

Auteur(s) : **V. Giusti**

Contact de(s) l'auteur(s) : **Drs Fulgencio Gomez, François Pralong, Vittorio Giusti, Juan Ruiz, Rolf C. Gaillard et Luc Portmann** Division d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme
Département de médecine interne CHUV 1011 Lausanne

Les complications du by-pass gastrique dans le traitement de l'obésité morbide

L'augmentation importante de la prévalence de l'obésité et l'inefficacité des traitements conservateurs (diététiques, pharmacologiques et/ou approches comportementales) sur le long terme ont donné à la chirurgie un rôle de plus en plus important dans la prise en charge de l'obésité.¹⁰ En effet, le traitement chirurgical de l'obésité morbide a connu une nette progression depuis le début des années 1990, spécialement en raison de l'introduction des techniques laparoscopiques. Le cerclage gastrique a été la première intervention effectuée par coelioscopie. Cependant, le cerclage gastrique, avec un recul d'environ dix ans, et malgré une morbidité opératoire très faible, présente, à long terme, un taux de complications majeures nécessitant une réintervention dans 10% des cas. En outre, les résultats en termes de perte pondérale ne sont satisfaisants que chez 50-60% des patients opérés.¹¹ Le by-pass gastrique, depuis sa réalisation par laparoscopie, est devenu la technique de choix pour le traitement chirurgical de l'obésité morbide. Le taux des complications postopératoires précoces est supérieur à celui du cerclage gastrique (toutes complications 19%, complications majeures 5%), mais les complications tardives sont largement inférieures (réintervention 5%), et la perte pondérale est plus importante, se maintenant bien à long terme chez 75% des patients.¹²

Le by-pass gastrique est une intervention mixte, qui combine la restriction alimentaire, liée au volume de la néo-poche gastrique (20 ml), et la malabsorption, liée au court-circuit de la partie distale de l'estomac, du duodénum et du grêle proximal. Ce type de montage permet la diminution de l'absorption des glucides, des lipides et des protéines, et donc de l'apport énergétique, sans cependant provoquer une dénutrition sévère, car la partie terminale du grêle et le côlon sont en mesure de compenser partiellement l'absorption de la partie court-circuitée. Au contraire, l'absorption de certains nutriments (vitamine B12, acide folique, fer et calcium), qui se fait d'une manière élective au niveau gastrique et/ou duodéal, ne sera malheureusement pas compensée au niveau intestinal.

Une *carence en vitamine B12* est mise en évidence chez environ 70% des patients opérés pendant la première année postopératoire.¹³ La supplémentation est donc indispensable et, en règle générale, doit être effectuée par voie intramusculaire (injection de 1000 µg), à fréquence mensuelle ou bimensuelle, en fonction de la réponse du patient. La voie orale, vu le court-circuit gastrique,

n'est pas efficace, sauf pour des cas rarissimes, lorsque l'absorption passive de la B12, non liée au facteur intrinsèque gastrique, est supérieure aux 10% habituels. Un *manque de fer* est diagnostiqué chez 50%¹⁴ des patients et une anémie dans environ 10-15% de cas.¹⁵ La substitution proposée, en fonction également des pertes physiologiques liées au cycle chez la femme préménopausée, est de 600-900 mg par jour de sulfate de fer per os. Quand le patient ne tolère pas la substitution par voie orale (effets secondaires gastro-intestinaux), des perfusions peuvent être justifiées et nécessaires. Le *déficit en acide folique* concerne environ 40% des sujets¹⁶ et est souvent associé à une macrocytose. Une dose de 1 mg/jour est habituellement suffisante pour corriger cette carence. A signaler, qu'en cas de désir de grossesse ou absence de contraception efficace, une supplémentation préventive est conseillée même en l'absence de déficit. *L'absorption de calcium et vitamine D est réduite* après le by-pass.¹⁷ Cependant, on observe rarement une hypocalcémie, et peu souvent une diminution du taux de vitamine D. En effet, l'organisme compense la réduction d'absorption par une augmentation de la production de la parathormone. Déjà 3-4 mois après l'intervention, la PTH commence à augmenter et à exercer son action au niveau rénal, stimulant la conversion de la 25(OH) vitamine D en 1-25(OH)₂ vitamine D et augmentant la réabsorption du calcium. Au niveau de l'os, il y a une augmentation de la réabsorption du calcium. Dans ce contexte, malgré des valeurs plasmatiques normales en calcium et vitamine D, le métabolisme phosphocalcique est fortement perturbé et caractérisé par un bilan négatif du remodelage osseux, qui est un risque de développement d'une ostéopénie ou/et ostéoporose.¹⁸ Le dosage de la parathormone constitue donc le paramètre le plus fiable pour évaluer l'évolution du métabolisme phosphocalcique. En présence d'une élévation progressive de la PTH, une supplémentation appropriée est nécessaire, malgré la présence de valeurs normales en calcium et vitamine D. On propose une dose de 1000-1500 mg/jour de citrate de calcium, associée à 800-1000 UI de cholécalférol. Dans les cas rares où la PTH reste élevée, malgré la substitution orale, on peut envisager des injections intramusculaires «dépôt» (300 000 UI) tous les six mois.

Les risques de développement de carences en vitamines et/ou minéraux sont donc plus élevés après le by-pass que le cerclage gastrique. Ces risques demandent un suivi médical très régulier et sur le long terme, afin de prévenir l'apparition de signes et/ou symptômes de déficits nutritionnels.