

Chirurgie bariatrique

Morbi-mortalité

chez les patients diabétiques

R. P. RADENMECKER, Service de diabétologie, nutrition et maladies métaboliques, CHU Sart Tilman, Université de Liège, Belgique

Tant aux États-Unis qu'en Europe et dans les pays en voie d'industrialisation, on note une augmentation inquiétante de la prévalence de l'obésité. Cela résulte non seulement de la modification du contenu du bol alimentaire au profit d'aliments à haute densité calorique mais aussi, et de manière plus importante ces dernières années, de l'augmentation de la sédentarité liée à la modernisation de nos sociétés. Face à cette situation dramatique, nombreux sont les efforts mis en œuvre pour éradiquer cette véritable épidémie. Outre la prévention passant par l'information, la prise en charge psycho-hygiénodététique voire l'ajout d'une pharmacopée à visée amaigrissante, certaines chirurgies dites « bariatriques » peuvent également être proposées dans l'arsenal thérapeutique. Cet article a pour but de présenter brièvement les techniques de chirurgie bariatrique et leur intérêt potentiel chez les patients diabétiques de type 2.

EVALUATION

ntensés
 ir sucrant étant indiqué
) ; aspartame (Canderel®)
 (30) ; saccharine (Sucre-
 raloose (600). Les édulco-
 party-L-phenylalanine)
 es boissons sucrées. Il est
 se pour la préparation de
 -indiqué chez les sujets
 la phénylalanine.
 leur, ce qui explique son
 pâtisseries. Sa toxicité est
 ne qui est accusé de favo-
 ter). Aux doses autorisées,
 (g de sucre/l), ce produit
 mer dans l'organisme en
 est un cancérigène faible.
 est interdit en France en
 evanche, on peut le trou-
 tu saccharose qui est peu
 directement excrété. Son
 voir sucrant est par contre



l'obésité est définie par l'Organisation mondiale de la santé par un excès de masse grasse entrainant des conséquences néfastes pour la santé. Cette définition vague ne permet pas d'établir des critères clairs et faciles à mettre en évidence en pratique clinique courante. C'est la raison pour laquelle il est convenu d'utiliser des critères anthropométriques et, en particulier, celui de l'indice de masse corporelle (IMC), exprimé en kg/m^2 , qui est le produit du rapport entre le poids en kilogrammes et la taille exprimée en mètres élevée au carré (P/T^2). En effet, les données cliniques et épidémiologiques montrent clairement qu'il existe une étroite corrélation entre l'IMC et le risque relatif de mortalité. Un IMC normal se situe entre 20 et 24,9 kg/m^2 . Entre 25 et 29,9 kg/m^2 , on parlera de surpoids et au-delà de 30 kg/m^2 d'obésité.

La dérivation biliopancréatique

et l'intestin grêle entrainant un court-circuitage de la majorité de l'estomac et du duodénum.

Les méthodes malabsorptives sont techniquement plus difficiles à réaliser que les restrictives. Le choix de la technique dépendra de nombreux facteurs comme l'IMC de départ, les techniques réalisées antérieurement, le type de comportement alimentaire du patient, etc. Une mise au point préopératoire sur le plan médical, diététique et psychologique est impérative. La chirurgie bariatrique, lorsqu'elle est réalisée par une équipe experte et que celle-ci respecte scrupuleusement les indications, permet d'obtenir des résultats intéressants sur le plan pondéral aussi bien à court terme qu'à long terme (*encadrés*). Différentes études, dont l'étude SOS,

Qu'est-ce que la chirurgie bariatrique et quels sont les résultats obtenus ?

La chirurgie bariatrique est la chirurgie digestive de l'obésité. Différentes techniques chirurgicales existent selon qu'elles soient restrictives (diminution du volume de la poche gastrique) ou malabsorptives (création d'une malabsorption digestive) (figure 1). Ces

nd on prescrit un régime
 enlève 400 à 600 kCal par
 ort à l'alimentation habi-
 il est bien certain que la
 de deux repas festifs par
 une annule les efforts dié-
 le nombre de repas festifs
 domadaires devrait être
 s de cure d'amaigrissement.
 fois, les repas festifs ne doi-
 pas être proscrits chez un
 qui suit un régime hypo-
 rtique. Par exemple, il est
 de la poche gastrique) ou malab-
 sorptives (création d'une malab-
 sorption digestive) (figure 1). Ces

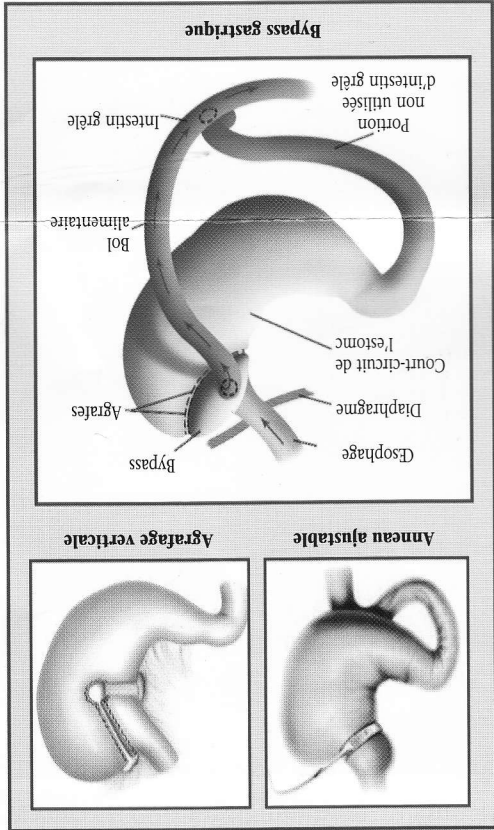


Figure 1. Schéma représentant les techniques chirurgicales les plus courantes : restrictive (anneau ajustable et agrafage vertical) et malabsorptive (bypass gastrique).

ont confirmé ces résultats. La notion de suivi médical et paramédical postopératoire est une des clés du succès au long cours. En effet, non seulement les habitudes alimentaires devront être adaptées au type d'intervention chois-



sié mais aussi un suivi des données médicales à la recherche d'éventuelles carences alimentaires, pourtant rares, devra être réalisé.

Et plus spécialement chez les patients diabétiques de type 2...

Outre la perte pondérale observée après chirurgie bariatrique chez des patients bien sélectionnés, il est important de préciser que l'on peut obtenir une amélioration des différents paramètres métaboliques qui sont associés à l'obésité comme le profil lipidique, l'hyperinsulinisme, l'hyperfibrinogénémie, l'hyperuricémie et, dans une moindre mesure, l'hypertension artérielle. De plus, lorsque l'on compare le devenir d'une cohorte de patients obèses opérés par rapport à une cohorte non opérée, on note une diminution

du nombre de nouveaux cas de diabète dans le groupe de patients opérés.

Cela confirme le rôle prépondérant de l'obésité dans la survenue du diabète de type 2. En effet, le diabète de type 2, dont les caractéristiques métaboliques associent un déficit relatif en insulinosécrétion et une insulino-résistance hépatique et périphérique, est souvent associé à l'obésité (principalement abdominale). On peut dès lors se poser légitimement la question de savoir si la chirurgie bariatrique peut être une méthode ultime de traitement du diabète de type 2 chez le patient obèse.

L'équipe de Liège s'est particulièrement penchée sur la problématique du devenir métabolique des patients diabétiques de type 2 ayant subi une chirurgie bariatrique. Différents paramètres métaboliques comme l'insulinosécrétion, la résistance à l'insuline et le profil métabolique ont été étudiés. Il semble clair que tous

Tableau. Caractéristiques de 24 patients diabétiques de type 2 obèses (16 femmes/8 hommes) avant et 28 ± 4 mois après gastroplastie et perte de 28 ± 3 kg. (d'après A.J Scheen, Diabetes & Metabolism 1998).

Gastroplastie	Âge, ans	IMC, kg/m ²	Glycémie à jeun, mmol/l	HbA _{1c} , %	Patients traités par		
					Su (n = 5)	Met (n = 17)	Ins (n = 7)
Avant	43,2 ± 1,8	44,8 ± 1,6	8,61 ± 0,67	8,27 ± 0,44	2 000 ± 100 mg/j	50 ± 10 U/j	
Après	45,7 ± 1,8	33,3 ± 1,2	5,78 ± 0,33	5,55 ± 0,30	1 360 ± 100 mg/j	42 ± 8 U/j	
p	0,001	0,001	0,002	0,007	0,001		

+ Amélioration remarquable du profil lipidique et de l'HTA ; SU : sulfamide hypoglycémiant ; Met : metformine ; Ins : insuline.

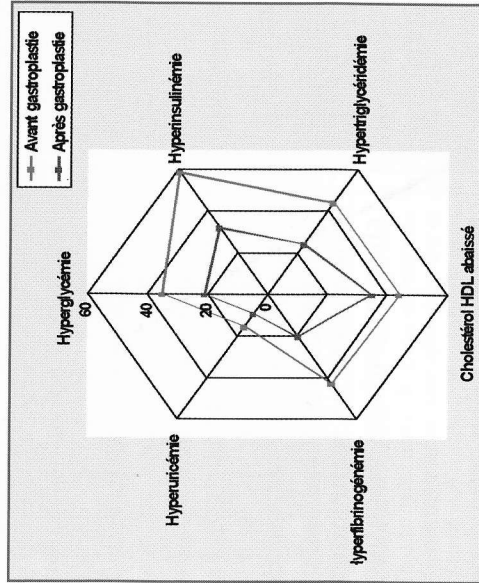


Figure 2. Prévalence (%) des anomalies biologiques associées au syndrome métabolique avant et après gastroplastie chez 565 patients, avec suivi moyen de 28 mois (d'après Luyckx F et al. Diabetes & Metabolism, 1998).

ces facteurs vont dans le sens de l'amélioration (figure 2). De plus, une majorité de patients diabétiques de type 2 ayant subi une chirurgie de l'obésité voient leur traitement du diabète diminué voire supprimé (tableau). Enfin, certaines données montrent que le bypass gastrique réduirait la mortalité des patients diabétiques de type 2.

L'équipe de Rubino *et al.* a montré récemment que la réalisation d'un bypass gastrique chez des patients diabétiques de type 2 permet de recouvrer l'euglycémie chez 83 % des patients (chez 99 % des patients avec intolérance au glucose) et surtout de réduire la mortalité de 4,5 % à 1 % par an, ce qui témoigne d'un effet positif sur la mortalité au-delà des améliorations métaboliques. Tous ces résultats sont principalement liés à la perte pondérale observée, pierre angulaire de la problématique métabolique du patient diabétique de type 2. Néanmoins, une équipe a étudié récemment la sécrétion d'insuline et la résistance à l'insuline 1 semaine après une chirurgie de type malabsorptive chez 10 patients diabétiques de type 2. Ces résultats montrent une amélioration de ces paramètres chez les 10 patients et une

Diabète de type 2

Agissez vite, à tous les stades du diabète.

