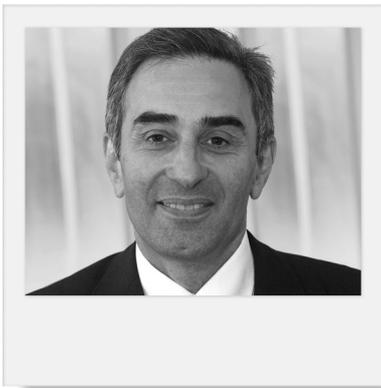


Chirurgie bariatrique et esthétique de l'adolescent obèse : une thérapeutique en vogue



→ P. TOUNIAN

Nutrition et Gastroentérologie
Pédiatriques,
Hôpital Armand Trousseau,
PARIS.

L'obésité de l'enfant et de l'adolescent est une maladie constitutionnelle des centres cérébraux de régulation du poids, principalement génétiquement déterminée [1]. De ce fait, et dans l'état actuel des connaissances, la seule possibilité pour un adolescent de maigrir et maintenir sa réduction pondérale est de suivre un régime restrictif à vie, ce qui explique les nombreux échappements thérapeutiques.

En attendant la mise au point d'autres traitements moins contraignants, la chirurgie représente aujourd'hui la seule alternative thérapeutique efficace à long terme. Elle peut être bariatrique ou esthétique.

Chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique a démontré depuis longtemps qu'elle représentait la seule thérapeutique efficace à long terme chez l'adulte [2]. Son utilisation chez l'adolescent est plus récente et génère encore des interrogations.

1. Quelles sont les indications de la chirurgie bariatrique chez l'adolescent ?

Les nord-américains sont indiscutablement ceux dont l'expérience est la plus ancienne, comme le montre la série de 566 adolescents opérés entre 1996 et 2003, publiée il y a quelques années [3]. Il existe donc depuis longtemps aux Etats-Unis des recommandations bien

précises pour poser l'indication d'une chirurgie bariatrique chez l'adolescent [4]. Ces dernières ont été mises à jour en 2009 (**tableau 1**). De nombreux autres pays ont suivi en produisant leurs propres recommandations.

En France, la HAS a émis récemment des recommandations totalement anachroniques, puisqu'elles stipulent que "La chirurgie n'a pas d'indication dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Son utilisation n'est pas recommandée." [5]. Il ne s'agit certes que d'un simple "avis d'expert" (niveau de preuve le moins élevé dans la hiérarchisation de la HAS), d'ailleurs en phase avec d'autres recommandations tout aussi stupides énoncées dans le même texte [6]. Heureusement, les véri-

Critères d'inclusion	Critères d'éligibilité
<ul style="list-style-type: none"> ● IMC > 35 kg/m² avec une comorbidité sévère (diabète, syndrome d'apnées du sommeil sévère, pseudotumeur cérébri, stéatohépatite sévère). ● IMC > 40 kg/m² avec une comorbidité modérée (syndrome d'apnées du sommeil modéré, hypertension artérielle, insulino-résistance, intolérance au glucose, dyslipidémie, complications psychosociales liées à l'obésité, altération de la qualité de vie). ● Après échec des autres prises en charge ayant duré au moins 6 mois. ● Compliance de l'adolescent avant et après la chirurgie pour la prise en charge médicale, diététique et psychologique. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Stade de Tanner IV ou V (sauf en cas de comorbidité sévère mettant en jeu le pronostic vital). ● Maturation de l'âge osseux avec une taille supérieure à 95 % de la taille attendue à l'âge adulte. ● Capacité à intégrer les changements diététiques et de mode de vie indispensables en postopératoire. ● Maturité intellectuelle et encadrement de la famille avec compréhension des risques encourus et des mesures thérapeutiques ultérieures (supplémentation nutritionnelle, suivi médical régulier). ● Absence de troubles psychiatriques ou en cours de traitement (dépression, anxiété, compulsions alimentaires).

TABLEAU 1 : Critères d'inclusion et d'éligibilité pour la chirurgie bariatrique chez l'adolescent obèse (d'après [4]).

E.P.U. DE L'HÔPITAL ARMAND TROUSSEAU

tables experts de l'obésité pédiatrique répandent un avis différent.

La chirurgie bariatrique doit représenter une alternative thérapeutique sérieuse chez l'adolescent obèse. Ses indications doivent cependant être posées avec davantage de précautions que chez l'adulte en raison des particularités somatiques (période de croissance maximale) et psychiques (tolérance de la modification du corps, comportements à risque, mauvaise compliance aux recommandations diététiques et médicamenteuses) spécifiques à cette période de la vie.

Les indications se limitent aujourd'hui aux obésités sévères, résistant à un traitement bien conduit, et associées à une ou plusieurs comorbidités ou retentissant de manière critique sur la qualité de vie et la situation psychologique et sociale. Les critères d'éligibilité des recommandations américaines doivent également être respectés (**tableau 1**). Il est cependant possible qu'elles s'étendent dans les années à venir aux formes moins sévères, sans comorbidités associées. Elles devront alors être posées avec beaucoup de rigueur pour éviter toute dérive inflationniste.

2. Quel montage chirurgical proposer ?

Il existe actuellement 3 techniques de chirurgie bariatrique : l'anneau gastrique, le bypass et la sleeve gastrectomie [2]. Dans les recommandations américaines, le bypass reste la technique de choix, alors que les anneaux gastriques ne sont pas recommandés en raison de l'absence de données fiables à long terme en matière de tolérance et d'efficacité, et la sleeve demande encore à être évaluée [4]. La pose d'anneaux gastriques chez l'adolescent est cependant en augmentation outre-Atlantique, principalement pour des raisons économiques car elle est bien moins onéreuse [7].

De rares travaux ont comparé les interventions par anneaux gastriques et par bypass

chez l'adolescent obèse. Si la durée d'hospitalisation initiale est plus courte pour les anneaux, les complications au cours de la première année suivant la chirurgie ne sont pas significativement différentes entre les deux techniques [7]. En revanche, comme chez l'adulte [2], la réduction pondérale obtenue est bien plus importante avec le bypass, notamment sur le long terme [8, 9]. Le seul avantage des anneaux est d'être aisément réversibles, contrairement aux bypass qui le sont plus difficilement. On notera enfin qu'en raison des nombreux échecs thérapeutiques et des fréquentes complications à long terme avec les anneaux gastriques, cette technique est aujourd'hui limitée à de rares indications chez l'adulte et donc pratiquement abandonnée au profit du bypass et de la sleeve [10]. La sleeve est une technique plus récente qui demande encore à être évaluée, même si les premières séries montrent des résultats assez proches de ceux obtenus avec les bypass [11].

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, le bypass représente le montage chirurgical à proposer en première intention dans la majorité des cas chez l'adolescent obèse. La sleeve peut être intéressante chez les adolescents à risque opératoire élevé ou refusant le bypass dans un premier temps. Quant aux anneaux gastriques, leurs indications doivent se limiter aux rares adolescents qui expriment un souhait de réversibilité de leur intervention, en les prévenant cependant que l'anneau devra être extrait à terme et qu'une conversion en bypass ou en sleeve sera probablement nécessaire s'ils souhaitent maintenir leur réduction pondérale. Dans tous les cas, le choix du montage chirurgical devra être effectué par une équipe spécialisée.

3. Quel est le parcours péri-opératoire optimal ?

Une bonne préparation à l'intervention est cruciale pour éviter toute complication post-opératoire et pour être sûr que l'adolescent est bien prêt à bénéficier

d'une telle chirurgie. Ainsi, un suivi en consultation d'au moins 6 mois est nécessaire avant de poser toute indication chirurgicale. Cette période permettra de réaliser l'évaluation médicale, psychologique et diététique primordiale pour préparer l'adolescent de manière optimale. Au cours de ce suivi, seront recherchées et corrigées d'éventuelles complications qui augmenteraient le risque opératoire (apnées du sommeil, HTA, hypertension intra-crânienne, diabète, etc.). Des troubles du comportement alimentaire ou des troubles psychiatriques contre-indiquant la chirurgie seront également recherchés. Enfin, les capacités de l'adolescent et de sa famille à suivre les contraintes diététiques et médicales post-opératoires, ainsi que leur réelle motivation seront évaluées. Un consentement éclairé de l'adolescent et des deux parents devra être systématiquement obtenu.

Après l'intervention, un suivi médical, psychologique et diététique au long cours est indispensable. Les adolescents opérés doivent suivre un régime diététique spécifique et ingérer quotidiennement des suppléments minéraux et vitaminiques sous peine de voir rapidement apparaître d'importantes carences nutritionnelles [12]. Leur surveillance reposera sur des bilans cliniques et biologiques systématiques et des consultations diététiques régulières qui permettront d'ajuster les posologies des suppléments nutritionnels. Un soutien psychologique est également incontournable en raison de la double modification corporelle que va subir l'adolescent, amaigrissement et maturation sexuelle. Enfin, une contraception efficace devra être prescrite pendant au moins 2 ans après l'intervention chez les adolescentes car les grossesses non désirées ne sont pas rares en post-opératoire [13].

4. Quelles perspectives ?

La chirurgie bariatrique de l'adolescent obèse va considérablement se développer au cours des années à venir. Elle va ainsi probablement permettre de sou-

lager la souffrance d'un grand nombre d'adolescents atteints d'obésité morbide rebelle à toute thérapeutique médicale. Elle ne devra cependant en aucun cas être banalisée et devra être limitée à quelques rares centres pédiatriques spécialisés.

Chirurgie esthétique

Chez l'adolescent, l'obésité entraîne presque toujours des conséquences psychosociales liées au regard des autres, alors que les complications somatiques sont rares. Cela justifie donc la place de la chirurgie esthétique qui concerne les adiposogynécomasties, les tabliers abdominaux et les verges enfouies.

1. Adiposogynécomastie

L'adiposogynécomastie est une accumulation de graisse au niveau de la région



FIG. 1: Adiposogynécomastie avant et après chirurgie esthétique (photos Dr Jacques Buis).

mammaire simulant le développement inesthétique de seins chez le garçon. Elle existe surtout en cas d'obésité importante, mais peut également se rencontrer chez des garçons ayant une surcharge pondérale modérée [14]. Cette disgrâce physique suscite souvent beaucoup de gêne et entrave sérieusement les activités nécessitant une exhibition du torse (activité physique, natation).

Dans la mesure où l'amélioration obtenue après réduction pondérale est souvent assez limitée [14], il ne faut pas hésiter à proposer une chirurgie plastique dans les cas les plus mal tolérés [15]. Cette chirurgie devra toujours être précédée de l'élimination des autres causes de gynécomastie (hormonales, génétiques, tumorales et médicamenteuses), mais aussi d'une consultation psychologique afin d'apprécier les capacités de l'enfant à tolérer les modifications physiques que provoquera l'intervention. La grande

majorité des garçons opérés sont particulièrement satisfaits du résultat obtenu (**fig. 1**) [14, 15].

2. Tablier abdominal

Certains adolescents obèses se plaignent davantage de l'existence d'un tablier abdominal singulièrement inesthétique que de leur surcharge pondérale elle-même. Cette disgrâce se voit surtout après chirurgie bariatrique chez l'adulte, mais elle peut également être présente en dehors de tout amaigrissement massif. La lipectomie permet de récupérer de manière spectaculaire un abdomen satisfaisant. Dans notre expérience, le bénéfice d'une telle intervention est remarquable (**fig. 2**).

3. Verge enfouie

La verge enfouie est un problème assez fréquent chez les garçons souffrant d'une obésité sévère. L'importante masse gras-



FIG. 2: Tablier abdominal avant et après chirurgie esthétique (photos Dr Jacques Buis).

E.P.U. DE L'HÔPITAL ARMAND TROUSSEAU

seuse hypogastrique recouvre une verge souvent elle-même rétractée, la rendant partiellement ou totalement invisible. Bien que peu l'expriment, ce problème est fréquemment la source d'une souffrance psychologique, surtout chez les adolescents les plus âgés.

Dans les cas les plus mal tolérés, un désenfouissement de la verge par ablation chirurgicale de la graisse sus-pubienne en excès avec réinsertion de son attache pubienne peuvent être proposés, mais les résultats ne sont pas toujours très satisfaisants [16].

Bibliographie

1. TOUNIAN P. Programming towards childhood obesity. *Ann Nutr Metab*, 2011; 58: 30-41.
2. SJÖSTRÖM L, LINDROOS AK, PELTONEN M *et al*. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med*, 2004; 351: 2 683-2 693.
3. TSAI WS, INGE TH, BURD RS. Bariatric surgery in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2007; 161: 217-221.
4. PRATT JSA, LENDERS CM, DIONNE EA *et al*. Best practice updates for pediatric/adolescent weight loss surgery. *Obesity*, 2009; 17: 901-910.
5. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Recommandations de bonne pratique. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (Actualisation des recommandations 2003). Septembre 2011.
6. TOUNIAN P. Nutrition pédiatrique: quoi de neuf? *Réalités Pédiatriques*, 2011; 174: 31-34.
7. JEN HC, RICKARD DG, SHEW SB *et al*. Trends and Outcomes of Adolescent Bariatric Surgery in California, 2005-2007. *Pediatrics*, 2010; 126: e746-e753.
8. WIDHALM K, FRITSCH M, WIDHALM H *et al*. Bariatric surgery in morbidly obese adolescents: long-term follow-up. *Int J Pediatr Obes*, 2011; 6: 65-69.
9. LEE DY, GUEND H, PARK K *et al*. Outcomes of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass versus laparoscopic adjustable gastric banding in adolescents. *Obes Surg*, 2012; 22: 1 859-1 864.
10. BASDEVANT A, PAITA M, RODDE-DUNET MH *et al*. A nationwide survey on bariatric surgery in France: two years of prospective follow-up. *Obes Surg*, 2007; 17: 39-44.
11. ALQAHTANI AR, ANTONISAMY B, ALAMRI H *et al*. Laparoscopic sleeve gastrectomy in 108 obese children and adolescents aged 5 to 21 years. *Ann Surg*, 2012; 256: 266-273.
12. FULLMER MA, ABRAMS SH, HROVAT K *et al*. Nutritional strategy for adolescents undergoing bariatric surgery: report of a working group of the Nutrition Committee of NASPGHAN/NACHRI. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2012; 54: 125-135.
13. O'BRIEN PE, SAWYER SM, LAURIE C *et al*. Laparoscopic adjustable gastric banding in severely obese adolescents. *JAMA*, 2010; 303: 519-526.
14. ROSEN H, WEBB ML, DiVASTA AD *et al*. Adolescent gynecomastia. Not only an obesity issue. *Ann Plast Surg*, 2010; 64: 688-690.
15. BUIS J, PICARD A, VAZQUEZ MP. Chirurgie de l'adiposo-gynécomastie chez le jeune garçon obèse. *Réalités en Nutrition*, 2008; 11: 4-8.
16. CASALE AJ, BECK SD, CAIN MP *et al*. Concealed penis in childhood: a spectrum of etiology and treatment. *J Urol*, 1999; 162: 1 165-1 168.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.