

# Chirurgie bariatrique

Sagar Rohailla M.D., M.Sc., Timothy D. Jackson M.D., MPH, Michael Fralick M.D.

■ Cite as: JAMC. Le 8 août 2017; vol. 189 : p. 1017. doi : 10.1503/cmaj.170339

## 1 La chirurgie bariatrique est indiquée chez les patients qui ont un indice de masse corporelle (IMC) de 40 kg/m<sup>2</sup> et plus

Selon une revue systématique, la chirurgie bariatrique peut aussi être envisagée chez les patients qui ont un IMC de 35 kg/m<sup>2</sup> et plus et au moins une comorbidité, telle que l'hypertension, le diabète de type 2 et l'apnée obstructive du sommeil. Certains suggèrent d'envisager la chirurgie bariatrique chez les sujets qui ont un IMC de 30 kg/m<sup>2</sup> et plus s'ils souffrent d'un diabète de type 2 d'apparition récente<sup>1,2</sup>. La dérivation gastrique Roux-en-Y et la gastrectomie longitudinale sont les chirurgies bariatriques les plus fréquentes au Canada et elles s'effectuent en général par laparoscopie.

## 2 La chirurgie bariatrique est la méthode la plus efficace pour le maintien de la perte de poids

Selon des données tirées d'essais cliniques à long terme, la perte de poids moyenne cinq ans après la dérivation gastrique a été de 23 kg, contre 5 kg avec un traitement médical<sup>2</sup>. Avant l'intervention chirurgicale, les patients sont évalués par une équipe multidisciplinaire complète qui examine et améliore les résultats de leurs comorbidités médicales et psychosociales en lien avec l'obésité; elle analyse les causes de l'obésité et identifie les patients qui ne sont pas de bons candidats pour la chirurgie bariatrique (par exemple, les patients qui souffrent de maladie psychiatrique grave et non traitée ou qui ont des antécédents chirurgicaux complexes).

## 3 La chirurgie bariatrique est associée à une réduction des comorbidités telles que le diabète, le syndrome métabolique, l'apnée obstructive du sommeil et l'hypertension

Après la chirurgie bariatrique, environ le quart des patients atteints de diabète de type 2 obtiennent une hémoglobine glycosylée inférieure à 6 % et réduisent leur utilisation d'insuline et d'hypoglycémifiants oraux<sup>2</sup>. Parmi les autres avantages, mentionnons une réduction des taux d'hypertension, d'apnée obstructive du sommeil et de dyslipidémie 3 à 5 ans après l'intervention<sup>2,3</sup>.

## 4 Le risque de complications à court terme varie

Le risque de complications majeures (obstruction, hémorragie, événement thromboembolique veineux) au cours des 30 premiers jours postopératoires est d'environ 5 %, et dépend des comorbidités, du statut fonctionnel préopératoire, du type d'intervention effectuée et de l'expertise du chirurgien et de l'hôpital<sup>4</sup>. Les complications à court terme incluent : hémorragie, infection du site opératoire, hernie incisionnelle et ventrale et fuites au niveau de l'anastomose<sup>2,4</sup>.

## 5 Des déficits en micronutriments peuvent s'observer après la dérivation gastrique.

Il est préférable de demander les analyses suivantes dans les quatre semaines environ suivant l'intervention chirurgicale (et pendant les mois subséquents) pour évaluer les déficits en micronutriments : calcium urinaire des 24 heures, vitamine B12, acide folique, dosage du fer, dosage de la 25-hydroxy-vitamine D, hormone parathyroïdienne et vitamine A<sup>5</sup>. D'autres tests peuvent être envisagés (par exemple, cuivre, zinc, sélénium, thiamine) si les patients présentent des signes ou des symptômes cliniques de déficit<sup>5</sup>.

## Références

1. Stegenga H, Haines A, Jones K, et al.; Guideline Development Group. Identification, assessment, and management of overweight and obesity: summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2014;349:g6608.
2. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, et al.; STAMPEDE Investigators. Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes — 5-year outcomes. *N Engl J Med* 2017;376:641-51.
3. Chang SH, Stoll CR, Song J, et al. The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003–2012. *JAMA Surg* 2014;149:275-87.
4. Jackson TD, Hutter MM. Morbidity and effectiveness of laparoscopic sleeve gastrectomy, adjustable gastric band, and gastric bypass for morbid obesity. *Adv Surg* 2012;46:255-68.
5. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, et al.; American Association of Clinical Endocrinologists; Obesity Society; American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient — 2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Obesity (Silver Spring)* 2013;21(Suppl 1):S1-27.

**Intérêts concurrents :** Timothy Jackson est consultant auprès du Conseil ontarien de la qualité des services de santé. Il n'effectue ses chirurgies bariatriques que dans le système public. Michael Fralick reçoit des subventions du programme Eliot-Phillipson de l'Université de Toronto pour la formation des cliniciens-chercheurs, du programme de l'Université de Toronto pour les cliniciens-investigateurs et il est bénéficiaire d'une bourse d'études Detweiler du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Aucun autre intérêt concurrent déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

**Affiliations :** Département de médecine [Rohailla], Bureau des études supérieures en médecine; Département de chirurgie [Jackson], Division chirurgie générale, Réseau universitaire de santé, Université de Toronto, Toronto (Ontario); Service de médecine [Fralick], Division de pharmacoépidémiologie et de pharmacoeconomie, Brigham and Women's Hospital et Faculté de médecine de l'Université Harvard, Boston (Massachusetts); Service de médecine [Fralick], Division de médecine interne générale, Hôpital St. Michael, Université de Toronto, Toronto (Ontario).

**Correspondance :** Michael Fralick, mike.fralick@mail.utoronto.ca