

FICHE D'INFORMATION SUR LA CHIRURGIE DE L'OBESITE

Nous vous invitons aussi à consulter le site de la Haute Autorité de Santé sur ce sujet (Chirurgie de l'obésité de l'adulte. Has.fr).

1°) Définition, indication technique :

Vous êtes candidat à un traitement chirurgical de l'obésité lorsque votre index de masse corporelle est supérieur ou égal à 40, ou supérieur ou égal à 35, mais dans ce cas avec comorbidités. L'index de masse corporelle (IMC) se calcule en divisant le poids par la taille en mètre au carré. Un IMC supérieur ou égal à 40 ou, 35 avec comorbidités, a deux conséquences :

- votre espérance de vie est diminuée par rapport à quelqu'un de votre âge et de votre taille qui a un poids normal.
- il y a plus de risque pour votre santé à ne rien faire, ou à continuer des régimes, plutôt que de vous faire opérer (l'opération est moins dangereuse que de ne rien faire) car votre coeur, vos poumons, vos articulations, vos organes s'abîment progressivement et le risque de faire un cancer augmente. On ne fait d'ailleurs pas ces opérations après 60-65 ans.

Le but de l'opération est que vous perdiez tout votre excès de poids sans le reprendre et, de ce fait, ne plus avoir d'hypertension artérielle, de diabète, d'apnée du sommeil, d'usures des articulations, de brûlures à l'estomac ...

2°) Expérience

La Clinique Turin, a été classée plusieurs fois dans les meilleures cliniques de France pour cette chirurgie. Elle est labellisée centre de référence par la Société Française de Chirurgie de l'Obésité (www.soffco-mm.fr). Le Pr Johanet était le numéro 2, de 1995 à 2010, du service de l'Hôpital Bichat, leader en France dans cette pathologie ; il y a arrêté son activité pour rejoindre la Clinique Turin en juillet 2010.

3°) Avant l'opération :

Le bilan opératoire est complet et nous sommes très rigoureux, sur ce point, en accord avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé : consultation auprès d'un médecin nutritionniste (et non d'une diététicienne), d'un médecin psychiatre ou d'une psychologue, d'un spécialiste des poumons pour voir comment vous respirez, si vous ne faites pas de pause respiratoire pendant votre sommeil, fibroscopie de l'estomac, prises de sang, bilan cardiologique, radiographies des poumons, de l'estomac, échographie du foie et de la vésicule biliaire. Si votre index est entre 35 et 40, il sera nécessaire que vous voyez d'éventuels spécialistes pour documenter des pathologies dont vous souffrez (articulaire, en particulier). A la fin de ce bilan, vous serez revu en consultation.

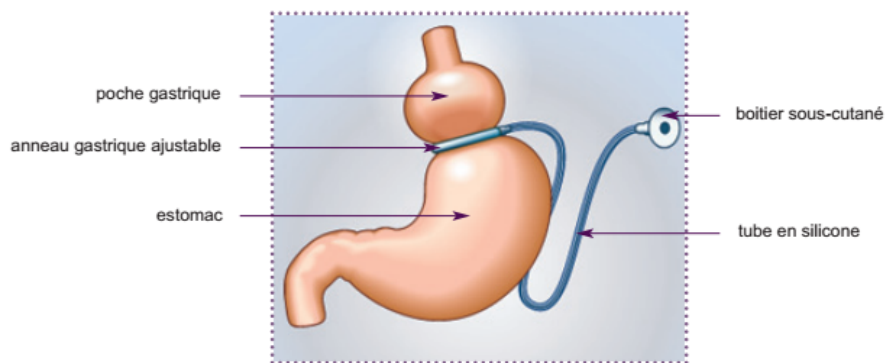
La décision d'opérer sera prise, le choix de l'opération sera fait et la date de l'opération fixée. Il faudra ensuite faire une consultation d'anesthésie.

Il existe essentiellement trois types d'opération, toutes sous anesthésie générale et sous cœlioscopie (sans ouvrir avec une caméra) :

- l'anneau, qui dure environ une heure, habituellement en ambulatoire : on rentre le matin à jeun et on sort le soir chez soi avec un accompagnant. On met un anneau autour de la partie

supérieure de l'estomac. Cela constitue un petit réservoir qui, quand il est plein, fait passer la faim. Cet anneau est relié à un réservoir sous la peau dans lequel on pourra, plus tard, introduire du liquide pour resserrer l'anneau si besoin. L'anneau est l'opération la plus connue mais est réalisée de moins en moins souvent. Les causes d'échec sont le grignotage, la prise de boissons sucrées et un excès de poids supérieur à 50 kilos. Si vous n'êtes pas dans ces cas-là, l'anneau reste une bonne solution pour vous.

Technique de l'anneau gastrique ajustable



Principe	<p>Technique restrictive qui diminue le volume de l'estomac et ralentit le passage des aliments. Elle ne perturbe pas la digestion des aliments.</p> <p>Un anneau (dont le diamètre est modifiable) est placé autour de la partie supérieure de l'estomac, délimitant ainsi une petite poche. Peu d'aliments sont nécessaires pour remplir cette poche et la sensation de satiété apparaît rapidement. Les aliments vont s'écouler très lentement selon le principe du sablier.</p>
Caractéristiques	<p>Seule technique ajustable</p> <p>L'anneau est relié par un petit tube à un boîtier de contrôle placé sous la peau. Cet anneau peut être serré ou desserré en injectant un liquide dans le boîtier, à travers la peau. Un contrôle radiologique est nécessaire lors du suivi.</p> <p>L'anneau peut être retiré au cours d'une nouvelle intervention en cas de complication, d'inefficacité ou sur demande du patient.</p>
Perte de poids attendue	<p>De l'ordre de 40 à 60 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 20 à 30 kg¹. Le recul sur ces résultats est de 10 ans.</p> <p>En cas de retrait de l'anneau, une reprise de poids est habituelle.</p>
Durée moyenne de l'intervention ²	1 heure
Durée moyenne de l'hospitalisation ³	2 à 3 jours
Mortalité liée à l'intervention	0,1 %
Principaux risques de complications	<p>Des complications mécaniques peuvent survenir après l'intervention, même après plusieurs années :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ problèmes liés au boîtier : infections, déplacement du boîtier sous la peau, douleurs au niveau de l'emplacement du boîtier, rupture du tube reliant le boîtier et l'anneau ; ▶ glissement de l'anneau et dilatation de la poche au-dessus de l'anneau pouvant entraîner des vomissements importants voire l'impossibilité de s'alimenter ; ▶ troubles de l'œsophage (reflux, œsophagite, troubles moteurs...) ; ▶ lésions de l'estomac provoquées par l'anneau (érosion de l'estomac, migration de l'anneau). <p>Une nouvelle intervention peut s'avérer nécessaire pour retirer l'anneau ou pour réaliser une autre technique de chirurgie de l'obésité.</p>

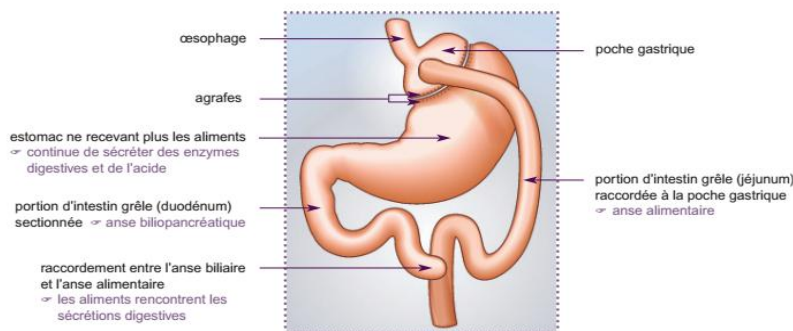
1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m².
2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.
3. En l'absence de complication après l'intervention.

Pour plus d'informations, téléchargez la brochure « Chirurgie de l'obésité - Ce qu'il faut savoir avant de se décider ! » sur www.has-sante.fr

- l'opération de référence, depuis 25 ans, aux Etats-Unis et, maintenant en France et en Europe, est le By pass. Elle associe un petit réservoir agrafé sur l'estomac (comme pour l'anneau mais il n'y a pas d'anneau) et une dérivation intestinale : le petit intestin est relié à cette poche et ainsi les aliments ne rejoignent la bile pour la digestion que beaucoup plus bas dans l'intestin. Tout cela se passe dans le petit intestin : le by pass ne donne pas la diarrhée. Cette opération dure deux heures et les patients sont beaucoup plus confortables pour manger qu'avec l'anneau. Si vous grignotez ou buvez des boissons sucrées, vous perdrez quand même votre excès de poids. La contrepartie est la nécessité de prendre des vitamines, variable selon les patients.

Parce qu'elle est confortable, efficace et peu astreignante pour les patients, cette opération s'est imposée comme l'intervention de référence. Du fait de possible carences vitaminiques, à vérifier de façon impérative deux fois par an à vie, il est imposé de ne pas mener de grossesse dans les 18 mois qui suivent le by pass.

Technique du *bypass* gastrique (ou court-circuit gastrique)



Principe	Technique restrictive et malabsorptive qui permet de diminuer à la fois la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche) et l'assimilation de ces aliments par l'organisme, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin (aucun organe n'est enlevé). Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc assimilés en moindres quantités.
Perte de poids attendue	De l'ordre de 70 à 75 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 35 à 40 kg ¹ . Le recul sur ces résultats est de 20 ans.
Durée moyenne de l'intervention ²	1h30 à 3 heures
Durée moyenne de l'hospitalisation ³	4 à 8 jours
Mortalité liée à l'intervention	0,5 %
Principaux risques de complications	<ul style="list-style-type: none"> ▶ complications chirurgicales : ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin, hémorragies, occlusion de l'intestin ; ▶ carences nutritionnelles ; ▶ complications fonctionnelles : hypoglycémie après le repas, <i>dumping syndrome</i>[*], constipation.

¹. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m².

². En l'absence de complication au cours de l'intervention.

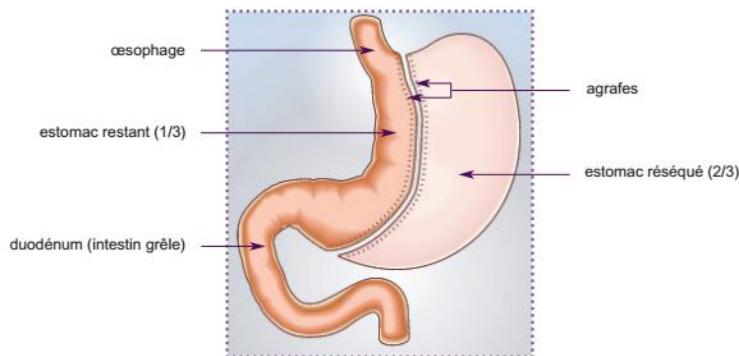
³. En l'absence de complication après l'intervention.

^{*} **Dumping syndrome** : sensation de malaise (avec palpitations, mal de tête, nausée, diarrhée...) qui peut survenir juste après un repas. Ce syndrome est dû à l'arrivée massive et rapide dans l'intestin d'aliments très riches en graisses ou en sucres.

- la Sleeve gastrectomie est une opération qui est se développe rapidement, en particulier parce qu'elle est plus facile à réaliser que le by pass (durée : 1 heure), que ne font pas nombre de chirurgiens. Elle consiste à enlever les 3/4 de l'estomac en transformant celui ci en tube. Les résultats de cette opération introduite il y a une dizaine d'années, semblent se maintenir

dans le temps. Contrairement aux deux autres interventions, elle est irréversible puisqu'on ne peut pas vous remettre l'estomac.

Technique de la gastrectomie longitudinale (ou gastrectomie en manchon ou *sleeve gastrectomy*)



Principe	<p>Technique restrictive qui consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac et, notamment, la partie contenant les cellules qui sécrètent l'hormone stimulant l'appétit (ghréline). L'estomac est réduit à un tube vertical et les aliments passent rapidement dans l'intestin. En outre, l'appétit est diminué. Cette technique ne perturbe pas la digestion des aliments.</p> <p>La gastrectomie longitudinale constitue, parfois, la première étape d'une dérivation biliopancréatique (voir technique page 15).</p>
Perte de poids attendue	De l'ordre de 45 à 65 % de l'excès de poids après deux ans, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 25 à 35 kg ¹ . Le recul sur ces résultats est de 2 ans.
Durée moyenne de l'intervention²	2 heures
Durée moyenne de l'hospitalisation³	3 à 8 jours
Mortalité liée à l'intervention	Estimée à 0,2 %
Principaux risques de complications	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ulcères, fuites ou rétrécissement au niveau de l'estomac restant ; ▶ hémorragies postopératoires précoces ; ▶ carences nutritionnelles possibles (à surveiller) ; ▶ reflux gastro-œsophagien (remontées acides et alimentaires dans l'œsophage) et inflammation de l'œsophage ; ▶ dilatation de l'estomac ;

1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m².
2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.
3. En l'absence de complication après l'intervention.

Pour plus d'informations, téléchargez la brochure « Chirurgie de l'obésité - Ce qu'il faut savoir avant de se décider ! » sur www.has-sante.fr

Juillet 2009

La consultation d'anesthésie est obligatoire. Les critères pour la prise en charge en ambulatoire doivent être strictement respectés (venir à jeun, avoir un accompagnant en voiture particulière pour le retour et la nuit qui suit). La préparation de la peau est indispensable pour éviter toute infection : pas de rasage, épilation ou tonte qui augmentent le risque d'infection . Douche avant l'intervention par bétadine (ou hibiscrub si allergie). La zone opératoire sera rebadigeonnée deux fois pendant l'anesthésie avant l'opération.

Les tarifs de la sécurité sociale n'ayant pas évolué depuis 1970 mais les charges augmentant, nous vous demanderons un supplément d'honoraires si votre mutuelle ou vos possibilités le permettent..

4°) Pendant l'opération :

Vous dormez entre 3/4 d'heures et deux heures en fonction de l'opération. La conversion en grande ouverture est exceptionnelle mais toujours possible dépendant beaucoup de l'expérience du chirurgien et des antécédents d'opération sur l'abdomen.

5°) Après l'opération :

En cas de sleeve ou by pass, vous irez aux soins intensifs pour surveillance pendant 24 heures. A tout moment, pendant cette période, une réopération peut être décidée si nécessaire. Vous serez alimenté le soir même. C'est la période d'apprentissage qui débute; vous devez impérativement respecter les 4 grandes règles :

- boire et manger lentement,
- boire et manger calmement, c'est le plus difficile,
- ne pas boire en mangeant,
- bien mâcher quand vous introduirez les solides.

Certains vous proposeront des schémas. En réalité, chacun fait son parcours. L'important n'est pas ce que vous mangez mais comment vous le mangerez. Vous sortirez avec des conseils alimentaires.

La durée d'hospitalisation va de 0 (pose d'anneau dans la journée) à 4 jours.

Il n'y a pas de soins infirmiers, en dehors des piqûres contre la phlébite. En réalité, les fils sont résorbables en 6 semaines sous la peau et vous pourrez vous doucher dès le lendemain. Un arrêt de travail de 15 jours vous sera remis, ainsi qu'un rendez-vous de consultation, une ordonnance de médicament contre la douleur, une ordonnance d'anticoagulants par piqûres pendant trois semaines pour prévenir les phlébites et l'embolie pulmonaire..

Vous pourrez constater dans les premiers jours quelques effets secondaires de l'opération :

- un défaut de vigilance, dû à l'anesthésie générale,
- une distension abdominale car on gonfle le ventre lors de l'opération, celle ci disparaîtra progressivement avec la reprise de vos activités,
- une sensibilité dans les zones opérées,

Vous pourrez refaire des efforts à partir du 15^{ème} jour post opératoire. Si vous avez la moindre inquiétude, en particulier **douleurs, difficulté à respirer ou fièvre**, n'hésitez pas à contacter directement votre chirurgien.

6°) Complications :

Tous les chirurgiens qui font de la chirurgie bariatrique ont eu des décès postopératoires, qu'il s'agisse d'anneau, de sleeve ou de bypass. Les chiffres rapportés par la Haute Autorité de Santé vont de 0,1 à 1,25%. Cela justifie l'extrême rigueur que nous attachons au bilan pré opératoire et à la surveillance en soins intensifs dans les premières heures qui suivent l'opération. Cela justifie les éventuelles décisions de réintervention à la moindre anomalie pour suspicion de fistule ou d'hémorragie. Les taux de fistule (lâchage de couture avec risque de péritonite) sont évalués à 3% après Bypass et à 2,5% après Sleeve (has.fr). Les fistules après Bypass peuvent nécessiter une réintervention, plus souvent une simple prolongation de l'hospitalisation. **Les fistules après Sleeve surviennent dans la moitié des cas après la sortie, exceptionnellement après le 15^{ème} jour, mais peuvent nécessiter des soins pendant plusieurs semaines.**