

LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

Des bienfaits plus larges



Lorsqu'on a tenté, sans succès, tous les régimes de la terre et que la balance continue à afficher trois chiffres, on se tourne vers des solutions plus radicales. Bonne nouvelle : le passage sous les scialytiques améliore, à long terme, une série de troubles métaboliques.

MICHÈLE RAGER

Entre 1987 et 2005, le pourcentage d'obésité a beaucoup grimpé mais c'est dans les BMI élevés (au-delà de 50) que l'augmentation est la plus importante », explique le Dr Jenny De Flines, endocrino-diabétologue au CHU de Liège. Les médecins voient donc de plus en plus de personnes porteuses de ce que l'on appelle des « obésités morbides », lesquelles sont associées à de nombreux autres risques (maladies cardiovasculaires, diabète, dépression, apnées du sommeil, risques de cancers digestifs...). La durée de vie en est d'autant réduite : de 9 ans en moyenne chez la femme et de 12 ans chez l'homme. Pourtant, dans un premier temps, la priorité du médecin n'est pas l'amaigrissement... mais l'arrêt de la prise de poids. « *Ce n'est pas facile à obtenir*

chez des personnes qui voient leur balance s'emballer au fil du temps. Avec un suivi médical et/ou diététique, on vise une perte de poids de 5 à 10% en un an. Au départ, les patients sont hyper-motivés et respectent leur régime. Puis, ils passent, pour la plupart, par un épisode de relâchement durant lequel ils récupèrent parfois autant, voire plus, que les kilos éliminés. »

Multidisciplinarité

Afin de prendre le problème à bras le corps, les experts l'ont bien compris : seule la prise en charge multidisciplinaire (médecin, chirurgien, diététicien, kiné, psy...) fournit des résultats valables. Quelles sont les solutions proposées ? Chez une personne présentant un BMI inférieur à 30 (c'est-à-dire en simple « surpoids »), des mesures diététiques, l'exercice physique et,

si nécessaire, un suivi psychologique, sont prescrits. Avec un BMI entre 30 et 40 (obésité), la pharmacothérapie (l'Orlistat, unique médicament anti-obésité encore disponible) peut être proposé en association avec les recommandations précédentes. « *A partir d'un BMI de 40 (35 en cas de diabète), on entre dans les critères de prise en charge chirurgicale de l'obésité, pour autant que les possibilités médicales aient échoué* », souligne le Dr De Flines. La multidisciplinarité reste d'application en pré-comme en post-opératoire, afin d'assurer un bon taux de réussite à long terme, à savoir une perte de poids significative et surtout durable. « *Nous veillons à fournir l'information la plus complète possible afin que le patient prenne conscience des efforts à fournir après l'intervention. Il consulte donc différents praticiens (un diététicien, un endocrinologue, un psychologue et un chirurgien) avant de prendre la décision.* » Il peut donc, à chaque entretien, encore refuser l'opération.

Qui a recours à la chirurgie ?

Les consensus internationaux (IFSO – *International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders*) sont

clairs: la chirurgie ne peut être proposée qu'à des personnes âgées de plus de 18 ans et présentant un BMI supérieur à 40. Ou un BMI supérieur à 35 couplé à un diabète.

« Ces critères sont également respectés en Belgique, afin de bénéficier du remboursement INAMI », précise le Dr De Flines. Il faut également démontrer que les autres possibilités de perte de poids ont échoué. Enfin, les avis du chirurgien, endocrinologue, diététicien et psychologue sont envoyés à l'INAMI pour accord. « Cette sélection par une équipe multidisciplinaire est intéressante. On évalue ainsi si la personne est capable de respecter, au long cours, le régime post-intervention et si elle est prête à vivre, sur le plan psychologique, une importante perte de poids. Précisons que la chirurgie est surtout efficace chez les 'gros mangeurs', et moins chez les 'grignoteurs' qui risquent de conserver leurs mauvaises habitudes. » L'intervention est contre-indiquée en cas de toxicomanie, de pathologies psychiatriques ou des troubles du comportement alimentaire non résolus (boulimie).

Anneau et agrafes

La chirurgie bariatrique se décline en plusieurs techniques, choisies en fonction de l'état de santé, du BMI, des habitudes alimentaires du patient... et de l'expertise du chirurgien ! « La mise en place d'un anneau est un geste moins invasif qu'un by-pass mais la perte de poids est souvent moins importante à long terme », note la spécialiste. L'anneau gastrique ajustable est une des méthodes les plus fréquemment pratiquées. Cette intervention réversible et restrictive (on réduit la quantité d'aliments ingérés, par opposition à l'approche malabsorptive qui porte sur la réduction de l'absorption des aliments) consiste à poser un anneau autour de la zone supérieure de l'estomac. Le diamètre de cet anneau est réglé via un boîtier placé sous la peau. Les risques ? Une érosion de la paroi gastrique avec risque de perforation, un glissement ou une bascule de l'anneau, une infection, etc. Une autre technique plus récente est la *sleeve gastrectomy* (ou agrafage vertical), qui est également une méthode restrictive. Elle consiste en l'ablation de deux tiers de la poche gastrique, le tiers restant formant un tube fermé par des agrafes. « C'est quasiment une gastrectomie totale et c'est irréversible ! Les complications sont, outre

le lâchage des agrafes, la dilatation de la poche gastrique restée en place, quand le patient mange de trop grandes quantités. »

Gold standard

« Le Gold standard, c'est le by-pass gastrique, une technique réversible dans certaines conditions, associant la réduction du volume gastrique et la malabsorption », continue le Dr De Flines. Ici, on réalise une petite poche gastrique (environ 30 ml) directement reliée à l'intestin grêle. Une partie de l'intestin est ainsi court-circuitée, ce qui entraîne une moindre réabsorption des aliments. « Les résultats sont meilleurs au niveau de la perte de poids mais aussi des co-morbidités comme le diabète, l'hypertension, les perturbations des lipides sanguins, l'apnée du sommeil... On améliore donc l'obésité et les troubles cardiovasculaires. » Les complications ? « Des ulcères peuvent apparaître au niveau des sutures. L'infection, la perforation et l'occlusion digestive sont rares. »

Une guérison du diabète ?

L'étude suédoise SOS (*Swedish Obese Subjects*), réalisée sur plus de 4000 personnes obèses, a comparé, depuis 1987, diverses techniques. Avec l'anneau, une perte de poids d'environ 20% a été observée après un an, avant une reprise progressive de kilos (mais le poids préopératoire n'a jamais été rejoint). Le by-pass entraîne une perte de poids plus importante (jusqu'à 30%) et une moindre reprise. A titre de comparaison, un groupe contrôle a suivi un traitement médical conventionnel combiné à des conseils diététiques : la perte de poids fut de... 0,1%. Mais ce qui est très intéressant, c'est que

des études récentes ont également montré que la chirurgie bariatrique (et notamment le by-pass) permet à environ 80% de patients diabétiques obèses de retrouver une glycémie normale après deux ans. Et de retarder l'apparition de maladies cardiovasculaires, ce qui diminue du même coup la prise de médicaments traitant le diabète, la dyslipémie, l'hypertension...

Changement de vie

Ce geste résout-il tout ? Non ! Il faut encore modifier radicalement son hygiène de vie et ses habitudes alimentaires. « La prise en charge multidisciplinaire en post-opératoire est essentielle ! Nous suivons nos patients tous les six mois pendant les deux premières années. Ensuite, nous les voyons tous les ans. » Les conseils diététiques sont couplés à l'encouragement de l'exercice physique qui permet une réduction de la graisse abdominale, évite une reprise de poids et améliore l'équilibre glycémique. Le Dr De Flines en est persuadée : « Actuellement et grâce à une perte pondérale souvent spectaculaire, la chirurgie bariatrique est le seul traitement qui permet aux patients souffrant d'une obésité sévère de retrouver une qualité de vie satisfaisante ». Mais même si elle semble être une solution « facile » (alors qu'elle est souvent nécessaire d'un point de vue médical), elle ne représente cependant que le coup d'envoi pour une perte de poids durable qui demandera encore des efforts dans la durée. Et comme les autres interventions, elle complique le quotidien, avec des aliments qui « ne passent pas », le risque omniprésent de vomissement et de douleurs, etc... rendant la vie sociale plus compliquée... C'est donc loin d'être une solution-miracle. ■

Sans bistouri : le ballon

Outre les régimes et les médicaments, le **ballon intragastrique** représente également une solution non-chirurgicale pour les pertes de poids espérées entre 10 et 25 kg. Celui-ci est introduit, par la bouche (via un fibroscope) et ce, jusque **dans l'estomac**. Ensuite, il est rempli de solution saline stérile ou d'air. Comme il occupe une grande partie du volume de l'estomac, il amène une sensation de **satiété** plus rapide. La méthode est non-invasive, **temporaire** (on enlève le ballon après six mois) et réversible à 100%. Mais elle implique d'office un changement d'hygiène de vie sous peine de voir les kilos envolés revenir au grand galop.

Plus d'info sur www.ballon-intragastrique.com