



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Obésité de l'adulte**  
**Prise en charge chirurgicale**

**Recommandation HAS janvier 2009**

**Mise en ligne avril 2009**

- **Une RCP qui succède à celle de 2001**
- **Une biblio → Janv 09**
- **Passée devant le CVR\* (dec 08)**
- **3 textes**
  - Une synthèse
  - La reco
  - L'argumentaire (263 pages et j'ai ~ tout lu !!)

\*Comité de Validation des Recommandations (HAS)

- **> 300 équipes chir**
  
- **Une reco précédente suivie... 1 fois / 3 (enquête 2003)**
  - **16 % des patients : absence d'indication à opérer ou contre-indication**
  - **45 % des patients : absence d'un bilan pluridisciplinaire préopératoire.**
  - **18% de perdus de vue à 2 ans**

- Enquête Obépi 2006 (> 15 ans)
  - **Prévalence de l'obésité ( $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) 12,4 % et**
  - **celle du surpoids de 29,4 %**
  
- **Prévalence IMC  $\geq 40$  : 0,8 %.**
  
- **Prévalence de l'obésité**
  - **inversement proportionnelle au revenu du foyer**
  - **> le nord et l'est de la France.**

- Enquête nationale ENNS 2006( 3 115 adultes âgés de 18 à 74 ans et 1 675 enfants de 3 à 17 ans)
- **Prévalence**
  - de l'obésité 16.9 %
  - du surpoids 32,4 %
- Chez l'enfant de 3 à 17 ans, la prévalence de l'obésité
  - **3,5 %**
  - **celle du surpoids de 14,3 %**
- La prévalence de l'obésité plus élevée
  - **chez les femmes (17,6 %)**
  - **que chez les hommes (16,1 %).**

- Enquête Obépi–Roche 2006 : pour la première fois en 9 ans, les chiffres de la population en surpoids tendent à se stabiliser.....mais
- L'obésité continue sa progression dans toutes les tranches d'âge de la population, mais à un rythme plus modéré.

- Nb annuel d'actes de chirurgie bariatrique multiplié par 7 de 1997 à 2006.
- 68 % dans les établissements privés
- Un marché porteur :
  - 380 000 patients présentant un IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> en 2006 ( l'enquête Obepi-Roche)
  - 4 % de la population cible opérée....

- 54,5 % des équipes chir : moins de 3 interventions/an
- l'exercice de la chirurgie bariatrique n'est actuellement pas soumis à agrément.

- Les résultats de 3 études dont une étude de cohorte prospective ayant comparé la chirurgie bariatrique au traitement non chirurgical de l'obésité ont **confirmé le bénéfice de la chirurgie bariatrique chez des sujets atteints d'obésité sévère ou morbide**

- 2 010 patients opérés (gastroplastie ajustables ou non 19 %, *bypass* gastrique 13 %...).
- Ils ont comparé prospectivement ce groupe de patients à un groupe de patients obèses traités non chirurgicalement (n = 2 037, traitement médical conventionnel, non standardisé et variable d'un centre à l'autre), apparié sur 18 variables.
- 37 à 60 ans
- IMC > 34 pour les hommes et IMC > 38 kg pour les femmes.

- Critère d'évaluation principal : mortalité globale
- Mortalité significativement plus faible dans le groupe opéré après un suivi moyen de 10,9 ans (suivi jusqu'à 16 ans, données disponibles pour 99,9 % des patients inclus)
- Taux de mortalité
  - 5,0 % dans le groupe opéré
  - 6,3 % dans le groupe contrôle,
  - la chirurgie réduit de 29 % la mortalité
- Mortalité postopératoire 0,25 %

- À 2 ans, la variation de poids était de
  - - 23,4 % dans le groupe opéré (- 32 ± 8 % pour les *bypass* gastriques,
  - - 25 ± 9 % pour les gastroplasties verticales calibrées
  - et - 20 ± 10 % pour la pose d'anneaux) et de + 0,1 % dans le groupe contrôle (p < 0,001) ;
  
- **À 10 ans, la perte de poids était de**
  - 25 % pour les *bypass* gastriques,
  - 16 % pour la gastroplastie verticale calibrée et
  - **14 % pour les anneaux.**
  
- Après 15 ans, la perte de poids était de 27 %, 18 % et 13 % respectivement
  
- **Perte d'excès de poids 50% (AGA)**
  
- La variation de poids dans le groupe contrôle était de ± 2 % durant la période d'observation

- **Diabète : incidence 4 fois plus faible ds le gpe chir ( à 10 ans)**
- **HTA et autres comorbidités : 0 à 10 ans**

- **Moins puissantes mais**
- **Résultats comparables**



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE**

# Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte

Janvier 2009

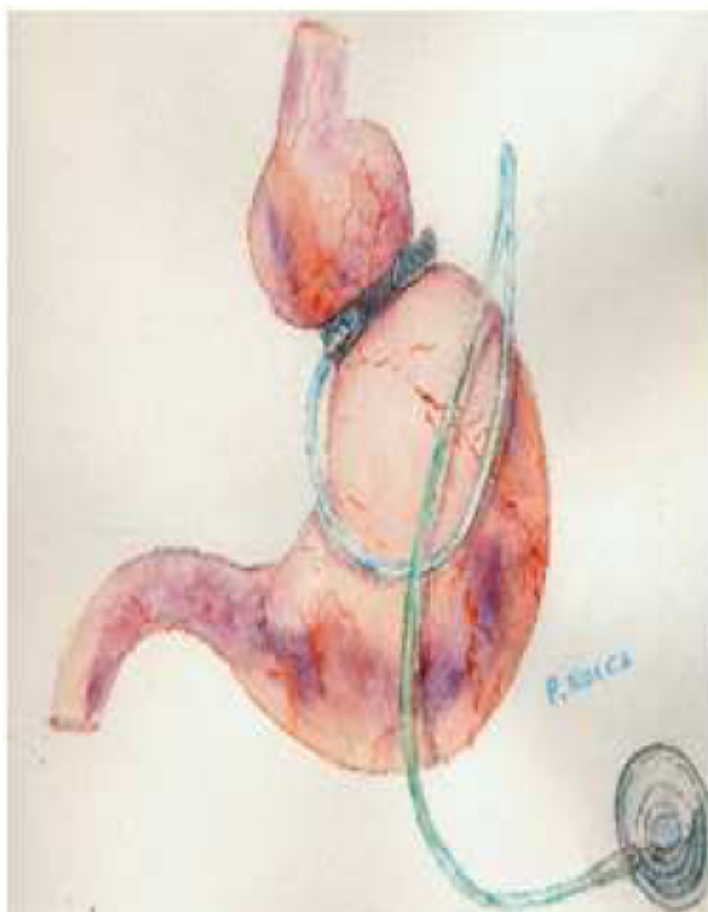
## OBJECTIFS

- **Améliorer l'efficacité à long terme de la chirurgie bariatrique et réduire la survenue des complications par :**
  - une meilleure sélection, information et préparation des patients
  - le choix de la technique apportant le meilleur rapport bénéfice/risque chez les patients sélectionnés
  - une meilleure formalisation de la constitution et du rôle de l'équipe pluridisciplinaire
- **Réduire la gravité des complications par leur détection et leur prise en charge précoce**

*Les recommandations qui suivent sont basées sur des études de niveau de preuve Intermédiaire ou le plus souvent faible.*

- **La restriction gastrique :**
  - anneau gastrique [AGA],
  - gastroplastie verticale calibrée [GVC] qui tend à ne plus être pratiquée,
  - gastrectomie longitudinale [GL] ;
  
- **La malabsorption intestinale :**
  - dérivation biliopancréatique [DBP]
  - ou *bypass* gastrique [BPG].

## Schéma d'une intervention avec pose d'un anneau gastrique ajustable



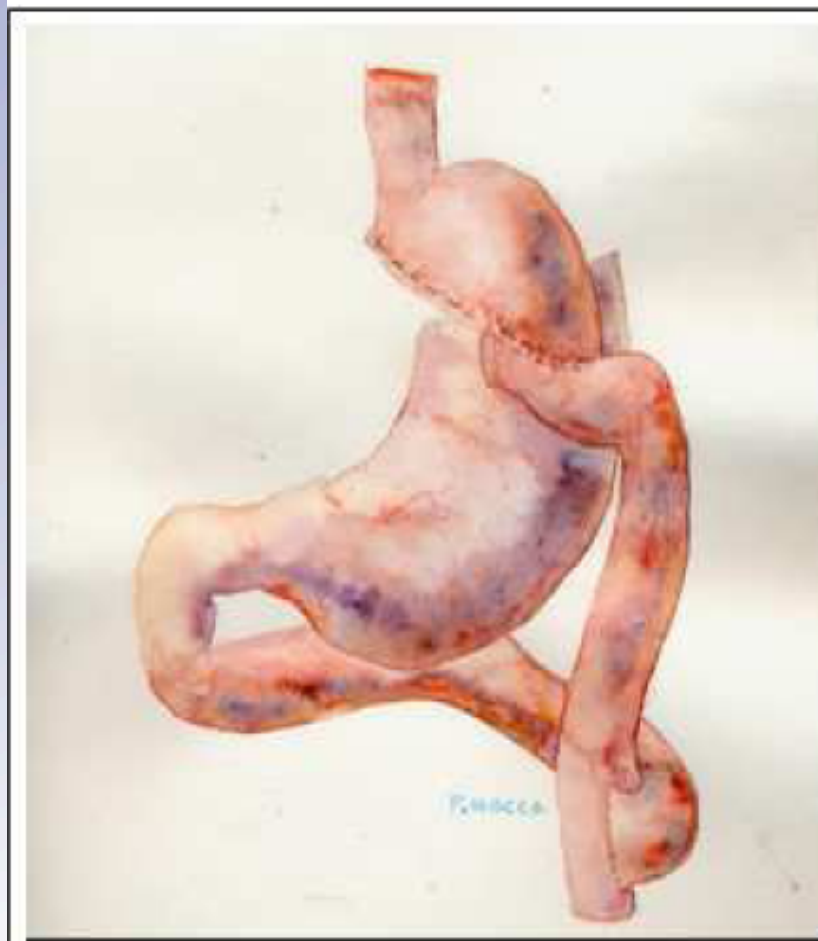
## Schéma d'une gastroplastie verticale calibrée



## gastrectomie longitudinale



## bypass gastrique



## dérivation biliopancréatique



## Le rapport bénéfice/risque des ≠ techniques

---

- Pas de supériorité d'une technique par rapport à une autre.
- La perte de poids attendue (40 à 75 % de l'excès de poids)
- Et le risque de complications postopératoires, de retentissement nutritionnel (risque de carences dont certaines peuvent conduire à des atteintes neurologiques graves) et la mortalité augmentent avec les interventions suivantes : AGA, GVC, GL, BPG, DBP.

- **au sein d'équipes pluridisciplinaires,**
- **en liaison avec le médecin traitant.**
- **dans le cadre d'un projet personnalisé pour le patient.**

- **les troubles cognitifs ou mentaux sévères**
- **les troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire**
- **l'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé**
- **la dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives**
- **l'absence de prise en charge médicale préalable identifiée ;**
- **les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme ;**
- **les contre-indications à l'anesthésie générale.**

- **Grossesse = CI ! → Test 48 h avant Chir**
  
- **Après chir :**
  - **Projet de grossesse : évaluation nutritionnelle**
  - **Grossesse en cours : id**
  - **supplémentations**

## **l'ensemble des 6 conditions suivantes+++**

- 1. IMC > 40 ou 35... (cf. diapo suivante)**
- 2. Echec traitement médical > 6 mois**
- 3. en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids**
- 4. Patient informé**
- 5. Acceptant le suivi au long cours**
- 6. Risque chir acceptable**

- **IMC > 40 ou**
  
- **IMC > 35 et comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie**
  - HTA
  - SAHOS\* et autres troubles respiratoires sévères,  
\*syndrome apnée hypopnée obstructive sévère
  - diabète de type 2,
  - Maladies ostéo-articulaires invalidantes,
  - stéatohépatite non alcoolique

- **L'ado ?**
- **> 60 ans ?**
- **IMC < 35 ?**
- **Le mini gastric bypass**
- **Un registre national recommandé....mais non obligatoire**

- **Chir en 2 temps**
  - procédure restrictive
  - Puis procédure malabsorptive

## Indication : en 2ème intention

- après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois
- Une perte de poids avant la chirurgie n'est pas une contre-indication à la chirurgie bariatrique déjà planifiée, même si le patient a atteint un IMC inférieur au seuil requis ++

- **Les différentes techniques chirurgicales :**
  - leur principe,
  - leurs bénéfices respectifs
  - leurs risques et inconvénients respectifs,
  - les limites de la chirurgie ;
  
- **La nécessité d'une modification du comportement alimentaire et du mode de vie (nécessité d'une activité physique régulière) avant et après l'intervention**
  
- **La nécessité d'un suivi médico-chirurgical la vie durant et les conséquences potentiellement graves de l'absence de suivi ;**
  
- **La possibilité de recours à la chirurgie réparatrice après la chirurgie bariatrique**
  
- **S'assurer que le patient a bien compris cette information.**

- Bilan et prise en charge des comorbidités (cardio-vasculaires, métaboliques, respiratoires)
- Evaluation du comportement alimentaire et la prise en charge d'un éventuel trouble du comportement alimentaire (TCA) ;
- Bilan nutritionnel et vitaminique (dosages d'albumine, hémoglobine, ferritine et coefficient de saturation en fer de la transferrine, calcémie, vitamine D, vitamine B1, B9, B12) et une correction des déficits éventuels,
- Evaluation des capacités de mastication ;
- Endoscopie oesogastroduodénale et la recherche *d'Helicobacter pylori*.

### ■ Prandiaux

- Hyperphagie prandiale
- Desinhibition
- Impulsivité

### ■ Extra prandiales

- Grignotage
- Compulsion : forme sévère = *binge eating* (BE)...*binge eating disorder* (BED).
- *prises alimentaires nocturnes* (*night eating syndrome* : NES)

- **Une prévalence élevée et variable chez les candidats à la chir bariatrique**
- **Effets mal connus +++**
- TCA, et notamment ceux mettant en jeu une impulsivité alimentaire, ne constituent pas une contre-indication absolue à la chirurgie

- La mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique
  - **diététique**
  - **Activité physique recommandée dès la période préopératoire.**
  
- **Evaluation psychologique et psychiatrique est recommandée pour tous les patients candidats à la chirurgie bariatrique.**

## La décision : une RCP !!!

- **L'équipe\* pluridisciplinaire comporte au minimum**
  - un chirurgien,
  - un médecin spécialiste de l'obésité (nutritionniste, endocrinologue ou interniste),
  - une diététicienne,
  - un psychiatre ou un psychologue
  - un anesthésiste-réanimateur.
  
- **Un coordinateur** est identifié et référent pour chaque patient.
  
- **Les conclusions de cette concertation doivent être :**
  - formalisées et transcrites dans le dossier du patient ;
  - **communiquées au patient**, à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire
  - **et au médecin traitant**

\* ≠ succession de consultation SANS concertation

- **Il est recommandé que la technique opératoire soit réalisée par un chirurgien**
  - justifiant d'une formation spécifique en chirurgie laparoscopique et en chirurgie bariatrique,
  - travaillant au sein d'une équipe pluridisciplinaire ou d'un réseau d'établissements (accord professionnel).
  
- **L'équipe pluridisciplinaire ou le réseau d'établissements doivent**
  - avoir l'expertise de la prise en charge de l'obésité morbide ;
  - être en mesure de proposer aux patients les différentes techniques de chirurgie bariatrique.

- **Efficacité et sécurité augmentent avec l'expérience du chir**
- un volume d'activité des équipes chirurgicales > 2 procédures/semaine (90 procédures/an) prédictif de succès en termes de perte de poids à 2 ans après pose d'anneau gastrique
- Néanmoins, il n'y a pas d'accord sur le volume minimal d'activité requis.....

- **Mortalité post précoce < 30 jours (embolie pulmonaire >50%)**
  - Anneaux : 0.1%
  - GVC : 0.35
  - BPG : 0.5

- **Un suivi TOUTE LA VIE ( maladie chronique)**
- **Fréquence des consultations** : au moins 4 fois la première année, 1 ou 2 fois par an après
- **Le suivi médico-chirurgical** :
  - la prévention et la recherche de carence vitaminique ou nutritionnelle :
  - recherche de signes cliniques (notamment signes neurologiques) et biologiques de dénutrition ou de carence vitaminique,
  - supplémentation systématique après chirurgie malabsorptive (multivitamines, calcium, vitamine D, fer et vitamine B12) ;
  - Recherche de complications ou de dysfonctionnement du montage chirurgical.

## Après l'intervention : suivi biologique

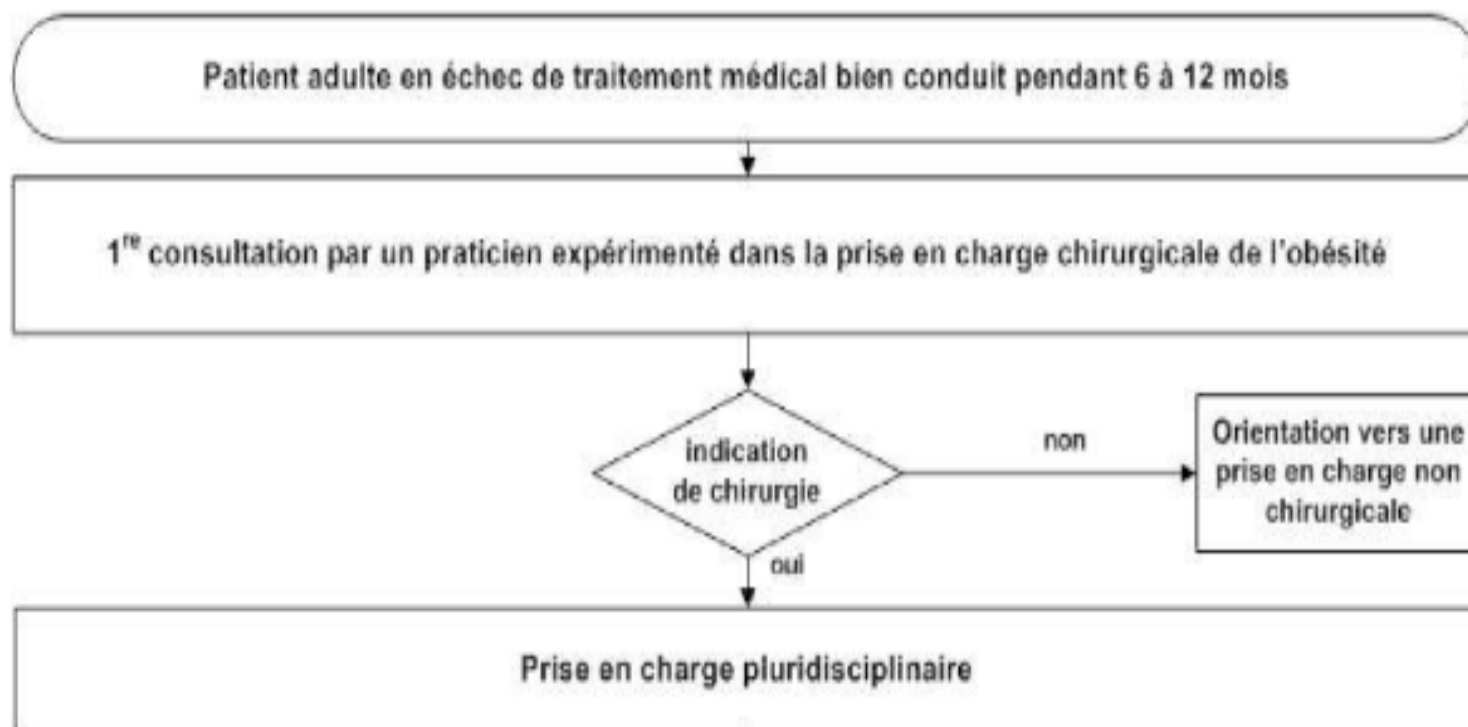
- Bilan nutritionnel et vitaminique, orienté par la clinique et la technique.
  
- **Peut comporter un dosage**
  - d'albumine et de préalbumine,
  - d'hémoglobine,
  - de ferritine et coefficient de saturation en fer de la transferrine,
  - de calcémie, de vitamine D, de PTH,
  - de vitamine A, B1, B9, B12, de zinc ou de sélénium (grade C).
  
- Dosages 3 et 6 mois après l'intervention, puis au moins annuellement

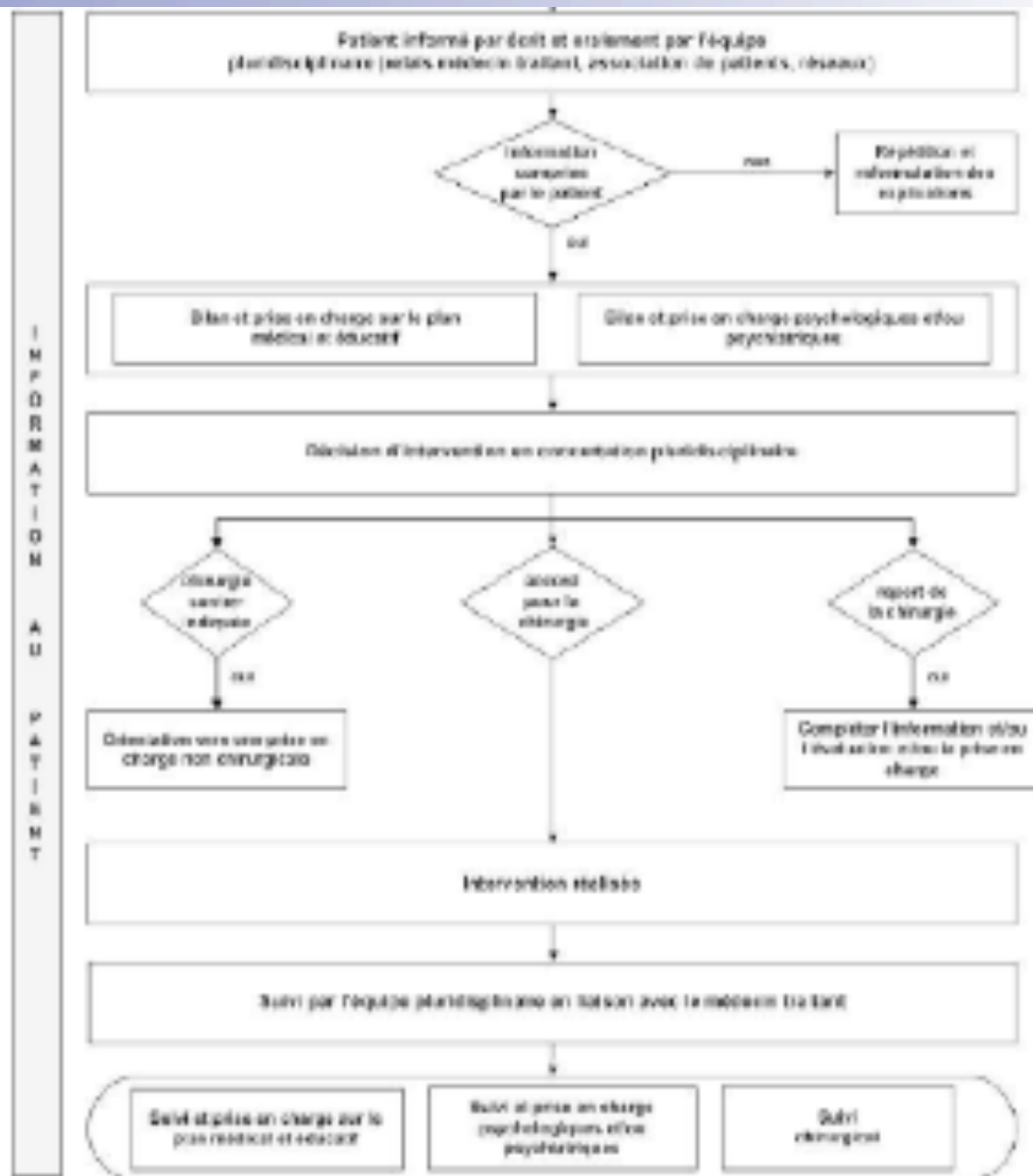
- Les traitements doivent être adaptés :
  - **traitement des comorbidités (cardio-vasculaires, métaboliques, respiratoires...) ;**
  - **traitements en cours pouvant faire l'objet d'une malabsorption après chirurgie malabsorptive (par exemple anti-vitamines K, hormones thyroïdiennes, antiépileptiques, etc.).**

- **Éducatif**
  - **Diététique**
  - **activité physique**
  
- **Psychologique et psychiatrique**
  - **pour les patients qui présentaient des TCA ou des pathologies psychiatriques en préopératoire ;**
  - **au cas par cas pour les autres patients.**
  
- **Chirurgie réparatrice est possible après stabilisation de la perte de poids, 12 à 18 mois après chirurgie bariatrique, en l'absence de dénutrition.**
  
- **Les grossesses doivent être préparées.**

- **En d'échec ou de dysfonctionnement du montage**
- **Risque élevé**
- **L'IMC à prendre en compte est l'IMC maximal documenté (< 35 possible)**
- **Mêmes procédures et RCP .....**

### Figure 1. Parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique





**MERCI**