

# Chirurgie de l'obésité Opération

*La solution la plus efficace pour faire perdre durablement du poids aux 12% d'obèses? Les interventions chirurgicales ! Voici des pistes pour déterminer qui a intérêt à s'allonger sur le billard pour des pertes et profits durables.*

« Et alors, je vais enfin être mince ? » Le chirurgien gastrique ne demanderait qu'à répondre : « Absolument. » Mais il ne dirait pas la vérité. Certes, ces quinze dernières années, les interventions chirurgicales destinées à lutter contre l'obésité se sont imposées comme le moyen le plus efficace, à long terme, de combattre les excès de poids. Mais avec des limites. Contrairement aux idées reçues, les techniques opératoires ne sont pas destinées à tous

les obèses. Et encore moins aux personnes seulement désireuses de perdre quelques kilos. De surcroît, l'opération « qui a si bien réussi sur une voisine », ou n'a pas eu le résultat escompté, est, précisément, celle de la voisine : pas la vôtre ! Voici quelques repères pour s'y retrouver.

## Tous sur le billard ?

« Tous les experts le confirment : ces interventions sont destinées aux personnes qui souffrent d'obésité morbide, c'est-à-dire celles qui ris-

raison de ces kilos en trop, parce qu'ils entraînent chez elles hypertension, diabète, apnée du sommeil, etc. », assure le Pr Guy-Bernard Cadière, chirurgien et chef du service de gastro-entérologie au CHU Saint-Pierre, à Bruxelles.

Le poids « idéal » est celui qui donne la meilleure espérance de vie. Le Body Mass Index (BMI) permet de le déterminer (il faut diviser le poids de la personne par sa taille au carré). Un résultat compris entre 20 et 25 signifie qu'aucun souci de santé n'est lié au poids. Au-delà d'un score de 40, on parle d'obésité morbide : plus de 30 000 adultes belges seraient concernés et ils sont les candidats potentiels à une opération. Celle-ci est également envisageable lorsque le BMI est supérieur à 35, mais pour autant que la personne souffre au moins d'une des maladies liées à l'obésité morbide.

« Dans tous les autres cas, la chirurgie doit être refusée : en effet, le risque opératoire est alors supérieur à celui lié au surpoids », déclare le Pr Cadière.

## Que peut-on espérer d'une telle opération ?

L'objectif du chirurgien et de l'équipe multidisciplinaire est clair : diminuer de 50% l'excès de poids, ce qui revient à redonner une espérance de vie « normale ». Les interventions améliorent l'hypertension chez 90% des sujets, la guérissent dans 60 à 65% des cas. Pour le diabète, l'amélioration est de 100% et les guérisons atteignent de 90 à 95%. Quant aux apnées, elles disparaissent. En pratique, les opérations entraînent peu de morbidité (complications) opératoire : bien tolérées, elles n'ont que peu d'effets par la suite, et ils sont bien connus.

## Dans la vie, il n'y a pas que l'anneau...

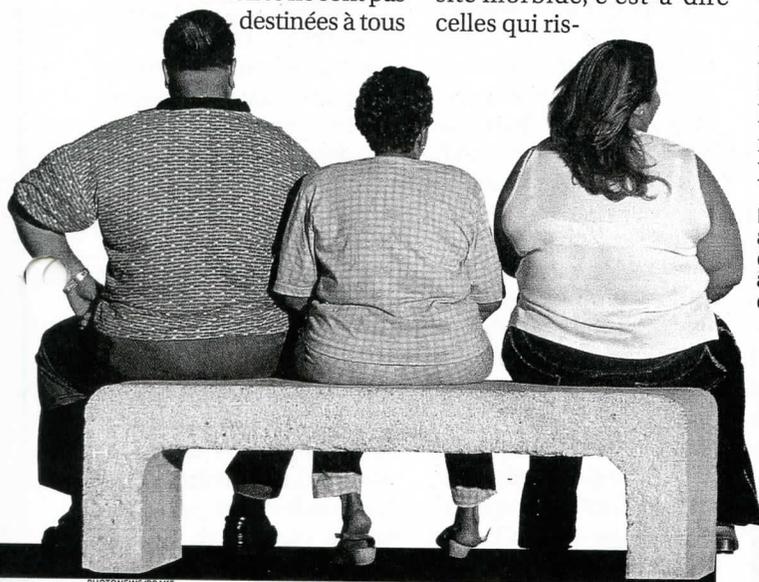
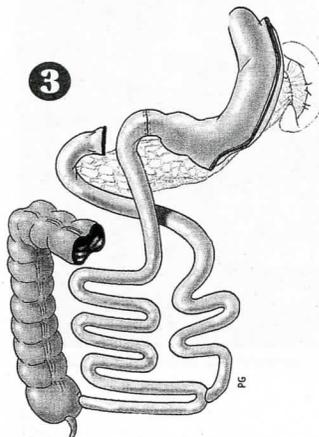
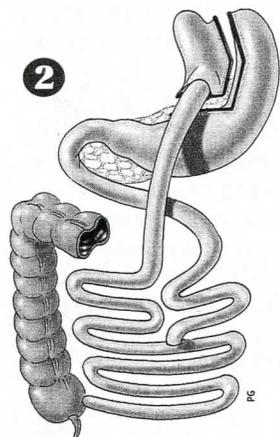
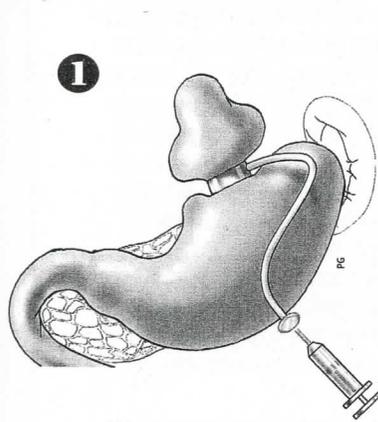
Trois interventions ont fait la preuve de leur supériorité et toutes sont à choisir par laparoscopie (c'est à dire en passant par de minuscules « trous »).

► La pose d'un anneau gastrique est une technique de chirurgie restrictive pure : on réduit l'estomac en diminuant son volume, avec la création d'une petite poche gastrique. L'opéré sera désormais obligé de manger très lentement. Du coup, le centre de satiété sera stimulé avant qu'une grande quantité de nourriture n'ait été avalée. On mange moins... et on maigrit.

Cinq ans après l'opération, la perte de l'excès de poids s'élève à 50%. Les complications tardives (une dilatation de la poche gas-

**La chirurgie est destinée aux personnes qui souffrent d'obésité morbide. Pas à celles qui désirent perdre quelques kilos en trop.**

- 1 L'anneau gastrique.
- 2 Le duodenal switch une partie de l'intestin va être court-circuitée.
- 3 Le gastric by-pass on court-circuite l'intestin et on crée une poche gastrique.



PHOTONEWS/BRAKE

# succès

trique dans 10 % des cas, une érosion due à l'anneau dans 2 % des cas) sont faciles à traiter. En revanche, même si l'indice de satisfaction des patients est de 82 %, cette technique procure une qualité de vie moins bonne que les autres opérations.

► Le duodéal switch (DS) vise à créer une mauvaise absorption des graisses. Le chirurgien réduit, en le court-circuitant en partie, le trajet du passage des aliments dans l'intestin, là où les graisses sont absorbées. Résultat : le corps n'a plus le temps d'intégrer toutes les calories avalées, d'où un amaigrissement.

Cinq ans après l'intervention, l'excès de poids est réduit de 75 %. La morbidité opératoire oscille entre 5 et 10 %. Mais le DS est très bien toléré et procure la meilleure qualité de vie, car il permet de conserver tout le plaisir de manger sans excès. En revanche, des complications tardives sont à craindre : des diarrhées et des carences en vitamines, en fer, en calcium qui obligent à prendre, à vie, des suppléments alimentaires et à accepter régulièrement une surveillance stricte.

► Le gastric by-pass allie une restriction de l'estomac (et, donc, la création d'une poche gastrique) à une mauvaise absorption des graisses, par une liaison directe créée entre l'estomac et l'intestin. Une fois l'opération réalisée, l'apport de glucides (les sucres) provoquera un pic d'insuline, d'où un sentiment de dégoût pour ces aliments.

L'excès de poids sera réduit de 65 %. L'opération, bien tolérée, provoque une morbidité opératoire allant de 0 à 5 % (selon les équipes). Les complications tardives po-

tentielles sont soit des sténoses (un rétrécissement de la suture), soit des carences en vitamines, qui ne nécessitent toutefois pas une surveillance aussi drastique qu'après un duodéal switch.

## Le petit plus...

Grâce à leur expérience, les chirurgiens proposent généralement l'opération qui offre le plus de chances de convenir à tel ou tel type d'obèse. Si le futur opéré souffre de reflux gastrique, il s'agit du gastric by-pass. Idem en cas de diabète (excepté pour les BMI supérieurs à 50 : un duodéal switch s'avère alors préférable). D'autre part, le comportement alimentaire des patients est un paramètre à prendre en compte. On déconseille l'anneau aux « sweet eaters », qui apprécient le sucre, les glaces, le chocolat, si faciles à avaler malgré la réduction gastrique ! Et pour les mangeurs compulsifs, incapables de respecter les principes d'une bonne éducation nutritionnelle, place au duodenal switch !

Dernière « précaution » à prendre en considération : la présence d'une bonne unité de soins intensifs dans l'hôpital où se déroule l'intervention...

## Et par la bouche ?

Depuis dix-huit mois, l'équipe des Prs Guy-Bernard Cadière et Jacques Himpens a procédé à 40 opérations non plus par laparoscopie mais par la bouche, sur des personnes pour lesquelles s'imposait une diminution de la poche pour un anneau fixé antérieurement. En septembre prochain, ils commenceront à poser directement des anneaux par cette voie trans-orale. Interdit de dire que l'on sera alors sauvé... par où on a péché ! ●

**Pascale Gruber**