



Chirurgie bariatrique : quelle est la durée idéale de l'itinéraire préopératoire ?

Rev Med Suisse 2015; 11: 720-5

V. Giusti
L. Schwab
M. Benoit

Bariatric surgery: what is the ideal length of the preoperative track?

Bariatric surgery not only has significant somatic implications but also imposes substantial behavioural and psychological changes. It is therefore essential to check previously that the potential candidate has not psychosomatic contraindications and its psycho-social context to allow adaptation to the changes requested by the intervention. After this preliminary phase the multidisciplinary support must provide a complete and adequate preparation for potential intervention, and ensure a follow-up to life in these patients. Bariatric support is therefore an ongoing process, which involves, in the preoperative phase, three steps: 1) to inform, 2) to assess and 3) prepare candidates.

La chirurgie bariatrique a non seulement des implications somatiques importantes, mais impose aussi des changements comportementaux et psychologiques significatifs. Il est donc indispensable de vérifier préalablement que le candidat potentiel ne présente pas des contre-indications psychosomatiques et que son contexte psychosocial permette une adaptation aux changements demandés par l'intervention. Après cette phase préliminaire, la prise en charge multidisciplinaire doit prévoir une préparation adéquate et complète pour l'éventuelle intervention, et pouvoir garantir un suivi à vie à ces patients. La prise en charge bariatrique est donc un processus permanent, qui implique, dans la phase préopératoire, trois étapes: 1) informer; 2) évaluer et 3) préparer les candidats.

INTRODUCTION

La chirurgie bariatrique est loin d'être un simple geste technique, au contraire, elle implique des changements comportementaux et psychologiques très importants.

Il est donc indispensable de prévoir une préparation adéquate et complète pour l'éventuelle intervention, et de pouvoir garantir un suivi à vie à ces patients. La prise en charge bariatrique multidisciplinaire est donc un processus permanent, qui implique, dans la phase préopératoire, d'informer, d'évaluer et de préparer les candidats.

L'indispensabilité de mettre en place un itinéraire préopératoire est reconnue sur le plan international et conçoit un consensus unanime. Le parcours préopératoire, avec toutes ses étapes, est décrit dans de multiples guidelines et les objectifs sont, pour la plupart, très similaires, avec des différences minimales. La durée de la phase préopératoire reste par contre un sujet ouvert à l'origine d'attitudes distinctes dans les centres bariatriques.

Cet article décrit l'itinéraire préopératoire et fait une analyse des facteurs en mesure de déterminer sa durée.

PHASE PRÉLIMINAIRE PRÉBARIATRIQUE

L'inclusion dans l'itinéraire préopératoire implique la vérification préalable des critères asséurologiques nécessaires, l'exclusion des contre-indications psychosomatiques, l'appréciation du contexte psychosocial et l'analyse des comorbidités somatiques (tableau 1). Cette étape préliminaire peut être effectuée par le médecin de famille (qui, à sa convenance, peut déléguer au spécialiste). Lorsqu'il s'agit de patients âgés de moins de 20 et de plus de 65 ans, il est fortement conseillé de les faire évaluer par une équipe multidisciplinaire spécialisée depuis le début de leur parcours.

Il est important de signaler qu'un des critères pour bénéficier de l'intervention est que le patient ait déjà dans son parcours au minimum deux ans de traitements conventionnels sans résultat. Les deux années exigées ne sont pas forcément consécutives, ne sont pas non plus demandées juste avant l'intervention et surtout comprennent non seulement les éventuels régimes et traitement médica-



Tableau 1. Éléments de la phase préliminaire pré-bariatrique

1. Vérifier les critères asséurologiques
2. Identifier les causes de l'obésité
3. Repérer les comorbidités somatiques
4. Apprécier le contexte psychosocial

Critères pour démarrer l'itinéraire bariatrique

- Demande du patient de bénéficier d'une intervention bariatrique
- Absence de dysfonctions psychiatriques actives
- Au minimum 2 ans de traitements conventionnels sans résultat
- Capacité à intégrer les implications de l'intervention

Critères d'exclusion

- Grossesse en cours
- Maladie coronarienne instable (angor instable, infarctus récent, c'est-à-dire < 6 mois); décision dans ces cas seulement après avis cardiologique et/ou anesthésiologique
- Cirrhose Child B/C
- Maladie de Crohn; ces patients ne peuvent être admis qu'après accord du gastroentérologue traitant
- Insuffisance rénale sévère (créatinine > 300 µmol/l) sans dialyse
- Embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde au cours des 6 derniers mois
- Patients atteints de cancers non contrôlés ou en rémission depuis moins de 2 ans après le traitement; ils ne peuvent être admis qu'après accord de l'oncologue traitant
- Troubles psychiques sérieux, non secondaires à l'obésité, nécessitant un traitement et qui ont conduit à une décompensation au cours des 2 dernières années, et après concertation avec son psychiatre personnel et rapport écrit de ce dernier
- Abus chronique de substances persistant (en particulier alcool, cannabis, opiacés) à moins d'une abstinence attestée d'au moins 6 mois et d'un suivi spécialisé
- Compliance insuffisante (rendez-vous oubliés de manière répétée, incapacité à coopérer), absence de capacité de discernement, incapacité à saisir les enjeux du traitement
- Incapacité estimée par le spécialiste à intégrer les contraintes et conditions du suivi postopératoire (consultations, contrôles biologiques, substitutions)

Patients âgés de moins de 20 et de plus de 65 ans:

⚠ il est fortement conseillé de les faire évaluer par une équipe multidisciplinaire spécialisée depuis le départ de leur parcours

menteux, mais également les traitements psychologiques. Il faut donc retenir que ce critère ne doit pas être confondu avec la nécessité présumée d'un parcours préopératoire obligatoire de la durée minimale de deux ans.

ITINÉRAIRE PRÉOPÉRATOIRE

La phase préopératoire a une durée très variable et dépend du profil du patient et de la prise en charge spécialisée dont il a déjà bénéficié. En France, la Haute autorité de la santé (www.has-sante.fr)¹ propose une phase préopératoire d'une durée minimale de six mois. En Suisse, les directives de la Swiss Society for the Study of Morbid Obesity (www.smob.ch)² sur délégation de l'Office fédéral de la santé publique, prévoient un intervalle minimum de trois mois entre la première consultation et la date de l'intervention. La prise en charge préopératoire implique trois étapes: 1) information; 2) évaluation et 3) préparation.

Phase d'information

Elle doit être dispensée par les membres de l'équipe multidisciplinaire et il est recommandé de fournir au patient une documentation écrite décrivant l'intervention chirurgi-

Tableau 2. Phase d'information

1. Transmettre les implications des opérations
2. Vérifier les informations retenues
3. Réanalyser les attentes
4. Reformuler la demande

Informations

1. Différentes techniques opératoires
2. Risques périopératoires
3. Risques à moyen et long termes
4. Limites de la chirurgie
5. Bénéfices et inconvénients sur le long terme
6. Implications alimentaires
7. Implications psychologiques
8. Nécessité d'un suivi à vie
9. Possibilité de recours à la chirurgie reconstructive

Objectifs

1. Réaliser l'importance de la préparation
2. Retenir le caractère indispensable du suivi
3. Comprendre les facteurs influençant la perte pondérale
4. Concevoir les limites de la chirurgie
5. S'approprier des implications pratiques possibles
6. Prendre conscience des implications psychologiques
7. Induire une réflexion globale
8. Reconsidérer les attentes
9. Faciliter la décision et le choix
10. Débuter des changements

cale elle-même, ses complications possibles, les changements qu'elle provoque dans les habitudes alimentaires et l'organisation du suivi postopératoire (tableau 2).³ Un consentement écrit du patient à l'intervention, après qu'il ait été dûment éclairé sur ses avantages/inconvénients, ses risques et ses conséquences à long terme est nécessaire.

L'information au patient doit porter sur :

- les différentes techniques chirurgicales: leur principe, leurs bénéfices respectifs, les bénéfices pour la santé et les comorbidités, la mortalité périopératoire, les effets indésirables, les complications précoces et tardives, les conséquences nutritionnelles, les réinterventions, l'irréversibilité, les signes cliniques qui doivent alerter;
- les limites de la chirurgie (notamment en termes de perte de poids);
- les bénéfices et inconvénients de la chirurgie sur la vie quotidienne, les relations sociales et familiales, et les implications psychologiques;
- les bénéfices et les inconvénients de la chirurgie en matière de grossesse et de contraception;
- la nécessité d'une modification du comportement alimentaire et du mode de vie avant et après l'intervention;
- la nécessité d'un suivi médical et chirurgical durant toute la vie, l'obésité étant une maladie chronique et en raison du risque de complications tardives;
- la possibilité de recours à la chirurgie réparatrice et reconstructrice.

A la fin de cette phase, il est indispensable de vérifier les informations retenues, de réanalyser les attentes du patient et lui donner la possibilité de reformuler sa demande (tableau 3).⁴

Phase d'évaluation

Elle a comme objectifs d'identifier les éventuelles contre-indications somatiques et psychologiques, de favoriser le



Tableau 3. Rapport final de la phase préopératoire

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Poids initial	Poids actuel	Poids désiré	Poids probable
<ul style="list-style-type: none"> Le patient a retenu les implications de l'intervention Le patient est conscient des limites de la chirurgie Les attentes du patient sont réalistes Le patient a débuté des changements sur le plan alimentaire Le patient est dans une phase de perte pondérale Les comorbidités somatiques sont équilibrées L'état nutritionnel est normal Le contexte psychosocial du patient est stable L'entourage familial accompagne le patient dans sa démarche 	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Evaluation psychologique:			
Gastroscopie:			
Helicobacter: O(+) O(-)		Eradiqué: <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Echographie:			
Oxymétrie:			
Bilan cardiologique:			
Exemplaire du rapport final de l'itinéraire préopératoire qui résume les aspects psychologiques et somatiques, et surtout il permet de redéfinir les attentes du patient.			

choix du type d'intervention et de définir le type de préparation préopératoire à mettre en place. L'évaluation conçoit le bilan somatique, nutritionnel, du comportement alimentaire et psychologique.

Sur le plan somatique, il est recommandé de vérifier la fonctionnalité hépatique et rénale, doser le profil lipidique et glucidique, analyser la composition corporelle et la densité osseuse. Une gastroscopie, avec recherche et éventuelle éradication d'*Helicobacter pylori*, et la réalisation de biopsies à la recherche de lésions préneoplasiques sont nécessaires. Sur les plans pneumologique et cardiologique, des investigations permettant de reconnaître des éventuelles situations à risque pour l'anesthésie sont conseillées (tableau 4).

Le bilan nutritionnel doit analyser les apports en micro et macronutriments et identifier des carences potentielles.⁵ L'évaluation de l'état dentaire est également recommandée.

Il est indispensable d'évaluer et de prendre en charge avant l'intervention les comorbidités cardiovasculaires et/ou métaboliques.

Le bilan du comportement alimentaire implique: 1) l'analyse alimentaire qualitative et quantitative; 2) l'évaluation de la structure alimentaire quotidienne; 3) l'estimation du rythme de la consommation des aliments; 4) la détermination des causes de la consommation alimentaire; 5) l'appréciation des compulsions et 6) le diagnostic des troubles du comportement alimentaire (TCA).

La chirurgie bariatrique implique des changements psy-

chologiques majeurs pour le patient, aux niveaux intrapsychique (image corporelle, humeur...) et interpersonnel (familial et social).⁶ L'évaluation psychologique préopératoire est donc indispensable et complexe, de type multi-axial.⁷ Son objectif n'est pas seulement d'identifier d'éventuelles contre-indications absolues (état psychotique floride et problèmes de dépendance), mais surtout de reconnaître des contre-indications relatives en mesure de mettre à risque le bon résultat de l'intervention: troubles psychiatriques non stabilisés (TCA, dépression, attaque de panique...), attitude non compliant, attentes magiques, phase de vie instable.

L'objectif du bilan psychologique sera donc d'évaluer la tolérance au changement et à la frustration, les risques de décompensation et la capacité à mobiliser les ressources. Cette évaluation multi-axiale comprend l'axe cognitif (fonctionnement mental), l'axe psychiatrique (diagnostic et anamnèse), l'axe socio-relational et l'attitude face à la maladie. Ce bilan permettra d'évaluer l'indication à un traitement psychologique pré et/ou postopératoire.⁸

Phase de préparation

Elle implique les aspects somatiques, diététiques, comportementaux et psychologiques. Le but est de réduire les risques opératoires, d'améliorer la tolérance alimentaire et de soutenir la perte pondérale, de prévenir les désagréments et d'anticiper le mal-être psychologique (tableau 5).

Sur le plan somatique, il est essentiel d'équilibrer le profil métabolique avant l'intervention, notamment la pré-

Tableau 4. Composants de la phase d'évaluation somatique

FSS: hémogramme I; OGTT: oral glucose tolerance test; CPAP: ventilation en pression positive continue.

Bilan nutritionnel

- Analyse des apports en micro et macronutriments
- Evaluation de l'état dentaire
- Mesure des paramètres biologiques: FSS, protéines totales, albumine, ferritine, Mg érythrocytaire, zinc, calcium, vit. D, PTH, vit. B1, vit. B2, vit. B6, vit. B9, vit. B12

⚠ Il est indispensable d'équilibrer d'éventuelles carences avant l'intervention et d'avoir un bon état dentaire pour faciliter la mastication

Bilan gastroentérologique

- Gastroscopie avec biopsies et recherche d'*Helicobacter pylori*
- Echographie ciblée sur la morphologie hépatique

⚠ Il est indispensable d'éradiquer l'éventuelle présence d'*Helicobacter* et vérifier l'efficacité du traitement

Bilan métabolique

- Profil glucidique (OGTT, insuline, HbA1c)
- Profil lipidique
- Fonctionnalité hépatique
- Fonctionnalité rénale
- Composition corporelle
- Densitométrie osseuse

⚠ Il est indispensable d'évaluer et éventuellement prendre en charge les comorbidités métaboliques avant l'intervention

Bilan pneumologique

- Oxymétrie ou polygraphie nocturne
- Vérification et éventuel calibrage CPAP

Bilan cardiologique

- (A réaliser uniquement pour les patients ayant un IMC > 50 kg/m² et/ou une pathologie grave sur le plan cardiaque/respiratoire/métabolique)
- Echographie et/ou ergométrie



sence d'un diabète mal contrôlé peut justifier l'introduction périopératoire d'un traitement par insuline ; une hypertension instable nécessite une adaptation du traitement ; l'existence d'un syndrome sévère des apnées du sommeil demande la mise en place d'un traitement par CPAP (ventilation en pression positive continue). La présence d'*Helicobacter pylori* impose son éradication, et une éventuelle gastrite un traitement préalable.

Sur le plan diététique, une prise en charge spécifique pour limiter les risques opératoires liés à la stéatose hépatique et pour faciliter l'adaptation au montage gastrique est indispensable afin d'éviter les désagréments possibles (vomissements, blocages, dumping précoce...), faciliter un nouvel équilibre alimentaire adapté aux différentes périodes postopératoires et garantir une hydratation suffisante. Le traitement préalable des TCA est une étape incontournable.

DURÉE DE L'ITINÉRAIRE

La durée nécessaire à finaliser le processus préopératoire est très variable et est comprise entre un minimum de trois mois et un maximum de deux ans en fonction des centres bariatriques.

Le facteur responsable de cette variabilité est le traitement préalable des TCA et des éventuelles comorbidités psychiatriques et/ou somatiques.

La prise en charge préopératoire d'un TCA constitue le point le plus débattu, pour lequel il n'existe pas de consensus. En effet, aucune étude n'a pu mettre en évidence que le traitement d'un TCA puisse améliorer la perte pon-

dérale postopératoire ou prévenir la reprise pondérale sur le long terme. Aujourd'hui, dans certains centres, on exige, en fonction de la sévérité du TCA, un traitement qui peut durer six mois ou plus. Dans d'autres centres, au contraire, aucune prise en charge n'est proposée.

Dans nos centres du réseau intercantonal de bariatrie (Hôpital intercantonal de la Broye, Hôpital cantonal de Fribourg, hôpitaux neuchâtelois), nous avons adapté le traitement du TCA de manière spécifique aux patients candidats à l'opération. Cette prise en charge ne vise pas l'éradication du TCA, impossible chez ce type de patient, mais plutôt à obtenir une rémission et à sensibiliser les patients à reconnaître les signes d'une éventuelle rechute afin de réagir avant une reprise pondérale excessive. Ce schéma de traitement prévoit une durée d'environ deux mois, qui est suivi par environ 90% des candidats à l'intervention.

La deuxième situation qui peut modifier de manière significative le temps de préparation est le contexte psychosocial. Il va de soi que le patient doit non seulement bénéficier d'une situation d'équilibre psychologique, mais également d'une situation socio-familiale favorable afin de limiter le stress dans la phase postopératoire. Dans certains cas, la mise en place d'un accompagnement psychologique

Tableau 5. Composants de la phase de préparation

Partie comportement alimentaire	
Cette étape consiste en la prise en charge d'un éventuel trouble du comportement alimentaire avec l'objectif d'obtenir une rémission du trouble ou une réduction de la fréquence des compulsions. Cette phase est indispensable pour faciliter l'adaptation au montage gastrique et réduire le risque de reprise pondérale après l'intervention	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Analyse alimentaire qualitative et quantitative 2. Evaluation de la structure alimentaire quotidienne 3. Estimation du rythme de la consommation alimentaire 4. Détermination de la durée des repas 5. Appréciation de la mastication et de la vitesse 6. Identification satiété/faim/envie/plaisir 7. Détermination des causes de la consommation des aliments 8. Appréciation des compulsions 	
Partie somatique	
Equilibrer, si nécessaire, les :	
<ul style="list-style-type: none"> • comorbidités métaboliques (diabète, dyslipidémie...) • pathologies respiratoires (ex. : syndrome d'apnées du sommeil) • pathologies gastroentérologiques (gastrite, éradication <i>Helicobacter</i>...) • maladies cardiovasculaires (ex. : hypertension artérielle) 	
Partie diététique	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Réaliser les implications alimentaires en vue de l'intervention 2. Identifier les difficultés de mise en pratique au niveau alimentaire 3. Mettre en pratique mastication et taille des bouchées 4. Rechercher des stratégies pour augmenter la durée des repas 5. Identifier les aliments riches en protéines 6. Introduire un régime préopératoire facilitant la réduction de la stéatose hépatique 7. Préparer l'hospitalisation 8. Anticiper l'alimentation postopératoire 	

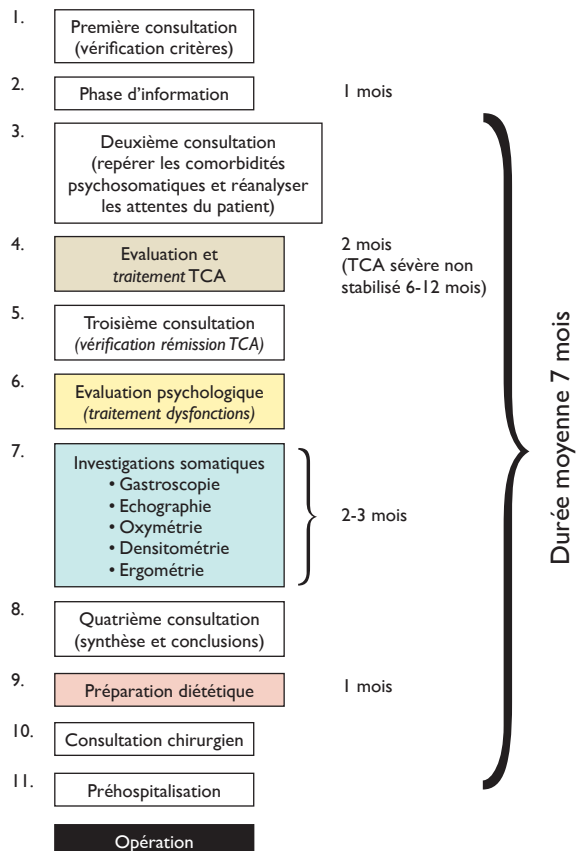


Figure 1. Algorithme de l'itinéraire préopératoire

La durée de ce parcours est entre 6 et 9 mois pour environ 80% des patients.
TCA: trouble du comportement alimentaire.



peut s'avérer nécessaire; dans d'autres situations, il peut être préférable de repousser l'intervention.

Finalement, il est important de signaler qu'il ne faut pas confondre le temps de préparation avec le temps d'attente entre les phases de l'itinéraire préopératoire. En effet, dans un centre spécialisé, il est indispensable de coordonner la planification en séquence de chaque phase et l'organisation des investigations. Une coordination optimale de tous les intervenants de l'équipe multidisciplinaire permet de réduire la durée du parcours préopératoire de plusieurs mois.

CONCLUSION

L'itinéraire préopératoire, avec ses trois étapes d'information, d'évaluation et de préparation, est indispensable pour réduire les risques opératoires ainsi que les complications postopératoires à moyen et long termes, et pour augmenter les chances d'obtenir un résultat significatif et définitif au niveau de la perte pondérale. Ce concept fait l'unanimité.

Concernant l'étape préopératoire, une durée allant de six à neuf mois nous paraît cohérente et suffisante pour la plupart des patients si chaque étape est bien coordonnée, soit environ 80% des candidats (figure 1). La variabilité de trois mois est liée à la préparation somatique (par exemple, l'éradication d'*Helicobacter* nécessite un mois supplémentaire).

Pour les patients ayant déjà bénéficié d'une prise en charge du TCA et/ou psychologique (environ 10%), la durée pourrait être inférieure à six mois tandis que pour les patients ayant un contexte de déséquilibre psychologique et/ou un TCA sévère actif, la durée pourrait sûrement dépasser 18-24 mois.

A retenir que toute prise de poids durant la phase préopératoire est une contre-indication à l'opération. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Implications pratiques

- > La prise en charge préopératoire implique trois étapes: 1) l'information; 2) l'évaluation et 3) la préparation
- > A la fin de la phase d'information, il est indispensable de réanalyser les attentes du patient et redéfinir les objectifs
- > Une durée allant de six à neuf mois est suffisante pour la plupart des patients, soit environ 80% des candidats
- > Toute prise de poids durant la phase préopératoire est une contre-indication à l'opération

Adresses

Dr Vittorio Giusti
Département de médecine
Martine Benoit, diététicienne
Service de nutrition
Centre cardio-métabolique
Hôpital intercantonal de la Broye, site Estavayer-le-Lac
Rue de la Rochette
1470 Estavayer-le-Lac
vittorio.giusti@hibroye.ch

Laurence Schwab, diététicienne
Service de nutrition
Hôpital neuchâtelois Pourtalès
Maladière 45, 2000 Neuchâtel

Bibliographie

- 1 ** Directives pour le traitement chirurgical de l'obésité, 2014. www.smob.ch
- 2 ** Recommandations de bonne pratique: obésité, prise en charge chirurgicale chez l'adulte, 2009. www.has-sante.fr
- 3 Giusti V, De Lucia A, Di Vetta V, et al. Impact of preoperative teaching on surgical option of patients qualifying for bariatric surgery. *Obes Surg* 2004;14:1241-6.
- 4 * Suter M, Giusti V. Chirurgie bariatrique en 2013: principes, avantages et inconvénients des interventions à disposition. *Rev Med Suisse* 2013;9:658-63.
- 5 Ammor N, Berthoud L, Gerber A, Giusti V. Déficit dans les apports nutritionnels chez les candidats à la chirurgie bariatrique. *Rev Med Suisse* 2009;5:676-9.
- 6 Giusti V, Radonic I, Savioz V. Implications psychologiques de la chirurgie bariatrique. *Médecine des maladies métaboliques* 2008;2:1-7.
- 7 Aubert N, Lyon-Pagès I, Carrard I, et al. The predictive value of psychological assessment of candidates for gastric bypass: A medical chart review. *Eur J Psychiatry* 2010;24:111-123.
- 8 * Savioz V, Morandi S, Giusti V. Rôle du préavis psychiatrique dans l'évaluation préopératoire des patients candidats à la chirurgie bariatrique. *Cahier Nutrition et Diététique* 2005;40:189-94.

* à lire
** à lire absolument