



MALADIE RENALE ET CHIRURGIE DE L'OBESITE OU CHIRURGIE BARIATRIQUE

par Dr Tigran Poghosyan et Dr Clément Baratte

Service de chirurgie digestive et viscérale, hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

A l'initiation du traitement de suppléance (dialyse ou greffe), 23 % des hommes et 30 % des femmes sont obèses (IMC > 30) contre 17 % en population générale^[1]. Les patients en insuffisance rénale sont donc plus touchés par l'obésité. Il est important de prendre en charge l'obésité lorsqu'on est insuffisant rénal, quel que soit le stade de la maladie rénale. En effet, l'obésité est un facteur aggravant de la maladie rénale chronique^[2]. Le traitement, chirurgical ou non, de l'obésité permet également l'amélioration des comorbidités qui sont néfastes pour le rein (diabète, hypertension)^[3-7]. La chirurgie bariatrique peut, dans certains cas,

être l'une des options proposées.

Un patient obèse ne passera pas forcément par la chirurgie bariatrique. Une simple prise en charge nutritionnelle peut parfois suffire.

La chirurgie bariatrique consiste à réduire la prise alimentaire et éventuellement à restreindre l'absorption des aliments selon le type d'intervention réalisée.

En cas d'obésité sévère ou morbide (respectivement IMC > à 35 ou IMC > 40), la chirurgie

est l'option la plus efficace, mais il ne s'agit pas d'une solution miracle. Il a été montré que la chirurgie bariatrique améliore le pronostic rénal à court terme, et des données récentes suggèrent un effet bénéfique également au long terme.

Toutefois, la solution chirurgicale implique en outre l'association à une hygiène de vie stricte. Si le patient, après l'opération, ne change pas d'habitudes alimentaires et ne fait aucune activité physique, les bénéfices seront limités dans le temps, voire même inexistant.

En 2016, un peu plus de 58 000 actes de chirurgie bariatrique ont été réalisés. La répartition des techniques était de 72% pour la sleeve, 23% pour le bypass, l'anneau gastrique est progressivement abandonné en raison d'inefficacité et de complications chirurgicales.

Sleeve gastrectomie (Image 1)

Cette technique consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac et notamment la partie contenant les cellules qui secrètent l'hormone stimulant l'appétit (ghréline). La sensation de satiété arrive plus rapidement et l'appétit est diminué. La digestion des aliments et l'absorption des médicaments ne sont pas perturbées.

By-Pass gastrique en Y (Image 2)

Cette technique réduit à la fois la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche) ainsi que l'absorption de ces aliments par l'organisme, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin (aucune portion organe n'est enlevée). Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc moins digérés par l'organisme. Par conséquent, les graisses et les calories sont donc moins absorbées, mais aussi les vitamines. Il existe donc un risque de carence en vitamines si le suivi n'est pas réalisé correctement.

By-pass gastrique en Oméga ou Mini-By-pass

Cette technique dérive du bypass en Y, mais est plus simple à réaliser sur le plan technique. Pratiquée depuis plusieurs années, elle est toutefois en cours de réévaluation et fait l'objet d'une étude à l'échelle nationale visant à actualiser son utilisation.

Dérivation bilio-pancréatique avec switch duodénal

Cette intervention est la combinaison d'une sleeve gastrectomie et d'un court-circuit intestinal. Cette intervention s'adresse aux patients avec un IMC extrême (≥ 50) ou bien si la perte de poids est insuffisante après une sleeve gastrectomie.

Chaque intervention comporte ses propres indications, différentes en fonction de chaque patient. L'équipe pluridisciplinaire vous propose l'intervention la plus appropriée à votre situation, en fonction de vos besoins et de vos facteurs de risque (en cas de reflux gastro-œsophagien préexistant, par exemple, la sleeve n'est pas conseillée).

« En cas d'obésité sévère ou morbide, la chirurgie est l'option la plus efficace, mais il ne s'agit pas d'une solution miracle.[...] Si le patient, après l'opération, ne change pas d'habitude alimentaire et ne fait aucune activité physique, les bénéfices seront limités dans le temps, voire même inexistant. »

Processus de décision

Il existe, pour la chirurgie bariatrique, un protocole décisionnel bien défini fondé sur les recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé). Le processus d'évaluation et d'information dure au moins six mois. Cette phase de préparation est importante, car les patients ont besoin de mûrir leur projet. La décision

de chirurgie est systématiquement prise de manière collégiale, lors d'une RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) en présence du médecin, d'un(e) diététicien(ne), d'un(e) psychologue, d'un chirurgien, de l'enseignant(e) en APA (Activité Physique Adaptée).

Bénéfice pour le patient insuffisant rénal chronique non dialysé

Le traitement, chirurgical ou non, de l'obésité permet l'amélioration de nombreuses comorbidités, qui peuvent aggraver le pronostic de l'insuffisance rénale si elles ne sont pas traitées. En effet, un diabète mal équilibré, ou une hypertension artérielle difficile à stabiliser sont autant de facteurs qui aggravent l'insuffisance rénale.

Il a été montré que la chirurgie bariatrique améliore la fonction rénale dans la maladie rénale d'origine diabétique de manière rapide, stable et plus efficacement que les mesures diététiques seules. Il existe aussi une amélioration de l'hypertension artérielle dans une moindre mesure. Certains patients peuvent alors se passer de traitements anti-diabétiques ou anti-hypertenseurs. On réduit alors les risques d'interactions médicamenteuses et on améliore l'observance aux autres traitements. Si la chirurgie de l'obésité permet de freiner la progression des lésions rénales du diabète ou de l'hypertension artérielle, elle peut permettre de garder une filtration rénale stable et d'éviter ou de retarder la dialyse. Des études récentes montrent que la réalisation d'une chirurgie bariatrique chez les patients obèses insuffisants rénaux est associée à une réduction significative de la mortalité, et ce quel que soit le stade de la maladie rénale. Ces bénéfices sont présents à court et à long terme.

La décision de réaliser une chirurgie bariatrique doit être consciencieusement examinée avec le néphrologue référent, pour évaluer les bénéfices et les risques d'une telle intervention. Car il ne faut pas oublier que l'insuffisance rénale chronique augmente le risque de complications post-opératoires après n'importe quel type de chirurgie. Le choix de l'intervention se fait ensuite avec le chirurgien, puis au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. ●

REFERENCES

1. Rapport R.E.I.N. 2019 (Réseau Epidémiologie, Information, Néphrologie)
2. Coleman KJ, Shu YH, Fischer H, Johnson E, Yoon TK, Taylor B, Imam T, DeRose S, Haneuse S, Herrinton LJ, Fisher D, Li RA, Theis MK, Liu L, Courcoulas AP, Smith DH, Arterburn DE, Friedman AN. Bariatric Surgery and Risk of Death in Persons with Chronic Kidney Disease. *Ann Surg.* 2021 Mar 3. doi: 10.1097/SLA.0000000000004851. Epub ahead of print. PMID: 33914480.
3. Lautenbach A, Wienecke JW, Stoll F, Riedel N, Mann O, Huber TB, Busch P, Aberle J. Bariatric Surgery Is Protective Against Renal Function Decline in Severely Obese Patients in the Long-Term. *Obes Surg.* 2021 Mar;31(3):1038-1045. doi: 10.1007/s11695-020-05096-w. Epub 2020 Nov 7. PMID: 33161461; PMCID: PMC7921037.
4. Fischer H, Weiss RE, Friedman AN, Imam TH, Coleman KJ. The relationship between kidney function and body mass index before and after bariatric surgery in patients with chronic kidney disease. *Surg Obes Relat*

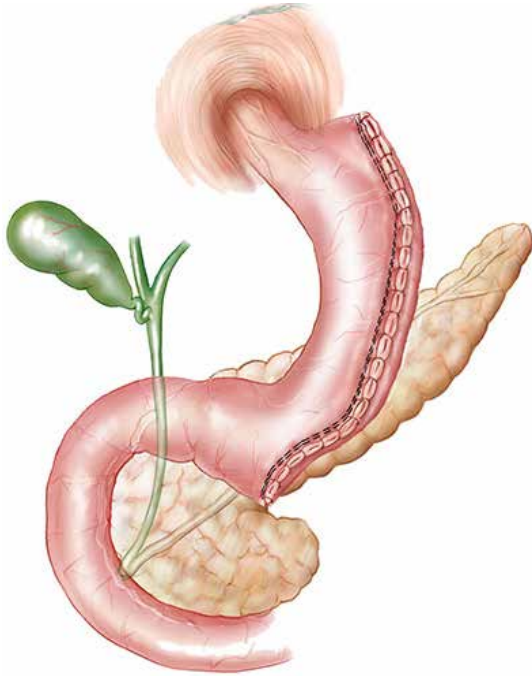


Image 1 : Sleeve

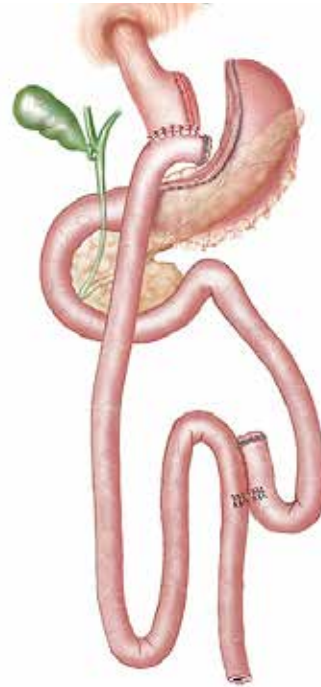


Image 2 : By-Pass gastrique en Y

Dis. 2021 Mar;17(3):508-515. doi: 10.1016/j.soard.2020.11.010. Epub 2020 Nov 19. PMID: 33358080; PMCID: PMC7904605.

5. Saeed K, Ahmed L, Suman P, Gray S, Khan K, DePaz H, Persaud A, Fox BP, Alothman S, Saeed S. Bariatric Surgery Improves Renal Function: a Large Inner-City Population Outcome Study. *Obes Surg.* 2021 Jan;31(1):260-266. doi: 10.1007/s11695-020-04909-2. Epub 2020 Aug 20. PMID: 32815104.

6. Zhang T, Wang Y, Zhang X, Wang W, Zhao G. The Impact of Bariatric Surgery on Renal Function: a Retrospective Analysis of Short-Term Outcomes. *Obes Surg.* 2021 Jun 1. doi: 10.1007/s11695-021-05366-1. Epub ahead of print. PMID: 34061302.

7. Cohen RV, Pereira TV, Aboud CM, Petry TBZ, Lopes Correa JL, Schiavon CA, Pompílio CE, Pechy FNQ, da Costa Silva ACC, de Melo FLG, Cunha da Silveira LP, de Paris Caravatto PP, Halpern H, Monteiro FLJ, da Costa Martins B, Kuga R, Palumbo TMS, Docherty NG, le Roux CW. Effect of Gastric Bypass vs Best Medical Treatment on Early-Stage Chronic Kidney

Disease in Patients With Type 2 Diabetes and Obesity: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2020 Aug 1;155(8):e200420. doi: 10.1001/jamasurg.2020.0420. Epub 2020 Aug 19. PMID: 32492126; PMCID: PMC7270872.