

INFORMATION SUR LA CHIRURGIE DE L'OBESITE

Le but de votre consultation est de trouver une solution à votre excès de poids. Plusieurs solutions chirurgicales sont possibles. Avant toute chirurgie, il est nécessaire de réaliser une préparation sur 6 mois permettant :

1/ de vérifier ou confirmer que vous puissiez bénéficier d'un traitement chirurgical (la chirurgie ne s'adresse en effet qu'à certains patients)

2/ de définir au terme de cette préparation et du bilan pré-opératoire quelle est la chirurgie la plus appropriée à votre cas.

Quelles sont les conséquences de l'obésité ?

De nombreuses affections sont liées à l'obésité : hypertension artérielle, diabète, arthrose précoce, complications articulaires et/ou respiratoires, certains cancers, troubles hormonaux.

Ces complications sont en général aggravées par l'obésité.

Par ailleurs, l'obésité entraîne de nombreux troubles psychologiques (regard des autres, difficulté dans les transports, diminution de l'estime de soi) pouvant aller jusqu'à la dépression.

Définition de l'obésité

L'obésité est définie par l'IMC (Indice de Masse Corporelle) selon la formule :

$IMC = \text{Poids (Kg)} / \text{Taille (m au carré)}$

Par exemple : vous pesez 100 Kg pour 1m55 : $IMC = 100 / (1,55 \times 1,55) = 41,6$

Votre obésité est dite morbide car elle diminue votre espérance de vie et entraîne un risque élevé de complications.

Pouvez-vous bénéficier de cette chirurgie ?

Plusieurs conditions doivent être réunies :

Avoir un IMC > 40 ou entre 35 et 40 avec une complication grave de l'obésité

Avoir échoué à des tentatives de régime sérieuses

Ne pas avoir de contre-indication à la chirurgie, qui seront évaluées pendant le bilan pré-opératoire

S'engager à observer le suivi proposé par l'équipe

Le traitement chirurgical

De nombreuses interventions ont été décrites pour traiter l'obésité. Certaines ont été arrêtées, en raison de leurs risques trop importants ou de leur inefficacité à long terme.

	Restrictives	Malabsorptives
Action	Diminue la quantité d'aliments absorbés	Empêche l'absorption des aliments par l'intestin
Exemple	Anneau gastrique ajustable Gastroplastie verticale calibrée Sleeve gastrectomie	By pass gastrique (oméga ou Y) Switch duodénal Intervention de Scopinaro

Toutes ces interventions, sauf réserves, peuvent être réalisées par coelioscopie c'est-à-dire avec des petits orifices.

Les risques d'une intervention chirurgicale :

Toute intervention chirurgicale comporte des risques : infection, phlébite, embolie pulmonaire, hémorragie... Ceux-ci restent exceptionnels, mais impliquent une surveillance. Néanmoins, ils sont variables suivant le type d'intervention, votre état de santé et restent inférieurs aux risques propres de l'obésité si elle n'est pas traitée. Lors de la consultation, ces risques seront évoqués. N'hésitez pas à poser des questions, tous les médecins que vous rencontrerez se feront un plaisir d'y répondre.

Le suivi après l'intervention :

Un programme de suivi est établi en fonction de votre intervention et vous est proposé lors de votre sortie.

Nous vous recommandons de le suivre scrupuleusement afin d'améliorer vos chances de réussite.

Des réunions de concertations sont organisées au sein de l'équipe pour améliorer le suivi des patients et les secrétaires sont à votre disposition pour répondre à vos questions.

Nous utilisons Followsurg pour vous aider à structurer votre préparation et votre suivi.

ANNEAU GASTRIQUE AJUSTABLE

Intervention proposée en première intention car la moins risquée, reste réversible, avec taux de complications faible qui consiste à réaliser un petit estomac en mettant un anneau réglable en haut de celui-ci.

Hospitalisation : ambulatoire (entrée le matin, sortie le soir même) ou une nuit à la clinique

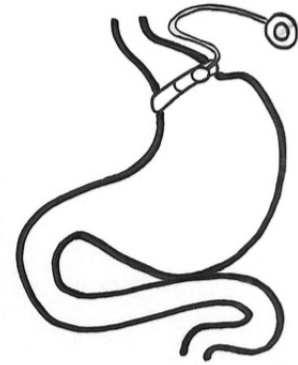
Durée de l'intervention : 10 - 15 minutes

Implique une surveillance et un suivi par l'équipe multi disciplinaire (infirmière, nutritionniste, diététicienne, psychologue) avec ajustements de l'anneau sous contrôle radiologique.

Perte de poids escomptée : 50 à 70% de l'excès de poids

Risques postopératoires précoces exceptionnels : plaie estomac, sténose inflammatoire avec difficultés pour manger pouvant entraîner l'ablation de l'anneau

Risques post-opératoires à long terme : blocages alimentaires, glissement de l'anneau en cas de vomissements répétés, érosion de l'estomac, dilatation de l'oesophage, reflux, infection pulmonaire, reprise de poids



BY-PASS GASTRIQUE EN OMEGA ou Y

Intervention irréversible, proposée en seconde intention ou en première intention dans des cas particuliers.

Elle consiste à réaliser une petite poche gastrique sur lequel est branché l'intestin, réalisant un court-circuit d'où une maldigestion, nécessitant une prise de suppléments vitaminiques à vie (2 comprimés par jour), et une surveillance avec un nutritionniste pour détecter les carences en vitamines et protéines.

Dans la plupart des cas, un bypass en oméga (ou mini-bypass) est proposé. Il s'agit d'un court circuit gastrique comportant une seule suture entre l'estomac et l'intestin; à la différence du bypass en Y qui lui comporte deux sutures, l'une entre estomac et intestin et une seconde entre anse biliaire et alimentaire.

Le bypass en oméga est préféré au bypass en Y :

1/ en raison de sa plus grande efficacité sur la perte de poids à long terme

2/ en raison du risque postopératoire moins élevé en terme de complications précoces (fistule et hémorragie) et tardives (occlusion)

Risques opératoires précoces : fuite = fistule ou hémorragie sur la suture (0,7 % des cas).

Risques post-opératoires à long terme : carences, ulcère à l'estomac (nécessité d'un sevrage tabagique à vie), reflux biliaire invalidant rare (1%)

Hospitalisation : ambulatoire (entrée le matin, sortie le soir même) ou une nuit à la clinique

Durée de l'intervention : 40 min

Perte de poids plus rapide : 70 % de l'excès de poids



SLEEVE GASTRECTOMIE

Intervention restrictive enlevant les deux tiers de l'estomac.

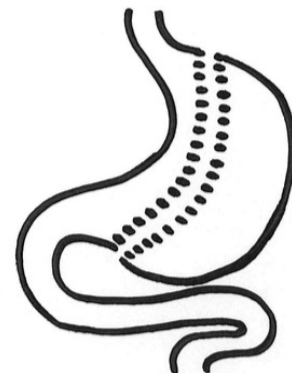
Risques post-opératoires précoces : hémorragie, fistule avec en cas de fistule nécessité d'une prise en charge spécialisée avec nutrition artificielle le temps de la cicatrisation minimum 4 à 6 semaines, thrombose de la veine porte (caillot dans une veine ramenant le sang au foie, révélé par douleurs abdominales, traité par anticoagulant)

Risques post-opératoires à long terme : carences, reflux avec conséquences potentielles sur le bas de l'oesophage (indication de surveillance par endoscopies régulières), reprise de poids

Maigrissement rapide mais risque de reprise de poids à moyen et long terme

Hospitalisation : ambulatoire (entrée le matin, sortie le soir même) ou une nuit à la clinique

Durée opératoire : 20-30 minutes





followsurg.com



bénéficier d'une surveillance connectée :
maela.fr

fc

*l'activité physique
adaptée*

Centre Lyonnais de Chirurgie Digestive

29 av. des Sources, 69009 Lyon - Tel : 04 37 49 70 10 - Fax : 04 37 49 70 13

Pour plus d'information, rendez-vous www.chirurgien-digestif.com