

# Guérir l'obésité est un travail d'équipe

« Psychologue, diététicien, kiné, chirurgien, etc. Le traitement de l'obésité est pluridisciplinaire. »  
M<sup>me</sup> VAN LIPPEVELDE

**14 173**  
patients obèses opérés en 2017, surtout des by-pass.

**Aujourd'hui, Maggie De Block participe à une table ronde organisée par les cliniques de l'Europe sur l'avenir de la prévention et du traitement de l'obésité.** Si la ministre met l'accent sur la prévention, les traitements évoluent, mettant toujours davantage en avant une prise en charge globale, pluridisciplinaire.

● Anne SANDRONT

**L**e bilan que va présenter Maggie De Block, concernant l'obésité ? Aujourd'hui, lors de la table ronde des cliniques européennes elle parlera des apports de la législature : la diminution de sucre dans des produits de consommation courante, grâce à une collaboration avec l'industrie agroalimentaire, le nutri-score, qui permet de réaliser des choix sains plus facilement quand le consomma-

teur fait ses courses, et enfin le remboursement de six séances chez le diététicien pour les enfants atteints d'obésité, qui devrait profiter à environ 75 000 jeunes. Bref, la prévention.

## Prise en charge globale

Mais actuellement, la prévention ne suffit pas : l'obésité touche 12,1 % des hommes et 18,4 % des femmes en Belgique. Mais son traitement en

2019 ne se résume pas à un suivi nutritionnel ou à la chirurgie bariatrique. « Nous prenons les patients en charge avec une équipe pluridisciplinaire », explique France Van Lippevelde, infirmière coordinatrice au centre namurois de l'obésité (Saint-Luc, Bouge). L'équipe est composée de chirurgiens, diététiciennes, psychologues et kinés. « L'avantage d'être adossé à un hôpital, c'est qu'il y a des spécialistes qui peuvent intervenir

**« On essaie d'expliquer que la rechute n'est pas un échec, qu'il ne faut pas perdre courage. »**

*également : des cardiologues, des pneumologues notamment pour les apnées du sommeil, l'endocrinologue, pour le diabète et les problèmes de thyroïde. »*

Donc oui, il y a une possibilité de chirurgie bariatrique, à condition d'avoir un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 40... ou entre 35 et 40 s'il y a comorbidité : une hypertension qui persiste avec trois traitements différents, un dia-

bète traité, des apnées du sommeil objectivées ou une chirurgie bariatrique antérieure (souvent un anneau gastrique).

Qu'on choisisse la chirurgie ou non, on ne parle pas d'un traitement envoyé en deux coups de cuillère à pot : « *les patients rencontrent un psychologue, qui voit avec eux le rapport à la nourriture. Par exemple, s'il est grignoteur, s'il est mangeur émotionnel... ou s'il a été éduqué dans l'optique "Je dois absolument finir les plats, pour ne rien gaspiller."* » L'infirmière coordinatrice insiste sur le travail de collaboration étroit entre les diététiciennes et psychologues, et insiste : « *la rechute n'est pas un échec* ».

### **Six mois pour changer**

Si on décide de ne pas passer sur le billard, le suivi proposé par le centre pluridisciplinaire s'étale sur six mois : six consultations avec la diététicienne et le psychologue (une par mois), après le bilan initial. Plus 48 séances de kiné/sport à raison de deux fois par semaine. « *On travaille la forme physique, l'endurance, l'aérobic, mais aussi la musculation et la souplesse* » précise le Dr Karima Bakhtri, spécialisée en médecine physique et réadaptation. Elle prône une ouverture sur l'extérieur, une troisième séance d'exercice par semaine.

Ces six mois amorcent seulement un changement, à conserver à vie. ■

## Et la gélule qui fait maigrir ?

**F**aire maigrir grâce au microbiote intestinal, c'est ce sur quoi travaille le chercheur Patrice Cani (UCLouvain) depuis dix ans. Il a terminé en 2018 une étude sur des personnes en surpoids, traité grâce à la bactérie *Akkermansia muciniphila*, obtenant des résultats encourageants au niveau du métabolisme et des facteurs de risque associés. Il s'apprête à les publier dans les prochaines semaines dans un magazine scientifique prestigieux.

Par ailleurs, il a publié lundi dans *Nature métabolisme*. Il y explique comment les bacté-

ries intestinales influencent l'utilisation des graisses au niveau du foie et au niveau du tissu adipeux. Mais il y parle aussi de l'effet du microbiote sur le sentiment de satiété : c'est aussi au niveau des bactéries intestinales que part le message de satiété destiné au cerveau : « je n'ai plus faim ». Et comme on pouvait s'y attendre, le fait de manger des fibres, des fruits, légumes, ou des prébiotiques, des molécules fermentescibles favorisent le développement des fameuses bactéries qui donnent le sentiment de satiété.

Il décrit, dans un article cette fois destiné à la revue *Nature communication* comment une alimentation riche en gras fait perdre le sentiment de satiété : « *il y a une enzyme présente dans l'intestin. Quand on mange une alimentation riche en gras, qui envoie le message "stop" au cerveau. Certaines personnes plus sensibles à l'alimentation grasse perdent cette capacité à s'arrêter.* »

### **Akkermansia, pas la panacée**

Patrice Cani a développé une spin off pour fournir des compléments alimentaires à

base d'Akkermansia, la bactérie qui aide à maigrir. « Mais en tant que scientifique, je ne dis pas que cela résoudra tous les problèmes de poids : ce sera un levier supplémentaire pour améliorer la santé, avec une alimentation favorisant un microbiote intestinal sain, comme par exemple utiliser des légumes fermentés et le kefir. » ■ **A.S.**

## Chirurgie bariatrique en trois techniques

**L'anneau gastrique** n'a plus le vent en poupe : de 1 692 opérations en 2009, il est retombé à 248 en 2017. Au CHU de Liège, cette technique est exceptionnelle « Nous l'utilisons deux à trois sur les cinq dernières années, alors que nous réalisons 200 opérations annuelles. C'est utilisé pour des patients qui ont un profil très spécifique » explique le Dr Alexandre Haumann, chirurgien bariatrique à l'hôpital universitaire.

**La sleeve** réduit la taille de l'estomac : « On sacrifie 80 à 90 % du volume de l'estomac », explique le spécialiste. Il existe également une technique de sleeve réversible. Dans ce cas, la grande poche est sépa-

rée du petit estomac par une sorte de détroit, et la nourriture ingérée reste dans le petit estomac. Cela permet de conserver l'entièreté de l'estomac, qui peut être utilisé à des fins réparatrices (en cas de cancer de l'œsophage, par exemple).

**Le by-pass** est l'intervention standard en chirurgie bariatrique. C'est une technique restrictive et malabsorptive qui permet de diminuer à la fois la quantité d'aliments ingérés et l'assimilation de ces aliments par l'organisme, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin.

La plupart des opérations de chirurgie bariatriques sont faites par laparoscopie : on gonfle le

ventre avec du CO<sub>2</sub>, et on réalise cinq petites incisions pour la caméra et les pinces. Il est rare de devoir opérer par laparotomie (en ouvrant largement le ventre).

Au CHU de Liège, l'hospitalisation ne dure généralement que 24 heures, le patient est mobilisé dès le retour en chambre, il mange et boit le soir même de l'opération.

Les opérations fonctionnant sur réduction et malabsorption sont très efficaces, mais nécessitent un suivi à vie, notamment pour éviter les carences vitaminiques. « Nous suivons les patients pendant deux ans, en équipe pluridisciplinaire, explique le Dr Haumann. Puis nous proposons un suivi sur le long terme, mais de nombreux patients continuent

alors avec leur médecin traitant. » ■