



L'obésité a atteint des proportions épidémiques.

Chirurgie bariatrique – états des lieux

Le saviez-vous ?

6 705

C'est le nombre de chirurgiens bariatriques comptabilisés en 2011 dans le monde.¹

Auparavant, l'obésité touchait principalement les pays à revenu élevé. Aujourd'hui, elle est également très répandue dans les pays à revenu faible et moyen, au point d'atteindre des proportions épidémiques. La prévalence mondiale a plus que doublé entre 1980 et 2014. Selon de nouveaux chiffres particulièrement alarmants, 42 millions d'enfants de maternelle étaient en surpoids ou obèses en 2013.²

Les troubles cardiovasculaires (tels que coronaropathies, AVC et hypertension), le syndrome métabolique, le diabète de type 2, les troubles musculosquelettiques ainsi que certains cancers ou problèmes psychologiques et psychiatriques sont tous associés à l'obésité et contribuent à renforcer la mortalité et la morbidité.

L'obésité est due à un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées, qui peut être évité. Cependant, les approches non chirurgicales, notamment celles fondées sur l'alimentation ou l'activité physique, sont bien souvent insuffisantes. Ainsi, face au nombre croissant de cas d'obésité sévère, les interventions de chirurgie bariatrique se multiplient dans le monde entier. Entre 2003 et 2013, leur nombre est passé de 150 000 à près de 470 000 par an.^{3 4}

Selon plusieurs recommandations, la chirurgie bariatrique serait bénéfique aux patients affichant un IMC entre 30 et 35 et souffrant de lourdes comorbidités et dans les cas d'IMC >35 sans comorbidité. D'après de nombreuses études, la chirurgie bariatrique entraînerait une perte de poids moyenne considérable et favoriserait le recul des comorbidités telles que le diabète sucré et le syndrome métabolique.

Quelles sont les principales techniques de chirurgie bariatrique et en quoi se distinguent-elles ?

Les interventions de chirurgie bariatrique favorisent la perte de poids en limitant l'absorption des nutriments et la quantité de nourriture pouvant être ingérée lors d'un repas. Elles s'articulent autour de deux grandes approches (restrictive et malabsortive) pouvant parfois être combinées. Les modifications chirurgicales apportées à l'anatomie du

¹ Buchwald, Oien, pages 427-36

² WHO Fact Sheet No 31, updated January 2015

³ Angrisani et al, pages 1822-32

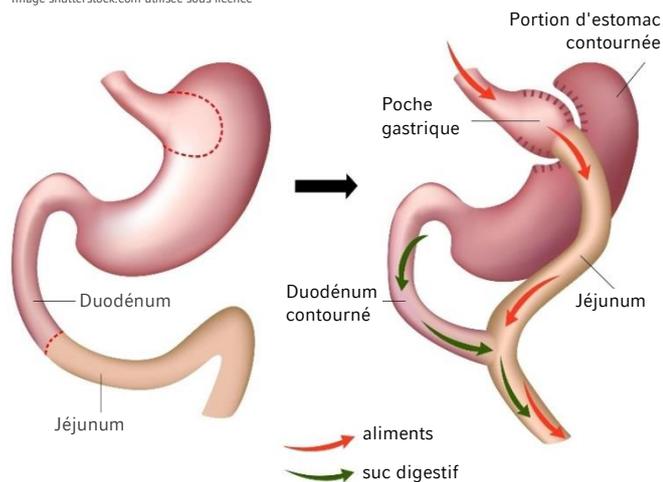
⁴ Buchwald, Oien, pages 1605-11

tractus gastro-intestinal permettent de réduire la taille de l'estomac, de contourner certaines parties de l'appareil digestif ou d'associer les deux techniques. La dérivation gastrique de Roux-en-Y, la gastrectomie longitudinale et l'anneau gastrique ajustable sont les techniques chirurgicales les plus répandues. Plus de 90 % des interventions de chirurgie bariatrique réalisées dans le monde sont des laparoscopies. Chaque cas doit être examiné avec soin afin de sélectionner la technique de chirurgie bariatrique la mieux adaptée à l'âge, à l'état de santé et aux comorbidités du patient. Dans l'ensemble, la mortalité périopératoire associée à la chirurgie bariatrique est aujourd'hui inférieure à 1%.⁵ Une intervention de chirurgie plastique doit souvent être réalisée en complément de la chirurgie bariatrique.

Dérivation gastrique de Roux-en-Y (RYGB) : cette intervention de chirurgie bariatrique, réalisée pour la première fois par laparoscopie en 1993, associe les approches restrictive et malabsorptive.⁶ Il s'agit d'un acte très lourd réalisé par laparoscopie, qui réduit considérablement la durée d'hospitalisation et le temps de guérison par rapport à une laparotomie classique.

Dérivation gastrique de Roux-en-Y (RYGB)

Image shutterstock.com utilisée sous licence



Intervention actuellement la plus pratiquée en Europe et en Amérique latine/du Sud

Cette technique laparoscopique a été utilisée lors de 45 % des interventions de chirurgie bariatrique dans le monde et

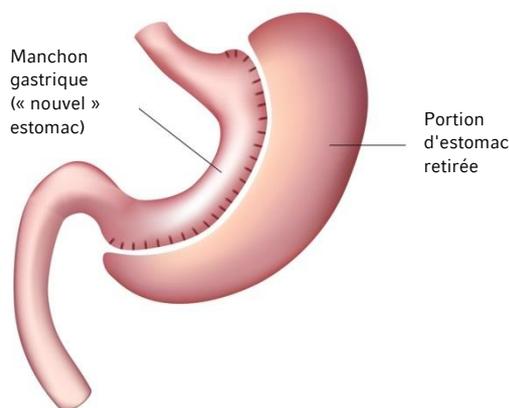
⁵ Buchwald et al, pages 1724-1737
⁶ Wittgrove, Clark, pages 233-39

ce pourcentage est resté à peu près stable depuis 2008. Il s'agit actuellement de l'intervention la plus pratiquée en Europe et en Amérique latine/du Sud.⁷

Les principales complications postopératoires à long terme sont le syndrome de dumping (passage trop rapide des aliments dans l'intestin grêle, à l'origine d'une gêne et d'épisodes diarrhéiques), ainsi que des carences en vitamines, fer et calcium.

Gastrectomie longitudinale par laparoscopie (LSG)

Image shutterstock.com utilisée sous licence



Intervention souvent réalisée chez les patients super-obèses à haut risque

La gastrectomie longitudinale par laparoscopie (LSG) est une intervention relativement récente en chirurgie bariatrique, souvent réalisée chez les patients super-obèses à haut risque. La part mondiale de cette technique chirurgicale est passée de 0 % en 2008⁸ à 37 % en 2014⁹. La LSG est actuellement l'approche la plus répandue aux États-Unis, au Canada et en Asie-Pacifique. Il s'agit d'une technique restrictive, qui consiste à retirer 75 % de l'estomac sans dérivation intestinale. Le « nouvel » estomac est de la taille d'une banane, ce qui réduit la quantité d'aliments pouvant être ingérés lors d'un repas. L'opération est assez courte et les complications graves sont rares, notamment les réinterventions dues à l'occlusion du manchon gastrique.¹⁰ La gastroscopie reste possible et une simple supplémentation en vitamine B12 est indiquée.

Anneau gastrique ajustable (AGA) : cette intervention était la plus courante jusqu'en 2008. Sa pratique dans le monde

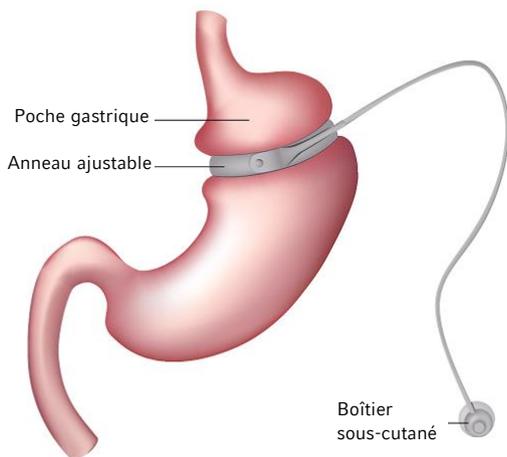
⁷ Angrisani et al, 1822-32
⁸ Buchwald, Oien, pages 427-36
⁹ Angrisani et al, 1822-32
¹⁰ Peterli et al, 690-695

est ensuite passée de 68 %¹¹, à 10 % en 2013. Il s'agit d'une approche restrictive qui ne limite pas l'absorption des nutriments. La taille de l'ouverture peut être réglée par l'utilisation d'un anneau gonflable et d'un réservoir sous-cutané (boîtier).

Les nombreuses complications (dilatation de la poche gastrique, migration intra-gastrique de l'anneau et fuites du réservoir) ainsi que l'efficacité limitée sur la perte de poids par rapport à d'autres techniques chirurgicales, ont peu à peu poussé les chirurgiens à se détourner de ce type d'intervention.

Anneau gastrique ajustable (AGA)

Image shutterstock.com utilisée sous licence



Approche restrictive de chirurgie bariatrique

Quelle est l'efficacité de la chirurgie bariatrique sur la perte de poids, la mortalité et la morbidité ?

De nombreuses études ont permis d'observer une perte de poids moyenne très importante à court et à long terme chez les patients opérés. L'étude SOS (Swedish Obese Subjects) est actuellement considérée comme l'une des plus pertinentes en termes d'effets à long terme sur la mortalité et la morbidité. Elle n'a cependant pas évalué la gastrectomie longitudinale par laparoscopie, qui est une technique de chirurgie bariatrique assez récente. Dans

l'étude SOS, la perte de poids maximale est observée un an après l'intervention, quelle que soit la technique utilisée.¹² Cette étude présente également l'évolution moyenne du poids sur 15 ans (en %) en fonction des différents types de chirurgie. La dérivation gastrique garantirait la perte de poids maximale à long terme, 15 ans après l'opération, avec une diminution de 27 %, contre seulement 13 % pour l'anneau gastrique.¹³ L'étude SOS révèle une baisse de 30,7 % de la mortalité chez les patients obèses ayant subi une intervention de chirurgie bariatrique par rapport aux cas d'obésité sans intervention chirurgicale (mortalité ajustée en fonction de l'âge, du sexe et des facteurs de risque).¹⁴

La gastrectomie longitudinale par laparoscopie étant un acte assez nouveau, les recherches ont été récemment approfondies. Une étude à long terme¹⁵ a mis en évidence une perte de poids légèrement supérieure à 50 % au bout de 5 ans. Ces résultats soulignent l'importance croissante de ce type de chirurgie bariatrique dans le monde.

De nombreuses études ont permis d'observer l'efficacité de la chirurgie bariatrique sur le diabète ainsi qu'une évolution positive en matière de métabolisme. Le diabète peut même disparaître dans certains cas, selon la durée de la maladie avant l'intervention.

Une étude en population générale¹⁶ de 16 683 patients incluant un suivi de 10 ans après l'intervention de chirurgie bariatrique a révélé une surmortalité importante due au suicide (2 cas prévus, contre 16 observés). Des taux élevés de suicide ont également été constatés lors d'études plus récentes.

Il se peut que la prévalence des maladies mentales (parfois non diagnostiquées) soit plus élevée chez les patients obèses avant la chirurgie bariatrique, ce qui pourrait entraîner un taux de suicide accru après l'opération.

¹¹ Angrisani et al, 1822-28

¹² Sjöström et al, pages 741-52

¹³ Sjöström et al, pages 741-52

¹⁴ Sjöström, pages 93-97

¹⁵ Diamantis et al, pages 177-83

¹⁶ Omalu et al, pages 923-28

Chirurgie bariatrique et tarification

La mortalité reste globalement très importante après une chirurgie bariatrique. Nous sommes cependant satisfaits de constater qu'elle est réduite par rapport aux cas d'obésité sans traitement chirurgical.

Concernant la tarification, il est important d'examiner attentivement les éléments suivants : durée de l'obésité avant l'intervention, IMC actuelle, comorbidités passées et présentes ainsi que type et date de l'opération, ampleur de la perte de poids et problèmes psychologiques.

En matière d'invalidité, l'effet positif de la chirurgie bariatrique peut être limité par des troubles musculosquelettiques préexistants.

Dans l'ensemble, la chirurgie bariatrique est très efficace sur la plupart des patients en termes de perte de poids, de recul des comorbidités, de mortalité et de qualité de vie.



Dr. Gabriele Teichmann
General Manager & Group Medical Officer
Tél. +49 511 5604-1902
gabriele.teichmann@hannover-re.com

Références

- ANGRISANI L.; et al: Bariatric Surgery Worldwide 2013. *Obes. Surg.* 2015 Oct 25 (10), 1822-32. doi: 10.1007/s11695-015-1657-z.
- BUCHWALD H., OIEN DM: Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011. *Obes Surg*; 2013 Apr; 23 (4):427-36. doi: 10.1007/s11695-012-0864-0.
- BUCHWALD H., OIEN DM: Metabolic/bariatric surgery worldwide 2008; *Obesity Surgery* 2009;19(12):1605-1611.
- BUCHWALD Henry; AVIDOR Yoav; BRAUNWALD Eugene; et al: Meta-analysis. *JAMA.* 2004;292(14):1724-1737 (doi:10.1001/jama.292.14.1724).
- DIAMANTIS Theodoros, et al: Review of long-term weight loss results after laparoscopic sleeve gastrectomy; *Surgery for Obesity and Related Diseases.* Volume 10, Issue 1, Pages 177-183 (January 2014), DOI: 10.1016/j.soard.2013.11.007.
- OMALU B., et al: Death rates and causes of death after bariatric surgery for Pennsylvania residents, 1995 to 2004. *Archives of Surgery*, 2007 Oct;142 (10):923-8;
- PETERLI, R. et al: Early results of the Swiss Multicentre Bypass or Sleeve Study (SM-BOSS); *Annals of Surgery*, 2013; 258(5): 690-695
- SJÖSTRÖM, et al: Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med*, 2007 Aug 23;357(8):741-52.
- SJÖSTRÖM L: Bariatric surgery and reduction in morbidity and mortality: experiences from the SOS study. *International Journal of Obesity* (2008) 32, S93-S97; doi:10.1038/ijo.2008.244.
- WITTGROVE AC, CLARK GW: Laparoscopic gastric bypass, Roux-en-Y- 500 patients: technique and results, with 3-60 month follow-up. *Obes Surg.* 2000 Jun;10(3):233-9.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). Fact sheet No 311, updated January 2015.