

Chirurgie bariatrique et insuffisance rénale

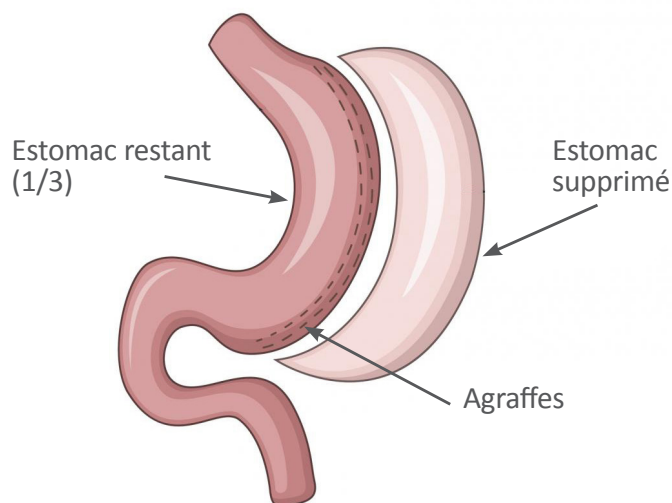
A l'initiation du traitement de suppléance (dialyse ou greffe), 22% des hommes et 29% des femmes sont obèses¹ (IMC > 30). Il est important de prendre en charge l'obésité lorsqu'on est insuffisant rénal, quel que soit le stade de la maladie rénale. En effet, l'obésité est un facteur aggravant de la maladie rénale chronique. 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 (voir notre fiche n°71) peut parfois suffire. En cas d'obésité sévère ou morbide, la chirurgie est l'option la plus efficace, mais ce n'est pas non plus une solution miracle.

On ne sait pas aujourd'hui répondre à la question : est-ce que la chirurgie bariatrique va aggraver ou améliorer la maladie rénale des patients sur le long cours ? Elle implique en outre une hygiène de vie stricte. 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.

La chirurgie bariatrique consiste à restreindre l'absorption des aliments. En 2016, un peu plus de 58 000 actes de chirurgie bariatrique ont été réalisés. La répartition des techniques étaient de 72% par sleeve, 23% par bypass, l'anneau gastrique étant devenu très marginal.

La sleeve gastrique

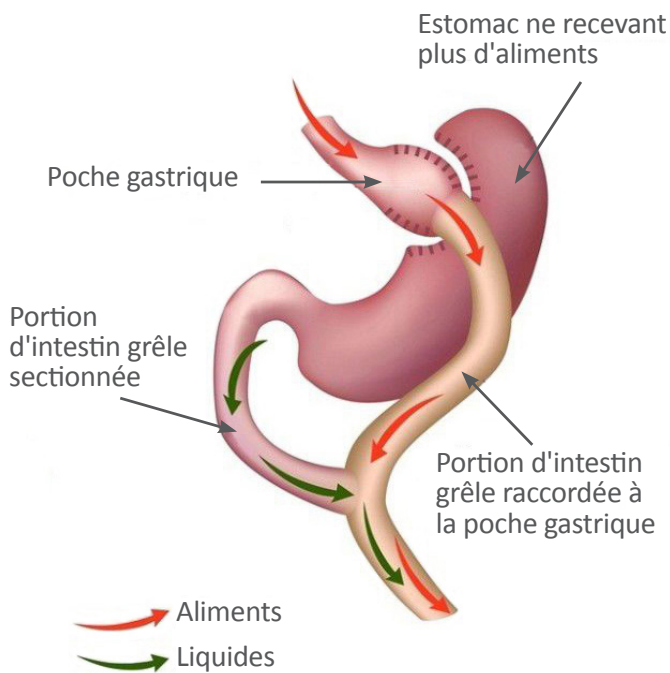


Cette technique consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac et notamment la partie contenant les cellules qui secrètent l'hormone stimulant l'appétit (ghréline). L'appétit est donc diminué, la digestion des aliments n'est pas perturbée.



Le bypass gastrique

Cette technique permet de diminuer à la fois la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche) et l'assimilation de ces aliments par l'organisme, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin (aucun organe n'est enlevé). Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc assimilés en moindres quantités.



Chaque intervention a ses avantages et ses inconvénients ! 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-oesophagien, par exemple, la sleeve n'est pas conseillée).

Sources :

- ¹ Rapport REIN 2015
- Résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale Campagne 2017 – Données 2016 - HAS novembre 2017

Une bonne option avant la greffe ?

La demande d'être inscrit sur liste d'attente de transplantation est croissante pour les patients obèses. Mais souvent, au-delà d'un IMC de 35, ces patients se voient limiter l'accès à la greffe. Pourtant, selon les études, la greffe semblerait rester plus avantageuse que la dialyse (en terme de survie) jusqu'à un IMC aux alentours de 40. La perte de poids avant la greffe favorise l'opération chirurgicale et limite les complications post-greffe. Elle n'a pas cependant d'impact significatif sur la morbi-mortalité et il existe toujours le risque de dénourrir le patient, d'où la nécessité d'un suivi médical.

Une décision importante

Il existe pour la chirurgie bariatrique un protocole précis. Le processus d'évaluation et d'information va durer plusieurs 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, d'un(e) psychologue, de l'enseignant(e) en APA (activité physique adaptée). C'est ce que recommande la HAS, mais ce protocole n'est malheureusement pas toujours respecté. C'est un risque pour les patients fragiles qui ont besoin de rencontrer plusieurs intervenants pour prendre leur décision.

Remerciements : Pr Marc-Olivier TIMSIT,
Dr Tigran POGHOSYAN

Avec le soutien de :

