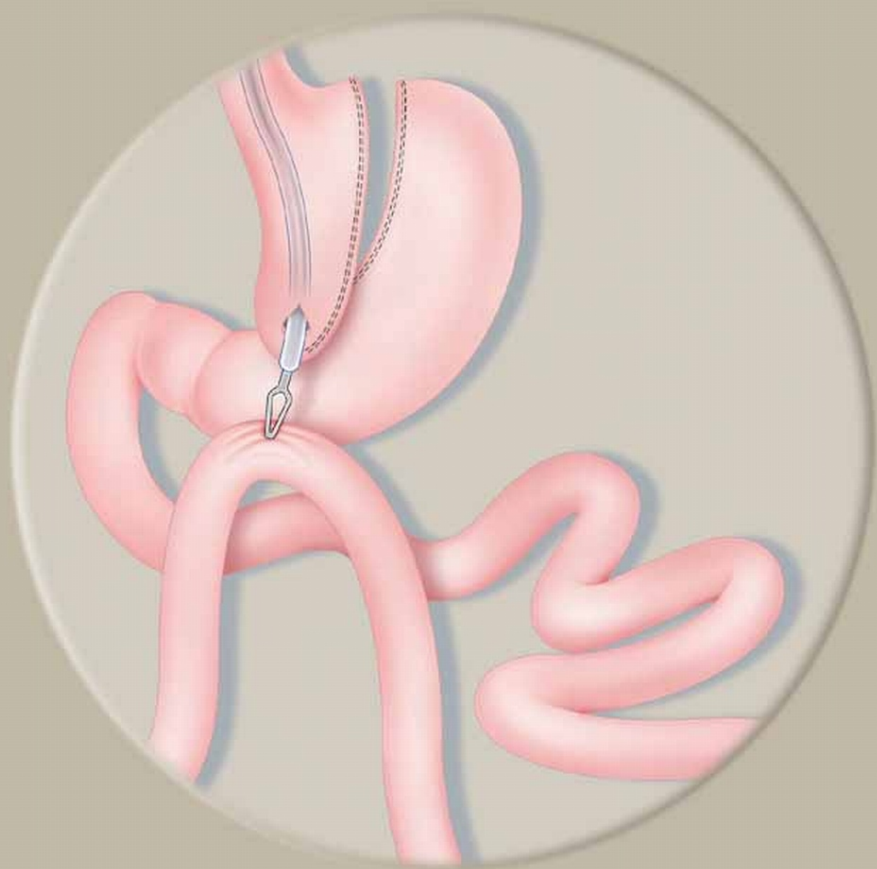


JÉRÔME DARGENT

CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ



Chirurgie de l'obésité

Springer

Paris

Berlin

Heidelberg

New York

Hong Kong

Londres

Milan

Tokyo

Jérôme Dargent

Chirurgie de l'obésité

 Springer

Jérôme Dargent

Polyclinique de Rillieux
941, rue du Capitaine-Julien
69140 Rillieux-la-Pape

ISBN : 978-2-287-79953-2 Springer Paris Berlin Heidelberg New York

© Springer-Verlag France, 2009

Springer-Verlag est membre du groupe Springer Science + Business Media

Imprimé en France

Cet ouvrage est soumis au copyright. Tous droits réservés, notamment la reproduction et la représentation, la traduction, la réimpression, l'exposé, la reproduction des illustrations et des tableaux, la transmission par voie d'enregistrement sonore ou visuel, la reproduction par microfilm ou tout autre moyen ainsi que la conservation des banques de données. La loi française sur le copyright du 9 septembre 1965 dans la version en vigueur n'autorise une reproduction intégrale ou partielle que dans certains cas, et en principe moyennant le paiement des droits. Toute représentation, reproduction, contrefaçon ou conservation dans une banque de données par quelque procédé que ce soit est sanctionnée par la loi pénale sur le copyright.

L'utilisation dans cet ouvrage de désignations, dénominations commerciales, marques de fabrique, etc. même sans spécification ne signifie pas que ces termes soient libres de la législation sur les marques de fabrique et la protection des marques et qu'ils puissent être utilisés par chacun.

La maison d'édition décline toute responsabilité quant à l'exactitude des indications de dosage et des modes d'emplois. Dans chaque cas il incombe à l'utilisateur de vérifier les informations données par comparaison à la littérature existante.

Maquette de couverture : Nadia Ouddane

Mise en page : Arts Graphiques Drouais – Dreux

Liste des auteurs

Basdevant Arnaud	Service de nutrition Pôle d'endocrinologie Pitié-Salpêtrière Centre de recherche en nutrition humaine Île-de-France Université Paris 6 47, boulevard de l'Hôpital 75013 Paris
Bernard Franck	Service d'anesthésie-réanimation Polyclinique de Rillieux 941, rue Capitaine-Julien 69140 Rillieux-la-Pape cedex
Biertho Laurent	Service de chirurgie digestive, département de chirurgie Université Laval Hôpital Laval Québec Canada
Boza Camilo	Département de chirurgie Pontificia universidad católica de Chile Facultad de medicina Lira, 44 Santiago Chili
Cannistrá Claudio	Unité de chirurgie plastique Service de chirurgie générale CHU Bichat 46, rue Henri-Huchard 75018 Paris
Chevallier Jean-Marc	Service de chirurgie digestive Université Paris 5 Assistance Publique-Hôpitaux de Paris Hôpital Européen Georges-Pompidou 20, rue Leblanc 75015 Paris
Ciangura Cécile	Service de nutrition Pôle d'endocrinologie Pitié-Salpêtrière Centre de recherche en nutrition humaine Île-de-France Université Paris 6 47, boulevard de l'Hôpital 75013 Paris

Dapri Giovanni	Département de chirurgie digestive École européenne de chirurgie laparoscopique CHU Saint-Pierre Rue Haute 322 1000 Bruxelles
Dargent Jérôme	Service de chirurgie digestive Polyclinique de Rillieux 941, rue Capitaine-Julien 69140 Rillieux-la-Pape cedex
Gagner Michel	Département de chirurgie Mount Sinai Medical Center Florida international university 4300 Alton Road Miami Beach FL 33140 États-Unis
Gay Frédéric	Service de radiologie Polyclinique de Rillieux 941, rue Capitaine-Julien 69140 Rillieux-la-Pape
Himpens Jacques	Département de chirurgie digestive École européenne de chirurgie laparoscopique CHU Saint-Pierre Rue Haute 322 1000 Bruxelles
Quilliot Didier	Service de diabétologie, maladies métaboliques Maladies de la nutrition CHU de Nancy Hôpital Jeanne d'Arc BP 303 54201 Toul cedex
Rode Vincent	Service de radiologie Polyclinique de Rillieux 941, rue Capitaine-Julien 69140 Rillieux-la-Pape
Scopinaro Nicola	Service de chirurgie générale, métabolique et fonctionnelle Azienda ospedaliera universitaria « San Martino » Largo Rosanna Benzi, 8 16132 Genova Italie
Steffen Rudolf	Service de chirurgie digestive Clinique Beau-Site Schänzlihalde 11 3000 Berne 25 Suisse

- Suter Michel** Service de chirurgie digestive
Centre hospitalier universitaire Vaudois
Rue du Bugnon 46
1011 Lausanne
Suisse
- Service de chirurgie
Hôpital de Chablais
Aigle
Chemin du Grand-Chêne
1860 Aigle
- Monthey
Route de Morgins
1870 Monthey
Suisse
- Van Alphen Patrick** Département de chirurgie digestive
École européenne de chirurgie laparoscopique
CHU Saint-Pierre
Rue Haute 322
1000 Bruxelles
- Ziegler Olivier** Service de diabétologie
Maladies métaboliques, maladies de la nutrition
CHU de Nancy
Hôpital Jeanne d'Arc
BP 303
54201 Toul cedex
- Zimmermann Jean-Marie** Service de chirurgie digestive
Centre hospitalier Privé Clairval
317, boulevard du Redon
13009 Marseille

Introduction

J. Dargent

Les changements et les débats dans le domaine de la chirurgie bariatrique sont incessants, mais le plus important est la triple révolution que subit aujourd'hui cette discipline.

1. Les nouveaux développements techniques (comme l'apport des procédures non invasives, purement endoscopiques), la multiplication des options de première ligne, et presque autant celles des options de seconde ligne, ont rendu illusoire tout consensus formel sur une stratégie définitive, y compris dans la préférence donnée à un mécanisme (comme la malabsorption de principe) en fonction d'un index de masse corporelle (IMC). Cette révolution est la bienvenue, car elle permettra sans doute de réaliser des essais randomisés (actuellement difficilement concevables pour des raisons éthiques), donc d'accroître le niveau de preuve en faveur des techniques bariatriques. C'est alors que celles-ci trouveront une légitimité renforcée, au lieu d'être cantonnées à ne traiter que 1 à 3 % des patients candidats potentiels.

2. Les facteurs cités et certains acquis issus des connaissances physiopathologiques (genèse et évolution du diabète en particulier) laissent entrevoir une extension du champ d'application de l'ensemble des interventions bariatriques, en particulier une extension des indications au-delà des frontières établies en termes d'âge ou d'IMC.

3. Sous l'influence de l'éclatement des choix proposés en première intention, puis dans les situations de plus en plus fréquentes de reprise chirurgicale, le découpage classique en type d'interventions proposées (techniques restrictives, malabsorptives ou mixtes) ou en séquences stéréotypées (de type indications, technique et résultats, etc.), devient obsolète. La problématique est désormais celle d'un « opéré bariatrique » qui pose les questions transversales de sa prise en charge, quelle que soit l'option première (toujours discutable en l'absence de consensus au sein de la vaste communauté des intervenants bariatriques), des étapes d'un parcours auquel il faut restituer de la cohérence, comportant suivi médical ou choix d'une stratégie de rechange...

Bien qu'elle reste importante, la question prioritaire pour le chirurgien de l'obésité n'est plus : de quelle opération dois-je faire préférentiellement l'apprentissage, et quelle est la meilleure opération pour mon patient ? Elle est à présent : quels sont les problèmes que rencontre le patient bariatrique tout au long de son chemin ?

Bien que son but soit surtout d'apporter une information pratique, la structure de ce livre est donc différente de la première édition, parue en 2002. Le plan ne met plus en valeur la série des différentes opérations, leurs mérites et leurs inconvénients propres, mais s'attache aux questions qui affectent indifféremment tout opéré.

Les experts traitant chaque chapitre de ce livre ont souvent des opinions divergentes, car en même temps que se sont développées les techniques opératoires, les écarts sont demeurés importants dans les opinions sur les stratégies à adopter. C'est pourquoi nous avons laissé subsister certaines redondances entre chapitres, car elles témoignent de la variété dans la prise en charge chirurgicale qu'il serait vain de nier (voir par exemple les stratégies de reprise), mais aussi de convergences assez solides (voir par exemple la conduite à tenir envers certaines complications). Il n'est donc pas possible aujourd'hui d'établir des consensus formels, même si des tendances se dégagent. Chacun des chapitres représente une synthèse sur un sujet donné : les conclusions peuvent diverger, mais les démarches sont toujours le fruit d'une expérience originale. Sans prétendre donc établir une « synthèse des synthèses », nous espérons que le lecteur y puisera des idées « claires et distinctes » sur les nombreux enjeux à venir.

Quelques mots sur le plan suivi. Chacune des interventions actuelles se trouve bien présente dans la plupart des chapitres, mais aucune ou presque ne fait l'objet d'un chapitre spécifique contrairement à la précédente édition de ce livre, car ayant été largement traitée sous cet angle un peu restreint et dépassé. Les textes de Arnaud Basdevant et Michel Suter insistent sur les deux versants de la prise en charge (médical et chirurgical) et surtout réaffirment leur caractère intriqué et indispensable, à l'heure où l'on imagine à tort que les progrès techniques et le consensus sur les indications pourraient nous en exonérer. Nicola Scopinaro, célèbre « réinventeur » de la malabsorption, en défend le principe et l'absence de danger si on respecte certaines précautions. Puis est abordée l'intervention la plus courante en France, l'anneau modulable, sous l'angle de la prise en charge radiologique, laquelle est une des conditions de la réussite de la restriction au long terme. Viennent enfin les grandes problématiques transversales : la stratégie de reprise chirurgicale, la possibilité d'un algorithme décisionnel dans le choix de la chirurgie, la stratégie bariatrique en plusieurs étapes par l'un de ses plus fameux promoteurs, les indications à la marge ou en devenir de la chirurgie, les techniques d'anastomose et d'agrafage, les complications graves postopératoires. Nous terminons sur des notions prospectives : les options alternatives et futures de la chirurgie de l'obésité telles qu'on peut les dessiner aujourd'hui, les intrications de la chirurgie avec d'autres domaines – anesthésie, chirurgie de reconstruction, autres pathologies –, enfin les résultats de la chirurgie tels que les appréhende l'*evidence based medicine* en 2008.

Sommaire

Introduction	9
<i>J. Dargent</i>	
Index des abréviations	13
Indications de la chirurgie bariatrique et processus de sélection médicale	15
<i>C. Ciangura et A. Basdevant</i>	
Les grandes questions pratiques : bilan préopératoire, suivi minimal et obligations.....	25
<i>M. Suter</i>	
Les principes de la malabsorption en chirurgie bariatrique.....	33
<i>N. Scopinaro</i>	
Les ajustements de l'anneau modulable : stratégie et problèmes	43
<i>V. Rode et F. Gay</i>	
Les réinterventions après chirurgie de l'obésité : panorama et fiches pratiques.....	57
<i>J. Dargent</i>	
Critères de choix : une technique pour tous les patients ou bien une modulation selon le type de patient ?.....	75
<i>J. Himpens, G. Dapri et P. Van Alphen</i>	
Le principe de l'approche bariatrique par étapes : exemple de la chirurgie en deux temps chez les patients à haut risque	89
<i>M. Gagner et C. Boza</i>	
Les indications limites et controversées de la chirurgie bariatrique.....	103
<i>J.-M. Chevallier</i>	

Les techniques d'agrafage et d'anastomose digestive en chirurgie bariatrique laparoscopique.....	119
<i>J.-M. Zimmermann</i>	
Les complications graves de la chirurgie bariatrique.....	135
<i>R. Steffen et L. Biertho</i>	
Indications des procédés alternatifs en chirurgie bariatrique. Le futur de la chirurgie de l'obésité : une intégration au sein des « techniques bariatriques ».....	151
<i>J. Dargent</i>	
L'opéré bariatrique dans son contexte : les autres pathologies.....	173
<i>J. Dargent</i>	
L'opéré bariatrique dans son contexte : l'anesthésie-réanimation	179
<i>F. Bernard</i>	
L'opéré bariatrique dans son contexte : la reconstruction plastique après perte de poids	185
<i>C. Cannistrá</i>	
L'appréhension médicale des résultats de la chirurgie : leçons de l'étude SOS.....	191
<i>D. Quilliot et O. Ziegler</i>	

Index des abréviations

AGA :	anneau gastrique ajustable
BJI :	bypass jéjuno-iléal
BPD :	bypass bilio-pancréatique
BPD-DS :	bypass bilio-pancréatique avec <i>duodenal switch</i>
DT2 :	diabète de type 2
GBP :	<i>gastric bypass</i>
HTA :	hypertension artérielle
IMC :	indice de masse corporelle
SAS :	syndrome d'apnée du sommeil
SG :	<i>sleeve</i> gastrectomie
VBG :	<i>vertical banded gastroplasty</i> (gastroplastie verticale calibrée)

Indications de la chirurgie bariatrique et processus de sélection médicale

C. Ciangura et A. Basdevant

Question : *Un processus rigoureux de sélection des patients est-il aujourd'hui encore nécessaire et pourquoi ? Quelle est l'influence réelle de la durée de prise en charge préopératoire ?*

Réponse : *L'obésité est une situation hétérogène et évolutive : la chirurgie n'est qu'une étape dans la prise en charge de cette maladie chronique ; il existe des contre-indications majeures et des situations spécifiques qui nécessitent une expertise préalable. L'équipe interdisciplinaire doit tester la compliance, et préparer à la fois l'intervention et l'après chirurgie. La durée du suivi proposée est de 6 à 12 mois, mais dans tous les cas adaptée à la situation somatique et personnelle de chaque patient et à sa trajectoire médicale.*

Introduction

À la question de la nécessité d'une sélection rigoureuse, notre réponse est clairement « oui ». Nous justifions notre position à partir de l'expérience clinique, car il n'existe pas d'étude comparative des résultats en fonction de la « rigueur » de la sélection. Nous discuterons trois questions : Pourquoi sélectionner les patients ? Comment le faire en pratique ? Comment gérer un refus ? Concernant la durée de prise en charge préopératoire, la réponse sera plus nuancée, traduisant la diversité des points de vue médicaux et chirurgicaux et surtout la variété des situations cliniques.

Un processus rigoureux de sélection des patients est-il aujourd'hui encore nécessaire et pourquoi ?

Au risque de caricaturer les positions, mais pour poser les problèmes et éviter la langue de bois, on peut dire que derrière cette interrogation se dessinent deux points de vue radicalement opposés. Le premier considère que la chirurgie étant « la seule méthode efficace de traitement de l'obésité », il n'y a pas lieu de s'interroger longuement sur ses indications qui sont larges et ne doivent pas être retardées par des considérations médicales intempestives. De fait, la chirurgie de l'obésité massive apparaît actuellement comme le traitement qui permet le plus souvent une perte de poids significative et durable, et qui améliore les comorbidités au point de discuter l'extension des indications aux cas d'obésité modérée avec diabète. Les bénéfices potentiels sont tels que certains s'interrogent sur l'intérêt de discuter et de prendre (certains diront « perdre ») du temps. D'ailleurs, une proportion significative de patients se fait opérer quelques jours ou semaines après avoir consulté un chirurgien recommandé par une connaissance ou un média. D'où un premier point de vue, essentiellement chirurgical : la sélection peut être rapide et se fait sur un minimum de critères !

À l'opposé, le point de vue médical, mais partagé par bien des chirurgiens et des anesthésistes-réanimateurs, est que la chirurgie n'est qu'une étape dans une prise en charge nécessairement longue pour cette maladie chronique. D'où la nécessité d'un processus décisionnel inscrit dans le temps.

On aurait tort de voir dans cette divergence la seule confrontation d'intérêts territoriaux ou autres, entre médecins et chirurgiens. En réalité, le débat touche à une question fondamentale portant sur la conception de la maladie chronique et la reconnaissance de la complexité et de l'hétérogénéité de l'obésité. Si nous préconisons un processus rigoureux de sélection des patients, c'est pour donner au futur opéré toutes ses chances. La maladie chronique requiert en effet une « médecine durable », un avant et un après... point de vue qui n'est certes pas dans l'air du temps centré en France, sur la rentabilité de la tarification à la pathologie, mais que conforte notre pratique clinique quotidienne. Il ne s'agit en aucun cas de tirer prétexte de cette démarche pour retarder la chirurgie ou en dissuader le patient, mais bien au contraire d'optimiser la prise en charge et de l'inscrire dans la durée pour permettre à la chirurgie d'atteindre son efficacité maximale et de s'accompagner d'un minimum d'effets secondaires.

Venons-en au détail des arguments en faveur de la qualité du processus décisionnel.

Pourquoi une sélection des patients ?

La sélection des patients reste justifiée par au moins trois raisons : d'abord la nécessité d'inscrire l'acte chirurgical dans une cohérence médicale ; la prise en charge ne peut être standardisée et il faut l'adapter à la spécificité des situations individuelles. Ensuite, parce qu'il existe des contre-indications absolues et des risques certains. Enfin, parce que l'information du patient et de son entourage est impérative afin de prévenir les complications liées à cette chirurgie et préparer les bouleversements qu'elle entraîne, tant sur le plan médical que celui de la situation personnelle.

Parce que l'obésité est une situation extrêmement hétérogène et que la chirurgie ne s'adresse pas à tout le monde

Dans le domaine de l'obésité, toute stratégie thérapeutique doit intégrer une notion simple mais centrale : il s'agit d'une maladie chronique évolutive, relevant de déterminants multiples biologiques, comportementaux et environnementaux, et générant des complications diverses somatiques (maladies cardiorespiratoires, inflammation, maladies ostéo-articulaires, cancers, etc.), psychologiques (dépression, détérioration de l'image de soi), sociales (discrimination, stigmatisation, handicap). D'où une très grande hétérogénéité clinique, symptomatique et évolutive. D'où aussi l'impossibilité de fixer une forme typique, et l'impératif de considérer la maladie dans son évolution passée et future. Quel rapport avec la décision chirurgicale ? En premier lieu, il faut considérer la spécificité de chaque cas et la nécessité d'une réponse sur mesure. Ensuite, à partir de l'histoire clinique individuelle, il importe de hiérarchiser les problèmes, les déterminants et complications dominantes, et de se faire une idée des avantages et inconvénients potentiels de la chirurgie.

Certes, l'objectif de la prise en charge globale d'un patient obèse comprend la gestion du poids, mais les moyens d'y parvenir sont clairement liés à ses déterminants. S'ils ne sont pas pris en compte, certains d'entre eux – par exemple les désordres alimentaires – peuvent contrecarrer la chirurgie.

C'est au médecin qu'il incombe de conduire cette expertise pour permettre au patient et au chirurgien d'inscrire l'acte chirurgical dans les conditions optimales.

Parce que la prise en charge médicale de l'obésité morbide peut être efficace

S'il ne faut pas méconnaître les difficultés de la prise en charge des obésités morbides, s'il faut admettre un taux d'échecs important, et si la chirurgie est actuellement la méthode thérapeutique la plus efficace, il faut également considérer que la prise en charge non chirurgicale de l'obésité sévère connaît des succès. Il est difficile de chiffrer leur fréquence car ils dépendent de la population sélectionnée, mais les grandes séries les estiment aux alentours de 15 % si le

critère de la perte de poids majeure est retenu. On sait d'autre part qu'une perte de poids de l'ordre de 5 à 10 % permet de contrôler une part importante des comorbidités. Ces pourcentages ne sont pas enthousiasmants, mais un tel taux de succès n'est pas négligeable s'il permet d'éviter un risque de mortalité opératoire de 1 à 5/1 000 : il justifie d'avoir offert toutes les possibilités médicales au patient. Une dimension importante du bilan médical est de vérifier que tous les moyens thérapeutiques ont bien été tentés. Force est de constater que dans bien des cas les patients n'ont pas bénéficié de l'ensemble des mesures possibles dans le cadre d'une prise en charge interdisciplinaire.

Parce qu'il y a un « avant la chirurgie »

Nous avons dit plus haut pourquoi l'acte chirurgical devait s'inscrire dans une stratégie médicale cohérente comportant un bilan multidisciplinaire et une information du patient. En pratique, ce bilan ne doit pas se réduire à cocher les items d'une check-list à partir d'une enquête sommaire. Le bilan engage les médecins, les psychologues ou les psychiatres qui en ont la charge. La responsabilité de l'indication chirurgicale est partagée par le médecin et par le chirurgien. Cette proposition est cohérente avec notre analyse précédente : l'acte chirurgical est un élément d'une prise en charge d'une maladie chronique. C'est une étape majeure mais ce n'est qu'une étape. Nous plaignons pour que soit identifié le médecin référent pour l'indication et le bilan préchirurgical, et pour l'information du patient notamment sur les conditions de suivi.

L'avant chirurgie doit être une période d'optimisation du traitement des complications de l'obésité en particulier dans le domaine métabolique (diabète, dyslipidémie, NASH), cardiorespiratoire (insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, apnées du sommeil, asthme). L'objectif est de permettre aux anesthésistes-réanimateurs d'intervenir dans les meilleures conditions. Les autres prérequis sont la recherche et l'éventuelle éradication d'*Helicobacter pylori* avant GBP, l'évaluation de la mastication et des soins dentaires nécessaires, la mise en place d'une contraception efficace chez la femme avant GBP.

L'avant chirurgie doit être un temps d'information sur les risques, y compris vitaux, sur les avantages et inconvénients de chaque procédure, sur les conséquences sur la vie quotidienne et la santé. Le patient doit savoir qu'il est possible que le chirurgien soit contraint de convertir une procédure coelioscopique en une procédure conventionnelle (ouverte). Il lui est conseillé de rencontrer des opérés afin d'échanger des expériences. Un document écrit lui est remis.

Le médecin est souvent conduit à donner une information sur l'équipe chirurgicale et les conditions périopératoires. Nous recommandons une équipe réunissant un chirurgien formé dans les domaines bariatrique et coelioscopique, pratiquant un nombre significatif d'interventions, et collaborant avec des anesthésistes-réanimateurs entraînés à la prise en charge périopératoire des obèses. L'information ne concerne pas seulement ces éléments techniques : l'acte chirurgical ne se résume pas à une intervention, mais engage profondément l'avenir du patient.

Le patient obèse est un partenaire du projet de soins : il est acteur d'une décision risquée et définitive (d'où l'importance d'un document écrit de consentement) dont il doit apprécier l'ensemble des éléments, et la balance bénéfiques/risques. Il sera également acteur de la gestion au quotidien des conséquences de l'intervention chirurgicale. Le patient va en quelques semaines se trouver dans une situation radicalement nouvelle : il devra s'adapter à une situation certes désirée, mais surprenante. L'information est donc cruciale pour anticiper les changements de comportement alimentaire, de perception du confort digestif, de représentation corporelle, et de rapport à l'autre dans la vie personnelle et sociale. L'évolution après chirurgie est éminemment individuelle : il faut éviter une idéalisation du résultat car les changements peuvent être difficiles. Ce projet nécessite un partenariat actif avec le patient, il est donc essentiel de s'appuyer sur un temps minimum de suivi préopératoire.

Parce qu'il existe des contre-indications

Elles sont connues et ne prêtent pas à discussion. Elles imposent une analyse médicale qui peut prendre du temps. Les plus importantes sont l'alcoolisme et les toxicomanies. Différentes publications soulignent les risques de la chirurgie bariatrique chez ces patients : l'alcoolisme expose à un risque élevé de dénutrition et surtout de carences vitaminiques (groupe B). Or, reconnaître une toxicomanie ou un alcoolisme n'est pas toujours aisé et peut être long. Les troubles psychotiques non stabilisés, les syndromes dépressifs sévères, les tendances suicidaires sont également des contre-indications immédiates. Enfin, les pathologies menaçant le pronostic vital à court terme (cancers) sont des contre-indications.

D'autres sont plus débattues : les troubles du comportement alimentaire, l'impossibilité pour le patient de participer à un suivi médical prolongé et l'absence de soutien social, les situations de grande précarité.

Concernant les troubles du comportement alimentaire, l'accord se fait généralement sur la « boulimie », au sens syndromique de *Bulimia nervosa*. Elle est caractérisée par des excès alimentaires incontrôlables qui n'ont pour limite que le contenu gastrique ou la résolution par un vomissement spontané ou provoqué, associés à une volonté drastique de contrôle du poids et à des troubles majeurs de l'image corporelle. Rappelons que la boulimie vraie est rare mais possible chez les personnes obèses (les personnes boulimiques ayant recours à des stratégies radicales de contrôle du poids). Cette situation est souvent associée à des antécédents d'anorexie mentale qu'il faut savoir identifier car ils constituent une contre-indication à la chirurgie, s'ils n'ont pas fait l'objet d'un travail psychothérapeutique durable : chaque équipe médicochirurgicale a connu des observations plus ou moins dramatiques de récurrence de comportement anorexique, voire d'authentique anorexie mentale après l'intervention, toujours difficiles à prendre en charge. Mais le problème le plus fréquent en pratique est posé par les compulsions alimentaires, *binge* ou *binge eating disorders* des Anglo-Saxons. L'impulsi-