

Progression spectaculaire de chirurgie bariatrique en France

Entre 2008 et 2014 le recours à la chirurgie bariatrique multiplié par 2,6, fort recul des anneaux gastriques et suivi post-opératoire de qualité seulement pour 12% des opérés.

Contexte

L'obésité prend aujourd'hui des allures d'épidémie mondiale. La chirurgie bariatrique a été surtout développée depuis le début des années 90, d'abord aux USA pour traiter les obésités alors qualifiées de morbides (IMC > 40 kg/m²) fréquentes aux USA d'abord et plus rares en Europe surtout en France. La prise en charge médicale s'avérant un échec annoncé, ces formes ne pouvaient relever que d'une approche chirurgicale surtout des By-Pass gastriques au départ puis la pose d'anneaux gastriques s'est beaucoup développée et les indications ont été étendues. Avec les années 2000, le développement de cette chirurgie s'est accéléré. L'obésité est en effet associée à de nombreuses comorbidités, s'accompagne d'une diminution de l'espérance et de la qualité de vie. En 2012, l'enquête nationale ObÉpi a trouvé une prévalence de l'obésité en France de 15%, dont 3,1% d'obésités sévères et 1,2% d'obésités morbides. En 2015, l'enquête Esteban a estimé la prévalence de l'obésité chez les adultes à 17,2%, touchant autant les femmes que les hommes. Cette chirurgie est associée à une perte de poids à long terme, à une amélioration ou une rémission des comorbidités à long terme et à une augmentation de la survie et de la qualité de vie. En France, selon les recommandations de la HAS, la chirurgie bariatrique est indiquée pour des patients atteints d'une obésité morbide ou d'une obésité sévère associée à au moins une comorbidité

susceptible d'être améliorée après la chirurgie (principalement HTA, SAOS, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2 (DT2), maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique), en deuxième intention après échec d'une prise en charge multidisciplinaire bien conduite pendant six à 12 mois. La chirurgie bariatrique comporte deux grands types d'intervention : celles basées exclusivement sur une restriction gastrique : anneau gastrique (AGA), gastroplastie verticale calibrée (GVC) qui tend à ne plus être pratiquée au profit de la sleeve gastrectomie (SG), et celles impliquant une malabsorption intestinale (bypass gastrique (BPG) ou dérivation bilio-pancréatique (DBP). Le rapport bénéfice/risque de ces différentes techniques ne permet pas d'affirmer la supériorité de l'une par rapport à une autre. Les indications métaboliques tendent à se développer aujourd'hui surtout chez les DT2 dont l'IMC est même $< 35\text{kg/m}^2$, avec des résultats remarquables sur le plan glycémique, tensionnel etc. Des données récentes montrent que cette chirurgie chez les DT2 a le plus haut niveau de preuve quant à la réduction de la mortalité ce qui n'est pas le cas dans l'obésité sans diabète. En France la chirurgie bariatrique a connu une progression spectaculaire au cours des dix dernières années en faisant un des pays où cette chirurgie est le plus pratiquée après les USA et le Brésil.

Objectif

L'objectif de cette étude était de décrire l'évolution des taux de recours à la chirurgie bariatrique et aux différentes techniques chirurgicales en France entre 2008 et 2014.

Méthodes

Une étude rétrospective transversale a été menée à partir des données du PMSI (*Programme de médicalisation des systèmes d'information*). Ont été inclus les patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique en France (métropole et dans les DOM et ROM) en 2008 et en 2014. Leurs caractéristiques sociodémographiques et anthropométriques ainsi que les types de techniques chirurgicales employées : AGA, SG, BPG, DBP et GVC ont été analysés.

Résultats

Le taux de recours à la chirurgie bariatrique **a été multiplié par 2,6 en France** entre 2008 et 2014, passé de **16 791 à 45 474 patients**, dont 2/3 pour obésité morbide, ont bénéficié d'une chirurgie bariatrique, avec une prédominance de femmes et à un âge un peu plus jeune que les hommes (40,1±11,9 ans vs 42,6±11,8 ans ; $p < 0,0001$) et un IMC plus bas que les hommes (33,3% des femmes avec un IMC <40 vs 25,4% des hommes). La SG (60,6%) était la technique majoritairement pratiquée, suivie par le BPG (30,0%) et l'AGA (9,2%). Fait remarquable entre 2008 et 2014, le taux de recours à l'AGA a considérablement diminué (55,1% vs 9,2% respectivement) au profit de la SG (16,9% vs 60,6%). La pose d'un AGA était pratiquée chez des patients plus jeunes (AGA : 36,7±12,1 ans ; SG : 40,2±11,9 ans ; BPG : 42,3±11,4 ans ; $p < 0,0001$). Le recours à la SG et au BPG augmente avec l'IMC. Les taux de recours aux différentes techniques chirurgicales montrent des disparités parfois importantes selon les régions.

Conclusion

Le recours à la chirurgie bariatrique a fortement augmenté entre 2008 et 2014, et les techniques chirurgicales pratiquées ont connu des changements majeurs, avec une forte progression nette de la Sleeve gastrectomie (SG) ces dernières années, intervention la plus pratiquée en France (60% des interventions), retirer 2/3 de l'estomac, réduisant sa capacité de stockage et supprimant la zone de sécrétion d'une hormone qui favorise l'appétit (la ghréline).

Une évolution qui pourrait s'expliquer par les complications et échecs thérapeutiques rencontrés à moyen terme avec l'anneau gastrique alors que la SG et le bypass gastrique sont associés à une amélioration voire à une rémission à long terme de certaines comorbidités, en particulier du diabète, et à une augmentation de la survie et de la qualité de vie. Les disparités entre régions (persistance de très nombreux gestes d'AGA) dans les techniques chirurgicales réalisées conduisant à s'interroger sur l'intérêt de l'élaboration d'un consensus sur le choix du traitement.

Commentaires

La forte progression de cette chirurgie pose la question de la pertinence des indications, du respect des recommandations de la HAS dans les modalités de préparation à ce geste, délai d'au moins 6 mois avant le geste, permettant de mettre en place une prise en charge de toutes les dimensions de ce qui est une authentique maladie et suivi rigoureux des patients à long terme bien de ces principes ne sont pas respectés aujourd'hui.

Interrogation sur les disparités régionales pour la pose d'anneaux. Cette étude met enfin l'accent sur une question d'importance, la qualité du suivi post-opératoire. La HAS avait clairement statué sur le suivi post-opératoire du

patient, régulier et précis tout au long de sa vie, alors qu'en en France, 5 ans après la chirurgie, « *la qualité du suivi peut être considérée comme satisfaisante chez seulement 12 % des patients* » selon les auteurs. Ceci avec pour conséquences des reprises de poids, des troubles digestifs, les conséquences psychologiques, des carences (Vit B1 et B12 surtout) aux complications potentiellement redoutables. Il reste donc beaucoup à faire pour s'assurer que les indications sont bien posées, réalisées par des équipes sérieuses, performantes et que le suivi à moyen et long terme est à la hauteur des exigences d'une médecine éthique et des fortes potentialités qu'offre cette approche thérapeutique. Faut-il reconsidérer les « *autorisations données par les ARS* » quand on sait combien ces instances sont sourcilleuses sur celles concernant l'éducation thérapeutique ?

Auteur

Serge Halimi

Références

Hazart J, Lahaye C, Farigon N, Vidal P, Slim K, Boirie Y. Évolution du recours à la chirurgie bariatrique en France entre 2008 et 2014. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(5):84-92. Clermont-Ferrand : Service de nutrition clinique du CHU, Université, INRA, Service médical d'Auvergne CNAM-TS

Lien vers l'article

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/5/2018_5_3.html