

Chirurgie métabolique du diabète de type 2

Metabolic surgery for type 2 diabetes

C. Amouyal, F. Andreelli

Hôpitaux universitaires
Pitié-Salpêtrière-Charles Foix,
Service de diabétologie-métabolismes, AP-HP ;
Institut cardiométabolisme et nutrition
(IHU ICAN) ; Université Pierre-et-Marie-Curie,
Paris 6.

Résumé

La chirurgie bariatrique est reconnue comme un outil thérapeutique puissant de l'obésité et du diabète de type 2 (DT2). Les méta-analyses montrent un taux de rémission du DT2 dans 78,1 % des cas après chirurgie bariatrique dans la population d'obèses sévères. Ces résultats impressionnants peuvent-ils être répliqués pour des populations de patients DT2 avec un indice de masse corporelle (IMC) < 35 kg/m² ? Des études préliminaires ont montré que la chirurgie métabolique était efficace, avec peu de complications, dans cette population. Mais, d'autres études suggèrent une moindre efficacité de rémission du DT2 dans les populations de patients DT2 moins obèses. Ces controverses démontrent le besoin d'études à long terme, spécifiquement dédiées à la chirurgie métabolique, afin de mieux en comprendre l'efficacité, la balance bénéfices/risques, et le coût. En 2015, la chirurgie métabolique du DT2 reste encore dans le domaine de la recherche clinique.

Mots-clés : Chirurgie bariatrique – chirurgie métabolique – diabète de type 2 – obésité.

Summary

Bariatric surgery has emerged as a highly effective treatment not only for obesity but also for type 2 diabetes. Meta-analysis reported complete resolution of type 2 diabetes (T2D) in 78.1% of cases after a bariatric surgery in morbid obese patients. The extraordinary results obtained in diabetic patients with BMI >35 kg/m² have led investigators to query if similar results could be achieved in patients with BMI <35 kg/m². Some preliminary studies suggested that metabolic surgery is safe and effective in T2D patients with BMI <35 kg/m². However, it has been also demonstrated in other studies that metabolic surgery is less efficient to promote T2D remission in patients with BMI <35 kg/m². These controversies about the metabolic surgery demonstrate the need of additional long term studies in this specific population in order to better define the safety, effectiveness, and cost effectiveness of metabolic surgery in patients with T2D. In 2015, it is premature to state that metabolic surgery is an accepted treatment option for T2D with BMI <35 kg/m².

Key-words: Bariatric surgery – metabolic surgery – type 2 diabetes – obesity.

Correspondance

Fabrizio Andreelli
Service de diabétologie-métabolismes
CHU Pitié-Salpêtrière
Bâtiment E3M
47-83, bd de l'Hôpital
75651 Paris cedex 13
fabrizio.andreelli@psl.aphp.fr

Introduction

• Une abondante littérature, ainsi que les recommandations et l'expérience clinique, nous montrent à quel point certains bénéfices métaboliques peuvent être apportés par la chirurgie bariatrique. Des succès indiscutables concernant l'amélioration du diabète de type 2 (DT2) sont observés en

post-opératoire dans une large proportion de patients opérés [1]. Certains auteurs n'hésitent pas à considérer la chirurgie bariatrique comme le traitement ayant les effets bénéfiques à long terme les plus puissants, en comparaison avec l'escalade thérapeutique des traitements hypoglycémiant habituellement utilisée en diabétologie [2]. La guérison post-opératoire du DT2

La chirurgie bariatrique en 2015

apporte également une note d'espoir dans une pathologie chronique et aussi complexe, en montrant une certaine réversibilité de la pathologie, considérée – naguère – comme s'aggravant forcément avec le temps. Bien sûr, des exceptions existent et, pour certains patients, en particulier les plus avancés dans leur pathologie, la guérison spectaculaire post-chirurgicale n'est pas au rendez-vous. Mais pour ces patients, une amélioration notable du DT2 a un bénéfice non négligeable : réduire l'HbA_{1c}, réduire les posologies des traitements, diminuer le nombre de classes thérapeutiques hypoglycémiantes employées, restaurer une certaine efficacité de ces traitements, là où toutes les associations semblaient inefficaces, représentent déjà une avancée importante en terme individuel. Pour ces raisons, la réflexion s'est peu à peu déplacée de la problématique du poids vers la possibilité d'une gestion chirurgicale du diabète, d'une chirurgie bariatrique vers une chirurgie métabolique.

- En analysant la littérature récente, nous allons essayer de répondre à quelques questions assez simples concernant la chirurgie métabolique, en ciblant sur les deux techniques les plus employées, le *bypass* (court-circuit) gastrique (BPG), et la *sleeve* gastrectomie : pour qui ? Quand ? Comment ? Pour quels résultats ? Malgré un enthousiasme croissant de par le monde pour proposer une gestion chirurgicale du DT2 avéré, voire du pré-diabète, comme nous allons le voir, un certain nombre d'interrogations demeurent.

La chirurgie métabolique : une suite logique de l'histoire de la chirurgie bariatrique ?

Depuis les années 1950, au fur et à mesure de l'évolution des techniques chirurgicales, l'amélioration des comorbidités, dont le DT2, a été analysée. Dès les années 1970, il était clairement démontré que le DT2 pouvait disparaître après une technique comme le *bypass* jéuno-iléal [3]. La première publication chirurgicale, datant des années 1990,

par l'équipe de Walter J. Pories, posait clairement la question dans son titre : « *Qui aurait pu y penser ? Une chirurgie s'avère être le traitement le plus efficace du DT2* » ; elle a posé les bases d'une réflexion innovante sur la possibilité de guérison du DT2 par la chirurgie bariatrique [4, 5]. Depuis lors, la révolution de la coelioscopie, l'amélioration de l'anesthésie et de la réanimation des patients obèses ont, en quelque sorte, sortie la chirurgie bariatrique du domaine de thérapeutique d'exception pour en démocratiser les principes et l'utilisation. Du fait de l'épidémie d'obésité et de DT2 dans le monde, il est normal que les recherches sur la chirurgie bariatrique s'intéressent à ces deux pathologies.

La chirurgie métabolique : c'est quoi ? Et pour qui ?

- Poser le problème de la définition de la chirurgie métabolique, est-ce exagéré ? Si l'on parle de plus en plus de chirurgie métabolique, sa définition diffère selon l'idée que l'on se fait du terme « métabolique » et de la population cible. Tout d'abord, rappelons que la définition de la chirurgie bariatrique est l'ensemble des moyens chirurgicaux capables de promouvoir la diminution de l'excès de poids et de ses conséquences en termes de comorbidités [6]. La population concernée est celle pour laquelle les recommandations nationales et internationales ont statué une balance bénéfices/risques favorable de la chirurgie bariatrique, soit un indice de masse corporelle (IMC) > 35 kg/m² avec une ou plusieurs comorbidités, ou un IMC > 40 kg/m². Ces patients sont principalement pris en charge dans des centres experts multidisciplinaires de soins de l'obésité.

Dans ces conditions, toutes les techniques existantes ont des effets métaboliques favorables plus ou moins prononcés sur l'équilibre glycémique, de par la restriction alimentaire, la perte de poids, et des effets additionnels spécifiques de certaines techniques (effet incrétine, modifications de la flore, réduction de l'inflammation de bas grade, réduction de la stéatose

hépatique, stimulation de la néoglucogénèse intestinale...) [7].

- Si l'on propose maintenant une définition stricte de la chirurgie métabolique, on pourrait dire qu'il s'agit de l'ensemble des moyens chirurgicaux capables de promouvoir l'amélioration de l'équilibre glycémique avec le moins d'effet possible pondéral, voire sans aucun effet pondéral. Dans ce cas, la problématique est la gestion d'un diabète déséquilibré malgré un traitement hypoglycémiant à posologie maximale, dans une population peu obèse, voire en surpoids. Typiquement, le patient de diabétologie en difficulté métabolique.

– **La première définition (bariatrique)** se réfère à la population de patients super-obèses avec une ou plusieurs comorbidités, dont l'une d'entre elles est le DT2.

– **La seconde définition (métabolique)** se réfère à une population de patients diabétiques déséquilibrés de manière chronique, exposés aux complications, en échec des stratégies recommandées de prise en charge diabétologique et sans excès de poids majeur. Ces patients sont principalement pris en charge en diabétologie.

Il s'agit donc de deux populations très différentes, et de deux problématiques de soins également différentes.

– **Une autre définition, importante à discuter, est celle qui concerne l'évolution post-opératoire du DT2.**

Les évolutions possibles sont :

- la guérison (ou rémission) ;
- l'amélioration ;
- l'échec (voire l'aggravation).

Le seul critère intensivement employé dans la littérature est celui de guérison ou rémission du DT2.

– **Dans la littérature chirurgicale**, il présente la même importance que la perte de l'excès de poids. Globalement, les auteurs ont employé des définitions non consensuelles concernant la guérison du DT2 (*tableau I*) [8-14], en sachant cependant que la définition de Schauer *et al.*, publiée en 2003, a été longtemps considérée comme consensuelle (glycémie à jeun < 1,10 g/l, ou HbA_{1c} < 6,5 % sans traitement) [8].

– **Du côté diabétologique**, un groupe d'experts de l'*American diabetes association* (ADA) a proposé, en 2009, une

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3274433>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3274433>

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