

INFORMATIONS PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° 1^{ère} inscription à l'Ordre des médecins :**INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE****CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ PATHOLOGIQUE
CONFECTION D'UN GASTRIC BY PASS OU « COURT
CIRCUIT GASTRIQUE »****→ PATIENT**

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

La maladie dénommée « Obésité Pathologique » est caractérisée par l'existence d'un excès de poids important et durable. C'est une maladie chronique, dont les causes sont multiples, et que l'on ne peut guérir avec seulement des régimes et des conseils. On la définit à partir de l'index de masse corporel (IMC). On calcule cet index en divisant le poids (en kg) par le carré de la taille (en mètre). Chez une personne de corpulence normale l'IMC oscille entre 20 et 25. Au-dessus, on parle de surpoids, puis d'obésité, enfin, si l'IMC atteint ou dépasse 40, on parle d'obésité pathologique. Alors qu'un simple surpoids peut être corrigé par des conseils diététiques et d'activité physique, cela est inopérant face à l'obésité pathologique dont il n'y a pas aujourd'hui de traitement efficace et durable en dehors de la chirurgie.

Des interventions chirurgicales ont donc été proposées, soit pour réduire la quantité d'aliments ingérés, soit pour en diminuer l'absorption. On considère que la chirurgie est licite si l'IMC est égal ou supérieur à 40, mais aussi si cet index est égal ou supérieur seulement à 35 dans le cas où l'obésité s'accompagne de pathologies associées ou induites par elle et pouvant être améliorées par la perte de poids, maladies diverses, que l'on regroupe sous le terme de comorbidité (diabète de type II, augmentation du taux de cholestérol, hypertension, apnée du sommeil, arthroses, etc.).

Il faut savoir que le grand excès de poids ne disparaît jamais spontanément mais a tendance à augmenter, entraînant des effets de plus en plus nocifs, diminuant l'espérance de vie et jouant sur la qualité de la vie.

Mais le traitement d'un patient obèse ne débute pas par la chirurgie ! Une prise en charge pluri disciplinaire avec consultations de médecins, nutritionniste, gastro-entérologue (qui pratiquera une fibroscopie et recherche d'*Helicobacter Pylori*), psychiatre, cardiologue, etc, est indispensable. Une préparation à l'intervention est mise en route, avec trois aspects, diététique, psychothérapique et kinésithérapique. L'intervention ne se fait que six mois à un an après la première consultation chirurgicale et fait l'objet d'une demande d'entente préalable auprès de la Sécurité Sociale.

Il existe aujourd'hui trois interventions qui peuvent être proposées pour tenter de guérir l'obésité pathologique : la mise en place d'un anneau gastrique (gastroplastie par anneau ajustable), dont les indications ont diminué, la confection d'une gastrectomie longitudinale (sleeve gastrectomy), et le court-circuit gastro intestinal (Gastric By Pass).

QU'EST-CE QUE C'EST ?

C'est d'abord une section-suture en haut de l'estomac, qui se trouve alors réduit à une petite poche. Puis on branche sur cette petite poche une anse intestinale que l'on a sectionnée plus bas et remontée, ce qui permet au contenu de la petite poche de passer directement dans l'intestin par un « circuit court ». Enfin on rétablit la continuité



en rebranchant, sur l'intestin en aval, l'anse sectionnée. C'est donc une intervention de dérivation entre l'estomac, dont on a réduit la capacité, et l'intestin grêle, en shuntant le duodénum. Ce qui permet une restriction de la quantité d'aliments ingérés, et une moins bonne assimilation de ces aliments. Cette intervention est réalisée sous coelioscopie. Les sutures sont faites avec des pinces mécaniques qui coupent et agrafent les tranches gastriques et intestinales. Ce By Pass est dit « en Y ».

Il y a une autre technique, dite en Omega, et appelée improprement « Mini By Pass » qui ne comporte qu'une anastomose, en proposant un type de dérivation différent. Cette technique a ses avantages et ses inconvénients. Si c'est celle qui vous est proposée, vous devez avoir une fiche d'information supplémentaire.

Quel est l'objectif de cette intervention ? Perdre au moins 50% de l'excès de poids dans l'année, et ne pas le reprendre. C'est aussi voir disparaître l'HTA, le diabète, l'apnée du sommeil, les douleurs articulaires, les troubles digestifs, etc.

En accord avec le chirurgien et selon la balance bénéfice-risque il est donc proposé à la personne présentant une obésité pathologique une intervention selon le protocole suivant.

AVANT LE TRAITEMENT

La chirurgie ne doit être proposée que si deux conditions sont réunies :

- Le respect du critère IMC : on n'opère que si l'IMC est supérieur ou égal à 40, ou à 35 s'il existe des comorbidités documentées.
- La constatation que la prise en charge non chirurgicale (régime, mode de vie, traitement de troubles endocriniens ou psychologiques) n'a pas réussi, et que l'on se trouve face à un échec de tentative loyale de traitement non chirurgical.

QUEL TRAITEMENT ?

Sous anesthésie générale, par coelioscopie (petits « trous » dans la paroi abdominale), on pratique d'abord de l'estomac et du grêle, et cette intervention nécessite une ligne de section-suture, et deux « anastomoses ». Il arrive, exceptionnellement, qu'il faille ouvrir le ventre pour réaliser l'intervention.

Type d'hospitalisation : en moyenne quatre jours. Un traitement anti coagulant sera prescrit.

ET APRÈS ?

Les premiers jours qui suivent l'opération nécessitent une surveillance rapprochée, car la plupart des complications, de l'ordre de 1 % à 3 % des cas, surviennent pendant cette période.

Pendant les deux premiers mois, la reprise de l'alimentation doit être progressive et mesurée, afin de ne pas surcharger la petite poche gastrique. Les vomissements éventuels doivent être pris au sérieux et traités, après contrôle radiologique précoce.

Comme dans toute intervention chirurgicale, il existe des risques associés à l'intervention. Mais il y a plus de risque à ne rien faire que de risque à opérer car l'obésité est nocive aux principales fonctions de l'organisme.

L'intervention est licite dès 18 ans. Avant, il existe certaines indications prises en accord avec une équipe pluridisciplinaire de pédiatres. Un éventuel projet de grossesse doit être exprimé et analysé dans la stratégie proposée. A partir de 60-65 ans, la perte de poids est plus difficile à obtenir et les risques de l'opération semblent plus élevés.

Ce type d'intervention entraîne toujours des carences nutritionnelles, qu'il convient de prévenir. D'abord par un dosage de certaines vitamines avant l'intervention, puis par une supplémentation vitaminique qui devra être faite à vie, ce qui implique qu'un By Pass ne se conçoit que si le patient s'engage à être suivi médicalement tout au long de son existence.

De plus, la perte de poids entraîne des modifications anatomiques qui relèveront de la chirurgie reconstructive, voire esthétique :

Il faut prévoir au bout d'un an une chirurgie de l'abdomen « descendu », c'est la dermo-lipectomie, et souvent une chirurgie correctrice de la poitrine, moins fréquemment des corrections au niveau des cuisses, des bras, voire un lifting facial.



COMPLICATIONS

Précoces et rares :

Comme toute chirurgie, il peut y avoir des complications de type hémorragique, infectieux ou d'ordre thromboembolique (phlébites et embolie pulmonaires), car l'obésité augmente ce dernier risque dont la prévention est basée essentiellement sur le traitement anticoagulant, le port de bas de contention et la mobilisation précoce.

Comme dans toute chirurgie coelioscopique il est arrivé de constater une blessure d'autres organes, gros vaisseaux, rate, foie, estomac, intestin. Si cela est reconnu pendant l'opération, la réparation est en général simple. Par contre, si ces lésions ne sont pas vues pendant l'opération, il y a risque d'hémorragie, et surtout d'infection (péritonite, abcès), et nécessité impérieuse de ré-intervenir, avec risques d'atteinte sérieuse de l'état général. Des soins prolongés peuvent s'avérer nécessaires, parfois dans un service de réanimation.

Mais le risque majeur reste la fistule anastomotique, due à un défaut de cicatrisation au niveau des sutures. La fistule entraîne une infection, révélée par un abcès profond ou un syndrome de péritonite. Les signes apparaissent en général dans les deux à quatre premiers jours, mais peuvent se manifester plus tardivement. Une fistule entraîne une ré-intervention chirurgicale, qui peut être lourde et nécessiter un passage dans un service de réanimation.

Le by pass a un taux de ré-intervention dans les trente jours qui se monte à 2,5%, avec une mortalité de 1 pour 1000.

Sur le long terme on peut observer quelques complications digestives, comme des vomissements, des diarrhées, ou un « dumping syndrome » qui se manifeste par une sensation de malaise après repas copieux. Il faut signaler certaines occlusions tardives qui doivent être opérées en urgence.

Une reprise de poids, presque constante au bout de deux ans, est en général modérée, et ne nécessite que rarement une intervention d'un autre type.

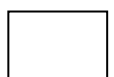
La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.

Les résultats à espérer :

Une diminution significative du poids, une amélioration ou guérison des comorbidités, une réhabilitation sociale, professionnelle et personnelle (image de soi).

Il faut savoir que toute perte massive de poids doit être encadrée par une surveillance biologique régulière afin d'éviter toutes carences en vitamines et oligo éléments.

Enfin cette importante perte de poids entraîne des modifications anatomiques qui relèvent de la chirurgie reconstructive, voire esthétique : il faut prévoir une chirurgie de l'abdomen « descendu », c'est la dermo lipectomie, et souvent une chirurgie correctrice de la poitrine, des cuisses, des bras, et un lifting facial



EN RÉSUMÉ

Le Gastric By Pass est une intervention réalisée depuis plus de 40ans et sous coelioscopie depuis près de 20 ans, dont les résultats sont connus et en général très satisfaisants, qui permet une alimentation presque normale, mais qui est rarement réversible et qui implique un engagement de suivi A VIE, pour éviter les complications graves générées par les carences qu'elle peut entraîner

QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR VOTRE INTERVENTION

- Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?
- Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?
- Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?
- Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ? Quel est le temps opératoire ? Quelle est la durée de l'hospitalisation ? Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter ?
- Quels sont les risques et/ ou complications encourus pour cette chirurgie ?
- Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer ?
- Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?
- Me recommandez-vous un second avis ?

Date de remise du document au (à la) patient(e) :

Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document.

Pages précédentes à parapher