



Une nouvelle technique de chirurgie de l'obésité pourrait être plus efficace

27.08.2025 • Le Figaro • Bénédicte Lutaud

l'obésité est associée à de * nombreux risques pour la santé et à une diminution de l'espérance de vie. Parfois, si la prise en charge globale ne suffit pas, certains patients tournent vers la chirurgie. Quelque 35000 interventions sont ainsi réalisées chaque année en France. Si plusieurs types de chirurgie existent, la technique de référence en France reste le Bypass gastrique (ou « court-circuit gastrique ») en Y. Pourtant, une autre technique plus récente, la SADI-S, pourrait se révéler plus efficace pour l'obésité sévère, selon une étude française parue le 22 août dans la revue médicale britannique *The Lancet*. Menée par le Pr Maud Robert, chirurgienne au Centre intégré de l'obésité (CIO) des Hospices civils de Lyon, cette étude démontre que le SADI-S «est significativement plus efficace que le Bypass en Y en termes de perte de poids, en particulier chez les patients atteints de diabète de type 2», souvent moins réceptifs aux stratégies d'amaigrissement basées sur l'hygiène de vie (nutrition, sport).

..), peut-on lire dans un communiqué de l'hôpital lyonnais. La chirurgie de l'obésité repose sur des logiques restrictives et malabsorptives. La première consiste à enlever une partie de l'estomac pour diminuer l'appétit et les quantités d'aliments absorbés.

La logique malabsorptive vise à créer un court-circuit digestif pour assimiler moins bien certains nutriments, notamment les sucres et les graisses. «Ce court-circuit digestif aura un fort impact métabolique, en jouant sur des pathologies associées comme le diabète, le cholestérol, la tension artérielle... Cela va au-delà de la perte de poids», souligne le Pr Maud Robert.

La sleeve gastrectomie (60 % des interventions en France), technique chirurgicale où l'on retire deux tiers de l'estomac, remplace peu à peu l'anneau gastrique (5% des interventions). Ces deux techniques sont uniquement restrictives. Les techniques du Bypass gastrique ou de la dérivation biliopancréatique combinent, elles, restriction (via une sleeve gastrectomie) et malabsorption. Avec le Bypass (30% des interventions), l'estomac est séparé en deux ; sa partie supérieure est réduite à une petite poche, que le chirurgien raccorde directement au milieu de l'intestin grêle. Non seulement la quantité d'aliments ingérés lors d'un repas diminue, mais leur assimilation lors de la digestion est réduite.

Cette intervention est jugée efficace, mais la diminution de l'absorption induit des carences nutritionnelles ce qui demande un suivi médical très important et une supplémentation en nutriments et en vitamines à vie. Quatrième technique autorisée en France, la dérivation biliopancréatique est indiquée en cas d'obésité très sévère (IMC supérieure à 50 kg/m²). Plus complexe, elle combine là encore sleeve gastrectomie et court-circuit digestif. Particulièrement efficace en termes de perte de poids, elle résout toutefois d'importants problèmes de dénutrition et

La SADI-S, elle, est une technique récente associant sleeve gastrectomie et dérivation

biliopancréatique «simplifiée». «Le Bypass reste la référence, on a plus de quarante ans de recul on se rend compte qu'avec l'obésité de grade 4, on est souvent en échec», explique le Pr Maud Robert. Or «notre étude démontre que la SADI-S est plus efficace que le Bypass et avec des effets secondaires tolérables», souligne la chirurgienne. Dans le détail, l'étude révèle un peu plus de complications chirurgicales précoces mais moins de complications tardives avec la SADI-S que le Bypass.

Le risque carentiel demeure cependant légèrement plus élevé avec cette technique récente (11,10,6%). D'où l'importance d'un suivi régulier et d'une supplémentation en vitamines. Surtout, l'étude montre une efficacité accrue en termes de perte de poids chez les personnes atteintes de diabète de type 2 - mais elle ne permet pas plus de rémission du diabète, contrairement à ce qu'espérait l'équipe. La chirurgie pourrait donc spécifiquement s'adresser aux obésités sévères (de grade 3 et 4, soit IMC supérieur à 40), mais aussi aux patients en obésité de grade 2 (IMC entre 35 et 40), atteints de diabète, et ayant des difficultés à perdre assez de poids. Si la Société française de chirurgie de l'obésité (Soffcomm) entend solliciter la Haute Autorité de santé pour que la SADI-S soit remboursée au même titre que les autres techniques, reste à confirmer ces résultats dans le temps.

Il s'agit du tout premier essai randomisé multicentrique, et les quelque 381 patients impliqués dans l'étude n'ont été suivis que durant deux ans. «Avec cette technique, le court-circuit intestinal est beaucoup plus important qu'avec le Bypass, donc les conséquences sont plus lourdes pour le patient : diarrhées profuses, carences... », estime le Dr Jean-Marie Mégevand, chirurgien viscéral à l'hôpital de La Tour à Meyrin (Genève), où les deux techniques sont pratiquées.

Le Bypass, toutefois, produit d'autres types de complications à distance : «Hernies internes, hypoglycémie assez sévères ou douleurs abdominales difficiles à traiter», pointe le Pr Maud Robert. Une analyse de données est prévue à cinq et dix ans, pour contrôler les effets de cette chirurgie nouvelle sur la perte de poids, le diabète, et les complications possibles. Pour autant, se concentrer sur la seule chirurgie serait un leurre, avertit le Dr Jean-Marie Mégevand. «Il faut regarder à plus long terme. Les personnes obèses peuvent avoir des histoires de vie marquées par des événements difficiles ; beaucoup se sont réfugiées dans la nourriture.

Les opérations sont un tremplin pour aider à maigrir, mais quelle que soit la technique qu'on va utiliser, un certain nombre de personnes va reprendre du poids. Aujourd'hui, les analogues du GLP-1 (une hormone utilisée dans des médicaments anti-obésité, NDLR) montrent une certaine efficacité. L'avenir de l'obésité, je pense, sera plus médicamenteux que chirurgical. » ■ « Les opérations sont un tremplin pour aider à maigrir, mais quelle que soit la technique qu'on va utiliser, un certain nombre de personnes va reprendre du poids » Dr Jean-Marie Mégevand Chirurgien viscéral à l'hôpital de La Tour à Meyrin, à Genève.