisciplinaire est essentiel. Pour aider le kinésithérapeute (l'un des acteurs clés de ce suivi) à prendre en charge ses patients avant et après la chirurgie bariatrique, deux techniques brevetées donnent de bons résultats.

► Endermologie®, technique qui réactive l'activité cellulaire endormie par l'intermédiaire d'une stimulation

mécanique non agressive de la peau a démontré son intérêt pour stimuler la lipolyse naturelle (destruction des corps gras) et décloisonner les graisses, notamment celles résistantes à l'exercice physique et aux régimes alimentaires.

► Huber® 360, quant à lui, est un appareil d'entraînement musculaire et cérébral comprenant une plateforme motorisée et un écran placé à hauteur des yeux. Il permet notamment de remuscler le patient pour optimiser la combustion des graisses après la chirurgie bariatrique.

Plus de renseignements : www.lpgsystems.fr

DES CELLULES INFLAMMATOIRES impliquées dans le développement du diabète de type 2 et de l'obésité

Chez les personnes atteints de diabète de type 2 et d'obésité, une classe de cellules inflammatoires (les lymphocytes MAIT*) est dérégulée. C'est la découverte récente de chercheurs de l'Institut Cochin (CNRS/Inserm/Université Paris Descartes) et de l'Institut de cardiométabolisme et nutrition - Ican (Inserm/UPMC/AP-HP). En effet, chez les diabétiques de type 2 atteints d'obésité, la chirurgie bariatrique (by-pass gastrique), qui soulage l'inflammation, rétablit le fonctionnement normal des cellules MAIT. Après cette chirurgie, la fréquence des lymphocytes MAIT dans le sang augmente et revient à des quantités observées chez des individus non obèses et non diabétiques. Déjà connues pour être activées par certaines populations bactériennes et pour favoriser l'inflammation, ces cellules pourraient expliquer le lien entre la modification observée de la flore intestinale (microbiote) chez ces patients et le caractère inflammatoire du diabète de type 2 et de l'obésité.

*Mucosal-Associated Invariant T cell alterations in obese and type 2 diabetic patients, Isabelle Magalhaes et al, The Journal of Clinical Investigation, 9 mars 2015.

quotidien, savoir décoder les étiquettes des aliments, enrichir son alimentation en protéines, gérer les invitations... Le soutien psychologique est également primordial car l'amaigrissement peut fragiliser le patient. Par ailleurs, le choix d'une activité physique régulière doit être discuté avec chaque patient, dès la période préopératoire », explique Violaine Douellou. Après la chirurgie, le suivi nutritionnel est indispensable car les apports sont réduits et le risque de carences nutritionnelles est important. Une supplémentation adaptée au type de chirurgie et au patient (fer, calcium, vitamine D, B12, oligoéléments...) doit être proposée. ■

Sources

*Registre Obepi 2012.

**Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - Obésité et surpoids - Aide-mémoire N°311.

***L'IMC est calculé en divisant le poids par la taille au carré.

****Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte, Haute Autorité de santé, Recommandations de janvier 2009.