



Obésité

Définition

La maladie obésité a été reconnue par l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 1997. Il s'agit d'une maladie chronique, définie comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. L'obésité est définie par l'index de masse corporelle (IMC).

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \text{Poids (kg)} / (\text{Taille} \times \text{Taille (m}^2\text{)})$$

En fonction de l'IMC différentes classes d'obésité ont été définies : l'obésité modérée pour un IMC entre 30 et 35, l'obésité sévère pour un IMC entre 35 et 40, et l'obésité morbide pour un IMC supérieur à 40 kg/m². Le taux l'obésité morbide a été multiplié par 4 en France en 12 ans ce qui correspond à environ 9,4 millions d'obèses dont plus de 700 000 en situation d'obésité morbide.

Symptômes

L'obésité au stade sévère ou morbide, peut entraîner des difficultés dans la vie de tous les jours. Elle peut entraîner des maladies comme le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le syndrome d'apnées du sommeil, des pathologies ostéo-articulaires ... Elle a donc des effets majeurs sur la qualité de vie mais aussi sur l'espérance de vie.

Traitement

La chirurgie de l'obésité ou chirurgie bariatrique est aujourd'hui le traitement le plus efficace de la maladie obésité. Bariatrique : de baros (poids) et de iatros (médecin). La chirurgie est efficace quand elle est intégrée dans une prise en charge globale multidisciplinaire incluant le bilan des pathologies qui lui sont possiblement associées et une préparation diététique et psychologique adaptée à chaque patient.

Notre équipe à un chemin clinique très élaboré de prise en charge chirurgicale de l'obésité morbide associant plusieurs équipes médicales : chirurgiens, hépato-gastro-entérologues, endocrinologues, psychiatres, psychologues, diététiciennes, pneumologues, spécialistes du sommeil, anesthésistes-réanimateurs spécialisés.... ce chemin dure entre six et douze mois. Les indications à la chirurgie sont bien définies, il s'agit des patients âgés de 18 à 65 ans avec un IMC supérieur à 40 ou un IMC supérieur à 35 avec des co-morbidités.

Trois techniques chirurgicales sont les plus utilisés, elles sont toutes les trois réalisées par laparoscopie. Il s'agit de l'anneau gastrique, la sleeve gastrectomie et le by-pass gastrique. Les deux grands mécanismes d'actions qui sont décrits dans ces interventions sont : la restriction et la malabsorption.

L'anneau gastrique est purement restrictif. Il s'agit de l'intervention la plus simple ayant peu de complications immédiates. L'anneau gastrique nécessite des manipulations répétées et présente un certain nombre d'échec. Il peut compliquer la chirurgie ultérieure avec une



augmentation des risques opératoires. Il est très rarement posé par notre équipe.

Le by-pass gastrique est une méthode mixte (restrictive et malabsorptive) qui est actuellement la deuxième technique utilisée en France. Elle reste une méthode de référence, très efficace et la plus étudiée avec un recul de plus de 25 ans. Il s'agit néanmoins d'une technique lourde avec rupture de la continuité digestive et création d'une malabsorption. Elle nécessite une supplémentation vitaminique à vie et rend impossible l'exploration endoscopique d'une partie du tube digestif.

La sleeve gastrectomie est une intervention plus récente, validée par la haute autorité de la santé en France en 2008. Elle agit par deux mécanismes, une restriction mécanique due à la réduction du volume gastrique et à une modification hormonale due à l'exérèse d'une partie du tissu produisant certaines hormones (diminution du taux de la ghréline et augmentation du taux de GLP1 et de PYY...). La sleeve gastrectomie correspond à une résection partielle longitudinale des deux tiers de l'estomac. C'est une technique efficace, avec une action métabolique importante, plus complexe à réaliser qu'un anneau gastrique et moins complexe qu'un by-pass. Elle peut entraîner des complications chirurgicales comme l'hémorragie et la fistule qui sont de l'ordre de 1 à 5%. La sleeve gastrectomie a été initialement décrite avec l'utilisation de 7 trocarts. Actuellement elle est pratiquée dans la plupart des centres avec 4-6 trocarts. Nous avons développé dans notre équipe la sleeve gastrectomie avec trois trocarts puis la technique de sleeve gastrectomie par trocart unique. Cette évolution a été possible grâce à l'avènement des nouvelles technologies chirurgicales et notamment les instruments courbes et les caméras flexibles. La sleeve gastrectomie est particulièrement adaptée à cette technique puisqu'elle permet l'extraction de la pièce opératoire par le même orifice permettant l'introduction des instruments chirurgicaux. Cette technique devrait permettre la diminution des douleurs post-opératoires, de la durée d'hospitalisation et d'améliorer ainsi le délai avant reprise d'activité ainsi que la qualité de vie. Ces effets seront évalués par notre équipe dans le cadre d'un protocole de recherche clinique national. Le patient est généralement hospitalisé la veille de son intervention. Il est opéré dans la matinée. Il n'y a généralement pas de drainage post-opératoire ni de sonde gastrique. Il reste à jeun pendant 48 heures. Au deuxième jour post-opératoire il est progressivement réalimenté après un scanner de contrôle qui permet de vérifier l'absence de complication. Le malade sort en général au 3ème ou 4ème jour post-opératoire avec un traitement antalgique, protecteur gastrique et anti-coagulant. Il est revu en consultation le premier mois puis à 3, 6 et 12 mois. Un bilan plus complet est réalisé au troisième mois et à un an pendant une hospitalisation de jour. Le patient est suivi par la suite tous les six mois à vie. Les principales complications sont l'hémorragie ou la fistule qui peut nécessiter un traitement radiologique, endoscopique par la pose d'une prothèse ou même une reprise chirurgicale.