

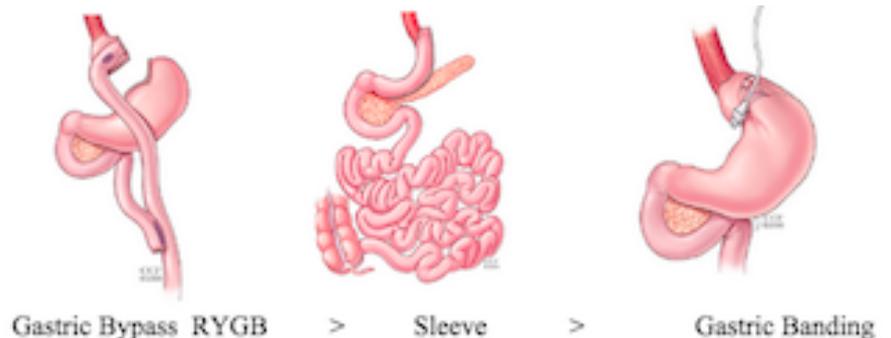
La chirurgie bariatrique prévient-elle la survenue de cancer?

Dre Minoa Jung

La définition de l'obésité et du surpoids selon l'OMS a été mise à jour comme suit: une accumulation anormale ou excessive de gras qui représente un risque pour la santé.

Les comorbidités sont nombreuses, principalement le syndrome métabolique, le diabète de type 2...mais aussi l'apnée du sommeil, l'infertilité, le syndrome des ovaires polykystiques, la stéatohépatite métabolique...

Les interventions chirurgicales ne sont pas toutes égales dans leur efficacité pour la perte de poids. (→)



Le Bypass combine la restriction de l'estomac avec une légère malabsorption sur le premier 1,5 m d'intestin, qui ne reçoit ni bile ni jus pancréatique.

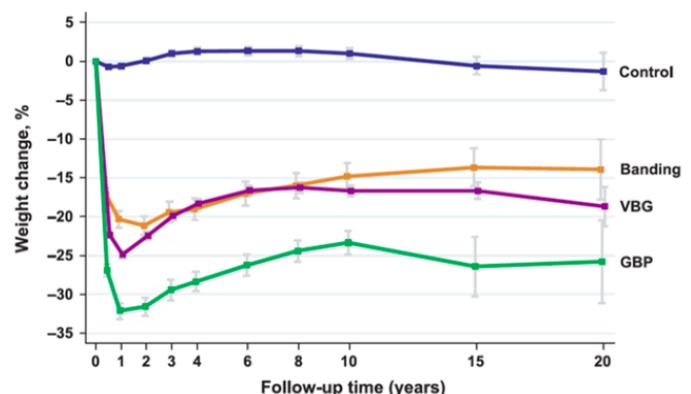
La gastrectomie sleeve est irréversible, contrairement au bypass. Elle est fréquente en France et dans d'autres régions, mais peu en Suisse. C'est une réduction de l'estomac de 80%, en restriction pure, sans malabsorption.

L'anneau gastrique est la dernière option, jamais utilisée aux HUG qui fait de la chirurgie bariatrique depuis plus de 25 ans..

Le [SOS trial](#) comprend plus de 4000 patients.

Il compare des mesures d'hygiène de vie à l'anneau gastrique (banding) et au au bypass gastrique (GBP).

En 1995, Pories et al observent une rémission du diabète de type 2 chez 78% des patients ayant effectué un bypass, et ce, bien avant la perte de poids.



A ce moment, la perte de poids référencée sur le long terme est de 20-35% du poids total.

En 2017, [cette étude](#), avec un des meilleurs protocoles, compare la chirurgie bariatrique et la thérapie médicale intensive pour le traitement du diabète, sur 5 ans.

150 patients diabétiques sont inclus avec un BMI de 27 à 43 kg/m², avec comme issue primaire une hémoglobine glyquée < 6% à 5 ans. 134 terminent l'étude et sont analysés.

L'intervention: Bypass ou sleeve vs traitement médicamenteux

Seuls 2 des 38 patients (5.3%) en traitement médicamenteux atteignent l'issue primaire, alors que 28.6 % du groupe bypass et 23.4% du groupe sleeve l'atteignent.

Dans les issues secondaires, 21% de ceux sous traitement, 51% de ceux sous bypass et 49 % de ceux sous sleeve atteignent une HbA1c de $\leq 7\%$.

Suite à plusieurs études sur le sujet, les organisations internationales ont dû considérer la chirurgie bariatrique comme un traitement contre le diabète.

La limite minimale de BMI commence à 27 pour les asiatiques, car ils sont connus pour des déclarations de diabète avec des seuils de BMI plus bas, ce qui est probablement dû à une obésité viscérale plus élevée que la population caucasienne.

En cas de co-morbidité (diabète), le seuil est ≥ 30 de BMI, et sans comorbidité il est ≥ 35 .

[L'étude du jour](#) s'intéresse à l'association entre la chirurgie bariatrique et le risque de cancer et de mortalité chez les adultes obèses.

L'obésité est connue comme un facteur de risque pour de nombreux cancers, mais il reste à savoir si la perte de poids intentionnelle peut diminuer le risque de cancer.

L'étude est une rétrospective qui compare 5000 patients opérés pour 25 000 patients non-opérés. Chaque unité 1:5 est appairée pour le BMI, l'ethnicité et les comorbidités.

L'issue primaire composite est la première occurrence d'un des 13 types de cancer malin associés à l'obésité: Adénocarcinome oesophagien, cancer du sein, du cardia gastrique, colon, rectum, foie, vésicule, ovaires, endomètre....

Le suivi maximum est de 17 ans, avec 6 ans de moyenne.

96/5000 et 780/25 000 ont développé un cancer associé à l'obésité, et l'incidence cumulative à 10 ans est de 2.9% pour le groupe chirurgie bariatrique et de 4.9% dans le groupe non chirurgical.

L'effet est "dose-dépendant" et pour arriver à ce niveau de protection de risque, il faut perdre au moins 30% du poids total.

La mortalité à 10 ans est de 0.8% dans le groupe chirurgical contre 1.4% dans l'autre et la perte de poids de 27.5kg vs 2.7kg.

Conclusion

Le bypass gastrique (roux en Y) permet donc non seulement d'obtenir une perte de poids durable de près de 35% du poids total, mais aussi d'améliorer les risques de comorbidités, la mortalité et les cancers liés à l'obésité.

Les patients qui perdent plus de 20% de leur masse corporelle ont un risque significativement réduit de cancer comparé à ceux qui perdent moins de 20%.

Centre d'obésité et de chirurgie bariatrique aux HUG

Récemment en marche, ils prennent en charge les adultes et les adolescents dès un BMI de 30 kg/m² lors de diabète de type 2 et HbA1c > 8%, ou bien ≥ 35 kg/m² avec ou sans autre comorbidité.

contact: obesite.chirurgieviscerale@hcuge.ch



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch