

*Société Française de
Formation Continue
en Odontologie*

C h i r u r g i e B a r i a t r i q u e

L'

L'originalité n'est ni l'inventivité, ni la nouveauté dont il faut clairement la distinguer. C'est au travers de cette réflexion que Bleu Blanc Dent a souhaité vous proposer un sujet



original qui vous permettra de rompre avec les thématiques habituellement abordées dans notre spécialité.

Le chirurgien-dentiste tient une place centrale dans le schéma alimentaire du patient. L'évolution de notre société oriente nécessairement notre pratique et l'esthétique occupe aujourd'hui une place toujours plus importante. Il serait facile de céder à la tentation et de ne répondre qu'à cette unique doléance. Fort heureusement, notre geste est guidé par une réflexion scientifique sans compromis. Le maintien de la fonction masticatoire tout au long de la vie de nos patients doit rester le fil conducteur de nos interventions.

Au travers des rencontres et des échanges avec les confrères, il s'avère que de nombreux patients sollicitent leur chirurgien-dentiste sur les questions de l'alimentation au quotidien ou encore de son impact sur notre digestion. Le surpoids ou, plus grave, l'obésité, sont des thématiques sur lesquelles de nombreux médias communiquent et certains patients se tournent vers leur praticien pour un complément d'informations.

Toute l'équipe de Bleu Blanc Dent s'est ainsi mobilisée pour vous proposer cet article original et illustré au moyen de vidéos sur le sujet de la chirurgie bariatrique. Le docteur Kevin Fixot, Chirurgien viscéral, a eu l'amabilité de rédiger un article simple et didactique pour des confrères non-initiés afin de nous éclairer sur les thérapies chirurgicales de l'obésité.

Cette collaboration a généré des discussions passionnantes entre nos deux univers et nous espérons que vous découvrirez ce travail avec autant de plaisir que nous avons eu à le préparer.

Docteur Bertrand BAUMANN
Chirurgien-Dentiste
Président de Bleu Blanc Dent
Fondateur de l'IRRIO



Travail scientifique réalisé au sein de Bleu Blanc Dent

**Travail clinique et rédaction réalisés par le Docteur Kevin Fixot
Chirurgien viscéral,
Clinique Ambroise Paré, Thionville, FRANCE**

**Revue coordonnée par le Docteur Bertrand BAUMANN
Exercice exclusif en implantologie et chirurgie pré implantaire,
Sultz-Haut-Rhin, FRANCE
Exercice en implantologie à l'Hôpital Albert Schweitzer, Colmar, FRANCE**

L

’obésité est définie par un Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m². Les causes sont souvent multifactorielles. Il est rapporté

de multiples conséquences liées à l’obésité elle-même (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, syndrome d’apnée du sommeil, certains cancers ou autres conséquences fonctionnelles...). Ces conséquences peuvent être réversibles au moins en partie en traitant l’obésité (elle-même et idéalement sa cause).

Les centres spécialisés de l’obésité permettent de prendre en charge certains facteurs (alimentation, mode de vie et comportement) tandis que la chirurgie bariatrique (ou chirurgie de l’obésité) traite seulement le facteur alimentation (en termes de qualité et de quantité). La chirurgie est actuellement le traitement le plus efficace à long terme selon sa balance bénéfique/risque avec un recul jusqu’à 30 ans [1]. Les objectifs de perte grâce aux chirurgies bariatriques les plus communes sont de 60 à 70 % de perte d’excès de poids. L’IMC final sera donc finalement supérieur à 25 kg/m² (ou surpoids).

La chirurgie bariatrique est actuellement proposée selon les recommandations de l’HAS de 2009 pour les adultes de 18 à 60 ans ayant un IMC \geq 40 kg/m², ou

un IMC \geq 35 kg/m² associé à une comorbidité prouvée et associée à l’obésité, et n’ayant pas de contre-indication. La prise en charge de l’obésité nécessite une prise en charge pluridisciplinaire et longue (au moins 6 mois) [2]. Elle a prouvé une réduction de la mortalité et un gain d’espérance de vie chez les patients opérés par rapport à un groupe contrôle de patients équivalents [3].

En dehors de la prise en charge des pathologies orales classiquement retrouvées chez les patients obèses, le chirurgien-dentiste a aussi un rôle important dans leur bilan préopératoire de chirurgie bariatrique [4]. Celui-ci comporte la réalisation du Coefficient de Mastication. En effet, l’estomac après chirurgie bariatrique ne pouvant plus remplir pleinement son rôle digestif princeps, il est essentiel de maintenir un Coefficient de Mastication supérieur à 60 % avant et après chirurgie bariatrique.

Il existe de nombreuses techniques de chirurgies bariatriques : des techniques restrictives, actuellement, essentiellement, l’anneau gastrique et la gastrectomie longitudinale (aussi dite en manchon, ou sleeve gastrectomy en anglais) et des techniques mixtes, soit une association restriction et malabsorption, dont la plus connue est le court-circuit gastrique (ou bypass gastrique en anglais). Il existe d’autres techniques plus anciennes, plus rares ou plus récentes, en cours d’évaluation, qui ne seront pas évoquées dans cet article.

Ces 3 techniques ont leurs avantages et inconvénients. Elles sont classiquement effectuées sous la paroscopie. En France, il existe un gradient nord / sud faisant respectivement un peu plus de courts-circuits gastriques ou gastrectomies longitudinales. Les taux de complications des gastrectomies longitudinales et des courts-circuits gastriques sont quasiment les mêmes avec des reprises chirurgicales tous les 25 à 50 chirurgies et une mortalité encore existante de l'ordre de 1/1000 [5]. Toutes ces techniques nécessitent un suivi à vie et une supplémentation en vitamines et oligo-éléments.

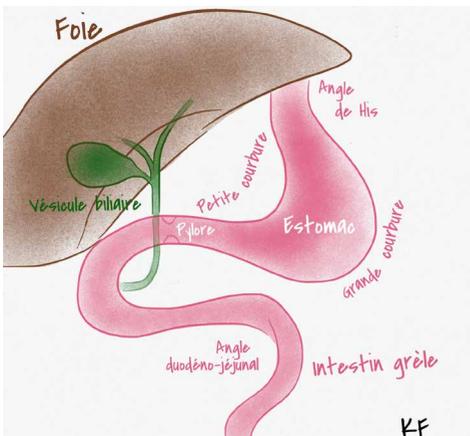
L'ANNEAU GASTRIQUE

La plus ancienne des 3 techniques démocratisées.

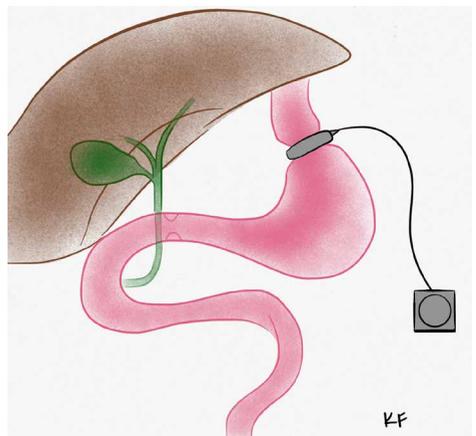
Elle est rapide. Elle est peu morbide. Elle ne modifie pas l'anatomie et est donc réversible, même s'il existe toujours un risque d'adhérences.

Cependant, elle présente un risque de reflux œsophagien, voire de vomissement, lié à l'obstacle au niveau de l'estomac. Ceci est expliqué par un débordement du bol alimentaire. Il est moins efficace chez les « grignoteurs » qui peuvent absorber des calories importantes pour des aliments de faible volume ou liquide (bonbons, sodas...) et qui ne sont pas et peu gênés. Enfin, il existe des complications liées au matériel lui-même (migration, déconnexion, infection, occlusion...).

Il est encore actuellement réalisé en France dans certains centres.



Anatomie normale



Anneau gastrique ajustable

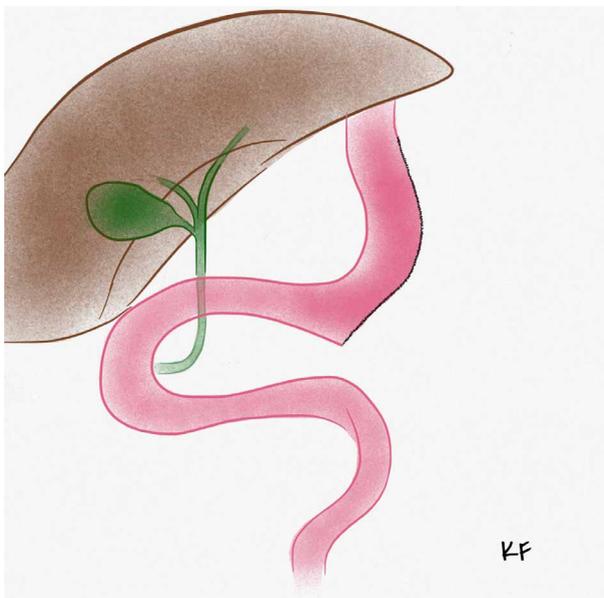
LA GASTRECTOMIE LONGITUDINALE

La gastrectomie longitudinale est un peu moins compliquée et plus rapide que le court-circuit gastrique. La procédure consiste schématiquement à libérer la grande courbure gastrique et à la réséquer (cf. schéma et vidéo). Elle paraît plus physiologique que le court-circuit gastrique car le schéma digestif n'est pas changé. Seul la taille de l'estomac est réduite de 80 % sous la forme d'un tube [6].

Son efficacité est supérieure à celui de l'anneau.

Le taux de complication est quasiment identique à celui du court-circuit mais les complications sont un peu différentes (essentiellement la fistule sur la ligne d'agrafage). De même que l'anneau, il présente aussi une efficacité diminuée chez les « grignoteurs » et un risque de reflux ou de majoration du reflux important.

La gastrectomie longitudinale peut être réalisée d'emblée, de principe, après la réunion de concertation pluridisciplinaire, obligatoire avant ces chirurgies, ou constituer le premier temps d'une chirurgie en 2 temps chez les patients super-obèses ($IMC \geq 60-65 \text{ kg/m}^2$). Ce premier temps permet par la suite, après une première période de perte pondérale, une seconde intervention mixte de chirurgie bariatrique.



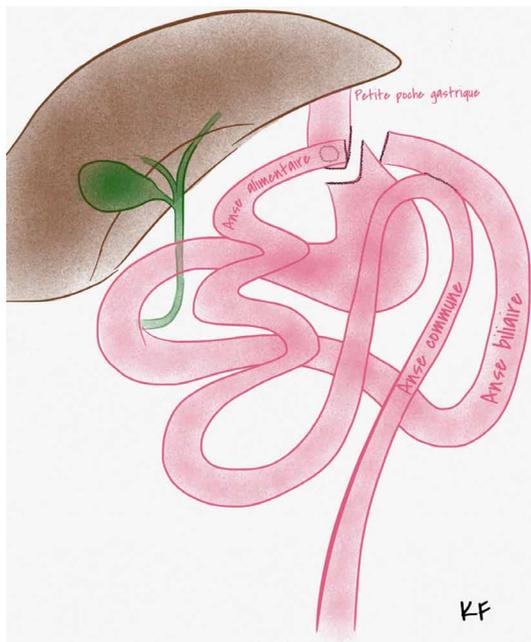
Gastrectomie longitudinale

LE COURT-CIRCUIT GASTRIQUE

Le court-circuit gastrique est actuellement une intervention éprouvée. Il est réputé plus efficace sur le diabète et un peu plus efficace que les 2 autres en terme de perte pondérale. Il reste polyvalent, mais l'intervention dure plus longtemps que les 2 cités précédemment.

Le court-circuit gastrique reste contre indiqué en cas de nécessité de surveillance de l'estomac. La poche gastrique exclue devient très difficilement accessible par la bouche après la chirurgie (cf. schéma).

Le taux de complication est discrètement plus important que la gastrectomie longitudinale, mais les complications sont un peu différentes (essentiellement la fistule sur les anastomoses, occlusion et carences...).



Court-circuit gastrique coelioscopique

CONCLUSION

La chirurgie bariatrique reste actuellement la seule prise en charge efficace de l'obésité à moyen et long terme. Il existe encore des risques de complications qui ne sont pas rares avec nécessité de reprise chirurgicale et même de décès. La perte de poids maximale a lieu vers le 12e mois de la chirurgie. Elle est obligatoirement associée à une prise en charge pluridisciplinaire à vie, surtout pour éviter carence et récidives qui ne sont pas rares.

LIENS

[Retrouvez les vidéos de l'article sur notre site :](#)
www.bleublancdent.fr

Références

1. Sjöström, L. Sweden Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial – a prospective controlled intervention study of bariatric surgery (Review). *J Intern Med* 2013; 273: 219– 234.
2. Haute Autorité de Santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.
3. Carlsson LMS, Sjöholm K, Jacobson P, Andersson-Assarsson JC, Svensson PA, Taube M, Carlsson B, Peltonen M. Life Expectancy after Bariatric Surgery in the Swedish Obese Subjects Study. *N Engl J Med*. 2020 Oct 15;383(16):1535-1543.
4. I. Fontanille, C. Mocquot, P. Bouchard. Obésité et pathologies orales. *Les Obésités*. Elsevier Masson, 2021, Pages 301-310.
5. R. Caiazza, C. Marciniak, F. Pattou et al. Complications chirurgicales. *Les Obésités*. Elsevier Masson, 2021, Pages 595-601.