

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 chirurgie bariatrique ou chirurgie de l'obésité comporte deux grands types d'intervention :

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

Le rapport bénéfice/risque des différentes techniques ne permet pas d'affirmer la supériorité d'une technique par rapport à une autre. La perte de poids attendue (40 à 75 % de l'excès de poids) mais également la complexité de la technique, 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.

La prise en charge des patients dans le cadre de la chirurgie bariatrique doit être réalisée au sein d'équipes pluridisciplinaires, en liaison avec le médecin traitant. Cette prise en charge s'inscrit dans le cadre d'un projet personnalisé pour le patient.

La chirurgie bariatrique peut être envisagée chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

- patients avec un IMC ≥ 40 kg/m² ou bien avec un IMC ≥ 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (notamment hypertension artérielle, syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique)
- en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois
- en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids
- patients bien informés au préalable, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires
- patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme
- risque opératoire acceptable

INFORMER LE PATIENT

- Le patient doit être informé à toutes les phases de la prise en charge dans le cadre de la chirurgie bariatrique.
- L'information doit porter principalement sur :
 - ▶ 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.
- Il est nécessaire de s'assurer que le patient a bien compris cette information.

ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE LE PATIENT AVANT L'INTERVENTION

- L'évaluation médico-chirurgicale préopératoire comporte notamment :
 - ▶ un bilan et une prise en charge des comorbidités (cardio-vasculaires, métaboliques, respiratoires...) ;
 - ▶ une évaluation du comportement alimentaire et la prise en charge d'un éventuel trouble du comportement alimentaire (TCA) ;
 - ▶ un 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, une évaluation des capacités de mastication ;
 - ▶ une endoscopie œsogastroduodénale et la recherche d'*Helicobacter pylori*.
- La mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique aux plans diététique et de l'activité physique est recommandée dès la période préopératoire.
- L'évaluation psychologique et psychiatrique est recommandée pour tous les patients candidats à la chirurgie bariatrique.

PRENDRE LA DÉCISION D'INTERVENTION

- La décision d'intervention est prise à l'issue d'une discussion et d'une concertation de l'équipe pluridisciplinaire.
- 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 et 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.

SUIVRE ET PRENDRE EN CHARGE LE PATIENT APRÈS L'INTERVENTION

- **Le suivi et la prise en charge du patient après l'intervention doivent être assurés la vie durant**, l'obésité étant une maladie chronique et en raison du risque de complications tardives (chirurgicales ou nutritionnelles dont certaines peuvent conduire à des atteintes neurologiques graves).
- Fréquence des consultations : au moins 4 fois la première année, 1 ou 2 fois par an après.
- Le suivi médico-chirurgical doit mettre l'accent sur :
 - ▶ 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) ;
 - ▶ la recherche de complications ou de dysfonctionnement du montage chirurgical.
- 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.).
- Le suivi éducatif établi en préopératoire au plan diététique et de l'activité physique est poursuivi.
- Le suivi au plan psychologique et psychiatrique est recommandé pour les patients qui présentaient des TCA ou des pathologies psychiatriques en préopératoire ; il est proposé au cas par cas pour les autres patients.
- Le recours à la 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.

RÉALISER UNE RÉINTERVENTION (SECONDE PROCEDURE DE CHIRURGIE BARIATRIQUE RESTRICTIVE OU MALABSORPTIVE)

- Les réinterventions sont indiquées en cas d'échec de la chirurgie bariatrique (perte de poids jugée insuffisante par le patient et l'équipe médico-chirurgicale) ou de dysfonctionnement du montage chirurgical.
- Il est nécessaire d'informer les patients sur le risque des réinterventions plus élevé que celui des interventions.
- L'IMC à prendre en compte est l'IMC maximal documenté (un IMC inférieur à 35 kg/m² ne contre-indique pas la réintervention).
- L'indication est posée après évaluation et prise en charge préopératoires comparables à celles réalisées avant une intervention initiale. Il est en particulier nécessaire d'identifier la cause de l'échec et de proposer une prise en charge adaptée.
- La décision de réintervention est prise à l'issue d'une discussion et d'une concertation pluridisciplinaires.

Figure 1. Parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique

