

**INFORMATIONS PRATICIEN**

Nom :

Adresse :

N° 1<sup>ère</sup> inscription à l'Ordre des médecins :

## INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

# CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ PATHOLOGIQUE, RÉALISATION D'UNE GASTROPLASTIE PAR ANNEAU AJUSTABLE

### → 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 pluridisciplinaire avec consultations de médecin, 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), le court-circuit gastro intestinal (Gastric By Pass), et la confection d'une gastrectomie longitudinale (sleeve gastrectomy).

### QU'EST-CE QUE C'EST ?

C'est un anneau gonflable relié par un tube à un boîtier. L'anneau est introduit, desserré et non gonflé, sous coelioscopie, au niveau de la région gastrique, on le fait passer autour de l'estomac, un peu au-dessous de la fin de l'œsophage, puis on le ferme. On pourra ultérieurement le gonfler (et le dégonfler) en piquant le boîtier placé sous la peau et en y injectant (ou en retirant) un liquide stérile.



Dès que l'anneau est placé, il se forme un « petit estomac » au-dessus de l'anneau, qui se remplit vite avec un apport alimentaire réduit, ce qui fait qu'en mangeant, la sensation de satiété est vite ressentie. C'est une intervention de type restrictif. L'intervention est en principe réversible, puisque l'anneau peut être enlevé. Cette intervention est moins pratiquée aujourd'hui qu'il y a vingt ans, car on a constaté qu'un anneau peut « glisser », migrer dans la paroi gastrique, et cesser d'être efficace, mais surtout car on n'imagine pas qu'un anneau puisse être conservé dans l'organisme d'un patient pendant des dizaines d'années. Cependant, il y a encore des indications, par exemple en première intention chez certains patients présentant une super obésité, et chez qui les autres interventions se révéleraient trop dangereuses, ou chez des patients soucieux de bénéficier d'une intervention « réversible ». Le « petit estomac » se vide lentement dans la partie de l'estomac située au-dessous de l'anneau puis la digestion s'effectue normalement. Le système ne peut fonctionner que si la nourriture est de texture normale. Les aliments liquides ou semi-liquides doivent être évités pendant les repas.

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 bénéfico-risque il est donc proposé à la personne présentant une obésité pathologique une intervention de gastroplastie par anneau ajustable 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 qu'une prise en charge non chirurgicale d'au moins six mois (régime, mode de vie, traitement d'éventuels troubles endocriniens ou psychologiques) n'a pas réussi, et que l'on se trouve face à l'échec d'une tentative loyale de traitement médical.

## QUEL TRAITEMENT ?

Anesthésie générale, intervention pratiquée sous coelioscopie (petits « trous » dans la paroi abdominale et petite cicatrice pour le boîtier).

Type d'hospitalisation : un ou deux jours, mais quelquefois en ambulatoire.

Traitement anti coagulant post-opératoire.

## ET APRÈS ?

Pendant plusieurs jours, alimentation mixée semi liquide puis solide, ingérée lentement, en mâchant bien et sans boire en mangeant. Ensuite, respect de conseils diététiques stricts.

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'évolution d'une obésité pathologique est nocive aux principales fonctions de l'organisme.

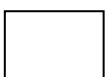
L'intervention est licite dès 18 ans. Avant, il existe de rares indications prises en accord avec une équipe pluridisciplinaire de pédiatres. Un désir de grossesse devra avoir été exprimé et pris en considération dans l'indication. A partir de 65 ans, la perte de poids est plus difficile à obtenir et les risques de l'opération semblent plus élevés.

## COMPLICATIONS

### Précoces et rares :

Il a été décrit des perforations digestives, des cas où la coelioscopie a dû être transformée en une ouverture classique de l'abdomen et de très rares cas où l'anneau ne peut pas être placé, sauf à courir des risques majeurs, surtout s'il y a eu chirurgie antérieure sur une hernie hiatale ou un syndrome de reflux gastro-œsophagien qui a entraîné des adhérences nombreuses et serrées.

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 impérative 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.

Le taux de complications est évalué à 0,2% pour les perforations et 0,3% pour les hémorragies. Le risque de décès est inférieur à 0,4%.

La prévention des complications thromboemboliques (phlébite, embolie pulmonaire) est basée essentiellement sur le traitement anticoagulant, le port de bas de contention et la mobilisation précoce.

**Plus tard peuvent être observées ces complications :**

Localement : retournement du boîtier sous la peau, débranchement du tuyau entre le boîtier et l'anneau, dilatation de la petite poche située au-dessus de l'anneau (2 à 4%), « Glissement » de l'anneau, voire migration de l'anneau à travers la paroi gastrique, imposant une reprise opératoire après contrôle fibroscopique. Enfin l'infection sur l'anneau est une complication rare mais grave. Pour l'éviter, la peau doit être parfaitement désinfectée le jour de l'intervention et des antibiotiques doivent être administrés à titre préventif vingt minutes avant l'intervention (antibioprophylaxie). Malgré ces précautions il persiste quelques cas d'infection, dont le traitement implique l'ablation de l'anneau, du boîtier et du tube qui les relie (1 à 2%).

Une reprise de poids, presque constante au bout de deux ans, est en général modérée. Mais elle peut être excessive, et aboutir à 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 ATTENDUS

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

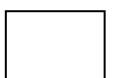
Il faut prévoir au bout d'un an une chirurgie de l'abdomen « descendu », c'est la dermo-lipectomie, et souvent une chirurgie correctrice de la poitrine, moins fréquemment des corrections au niveau des cuisses, des bras, voire un lifting facial.

---

## EN RÉSUMÉ

***La gastroplastie par anneau ajustable est une intervention chirurgicale qui a été très fréquemment réalisée, qui l'est moins aujourd'hui mais qui garde des indications, et dont les résultats sont en général très bons, mais ne peuvent être garantis à 100%.***

---



## 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*