



**l'Assurance Maladie**  
des salariés - sécurité sociale  
caisse nationale

## **Chirurgie digestive de l'obésité : qui sont les patients et comment sont-ils pris en charge ?**

dossier de presse  
10 mars 2004

**Le rapport complet est consultable sur le site de l'assurance maladie en  
ligne : [www. ameli.fr](http://www.ameli.fr) rubrique Connaître l'Assurance Maladie/publications**

### **Contact presse CNAMTS :**

Dorothee Hannotin ☎ 01 42 79 30 02  
e.mail : [dorothee.hannotin@cnamts.fr](mailto:dorothee.hannotin@cnamts.fr)

Vanessa Bernon ☎ 01 42 79 34 88  
e.mail : [@cnamts.fr](mailto:@cnamts.fr)

## Sommaire

---

<b>Communiqué :</b> <b>Chirurgie digestive de l'obésité :</b> <b>qui sont les patients et comment sont-ils pris en charge ?</b>	<b>p.3</b>
<b>I – Le profil des patients opérés</b>	<b>p.5</b>
<b>II – Comment sont-ils pris en charge médicalement avant l'opération ?</b>	<b>p.7</b>
<b>III – Les interventions chirurgicales</b>	<b>p.10</b>
<b>IV – Un programme pour renforcer la qualité de la prise en charge des patients</b>	<b>p.12</b>
 <b>Annexe 1</b> <b>La méthode de l'enquête</b>	 <b>p.13</b>
 <b>Annexe 2</b> <b>La prise en charge de l'obésité</b>	 <b>p.14</b>

## **Chirurgie digestive de l'obésité : qui sont les patients et comment sont-ils pris en charge ?**

*L'amélioration de la prise en charge des patients obèses constitue un enjeu important de santé publique. D'après l'INSERM, la France compterait actuellement plus de 5,3 millions de personnes adultes obèses. La prévalence<sup>1</sup> observée s'élève respectivement à 8,2 % en 1997, 9,6 % en 2000 et 11,3 % en 2003, soit une progression annuelle moyenne de 5,5 % entre 1997 et 2003. Les formes graves d'obésité connaissent également une progression importante.*

*La Direction Générale de la Santé (DGS) a lancée en 2001 le « Programme National Nutrition Santé » auquel l'Assurance Maladie apporte son financement. Et en 2003, la loi de programmation de santé publique a fait de cet enjeu l'un de ses objectifs prioritaires*

La chirurgie fait partie de l'arsenal thérapeutique de l'obésité morbide lorsqu'il est impossible d'obtenir et de maintenir à long terme un amaigrissement suffisant par des mesures médicales. Depuis l'apparition de la technique de pose d'anneaux gastriques en 1994, les actes de chirurgie digestive pour obésité ont très fortement augmenté : 16 000 actes en 2001 contre 2000 en 1995.

Face à cette situation, l'Assurance Maladie a souhaité vérifier que ces actes – relativement nouveaux - étaient bien réalisés conformément aux recommandations scientifiques existantes élaborées par la communauté médicale avec l'appui de l'ANAES en 1998.

Elle a effectué dans ce but un état des lieux approfondi de la prise en charge chirurgicale de 2 069 patients opérés, ou qui avaient une opération programmée, durant une même période (décembre 2002-janvier 2003).

### **Les principaux résultats de l'étude**

L'enquête révèle que pour les deux-tiers des interventions, l'ensemble des recommandations scientifiques existantes ne sont pas strictement respectées :

- **51 % des patients** n'ont pas bénéficié d'une prise en charge médicale d'au moins un an avant l'intervention chirurgicale ;
- **45% des patients** n'ont pas eu de bilan multidisciplinaire préopératoire ;
- le consentement éclairé du patient opéré ne figure que dans **54% des dossiers médicaux** ;
- le protocole de suivi post opératoire n'a été mis en place que dans **47 % des cas** ;

Enfin pour **16% des patients l'opération est contre-indiquée** : soit l'indice de masse corporelle est inférieur aux seuils préconisés, soit en raison de la présence d'une autre pathologie.

### **Un programme pour renforcer la qualité de la prise en charge médicale des patients.**

Une partie des médecins interrogés estime que certains de ces critères sont difficiles à respecter en raison de leurs trop fortes contraintes (durée cumulative de la prise en charge médicale préalable) ou de leur difficulté d'application (nécessité d'un bilan multidisciplinaire).

---

<sup>1</sup> La prévalence est le nombre de cas observés en France

Les sociétés savantes de chirurgie de l'obésité et d'endocrinologie, qui se mobilisent pour promouvoir la prévention et les bonnes pratiques du traitement de l'obésité, ont élaboré de nouvelles recommandations qui portent sur les critères d'indications opératoires et sur le suivi des patients opérés. Ce travail consensuel s'est appuyé sur les résultats de l'étude et les remarques émises par les chirurgiens et les praticiens conseils.

D'autres actions, telles que la création de concertations pluridisciplinaires, la « *labellisation* » des équipes chirurgicales, pourraient également être envisagées dans le cadre, par exemple, de la mise en place d'un contrat de bonne pratique.

Enfin, l'Assurance Maladie lance un programme de suivi sur 3 ans des 1 238 patients opérés en décembre 2002 et janvier 2003 afin d'évaluer les résultats à moyen et long terme des différentes techniques chirurgicales et des matériels utilisés.

## I - Le profil des patients opérés

---

L'étude a porté sur 2 069 patients obèses auxquels correspondaient 1 003 ententes préalables, et 1 238 dossiers médicaux liés à l'intervention.

### **L'âge et le sexe**

L'âge moyen des patients étudiés est de 39 ans. Il s'agit essentiellement de femmes (84,5 % des patients) mais l'on trouve une présence masculine légèrement plus élevée dans les classes d'âge extrêmes (10-19 ans, 60 ans et plus).

### **L'appartenance socio-professionnelle**

Trois catégories socio-professionnelles représentent 71% des patients : la catégorie des professions intermédiaires (25 %), la catégorie des employés (23%) et celle des « sans profession » (23 %).

### **La répartition géographique**

Près de 50% des patients ont été opérés dans trois grandes régions françaises (Ile-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'Azur). 46, 5% de l'ensemble des patients y habitent et 49% des patients viennent s'y faire traiter.

### **L'indice de masse corporelle (IMC)**

L'IMC moyen est de 43,7, sans différence significative entre les hommes et les femmes.

Lorsque l'on étudie la répartition des patients obèses selon l'indice de masse corporelle, on observe qu'une large majorité de patients souffre d'obésité morbide (77,5 %). L'obésité sévère et massive ou obésité morbide est définie par un indice de masse corporelle supérieur à 40kg/m<sup>2</sup> (voir annexe 2).

### **Les pathologies associées**

36% des patients présente une ou plusieurs co-morbidités. Et ce chiffre atteint 46% chez les patients dont l'indice de masse corporelle est supérieur ou égal à 50.

Les troubles du métabolisme (diabète, hyper lipidémie,...) sont les problèmes les plus fréquemment rencontrés (21,6%), les maladies cardio vasculaires (hypertension artérielle, insuffisance coronaire,...) sont présentes dans 10,6% des cas.

### Répartition des patients selon les types de co-morbidités

Co-morbidités	n	%
Absence de co-morbidités	1194	63,1
Présence de co-morbidités	697	<b>36,9</b>
	*	
Total	1891	100,0
<i>Co-morbidités identifiées</i>		
Troubles métaboliques	135	<b>21,6</b>
Appareil locomoteur	86	13,8
Appareil cardio-vasculaire	70	11,2
Appareil cardio-vasculaire + troubles métaboliques	66	<b>10,6</b>
Appareil respiratoire	54	8,6
Appareil locomoteur + troubles métaboliques	44	<b>7,0</b>
Appareil respiratoire + troubles métaboliques	32	<b>5,1</b>
Appareil respiratoire + appareil locomoteur	31	5,0
Autres associations	107	17,1
- dont associations comportant les troubles métaboliques	57	<b>9,1</b>
Total	625*	100,0

\* pour 178 patients, la notion de co-morbidités n'a pu être mise en évidence

## **II - Comment sont-ils pris en charge médicalement avant l'intervention ?**

*Les recommandations validées par l'ANAES (rapport de juin 2001) préconisent, pour la mise en œuvre de la chirurgie de l'obésité, quatre conditions principales :*

- *un indice de masse corporelle qui doit être supérieur à 40, ou supérieur à 35 si des facteurs de co-morbidités ou des complications associés menacent le pronostic vital ou fonctionnel,*
- *une prise en charge médicale pluridisciplinaire d'au moins un an,*
- *l'élimination de contre indications (troubles psychiatriques, endocrinopathies)*
- *la nécessité d'une évaluation préopératoire par une équipe pluridisciplinaire (bilan multidisciplinaire préopératoire).*

### **L'indice de masse corporelle (IMC)**

En rapportant l'indice de masse corporelle à la présence de facteurs de co-morbidités, on observe un non-respect de l'indication préconisée par le référentiel chez 13,6 % des patients.

### **La prise en charge médicale pluridisciplinaire d'au moins un an**

759 patients ont bénéficié d'une prise en charge médicale pluridisciplinaire d'au moins un an conformément aux recommandations (prise en charge diététique, activité physique, prise en charge des éventuels troubles du comportement, prise en charge des éventuelles difficultés psychologiques).

Pour 801 patients, un ou plusieurs critères de la prise en charge médicale ne sont pas respectés.

Pour 509 patients, l'existence ou l'absence de la prise en charge médicale pluridisciplinaire d'au moins un an, n'a pu être déterminée au cours de l'enquête.

### **Les contre indications à la chirurgie de l'obésité**

Cinq types de contre indications ont été retenues dans les référentiels

- les troubles psychiatriques (psychose, dépression grave, conduites addictives (alcool – drogue) et troubles du comportement alimentaire (compulsif, boulimie et anorexie),
- les pathologies digestives (œsophagite de stade >2, hernie hiatale par glissement et/ou volumineuse),
- les maladies évolutives (cancer ou maladie inflammatoire),
- les maladies endocriniennes,
- les contre indications anesthésiques.

Pour les 1 790 autres patients 5,9 % d'entre eux (106) présentaient une (ou plusieurs) contre indication(s) appartenant à l'un des cinq types définis<sup>2</sup>.

Les troubles psychiatriques représentaient le principal type de contre indication : ils concernent 58,7 % des patients.

Pour 279 patients, l'existence ou l'absence de contre indications à la chirurgie de l'obésité n'a pu être déterminée au cours de l'enquête

### **Le bilan multidisciplinaire préopératoire**

L'absence d'un tel bilan multidisciplinaire préopératoire a été constatée pour un nombre élevé de personnes (45 %).

La présence ou l'absence d'un bilan multidisciplinaire préopératoire, satisfaisant aux recommandations, n'a pu être déterminée dans 43 cas (cas observés uniquement sur entente préalable).

### **Le consentement éclairé du patient**

Le consentement éclairé du patient était acquis dans près de 90% des patients rencontrés à la suite de leur demande d'entente préalable, soit une différence significative d'un peu plus de 30 points par rapport au dossier médical en établissement.

Cette différence peut s'expliquer par le mode du recueil de l'information : lors de la rencontre avec le médecin conseil (en cas d'entente préalable), il s'agit de déclaratif, alors que dans l'analyse du dossier médical, il s'agit d'un document signé.

La présence ou l'absence du consentement éclairé du patient n'a pu être déterminée chez 117 patients à partir du recueil sur entente préalable, et chez 19 patients à partir du dossier médical en établissement.

### **Les résultats bruts de l'application du référentiel** (voir méthode annexe 1)

La stricte application des principales recommandations a été respectée dans seulement 1/3 des cas.

Et pour 259 patients (soit 16,6%) aucun critère n'est respecté : ces patients sont en dessous du seuil d'IMC préconisé ou bien présentent des pathologies contre indiquées pour une opération.

### **Les avis donnés par les médecins conseils à partir des ententes préalables**

Les médecins conseils ont porté un avis favorable dans un peu plus de 70 % des cas. Dans 3% des cas, le médecin conseil n'a pas été en mesure de donner un avis par manque d'information.

---

<sup>2</sup> La présence ou l'absence de certains types de contre indication chez les patients présentant au moins une contre indication n'a pu être déterminée totalement dans 26 cas. L'analyse des contr-indications s'est donc limitée à 80 patients.

Dans 35,3 % des cas, un avis favorable a été donné alors qu'avait été observé un non-respect d'un ou de plusieurs éléments du référentiel. Ce positionnement des médecins-conseils a concerné essentiellement le non-respect de la prise en charge médicale d'au moins un an (13,9% du total des avis), le non-respect du bilan multidisciplinaire préopératoire (8,2 %) et l'association des deux (6,9 %).

L'écart entre les pratiques et les recommandations varie selon la manière dont sont appréhendées les recommandations par les chirurgiens et les médecins conseils. L'ambiguïté est liée à l'imprécision des critères - par exemple la prise en charge médicale d'un an doit-elle être continue ou bien tolère-t-elle des périodes discontinues dont la somme représente 12 mois ? – qui sont à l'origine d'une partie de l'écart entre les pratiques et les recommandations. Cette ambiguïté explique également le discernement dont ont fait preuve les médecins conseils dans l'application des recommandations au niveau des ententes préalables : dans 25% des cas, ceux-ci ont émis un avis défavorable à la prise en charge de l'intervention, un taux qui se situe entre l'absence manifeste d'indications opératoires pour plus de 16% des cas et le non respect de l'ensemble des recommandations (66,6%).

Les taux d'avis défavorables médicaux étaient variables d'une équipe chirurgicale à l'autre. Aucun avis défavorable médical n'a été relevé pour plus de la moitié des équipes chirurgicales (54,9%). A l'opposé, plus du quart des équipes chirurgicales avait un taux d'avis défavorables supérieur ou égal à 50 %; 14,9 % d'entre elles avait un taux moyen d'avis défavorables compris entre 50 et 99 %, et 13,6 % des équipes n'ont eu que des avis défavorables médicaux.

### **III – Les interventions chirurgicales**

---

#### **Les établissements**

Les 1238 interventions chirurgicales effectuées entre le 1<sup>er</sup> décembre 2002 et le 31 janvier 2003 ont eu lieu dans 263 établissements, dont 72,9 % en établissements privés.

On observe que les patients présentant un IMC > à 50 sont relativement plus présents dans le secteur public (20,1%) que dans le secteur privé (14 %).

#### **Les techniques chirurgicales utilisées par le chirurgien**

Dans presque 9 cas sur 10 (88,3 %), la technique chirurgicale utilisée est la pose d'un anneau de gastroplastie ajustable.

Une différence significative est observée dans la technique chirurgicale en fonction de l'indice de masse corporelle : en matière d'obésité morbide avec un IMC  $\geq$  50, les techniques combinant réduction gastrique et malabsorption sont deux fois plus fréquentes que les gastroplasties par anneau ajustable (respectivement 29,2 % et 14,9 % des techniques). Les techniques combinées sont près de 6 fois plus pratiquées dans le secteur public que dans le privé.

#### **L'utilisation des voies d'abord**

La coelioscopie est la voie d'abord la plus utilisée pour la pose d'anneau de gastroplastie ajustable (98,2 % des interventions).

#### **Les gestes associés**

195 interventions chirurgicales de l'obésité (15,8 % des interventions), ont été réalisées avec un ou plusieurs geste(s) chirurgical d'une autre nature.

Les cures de hernies hiatales (glissement de l'estomac à travers le diaphragme) réalisées ou non avec d'autres gestes, représentent plus de 60 % des interventions associées à la technique chirurgicale de l'obésité. Les cholécystectomies (ablation de la vésicule biliaire) et les biopsies du foie, représentent chacune un dixième de ces gestes associés.

#### **Les complications**

L'enquête confirme le faible taux de complications durant l'hospitalisation (5%).

Les complications durant l'intervention chirurgicale n'ont concerné que 16 interventions chirurgicales (1,3 % des interventions chirurgicales). Aucune n'a entraîné de décès.

Les complications précoces durant l'hospitalisation après l'intervention chirurgicale ont concerné 46 interventions (3,7 % des interventions chirurgicales). Deux complications précoces, une

embolie pulmonaire d'une part, et une coagulation intravasculaire disséminée accompagnée d'une défaillance multiviscérale d'autre part ont entraîné le décès de 2 patients (0,2 % des interventions). Ces deux décès sont intervenus lors de la pose d'anneaux de gastroplastie ajustables sans qu'aucun autre geste associé n'ait été réalisé.

### **La durée du séjour**

La durée moyenne de séjour est de 5 jours. Elle varie en fonction de la technique chirurgicale : pour la pose d'un anneau de gastroplastie, le séjour dure en moyenne 4 jours et demi, alors qu'il est plus long (1,5 à 3 fois plus) pour les autres techniques.

### **Les équipes chirurgicales**

Le nombre d'équipes chirurgicales pratiquant cette chirurgie est élevé : 378 équipes chirurgicales ont proposé ou réalisé une intervention chirurgicale au cours des mois de décembre 2002 et janvier 2003.

La plupart des équipes chirurgicales n'ont proposé ou réalisé qu'une seule technique chirurgicale à leurs différents patients (92,4 % des équipes) ; celle-ci a consisté dans la plupart des cas en la pose d'un anneau de gastroplastie ajustable (310 équipes). La part des équipes ayant proposé ou réalisé deux techniques et plus (7,6 %) est plus de deux fois plus importante en secteur public (12,1 %) qu'en secteur privé (5,2 %).

Le nombre d'interventions chirurgicales réalisées varie selon les équipes chirurgicales : un peu plus des trois quarts ont réalisé moins de 5 interventions pendant la période de l'enquête, la moyenne générale s'établissant à 4 interventions. Toutefois on observe globalement une grande dispersion puisque que le nombre d'interventions se situe entre 1 et 56 interventions par équipe chirurgicale en deux mois.

### **Le protocole de suivi post-opératoire**

Sur 1 174 patients, un protocole écrit détaillant la prise en charge du patient après intervention a été fourni au médecin conseil pour moins d'un patient sur deux (47%).

Pour les 64 autres patients (5 %), l'existence ou l'absence d'un protocole de suivi pour les patients ayant subi une intervention chirurgicale n'a pu être déterminée.

## IV - Un programme pour renforcer la qualité de la prise en charge médicale des patients ?

---

L'étude permet de dégager trois pistes d'amélioration de la qualité des soins qui vont être mises en œuvre par les professionnels de santé et l'Assurance Maladie :

- Pour les référentiels, il est nécessaire de prendre en compte les remarques émises par les chirurgiens et les praticiens conseils (comme préciser et rédiger si possible les conditions d'indications des différentes techniques dont le chirurgien dispose).  
**Les sociétés savantes d'endocrinologie et de chirurgie ont réécrit de manière consensuelle ces référentiels.** Ces nouveaux textes vont être portés à la connaissance des professionnels prenant en charge les patients obèses et des associations de patients.
- Il est indispensable que la **décision chirurgicale soit prise lors d'une véritable concertation pluridisciplinaire** réunissant endocrinologue nutritionniste, psychiatre ou psychologue, anesthésiste et un ou plusieurs chirurgiens, de manière à ce que les différentes techniques de chirurgie bariatrique puissent être proposées et réalisées (technique de restriction ou de malabsorption), la présence du médecin généraliste, lorsque cela est possible, est recommandée.  
Il n'apparaît pas indispensable qu'un chirurgien fasse systématiquement les deux types de techniques, deux chirurgiens ayant l'habitude de pratiquer chacune des techniques peuvent participer à une même concertation pluridisciplinaire. Ces équipes doivent mettre en place un suivi adapté avec un référent désigné pour chaque patient.
- Pour l'appréciation des résultats à moyen ou long terme des différentes techniques chirurgicales et/ou des différents matériels posés (anneaux de gastroplastie) il apparaît essentiel de mettre en place un "registre national" des patients opérés (quelle que soit la technique utilisée).  
Il est important de rappeler que les professionnels et l'ANAES ont déjà mentionnés dans leurs précédents référentiels cette notion de registre et l'obligation de poursuivre une évaluation à long terme en post chirurgie. A ce jour, il n'y a pas eu d'avancée sur ce plan.  
Pour sa part, **la CNAMTS poursuivra son enquête par une évaluation des résultats dans l'avenir pour les 1238 patients opérés de décembre 2002 à janvier 2003.** Ces résultats seront utiles aux décideurs en attendant la création d'un registre.

Ces trois propositions conduisent à se poser la question du nombre d'équipes nécessaires pour prendre en charge les patients obèses morbides. A l'heure actuelle le nombre d'équipes chirurgicales est élevé et ce pour une chirurgie dont les résultats à moyen et long terme ne sont pas totalement connus. Beaucoup d'équipes opèrent peu de patients.

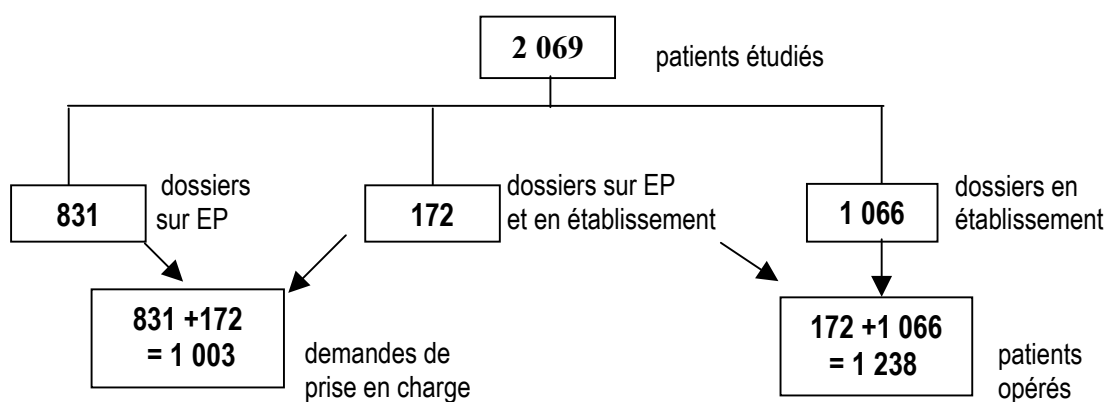
Il semble donc raisonnable de proposer une « labellisation » des équipes ou la rédaction d'un cahier des charges national mentionnant les différentes conditions qui apparaissent nécessaires aux professionnels pour garantir la qualité de la prise en charge : conditions relatives à l'environnement matériel (équipements techniques adaptés aux patients obèses morbides), à l'environnement humain (formation, pluridisciplinarité, proposition de plusieurs techniques), à une activité minimale (nombre d'acte par an), à l'organisation du suivi et à l'évaluation des résultats. Cette procédure conduira naturellement à une réduction du nombre d'équipes pratiquant la chirurgie bariatrique (autre nom de la chirurgie digestive de l'obésité) tout en garantissant aux patients le respect d'engagements.

## La méthode de l'enquête

---

Cette enquête descriptive a été réalisée sur deux mois, décembre 2002 et janvier 2003. Elle a porté sur 2 069 patients obèses pour lesquels les informations ont été recueillies selon deux modes. D'une part, l'examen de la demande d'entente préalable (EP) envoyée par 1 003 personnes au service médical et un rendez vous entre le médecin conseil et chaque personne, d'autre part l'analyse exhaustive des dossiers médicaux de 1 238 patients opérés pendant cette période.

Pour 172 patients, la réception de l'entente préalable par le service médical et l'intervention ont eu lieu pendant la durée de l'enquête.



Dans les deux cas, l'Assurance Maladie a analysé les indicateurs les plus pertinents :

- le consentement éclairé du patient (dans le cas du dossier un document écrit l'atteste)
- l'existence d'un bilan multidisciplinaire préopératoire complet
- l'Indice de masse corporelle
- les contre indications
- le suivi post opératoire pendant un an

## **La prise en charge de l'obésité**

---

### **Qu'est ce que l'obésité ?**

L'obésité se définit comme un excès de masse grasse entraînant des conséquences néfastes pour la santé. Il s'évalue à partir du calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) :  
IMC = poids en kg/taille en m<sup>2</sup>.

Selon les recommandations internationales, on parle de surpoids pour un IMC compris entre 25 et 30 kg/m<sup>2</sup> et d'obésité à partir d'un IMC > 30kg/m<sup>2</sup>.

L'obésité morbide (sévère ou massive) est définie par un IMC > 40kg/m<sup>2</sup>. C'est le cas par exemple d'une femme de 1,65 m pesant 109 kilos ou plus, un homme de 1,80 pesant 130 kilos ou plus.

L'obésité est à l'origine de nombreuses complications, cardiovasculaires (notamment l'hypertension artérielle), métaboliques (diabète de type 2, hyperlipidémie), respiratoires (syndrome d'apnée du sommeil), digestives (stéatose, reflux gastro-œsophagien, lithiase biliaire). Elle est aussi associée à une prévalence et une mortalité accrue de certains cancers. Elle affecte par ailleurs le bien être psychologique et social.

Le risque de mortalité et de morbidité lié à l'obésité est corrélé au degré du surpoids et pour certaines complications à l'adiposité abdominale. Ces co-morbidités entraînent une réduction de l'espérance de vie des patients.

### **Le traitement médical de l'obésité**

Le traitement de l'obésité repose sur une prise en charge médicale multidisciplinaire au long cours, associant des actions portant sur les comportements, l'alimentation, l'activité physique, la prévention et le traitement des complications, le soutien psychologique. C'est un traitement qui ne se limite pas à la simple prescription d'un régime.

Différents éléments conditionnent les choix thérapeutiques : l'importance de l'obésité, ses déterminants et conséquences, les co-morbidités, le stade évolutif. Le traitement des complications est un objectif primordial quelle que soit l'évolution pondérale.

De nombreuses études insistent sur l'importance d'un suivi médical régulier, dont dépend le pronostic pondéral.

La prescription diététique, la réduction des comportements sédentaires et la promotion de l'activité physique, les approches comportementales, la prise en charge psychologique doivent généralement être associées. Les aides médicamenteuses ne sont envisagées qu'après échec des mesures précédentes et sur avis spécialisés.

Dans les obésités morbides, les traitements médicaux connaissent certaines limites et sont grevés d'un taux de rechute important .

### **Le traitement chirurgical de l'obésité morbide**

Le traitement chirurgical de l'obésité morbide est utilisé dans le monde depuis plus de trente ans. Aujourd'hui, deux grands types d'intervention sont pratiqués :

- celles qui entraînent une restriction de la capacité gastrique, ce sont les gastroplasties par anneau ajustable ou les gastroplasties verticales calibrées (par agrafes).  
Après deux ans leur efficacité sur la perte de poids est comparable, soit 50 à 60 % de l'excès de poids initial pour ces deux techniques ;
- celles qui combinent une réduction gastrique et une malabsorption (le by-pass gastrique et la dérivation bilio-pancréatique).  
Après deux ans leur efficacité sur la perte de poids est supérieure aux deux techniques précédentes, soit plus de 70 % de l'excès de poids initial.

Depuis 1993 ces interventions se font majoritairement sous coelioscopie. Cette voie d'abord a permis d'améliorer le confort du patient avec un retour plus rapide à la vie active et surtout de diminuer les complications (abcès, éviscérations, éviscérations ...) qui constituent les principales causes de morbidité après laparotomie.

En France, depuis 1994, la pose d'anneaux de gastroplastie ajustables sous coelioscopie est la technique la plus largement utilisée : 10 000 en 2000 et 16 000 en 2001. Cet acte est relativement aisé sur le plan technique. Il consiste à mettre en place un anneau péri gastrique gonflable relié par un cathéter à un réservoir sous cutané (permettant d'actionner un resserrage post opératoire ou inversement). C'est une technique réversible qui évite l'ouverture du tube digestif.

La principale complication de ce geste est la dilatation secondaire de la poche gastrique qui peut entraîner des vomissements, un reflux gastro-œsophagien, une œsophagite. D'autres complications sont décrites dans la littérature : infections d'anneaux, érosions gastriques, nécroses gastriques dues à un serrage excessif. Les ré-interventions consistent essentiellement en un repositionnement de l'anneau ou à son ablation.

Le remboursement de la « chirurgie bariatrique » est subordonné à l'avis favorable du service médical, rendu après examen clinique du bénéficiaire par le praticien conseil, et à l'accomplissement des formalités de l'entente préalable.

### **Une technique qui nécessite une évaluation sur le long terme**

En mai 2001, l'ANAES a publié un rapport dans lequel les auteurs mettent en exergue l'insuffisance d'évaluation à long terme notamment des anneaux de gastroplastie modulables, préconisent de mener des études sur le long terme et de comparer par des essais contrôlés les différentes techniques.

Les sociétés savantes et l'ANAES ont préconisé également une procédure de suivi de l'activité (création d'un registre national) qui en association avec les données de matérieo-vigilance permette de mieux connaître la sécurité d'utilisation des dispositifs implantables.