

Vers une stratégie multimodale: nouvelles thérapeutiques médicamenteuses de l'obésité: place, stratégie

Fabien STENARD

Résumé

Cette présentation expose la prise de position chirurgicale sur l'articulation entre traitements médicamenteux de l'obésité (TMO) et chirurgie bariatrique, portée par un groupe pluridisciplinaire (FORCE, AFERO, SOFFCO-MM, SFE, SFNCM). L'axe central est une prise en charge multimodale et coordonnée, comparable à l'oncologie, nécessitant une approche personnalisée pour optimiser les résultats à long terme.

Une information systématique sur les TMO est recommandée dès le parcours préopératoire. Ces traitements peuvent réduire le risque opératoire et améliorer la préparation du patient, mais doivent être arrêtés avant l'intervention. Après chirurgie, les TMO trouvent leur place une fois le plateau pondéral atteint, notamment en cas de réponse insuffisante ou de reprise de poids. La vigilance nutritionnelle reste cruciale, avec un bilan et une supplémentation vitaminique adaptés avant tout TMO.

Concernant les objectifs pondéraux, différents paliers de perte de poids sont associés à des bénéfices gradués : 5–10 % pour les gains métaboliques, 10–15 %+ pouvant modifier l'histoire du diabète de type 2. La rémission n'équivaut pas à une guérison définitive, et les réponses aux TMO nécessitent souvent un traitement prolongé.

Enfin, malgré l'essor des agonistes GLP-1, la majorité des personnes vivant avec l'obésité n'accède ni à la chirurgie ni aux pharmacothérapies. La conclusion réaffirme la stratégie multimodale TMO + chirurgie avec des indications raisonnées et un suivi nutritionnel rigoureux.

Mots clés

- Chirurgie bariatrique
- Traitements médicamenteux (TMO)
- Prise en charge multimodale

Abstract

This presentation outlines the surgical position statement on integrating anti-obesity medications (AOMs) with bariatric surgery, led by a multidisciplinary working group (FORCE, AFERO, SOFFCO-MM, SFE, SFNCM). The core message advocates a coordinated, multimodal, oncology-like approach, recognizing obesity as a chronic, relapsing disease requiring personalized care.

Systematic AOM information is recommended during preoperative preparation. AOMs may serve as a bridge to surgery, improving patient condition and potentially reducing surgical risk, but should be discontinued before the procedure. Postoperatively, AOMs become relevant when patients reach a weight plateau, experience insufficient response, or regain weight. Nutritional vigilance remains essential, including vitamin assessment and supplementation before initiating any AOM.

Regarding weight-loss targets, graded thresholds correlate with specific benefits: 5–10% loss improves metabolic markers, while 10–15%+ may alter the course of type 2 diabetes. Remission does not equal cure, and AOM responses often require long-term maintenance therapy.

Despite the rise of GLP-1 agonists, most people living with obesity still lack access to both surgery and pharmacotherapy. The conclusion reaffirms the value of a multimodal AOM + surgery strategy, with evidence-based indications and rigorous nutritional follow-up.

Keywords

- Bariatric surgery
- Anti-obesity medications (AOMS)
- Multidisciplinary approach