

Carences nutritionnelles après *sleeve* gastrectomie et *by-pass* gastrique

Nutritional deficiencies following sleeve gastrectomy and gastric bypass

P. Darmon^{1,2}, M. Eisinger¹, S. Boullu¹

¹ Pôle ENDO, CHU La Conception, AP-HM, Marseille, Centre spécialisé de l'obésité PACA Ouest, AP-HM, Marseille

² UMR Inserm 1062/INRA 1260

« Nutrition, obésité et risque thrombotique », Aix-Marseille Université.

Résumé

La chirurgie bariatrique s'est imposée aujourd'hui comme une option thérapeutique de choix de l'obésité sévère compliquée et de l'obésité massive. Au-delà de son efficacité spectaculaire sur la réduction pondérale et les co-morbidités liées à l'obésité, la chirurgie bariatrique est associée à un risque significatif de carences nutritionnelles post-opératoires, en protéines, vitamines, minéraux, et éléments-trace. L'intervention la plus pratiquée en France aujourd'hui est la *sleeve* gastrectomie, devant le *by-pass* gastrique. La *sleeve* gastrectomie a gagné en popularité ces dernières années, en partie car elle est réputée moins pourvoyeuse de carences nutritionnelles que le *by-pass* gastrique, mais la réalité est plus nuancée, et le risque de carences est globalement comparable après les deux types d'interventions, au moins la ou les premières années. Les carences nutritionnelles post-opératoires peuvent se constituer précocement, ou plus tardivement après l'intervention chirurgicale. Certaines de ces carences peuvent avoir un retentissement clinique à court ou plus long terme, parfois sévère, souvent négligé. De façon schématique, les carences nutritionnelles post-opératoires peuvent s'expliquer par l'intrication de plusieurs mécanismes : prévalence élevée des déficits et carences pré-opératoires chez les candidats à la chirurgie bariatrique ; réduction parfois drastique de la prise alimentaire après l'intervention ; création de conditions d'une malabsorption par le montage chirurgical ; inadéquation et/ou mauvaise observance de la supplémentation en micronutriments proposée en post-opératoire. Il n'existe pas, à ce jour, d'étude d'intervention permettant de définir avec précision le type et la durée de la supplémentation à prescrire après *sleeve* gastrectomie ou après *by-pass* gastrique, même si la nature même de l'intervention suggère qu'un traitement sera nécessaire à vie après *by-pass*. Les recommandations les plus récentes préconisent une supplémentation systématique en multivitamines et minéraux, calcium, vitamine D, fer et vitamine B1, après *sleeve* gastrectomie comme après *by-pass* gastrique (adaptée ensuite à l'évolution clinique et à la biologie). Quoiqu'il en soit, il est indispensable de procéder à un bilan nutritionnel complet avant toute chirurgie bariatrique, d'organiser des programmes d'éducation thérapeutique du patient insistant sur l'importance de l'observance des suppléments prescrits et d'un suivi régulier, et de formaliser le suivi post-opératoire à court, moyen, et long terme, pour prévenir, dépister et traiter la dénutrition protéique et les carences en micronutriments, ainsi que leurs conséquences cliniques potentielles.

Mots-clés : Obésité – chirurgie bariatrique – *by-pass* gastrique – *sleeve* gastrectomie – carences nutritionnelles – vitamines.

Summary

Bariatric surgery represents today a therapeutic option of choice for severe and morbid obesity. Beyond its spectacular efficacy on weight reduction and comorbidities associated with obesity, bariatric surgery is associated with a significant risk of postoperative nutritional deficiencies, in protein, vitamins, minerals, and traces elements. In France,

Correspondance

Patrice Darmon

Pôle ENDO

CHU La Conception

147, bv Baille

13285 Marseille cedex 5

pdarmon@ap-hm.fr

« Vitamines et pathologies cardio-métaboliques »

the most practiced operative procedure today is the sleeve gastrectomy, followed by the gastric bypass. The sleeve gastrectomy has gained popularity in recent years in part because it is deemed less provider of nutritional deficiencies than the gastric bypass, but the reality is more nuanced and, overall, the risk of deficiencies is comparable after the two types of interventions at least during the first years. The postoperative nutritional deficiencies may appear early or late after surgery. Some of these deficiencies can have clinical consequences in the short, medium, or long term, that can be sometimes severe and are often overlooked. Schematically, postoperative nutritional deficiencies may be due to the interlinking of several mechanisms: high prevalence of preoperative deficiencies; reduction - sometimes drastic - of food intake after surgery; creation of conditions of malabsorption by the surgical procedure; inadequacy of and/or poor compliance to the micronutrient supplementation prescribed postoperatively. There is no intervention study that could permit to define precisely how to prescribe micronutrient supplementation after sleeve gastrectomy or after gastric bypass. The latest guidelines recommend routine supplementation with multivitamins and minerals, calcium, vitamin D, iron and vitamin B12 after sleeve gastrectomy as after gastric bypass (then adapted to clinical and biological evolution). Anyway, it is essential to conduct a thorough nutritional assessment prior to bariatric surgery, to organize patient therapeutic education programs emphasizing the importance of taking the prescribed supplements and being regular monitored, and to formalize the postoperative follow-up in the short, medium, and long term, in order to prevent, detect and treat the protein malnutrition and the micronutrient deficiencies, and their potential clinical consequences.

Key-words: Obesity – bariatric surgery – gastric bypass – sleeve gastrectomy – nutritional deficiencies – vitamins.

Introduction

- Au fil des années, la chirurgie bariatrique s'est imposée comme une option thérapeutique de choix de l'obésité sévère compliquée et de l'obésité massive. Le recours à cette chirurgie s'est peu à peu « banalisé », et le nombre annuel d'interventions ne cesse de croître dans notre pays (autour de 50 000 interventions annuelles), comme ailleurs. L'intervention la plus pratiquée en France aujourd'hui est la *sleeve* gastrectomie (près d'une intervention sur deux), suivie par le *by-pass* gastrique, et, enfin l'anneau gastrique ajustable, en perte de vitesse. Pourtant, au-delà de son efficacité spectaculaire sur la réduction pondérale, la qualité de vie et les co-morbidités, la chirurgie bariatrique n'est pas dénuée de risques. Elle est, en particulier, associée à un risque significatif de carences nutritionnelles en protéines, minéraux (calcium, magnésium), vitamines (vitamine B12 et autres vitamines du groupe B, vitamine D, autres vitamines liposolubles) et éléments-trace (fer, zinc, sélénium, cuivre)

[1-4]. Si ces carences sont réputées être moins fréquentes après chirurgie bariatrique purement (anneau gastrique ajustable) ou majoritairement restrictive (*sleeve* gastrectomie) qu'après chirurgie « mixte » (*by-pass* gastrique) ou majoritairement malabsorptive (dérivation bilio-pancréatique, *switch* duodéal), la réalité est plus nuancée : les apports alimentaires sont parfois réduits de façon drastique après chirurgie restrictive, exposant alors à des carences sévères. Les carences nutritionnelles post-opératoires sont corrélées à l'existence de carences pré-opératoires, mais aussi à l'importance et la rapidité de la perte de poids ; elles peuvent se constituer précocement ou plus tardivement après l'intervention chirurgicale (les réserves en vitamine B12 sont plus importantes que celles en fer, par exemple), parfois en dépit d'une supplémentation jugée adéquate. Certaines de ces carences peuvent avoir à court, moyen, ou long terme, un retentissement clinique parfois sévère et souvent négligé (dénutrition protéique, anémie, complications neurologiques, déminéralisation osseuse,

risque d'hypotrophie foetale et d'anomalies du développement chez les enfants des femmes opérées). La grande variabilité de la prévalence des carences rapportées dans la littérature rend compte de la diversité des pratiques en matière de suivi et de prise en charge post-opératoire, mais peut aussi s'expliquer par la qualité souvent médiocre des études publiées (majoritairement rétrospectives, avec un nombre limité de patients « perdus de vue », et une durée de suivi souvent insuffisante) et par leur hétérogénéité (définition variable des carences, nature et durée de la supplémentation). S'il existe aujourd'hui de nombreuses recommandations visant à mieux encadrer le suivi et la prise en charge nutritionnelle après chirurgie bariatrique [2-4], ces recommandations, basées sur des avis d'experts, ne permettent pas toujours de répondre formellement aux questions des cliniciens confrontés désormais quotidiennement à cette problématique « incontournable » : quelle supplémentation pour quels patients ? Pendant combien de temps ? Avec quel suivi ?

- De façon schématique, les carences nutritionnelles post-opératoires peuvent s'expliquer par l'intrication de plusieurs mécanismes :

- 1/ la prévalence élevée des déficits et carences pré-opératoires chez les candidats à la chirurgie bariatrique ;
- 2/ la réduction, parfois drastique, des apports nutritionnels et/ou le déséquilibre alimentaire après l'intervention ;
- 3/ un défaut d'assimilation ou d'absorption créés par le montage chirurgical ;
- 4/ l'inadéquation et/ou la mauvaise observance de la supplémentation en micronutriments proposée en post-opératoire.

Obésité et carences nutritionnelles pré-opératoires

- Les carences nutritionnelles sont fréquentes chez les individus souffrant d'obésité sévère ou massive [5]. La revue publiée par De Flines *et al.*, en 2013 [6], illustre l'importance de cette problématique chez les candidats à

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3274107>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3274107>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)