

FICHE

Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux

Partie II : pré et post-chirurgie bariatrique

Validée par le Collège le 8 février 2024

La prise en charge des patients candidats à une intervention de chirurgie bariatrique doit s'intégrer dans le cadre de la prise en charge médicale globale du patient atteint d'obésité (AE).

La chirurgie bariatrique est un traitement de deuxième intention : après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois (grade B), ou en l'absence de perte de poids suffisante, ou en l'absence de maintien de la perte de poids (grade B).

La chirurgie bariatrique est indiquée chez des patients adultes, par décision collégiale prise après discussion et concertation pluridisciplinaire (AE).

La chirurgie bariatrique est envisageable entre l'âge de 60 ans et 70 ans mais doit prendre en compte l'augmentation du risque de morbi-mortalité postopératoire après 60 ans, la moindre efficacité de la chirurgie sur le poids (grade C) et le risque de majoration d'une sarcopénie (AE).

Indications de la chirurgie bariatrique¹

- ➔ IMC ≥ 40 kg/m² (IMC maximal atteint et objectivé lors d'une consultation).
- ➔ IMC compris entre 35 et 40 kg/m² associé à au moins une comorbidité sévère susceptible d'être améliorée après la chirurgie :
 - un diabète de type 2 (grade B) ;
 - une HTA nécessitant un traitement médicamenteux (grade C) ;
 - une hypertriglycéridémie > 5 g/L (contrôlée à plusieurs reprises, en dehors de toute consommation d'alcool et en dehors du déséquilibre d'un diabète de type 2) et résistante au traitement habituel comprenant les mesures nutritionnelles (AE) ;
 - une stéatohépatite non alcoolique (NASH) ou une fibrose hépatique (quel que soit le stade de la fibrose) (grade B). La stéatose isolée n'est pas une comorbidité retenue pour l'indication de chirurgie bariatrique ;
 - un syndrome des ovaires polykystiques chez la patiente en âge de procréer (AE) ;
 - un problème de fertilité masculine ou féminine avec un projet d'AMP, sur proposition de l'équipe d'AMP (AE) ;
 - une maladie rénale chronique (jusqu'au stade d'IRC modérée : stade 3A ou 3B) après avis du néphrologue (grade C), voire une insuffisance rénale sévère ou terminale avec un projet de transplantation rénale. Dans ce dernier cas, la décision doit être discutée au cas par cas de façon collégiale avec l'équipe de transplantation et réalisée dans des centres disposant d'une structure de dialyse (AE) ;
 - une cirrhose Child A, après accord avec l'hépatologue ;
 - un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) avec un IAH ≥ 15 /h (grade C) ;
 - un asthme sévère en lien avec l'obésité après avis d'un pneumologue, d'un ORL et/ou d'un allergologue (grade C) ;

¹ À différencier de la chirurgie métabolique indiquée chez des patients ayant un IMC compris entre 30 et 35 kg/m² associé à un diabète de type 2 lorsque les objectifs glycémiques individualisés ne sont pas atteints, malgré une prise en charge médicale bien conduite, pendant au moins douze mois.

- des lombalgies chroniques (AE), une coxarthrose (grade C), une gonarthrose (grade C), invalidantes chroniques documentées, après avis rhumatologique et/ou orthopédique confirmant les bénéfices attendus par la perte de poids ;
- une incontinence urinaire invalidante ne répondant pas aux modifications thérapeutiques du mode de vie associées aux traitements médicamenteux de l'incontinence urinaire et si besoin de la constipation, après confirmation par un gynécologue ou un urologue que la perte de poids post-chirurgie bariatrique est susceptible d'améliorer les troubles urinaires (AE) ;
- une hernie pariétale ou une éventration symptomatique ou complexe dont le traitement chirurgical impose une perte de poids avant la chirurgie pariétale (AE) ;
- une hypertension intracrânienne idiopathique résistant à une prise en charge neurologique bien conduite (AE) ;
- la présence d'un handicap moteur avec ou sans paraplégie. Il est recommandé de réaliser ces chirurgies au cas par cas après avis d'un médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR) ou d'un neurologue. L'indication opératoire devra être validée en RCP de recours dans un centre de niveau 3 pour la prise en charge de l'obésité (AE).

Contre-indications de la chirurgie bariatrique

Certaines de ces contre-indications peuvent être temporaires. L'indication de la chirurgie doit pouvoir être réévaluée après la prise en charge et la correction de ces contre-indications (AE).

Les contre-indications de la chirurgie bariatrique sont représentées par (AE) :

- ➔ les contre-indications psychiatriques :
 - les troubles psychiatriques sévères non stabilisés (troubles psychotiques non stabilisés, épisodes dépressifs caractérisés d'intensité sévère non stabilisés, etc.),
 - la difficulté potentielle du patient à participer à un suivi médical prolongé,
 - le trouble de l'usage d'alcool et des substances psychoactives licites et illicites en cours,
 - les troubles du comportement alimentaire (TCA) de caractère impulsif et/ou compulsif (compulsions, accès de boulimie, hyperphagie boulimique et boulimie) ;
- ➔ les obésités de cause rare et les obésités associées à une déficience intellectuelle :
 - toute demande de chirurgie bariatrique d'un patient présentant une déficience intellectuelle avérée ou une obésité de cause rare (obésité syndromique ; obésité monogénique non syndromique ; etc.) doit être discutée dans un centre de niveau 3 pour l'obésité, si besoin avec un recours à une RCP nationale spécifique (par exemple, celle du centre de référence maladies rares syndrome de Prader-Willi et autres obésités rares avec troubles du comportement alimentaire (CRMR PRADORT)) ;
- ➔ les contre-indications médicales :
 - une cirrhose décompensée (ou Child B ou C),
 - les contre-indications à l'anesthésie générale,
 - les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme,
 - en présence d'un antécédent de cancer : pronostic du cancer évalué avec l'oncologue et en RCP d'oncologie pour les cancers datant de moins de 5 ans.

Contenu de l'évaluation et de la prise en charge préopératoires, et du suivi et de la prise en charge postopératoires

	Préopératoire	Postopératoire
Durée de la prise en charge	Au moins 6 mois Éléments de préparation tracés, documentés, avec des objectifs précis	À vie par un ou plusieurs des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire en lien avec la ville
Fréquence du suivi	Variable selon les spécificités du patient	4 fois la première année (1, 3, 6 et 12 mois postopératoires puis à 18 et 24 mois, puis 1 à 2 fois par an à vie selon les spécificités du patient)

Démarche clinique

<p>Évaluation et prise en charge médicales</p>	<p>Évaluer le comportement et l'équilibre alimentaires, le niveau d'activité physique et les comportements sédentaires</p> <p>Réaliser des mesures anthropométriques : IMC, tour de taille</p> <p>Rechercher une sarcopénie (au moins par des mesures de la force musculaire)</p> <p>Évaluer le coefficient masticatoire et l'état dentaire</p> <p>Évaluer et prendre en charge les comorbidités cardiovasculaires, respiratoires ou métaboliques. Ces bilans sont d'autant plus nécessaires qu'ils seront indispensables dans le bilan pré-anesthésie (cf. texte des recommandations)</p> <p>Évaluer le risque thrombo-embolique</p> <p>Arrêter le tabagisme au minimum 6 semaines avant l'intervention</p>	<p>Évaluer le comportement et l'équilibre alimentaire, le niveau d'activité physique et les comportements sédentaires (cf. <i>infra</i>)</p> <p>S'assurer du maintien des modifications des habitudes de vie</p> <p>Repérer une dynamique de reprise de poids et un échec de la chirurgie</p> <p>Suivi psychique (changements de l'image corporelle, resocialisation, etc.)</p>
	<p>Évaluer l'état musculosquelettique et articulaire</p> <p>Évaluer systématiquement le risque fracturaire</p>	<p>Réduire les facteurs de risque modifiables de fragilité osseuse. Si besoin, référer vers une consultation spécialisée</p>
	<p>S'assurer que le dépistage des cancers du sein et du côlon soit bien réalisé dans cette population</p>	
	<p>Évoquer un projet de grossesse ultérieur</p> <p>Donner une information sur une indispensable contraception périopératoire et la notifier dans le dossier médical</p> <p>Une contraception efficace est indispensable pendant l'année qui suit l'intervention</p> <p>Recherche de β-HCG plasmatiques systématique dans les 48 heures précédant l'intervention</p>	<p>Informé de la possibilité d'une grossesse et du suivi pluriprofessionnel spécifique</p> <p>Vérifier la continuité de la contraception dans l'année qui suit l'intervention</p> <p>Consultation en préconceptionnel ou à défaut dès le début de la grossesse, auprès d'un médecin spécialiste de l'obésité</p> <p>Suivi coordonné de façon pluriprofessionnelle pendant toute la durée de la grossesse</p>
<p>Évaluation diététique et évaluation du statut nutritionnel</p>	<p>Évaluation diététique initiale systématique : analyse du rythme, du profil alimentaire et du comportement alimentaire</p> <p>Évaluation du statut nutritionnel systématique pour corriger les déficits éventuels</p> <p>Bilan biologique, au minimum : albumine, hémoglobine, ferritine, calcémie, parathormone, 25 OH-vitamine D3, B9, B12, zinc et sélénium</p>	<p>Accompagnement diététique (diététicien et/ou médecin nutritionniste) à fréquence régulière au cours de la première année</p> <p>Consultations ultérieures utiles en cas de complications chirurgicales ou médicales ou de reprise de poids ou à la demande du patient</p> <p>Apports recommandés en protéines au minimum de 60 g/jour et idéalement au moins de 1,1 g de protéines/kg de poids idéal/jour</p> <p>Surveillance biologique régulière à 3 mois, 6 mois, 12 mois puis 1 à 2 fois par an à vie</p> <p>Bilan biologique, au minimum : NFS, plaquettes, ionogramme, créatinine, et dosages plasmatiques du magnésium, phosphore, calcium, albumine, 25-</p>

		(OH)-vit D3, PTH, folates, ferritine, CRP, vit B12, zinc, pour tous les types de chirurgie bariatrique Complété par un dosage de vit A et <i>Retinol Binding Protein</i> , vit E, vit K, cuivre pour les chirurgies ayant un niveau élevé de malabsorption
Évaluation psychologique et/ou psychiatrique	<p>Systématique</p> <p>Par un professionnel de santé mentale (psychologue et/ou psychiatre) qui a une expérience en chirurgie bariatrique</p> <p>Les modalités sont laissées à l'appréciation du psychologue ou du psychiatre</p> <p>L'identification d'un TCA actuel et antérieur par un questionnement spécifique doit être systématique avant toute chirurgie bariatrique</p> <p>Recherche systématique d'un trouble addictif</p>	<p>La surveillance de l'état psychologique (y compris les consommations de substances psychoactives) est du ressort de toute consultation du suivi postopératoire à court et à long terme</p> <p>Recherche systématique de manifestations dépressives, d'idées suicidaires</p> <p>Recherche régulière de la résurgence du TCA, notamment après 2 ans</p> <p>Identification systématique d'un trouble addictif à court, moyen, et particulièrement à long terme</p> <p>Suivi en particulier pour les patients qui présentaient des troubles du comportement alimentaire caractérisés ou des pathologies psychiatriques ou addictives en préopératoire, et pour les patients en échec de la chirurgie bariatrique sur le plan pondéral</p> <p>Valoriser la persistance de l'arrêt du tabac</p>
Activité physique et réduction de la sédentarité	Mettre en place une activité physique régulière et adaptée, tout en réduisant les comportements sédentaires et l'inactivité physique	<p>Encourager les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à réaliser une activité physique régulière et adaptée dès autorisation du chirurgien - à limiter les comportements sédentaires et l'inactivité physique
Éducation thérapeutique du patient (ETP)	Proposition à tout patient de participer à un programme d'ETP et proposer une orientation pour acquisition de compétences visant notamment les modifications thérapeutiques du mode de vie sur le plan nutritionnel et de l'activité physique	<p>L'éducation thérapeutique du patient, quelles que soient ses modalités, est recommandée à court, moyen et long terme, et personnalisée</p> <p>Elle porte sur les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'accompagnement de la personne sur la dimension alimentaire et comportementale - les changements d'image corporelle et de vécu - l'activité physique régulière - les comportements sédentaires - la supplémentation nutritionnelle

Explorations complémentaires systématiques ou selon indication

Endoscopie digestive haute	Systématique (au mieux dans l'année précédant la chirurgie) avec recherche d' <i>Helicobacter pylori</i> par biopsie. Traitement si positif et contrôle éradication impérative avant bypass gastrique de Roux-en-Y	<p>Si symptômes gastro-intestinaux, y compris des symptômes de RGO</p> <p>Chez les patients asymptomatiques opérés de SG, 5 et 10 ans après l'intervention</p>
Manométrie haute résolution	Si dysphagie et/ou blocage alimentaire	Après <i>sleeve gastrectomy</i> ou ablation d'un anneau gastrique, présence d'un trouble fonctionnel digestif
Échographie abdominale	<p>Dans l'année précédant la chirurgie : mesure de la taille du foie</p> <p>Recherche d'une lithiase vésiculaire :</p>	Reste l'examen de référence pour les pathologies biliaires

- si lithiase asymptomatique : la cholécystectomie systématique n'est pas indiquée en cas de chirurgie restrictive sauf chirurgie à composante malabsorptive

- si lithiase symptomatique : la cholécystectomie est recommandée avant ou pendant la chirurgie bariatrique, quel que soit le type de chirurgie

La prévention d'autres calculs par l'acide ursodésoxycholique est hors AMM

Démarche thérapeutique		
Traitements	<p>Informier d'un traitement par oligoéléments (OE) et multivitamines (MV) en postopératoire</p>	<p>OE et MV systématiques pendant la période d'amai-grissement, quelle que soit la technique chirurgicale</p> <p>OE et MV poursuivis au-delà de la période d'amai-grissement en fonction des résultats des dosages biologiques et des profils d'alimentation des patients lors des techniques restrictives</p> <p>OE et MV poursuivis à vie lors des chirurgies avec un niveau élevé de malabsorption et le bypass gastrique de Roux-en-Y</p> <p>Traitement systématique en vitamine D à vie</p> <p>Calcium oral adapté aux apports spontanés oraux ou aux bilans biologiques pour les techniques restric-tives et le bypass gastrique de Roux-en-Y</p> <p>Calcium oral systématique et à vie pour les chirurgies avec un niveau élevé de malabsorption</p> <p>Vitamine B12 à vie pour les chirurgies avec un niveau élevé de malabsorption et le bypass gastrique de Roux-en-Y</p>
	<p>Identifier les médicaments contre-indiqués en postopératoire et adaptations thérapeutiques</p>	<p>Modifications de certains traitements</p> <p>Adaptation ou substitution des traitements au fur et à mesure de la perte de poids (ex. : médicaments anti-hypertenseurs ; NACO non recommandés en postopératoire)</p> <p>Dosages biologiques éventuels</p>
Suivi médico-chirurgical : repérage et prise en charge des complications après chirurgie	-	<p>Recherche systématique des facteurs de risque de complications chirurgicales</p> <p>Recherche systématique de signes cliniques pouvant faire évoquer une carence</p> <p>Attention particulière portée au risque de carence en vitamine B1, en particulier en cas de vomissements. Traitement probabiliste par thiamine en parentéral i) au moindre signe pouvant faire évoquer une carence en vitamine B1 et ii) si perfusion de glucosé est nécessaire. Associer une supplémentation en magnésium</p> <p>Recherche d'un <i>dumping syndrome</i> précoce et d'hy-poglycémies tardives et prise en charge</p>

Prise en charge des reprises de poids modérées à excessives et des échecs de la chirurgie bariatrique

En présence d'une reprise de poids après chirurgie bariatrique, le critère de référence en termes d'efficacité pondérale est le **pourcentage du poids total perdu (AE)**. La reprise de poids est calculée avec la formule suivante :

% de reprise de poids total perdu (par rapport au poids initial documenté juste avant la chirurgie) = (poids actuel – poids au nadir) / (poids initial – poids au nadir)

Par exemple, un patient pèse 140 kg (poids initial) avant l'intervention et descend à 100 kg en postopératoire. Il perd 40 kg :

- une reprise de poids d'environ 10 % du poids total perdu entre 2 et 5 ans est un phénomène attendu (pour l'exemple : 4 kg) ;
- une reprise de poids > 20 % du poids total perdu doit faire rechercher la récurrence des comorbidités de l'obésité et une altération de la qualité de vie. La recherche étiologique d'une reprise pondérale (> 20 % du poids total perdu) post-chirurgie bariatrique s'attachera à :
 - réévaluer l'adhésion aux modifications thérapeutiques du mode de vie postopératoires (alimentation, activité physique et lutte contre la sédentarité),
 - rechercher des symptômes d'anxiété ou de dépression ou de troubles psychiatriques non dépistés en préopératoire,
 - rechercher la récurrence de troubles du comportement alimentaire,
 - reprendre l'histoire pondérale depuis l'enfance à la recherche d'argument pouvant faire évoquer un variant sur la voie leptine mélanocortine si cela n'a pas été fait auparavant^{2***},
 - rechercher d'éventuelles modifications de l'anatomie gastro-intestinale (explorations amenées à évoluer),
 - discuter, en fonction du profil du patient, d'un traitement médicamenteux de l'obésité ayant l'AMM.

En présence d'un échec de la chirurgie bariatrique

Le concept de « pourcentage de perte d'excès de poids < 50 % » ne doit plus être utilisé pour définir l'échec de la chirurgie bariatrique (AE).

L'échec de la chirurgie bariatrique est défini à partir de 2 ans de l'intervention (AE) :

- par une perte de poids totale < 10 % calculée selon la formule suivante à partir du poids au moment de l'intervention :
% perte de poids totale = (poids initial – poids postopératoire) / poids initial
- ou une reprise de poids aboutissant à une perte de poids totale < 10 % ;
- et/ou une absence d'amélioration ou une réaggravation sévère d'une comorbidité ayant motivé la chirurgie.

Par exemple, un patient pèse 140 kg avant la chirurgie et descend à 130 kg en postopératoire. Il aura perdu au total 10 kilos, soit une perte de poids totale de 7 %.

Chez un patient ayant eu une chirurgie bariatrique, considéré en échec de la chirurgie, il est recommandé de prendre en compte les points suivants avec une approche multidisciplinaire (AE) :

- réévaluer les besoins éducatifs en présence d'un manque d'adhésion aux modifications thérapeutiques du mode de vie préconisées (sur le rythme, le profil alimentaire ; travail sur les signaux de faim et satiété ; la pratique de l'activité physique adaptée et la lutte contre la sédentarité) ;
- rechercher des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des troubles du comportement alimentaire, d'autres symptômes alimentaires (perte de contrôle sur l'alimentation, compulsions, hyperphagie), des troubles addictifs ou d'autres troubles psychiatriques, et proposer une prise en charge spécifique (psychothérapeutique associée ou non à une prise en charge médicamenteuse) ;

² https://www.has-sante.fr/jcms/p_3280217/fr/generique-obesites-de-causes-rares

- reprendre l'histoire pondérale depuis l'enfance à la recherche d'argument pouvant faire évoquer un variant sur la voie leptine mélanocortine si cela n'a pas été fait auparavant^{3*} ;
- discuter, avec le médecin prescripteur, d'une éventuelle modification thérapeutique en présence d'un traitement favorisant la prise de poids ;
- réaliser un bilan morphologique à la recherche d'une anomalie en rapport avec la chirurgie bariatrique, en l'absence de cause évidente à l'échec.

Si le patient reste dans les critères de l'échec et que le patient en est demandeur, en fonction du profil du patient, on pourra discuter de l'ajout d'un traitement médicamenteux de l'obésité ayant l'AMM, et/ou de pratiquer une chirurgie bariatrique de révision lorsque la personne répond aux indications de la chirurgie bariatrique.

Information du patient

L'information du patient doit porter sur (AE) :

- les risques de l'obésité ;
- les différents moyens de prise en charge de l'obésité ;
- les différentes techniques chirurgicales :
 - leur principe (explicité au mieux à l'aide de schémas),
 - leurs bénéfices respectifs : estimations sur la perte de poids à court et long terme, absence de données à long terme disponibles pour certaines techniques, bénéfices pour la santé et les comorbidités,
 - leurs risques et inconvénients respectifs : mortalité périopératoire, effets indésirables, complications précoces et tardives, conséquences nutritionnelles, réinterventions, irréversibilité, signes cliniques qui doivent alerter ;
- les limites de la chirurgie (notamment en termes de perte de poids) ;
- les bénéfices et inconvénients de la chirurgie sur la vie quotidienne, les relations sociales et familiales et les changements de l'image corporelle ;
- les bénéfices et les inconvénients de la chirurgie en matière de grossesse et de contraception ;
- la nécessité d'une modification du comportement alimentaire et du mode de vie avant et après l'intervention ;
- la nécessité de mettre en place une activité physique régulière et adaptée, tout en limitant les comportements sédentaires avant et après l'intervention ;
- la nécessité d'un suivi médical et chirurgical la vie durant, l'obésité étant une maladie chronique et en raison du risque de complications tardives en lien avec la chirurgie ;
- la nécessité de suivre un programme d'éducation thérapeutique ;
- le soutien possible d'associations de patients ;
- la possibilité de recours à la chirurgie réparatrice et reconstructrice 18 à 24 mois après la chirurgie après stabilisation du poids.

Cette information doit conduire à une décision partagée permettant la construction d'un parcours adapté.