

OBÉSITÉ SÉVÈRE AVEC LA CHIRURGIE, 40 % DE MORTALITÉ EN MOINS

Paris Match. A partir de quel indice de masse corporelle parle-t-on d'obésité ?

Dr Sylvie Gueroult. Cet indice (IMC) correspond à l'excès de tissus gras dans le corps. Pour le calculer, on divise le poids par la taille au carré. L'obésité est définie par un IMC supérieur à 30. Exemple : une femme qui mesure 1,60 mètre et pèse 92 kilos a un indice de 36, ce qui indique une obésité sévère.

Est-on parvenu à en définir les causes ?

Elles sont multiples et peuvent interagir : facteurs hormonaux, génétiques, médicamenteux (avec des antidépresseurs, par exemple), comportementaux, psychologiques, alimentaires. Une modification du métabolisme, un manque d'activité physique et une nourriture trop riche sont aussi souvent à l'origine d'une obésité.

Quels sont les risques les plus graves liés à l'obésité ?

Son impact sur les risques de maladies graves et de décès a été démontré dans de nombreuses études dont les plus récentes ont été publiées en 2014 dans "The Lancet Oncology" et dans le Registre de l'OMS. Le risque d'hypertension artérielle est multiplié par quatre, celui de diabète de type 2 par huit, et le nombre de cancers est fortement augmenté. Il faut aussi citer celui de l'arthrose qui est multiplié par cinq et celui de la dépression, par deux. L'obésité représente le cinquième facteur de risque de décès au niveau mondial.

Quels sont les traitements selon les causes ?

Dans les cas de surpoids ou d'obésité modérés, le patient est d'abord adressé à un nutritionniste qui va effectuer un bilan. S'il découvre un problème qui n'est pas d'origine alimentaire (par exemple, hormonal), il dirige le patient vers un spécialiste. En cas d'obésité sévère ou massive, le traitement peut être chirurgical.

Dans quels cas le chirurgien décide-t-il de pratiquer une opération, dite "bariatrique" ?

Cette chirurgie s'adresse : **1.** à tous les patients qui souffrent d'une obésité massive avec ou sans maladie associée ; **2.** aux obésités sévères (IMC supérieur à 35) mais présentant au moins une maladie associée, tel un diabète de type 3. Trois techniques sont utilisées : pour les obésités modérées, l'anneau gastrique ajustable diminue le volume de l'estomac, permet-

tant d'obtenir une satiété précoce ; pour les obésités massives, c'est la "sleeve" gastrectomie, où l'on enlève une partie de l'estomac pour diminuer son volume ; toujours pour les obésités sévères ou massives, la technique du "bypass" qui consiste à ne conserver qu'une petite poche de l'estomac directement reliée à la deuxième partie de l'intestin grêle. Le chirurgien met ainsi hors circuit une partie de l'absorption des aliments. Cette technique permet une perte de l'excès de poids de 80 à 100 %, avec des résultats à long terme.

Cette chirurgie bariatrique est tout de même un acte lourd. Quelles peuvent être les complications ?

Aujourd'hui, avec les progrès réalisés dans les techniques opératoires, elles sont rares. La survenue d'une fistule (1 % des cas) ou le glissement de l'anneau (moins de 1 %) sont gérables. Avec la mise au point d'interventions mini-invasives par cœlioscopie, une diminution des douleurs postopératoires et des protocoles d'anesthésie permettant une hospitalisation plus courte (on peut sortir parfois dès le lendemain), les patients redoutent aujourd'hui beaucoup moins cette chirurgie. Ils souffrent tellement de leur état

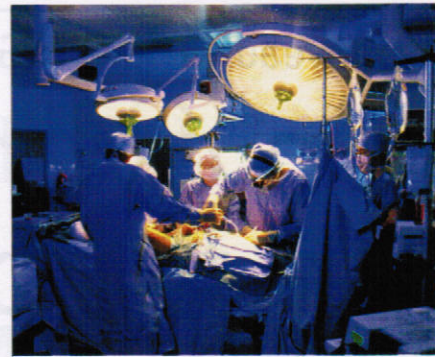
qu'ils attendent leur opération comme une délivrance !

Quelles études ont démontré une baisse réellement très importante des facteurs de risques liés à l'obésité avec cette chirurgie bariatrique ?

Une méta-analyse de l'American Diabetes Association, ayant rassemblé les résultats de 19 études scientifiques incluant 4070 patients, a recensé un taux de guérison du diabète de type 2 chez 78 % de sujets d'obésité sévère ou massive après une chirurgie de bypass. Autre résultat relevé par cette même analyse : une réduction de 22 % du risque cardio-vasculaire. D'autres études ont démontré une diminution importante de l'incidence de certains cancers, dont ceux du sein. Une récente enquête publiée dans "The New England Journal of Medicine" conclut que, grâce à la chirurgie bariatrique, on a obtenu une réduction globale de la mortalité de 40 %. ■

*Chirurgien digestif.

parismatchlecteurs@hfp.fr



STATINES AVANT OPÉRATION Moins de complications cardiaques ?

Des études ont montré que l'administration ponctuelle de statines quelques jours avant et après une chirurgie du cœur diminuait le risque de complications myocardiques. On restait dans le flou en ce qui concerne les opérations non cardiaques. Une étude internationale présentée au congrès de la Société européenne de cardiologie (Canada, États-Unis, Royaume-Uni, Brésil, Chine...) ayant rassemblé 15 478 patients vient d'éclaircir cette question. Deux groupes comparables ont pu être analysés : 2 845 opérés ayant reçu des statines une semaine ou plus avant l'intervention et 4 492 autres n'en ayant pas reçu. Après un mois de suivi, la prise de statines a pu réduire, indépendamment de tout autre facteur, le risque de complications cardiaques de 17 %, la mortalité cardio-vasculaire de 52 % et celle toutes causes confondues de 43 % !

Mieux vaut prévenir

MALADIE DÉGÉNÉRATIVE DE LA VALVE MITRALE

Découverte des gènes responsables

Des équipes françaises de l'hôpital Georges-Pompidou, de l'Inserm, de l'Institut du thorax de Nantes avec d'autres chercheurs internationaux ont découvert les gènes responsables du prolapsus mitral, maladie affectant la valve qui permet le passage du sang de l'oreillette gauche dans le ventricule gauche (environ 3 % de la population mondiale).

Selon le Pr Albert Hagège, cette découverte pourrait ouvrir de nouvelles perspectives de traitement.

