

# Directives pour le traitement chirurgical de l'obésité

Swiss Society for the Study of Morbid  
Obesity and Metabolic Disorders  
(SMOB)

En vigueur dès le: 9.11.2010

(Rev. 13.8.2008, 8.1.2009, 18.6.2009, 24.8.2009, 7.9.2009, 25.8.2010, 5.11.2010)

Publiées sur: [www.smob.ch](http://www.smob.ch)

# Table des matières

1. Introduction	3
2. Définitions	4
3. Opérations bariatriques	5
3.1. Modes d'action	5
3.2. Opérations bariatriques	5
3.3. Choix des techniques opératoires	6
4. Exigences pour la chirurgie bariatrique	7
4.1. Indications	7
4.2. Conditions	7
5. Contre-indications à une opération bariatrique	8
6. Exigences pour la certification des centres de chirurgie bariatrique	9
6.1. Fondements	9
6.2. Classification des centres	9
6.3. Centres primaires	10
6.4. Centres de référence	11
7. Prise en charge des patients	12
7.1. Evaluation	12
7.2. Information des patients	12
7.3. Investigations préopératoires	12
7.4. Hospitalisation	13
7.5. Contrôles post-opératoires	13
8. Assurance-qualité	15

# 1. Introduction

L'excès de poids est un des problèmes principaux de santé publique de nos sociétés modernes. Il concerne environ 1.7 milliard de personnes à l'échelle mondiale, de sorte que l'on peut parler d'une véritable épidémie. En Suisse, 37.3% de la population est en surpoids (30.3% en 1992). Les maladies secondaires au surpoids (hypertension, diabète de type 2, hyperlipémie, coronaropathie, accidents vasculaires cérébraux etc.) ont une importance socio-économique majeure, de sorte qu'on estime les coûts cumulés entraînés par l'obésité en Suisse à 5.7 milliards de CHF par an. Les thérapies conservatrices (régimes, médicaments, thérapies comportementales) ne sont efficaces à long terme que dans moins de 4% des cas. Le traitement chirurgical de l'obésité est ainsi la seule mesure efficace à long terme sur les critères de la perte de poids, du contrôle des comorbidités, et de l'amélioration de la qualité de vie. De plus, il est maintenant démontré qu'une opération couronnée de succès est capable de réduire significativement la mortalité. De nombreux travaux ont démontré que la chirurgie de l'obésité est un traitement efficace, sûr, approprié et économiquement sensé.

Le "Swiss Study Group for Morbid Obesity" (SMOB) a été mandaté par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) le 22.1.2008 pour rédiger les présentes directives pour le traitement chirurgical de l'obésité, préalables au changement des règles de l'OPAS concernant cette chirurgie et datées du 1.1.2000.

La rédaction du présent document est basée sur les directives nationales et internationales existantes, basées sur l'évidence, dont les références sont citées ci-dessous :

- Bariatric surgery for morbid obesity: Health implications for patients, health professionals and third-party payers. 2004 ASBS Consensus Conference Statement. Surg Obes Relat Dis 2005, 1: 371-381
- Consensus sur le traitement de l'obésité en Suisse II. 2006, [www.asemo.ch](http://www.asemo.ch)

- Interdisciplinary European guidelines for surgery for severe (morbid) obesity. IFSO-EC expert panel. *Obes Surg* 2007, 17: 260-270
- SAGES guidelines committee: SAGES guideline for clinical application of laparoscopic bariatric surgery. *Surg Endosc* 2008, 22: 2281-2300
- AACE/TOS/ASMBS medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Surg Obes Relat Dis* 2008, 4: S109-S184

Remarque liminaire: pour des raisons évidentes de simplification et de lisibilité, le genre masculin sera utilisé seul tout au long de ce document. Il est évident que le genre féminin est également sous-entendu partout.

## 2. Définitions

- Surpoids/obésité<sup>1</sup>

Surpoids : Body-Mass-Index (BMI) 25.0-29.9 kg/m<sup>2</sup>; obésité de grade I (obésité modérée) : BMI 30.0-34.9 kg/m<sup>2</sup>; obésité de grade II (obésité sévère) : BMI 35.0-39.9 kg/m<sup>2</sup>; obésité de grade III (obésité morbide) : BMI ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>.

- Périmètre abdominal<sup>1</sup>

Risque élevé de syndrome métabolique: femmes > 88 cm, hommes >102 cm

- Thérapie conservatrice adéquate<sup>1,2,3</sup>

1. conseils diététiques par un diététicien ou un médecin et/ou
2. thérapie comportementale, y inclus psychothérapie, et/ou
3. régime hypocalorique et/ou
4. programme d'exercice physique, y inclus physiothérapie, et/ou
5. traitements médicamenteux
6. une thérapie adéquate peut aussi être suivie sans avoir recours aux prestations de l'assurance-maladie, ou sans le soutien d'un professionnel qualifié (médecin ou spécialiste de la nutrition ou de l'exercice physique) (p.ex. traitement aux frais du patient).

- Période de 2 ans<sup>2</sup>

L'exigence d'un programme de réduction du poids de deux ans est considéré atteinte quand sa durée totale atteindra 2 ans. Ainsi, des périodes non-consécutives de traitement conservateur pourront être additionnées, pour autant que chacune ait duré au minimum un mois.

- Infructueuses<sup>1,2</sup>

Le traitement conservateur pourra être considéré infructueux après une durée totale minimale de 2 ans quand un BMI inférieur à 40 kg/m<sup>2</sup> (ou inférieur à 35 kg/m<sup>2</sup> en cas de comorbidité) ne pourra être atteint ou maintenu à long terme.

<sup>1</sup>Consensus sur le traitement de l'obésité en Suisse II, 2006, [www.asemo.ch](http://www.asemo.ch)

<sup>2</sup>Glättli A: Operative Adipositasbehandlung – Neue Fassung der Krankenpflegeleistungen-

verordnung (KLV). SAeZ 2005, 86: 1450-1451

<sup>3</sup>Cette définition n'a qu'une valeur limitée jusqu'à sa confirmation définitive par la "Schweizerische Einigungskonferenz über Prävention und Therapie der Adipositas in allen Lebensaltern" , organisée sous le patronage du Forum Obesity Schweiz (FOS).

## 3. Opérations bariatriques

### 3.1. Mécanismes d'action

#### 3.1.1. Restriction

(Procédés qui limitent l'ingestion des aliments)

- Gastroplastie verticale (vertical banded gastroplasty, VBG)
- Anneau gastrique ajustable (adjustable gastric banding, AGB)
- Gastrectomie en manchette (gastric sleeve resection)
- Bypass gastrique proximal (Roux-en-Y gastric bypass, RYGBP; anse alimentaire  $\leq 150$  cm)

#### 3.1.2. Malabsorption

(Procédés qui limitent l'absorption des aliments)

##### 3.1.2.1. Malabsorption des micronutriments

- Bypass gastrique proximal (Roux-en-Y gastric bypass, RYGBP; anse alimentaire  $\leq 150$  cm)

##### 3.1.2.2. Malabsorption des macronutriments

- Diversion bilio-pancréatique (bilio-pancreatic diversion, BPD)
- Diversion bilio-pancréatique avec "duodenal switch" (BPD-DS)
- Bypass gastrique distal (common channel  $\leq 100$  cm)

#### 3.1.3. Mécanismes entéro-humoraux

(procédés qui influencent durablement la circulation entéro-humorale en modifiant la sécrétion de peptides gastro-intestinaux)

- Gastrectomie en manchette (gastric sleeve resection)
- Bypass gastrique proximal (Roux-en-Y gastric bypass, RYGBP; anse alimentaire  $\leq 150$  cm)
- Diversion bilio-pancréatique (bilio-pancreatic diversion, BPD)
- Diversion bilio-pancréatique avec "duodenal switch" (BPD-DS)
- Bypass gastrique distal (common channel  $\leq 100$  cm)

## 3.2. Opérations bariatriques

### 3.2.1 Interventions standard

- Gastroplastie verticale (vertical banded gastroplasty, VBG)
- Anneau gastrique ajustable (adjustable gastric banding, AGB)
- Bypass gastrique proximal (Roux-en-Y gastric bypass, RYGBP; anse alimentaire  $\leq 150$  cm)

### 3.2.2. Interventions complexes

- Diversion bilio-pancréatique (bilio-pancreatic diversion, BPD)
- Diversion bilio-pancréatique avec “duodenal switch” (BPD-DS)
- Gastrectomie en manchette (gastric sleeve resection)
- Interventions en 2 temps (première intervention gastrectomie en manchette suivie de BPD ou bypass gastrique proximal)
- Bypass gastrique distal (common channel  $\leq 100$  cm)

### 3.2.3. Réinterventions (révisions)

## 3.3. Choix de la technique opératoire

A l'heure actuelle, trop peu de données basées sur l'évidence sont disponibles pour décider formellement quel procédé est adéquat pour chaque patient particulier. Dès lors, le choix définitif du procédé incombera au chirurgien, après consultation de son équipe multi-disciplinaire. Les facteurs qui peuvent influencer cette décision sont : le BMI, l'âge, le genre, la répartition de la masse grasseuse, la présence d'un diabète, d'une dyslipidémie, d'un Binge eating disorder, d'une hernie hiatale, d'une maladie de reflux, d'une immaturité psycho-affective, et/ou les attentes ou préférences du patient.

Les procédés décrits ci-dessus comme complexes, de même que les réinterventions (révisions) ne peuvent être réalisés que dans les centres de référence.

Quand il est techniquement raisonnable, l'abord laparoscopique sera privilégié.

## 4. 4. Conditions pour une intervention bariatrique

### 4.1. Indications<sup>1,2,3,4</sup>

- Body-Mass-Index (BMI)  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>.
- Une thérapie adéquate de 2 ans est restée inefficace (pour les définitions des termes „de 2 ans“, „adéquate“ et “inefficace“, voir Point 2. Définitions). Pour les patients avec un BMI de  $\geq 50$  kg/m<sup>2</sup>, une durée d'une année est suffisante.

### 4.2. Conditions

- L'intervention est réalisée dans un centre certifié de chirurgie bariatrique, qui dispose d'une équipe multidisciplinaire suffisamment expérimentée (chirurgien entraîné, spécialiste en médecine interne/endocrinologie, psychiatre, diététicienne spécialisée) et applique un processus de prise en charge standardisé concernant l'évaluation préopératoire et le traitement, incluant une démarche-qualité.
- La chirurgie bariatrique ne doit pas être considérée comme un traitement de première ligne.
- Pour les enfants et les adolescents, les indications doivent être très réservées, et posées en concertation avec soit un pédiatre soit un spécialiste de la médecine des adolescents. Ils ne seront opérés que dans un centre de référence.
- Pour les patients âgés de 65 ans ou plus, les risques opératoires seront balancés avec l'espérance de vie attendue en raison des comorbidités. Ils ne seront opérés que dans un centre de référence.
- Obligation des patients d'accepter des contrôles réguliers pour une période minimale de 5 ans après l'intervention (engagement écrit exigé).

<sup>1</sup>Consensus sur le traitement de l'obésité en Suisse II, 2006, [www.asemo.ch](http://www.asemo.ch)

<sup>2</sup>Interdisciplinary European guidelines for surgery for severe (morbid) obesity. IFSO-EC expert panel. *Obes Surg* 2007, 17: 260-270

<sup>3</sup>SAGES guidelines committee: SAGES guideline for clinical application of laparoscopic bariatric surgery. Surg Endosc 2008, 22: 2281-2300

<sup>4</sup>AACE/TOS/ASMBS medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. Surg Obes Relat Dis 2008, 4: S109-S184

## 5. Contre-indications à une intervention bariatrique

- Absence d'une thérapie adéquate de réduction pondérale de 2 ans (respectivement d'un an en cas de  $BMI \geq 50 \text{ kg/m}^2$ )
- Insuffisance rénale sévère (créatinine  $\geq 300 \mu\text{mol/l}$ ) sans dialyse
- Maladie coronarienne (angor instable ; infarctus récent, c'est à dire  $< 3$  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
- Embolie pulmonaire dans les 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, troubles psychiatriques nécessitant un traitement qui ont conduit à une décompensation au cours des deux dernières années
- Abus chronique de substance
- 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)

## 6. Exigences pour la certification des centres de chirurgie bariatrique

Conformément à la révision de l'ordonnance d'application de la LAMAL, annexe 1, chiffre 1.1 "Traitement chirurgical de l'Obésité", le Département Fédéral de l'Intérieur exige que les interventions chirurgicales pour obésité soient réalisées dès le 1.1.2011 uniquement dans des centres de chirurgie de l'obésité qualifiés, en conformité avec les directives du SMOB.

### 6.1. Principes

- Puisqu'il n'existe pas pour la chirurgie bariatrique d'algorithme de traitement universellement reconnu, les présentes directives serviront uniquement aux centres responsables de canevas pour l'établissement de leur propres plans thérapeutiques (voir aussi chapitre 7, directives pour la prise en charge des patients).
- Les centres qualifiés seront munis d'une équipe multidisciplinaire qui ne sera pas seulement responsable de la réalisation des interventions bariatriques, mais aussi de l'indication à l'intervention, de la préparation et du suivi à long terme des patients (paramètres métaboliques, dépistage et compensation des carences, suivi psychologique et diagnostic radiologique).
- Composition minimale de l'équipe multidisciplinaire : chirurgien compétent en chirurgie bariatrique, spécialiste en médecine interne/endocrinologie, psychiatre, diététicienne spécialisée. Les spécialistes associés suivants sont souhaitables : anesthésiste, gastroentérologue, chirurgien plastique, radiologue, physiothérapeute, assistant social.
- Le personnel nécessaire à tous les aspects de chirurgie bariatrique doit être accessible toute l'année.
- Service d'urgence disponible 24h / 24..

- Obligation de respect d'une procédure unitaire de prise en charge (management du patient).
- Obligation d'une documentation prospective des cas à l'aide des questionnaires en ligne de l'AQC (voir point 8).
- Taux documenté de suivi par les membres de l'équipe multidisciplinaire de  $\geq 75\%$  à 5 ans

## 6.2. Classement des centres de chirurgie bariatrique

- Deux niveaux de centres de chirurgie bariatriques seront différenciés selon les critères différentiels ci-dessous (centres de chirurgie bariatrique primaires et centres de chirurgie bariatrique de référence).
- Les requêtes pour obtenir la qualification en tant que centre de chirurgie bariatrique primaires ou de référence, qu'elles proviennent de centres déjà actifs dans le domaine ou de nouveaux centres, seront adressées au comité du SMOB.
- La révision des requêtes et des différents critères de qualification des centres sont à la charge de ceux-ci et sont, sur mandat de l'OFSP, conduits par le comité du SMOB.
- Une liste des centres certifiés par le SMOB pour le traitement chirurgical de l'obésité parce qu'ils remplissent les conditions décrites ci-dessous sera publiée par l'OFSP (BAG) sur son site Web (Registre de la Chirurgie Bariatrique), Cette liste sera valable dès le 1.1.2011, et sera régulièrement actualisée.
- Une période transitoire de deux ans est prévue jusqu'à l'entrés en vigueur intégrale des conditions ci-dessous.

## 6.3. Centres de chirurgie bariatrique primaires

- Les critères du point 6.1 sont remplis.

- Interventions admises : uniquement les interventions standard comme définies au Point 3.2.1.: gastroplastie verticale (vertical banded gastroplasty, VBG), anneau gastrique ajustable (adjustable gastric banding, AGB), bypass gastrique proximal (Roux-en-Y gastric bypass, RYGBP; anse alimentaire  $\leq 150$  cm)
- Interventions uniquement chez des patients avec BMI  $< 50$  kg/m<sup>2</sup>
- Pas d'intervention chez les enfants/adolescents ( $< 18$  ans)
- Pas d'intervention chez les patients  $> 65$  ans.
- Pas d'intervention de révision.
- Le responsable du programme de chirurgie bariatrique doit pouvoir faire état de deux ans d'expérience au minimum dans cette chirurgie .
- Il peut faire état d'une statistique personnelle minimale de 50 interventions bariatriques.
- Recrutement minimal annuel : 25 interventions  
[Dans la période de transition du 1.1.2011 au 31.12.2012, 12 interventions seront jugées suffisantes (1 chirurgien)]
- Une collaboration avec un centre de chirurgie bariatrique de référence pour la réalisation d'interventions supplémentaires dans le cadre d'un réseau est souhaitable.

## 6.4. Centres de chirurgie bariatrique de référence

- Les critères du point 6.1 sont remplis.
- Interventions admises : toutes les interventions citées au Point 3.2.1.
- Réalisation d'interventions à risque ( $BMI \geq 50 \text{ kg/m}^2$ )
- Réalisation d'interventions spéciales (révisions)
- Réalisation d'interventions chez les enfants/adolescents ( $< 18$  ans)
- Réalisation d'interventions chez les patients  $> 65$  ans.
- Le responsable du programme de chirurgie bariatrique doit pouvoir faire état de 5 ans d'expérience au minimum dans cette chirurgie.
- Il peut faire état d'une statistique personnelle minimale de 200 interventions bariatriques.
- Recrutement minimal annuel : 50 interventions  
[Dans la période de transition du 1.1.2011 au 31.12.2012, 20 interventions (1 chirurgien) ou respectivement 30 (2 chirurgiens) seront jugées suffisantes]
- Une collaboration avec un ou plusieurs centres de chirurgie bariatrique primaires dans le cadre d'un réseau est souhaitable.

## 7. Prise en charge des patients

### 7.1. Evaluation

- L'indication à l'intervention chirurgicale sera posée après une évaluation multidisciplinaire standardisée (investigations préopératoires, indications/contre-indications selon les points 4.1 et 5 ci-dessus). L'équipe multidisciplinaire comprend au minimum les différents spécialistes mentionnés au point 4.2.

### 7. Information des patients

- Remise au patient d'une documentation écrite décrivant l'intervention chirurgicale elle-même, ses complications possibles, les changements qu'elle provoque dans les habitudes alimentaires et l'organisation du suivi postopératoire.
- 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.
- Obligation d'un délai de réflexion minimal de 3 mois entre la première consultation et l'intervention.
- Engagement écrit du patient à des contrôles postopératoires réguliers pour une période minimale de 5 ans.

### 7.3. Investigations préopératoires

#### 1. Systematiques

- Investigations de routine comme avant toute intervention abdominale importante (anamnèse, status, laboratoire de routine, RX thorax, ECG)
- Evaluation de l'état actuel de santé générale et nutritionnelle (comorbidités)

- Consultation diététique : habitudes alimentaires, troubles du comportement alimentaires, information sur les changements attendus en postopératoire.
- Consultation psychiatrique
- Oeso-gastro-duodéoscopie avec recherche de l'Helicobacter pylori
- Optimisation du traitement des maladies associées pour réduire le risque opératoire.

## 2. Optionnelles

- Risque anesthésique : test d'effort, fonctions pulmonaires, oxymétrie nocturne.

## 3. Facultatives

- Echocardiographie
- Investigations du sommeil (syndrome d'apnée nocturne et syndrome d'hypoventilation alvéolaire liée à l'obésité).
- Evaluation de la composition corporelle (impédance-métrie, DEXA), ostéodensitométrie (DEXA), balance énergétique (calorimétrie indirecte, SenseWear Armband)
- Investigations complexes de laboratoire (leptine, ghreline, GLP-1, PYY, GIP, etc.)

## 7.4. Hospitalisation

- Mobilisation précoce, physiothérapie
- Conseils diététiques : structuration de l'alimentation, changements attendus à long terme.
- Prophylaxie thromboembolique, substitutions vitaminiques
- Premiers rendez-vous de suivi.

## 7.5. Suivi à long terme

- Engagement écrit du patient à des contrôles postopératoires réguliers pour une période minimale de 5 ans.
- Prévention des carences aussi bien dans la phase de perte de poids rapide que dans la phase de stabilisation (vitamines, protéines, calcium, fer, zinc)
- Adaptations du traitement des comorbidités en fonction de la perte de poids (hypertension, diabète)
- Prescription de préparations multivitaminées (incluant minéraux et oligo-éléments) à long terme après anneau gastrique ajustable ou bypass gastrique proximal, à vie après interventions malabsorptives.
- Contrôles de laboratoire réguliers (annuels), comprenant notamment : formule sanguine, coagulation (INR), chimie (électrolytes, tests hépatiques, fonction rénale, albumine, HbA1c, fer, ferritine, lipidogramme, hormones (TSH, PTH), status vitaminique)

#### 7.5.1. Interventions restrictives :

- Réglages de l'anneau par un membre de l'équipe du centre en fonction de la perte de poids, de l'adaptation du patient à la restriction et du type d'anneau utilisé.
- Anneau gastrique, gastroplastie verticale et sleeve gastrectomy : contrôles après 1, 3, 6, 9 et 12 mois, puis ensuite annuels

#### 7.5.2. Bypass gastrique proximal :

- Contrôles après 1, 3, 6, (9),12, 18 et 24 mois, puis ensuite annuels

#### 7.5.3. Interventions malabsorptives

- Diversions biliopancréatiques avec ou sans switch duodéal et bypass gastrique distal : contrôles après 1, 3, 6, 9, 12, 18 et 24 mois, puis ensuite tous les 6 mois

## 8. Assurance-qualité

- L'assurance-qualité est la responsabilité des centres de chirurgie bariatrique prestataires
- Les centres de chirurgie bariatrique prestataires doivent réaliser la préparation des patients, le traitement et le suivi en suivant les lignes de conduite du SMOB telles qu'elles sont définies dans le présent document.
- Les centres de chirurgie bariatrique prestataires remplissent les exigences de certification du point 6.
- Les centres de chirurgie bariatrique prestataires sont responsables de saisir, gérer et transmettre prospectivement les données de leurs patients à l'aide des masques de saisie de l'AQC (Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie).
- Les équipes se donneront les moyens d'assurer un suivi sans lacunes en créant les structures nécessaires.
- Un taux de suivi par l'équipe multidisciplinaire supérieur à 75% à 5 ans est attendu.