

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

Évaluation clinique des adolescents
3 ans après une chirurgie bariatrique

INGE T *et al.* Weight loss and health status 3 years after bariatric surgery in adolescents. *N Engl J Med*, 2016;374:113-123.

La chirurgie bariatrique dans le traitement de l'obésité sévère de l'adolescent a augmenté ces dernières années. Aux États-Unis, les procédures sont passées de 800 actes en 2003 à 1 600 cas en 2009. Il existe actuellement très peu d'études portant sur l'évolution des patients adolescents opérés en termes de perte de poids, d'évolution des comorbidités associées à l'obésité, et concernant les complications éventuelles secondaires à l'intervention.

Le but de cette étude était de rapporter, à 3 ans de la chirurgie, les données concernant la perte de poids, les comorbidités, la qualité de vie, les carences nutritionnelles et la nécessité de nouvelles interventions chirurgicales abdominales.

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective multicentrique, réalisée aux États-Unis entre mars 2007 et février 2012. Les visites post-chirurgicales réalisées 6 mois, 1, 2 et 3 ans après l'intervention comprenaient un interrogatoire, un examen clinique, un bilan sanguin et l'évaluation par un questionnaire de la qualité de vie (échelle de 0 à 100).

Parmi les 242 patients inclus dans l'étude, 161 (67 %) ont eu un *bypass* gastrique, 67 (28 %) ont eu une *sleeve* gastrectomie et 14 (6 %) ont eu un anneau gastrique ajustable. Compte tenu du faible nombre de patients ayant eu cette dernière procédure, les résultats n'ont pas été inclus.

Au moment de la chirurgie, 29 % étaient âgés entre 13 et 15 ans, 41 % entre 16 et 17 ans et 30 % entre 18 et 19 ans. L'indice de masse corporel (IMC) moyen était de 53 kg/m² (34-88). Un IMC > 40 kg/m² était observé chez 98 % des patients. Pour la majorité des adolescents, les revenus des familles étaient inférieurs à 50 000 \$/an. 40 % des patients faisaient des études supérieures. Le suivi postopératoire a été complété dans 88 % des cas (805 visites sur 912 prévues).

À 3 ans de l'intervention, la perte de poids moyenne était de 41 kg. Le pourcentage moyen de perte de poids était de 27 % pour l'ensemble de la cohorte, 28 % dans le groupe *bypass* gastrique et 26 % dans le groupe *sleeve* gastrectomie. Une augmentation du poids était observée chez 2 % des patients ayant eu un *bypass* et 4 % des patients ayant eu une *sleeve* gastrectomie. À 3 ans de l'intervention, 26 % des adolescents avaient un IMC < 30 kg/m², et une réduction de l'IMC de 10 % ou plus était observé chez 89 % d'entre eux. Concernant les comorbidités, parmi les 96 adolescents présentant une hyper-

tension artérielle avant l'intervention, une normalisation des mesures était observée dans 74 % des cas à 3 ans de la chirurgie. Sur les 171 patients ayant une dyslipidémie avant la chirurgie, une normalisation des taux sanguins était notée dans 66 % des cas. Une rémission d'un diabète de type 2 était obtenue dans 95 % des cas (19 sur 20 adolescents). Le score de qualité de vie passait de 63 au moment de la chirurgie à 83 à 3 ans d'évolution.

Sur le plan biologique, malgré la prescription d'une supplémentation en vitamines et oligo-éléments, la ferritine abaissée dans 5 % des cas au moment de la chirurgie l'était dans 57 % des cas à 3 ans d'évolution. Les taux de vitamine B12 diminuaient de 35 %, et 8 % des participants avaient un déficit à 3 ans. Les taux de vitamine D étaient insuffisants chez 37 % des adolescents avant la chirurgie, et n'augmentaient pas significativement après. Chez 30 adolescents, 44 nouvelles interventions chirurgicales en rapport avec la chirurgie bariatrique ont été réalisées, respectivement 24 %, 55 % et 21 % dans la 1^{re}, 2^e et 3^e année suivant la chirurgie.

Cette étude multicentrique prospective, incluant un grand nombre de patients, montre une amélioration significative du poids, des complications métaboliques et de la qualité de vie des adolescents à 3 ans d'une chirurgie bariatrique. Les anomalies micronutritionnelles et le risque de réintervention chirurgicale sont à prendre en considération. De façon surprenante, il y avait peu de différence entre l'évolution après un *bypass* gastrique et après *sleeve* gastrectomie. D'autres études longitudinales sont nécessaires.

Facteurs de risque périnataux
dans le développement des troubles
de l'oralité chez l'enfant de 0 à 3 ans

HVELPLUND C *et al.* Perinatal risk factors for feeding and eating disorders in children aged 0 to 3 years. *Pediatrics*, 2016; in press.

Les troubles de l'oralité affectent 25 à 40 % des nourrissons et jeunes enfants ayant un développement normal et 80 % de ceux ayant une pathologie chronique ou des troubles du développement. Les troubles de l'oralité des enfants de moins de 3 ans sont définis dans la classification internationale des maladies (ICD-10) comme une impossibilité à manger de façon adaptée pour l'âge et/ou par l'absence de prise de poids ou une perte de poids sur une période de 1 mois, sans troubles organiques ou psychiques pouvant expliquer ces symptômes. Les troubles de l'oralité chez les jeunes enfants ont rarement fait l'objet d'études épidémiologiques. La nature de ceux-ci est souvent multifactorielle.

Le but de ce travail était de déterminer l'incidence et l'âge de début des troubles de l'oralité, dans une population d'enfant âgés de 0 à 3 ans, puis de rechercher des facteurs de risque périnataux éventuels.

Les données démographiques de tous les enfants nés au Danemark entre janvier 1997 et décembre 2010, identifiés à partir d'un registre civil, soit celles de 918 280 enfants, ont été évaluées. Les patients avec des troubles de l'oralité (en lien avec l'ICD-10) ont été identifiés dans le registre national des patients danois à partir de codes diagnostiques. Les enfants avec des troubles de l'oralité ont été séparés en trois groupes pour l'analyse des données : troubles très précoces (< 4 mois), précoces (entre 5 et 11 mois) et tardifs ($\geq$ 12 mois). Les données concernant la grossesse, la période néonatale et l'existence éventuelle d'une pathologie chronique ont été recueillies.

Sur les 918 280 enfants identifiés, 17 053 ont été exclus en raison de données manquantes. Sur les 901 227 enfants restants, 1 365 dont 723 filles ont été suivis pour un trouble de l'oralité avant l'âge de 3 ans, soit une incidence cumulative de 1,6 cas pour 1 000 naissances vivantes. La prématurité, le retard de croissance intra-utérin (RCIU) et les malformations congénitales étaient fortement associés à un trouble de l'oralité en analyse uni- et multivariée. En analyse multivariée, le *hazard ratio* (HR) d'avoir un trouble de l'oralité était de 3,52 [IC 95 % ; 2,15-5,78] chez les enfants nés avant 28 SA, de 2,97 [IC 95 % ; 2,12-4,15] chez ceux nés entre 28 et 31 SA et de 1,71 [IC 95 % ; 1,40-2,08] si la naissance était entre 32 et 36 SA. De façon similaire, plus le RCIU était important, plus les troubles de l'oralité étaient présents avec un HR de 3,74 [IC 95 % ; 2,71-5,17] si le RCIU était $\leq$ 3 DS et de 2,28 [IC 95 % ; 1,85-2,82] s'il était $\leq$ 2 DS.

Les filles présentaient un risque significativement augmenté de développer un trouble de l'oralité avec un HR de 1,20 [IC 95 % ; 1,08-1,42] de même que les enfants premiers-nés avec un HR de 1,33 [IC 95 % ; 1,19-1,50]. Le risque était également augmenté chez les enfants dont la mère avait fumé pendant la grossesse (HR 1,24) et chez les enfants d'immigrés avec un HR de 1,30 si un des 2 parents était né hors du Danemark et un HR de 2,24 si les 2 parents étaient nés hors du Danemark. Le diagnostic de trouble de l'oralité était fait dans 40,2 % des cas avant 4 mois, dans 30,5 % entre 5 et 11 mois et dans 29,2 % des cas entre 12 et 47 mois.

Les troubles de l'oralité chez les nourrissons et jeunes enfants sont des problèmes courants en pédiatrie. Ce travail, réalisé sur une étude de population, met en évidence que l'incidence est d'environ 1,6 pour 1 000 naissances. La prématurité, le RCIU, les malformations congénitales mais aussi le tabagisme pendant la grossesse, le sexe féminin, le statut de premier-né ou d'enfant d'immigrés constituent des facteurs de risque associés aux troubles de l'oralité. La principale limite de ce travail tient au fait que la définition des troubles de l'oralité ne répond pas à des critères précis, les critères ICD utilisés dans cette étude ont peut-être entraîné une sous-estimation de l'incidence.

J. LEMALE

Service de Gastroentérologie et Nutrition pédiatriques,
Hôpital Trousseau, PARIS.