

Chirurgie de l'obésité chez un adolescent : de la demande personnelle à la décision collégiale

Bariatric surgery in the adolescent: From personal demand to joint decision

B. Dubern¹, C. Poitou-Bernert²,
C. Ciangura², A. Basdevant²,
J.-M. Oppert², P. Tounian¹,
J.-L. Bouillot³

¹ Service de nutrition et gastroentérologie pédiatriques, Centre intégré de l'obésité, Hôpital Armand-Trousseau, AP-HP, Paris ; Université Pierre-et-Marie-Curie, Paris 6 ; Institut cardiométabolisme et nutrition (IHU ICAN), Paris.

² Service de nutrition, Centre intégré de l'obésité, Département d'endocrinologie-métabolisme-médecine interne, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris ; Université Pierre-et-Marie-Curie, Paris 6 ; Institut cardiométabolisme et nutrition (IHU ICAN), Paris.

³ Service de chirurgie digestive, Centre intégré de l'obésité, Hôpital Ambroise-Paré, AP-HP, Université Paris Ouest, Boulogne.

Résumé

La chirurgie bariatrique chez les jeunes âgés de moins de 20 ans soulève des questions cliniques, organisationnelles, éthiques. Cet article porte sur le parcours clinique initial, c'est-à-dire de la demande de chirurgie à la prise de décision. Il s'agit de clarifier les enjeux pour le jeune, sa famille, et son pédiatre ou son médecin traitant. La prise en charge multifocale dans des centres hyperspécialisés doit - d'emblée - s'inscrire dans la durée.

Mots-clés : Obésité – chirurgie bariatrique – adolescent – enfant – parcours de soins.

Summary

Bariatric surgery in teenagers raises a series of clinical, organizational, and ethical questions. This paper deals with the initial steps of the clinical pathway, from the patient demand to the decision. Various issues are discussed from the adolescent, the family, and the physician viewpoints. The multifocal management is a long term process that should be limited to expert centers.

Key-words: Obesity – bariatric surgery – adolescents – children – clinical pathway.

Correspondance

Béatrice Dubern

Service de nutrition et gastroentérologie pédiatriques
Hôpital Armand-Trousseau
26, av. du Docteur Arnold Netter
75571 Paris cedex 12
beatrice.dubern@trs.aphp.fr

Introduction

La demande de chirurgie bariatrique de la part des jeunes de moins de 20 ans est un motif de consultation émergent. Répondre à cette demande n'est pas simple, car l'on manque de données sur les bénéfices et les inconvénients à long terme [1, 2]. Recourir à la chirurgie à un si jeune âge soulève des questions cliniques, organisationnelles, éthiques [3]. Comment analyser la demande ? Quelle implication du jeune et de sa famille dans la décision ? Comment assurer la cohérence du projet thérapeutique dans la durée ? L'objectif de cet article est de contribuer à la réflexion et à des propositions sur

cette étape initiale : de la demande de chirurgie, à la prise de décision.

Consultations initiales

L'analyse de la demande

- L'analyse de la demande est au cœur des premières consultations [4]. Cette demande peut être initiée par une rencontre avec un jeune opéré, le succès d'une intervention chez un proche, des échanges sur Internet, une émission « grand public ». Elle est exprimée en première intention par le jeune lui-même, par ses parents, ou par le médecin, inquiets du retentissement somatique

La chirurgie bariatrique en 2015

ou psychologique d'une obésité sévère. Elle est plus ou moins partagée par le jeune et son entourage. Les divergences ne sont pas rares, les représentations, et les niveaux de compréhension de l'intervention étant variables.

- On précisera la place de cette demande dans le parcours personnel, et éventuellement celui des proches, ses motivations plus ou moins explicites, les résultats espérés. La demande est souvent marquée par l'immédiateté, l'impulsivité, voire l'exigence (« faites-moi opérer au plus vite je ne peux plus attendre »), ou la pression des proches (« je veux lui épargner ce que j'ai vécu, ma vie a été un calvaire »). Permettre de clarifier et d'exprimer l'authentique demande personnelle est essentiel pour fonder le projet sur des bases claires et consensuelles. Il faut donner le temps nécessaire à cette étape, en sachant formuler un calendrier, et en résistant - si besoin - aux pressions de l'entourage. Les situations doivent être étudiées dans leur singularité, en se mettant à l'abri d'une posture « checklist » découpant l'analyse du sujet et la décision d'opérer en items standardisés à cocher, dérive devenue trop fréquente d'une médecine normative.

L'évaluation clinique

L'évaluation clinique vise à situer la pertinence « médicale » de la chirurgie, à partir de l'histoire pondérale, des déterminants de l'obésité, et de ses conséquences psychologiques, sociales, et somatiques. Cette étape essentielle prend du temps ; elle vise, en particulier, à situer la trajectoire de poids dans la trajectoire personnelle du patient et de son entourage. La sévérité de l'obésité dépend du degré (indice de masse corporelle [IMC] au-delà de 3 déviation-standard [DS] de Z-score), de son impact sur la qualité de vie, de ses complications, surtout si elles ne sont pas identifiées ou traitées (apnée du sommeil, épiphysiolyse de la tête fémorale, diabète de type 2, hypertension artérielle), de la présence d'une pathologie associée aggravée par l'excès de poids, et des altérations de la vie relationnelle et du parcours scolaire [5]. On précise le stade de croissance et de développement pubertaire, car la

chirurgie ne peut être envisagée que si la taille adulte est presque acquise et la puberté quasi-terminée. On recherche des signes d'une obésité « syndromique » génétique, ou secondaire (début très précoce, dysmorphie, troubles cognitifs, neurologiques, impulsivité extrême, céphalées, troubles visuels, désordres endocriniens, cassure de la courbe de croissance staturale, chirurgie ou radiothérapie cérébrale, traumatisme crânien, méningite), pour lesquelles la chirurgie est moins efficace. Quelques examens sont prescrits : glycémie, transaminases (ASAT, ALAT), hormonologie thyroïdienne (TSH), polygraphie ventilatoire (si signes d'apnées du sommeil), épreuves fonctionnelles respiratoires, et, en cas de signe d'appel : bilan endocrinien, imagerie, et génétique (avis spécialisé).

L'anamnèse des prises en charge antérieures du patient s'assure que toutes les chances de succès d'une prise en charge médicale ont été tentées [4] : le jeune patient a-t-il déjà bénéficié d'une prise en charge médicale globale (nutritionnelle, comportementale, psychologique), intégrant les dimensions sociales ? Quelles ont été les causes d'échec ou de récurrence ? Quelle a été l'adhésion aux programmes thérapeutiques ?

Le bilan nutritionnel spécialisé

- Le bilan nutritionnel spécialisé porte sur :
 - les habitudes et comportements alimentaires ;
 - l'évaluation des apports et dépenses énergétiques.

Le contexte psychologique

Tous ces éléments sont confrontés au contexte psychologique, qui peut être l'un des contributeurs de l'accélération de la prise de poids et des échecs thérapeutiques, ou qui peut être affecté en retour par l'état d'obésité. Un avis spécialisé, psychologue ou pédopsychiatre, est indispensable devant une situation d'obésité sévère chez un jeune. La recherche de dépendances, de toxicomanies et/ou addictions, fait partie de cette évaluation. Il est important de faire la part des choses pour adapter la stratégie. Si les difficultés psychologiques, les désordres comportementaux occupent

une place primordiale, une prise en charge psychologique ou psychiatrique spécialisée préalable est proposée ; si ces difficultés sont avant tout liées au retentissement de l'obésité (discrimination, souffrance morale), elles peuvent potentiellement être améliorées par une perte de poids significative [4, 6]. Cette distinction a, bien sûr, des limites.

Le contexte social et économique

Le contexte social et économique est pris en compte, car il détermine l'accès durable aux soins, la possibilité de suivre les prescriptions diététiques et médicamenteuses post-opératoires (certains dosages sanguins et compléments vitaminiques ne sont pas remboursés ; les dépassements d'honoraires posent problème) [4]. L'intervention des assistants de service social est ici importante.

Bilan éducatif

Un bilan éducatif complète l'évaluation clinique.

Le calendrier du projet

Le calendrier du projet doit être clair : la décision de chirurgie ne peut être prise d'emblée, il faut s'accorder mutuellement du temps pour affiner cette évaluation, en intégrant les avis du psychologue ou psychiatre, du diététicien, des assistants sociaux, et les résultats des bilans demandés. La relation thérapeutique s'enrichit dans un échange évolutif, confiant et empathique, au sein de l'équipe pluri-professionnelle. Que la demande soit *a priori* justifiée ou manifestement pas, elle est entendue avec la même empathie : il faut répondre à la souffrance qui la sous-tend.

Au terme des premières consultations, plusieurs cas de figure se présentent

Au terme de cette évaluation initiale se dégagent des arguments pour ou contre la chirurgie, avec plusieurs situations type.

- **Le plus souvent, il n'est manifestement pas question d'envisager une chirurgie, en tout cas pas dans l'immédiat**

L'obésité n'est pas sévère et ne justifie pas le risque chirurgical : le jeune n'a

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3274436>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3274436>

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