

Activité physique et chirurgie bariatrique

Synthèse des études

Stéphanie Musso*

INTRODUCTION

Avec une prévalence de 15 % de la population adulte, l'obésité touche en France 6,9 millions de personnes en 2012 (1) dont 550 000 personnes (soit 1,2 % de la population) souffrent d'une obésité dite morbide, c'est-à-dire avec un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 40 kg/m². La fréquence de l'obésité et son augmentation sont considérées comme un problème de santé publique en France. Les politiques de santé publique reposent sur la mise en avant du corps associant la santé à un exercice physique régulier et pointent du doigt la sédentarité. Les recommandations de l'HAS (2) soulignent en première intention l'importance des mesures hygiéno-diététiques (MHD) dans la prise en charge de l'obésité. En deuxième intention, la chirurgie de l'obésité chez l'adulte fait partie des stratégies de prise en charge en cas d'échec des MHD seules. En 2011, 30 000 patients en ont bénéficié, chiffre qui a doublé entre 2006 et 2011 (1). La chirurgie bariatrique permet une perte de poids importante et durable, améliore les comorbidités et la qualité de vie des patients. Pour équilibrer la balance énergétique, l'accroissement du niveau d'activité est une option incontournable. L'activité physique régulière entraîne une diminution de la masse grasse et un maintien voire une augmentation de la masse musculaire. L'activité physique (AP) fait intégralement partie de l'action thérapeutique dans la prise en charge de l'obésité.

PROFIL DES PATIENTS OPÉRÉS

L'enquête de l'Assurance maladie (1) montre qu'en 2011, 4 % des patients atteints d'obésité morbide ont bénéficié d'une chirurgie bariatrique, 69 % étaient des femmes dont 77 % avaient un IMC supérieur ou égal à 40kg/m². Ces opérations touchent essentiellement les personnes âgées en moyenne de 39 ans pour les femmes et de 41 ans pour les hommes. On retrouve aussi plus de 700 patients de moins de 20 ans. L'obésité étant liée au niveau socio-économique, environ

20 % des patients appartiennent à une catégorie sociale plutôt modeste. De plus, les comorbidités ou traitements associés sont fréquents : 1 patient opéré sur 4 est traité pour hypertension artérielle, 1 sur 10 est traité pour diabète, asthme, broncho-pneumopathie chronique obstructive, hypercholestérolémie ou est appareillé pour syndrome d'apnées du sommeil.

D'après les recommandations de l'HAS, un suivi s'intègre dans le programme personnalisé du patient. L'enquête de la Cnamts a montré que le protocole de suivi des patients ayant bénéficié d'une



© Vasily Koval - Fotolia

chirurgie n'était pas respecté pour 53 % et 18 % étaient perdus de vue. Durant 1 an, une étude américaine (3) portant sur le suivi des recommandations de 100 patients opérés a montré que 41 % de ces patients ne les respectaient pas en matière d'AP alors que la plupart des patients les respectaient par rapport à la consommation de graisses. De plus, 63 % arrivaient à éviter les grignotages. Ceci montre qu'une éducation en matière d'alimentation et d'AP est recommandée pour un résultat optimal.

41 % des patients opérés ne respectaient pas les recommandations en matière d'AP alors que la plupart des patients les respectaient par rapport à la

*xxx

consommation de graisses. De plus, 63 % arrivaient à éviter les grignotages.

RECOMMANDATIONS FRANÇAISES ET INTERNATIONALES EN ACTIVITÉ PHYSIQUE APRÈS CHIRURGIE

Les recommandations françaises et internationales s'orientent sur le fait que le patient doit être informé et encouragé à pratiquer une activité physique régulière encadrée par des professionnels.

L'*American Association of Clinical Endocrinologists* (AACE) recommande 30 min d'activité physique par jour.

L'*American Society for Metabolic Bariatric Surgery* (ASBS) recommande pour le suivi du patient après chirurgie, de pratiquer une AP pour la perte de poids et son maintien à long terme, mais aussi pour prévenir la perte de masse musculaire. La marche est recommandée dès le lendemain de l'intervention. L'AP est associée à une plus grande perte de poids postopératoire.

La synthèse des recommandations de l'expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (4) ne précise rien sur les effets de l'activité physique sur la santé dans le cadre d'une chirurgie de l'obésité. Mais l'on sait que l'AP a des effets majeurs sur le maintien d'une perte de poids initiale ou permet de limiter la reprise de poids. De plus, elle permet de conserver la masse maigre lors d'un amaigrissement, de préserver ainsi la dépense énergétique de repos et les capacités fonctionnelles de la personne.

Le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) (5) a précisé les modalités de l'activité physique chez les patients obèses (opérés ou non), qui se traduit par un encouragement à pratiquer 60 à 90 min d'AP (faisant partie de la vie quotidienne : marche rapide, montée d'escaliers...) par jour pour ne pas reprendre le poids perdu.

D'après l'étude de Jacobie et al. (6) qui a regroupé 22 études sur ce sujet et décrit l'évaluation de l'AP après la chirurgie bariatrique, les données ont conclu à une augmentation de l'AP après chirurgie bariatrique et une association positive entre le changement d'AP et la perte de poids liée à la chirurgie. L'étude de Chevallier et al. (7) montre que l'AP est favorisée par la perte de poids. L'AP est associée à une plus grande perte de poids postopératoire. Toutes les études associant la pratique d'AP et l'évolution pondérale ont conclu à une association positive entre la pratique d'une AP et une perte de poids plus favorable, quelle que soit la technique pratiquée. L'AP est donc un élément clé pour les patients opérés, une prise en charge visant à augmenter l'AP quotidienne augmentera le succès de la chirurgie.

Les recommandations en matière d'activité physique sont variables, elles préconisent la pratique de 30 min (AACE) à plus de 60 min (NICE), mais toutes s'accordent sur le fait que la pratique d'une activité physique est impérative pour améliorer les bénéfices d'une chirurgie.

SUIVI ET PRISE EN CHARGE EN ACTIVITÉ PHYSIQUE

La chirurgie de l'obésité a fait l'objet de plusieurs études scien-

tifiques notamment américaines qui montrent l'importance de l'AP après chirurgie.

L'étude de Evans et al. (8) porte sur l'observance des recommandations de l'*American College of Sports Medicine* qui préconise 150 min/semaine d'AP modérée pour des patients opérés d'un Bypass. Les patients ont été suivis à 3, 6 et 12 mois après l'opération, leur IMC ainsi qu'une auto-évaluation de l'AP (questionnaire IPAQ) ont été réalisés sur les 2 groupes (recommandation/contrôle). Les patients qui ont intégré les 150 min d'AP à leur mode de vie ont eu une plus grande perte de poids à 6 et 12 mois ainsi qu'un pourcentage de perte de masse grasse plus important (67,4 % contre 61,7 % à 12 mois). Par contre, aucune différence significative n'a été montrée 3 mois après l'opération.

De plus, Tompkins et al. (9) ont montré un changement de la distance de marche et de la qualité de vie après un Bypass. Cette étude réalisée sur 25 patients, avant et après l'intervention (+ 3 et 6 mois) s'est basée sur le test de 6 min de marche et sur le questionnaire de qualité de vie SF-36. Il est ressorti une nette amélioration de la qualité de vie ainsi qu'une augmentation de la distance de marche (414 m contre 551 m après 6 mois en moyenne). Malgré ce résultat, la distance correspondait à 75 % de la distance parcourue par une personne de même âge avec un poids normal.

De nombreuses études prouvent que l'AP optimise la perte de poids après chirurgie. Bond et al. (10) montrent que débiter une AP après chirurgie est associé à une meilleure perte de poids et une meilleure santé liée à l'améliora-

tion de la qualité de vie. De plus, les patients commençant à intégrer l'AP avant la chirurgie, augmentent leur chance de réussite. Evans (11) confirme ces résultats, montrant que la pratique de l'AP de façon suffisante en termes de fréquence, intensité et durée à la fois en pré et postopératoire réduit les complications chirurgicales, améliore la perte de poids et la forme physique car l'AP augmente la perte de masse grasse tout en préservant la masse maigre et ainsi réduit l'impact de la perte de poids massive sur le métabolisme de base. Il préconise donc de promouvoir l'AP avant et après la chirurgie. Welch et al. (12) aboutissent à la même conclusion, leur enquête montre que les patients qui adhèrent aux recommandations des conduites diététiques et d'AP, aboutissent à une meilleure perte de poids. Il avance même dans son étude portant sur 200 patients que « adhérer à l'AP était le seul comportement significatif prédictif d'une perte de poids ».

Pour évaluer l'AP, les études utilisent majoritairement des questionnaires d'auto-évaluation. Or, comme l'avance l'étude de Jaco-

bie et al. (6), il semblerait que les patients ayant bénéficié d'une chirurgie surestimeraient leur AP pour être en adéquation avec les recommandations médicales. Malgré le nombre restreint de participants (20 patients), l'étude de Bond et al. (13) a évalué de manière objective (accéléromètre) et en auto-évaluation (questionnaire *Paffenbarger Physical Activity Questionnaire*) l'AP en pré et postchirurgie. Il est ressorti que 55 % des patients bénéficiant d'une chirurgie déclarent avoir augmenté significativement en pré et postopératoire l'AP. Néanmoins, les mesures objectives ne corroborent pas ce changement. En effet, la mesure de leur niveau d'activité physique par l'accéléromètre indique que seul 5 % d'entre eux ont respecté les recommandations.

L'amaigrissement durable n'est pas seulement une transformation du poids, c'est une transformation de mode de vie notamment au niveau alimentaire et physique. Pour transformer ces habitudes, l'acquisition de connaissances et de compétences dans ces deux domaines est essentielle et nécessite

une éducation thérapeutique du patient pluridisciplinaire. Cette prise en charge peut s'effectuer auprès des médecins généralistes, au sein des séjours de soins de suite et de réadaptation nutritionnelle ainsi qu'auprès des réseaux de santé.

CONCLUSION

L'AP est donc un élément à privilégier pour aider à la perte de poids mais aussi pour son maintien. Tout l'enjeu repose sur le fait que le patient intègre un nouveau mode de vie aussi bien sur le plan alimentaire que sur l'activité physique. Les patients n'étant que brièvement sensibilisés à la pratique de l'AP après chirurgie, il est donc primordial qu'ils soient encouragés et sensibilisés à la pratique d'une AP régulière après chirurgie. Le changement corporel lié à l'opération permet progressivement de s'investir dans des activités physiques. ■

Mots-clés :

Obésité, Chirurgie bariatrique, Activité physique

BIBLIOGRAPHIE

1. Assurance maladie, février 2013. Chirurgie de l'obésité : analyse des pratiques et de leur pertinence. Étude sur la chirurgie bariatrique en 2011.
2. Haute Autorité de Santé, Recommandations de bonne pratique, Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte Interventions initiales – Réinterventions janvier 2009.
3. Elkins G, Whitfield P, Marcus J et al. Noncompliance with behavioral recommendations following bariatric surgery. *Obes Surg* 2005 ; 15 : 546-51.
4. Expertise collective, 2008, Activité physique-Contexte et effets sur la santé. Editions INSERM. Paris
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. Obesity guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. NICE clinical guideline 43. London: NICE; 2006.
6. Jacobi D, Ciangura C, Couet C, Oppert JM. Physical activity and weight loss following bariatric surgery. *Obes Rev* 2011 ; 12 : 366-77.
7. Chevallier JM, Paita M, Rodde-Dunet MH et al. Évaluation nationale de la chirurgie bariatrique : facteurs prédictifs de succès de l'anneau gastrique dans l'enquête de la Cnamts. *Obésité* 2007 ; 2 : 306-11.
8. Evans R, Bond DS, Wolfe L et al. Participation in 150min/wk of moderate or higher intensity physical activity yields greater weight loss after gastric bypass surgery. Presented at the 24th Annual Meeting of the American Society for Bariatric Surgery, June 11-16, 2007, San Diego, California.
9. Tompkins J, Bosch P, Chenowith R et al. Changes in functional walking distance and health-related quality of life after gastric bypass surgery.
10. Bond DS, Phelan S, Wolfe L et al. Becoming physically active after bariatric surgery is associated with improved weight loss and health-related quality of life. *Obesity (Silver Spring)* 2009 ; 17 : 78-83.
11. Evans R. The role of physical activity participation in weight loss outcomes following weight loss surgery. *Am J Lifestyle Med* 2010 ; 124-9.
12. Welch G, Wesolowski C, Piepul B et al. Physical activity predicts weight loss following gastric bypass surgery: findings from a support group survey. *Obes Surg* 2008 ; 18 : 517-24.
13. Bond DS, Jakicic JM, Unick JL et al. Pre- to postoperative physical activity changes in bariatric surgery patients: self report vs. objective measures. *Obesity (Silver Spring)* 2010 ; 18 : 2395-7.