

Traitement de l'obésité par anneau gastrique modulable : respect des indications opératoires, évaluation des complications et des résultats

Treatment of Obesity by Adjustable Gastric Ring: Compliance With Surgical Indications, Evaluation of Complications and Results

Richard F¹, Bez J², Fradin JM³, Sciortino V⁴

Résumé

Objectif : Dans un contexte d'augmentation de fréquence des actes chirurgicaux à des fins d'amaigrissement, vérifier le respect des indications, mesurer les conséquences et l'évolution postopératoires.

Méthode : Étude des gastroplasties par anneau modulable réalisées en établissement privé sur des patients (n = 37) du régime général de l'assurance maladie de la Haute-Garonne sur un an (septembre 1998/août 1999) et description du type d'obèses opérés, des bilans et prises en charge antérieures à l'intervention, des complications récentes et à moyen terme (18 mois), des résultats pondéraux, de l'évolution des comorbidités et des symptômes d'accompagnement de l'obésité, et enfin de l'évolution de la qualité de la vie.

Résultats : 35% des indications opératoires n'étaient pas conformes aux recommandations professionnelles. L'indice de masse corporelle moyen a diminué de 40,8 à 31 en 18 mois. On a retrouvé 13,5 % de complications immédiates et 19 % de complications tardives. La documentation de l'histoire clinique des patients est restée difficile. La perte de poids obtenue était dépendante de l'âge du patient au moment de l'intervention ainsi que du poids le plus bas atteint à l'âge adulte.

Conclusion : L'élaboration de facteurs pronostics et la publication de résultats à plus long terme pourraient permettre aux médecins de respecter davantage les recommandations de pratique clinique.

Rev Med Ass Maladie 2002;33,3:201-207

Mots clés : obésité, gastroplastie, anneau gastrique.

Summary

Aims: To verify compliance with accepted indications, measure the consequences and the post-operative outcomes of this surgical procedure which is being practiced more and more frequently.

Method: We studied the gastroplasties by adjustable gastric ring performed on 37 affiliates of the general health insurance fund (régime général) in private institutions in the French department of Haute-Garonne from September 1998 to August 1999. We analyzed the types of obese patients concerned, the pre-surgical work-ups and treatment modalities prior to surgery, short-term and moderate-term complications (18 months), resulting weight loss, the evolution of pre-existing comorbidities and the clinical symptoms associated with the obesity, and finally, the results concerning the subsequent quality of life of the patients.

Results: 35% of the surgical indications did not comply with the accepted clinical guidelines. On the average, body-mass index fell from 40.8 to 31 during an 18 month period. 13.5% of the patients had immediate post-operative complications and 19% had delayed complications. It was difficult to reconstruct the clinical history of the patients. Final weight loss depended on patients' ages at the time of surgery and the lowest weight they had been able to attain during their adult life.

Conclusion: A better understanding of the prognostic factors and the publication of long-term results may incite physicians to comply with accepted clinical guidelines.

Rev Med Ass Maladie 2002;33,3:201-207

Key words: obesity, gastroplasty, gastric ring.

¹ Médecin-conseil, Échelon local du service médical (CNAMTS) de Haute-Garonne.

² Médecin-conseil, chef de service, Échelon local du service médical (CNAMTS) de Haute-Garonne.

³ Médecin-conseil, chef de secteur, Échelon local du service médical (CNAMTS) de Haute-Garonne.

⁴ Médecin-conseil régional, Direction régionale du service médical (CNAMTS) de Midi-Pyrénées.

Adresse pour correspondance : Dr François Richard, Échelon local du service médical (CNAMTS) de Haute-Garonne, 3, bd P-Léopold-Escande, BP 839, F-31015 Toulouse cedex 6, e-mail : francois.richard@elsm-toulouse.cnamts.fr

INTRODUCTION

La prévalence de l'obésité chez l'adulte en France est de l'ordre de 9 % [1]. L'obésité est un excès de masse grasse mesuré par l'index de masse corporelle (IMC) qui est le rapport du poids en kilogramme à la taille en mètre, élevée au carré. Selon *l'International Obesity Task Force* [2], on distingue différents stades selon la valeur de l'IMC (Tableau I).

Tableau I
Définitions selon la valeur de l'indice de masse corporelle (IMC)

IMC	
< 18,5	maigreur
18,5 à 24,9	poids normal
25 à 29,9	surpoids
≥ 30	obésité
30 à 34,9	obésité modérée
35 à 39,9	obésité sévère
≥ 40	obésité morbide

Les interventions chirurgicales sont réservées aux obésités morbides et aux obésités sévères lorsqu'elles sont accompagnées de comorbidité grave [1-3]. Ce recours à la chirurgie restait limité jusqu'à l'avènement d'une technique de mise en place d'un anneau périgastrique per-cœlioscopique. L'augmentation de fréquence de cette intervention (1 700 interventions en 1997, plus de 7 000 interventions en 1999 dans la base PMSI France entière, public et privé), peu évaluée dans la littérature, et l'existence de référentiels des indications opératoires nous a incités à cette étude.

À partir des caractéristiques cliniques de la population ayant bénéficié d'une gastroplastie par anneau, les objectifs de l'étude étaient d'évaluer cette pratique au regard des recommandations, d'apprécier ses conséquences à moyen terme et de proposer des facteurs prédictifs de la réduction pondérale.

MÉTHODE

1. Protocole d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective sur l'ensemble des ressortissants du régime général d'assurance maladie de la Haute-Garonne qui ont subi une gastroplastie en établissement privé par pose d'un anneau modulable. Cet anneau, en tant que prothèse interne, est pris en charge par les organismes d'as-

surance maladie selon un tarif spécifique¹ repérable dans leur base d'informations. Ont été incluses dans l'étude les personnes ayant bénéficié d'un tel remboursement entre septembre 1998 et août 1999.

2. Les variables

Sur le fondement des conclusions du congrès mondial sur l'obésité (Paris, septembre 1998), validées sur le plan méthodologique par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 1999 [1, 2]), nous avons retenu les variables suivantes en particulier pour cerner l'indication de cette chirurgie et les comorbidités de l'obésité : sexe, âge, poids et taille des patients ; prise en charge antérieure de l'obésité (régime et leurs résultats pondéraux) ; existence d'un bilan multidisciplinaire pré-opératoire de l'obésité avec la mise en évidence médicale de comorbidités ; vécu du patient avant et après l'intervention selon une grille élaborée pour cette enquête.

3. Le recueil des données

Deux procédés ont été employés pour collecter les données. Tout d'abord, le médecin-conseil a consulté le dossier médical des patients dans l'établissement où a été pratiquée l'intervention, avec parfois en complément un entretien avec le chirurgien. Le poids, la taille, l'existence d'un bilan nutritionnel, la présence de comorbidités ont été recherchés. Dans un second temps (environ 18 mois après l'intervention), le patient opéré a rencontré un médecin-conseil pour un entretien et un examen afin de :

- préciser les symptômes, les antécédents personnels et familiaux, le mode de vie avant d'être obèse et après la chirurgie ;
- noter le poids maximal déclaré par le patient ;
- connaître le suivi médical post-opératoire, les éventuelles nouvelles interventions chirurgicales ;
- réaliser un examen clinique ;
- rechercher d'éventuelles difficultés dans les relations sociales, familiales ou conjugales, l'abandon de loisirs ou de sports, une gêne au niveau professionnel, pour apprécier le retentissement de l'obésité sur la qualité de la vie et les améliorations sur ces différents points après l'intervention et l'amaigrissement éventuel.

¹ L'anneau gastrique est inscrit au titre 3 chapitre 1 du tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS), sous le numéro 301B01 « implant annulaire pour gastroplastie ». La prise en charge est assurée après échec des autres thérapeutiques médicales en cas d'obésité pathologique caractérisée par un rapport de masse corporelle (BMI) supérieur à 35 avec complications ou supérieur à 40 sans complications.

4. Analyse statistique

Pour évaluer l'influence des différentes variables sur la perte de poids potentielle, nous avons réalisé une régression linéaire multiple. Elle a permis de chiffrer et d'orienter l'influence de certaines variables (« âge » et « poids le plus bas » atteint à l'âge adulte) dans la perte du poids des patients à la suite de l'intervention. Les tests de Fisher et de Student ont été utilisés. Le seuil de signification a été retenu pour $p < 0,001$.

RÉSULTATS

Sur la période d'un an, nous avons ainsi repéré 38 factures concernant cinq établissements privés et cinq chirurgiens pour 37 patients (2 factures concernaient le même malade opéré à deux reprises avec mise en place d'un anneau à chaque fois).

1. Âge et sexe

Les patients, un seul homme pour 36 femmes, étaient âgés de 24 à 55 ans (moyenne : 40,8 ans), répartis de façon égale en trois classes d'âge : moins de 35 ans, 36 à 45 ans, plus de 45 ans.

2. Analyse des antécédents

a) Les maternités

Avant mise en place de l'anneau, pour 36 femmes dans notre série, nous comptons 81 naissances dont 22 césariennes soit 27,2 % (taux de césarienne $< 20,0$ % dans la population générale). Le nombre d'enfants par femme était de 2,25 (1,9 dans la population générale).

b) Hospitalisations antérieures à la gastroplastie

Il s'agissait de toutes les hospitalisations retrouvées lors de l'interrogatoire des patients hormis les maternités. 5 personnes, toutes âgées de plus de 50 ans, ont eu plus de 5 hospitalisations ; 26 personnes ont eu moins de 3 hospitalisations. On retrouvait des antécédents psychiatriques pour 6 patients. 5 cas ont eu au moins une hospitalisation en psychiatrie et 4 cas une tentative d'autolyse avec ou sans hospitalisation.

3. Histoire de l'obésité

a) Le début

L'obésité est survenue avant 17 ans dans 13 cas (35 %), au début de l'âge adulte de 17 à 29 ans dans 14 cas (38 %), après 30 ans dans 10 cas (27 %). 36 patients ont évoqué au moins une cir-

constance déclenchante : grossesse dans 14 cas (38 %), évènement psychologiquement marquant pour 15 personnes (décès, divorce ou mariage, puberté), autres dans 9 cas (maladie, traitement).

b) Les régimes alimentaires

Tous ont déclaré avoir suivi au moins un régime, mais 6 d'entre eux (15 %) ne savaient pas préciser la durée ou la perte de poids obtenue ou encore déclaraient ne pas avoir perdu de poids lors de régime de plusieurs semaines ou mois. 7 patients ont été hospitalisés en maison de régime ou dans un service d'endocrinologie.

c) Variations de poids avant l'intervention

Les poids maximal et minimal atteints avant l'intervention ont été pris en compte. Le poids moyen minimal était de 80 kg (IMC moyen minimal à 30,3 kg/m²) et le poids moyen maximal était de 107 kg (IMC maximal moyen à 40,8kg/m²). Les variations d'IMC déduit de ces poids maximal et minimal déclarés montraient un minimum allant de 15,4 à 38 (maigre si IMC < 18), et un maximum de 35 à 55.

4. L'intervention et ses conséquences

Au moment de l'intervention, 4 patients avaient un IMC inférieur à 35. Pour 13 patients (35 %), l'IMC était supérieur à 35 mais inférieur à 40, et 4 présentaient une comorbidité grave associée. 20 patients avaient une obésité morbide (54 %) avec un IMC égal ou supérieur à 40 ; 10 d'entre eux présentaient une comorbidité grave associée.

a) Bilan précédant l'intervention

Le bilan a été apprécié à partir des déclarations des patients et des données relevées dans les dossiers médicaux (Tableau II).

Tableau II
Nature des bilans réalisés avant intervention (37 patients)

	Bilan réalisé		
	Non	Oui ^a	Oui ^b
Bilan			
psychiatrique	5	20	12
cardiologique	2	26	9
respiratoire	11	21	5
endocrinologique	3	30	4
digestif	10	27 ^c	0

^a Selon informations recueillies dans le dossier médical de l'établissement.

^b Selon les déclarations du patient.

^c Pour les 27 malades : il y a eu 20 gastroscopies et 15 transits ceso-gastro-duodénaux (TOGD).

Tableau III
Évolution de l'indice de masse corporelle (IMC) avant et après l'intervention (37 patients)

	IMC Pré-opératoire	IMC jour enquête	IMC le + bas atteint ^a	Délai depuis 1 ^{er} anneau (mois)
Moyenne	40,8	31,0	30,3	18,5
Médiane	40,0	31,1	30,3	19
Écart-type	5,1	6,7	6,1	3,66
Minimum	33,1	20,8	20,8	12
Maximum	51,4	52,1	44,1	27

^a Après l'intervention.

b) Complications de l'intervention

Cinq fois (13,5 %), des complications sont survenues au cours ou au décours de l'intervention :

- 2 blessures hépatiques dont une nécessitant une laparotomie pour hémostase ;
- 1 plaie de la rate nécessitant une splénectomie sous laparotomie ;
- 1 pneumopathie avec détresse respiratoire ;
- 1 cas de vomissements.

Des complications tardives ont nécessité l'ablation de l'anneau dans 7 cas (19 %) : en raison d'aphagie et de vomissements (6/7), pour des motifs psychologiques (1/7). Dans 2 cas, un nouvel anneau a été remis en place.

c) Variation du poids et de l'IMC après l'intervention

Avec un recul de un à deux ans, on a constaté, en moyenne, une diminution de 25 % du poids initial en 18 mois, soit une perte de 24,7 kg (Tableau III).

Pour 12 patients, le poids le plus bas atteint n'était pas le jour de notre enquête. La reprise de poids était inférieure à cinq kilos dans huit cas et supérieure à cinq kilos dans quatre cas (dont une grossesse). Il s'agissait de femmes plus âgées (de 32 à 55 ans ; âge médian : 49). Elles s'étaient moins investies dans les régimes antérieurs à l'intervention. Pour 7 d'entre elles, on retrouvait un régime infé-

rieur à huit jours. L'environnement symptomatique était moins riche, cependant elles déclaraient être améliorées malgré les reprises de poids. Chez ces 12 malades, l'IMC était inférieur à 35 pour deux patients ; compris entre 35 et 40 pour cinq patients dont deux seulement présentaient une complication de l'obésité ; et supérieur à 40 pour cinq patients dont deux avec une complication de l'obésité associée. Trois de ces 12 patients avaient des antécédents psychiatriques.

Nous avons recherché l'évolution du poids chez les cinq malades ayant eu une ablation définitive de l'anneau (Tableau IV). Trois d'entre eux présentaient un IMC < 40 sans comorbidités associées. Un seul de ces cinq patients avait des antécédents psychiatriques.

d) L'environnement symptomatique avant l'intervention et en octobre 2000

Les signes allégués ainsi que les complications liées à l'obésité ont été appréciés avant et après l'intervention (Tableaux V et VI).

e) Interventions chirurgicales

Après la mise en place de l'anneau, 12 patients ont eu une nouvelle intervention chirurgicale. Il s'agissait d'ablation d'anneau (7 dont deux avec remise

Tableau IV
Évolution du poids chez les patients ayant eu une ablation définitive de l'anneau gastrique (5 patients)

Préopératoire	Poids (kg)		Temps passé (jours)	
	Le + bas atteint	En octobre 2000	Avec anneau	Sans anneau
89 (IMC : 36)	63	80	168	365
87 (IMC : 34)	53	57	335	210
98 (IMC : 38)	63	68	468	120
108 (IMC : 43)	105	115	115	635
100 (IMC : 41)	80	78	128	380

Tableau V
Évolution des signes allégués (37 patients)

	Avant gastroplastie			En octobre 2000		
	Oui	Non	Ne sait pas	Oui	Non	Ne sait pas
Ronflement	26	7	4	12	15	10
Dyspnée d'effort	32	2	3	14	21	2
Œdèmes	21	13	3	4	31	2
Algies rhumatologiques	30	7	0	24	13	0

Tableau VI
Évolution des complications de l'obésité (37 patients)

	Avant chirurgie ^b		Après chirurgie ^c	
	Oui	Non	Oui	Non/ne sait pas
Hypertension artérielle	6 (16 %)	31	5	32
Insuffisance cardiaque ^a	0	37	0	37
Hyperglycémie > 1,2 g/l	4 (10 %)	33	1	36
Apnée du sommeil	0	37	0	37
Dyslipoprotéïnémie	7	30	1	36

^a Compte rendu cardiologique.

^b Dossier médical.

^c Consultation du patient.

en place), d'interventions orthopédiques (3), de cholécystectomie (2), de chirurgie plastique (1).

f) Qualité de la vie

L'évolution du ressenti des patients a été appréciée par une grille élaborée pour cette enquête, avec comparaison avant et après l'intervention (Tableaux VII et VIII).

g) Analyse statistique

A la recherche de facteurs pronostics de l'évolution de l'IMC, nous n'avons pas trouvé de relation entre

la présence d'antécédents psychiatriques et les échecs de cette thérapeutique ou les ablations d'anneau, ni de relation entre le non-respect des recommandations et les échecs de cette thérapeutique.

Une modélisation statistique a permis de mettre en évidence l'influence de certaines variables dans la perte du poids des patients à la suite de l'intervention. Une analyse préalable des corrélations a montré une relation entre la perte du poids et les deux variables « âge » et « poids le plus bas » (atteint à l'âge adulte).

L'analyse de la relation par une régression linéaire a montré que ces deux variables expliquaient

Tableau VII
Ressenti des patients opérés (37 patients)

	Le patient déclare se sentir		
	mieux	pas mieux	non exprimé ^a
En couple	18	6	13
Avec ses enfants	12	4	21
Image de soi	33	3	1
Vie professionnelle	11	8	18

^a Item non renseigné soit parce que sans objet, soit parce que le malade n'a pas souhaité répondre.

Tableau VIII
Modifications dans les activités de loisirs et de sport

	Abandon ^a à cause de l'obésité	Reprise après l'intervention
Vélo	15	12
Natation/plage/piscine	18	17
Marche/randonnées	16	12
Gymnastique/danse	8	6
Sports	4	0

^a Certains malades ont été amenés à modifier leur activité physique à cause de l'obésité (abandon avec l'obésité) et à reprendre une activité physique après l'amaigrissement.

70,9 % de la variation de la perte du poids (coefficient de détermination). Le test de Fisher a montré que le modèle est significatif globalement (sig < 0,001). Le test de Student a montré la significativité de chaque coefficient. Le modèle est de la forme suivante :

$$\text{Perte poids} = 86,888 - 0,598 \text{ ÂGE} - 0,469 \text{ POIDS BAS} + \hat{u}_i$$

Ainsi, toute chose égale par ailleurs, plus l'âge du patient, au moment de l'intervention, est élevé, moins il perdra du poids. De même, plus le poids le plus bas du patient est élevé, moins il perdra du poids.

DISCUSSION

1. La population étudiée

L'étude a porté sur une population limitée. Il s'agit de patients opérés dans le secteur privé ce qui exclut le service public, mais en 1999 (source PMSI), la pose d'anneau dans le privé représentait 79 % des anneaux posés en Haute-Garonne. Les cas étudiés sont dispersés dans cinq établissements et sont un reflet de l'activité de cinq chirurgiens. Ces patients sont repérés sur la facturation de l'anneau à un prix défini, ce qui exclut les anneaux facturés différemment et les anneaux non facturés quelle qu'en soit la raison (expérimentation, par exemple). L'étude ne concerne que des patients du régime général ; ce régime représente 80 % de la population du département de Haute-Garonne. Enfin, nous n'avons mis en œuvre aucun critère visant à sélectionner les seuls dossiers non conformes aux recommandations sur les indications opératoires.

2. Les indications opératoires au regard des recommandations

Les indications de la chirurgie de l'obésité reposent sur l'inefficacité de la prise en charge médicale antérieure qui doit avoir porté sur des mesures diététiques, un suivi de l'activité physique, une approche psychologique, un traitement des complications et, dans certains cas, un traitement pharmaceutique.

Cet échec d'une prise en charge antérieure bien conduite, associée à un IMC supérieur à 40 ou à 35 lorsque l'obésité est accompagnée de complications, permet d'envisager une chirurgie de l'obésité en l'absence de contre-indication et après un bilan multidisciplinaire [1, 2, 4].

Notre étude montre que les chirurgiens respectent peu ces recommandations en ce qui concerne l'IMC et les comorbidités. 4 patients ont été opérés malgré un IMC < 35 ; 9 autres ayant un IMC entre 35 et 40 ont été opérés sans qu'il existe de complication grave associée ; ceci représente 35 % de non-respect des recommandations relatives aux indications.

La prise en charge antérieure est souvent négligée ; elle n'est pas mentionnée dans les dossiers ; nous avons dû l'apprécier lors de l'interrogatoire des patients. Les déclarations des malades sur les régimes suivis montrent que 15 % des obèses opérés n'ont jamais fait de régime hygiéno-diététique sérieux. En effet, 6/37 ne savent pas préciser les durées de régime ou les pertes de poids, ou déclarent avoir perdu zéro kilo lors de régime long.

L'étude des variations de poids dans la vie de ces obèses montre qu'en moyenne il n'y a pas de surpoids à 21 ans (IMC minimum moyen à 24,2) mais qu'individuellement il peut y avoir des troubles du comportement alimentaire puisque nous remarquons un IMC minimal calculé sur le poids minimal atteint, variant de 38 (obésité sévère) à 15 (maigre suggérant une anorexie). Que penser de ces cas-là ? Les contre-indications sont-elles vraiment recherchées ? En effet, l'approche psychologique n'est jamais mentionnée et, bien plus, les antécédents psychiatriques graves (hospitalisation ou tentative d'autolyse) ne sont pas considérés comme des contre-indications.

3. L'impact de l'intervention : comparaison avec d'autres études

Le *sex-ratio* (un homme pour 36 femmes - 3 %) était plus faible que dans d'autres études où il varie de 13 % [7] à 18 % [8]. L'âge moyen était comparable aux autres études.

Le poids moyen préopératoire était plus faible dans notre étude (107 kg avec IMC moyen à 40,8) *versus* un IMC à 44 selon Chevallier [7] et Dargent [8], ou 40 dans une étude suisse [9].

Les résultats pondéraux sont bons avec perte de 25 % du poids initial en 18 mois. L'IMC moyen diminue de 40,8 à 31 en 18 mois ; dans l'étude de Chevallier [7] cet indice passe de 43,6 à 33,8 en 12 mois. On note une reprise pondérale chez 12 patients sur 37. Ces reprises pondérales ne sont pas étudiées dans la littérature.

Sur les 37 interventions étudiées, la pose d'un anneau gastrique apparaît comme non dénuée de complications, qu'elles soient immédiates (5 cas - 13,5 %) ou tardives nécessitant l'ablation ou le changement de l'anneau (7 cas - 19 %). Dans la littérature, les complications immédiates varient de 4 % [7] à 8 % [9] et les complications tardives de 7 % [7] à 14 % [9].

L'évolution montre une très nette amélioration de l'état général. Elle est particulièrement sensible sur les troubles lipidiques, l'hyperglycémie, la dyspnée d'effort ; elle est moins nette en ce qui concerne les algies rhumatologiques. Cependant, individuellement l'obtention de chiffres satisfaisants, l'éviction de symptômes *a priori* gênants ne satisfont pas un malade fragile sur le plan psychologique.

4. Les dossiers médicaux incomplets

Les complications liées à l'obésité retrouvées dans le dossier médical sont rarement multiples (1,2 par patient), mais elles touchent 14 personnes soit plus du tiers de l'effectif contre 67 % chez Chevallier [7] avec 1,3 complication par malade.

Le bilan multidisciplinaire préconisé peut être fait en établissement ou en ambulatoire. Il n'est qu'en partie retrouvé dans le dossier des établissements lors de l'intervention. L'interrogatoire du patient nous a permis de préciser les bilans réalisés, en particulier le suivi endocrinologique et le suivi psychiatrique, qui étaient rarement mentionnés dans le dossier médical de la clinique. Les syndromes d'apnées du sommeil ne sont jamais mentionnés, c'est par le malade que l'on apprend que la recherche n'en a pas été faite.

Il ressort que les bilans recommandés ne sont pas faits systématiquement, que les chirurgiens n'estiment pas utile d'indiquer dans les dossiers médicaux de leurs patients sur quels éléments reposent leurs indications opératoires, alors même que cette intervention est d'indication limitée et qu'une évaluation est préconisée.

5. L'amélioration du ressenti

Sans pouvoir utiliser un questionnaire validé de mesure de la qualité de vie, nous avons essayé d'apprécier le ressenti de ces patients obèses opérés.

L'image de soi est très largement améliorée (89 %).

Les 4 patients qui ne ressentent pas cette amélioration ont plus de 50 ans, une seule a perdu du poids de façon significative (-46kg) et ne présente plus les signes cliniques d'accompagnement de l'obésité ; on relève dans ses antécédents de multiples hospitalisations (14) dont 7 en psychiatrie à la suite de tentative d'autolyse.

Sur les 12 personnes qui n'ont pas repris d'activité sportive ou de loisir après ce traitement, 2 ont pris du poids alors que le poids initial était supérieur à 120 kg (IMC > 40), 4 n'ont pas perdu plus de 10 kg soit environ 10 % de leur masse corporelle (IMC compris entre 35 et 40), 6 ont perdu plus de 10 kg.

Sur les 37 cas étudiés, 6 seulement ont une perte de poids inférieure à 10 kg ou une augmentation de poids et pour eux, il n'y a pas de reprise d'activité physique.

Notre approche de l'impact de l'obésité et de l'évolution après chirurgie sur la qualité de la vie est limitée en l'absence d'usage d'un questionnaire validé. Cependant, nous retiendrons l'amélioration mise en évidence par les quelques critères subjectifs employés.

5. Recherche de facteurs pronostics

Les résultats de la gastroplastie, en terme de perte de poids, semblent bien être dépendants d'un certain nombre de facteurs. Du fait de la faiblesse des effectifs, la validité du modèle utilisé reste à confirmer par d'autres études. Si la nature des liens entre perte de poids et les variables identifiées devaient se confirmer, il permettrait de disposer d'éléments de pronostics du résultat.

En conclusion, il importe d'être vigilant sur le respect des indications opératoires de cet acte chirurgical, de rechercher l'existence d'un vécu psychiatrique et de déterminer le niveau de connaissance de l'alimentation acquis par les patients à l'occasion de régimes antérieurs bien compris. Après l'intervention, l'amélioration des signes d'accompagnement et des complications est nette. Mais c'est surtout l'amélioration de la qualité de la vie qui est rapportée de manière quasi unanime par les patients opérés avec notamment une meilleure image de soi chez 33 malades sur 37.

Remerciements

A M^{lle} Sabine Vidal, cadre statisticienne à la direction régionale du service médical de Midi-Pyrénées (CNAMTS) pour sa précieuse collaboration.

RÉFÉRENCES

1. Société de nutrition et de diététique de langue française, Association française d'études et de recherches sur l'obésité, Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques. *Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités. Cahier de nutrition et diététique 1999;34:3-9.*
2. Basdevant A, Laville M, Ziegler O. *Practice guideline for the diagnosis, prevention, treatment of obesity in France. Groupe de Travail chargé de la mise au point des « Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités en France ». Diabetes Metab 1998;24 Suppl 2:10-42.*
3. *Clinical Guidelines of the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. The Evidence Report. National Institute of Health. Obes Res. 1998; 6 Suppl 2:51S-209S.*
4. Fricker J. *Prise en charge d'une obésité massive. La chirurgie. Concours Med 1998;120:179-83.*
5. Cadière GB. *Traitement du reflux gastro-oesophagien Encyclopédie Médico-Chirurgicale 1995;40-189:1-10.*
6. Slim K. *La chirurgie cœlioscopique de l'obésité. Rapport à la commission permanente de la nomenclature générale des actes professionnels ; 18 janvier 2000.*
7. Chevallier JM, Zinzindohoue F, Cherrak A et al. *La gastroplastie par laparoscopie pour grands obèses : 300 cas, évaluation des 150 premiers. Presse Med 2000;29:1921-5.*
8. J Dargent J. *Cœliochirurgie de l'obésité morbide : la gastroplastie par anneau modulable : 320 observations. Ann Chir (Paris). 1999;53:467-71.*
9. Aghahosseini H, Roulet D, Cavin R. *Traitement de l'obésité morbide par prothèse gastrique ajustable : expérience et résultats à l'hôpital Riviera site de Montreux. Rev Med Suisse romande 2001;121:709-12.*