

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 8 août 2023

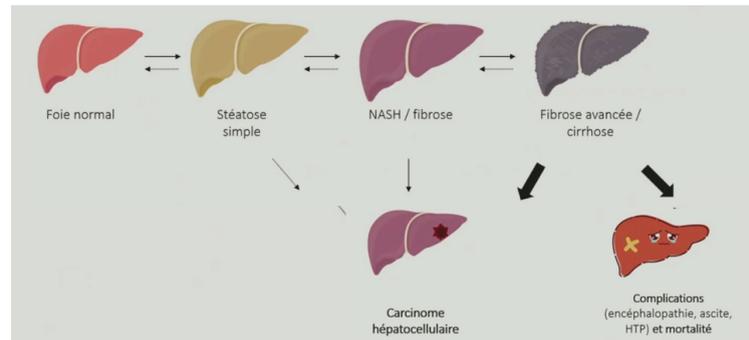
NASH et Obésité: le rôle de la chirurgie bariatrique

Dr Nicolas Goossens, gastroentérologie

La stéatose métabolique ou NASH change fréquemment de nomenclature.

Le surpoids, l'obésité et la résistance à l'insuline peuvent mener de la stéatose à la NASH, qui combine stéatose, inflammation et souffrance hépatocytaire (ballonisation).

Cette fibrose peut ensuite progresser vers la cirrhose.



Les patients avec NASH représentent 15-20% des patients avec une stéatose métabolique.

La prise en charge actuelle de la NASH repose principalement sur des mesures d'hygiène de vie, augmentant l'activité physique et la qualité nutritionnelle. Pour les patients obèses, une perte de poids de 10-15% est recommandée.

Il n'y a pas encore de médicaments servant à traiter le NASH, mais certaines données rétrospectives sur la chirurgie bariatrique sont encourageantes...

En prenant des biopsies hépatiques avant et après la chirurgie, Lassailly et al observe que, à 5 ans, 85% des patients résolvent leur NASH et/ou de leur fibrose.

L'étude du jour, [BRAVES](#), parue en 2023, compare l'efficacité et la sécurité de la chirurgie bariatrique vs les mesures d'hygiène de vie chez des patients avec NASH histologique.

Elle est prospective, multicentrique (Rome), en open-label et randomisée à trois bras.

Inclusion: Obésité (BMI 30-55), ± Diabète, NASH histologique

Exclusion: Cirrhose, comorbidité sévère, diabète déséquilibré, événements cardiovasculaires < 6mois, autre hépatopathie, grossesse, allaitement.

Trois bras avec 96 patients chacun: hygiéno-diététiques, bypass gastrique ou sleeve

Issue primaire: résolution de la NASH sans aggravation de la fibrose à un an de suivi

Issue secondaire: amélioration ou aggravation de la fibrose, sécurité, amélioration du contrôle histologique, contrôle du diabète, sensibilité à l'insuline, profil lipidique.

Sur 431 patients filtrés, 288 sont randomisés. 80% des patients dans chaque bras ont suivi l'étude jusqu'au bout.. à noter que 10% des patients ont refusé le groupe alloué.

Résultats

L'âge moyen est de 47, avec un BMI moyen de 40, une Hba1c entre 6 et 6,8%. Le score histologique montre des NASH légères à modérées.

Le diabète est légèrement déséquilibré entre les groupes (%): 37 (habitudes), 33 (bypass), 26 (sleeve).

La fibrose hépatique est bien répartie, avec 50% de F1 et 50% de F2-F3 (F4 exclue).

Les résultats sont analysés *per protocol*, donc uniquement avec les patients suivis jusqu'au bout.

L'effet attendu de perte de poids est observé avec une diminution du BMI de 5% dans le groupe contrôle, 31% dans le groupe bypass, et 24% dans la sleeve.

Il n'y a pas de différence significative pour l'hémoglobine glyquée mais la baisse de la glycémie est meilleure dans les groupes chirurgicaux comparés au contrôle.

Issue primaire: 56% de résolution de la NASH dans le deux bras chirurgicaux, contre 16% dans le groupe contrôle.

Il y a une amélioration significative de la fibrose pour un patient sur trois, bien qu'à un an cela soit un peu tôt pour évaluer, qui est également visible dans le groupe contrôle à moindre mesure (23%).

Les effets secondaires sont liés à la chirurgie, modérés à sévères, sans mettre la vie des patients en danger. 6% des patients chirurgicaux ont eu des effets indésirables graves, mais aucun n'a nécessité de ré-opération et ils sont traités médicalement ou par endoscopie.

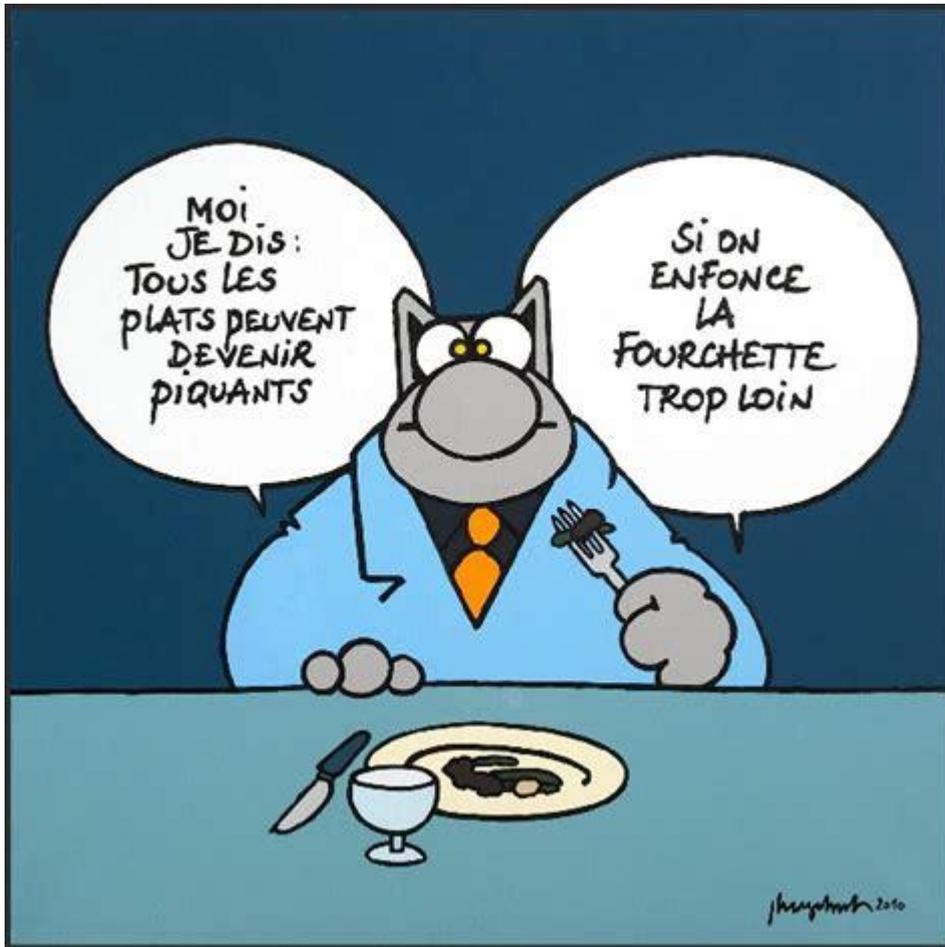
Conclusions des auteurs

- Chirurgie bariatrique > mesures hygiéno-diététiques pour résoudre le NASH sans aggraver la fibrose
- L'effet est comparable voire meilleur que les médicaments en cours de développement
- La chirurgie a peu de complication et d'effets indésirables
- C'est donc une bonne option pour les patients obèses avec un NASH

Forces	Limites
Etude randomisée Compare deux types de chirurgies Pertinent pour la pratique clinique	20% des patients n'ont pas terminé l'étude Exclusion des patients avec cirrhose Utilisent des critères diagnostic du NASH obsolètes

D'autres médicaments font de la compétition au traitement chirurgical, comme le sémaglutide ou le tirzépatide.

Pour la pratique, il faut centrer le patient, ses besoins et envies... impliquer les gastroentérologues, endocrinologues, médecins de premier recours et nutritionnistes.



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