

Chirurgie bariatrique : influence sur la fonction pancréatique et l'alimentation

Tribune Médicale | 09.12.2022

Dr Thomas Köstler, Centre de l'obésité Limmattal, Schlieren

L'obésité est la maladie métabolique la plus répandue dans le monde. Les interventions bariatriques peuvent permettre aux patients obèses de perdre efficacement du poids, d'améliorer leur qualité de vie, de soulager les comorbidités et de réduire la mortalité. À l'exception de la bande gastrique, toutes les interventions bariatriques ont un effet métabolique en agissant sur de nombreuses hormones qui régulent directement le métabolisme et la sensation de faim. En outre, on distingue les interventions restrictives et malabsorptives: les interventions restrictives, qui réduisent la prise alimentaire, et les interventions malabsorptives, qui entraînent de manière ciblée une diminution de l'absorption des sources d'énergie. Des interventions combinées restrictives-malabsorptives sont également possibles. Outre la perte de poids souhaitée, cela peut également avoir des conséquences indésirables telles que des carences en nutriments ou une stéatorrhée [1].

Il existe un certain nombre d'interventions différentes dans le cadre de la chirurgie bariatrique. La bande gastrique fait partie des opérations purement restrictives. Le bypass gastrique proximal (Roux-en-Y) et l'estomac tubulaire font partie des interventions métaboliques restrictives. Les diversions bilio-pancréatiques selon Scopinaro sont des interventions malabsorptives-métaboliques et les bypass gastriques distaux ainsi que les diversions bilio-pancréatiques avec switch duodéal font partie des interventions restrictives-malabsorptives-métaboliques combinées. [1] (→ Fig. 1). Une telle intervention permet non seulement de réduire efficacement l'obésité, mais aussi d'améliorer les comorbidités liées à l'obésité et la qualité de vie des patients [1,2]. Des données récentes indiquent qu'une branche de Roux particulièrement longue combinée à un canal commun court (VVLL-RYGB; very-very long limb RYGB) peut réduire significativement l'IMC à long terme. Les longues branches biliaires ont également une influence positive sur la durabilité de la perte de poids. Toutefois, après ces méthodes chirurgicales (canal commun court ou branche biliaire longue), il faut s'attendre à des effets de malabsorption qui doivent être surveillés en conséquence [3].

Malabsorption: effet souhaité avec EFFET SECONDAIRE

Surtout pour les bypass gastriques distaux avec un canal commun court et le VVLL-RYGB (comme le bypass gastrique VVLL) (→ Fig. 1b), il peut y avoir une malabsorption des vitamines et des sels minéraux en plus de la malabsorption souhaitée pour la perte de poids. Après une intervention bariatrique, il peut y avoir une accélération du transit intestinal avec des modifications correspondantes des hormones intestinales sécrétées, mais aussi de l'absorption des sources d'énergie et des vitamines (Fig. 2 [4]).

La résorption des acides biliaires joue ici un rôle central. Celle-ci peut être réduite, soit par une altération du microbiote dans la branche de Roux alimentaire (p. ex. dans le cas du bypass gastrique proximal), soit en plus par un canal commun anatomiquement court (comme dans le cas du bypass gastrique distal ou des diversions biliopancréatiques) qui réduit la résorption des acides biliaires dans l'iléon. Une diminution de la résorption des acides biliaires peut entraîner une stéatorrhée avec les maladies médicales qui en découlent (calculs rénaux, calculs biliaires, ostéoporose due à la vitamine D estomac et hyperparathyroïdie secondaire). On parle d'insuffisance pancréatique exocrine (IPE) fonctionnelle lorsqu'une stéatorrhée apparaît en raison d'un transit intestinal rapide ou d'un canal commun court. Elle est due à une diminution des acides biliaires primaires dans l'intestin grêle et à une augmentation de l'élimination des acides biliaires secondaires par les selles. Celle-ci est souvent difficile à diagnostiquer, car les symptômes de l'IPE fonctionnelle – stéatorrhée, perte de poids et maldigestion ainsi que malabsorption – se chevauchent avec les conséquences générales/souhaitées de l'intervention [1]. La survenue d'une diarrhée ou d'une stéatorrhée ne dépend pas seulement du type d'intervention, mais aussi de l'adhérence ou non du patient à la restriction alimentaire prescrite. Les diététiciens devraient soutenir les patients bariatriques dans leur projet de suivre un régime équilibré [2].

Selon une étude, l'IPE fonctionnelle survient après une intervention bariatrique chez près d'un patient sur trois (31 %). La prévalence dépend du type d'intervention bariatrique: après un bypass gastrique proximal, elle survient chez environ un patient sur cinq (19 %) et même chez environ un patient sur deux (48 %) après un bypass gastrique distal [6]. En Suisse, les bypass gastriques sont les interventions bariatriques les plus fréquemment pratiquées [7]. Une IPE fonctionnelle devrait donc être envisagée chez tous les patients présentant des troubles gastro-intestinaux à long terme après une intervention bariatrique [1].

Un dosage de l'élastase 1 fécale est approprié comme analyse diagnostique d'une IPE fonctionnelle et est facile à réaliser. Toutefois, il convient d'utiliser des selles solides, car les selles aqueuses des patients diarrhéiques peuvent donner lieu à des résultats faussement négatifs [1,8]. Dans la pratique, une anamnèse détaillée des habitudes fécales lors des contrôles réguliers des patients bariatriques s'est également avérée utile pour détecter à temps une stéatorrhée ou une IPE fonctionnelle.

Exemple de cas : TSEP après intervention bariatrique

Anamnèse/Diagnostic : Madame S.S., née en 1988, obésité sévère, IMC 55, comorbidités: diabète sucré de type 2 (HbA1C 6,3 %), syndrome d'apnée du sommeil sévère, dyslipidémie sévère. La patiente susmentionnée présentait une obésité sévère avec des maladies associées typiques de l'obésité.

Évolution/Traitement : Une perte de poids importante et durable était urgente. En raison de l'IMC élevé et des comorbidités, nous avons décidé de procéder à une « dérivation malabsorptive », appelée diversion bilio-pancréatique selon Scopinaro. Les preuves actuelles montrent que les interventions malabsorptives en cas d'IMC élevé entraînent de meilleures pertes de poids à long terme. Nous avons pu le confirmer dans notre propre étude [3].

Une dérivation malabsorptive exige du patient un suivi régulier et une substitution stricte de vitamines et d'oligo-éléments. L'alimentation doit être axée sur un régime très riche en protéines et pauvre en lipides. Au moins 2 grammes de protéines/kilogramme de poids normal devraient être intégrés dans l'alimentation. Nous veillons à ce que la teneur en lipides de l'alimentation ne dépasse pas 70 g de lipides/jour. En mars 2019, nous avons effectué une diversion bilio-pancréatique et l'intervention chirurgicale s'est déroulée sans complications. Les contrôles ultérieurs ont montré, comme on pouvait s'y attendre, une normalisation immédiate de la glycémie et, après six mois, également une nette amélioration de la dyslipidémie et du syndrome d'apnée du sommeil. En l'espace de six mois, la patiente a perdu 45 kg. Subjectivement, elle ne souffrait d'aucun trouble. Au cours des 3 à 6 premiers mois, la taille des portions de repas a été réduite d'un tiers par rapport à la période préopératoire, selon l'anamnèse. Il n'y avait pas de carence en protéines et la fréquence des selles, avec une seule défécation par jour et une consistance normale, n'indiquait pas non plus de stéatorrhée. Entre la première et la troisième année postopératoire, la patiente a pu à nouveau consommer de plus grandes portions de nourriture. Comme on pouvait s'y attendre, l'effet restrictif de l'intervention bariatrique s'est atténué. Il est fréquent qu'un rebond de poids survienne allant jusqu'à 25 % de la perte de poids max. initiale [12].

Chez notre patiente, le poids est resté stable après 2 ans, bien qu'elle se soit remise à manger de plus en plus de « fast food ». De plus, les valeurs de laboratoire des protéines sont également restées dans la norme jusqu'à présent, 3 ans après l'intervention chirurgicale. Cependant, après 2 ans, une stéatorrhée s'est développée avec des épisodes de diarrhée explosive et malodorante au moins 4 fois/jour. La patiente n'a pas pu respecter la restriction lipidique, malgré un suivi intensif par nos médecins et psychologues nutritionnistes, de sorte qu'une substitution par TSEP a dû être instaurée. Nous avons prescrit à la patiente 25 000 unités de lipase (U. Ph.Eur) en 1 ou 2 capsules, à chaque repas (les capsules doivent être ouvertes). La patiente détermine elle-même la posologie selon les signes cliniques. Sous ce traitement, la stéatorrhée s'est améliorée pour atteindre des fréquences de selles de 2 fois/jour, les selles sont devenues plus fermes, les évacuations explosives ont ainsi pu être évitées. Mais il restait une légère stéatorrhée avec des selles molles et très odorantes. La qualité de vie n'est toutefois que légèrement réduite d'un point de vue anamnestique et subjectif. Au cours de l'année de TSEP, un léger rebond de poids de 8 % du poids maximal perdu a été observé. Les comorbidités préopératoires ont continué à disparaître pour la plupart (HbA1C 4,7 %). En cas de nouveau rebond pondéral, il faut discuter avec la patiente de la suspension, au moins temporaire, de la TSEP.

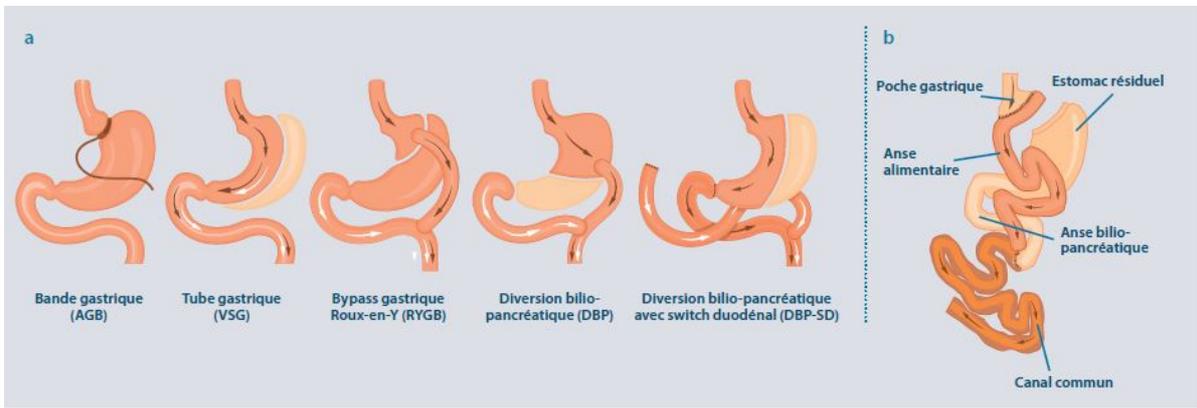


Fig.1 : a : Représentation schématique de différentes interventions bariatriques. ©istock.com/nmfotograf. b : Graphique explicatif de l'anatomie postopératoire du tractus gastro-intestinal après RYBG proximal (modifié d'après Gero D et al. [13]).

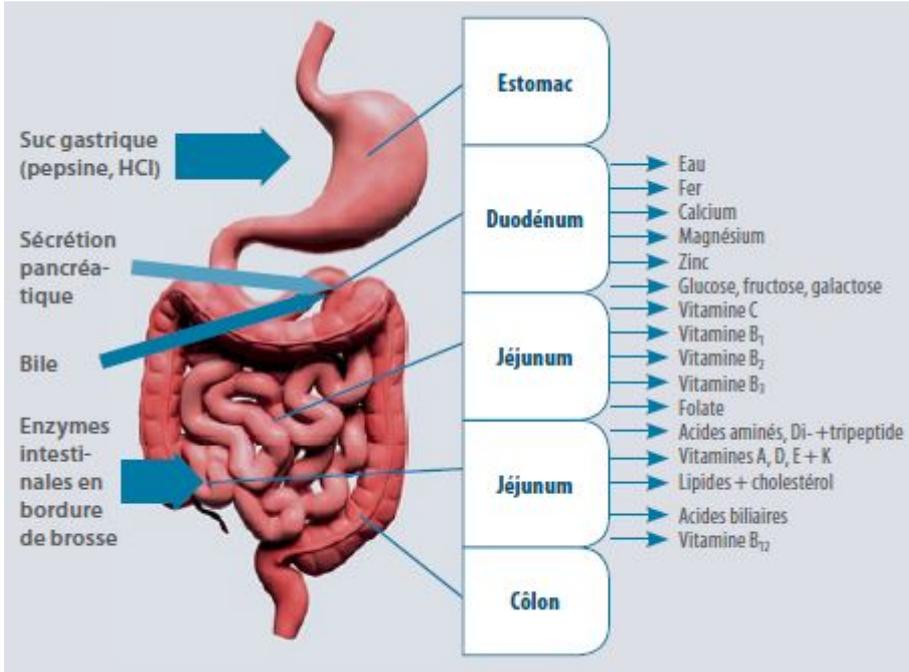


Fig. 2 : Lieu de résorption des nutriments (mod. d'après Hellbardt M [4]).