

**Rapport CÉTS 98-1 RF**  
**LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'OBESITE MORBIDE.**  
Montréal: CÉTS, 1998. xiii-102 p.  
(ISBN 2-550-32566-4).

**Résumé.**

*Objectif*

Au début de 1996, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec adressait une demande d'évaluation au *Conseil d'Évaluation des Technologies de la Santé du Québec (CÉTS)* afin que ce dernier:

- documente la situation des personnes atteintes de l'obésité morbide;
- définisse la place de l'approche chirurgicale dans le traitement de l'obésité morbide;
- étudie le mode de traitement chirurgical tel que développé et pratiqué à l'Hôpital Laval de Sainte-Foy (Québec) (dérivation biliopancréatique accompagnée d'une gastrectomie pariétale et d'une commutation duodénale).

Afin de répondre à cette requête et après avoir examiné la faisabilité d'une telle démarche, le *CÉTS* a décidé d'élaborer le présent rapport d'évaluation. Il examine principalement l'efficacité du traitement chirurgical de l'obésité morbide quant à la réduction du poids des personnes sévèrement obèses et à son maintien, à l'élimination ou à la réduction des maladies concomitantes à l'obésité et à l'amélioration de la qualité de vie des personnes concernées.

À la suite de l'intérêt manifesté par divers inter-venants, il a toutefois été décidé d'en élargir la portée de façon à documenter la situation du Québec relativement à la pratique du traitement chirurgical de l'obésité morbide, plutôt que de la restreindre au type d'intervention pratiqué à l'Hôpital Laval. Par conséquent, le rapport examine également le statut spécifique de chaque type d'intervention chirurgicale pratiquée au Québec, selon la terminologie que le *CÉTS* a développée. Les trois statuts possibles sont : expérimental, innovateur et accepté. De plus, le document aborde les coûts de soins de santé attribuables au maintien des personnes sévèrement obèses dans leur état actuel ainsi que ceux associés au traitement chirurgical de cette pathologie.

*L'obésité morbide*

L'obésité morbide est définie comme un état anormal de santé où l'excès de tissus adipeux se traduit par un rapport du poids (en kilo-grammes) sur la taille (en mètres élevés au carré), appelé «indice de masse corporelle» (IMC), égal ou supérieur à 35, 37 ou 40, selon les organismes de santé considérés. Un IMC de 40 kg/m<sup>2</sup> correspond pour un homme adulte «type», à environ 45 kg au-dessus de son poids idéal.

L'obésité morbide est associée à une hausse importante de la mortalité et de la morbidité. Les principales atteintes de santé qui lui sont liées sont le diabète sucré, l'hypertension artérielle, certaines maladies cardiovasculaires et problèmes respiratoires ainsi que des douleurs ou atteintes aux articulations. L'obésité morbide est aussi accompagnée d'un état psychologique et d'une qualité de vie qui sont souvent pathétiques.

Au Québec, la prévalence de l'obésité morbide (ici définie par un IMC  $\geq 35$ ) chez les personnes âgées de 15 ans et plus se situerait entre 2,13 et 3,00 % selon la source de données considérée. Cela représente entre 116 000 et 162 800 personnes. Il n'existe aucune donnée d'incidence permettant de préciser le nombre de nouvelles personnes qui deviendraient sévèrement obèses durant un intervalle de temps spécifique.

Il est toutefois observé que dans la majorité des pays industrialisés, la prévalence de l'obésité en général double chaque 5-10 ans. En outre, le surplus de poids des personnes serait de plus en plus élevé. Sur la base de ces informations, il est également raisonnable d'anticiper une augmentation significative de la prévalence de l'obésité morbide au cours des prochaines années.

#### *Le fardeau économique de l'obésité morbide*

L'obésité représente un fardeau économique considérable pour la société. Celui-ci est d'abord attribuable plus directement aux frais de soins de santé devant être mobilisés pour le traitement des atteintes de santé qui lui sont associées. Selon les évaluations récentes effectuées dans différents pays, ces frais représenteraient entre 1 et 7 % des dépenses totales de santé. La diversité des éléments pris en compte explique la plus grande partie de la variation. Par ailleurs, une part significative de cette dépense serait associée aux personnes sévèrement obèses.

Le fardeau économique de l'obésité est aussi généré par les pertes de revenus ou frais additionnels (ex. : indemnisation salariale, pension d'invalidité) découlant notamment de l'importante perte de productivité des personnes sévèrement obèses. En effet, leur condition physique les rend souvent inaptes au travail et fait en sorte qu'ils se retrouvent à la charge de l'État.

À titre indicatif seulement, on estime, en transposant des données américaines, que les 3 % de la population québécoise qui est sévèrement obèse pourraient avoir mobilisé 1,5 % des frais de soins de santé en 1992. Cela correspond à une somme d'environ 253 millions de dollars. Cela signifie que l'État consacrerait à chaque personne sévèrement obèse environ \$ 1 555 par année pour le traitement des atteintes comorbides associées à l'obésité morbide, en coûts directs seulement. Ce montant s'ajoute au montant de base qu'il dépense en moyenne pour toute personne.

#### *Les traitements de l'obésité morbide*

L'obésité en général et, à plus forte raison, l'obésité morbide sont difficiles à traiter lorsque instaurées. Dans le cas du traitement de l'obésité morbide, le principal objectif visé est la diminution ou la guérison des atteintes de santé qui découlent de l'excès de poids et l'amélioration de la qualité de vie, plutôt qu'uniquement le retour à un poids jugé normal. Pour atteindre cet objectif et pour être considérée efficace, toute intervention doit entraîner une

perte de poids substantielle chez une fraction importante des personnes traitées. Cette diminution de poids doit être maintenue au fil des années. Par ailleurs, l'intervention ne doit pas être associée à des risques tels qu'ils en annuleraient les bénéfices.

*Les interventions axées sur la diète, l'exercice, le comportement ou la médication*

Les approches autres que chirurgicales se sont révélées impuissantes jusqu'à maintenant à réduire le poids des personnes sévèrement obèses de façon suffisante et à assurer le maintien de cette perte au cours des ans. En fait, moins de 10 % des personnes ayant réussi à diminuer leur poids de façon substantielle en modifiant un ou plusieurs éléments de leur style de vie (diète, exercice, comportement) peuvent maintenir cette perte plus de 4 ans. Par ailleurs, on observe souvent des fluctuations de poids importantes chez les personnes qui s'astreignent à ces types d'interventions. Or ces fluctuations pourraient être associées à un risque de mortalité plus élevé que celui lié à un problème d'excès de poids important et constant.

L'approche pharmacologique pourrait être une avenue à explorer pour un certain nombre de patients ayant un IMC d'environ 35, qui ne souffrent pas d'atteintes comorbides sévères et chez qui les approches précédentes ont échoué. Puisque cette approche n'entraîne pas habituellement une perte de poids substantielle et prolongée, elle devrait se révéler sans succès chez la majorité des personnes souffrant d'obésité morbide et dont le poids est la cause de problèmes de santé. En outre, les dangers potentiels associés à cette approche la rendent contre-indiquée pour un traitement à long terme. L'importance de ces dangers a d'ailleurs été la cause du retrait tout récent du marché international de deux médicaments parmi les plus populaires pour le traitement de l'obésité.

*Le traitement chirurgical*

Le traitement chirurgical de l'obésité morbide peut impliquer deux principes; celui de la restriction ou celui de la malabsorption. Dans le premier cas, le type d'intervention pratiquée met en cause un mécanisme qui empêche l'ingestion des aliments. Cela peut se faire, par exemple, via la réduction du volume de l'estomac. La gastroplastie repose sur ce principe. La seconde approche consiste à modifier l'absorption des aliments par des dérivations intestinales.

Les méthodes chirurgicales les plus couramment utilisées actuellement impliquent l'association de ces deux principes. En plus de réduire le volume de l'estomac pour diminuer l'ingestion d'aliments, une dérivation est ajoutée pour diminuer l'absorption des aliments ingérés. La dérivation gastrique et les dérivations biliopancréatiques avec gastrectomie sont des exemples d'interventions combinant ces deux principes.

Les quatre principaux types de traitements chirurgicaux qui sont pratiqués au Québec et qui font l'objet de l'évaluation du CÉTS sont la dérivation gastrique avec anse de Roux en Y, la gastroplastie verticale avec cerclage, la dérivation biliopancréatique avec gastrectomie distale et la dérivation biliopancréatique avec gastrectomie pariétale.

Les deux premières procédures sont les plus populaires en Amérique du Nord et elles sont jugées acceptables ou efficaces pour le traitement chirurgical de l'obésité morbide par de nombreux organismes de santé.

### *La dérivation gastrique avec anse de Roux en Y*

De façon plus particulière, la dérivation gastrique avec anse de Roux en Y serait une technique dite acceptée, selon la terminologie développée par le CÉTS. En effet, ainsi que le démontrent plusieurs essais cliniques randomisés et plusieurs études de série chronologique, cette technique est efficace, sécuritaire, lorsque bien circonscrite, et ses résultats sont reproductibles. Ces éléments font en sorte que, malgré le faible regain de poids qui semble survenir à long terme et la nécessité d'assurer le suivi à long terme des patients opérés afin d'éviter des carences nutritionnelles, cette méthodologie devrait être privilégiée.

### *La gastroplastie verticale avec cerclage*

La simplicité, l'efficacité, l'innocuité et la reproductibilité des résultats de la gastroplastie verticale avec cerclage ont également été démontrées par plusieurs études cliniques randomisées. Elle se qualifie donc comme une technologie chirurgicale acceptée. Cette acceptation est toutefois entachée d'une certaine réserve en raison de son taux élevé de révision, de son efficacité moindre quant à la perte de poids qu'elle entraîne et au maintien de celle-ci, comparativement à la dérivation gastrique avec anse de Roux en Y, ainsi qu'à cause des plus fortes contraintes alimentaires qui y sont inhérentes. Elle présente toutefois le grand avantage de préserver l'intégrité gastroduodénale, ce qui évite généralement les risques de carence.

### *La dérivation biliopancréatique avec gastrectomie distale*

L'information concernant la dérivation biliopancréatique avec gastrectomie distale est plus limitée et moins rigoureuse que celle portant sur les deux premières procédures. Par ailleurs, son usage est moins répandu. Selon l'information disponible, cette intervention entraînerait une perte importante et prévisible de l'excès de poids, perte qui semble se maintenir au cours des ans. De plus, cette technique permet une alimentation pratiquement normale.

Cette intervention chirurgicale comporte toutefois des risques considérables de déficiences en protéines, en vitamines et en minéraux; comme ces risques sont aggravés par la propension des patients à souffrir de diarrhée chronique, il s'avère nécessaire d'assurer un suivi diététique rigoureux aux patients opérés. Ces éléments la rendent moins indiquée que la dérivation gastrique avec anse de Roux en Y et font en sorte que le statut de technologie innovatrice lui est octroyé. Du fait de l'absence d'essai clinique randomisé, ce statut est aussi entaché d'une certaine réserve.

### *La dérivation biliopancréatique avec gastrectomie pariétale*

Les chirurgiens de l'Hôpital Laval de Sainte-Foy ont modifié la procédure précédente afin de l'améliorer. Des interventions similaires seraient pratiquées à l'échelle internationale, mais il n'existe actuellement aucune donnée publiée, outre les leurs, qui porte sur cette variante, désignée sous l'appellation de dérivation biliopancréatique avec gastrectomie pariétale. Par conséquent, l'efficacité et les risques inhérents à cette procédure sont encore moins documentés que la méthodologie précédente. La diminution d'effets secondaires

qu'elle semble entraîner, comparativement à la procédure originale, présente un intérêt certain. En raison de ces considérations, malgré les connaissances acquises et le statut accordé à la dérivation biliopancréatique avec gastrectomie distale, la variante pratiquée avec gastrectomie pariétale est considérée comme étant de nature expérimentale.

#### *Les indications du traitement chirurgical*

Le traitement chirurgical de l'obésité est généralement recommandé pour les gens dont l'IMC est égal à 40 ou à 35 lorsque accompagné d'atteintes comorbides. Selon l'avis de certains experts consultés au Québec, cela pourrait représenter jusqu'à 50 % des adultes qui souffrent d'obésité morbide au Québec : la clientèle présumée pourrait se chiffrer à 58 000 ou 81 400 personnes, selon les données de prévalence considérées. Or, de 1987 à 1996, il ne s'est pratiqué, en moyenne, que 273 interventions par année, dans la province entière. Cependant, il y a lieu de poursuivre, avec les milieux professionnels concernés, la détermination de la clientèle admissible en tenant compte notamment de la volonté des patients à se soumettre à cette intervention et à des mesures rigoureuses de suivi postopératoire.

#### *Le coût et l'économie potentielle associée au traitement chirurgical*

Le coût d'un premier traitement chirurgical s'élèverait à environ 10 250 \$. Le coût des malades admissibles pourrait, si on acceptait l'opinion des experts, entraîner des frais pouvant s'échelonner de 594 millions à plus de 834 millions de dollars. Faute de données valables, on ne peut actuellement préciser l'importance réelle des économies qui découleraient de la réduction des dépenses faites pour le traitement des atteintes de santé associées à l'obésité sévère, de la productivité accrue et de l'amélioration de la qualité de vie et de l'état psychologique des personnes opérées. Les données préliminaires d'une étude en cours en Suède indiquent, après deux années de suivi seulement et en ne tenant compte que de deux maladies, une réduction marquée de l'incidence du diabète sucré (diminution du risque de 14 fois) et des complications cardiovasculaires (diminution du risque de 3 à 4 fois) chez les sujets opérés, qui étaient sévèrement obèses initialement, comparativement au groupe non traité. Selon ces résultats, le traitement chirurgical de l'obésité morbide devrait se traduire par un rapport coût-avantage positif. Ce n'est probablement qu'au terme de cette étude, dans près de 8 ans, que cela pourra être confirmé et que l'importance de ce rapport pourra être précisée.

#### *Conclusions*

L'obésité, et à plus forte raison l'obésité morbide, est une maladie chronique, évolutive et récurrente dont la cause est multifactorielle et qui a des impacts médicaux, psychologiques, sociaux, physiques et économiques importants. L'escalade progressive de la prévalence de l'obésité et de sa sévérité dans la majorité des pays industrialisés désigne ce phénomène comme un des enjeux importants de santé publique au cours des prochaines décades. L'ampleur de ce problème requerra l'adoption de stratégies en vue de le prévenir et l'enrayer. Ainsi, la difficulté de traiter l'obésité sévère après que cette condition se soit instaurée, le caractère irréversible de certaines atteintes de santé qui y sont reliées et la pression de plus en plus forte sur les ressources limitées de soins de santé exercée par les besoins des personnes déjà sévèrement obèses ou à risque de le devenir font en sorte que le recours à l'approche préventive devrait rapidement devenir une nécessité. La prévention

pourrait, en effet, se révéler plus facile, moins coûteuse et potentiellement plus efficace que de traiter l'obésité seulement après que cette condition soit établie.

Le traitement chirurgical de l'obésité morbide a également sa place au sein d'une telle stratégie. En effet, actuellement, ce traitement représente, dans la majorité des cas, la seule approche entraînant une perte de poids substantielle et soutenue, ce qui permettrait de contrer les atteintes à la santé qui sont associées à cette maladie. En attendant l'adoption d'une stratégie globale, il est essentiel que les patients affligés d'obésité morbide aient une plus grande accessibilité à des services de chirurgie d'une grande qualité car le traitement chirurgical représente très souvent leur solution de dernier recours, la seule qui peut vraiment les aider.

Dans ce contexte, il apparaît justifié d'appuyer l'approche chirurgicale en autant que celle-ci soit bien circonscrite, de façon à en diminuer les risques et à en optimiser les chances de succès. Pour ce faire, ce traitement doit être effectué dans un centre spécialisé dont les infrastructures permettent l'application de différentes mesures comme :

- la mise en place d'un processus rigoureux de sélection des patients (ex. : patients dont l'indice de masse corporel est supérieur ou égal à 40 ou à 35 lorsque accompagné d'atteintes comorbides et dont le risque opératoire est acceptable, patients motivés, bien informés des risques inhérents à l'intervention et de la nécessité de se soumettre à un suivi leur vie durant) et d'un système de priorité pour les cas en attente;
- nécessité que l'intervention soit exercée par un chirurgien expérimenté (avec nécessité de procéder à ce type de traitement sur une base régulière) et appuyée par une équipe multidisciplinaire (avec expertise médicale, chirurgicale, psychologique et nutritionnelle);
- nécessité de procéder à un suivi spécifique et à long terme des patients opérés (ex. : suivi diététique rigoureux, tenue d'un registre de résultats des interventions en vue notamment de permettre de comparaisons).

Par leur statut de techniques chirurgicales acceptées, la pratique de **la dérivation gastri-**

**que avec anse de Roux en Y** ou de la **gastroplastie verticale avec cerclage** n'a à être assujettie à aucune modalité d'applications, outre celles spécifiées précédemment. Par contre, le caractère innovateur de la **dérivation biliopancréatique avec gastrectomie distale** fait en sorte que sa pratique devrait être restreinte à certains hôpitaux devant nécessairement disposer des ressources et des connaissances permettant le recueil systématique et l'analyse de toute information tirée de son application ainsi que la diffusion de cette information dans la communauté scientifique et médicale. Finalement, à cause de son caractère expérimental, on s'attend à ce qu'en sus des modalités d'applications spécifiées pour la dérivation biliopancréatique avec gastrectomie distale, la **dérivation biliopancréatique avec gastrectomie pariétale** fasse l'objet d'études rigoureuses visant à démontrer la validité de son efficacité et particulièrement la diminution des complications ou effets secondaires que semble générer cette variante.