



Le foie : le laissé-pour-compte dans le bilan préopératoire de la chirurgie bariatrique

Docteur Carine Chagneau-Derrode - Pôle d'Hépatogastroentérologie Bordeaux Rive Droite

L'obésité est un véritable problème de santé publique en France. En effet, 50 % des français sont en surpoids et 7 millions sont obèses 15,6% des femmes et 15,8% des hommes. La prise en charge des obésités morbides peut relever de la chirurgie bariatrique. Celle-ci est indiquée si l'IMC > 40 kg/m² ou > 35 kg/m² et associé à une comorbidité. Ces différentes comorbidités sont HTA, DNID, SAS, maladies ostéo-articulaires invalidantes et la NASH (1).

Et oui, le foie, lui aussi subit directement les conséquences de cette obésité mais il est discret, silencieux et on a tendance à l'oublier...

84 à 96 % des patients avec obésité ont une NAFLD et la NASH est présente dans 25 à 55% des patients avec NAFLD. La chirurgie bariatrique chez les patients avec NASH permet une amélioration des tests hépatiques et de l'histologie. Une communication récente de l'équipe Lilloise (2) a montré que parmi les patients qui ont une NASH et une obésité morbide, peu ont une fibrose sévère F3 ou F4.

Ils ont également souligné le bénéfice de la chirurgie bariatrique dans la NASH avec une régression de la fibrose hépatique et de l'activité à 5 ans de la chirurgie (2).

L'incidence de la cirrhose dans la chirurgie bariatrique est faible de 0,14% à 1,4 % selon les études (3). Mais, nous avons peu de données de la littérature et il s'agit de séries rétrospectives avec un nombre limité de malades cirrhotiques (maximum 30) et généralement avec une maladie compensée.

Les effets de la chirurgie bariatrique sur la fonction hépatique et l'état nutritionnel du patient cirrhotique ne sont pas clairs.

Malheureusement, la découverte de la cirrhose reste préopératoire dans un grand nombre de cas 39% (4).

Cependant, chez le malade cirrhotique qui subit une chirurgie abdominale majeure, la mortalité peut être multipliée par 10. Cette mortalité est également augmentée chez le malade qui a une cirrhose avancée et qui subit une chirurgie bariatrique (5).

En effet, dans une étude récente (6) sur la chirurgie bariatrique chez le malade cirrhotique, la mortalité était de 0,9% en cas de cirrhose compensée (versus 0,3% en l'absence de cirrhose) contre 16,3% en cas de cirrhose décompensée.

Une étude récente (7) a évalué cette même chirurgie chez des patients cirrhotiques. Dans cette étude, la NASH était

responsable de la cirrhose que dans 16,1% des cas et il s'agissait de cirrhoses graves car 71% étaient décompensées. La survie de ces patients était diminuée par rapport à des patients cirrhotiques n'ayant pas eu de chirurgie bariatrique. La survie était identique à celle de patients cirrhotiques décompensés sans chirurgie bariatrique. D'autre part, les patients avec cirrhose NASH n'amélioraient pas leur survie avec la chirurgie bariatrique.

En effet, une chirurgie bariatrique chez un patient ayant une cirrhose peut avoir de lourdes conséquences pour le patient avec des complications graves notamment en lien avec l'hypertension portale.

On dispose de très peu de données sur la chirurgie bariatrique en cas d'hypertension portale. La première étape chez les patients candidats à une chirurgie bariatrique est de savoir s'ils ont une cirrhose et de déterminer sa sévérité par les scores de gravité Child Pugh et Meld. Dans un second temps, il faut évaluer l'hypertension portale par la mesure du gradient de pression hépatique et discuter l'indication d'un TIPS préopératoire mais il n'existe aucun consensus.

Un travail récent (8) sur l'impact de la chirurgie bariatrique (63% de bypass) chez des patients cirrhotiques candidats à la transplantation hépatique rapporte un taux de sortie de liste plus important. D'autre part, cela souligne que la malnutrition et la sarcopénie sont des facteurs de risque de mauvais pronostic.

Depuis 2010 en France, le nombre de chirurgie bariatrique (sleeve 72%, bypass 23%, anneau gastrique 5%) a doublé et est d'environ 50 000 par an.

524 établissements pratiquent cette chirurgie en France.

Il s'agit d'une activité chirurgicale essentiellement libérale avec la répartition suivante 63% dans le secteur privé lucratif, 15% centres hospitaliers régionaux, 17% centres hospitaliers généraux et enfin 5% dans le secteur privé non lucratif. La chirurgie bariatrique représente 4,3% de l'activité d'un chirurgien viscéral.

Alors que selon les recommandations de 2009 de l'HAS, tout patient doit avoir une prise en charge pluridisciplinaire avant la prise en charge chirurgicale de l'obésité, il n'y a pas de consultation systématique avec un hépatologue ni d'évaluation de la fibrose hépatique recommandée dans ce bilan préopératoire.

En effet, le patient verra de façon systématique le diabétologue, le cardiologue, le pneumologue, la psychologue et la diététicienne. Il aura également une fibroscopie oeso-gastrique pour la recherche d'une infection à *helicobacter pylori*. A cette occasion, il voit de façon systématique un gastroentérologue qui n'est pas forcément sensibilisé au foie.

Il semble important de sensibiliser tous les gastroentérologues ou hépato-gastroentérologues amenés à voir ces patients, sur la nécessité de demander un bilan hépatique, une échographie hépatique et de pratiquer des tests d'évaluation de la fibrose hépatique sanguins ou mesure de l'élastométrie.

A l'heure où la NASH est au centre des préoccupations des hépatologues, ne devrions-nous pas interpeller nos tutelles (HAS) ainsi que la fédération de l'obésité pour que le bilan pré-chirurgie bariatrique soit revu ?

Une évaluation de la fibrose hépatique par un hépato-gastroentérologue avant toute chirurgie bariatrique semble justifiée et indispensable.

Cela permettrait d'éviter la découverte per-opératoire de la cirrhose et d'établir un consensus sur la chirurgie bariatrique chez le malade cirrhotique compensé ou décompensé.

1/ HAS Service des bonnes pratiques professionnelles – Janvier 2009 : Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte

2/ Regression of fibrosis after disappearance of NASH in morbidly obese patients: a prospective bariatric surgery cohort with sequential liver biopsies.


Guillaume Lassailly, Robert Caiazzo, Viviane Gnemmi, Alexandre Louvet, Emmanuelle Leteutre, Florent Artru, Massih Ningarhari, Sebastien Dharancy, Valérie Canva, Francois Pathou, Philippe Mathurin.

Hepatology 2018 A70.

3/ Considerations for bariatric surgery in patients with cirrhosis

George Boon-Bee Goh, Philip R Schauer, Arthur J McCullough

World J Gastroenterol 2018 July 28; 24(28): 3112-3119

4/ Unsuspected cirrhosis discovered during elective obesity operations. Brolin RE, Bradley LJ, Taliwal RV. Arch Surg 1998; 133: 84-88 

5/ Mosko JD, Nguyen GC. Increased perioperative mortality following bariatric surgery among patients with cirrhosis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2011;9:897–901.

6/ Bariatric Surgery in Patients with Cirrhosis and Portal Hypertension

Zubaidah Nor Hanipah^{1,2} & Suriya Punchai^{1,3} & Arthur McCullough⁴ & Srinivasan Dasarathy⁴ & Stacy A. Brethauer¹ & Ali Aminian¹ & Philip R. Schauer¹

Obesity Surgery (2018) 28:3431–3438

7/ Bariatric surgery is associated with increased mortality in compensated and decompensated cirrhosis : A population Based study.

Connor Griffin, Lauren Hall, Jeanette Hasse, Ranjeeta R Bahinwani, James F Trotter, Sushma Sharma, Gregory McKenna, Sushil Kumar Garg, Michael D Leise and Sumeet K Asrani.

Hepatology 2018, A 218.

8/Impact of prior bariatric surgery on perioperative liver transplant outcomes

Idriss R, Hasse J, Wu T, Khan F, Saracino G, McKenna G, Giuliano T, Trotter J, Klintmalm G, Asrani SK.

Liver Transpl. 2018 Oct 28. doi: 10.1002/lt.25368